



HAL
open science

Pratique de l'échographie dans l'exercice de la médecine générale en cabinet : perceptions des praticiens

Marion Pla, Laurent Seyler

► **To cite this version:**

Marion Pla, Laurent Seyler. Pratique de l'échographie dans l'exercice de la médecine générale en cabinet : perceptions des praticiens. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01414369

HAL Id: dumas-01414369

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01414369v1>

Submitted on 12 Dec 2016

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

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

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

**PRATIQUE DE L'ÉCHOGRAPHIE DANS L'EXERCICE DE LA MÉDECINE
GÉNÉRALE EN CABINET : PERCEPTIONS DES PRATICIENS**

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

Marion PLA

[Données à caractère personnel]

Laurent SEYLER

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE*

Le : 02/12/2016

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Présidente du jury : Mme. le Professeur Carole SCHWEBEL

Membres

M. le Professeur Ivan BRICAULT

M. le Docteur Maxime MAIGNAN

Mme. le Docteur Katell BERTHELOT

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

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2016-2017

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

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

PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE GOUËLLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie

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

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

REMERCIEMENTS

Remerciements communs:

A Madame le Professeur SCHWEBEL, merci de nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de thèse.

A Monsieur le Professeur BRICAULT, Monsieur le Docteur MAIGNAN, nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de prendre part à ce jury. Soyez assurés de notre reconnaissance.

A Madame le Docteur BERTHELOT, merci d'avoir accepté d'encadrer notre travail. Merci pour tous tes conseils, et de nous avoir offert l'opportunité de nous former à l'échographie.

Aux médecins ayant participé à l'enquête, merci de nous avoir reçu, d'avoir pris le temps de nous répondre, et pour l'intérêt que vous avez montré pour le sujet. Ces rencontres furent passionnantes et nous ont beaucoup apporté.

Remerciements de Marion:

A ma famille, mon frère, ma mère et mon père, mes grands-parents, mes demi-frères et sœurs et mon beau-père. Nous avons la chance d'avoir une magnifique famille, et de toujours partager de bons moments tous ensemble.

A Laurent, formidable co-thésard et ami, avec qui cela a toujours été un plaisir de travailler pour cette thèse.

A mes amis et co-internes, pour tous les moments de fête, de sport, et autre rigolade que l'on partage à l'internat et en stage durant toutes ces années études.

A Julien, pour ta simple présence tous les jours à mes côtés.

Remerciements de Laurent:

A toute ma famille, source inépuisable de soutien, d'inspiration et d'amour. Particulièrement à mes parents pour avoir éveillé ma curiosité dès mon plus jeune âge et m'avoir toujours guidé de la meilleure des manières.

Un grand merci à Marion pour ton aide et ton investissement sans faille dans ce travail. Merci pour tous ces moments d'amitié passés et à venir.

A mes amis pour toutes les expériences, rigolades et voyages que nous avons partagés. Des moments inoubliables qui en appellent d'autres.

A mes maîtres, pour m'avoir partagé leur amour de la médecine et leur patience.

A Chloé, pour le bonheur que tu m'apportes chaque jour.

SOMMAIRE

RÉSUMÉ	11
ABSTRACT	13
1. INTRODUCTION	15
2. MATERIEL ET METHODES	18
2.1. Recherche bibliographique	18
2.2. Choix du type d'étude	19
2.3. Elaboration d'un guide d'entretien	19
2.4. Choix de la population	20
2.5. Recueil et retranscription des données	21
2.6. Analyse des données / Codage	21
2.7. Cadre légal	22
2.8. Elaboration du protocole	22
3. RESULTATS	23
3.1. Descriptif de la population	23
3.2. Pré requis à la pratique de l'échographie en médecine générale	26
3.2.1. Formation.....	27
3.2.2. Matériel.....	27
3.2.3. Ethique et déontologie.....	28
3.3. Intérêts de l'échographie pour le médecin généraliste	29
3.3.1. Un outil supplémentaire.....	30
3.3.2. Pratique adaptée à la médecine générale.....	30
3.3.3. Sur le plan personnel.....	31
3.4. Compétences du généraliste échographiste et du radiologue	32
3.4.1. Les atouts du généraliste versus le radiologue.....	32
3.4.2. Les atouts du radiologue versus le généraliste.....	33
3.5. Place de l'échographie dans le cabinet de médecine générale	33
3.5.1. Les situations clinico-échographiques.....	34
3.5.2. Les spécificités des indications en médecine générale.....	35
3.5.3. Une aide au diagnostic.....	36
3.5.4. Un outil de prévention.....	36
3.6. Intérêts dans la prise en charge du patient	37
3.6.1. Une meilleure prise en charge globale.....	37
3.6.2. Une meilleure orientation du patient.....	38

3.6.3. Une simplification de la prise en charge	38
3.7. Les autres thèmes	39
3.7.1. Les impacts financiers	39
3.7.2. Les freins à la pratique	40
4. DISCUSSION.....	41
4.1. Analyse des résultats de l'étude	41
4.1.1. Rappel des résultats principaux	41
4.1.2. Apports de l'échographie en médecine générale	41
4.1.3. Exigences de formation	42
4.1.4. Exigences de compétences	44
4.1.5. Faisabilité en médecine générale	45
4.1.6. Indications.....	46
4.2. Limitations de l'étude	47
4.2.1. Forces.....	47
4.2.2. Faiblesses.....	48
4.3. Perspectives	49
4.3.1. L'échoscopie et l'échographie.....	49
4.3.2. Les divergences d'opinions parmi les médecins généralistes.....	50
4.3.3. Les différents enjeux pour le développement de l'échographie en médecine générale	50
4.3.4. Portrait type	52
5. CONCLUSION.....	53
6. BIBLIOGRAPHIE.....	55
7. ANNEXES	57
Annexe 1 : Pré-guide d'entretien.....	57
Annexe 2 : Guide d'entretien.....	58
Annexe 3 : Questionnaire de caractérisation de la population de l'étude	60
Annexe 4 : Fiche d'information et de consentement médecin.....	61
Annexe 5 : Les entretiens retranscrits	63
Annexe 6 : Tableau verbatim.....	157

ABRÉVIATIONS

CFFE : Centre Francophone de Formation en Echographie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

DES : Diplôme d'Etude Spécialisé

FAST : Focused Assessment with Sonography for Traumas

FEVG : Fraction d'Ejection du Ventricule Gauche

GEU : Grossesse Extra-Utérine

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OAP : Œdème Aigu du Poumon

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFMU : Société Français de Médecine d'Urgence

SFR : Société Française de Radiologie

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

RÉSUMÉ

Pratique de l'échographie dans l'exercice de la médecine générale en cabinet : perceptions des praticiens.

Contexte: L'échographie est présente dans presque tous les domaines de la médecine, mais son utilisation en reste à ses débuts en médecine générale. Elle est souvent considérée comme le prolongement de l'examen clinique. Elle apporte, dans les indications validées, une aide diagnostique indéniable.

Objectifs: L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le bénéfice attendu pour le patient et le médecin de la pratique de l'échographie en médecine générale du point de vue du médecin. Les objectifs secondaires étaient de décrire la place de l'échographie, ses indications potentielles et citer les exigences de formation associées.

Méthode: Une étude qualitative a été réalisée. Des médecins généralistes pratiquant ou non l'échographie ont été interrogés au cours d'entretiens individuels semi dirigés. Après retranscription, les entretiens ont été codés. L'analyse a été effectuée par triangulation des données, selon la méthode de la théorie ancrée, sur le logiciel N'Vivo. L'étude a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Résultats: Quinze entretiens ont été réalisés entre mars et juin 2016. Il n'existait pas de formation spécifique adaptée pour les médecins généralistes. L'échographie était perçue comme un outil supplémentaire, et permettait plus d'autonomie. Le médecin

généraliste devait connaître ses limites, et réorienter vers un radiologue au besoin. L'échographie servait de débrouillage et était une aide diagnostique dans de nombreuses situations clinico-échographiques. Ainsi, elle permettait une meilleure prise en charge globale du patient.

Conclusion: L'imagerie apporte une réponse immédiate à une question clinique et aide le médecin dans la prise en charge et l'orientation du patient. Le généraliste échographiste exerce préférentiellement dans des zones isolées géographiquement. Il doit être bien formé et équipé d'un matériel adapté à la pratique de l'échoscopie.

ABSTRACT

Ultrasound scanning in the exercise of general practice: perceptions of practitioners.

Background: Ultrasound is present in almost all areas of medicine, but its use is still in its early years in general practice. It is often considered as an extension of the physical examination. It provides, in accordance with validated indications, undeniable aid in asserting the diagnosis.

Aim: The main objective of this study was to assess the expected benefit for patients and doctors practicing ultrasonography in general medicine, from the doctor's point of view. The secondary objectives were to describe the use of ultrasonography, its potential indications, and associated training requirements.

Method: A qualitative study was conducted. General practitioners (GPs) practicing or not ultrasonography were interviewed during individual interviews. After transcription, the interviews were coded with data's triangulation, using the method of grounded theory, and the N'Vivo software. The study was reported to the National Commission on Informatics and Liberties (CNIL).

Results: Fifteen interviews were conducted between March and June 2016. The existing courses were not adapted to GPs. Ultrasound was perceived as an additional tool, used in echoscopy, and allowing more autonomy to the GP. He has to know his limits and when to redirect to a radiologist, if necessary. Ultrasonography was used for patient's guidance and was a diagnostic aid in many situations. It allowed better overall medical care.

Conclusion: Imagery brings an immediate answer to a clinical question and helps the physician in the management and improves patient redirection. The GP sonologist preferentially performs in geographically isolated areas. He must be well trained and equipped with the necessary equipment for the practice of echoscopy.

1. INTRODUCTION

Depuis son apparition dans les années 1960, l'échographie a gagné en applications, pour être aujourd'hui présente dans presque tous les domaines de la médecine. En médecine générale, cette pratique se développe mais en reste encore à ses débuts. L'intérêt des médecins généralistes pour la technique échographique semble croissant. Ils ont représenté la deuxième plus grande filière des diplômés du DIU d'échographie et techniques ultrasonores (41%) après les autres spécialités de médecine (45%) (1).

Le nombre d'examens échographiques prescrits est en augmentation (2). La tendance actuelle est à la réorganisation des soins primaires avec l'élargissement des compétences des médecins généralistes et la baisse du recours à l'hospitalisation (3).

La France est en décalage par rapport à d'autres pays européens où la pratique de l'échographie s'est démocratisée en soins primaires. En Italie depuis 2006, le projet METIS a proposé une formation à l'échographie standardisée à tous les médecins généralistes. L'objectif était de gérer 40% des demandes d'examens échographiques dans un avenir proche (4).

L'échographie est souvent considérée comme le prolongement de l'examen clinique. Elle a, dans les indications validées, une bonne valeur diagnostique, mais aussi la particularité d'être opérateur dépendant et nécessite une pratique régulière (5). Un défaut de compétence dans la technique d'acquisition des images, dans leur interprétation, ou un usage de l'échographie dans le cadre d'indications erronées

peut conduire à une perte de chance et une mauvaise prise en charge pour le patient (6).

En 2016, il n'existait aucune réglementation ni exigence de formation initiale ou continue dans la loi française encadrant la pratique de l'échographie (7). L'article 70 du code de déontologie médical rappelle cependant que le praticien ne doit pas exercer dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose (8).

Malgré l'aide diagnostique indéniable que peut apporter l'échographie, il n'existe que peu d'études en France s'intéressant à la pertinence de sa pratique en médecine générale. Aucune étude qualitative n'a été retrouvée dans la littérature sur le sujet, alors même que les médecins généralistes sont les premiers concernés par cette problématique.

Se sont posées alors les questions suivantes : Comment les médecins généralistes perçoivent-ils l'apport de l'outil échographique dans leur pratique clinique en cabinet de médecine générale ? La pratique de l'échographie a-t-elle sa place dans une consultation de médecine générale ? Le médecin généraliste a-t-il besoin de l'échographe dans son exercice quotidien ?

La recherche bibliographique a permis d'apporter quelques premiers éléments de réponse :

- Diagnostics et traitements plus précoces
- Optimisation de la prise en charge
- Préférence des patients

Cette étude avait pour objectif principal :

- évaluer le bénéfice attendu pour le patient et le médecin de la pratique de l'échographie en médecine générale du point de vue du médecin.

Les objectifs secondaires étaient :

- décrire la place de l'échographie en médecine générale
- ses indications potentielles
- citer les exigences de formation associées.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Recherche bibliographique

Une revue narrative de la littérature a été effectuée par les deux enquêteurs. Les bases de données médicales utilisées ont été Pubmed, Sudoc et LISSA. Le moteur de recherche spécialisé dans l'information scientifique Google Scholar a été utilisé. Par ailleurs, la bibliographie des articles et thèses trouvés a également été étudiée. Les équations de recherche ont été composées à partir de la combinaison des mots-clés suivants :

Français

- Médecine générale
- Médecin traitant
- Médecin généraliste
- Médecin de famille
- Médecin de premier recours
- Echographie
- Echoscopie

Anglais :

- General medicine
- General practice
- General practitioner
- Family physician
- Primary care practitioner

- Primary care physician
- Ultrasonography
- Ultrasound

2.2. Choix du type d'étude

La méthode de recherche utilisée pour cette étude était la méthode qualitative. Elle visait l'exhaustivité avec le recueil d'un maximum de données. L'objectif était d'obtenir différents points de vue sur la question de recherche.

Inspirée des sciences humaines et sociales, la recherche qualitative regroupe une série de méthodes exploratrices, explicatives, et compréhensives des phénomènes observés. Elle est inductive et génère des hypothèses, contrairement à la recherche quantitative qui teste les hypothèses et cherche à les vérifier par des méthodes déductives. Elle analyse des verbatims, extraits d'entretiens ou de notes de terrain, quand les méthodes de recherche quantitative analysent des chiffres. La recherche qualitative ne cherche donc pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative.

2.3. Elaboration d'un guide d'entretien

Un guide d'entretien a été utilisé pour conduire la discussion avec les médecins interrogés. La trame du guide d'entretien a été élaborée à partir des résultats de la recherche bibliographique. L'étude de la littérature a permis de cibler des éléments de réponse quant à l'apport potentiel de l'échographie en médecine générale. Une partie était dédiée aux médecins généralistes ne pratiquant pas l'échographie. Elle

avait pour but de relancer la discussion au besoin et d'obtenir des explications en cas d'avis défavorable sur la pratique de l'échographie en médecine générale.

Le guide d'entretien a été testé avant le début de l'étude sur des internes et des médecins généralistes connus des enquêteurs.

2.4. Choix de la population

Les enquêtés étaient des médecins généralistes thésés, pratiquant ou non l'échographie dans leur exercice quotidien, ou en cours de formation.

Le recrutement a été effectué de proche en proche par la méthode d'échantillonnage dite «boule-de-neige » (questions initiales dans le guide: connaissance d'un généraliste échographiste / confrère susceptible de répondre à notre questionnaire). Les généralistes étaient contactés par téléphone, selon le pré-guide d'entretien (cf annexe 1) ou par mail par l'un des deux enquêteurs. En cas d'accord de participation à l'étude, un rendez-vous pour l'entretien était fixé. Le thème de l'étude "pratique de l'échographie en cabinet en médecine générale" était donné dès le premier entretien téléphonique ou échange mail.

Une note d'information ainsi qu'un formulaire de consentement étaient donnés avant l'entretien. Le consentement pour la participation à l'étude était obtenu en début de rencontre. Le recrutement a eu lieu dans les départements de l'Isère, Savoie et Haute Savoie, lieux de terrains de stages pour les internes en médecine générale grenoblois.

2.5. Recueil et retranscription des données

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique puis intégralement retranscrits mot à mot. Les propos ont été anonymisés. Les entretiens ont été menés alternativement par l'un des deux enquêteurs. Ceux-ci s'aidaient également de notes de terrain prises pendant l'entretien.

L'enquêteur se présentait brièvement, ainsi que l'objet de l'étude. Puis la discussion débutait par une question "brise glace" d'ordre général afin de lancer le débat. L'enquêteur relançait la discussion au besoin afin d'aborder tous les thèmes du guide d'entretien.

2.6. Analyse des données / Codage

Un codage multiple a été réalisé, par les deux enquêteurs. L'objectif était de limiter la subjectivité des résultats et d'améliorer la validité interne de l'étude, par la triangulation des données. Le logiciel N'Vivo a été utilisé.

La méthode de la théorie ancrée ou "*grounded theory*" a été utilisée afin d'appréhender les données. Cette méthode a visé à construire des théories non pas à partir d'hypothèses prédéterminées mais à partir des données collectées sur le terrain.

Le codage était ouvert afin de faire émerger le plus grand nombre d'idées des entretiens et d'être le plus exhaustif possible. Il était également centré par la question de recherche. Les thèmes principaux et les sous-thèmes ont été identifiés à partir des données, codées fragment par fragment (9). Un retour sur le codage des

entretiens initiaux a été effectué après avoir construit les principaux thèmes et sous-thèmes.

L'analyse a été effectuée au fur et à mesure des entretiens afin d'arrêter le recrutement à la saturation des données. La fin du recueil des données a été définie par le fait qu'aucune nouvelle idée n'a resurgi au cours de trois entretiens consécutifs. La constitution du corpus recherchait "un maximum de diversification" (10), afin de favoriser l'émergence de nouvelles informations.

Les participants ont eu accès à la version écrite de l'entretien réalisé avec eux. Ils n'ont pas exprimé de retours sur les résultats.

2.7. Cadre légal

L'étude a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL): référence 0919012.

2.8. Elaboration du protocole

La grille de critères COREQ a été utilisée afin d'élaborer le protocole de l'étude (11). Elle permettait, au travers des 32 items de la liste, de contrôler la qualité scientifique du protocole et d'aligner l'étude sur les normes internationales.

3. RESULTATS

Seuls les résultats principaux sont détaillés ci-dessous, l'intégralité des résultats est disponible en annexe 6 sous forme d'une grille d'analyse thématique des verbatims.

3.1. Descriptif de la population

Quinze entretiens ont été réalisés entre mars et juin 2016. Un médecin a refusé de participer au cours d'un entretien téléphonique pour cause de manque de temps, un autre médecin n'a pas donné suite au contact par mail.

Quatorze entretiens ont eu lieu sur le lieu de travail au cabinet des médecins, un au domicile selon la préférence du médecin. Tous les entretiens ont été enregistrés en tête à tête afin d'instaurer un climat de confiance ainsi que de la confidentialité.

Les entretiens ont eu une durée comprise entre 9 et 46 minutes, avec une durée totale de 6 heures et 9 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 25 minutes.

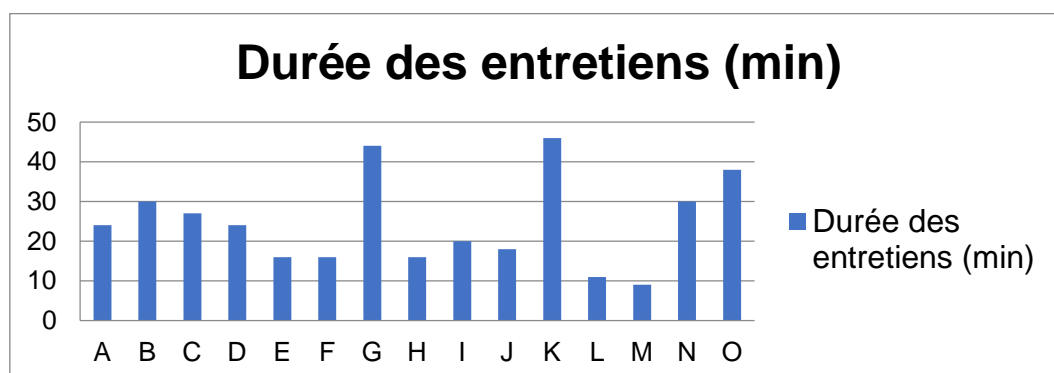


Figure 1: Durée des entretiens

Les participants avaient entre 38 et 65 ans avec une moyenne d'âge de 50 ans. Le sex-ratio était de 3/1. Dix médecins pratiquaient l'échographie contre 5 qui ne pratiquaient pas.

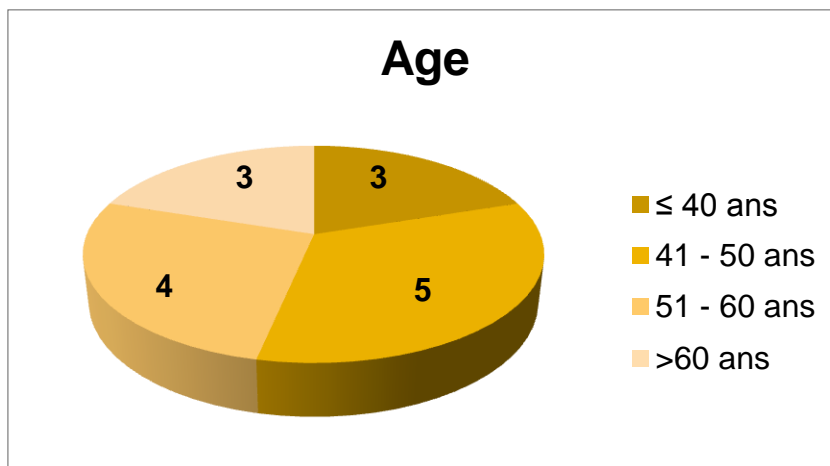


Figure 2 : Répartition selon l'âge

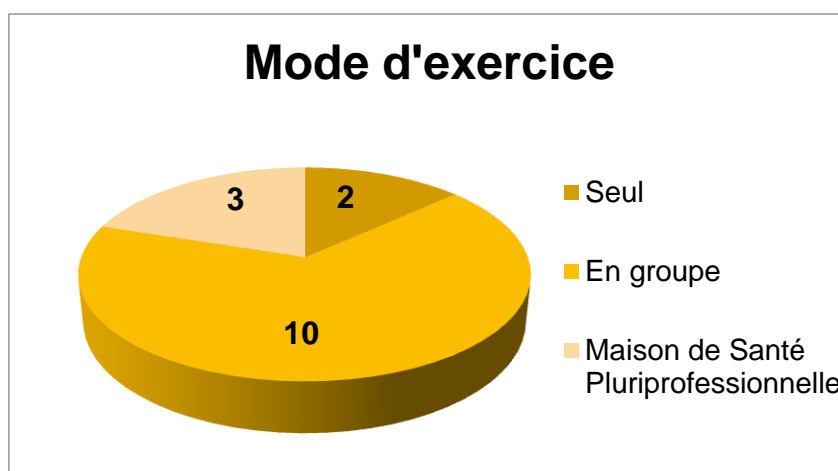


Figure 3 : Répartition selon le mode d'exercice libéral

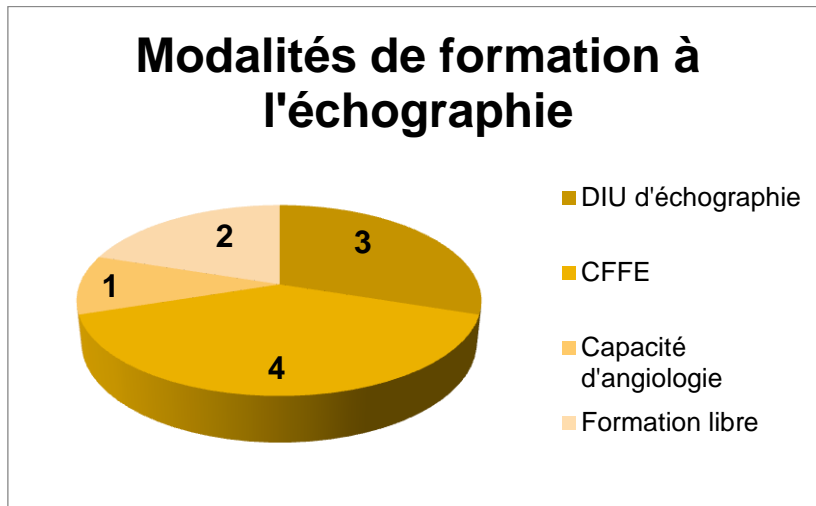


Figure 4 : Répartition selon les modalités de formation à l'échographie

La CFFE (Centre Francophone de Formation en Echographie) est un organisme privé de formation à l'échographie à Nîmes.

Les 3 médecins titulaires du DIU d'échographie et techniques ultrasonores avaient également suivi des formations à la CFFE.

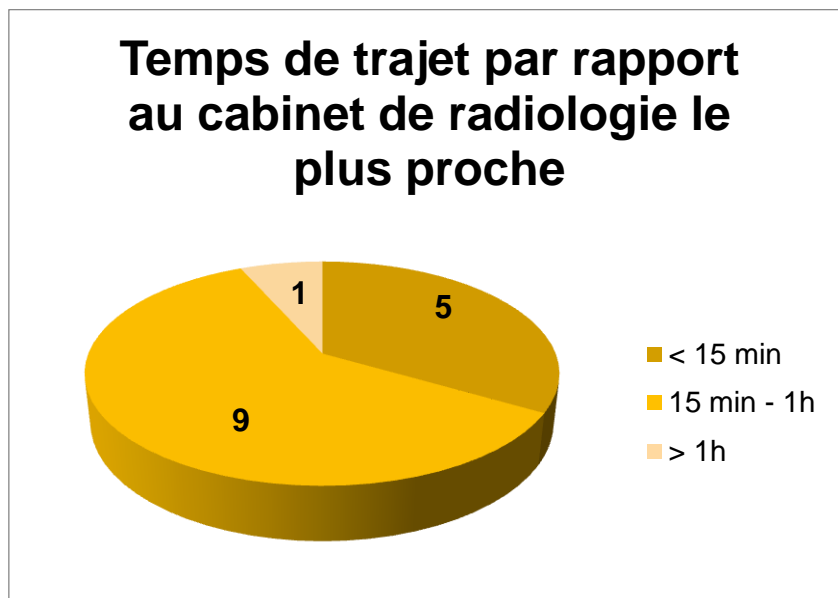


Figure 5 : Répartition selon le temps de trajet par rapport au cabinet de radiologie le plus proche

Il n'y avait pas de lien entre la pratique de l'échographie ou non, et le temps de trajet par rapport au cabinet de radiologie le plus proche.

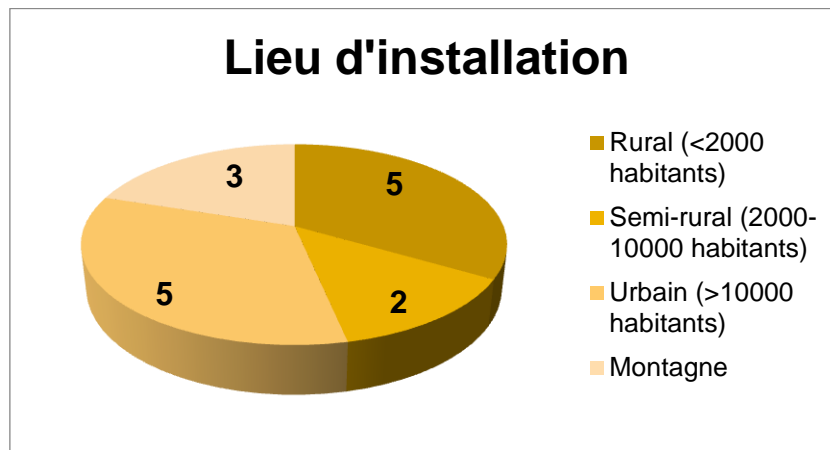


Figure 6: Répartition selon le lieu d'installation

3.2. Pré requis à la pratique de l'échographie en médecine générale

Lors des entretiens, les médecins interrogés ont souligné certains aspects préalables à la réalisation d'échographies : la formation, le matériel et le cadre légal.

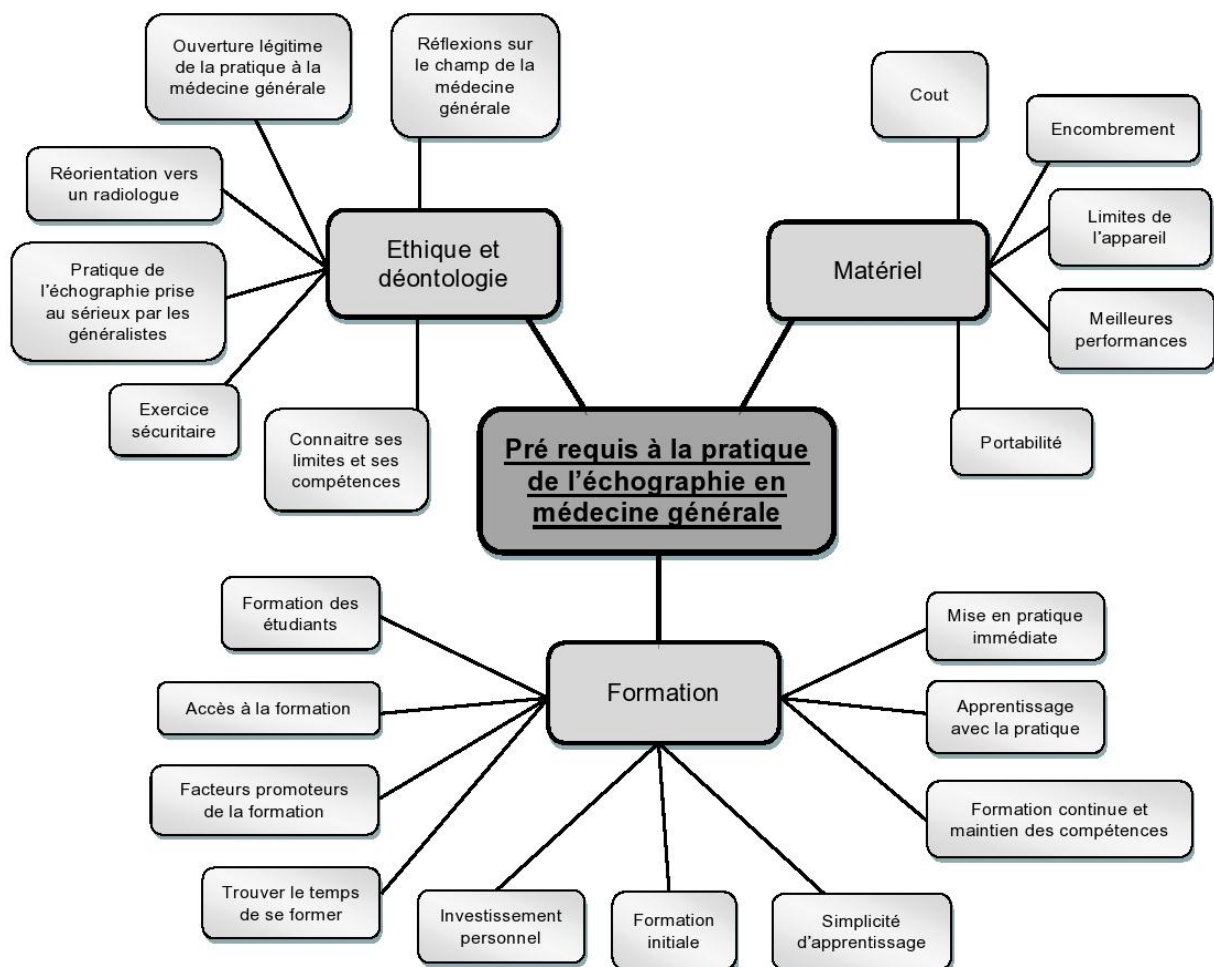


Figure 7: Thèmes et sous-thèmes - Pré requis à la pratique de l'échographie en médecine générale

3.2.1. Formation

Le souci de la formation était récurrent dans le discours des médecins. Plusieurs aspects ont été soulignés: le manque d'accès à des formations adaptées et la charge de travail supplémentaire difficile à associer à une activité professionnelle libérale. La mise en pratique des compétences échographiques acquises étaient en revanche immédiate, ce qui permettait de poursuivre l'apprentissage en formation continue.

K-104 : « C'est un grand frein au développement de cette technique parce qu'en termes de formation on a énormément de difficultés à aller se former et à être acceptés pour se former. »

N-251 « il faut faire de la pratique et il faut faire après des formations continues. [...] Ce qui nous permet de se maintenir à la page »

F-185 « Ça demande quand même beaucoup d'implications personnelles »

3.2.2. Matériel

Le bon appareil pour un généraliste était un échographe portable, rapide d'allumage, facile d'utilisation et peu coûteux.

Notion	Nombre de médecins ayant évoqué la notion
Cout	13
Portabilité	8
Limites de l'appareil	7
Meilleures performances	7
Encombrement	2

Tableau 1: Equipement matériel des généralistes

L-78 « Il y a des propositions aussi de leasing et des choses comme ça qui peuvent être compatibles et intéressantes. »

C-336 « Alors oui de moins en moins cher et de plus en plus portable surement. »

3.2.3. Ethique et déontologie

Les généralistes échographistes n'hésitaient pas à réorienter le patient vers un radiologue, en cas de doute sur l'échographie, d'image non comprise, ou pour vérification de l'examen. Ils souhaitaient créer une forme de partenariat avec le radiologue. Dans un souci éthique, cela permettait qu'il n'y ait aucune perte de chance dans la prise en charge pour le patient.

K-131 « il m'arrive très souvent que même après avoir essayé de faire une échographie, si je suis pas sûr, si j'ai pas vu ce que je voulais voir, si j'ai vu ce que je ne voulais pas voir, de demander un deuxième avis »

De nombreux médecins ont émis des réflexions sur ce qui selon eux appartenait ou non au domaine de la médecine générale, sur la place du médecin traitant dans la prise en charge des patients ainsi que sur l'évolution actuelle de cette spécialité.

K-123 « La comparaison avec un électrocardiogramme est une bonne comparaison. Un électrocardiogramme, il nous ramène un certain nombre d'informations mais ce n'est pas pour autant qu'on est des cardiologues. Donc l'échographie nous ramène un certain nombre d'informations mais ce n'est pas pour autant qu'on est des radiologues.»

Notion	Nombre de médecins ayant évoqué la notion
Connaître ses limites et ses compétences	12
Réorientation vers un radiologue	11
Réflexions sur le champ de la médecine générale	11
Ouverture légitime de la pratique à la médecine générale	5
Exercice sécuritaire	3
Pratique de l'échographie prise au sérieux par les généralistes	3

Tableau 2: Ethique et déontologie

3.3. Intérêts de l'échographie pour le médecin généraliste

Les médecins généralistes échographistes avançaient plusieurs intérêts à la pratique de l'échographie au cabinet. Elle était perçue comme un outil supplémentaire et sa pratique devait être adaptée à la médecine générale.

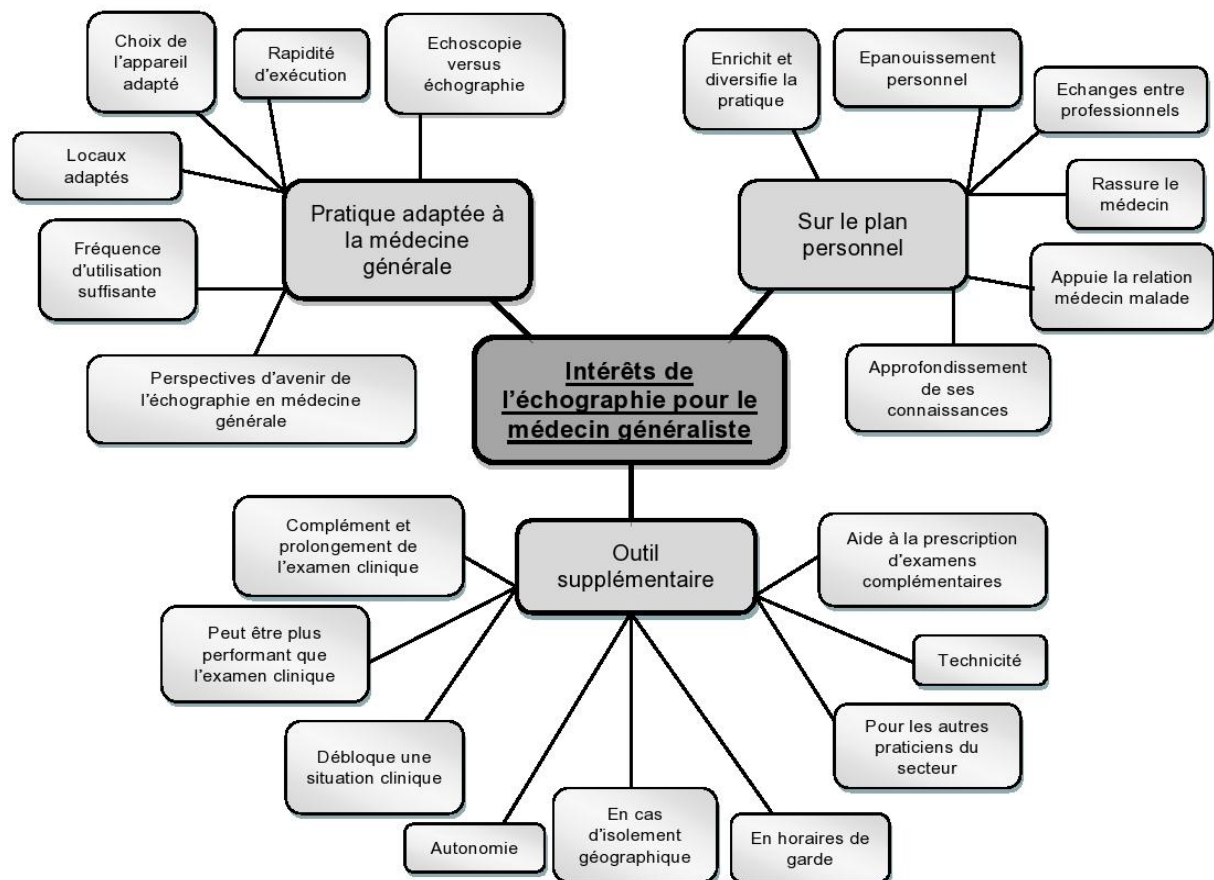


Figure 8. Thèmes et sous-thèmes - Intérêts de l'échographie pour le médecin généraliste

3.3.1. Un outil supplémentaire

Notion	Nombre de médecins ayant évoqué la notion
En cas d'isolement géographique	11
Complément et prolongement de l'examen clinique	9
Débloque une situation clinique	7
Autonomie	5
Pour les autres praticiens du secteur	5
Technicité	4
Peut être plus performant que l'examen clinique	2
En horaire de garde	2
Aide à la prescription d'examens complémentaires	1

Tableau 3: L'échographie comme outil supplémentaire

J-30 « Pour nous, ce qui est utile en montagne et en milieu isolé, avec des fois des météo difficiles, ou t'as pas d'hélico et tu sais pas trop comment gérer les patients, ça peut être l'écho d'urgence. »

N-58 « On doit être multifonction. [...] Il faut qu'on ait un plateau technique qui vous permette d'aller de l'avant. »

K-468 « Et je pense qu'on est sûrement plus performant avec une sonde d'échographie qu'avec nos simples oreilles pour aller regarder une limite de pleurésie. »

3.3.2. Pratique adaptée à la médecine générale

Certains généralistes ont souligné la différence entre l'échoscopie et l'échographie. L'échoscopie était plus adaptée à la médecine générale pour une exploration rapide et ciblée en consultation. L'échographie était un examen plus formalisé et exhaustif avec une exploration appareil par appareil. Elle était plus propre au radiologue, lors d'une consultation dédiée et avec rédaction d'un compte-rendu.

Le cabinet des généralistes devait disposer de locaux adaptés à la pratique de l'échographie. Ceci pour une mise en œuvre à la fois simple (appareil proche du malade) et pratique (pièce facile à mettre dans l'obscurité). La fréquence d'utilisation de l'échographie devait être suffisante afin de maintenir un bon niveau de compétences.

Enfin, la grande majorité des médecins interrogés voyaient l'échographie comme un outil d'avenir en médecine générale.

3.3.3. Sur le plan personnel

Notion	Nombre de médecins ayant évoqué la notion
Epanouissement personnel	9
Enrichit et diversifie la pratique	7
Rassure le médecin	4
Appuie la relation médecin malade	4
Approfondissement de ses connaissances	4
Echanges entre professionnels	2

Tableau 4: Apports personnels de la pratique de l'échographie par le généraliste

H-87 « Cliniquement, des ventres, c'est pas trop inquiétant, mais si on a l'écho qui confirme qu'il n'y a rien d'extraordinaire, on dort mieux... »

F-244 « Ca diversifie, tu fais d'autres choses, [...]. Et en plus ça enrichit ta pratique, ça la complète. Je suis pas sûre que je ferais sans maintenant. »

I-217 « Ça apporte vraiment un complément en com' c'est sûr. »

3.4. Compétences du généraliste échographiste et du radiologue

Les médecins généralistes échographistes et les radiologues possédaient chacun des atouts qui leurs étaient propres.

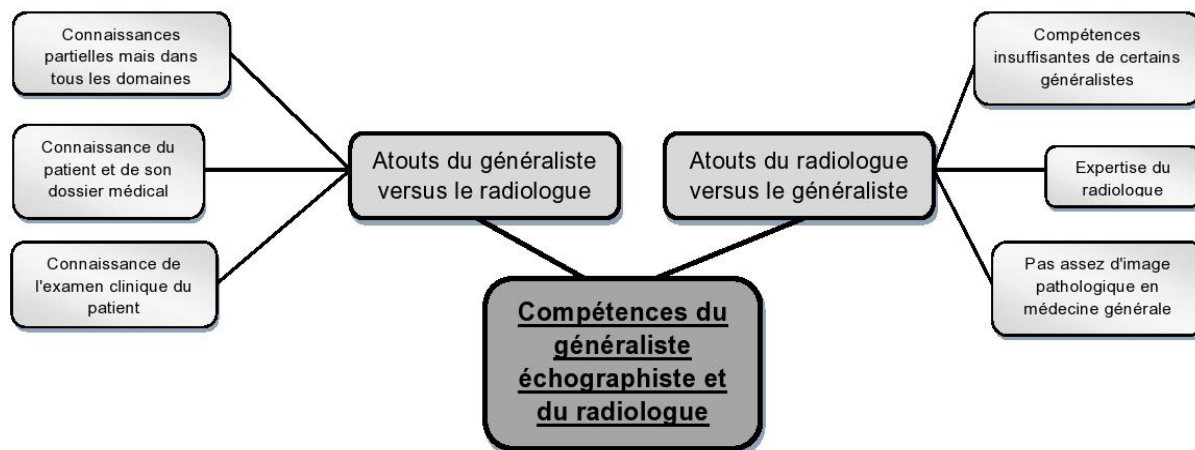


Figure 9. Thèmes et sous-thèmes - Compétences du généraliste échographiste et du radiologue.

3.4.1. Les atouts du généraliste versus le radiologue

Notion	Nombre de médecins ayant évoqué la notion
Connaissance de l'examen clinique du patient	5
Connaissance du patient et de son dossier médical	3
Connaissances partielles mais dans tous les domaines	2

Tableau 5: Atouts du généraliste versus le radiologue

K-372 « Donc l'intérêt qu'on a nous par rapport à nos radiologues, ce que j'allais dire, c'est que un on a les antécédents, deux on a la clinique, et trois on a la spontanéité. »

E-191 « je pense que c'est le fond de la médecine générale d'ailleurs, on n'est pas aussi bon que le cardiologue, on n'est pas aussi bon que le pneumologue, on n'est pas aussi bon que le cancérologue, on n'est pas aussi bon que... Mais simplement on a un certain niveau de compétences partout. Ce qu'ils n'ont pas. Y compris le radiologue »

3.4.2. Les atouts du radiologue versus le généraliste

Les généralistes considéraient le radiologue comme un expert et un référent dans le domaine échographique, qui était plus performant qu'eux.

Notion	Nombre de médecins ayant évoqué la notion
Expertise du radiologue	9
Compétences insuffisantes de certains généralistes	4
Pas assez d'images pathologiques en médecine générale	1

Tableau 6: Atouts du radiologue versus le généraliste

B-105 « Ce que le radiologue a en plus, évidemment c'est son temps de formation et son expertise »

3.5. Place de l'échographie dans le cabinet de médecine générale

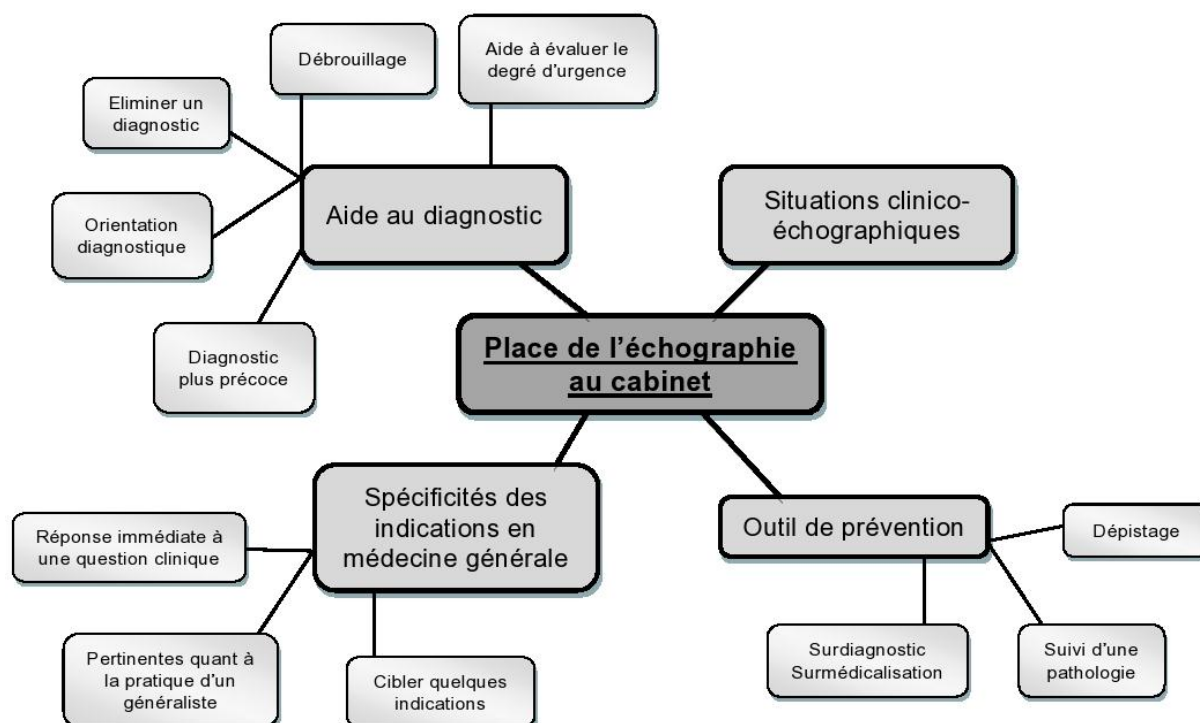


Figure 10. Thèmes et sous-thèmes - Place de l'échographie dans le cabinet de médecine générale

L'échographie intervenait pour des indications ciblées et adaptées à la médecine générale au cabinet. Elle pouvait être une aide au diagnostic et un outil de prévention.

3.5.1. Les situations clinico-échographiques

Les généralistes ont souligné les nombreuses situations où la clinique amenait à poser l'indication pour une échographie. Les principales indications retrouvées étaient: la pathologie biliaire et l'exploration des douleurs abdominales, la recherche d'une phlébite, de colique néphrétique, et l'échographie thyroïdienne en générale.

Indications	Nombre de médecins ayant évoqué l'indication
ABDOMINALE	
Diagnostiquer une cholécystite	9
Explorer une douleur abdominale	8
Diagnostiquer une appendicite	7
Diagnostiquer une colique hépatique	6
Explorer le pancréas	2
Diagnostiquer une péritonite	1
Evoquer une jéjunite	1
Explorer le foie	1
Diagnostiquer une adénolymphite mésentérique	1
VASCULAIRE	
Rechercher une phlébite	11
Evaluer et suivre un anévrisme de l'aorte	4
Evaluer les carotides	2
Suivi d'endoprothèse et pontage artériel	1
Rechercher une thrombose artérielle	1
URGENCE - TRAUMATOLOGIE	
FAST écho	4
Diagnostiquer une fracture	4
Evaluation d'un traumatisme abdominal	3
Rechercher une rupture de rate	3
Rechercher un épanchement péritonéal	3
Evaluation d'un polytraumatisé	2
Evaluation d'un traumatisme thoracique	1
UROLOGIQUE	
Diagnostiquer une colique néphrétique	10
Echographie testiculaire	3
Diagnostiquer un globe vésical	1
Evaluer une prostate	1

LOCOMOTEUR	
Evaluer une tendinopathie	6
Evaluer une épaule douloureuse	5
Diagnostiquer une déchirure musculaire, un claquage	5
Echoguidage pour infiltrations	1
Diagnostiquer une entorse grave	1
GYNECO OBSTETRIQUE	
Diagnostic de grossesse	5
Datation de grossesse	5
Suivi de grossesse	4
Diagnostiquer et suivre un kyste de l'ovaire	4
Vérifier la pose correcte d'un stérilet	3
Contrôler la vitalité fœtale	2
Explorer des métrorragies T1–Diagnostiquer une GEU	2
Diagnostiquer un utérus fibromateux	2
Explorer une masse mammaire	2
CARDIO - THORACIQUE	
Diagnostiquer une pneumopathie	3
Diagnostiquer une pleurésie	2
Diagnostiquer un pneumothorax	2
Diagnostiquer un OAP	1
Evaluer une insuffisance cardiaque, une FEVG	1
Rechercher un épanchement péricardique	1
SOUS CUTANE - CERVICAL	
Diagnostiquer et suivre un nodule thyroïdien	9
Evaluer une adénopathie	2
Evaluer une tuméfaction des parties molles	2
Evaluer un lipome	1
Diagnostiquer un goitre thyroïdien	1

Tableau 10: Indications de l'échographie en médecine générale

3.5.2. Les spécificités des indications en médecine générale

L'échographie intervenait en médecine générale dans des indications fréquentes et ciblées. Elle apportait une réponse à une interrogation clinique. Les généralistes avaient également souligné l'intérêt de l'immédiateté de cette réponse dans la consultation.

Notion	Nombre de médecins ayant évoqué la notion
Réponse immédiate à une question clinique	9
Pertinentes quant à la pratique d'un généraliste	7
Cibler quelques indications	4

Tableau 7: Indications adaptées à la médecine générale

3.5.3. Une aide au diagnostic

Notion	Nombre de médecins ayant évoqué la notion
Aide à évaluer le degré d'urgence	11
Débrouillage	9
Orientation diagnostique	9
Diagnostic plus précoce	6
Éliminer un diagnostic	4

Tableau 8: L'échographie comme aide au diagnostic

I-194 « Puis faire l'échographie sur place, il y aurait eu une suite, parfois ça met vraiment fin aux suspicions et aux hypothèses diagnostiques, on a le diagnostic de certitude, qu'on n'aurait pas eu sans image. »

3.5.4. Un outil de prévention

Notion	Nombre de médecins ayant évoqué la notion
Suivi d'une pathologie	6
Dépistage	3
Surdiagnostic surmédicalisation	1

Tableau 9: L'échographie comme moyen de prévention

N-349 « Vous avez un anévrisme de l'aorte à trente-cinq, quarante millimètres, vous le suivez qu'en échographie. Et si on voit qu'il évolue, on va passer au scanner dans un but opératoire quoi. »

3.6. Intérêts dans la prise en charge du patient

Les médecins généralistes échographistes avançaient plusieurs intérêts à la pratique de l'échographie pour leurs patients : l'amélioration et la simplification de la prise en charge, ainsi qu'une meilleure orientation du patient.

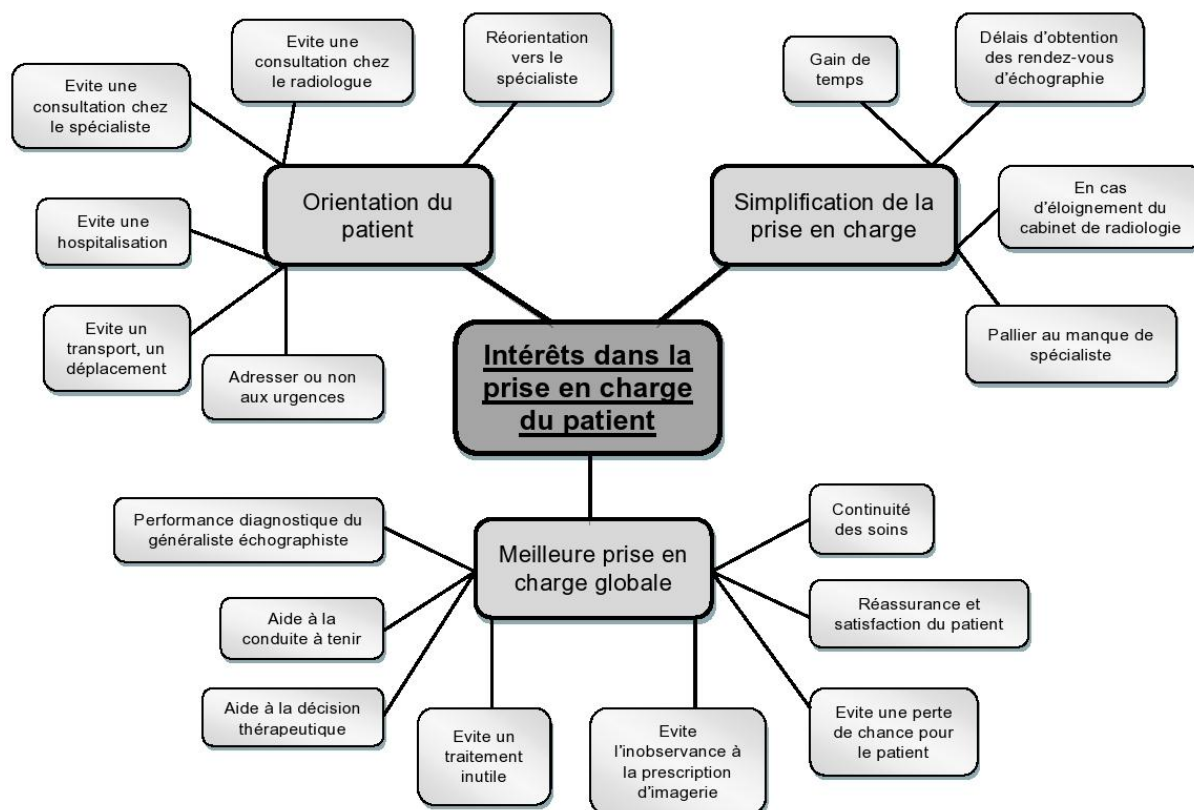


Figure 11. Thèmes et sous-thèmes - Intérêts dans la prise en charge du patient

3.6.1. Une meilleure prise en charge globale

Notion	Nombre de médecins ayant évoqué la notion
Performance diagnostique du généraliste échographiste	7
Aide à la décision thérapeutique	5
Aide à la conduite à tenir	4
Évite un traitement inutile	4
Évite une perte de chance pour le patient	4
Réassurance et satisfaction du patient	4
Évite l'inobservance à la prescription d'imagerie	2
Continuité des soins	2

Tableau 11: Amélioration de la prise en charge du patient via l'échographie

A-77 « il y a un intérêt parce que tu mets pas en route des traitements anticoagulants en urgence, tu sais que t'as pas de risque »

E-114 « il y a des tas de gens quand vous leur dites qu'il faut parcourir trente ou quarante kilomètres pour aller faire une échographie ils vous disent "ben écoutez, on va attendre un peu le temps que ça se tasse". »

3.6.2. Une meilleure orientation du patient

L'échographie aidait le médecin à adopter la meilleure stratégie d'orientation pour le patient.

Notion	Nombre de médecins ayant évoqué la notion
Evite un transport, un déplacement	9
Adresser ou non aux urgences	6
Evite une consultation chez le radiologue	4
Réorientation vers le spécialiste	4
Evite une hospitalisation	2
Evite une consultation chez le spécialiste	2

Tableau 12: Orientation du patient

I-49 « Et puis un patient pour lequel je me dis ça vaut pas le coup qu'il descende à [ville B] faire une écho, le fait de l'avoir et de la faire, ça me permet de me dire, c'est bon je peux m'arrêter là, il y a pas besoin d'en prescrire non plus. »

3.6.3. Une simplification de la prise en charge

Notion	Nombre de médecins ayant évoqué la notion
Gain de temps	9
En cas d'éloignement du cabinet de radiologie	8
Délais d'obtention des rendez-vous d'échographie	6
Pallier au manque de spécialiste	5

Tableau 13: Simplification de la prise en charge

F-160 « Des gynéco médical il y en a plus beaucoup maintenant. Il y a beaucoup de médecins généralistes qui se forment à la gynéco méd, et qui font du coup aussi de l'échographie. »

K-238 « Et si dans neuf cas sur dix ça évite déjà de faire trois semaines de queue pour avoir une écho c'est quand même pas mal ! »

3.7. Les autres thèmes

3.7.1. Les impacts financiers

Le côté financier était un aspect fréquemment évoqué lors des entretiens. En règle générale, l'échographie n'était pas rentable pour les médecins généralistes.

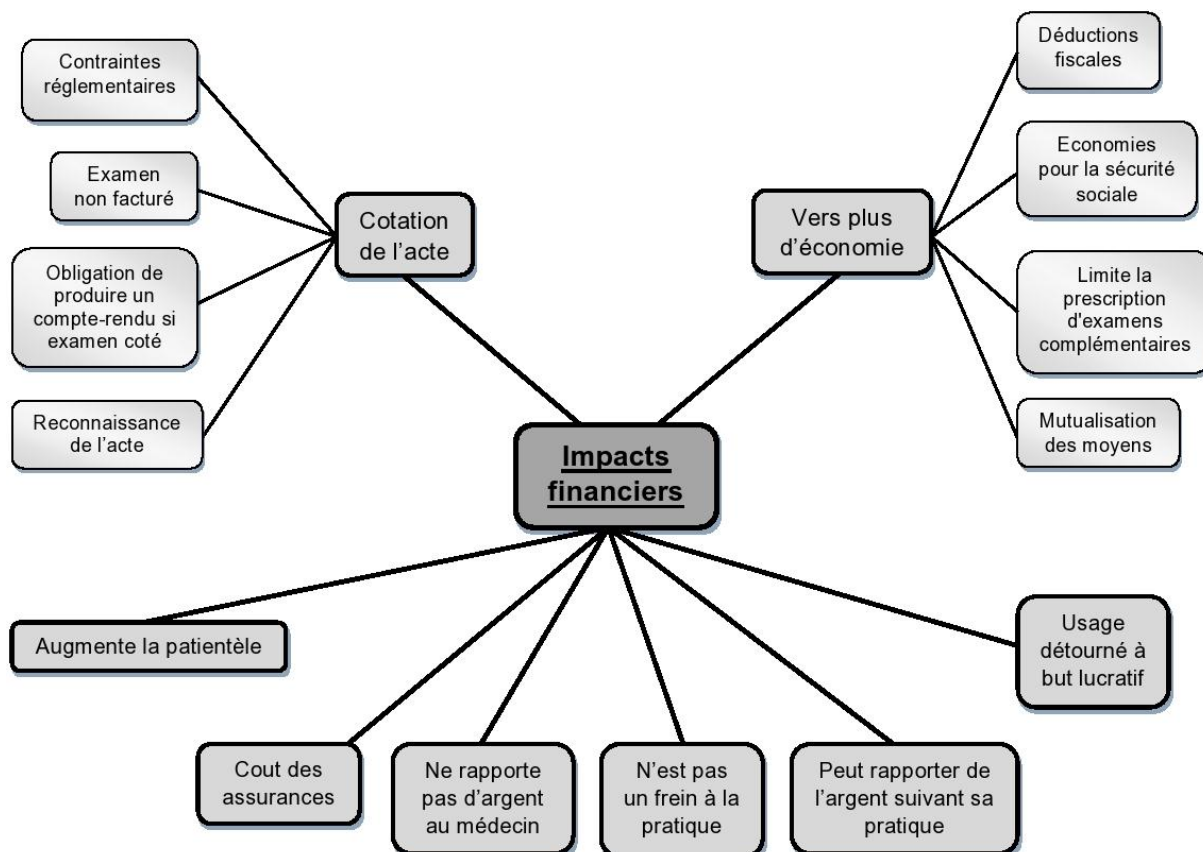


Figure 12. Thèmes et sous-thèmes - Les impacts financiers

L-74 « il faut en faire quand même régulièrement, tous les jours, prendre des créneaux de temps rien que pour faire de l'échographie, pour pas que ça soit à perte. Le côté financier, il est important en libéral, mais pour l'instant effectivement c'est le point noir. »

3.7.2. Les freins à la pratique

Certains obstacles à la pratique de l'échographie en médecine générale ont été évoqués par les médecins interrogés.

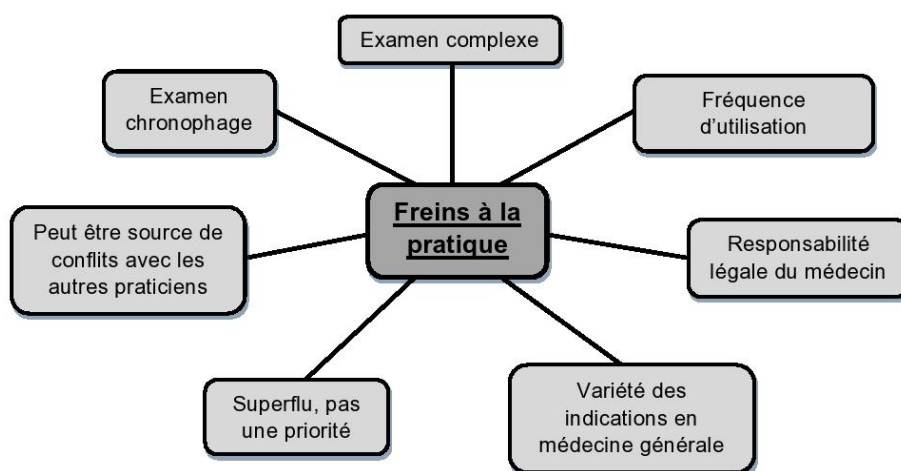


Figure 13. Thèmes et sous-thèmes - Les freins à la pratique

K-172 « Après le danger et la difficulté c'est d'avoir un recrutement suffisant pour avoir des images en tête et se les remémorer. »

D-27 « la responsabilité professionnelle que ça entraîne de faire des échos... »

D-53 « le temps que ça va me prendre au milieu de ma consultation qui n'est pas prévu au départ. »

D-84 « C'est un super examen et en même temps je pense qu'il nécessite vraiment de l'expérience. »

4. DISCUSSION

4.1. Analyse des résultats de l'étude

4.1.1. Rappel des résultats principaux

Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer le bénéfice attendu pour le patient et le médecin de la pratique de l'échographie en médecine générale du point de vue du médecin. Plusieurs éléments de réponse ont pu être apportés.

Pour les médecins: l'échographie est un outil supplémentaire à leur disposition. Elle apporte des informations complémentaires lors de la consultation et est utilisée le plus souvent comme un prolongement de l'examen clinique. Cela aide le médecin pour le diagnostic, la prise en charge thérapeutique et la stratégie d'orientation du patient. Le médecin est plus autonome dans son exercice. Enfin, sur un plan plus personnel, l'échographie enrichit la pratique et favorise l'épanouissement professionnel du praticien.

Pour les patients, du point de vue du médecin: les médecins généralistes échographistes pensent apporter une meilleure prise en charge globale à leurs patients. Ceci en leur évitant une consultation aux urgences ou chez le spécialiste lorsqu'ils ne le jugent pas utile.

4.1.2. Apports de l'échographie en médecine générale

Il ressortait de la plupart des entretiens que la pratique de l'échographie en consultation de médecine générale modifiait la prise en charge du patient. Ces résultats sont cohérents avec un autre travail de thèse qui a montré que 84.5% des échographies réalisées en médecine générale modifiaient la prise en charge des

patients (12). Le type et la durée de traitement semblent les plus modifiés par la pratique de l'échographie.

Elle permettait dans un grand nombre de cas d'éviter une partie des examens complémentaires prescrits hors cabinet, certaines consultations chez le spécialiste ainsi que des passages aux urgences (3).

L'échographie au cabinet du généraliste permet également un gain de confort pour les patients qui sont demandeurs de réaliser des examens complémentaires sur place et de limiter leurs déplacements hors cabinet. Une étude de MGfrance montre que, pour ce qui est des prestations attendues au cabinet, la première attente des français est la possibilité de réaliser certains examens sur place (échographies, électrocardiogramme, etc..) (13). Ce qui peut être particulièrement intéressant en zone sous-médicalisée et pour les patients âgés.

4.1.3. Exigences de formation

A ce jour, il existe deux principales formations à l'échographie en France pour les médecins généralistes. Celles-ci avaient été suivies par sept des dix généralistes échographistes interrogés dans cette étude. Le DIU d'échographie et techniques ultrasonores est organisé à l'Université Paris V sur deux ans, avec validation d'un tronc commun et de quatre modules. La CFFE propose des formations en échographie-doppler avec des programmes d'enseignement ciblés sur quelques jours à Nîmes, en inscription libre.

La formation via le DIU d'échographie et techniques ultrasonores fait actuellement référence sur le plan national. Pourtant, elle ne paraît pas adaptée à la pratique de l'échographie telle que décrite par les médecins généralistes dans cette étude. Ceux-

ci semblaient plus enclin à la réalisation "d'échoscopies cliniques" intégrées à leurs consultations.

Il n'existe pas en France à ce jour de formation échoscopique nationale adaptée pour les médecins généralistes. Ponctuellement, au niveau local, quelques formations ciblées voient le jour, comme à Brest, où l'université propose depuis 2014 un DU d'échographie en médecine générale (14). La formation est calquée sur les indications fréquentes et utiles en médecine générale, plutôt qu'un apprentissage exhaustif, appareil par appareil. Des travaux de thèse préalables sur l'université de Brest avaient servi à établir le programme du DU. Le principal inconvénient de cette formation est qu'elle n'est pas reconnue sur le plan national. En effet, seul le DIU permet officiellement de valider sa compétence échographique et de coter les échographies légalement.

En Italie, le projet METIS propose une formation initiale identique pour tous les médecins de famille. Il n'existe pas d'équivalent en France à ce jour. L'objectif principal de cette formation est de distinguer le pathologique du normal en échographie. Une formation continue annuelle est imposée, en association avec les sociétés savantes italiennes (4).

Il n'existe pas actuellement d'initiation à l'échographie dans les facultés de médecine française pour les étudiants en médecine. La question se pose de l'intérêt d'une formation initiale à l'échographie dans le cadre du cursus médical au même titre que l'apprentissage de l'examen clinique. Les internes sont nombreux à avoir déjà utilisé un échographe et ont des connaissances à ce sujet. Ceux ayant réalisé des échographies durant leur cursus sont deux fois plus intéressés et désireux de

s'équiper (15). La majorité des médecins interrogés dans cette étude étaient favorables à l'initiation des étudiants à l'échographie.

Le groupe de travail de l'OMS s'est intéressé à l'usage de l'échographie dans le monde. Ils ont recommandé que les étudiants en médecine soient initiés: principes de base de la technique ultrasonore, principales coupes anatomiques notamment abdomen et pelvis, principales indications cliniques (6).

4.1.4. Exigences de compétences

Ce même groupe de travail de l'OMS a classé les médecins formés à l'échographie en trois catégories (6). Chaque catégorie avait des exigences en termes de compétences et d'équipement matériel. Le médecin généraliste se situerait alors dans le premier niveau, pratiquant des examens courants, en référant à plus expérimenté en cas de doute, pour un exercice sécuritaire.

De la même façon, en 2016, la SFMU a publié un article définissant un premier niveau de compétence échographique à acquérir pour les urgentistes. Ces recommandations de la SFMU ont été obtenues par consensus, et s'appliquent à l'ensemble des urgentistes du pays. Le groupe de travail a validé un certain nombre d'indications que l'urgentiste doit maîtriser avec l'échographe (16). Il pourrait à l'avenir être défini sur le même modèle des exigences de compétences adaptées aux généralistes échographistes.

En Grande-Bretagne, les sociétés savantes ont édité des recommandations précises concernant l'apprentissage de l'échographie aux non-radiologistes (17). Un nombre minimum d'examens est requis avant de pouvoir prétendre à un niveau de

compétence acceptable. Celui-ci est variable en fonction de l'appareil étudié, par exemple 250 examens pour l'échographie de l'appareil urinaire.

Il ressort des entretiens réalisés dans cette étude que le médecin généraliste échographiste se doit d'avoir une formation initiale solide et une pratique régulière. Ceci afin d'obtenir un bon niveau de compétences et d'exercer de manière sécuritaire.

4.1.5. Faisabilité en médecine générale

La question de la fréquence d'utilisation de l'échographie se pose. L'investissement en termes de formation et de finances devant se traduire par des opportunités d'utilisation suffisantes au cabinet, ce qui semble être le cas chez la plupart des généralistes échographistes interrogés dans cette étude. De plus, le praticien doit réaliser suffisamment d'échographies afin de maintenir son niveau de compétences. Un autre travail a montré que 90% des médecins généralistes interrogés sont confrontés au moins une fois par semaine à une situation où ils pourraient avoir recours à l'échographie au cabinet, et 37% d'entre eux estiment que son utilisation pourrait être quotidienne s'ils disposaient d'un échographe (18).

Plusieurs études ont été effectuées en Europe sur cette question de la faisabilité de l'échographie en médecine générale. Une étude réalisée en Grande Bretagne a montré que l'échographie réalisée par les médecins de famille engendrait une surcharge de travail, des consultations plus longues, et était générateur de stress. En revanche, le coût global était moins important lorsqu'elle était réalisée en ambulatoire plutôt qu'en hospitalier (3).

Pour ce qui est de la performance dans la réalisation de l'examen échographique par des généralistes peu d'études existent. Une étude espagnole de 2012 a montré une bonne concordance dans certaines indications précises entre les mesures échographiques réalisées par un médecin généraliste et celles réalisées par un radiologue (19).

La revue systématique de la littérature espagnole conclue que l'échographie par le médecin généraliste est faisable, avec quelques réserves: il faudrait définir et réglementer les indications de l'examen, les critères de formation, et les considérations légales (5).

4.1.6. Indications

Les urgentistes ont déjà validé un certain nombre d'indications d'urgence (16). Celles-ci pourraient être transposables au médecin généraliste. Une des six compétences fondamentales définie par la WONCA Europe (20) est l'aptitude à "gérer des situations au stade précoce et indifférencié, et intervenir dans l'urgence quand cela est nécessaire". Ceci est cohérent avec les résultats de cette étude où une majorité des indications citées par les médecins font partie du contexte de l'urgence.

Les indications qui ressortent majoritairement sont les indications abdominales, gynéco-obstétriques, et de l'appareil locomoteur. Ceci semble en accord avec une autre thèse réalisée à Grenoble, où ces trois catégories représentent à elles seules 79% des types d'échographies réalisées en médecine générale (12).

4.2. Limitations de l'étude

4.2.1. Forces

Validité interne

La grille de critères COREQ (11) a été utilisée tout au long de l'étude, notamment lors de la conception de l'étude, de l'élaboration du protocole et de l'analyse des résultats. Elle se présente sous la forme d'une check-list de critères à respecter. Suivant la ligne directrice proposée par cette grille, cette étude peut être considérée comme alignée sur les normes internationales. Elle respecte la plupart des gages de qualité attendus pour une étude qualitative.

La méthode qualitative

La question de recherche de cette étude appelait à l'utilisation de la méthode qualitative afin d'y répondre. Elle apporte un point de vue nouveau grâce à sa méthode de recherche originale : une étude sur le terrain, une démarche compréhensive plutôt qu'explicative, des déterminants des comportements des acteurs et du fonctionnement des systèmes en place. Elle permet de générer de nouvelles pistes de recherche. La recherche qualitative est alors complémentaire de la recherche quantitative.

Echantillonnage

Lors de l'échantillonnage, peu de refus ont été rencontrés par les enquêteurs. Seuls deux médecins sur les 17 démarchés au total n'ont pas donné leur accord de participation. Le choix des médecins interrogés avait été fait dans un souci de diversification maximale, selon les caractéristiques démographiques préétablies. L'échantillon peut donc être considéré comme diversifié, selon la volonté des enquêteurs.

4.2.2. Faiblesses

Biais de sélection

Un biais de sélection a pu exister, par le mode de recrutement: la méthode boule de neige. Celle-ci peut créer un effet réseau. Les médecins interrogés connaissaient a priori personnellement les personnes à recruter qu'ils conseillaient aux enquêteurs. Vraisemblablement, ces personnes recommandées sont plus à même de partager les mêmes points de vue, faisant alors obstacle à la diversification des idées et opinions dans l'échantillon. Afin de limiter au maximum ce biais, la plupart des contacts initiaux avait été sélectionnés de manière aléatoire via l'annuaire du conseil de l'ordre.

Les médecins pratiquant l'échographie étaient majoritairement représentés dans l'échantillon. Ils étaient plus favorables à la pratique de l'échographie en médecine générale et avançaient plus d'arguments soutenant cette hypothèse. Au total, seuls deux des médecins interrogés étaient peu favorables voire opposés à cette pratique. D'autres entretiens avec des médecins ayant ce profil et partageant cette opinion auraient peut-être pu faire émerger de nouvelles idées et modifier les résultats plutôt en défaveur de cette pratique.

De plus, au sein des médecins formés, seuls 30% avaient le DIU d'échographie et techniques ultrasonores, seule formation actuellement validée sur le plan national.

Biais d'intervention

La technique d'interrogatoire pendant les entretiens impose d'être neutre et impartial. La formulation des questions et l'attitude de l'enquêteur ne doivent pas influencer les réponses. Des recherches et des entretiens préalables avaient été réalisés, afin de peaufiner la méthode d'interrogatoire, mais les deux enquêteurs restaient peu expérimentés.

Biais d'interprétation

L'utilisation de la méthode de la théorie ancrée implique que les enquêteurs s'affranchissent de leurs opinions et construisent leurs conclusions à partir des données récupérées sur le terrain. L'objectif principal présupposait que l'échographie apportait un bénéfice pour le médecin généraliste et son patient. La question de recherche était orientée vers l'apport potentiel de l'échographie dans l'exercice de la médecine générale. Il est donc possible qu'un biais ait pu exister dans le recueil et le codage des données du fait de ces présupposés.

4.3. Perspectives

4.3.1. L'échoscopie et l'échographie

Ce travail met en opposition deux types de pratique de l'échographie en médecine générale. L'échographie pouvait être intégrée par certains médecins à leur consultation en l'utilisant comme prolongement de l'examen clinique. Elle appuyait la démarche clinique afin d'affirmer ou d'infirmer un diagnostic. Cette utilisation peut être définie comme de l'échographie clinique ou échoscopie. D'autres médecins au contraire insistaient sur le fait qu'il fallait effectuer une consultation dédiée avec production d'un compte-rendu détaillé et appliquer une cotation adaptée. Cette pratique se rapproche plus de l'échographie radiologique.

L'échoscopie semble plus adaptée à la pratique du généraliste. D'autant plus qu'avec la miniaturisation électronique il est d'ores et déjà envisageable d'emporter en visite un appareil ultrasonore de la taille d'un gros téléphone portable. Ces échographes de poche ont fait leurs preuves en termes de performance et permettent l'obtention d'images échographiques bidimensionnelles et Doppler Couleur (21).

4.3.2. Les divergences d'opinions parmi les médecins généralistes

Parmi les médecins interrogés qui ne pratiquaient pas l'échographie, trois catégories se dégagent :

- Ceux en faveur de la pratique de l'échographie en médecine générale. Certains s'étaient déjà posé la question d'intégrer l'échographie dans leur pratique car ils y trouvaient un intérêt potentiel.
- Ceux qui étaient réticents, voire carrément opposés à cette pratique. Les principaux arguments avancés étaient le manque de temps, la difficulté d'être performant dans tous les domaines et le fait qu'ils ne considéraient pas la pratique de l'échographie comme une priorité dans leur exercice.
- Ceux qui avaient des avis nuancés sur la question. Ils avançaient certaines difficultés, notamment concernant le temps de formation.

La pratique de l'échographie en médecine générale ne fait pas l'unanimité parmi les médecins généralistes. Ceci peut entre autres constituer un obstacle à son développement et sa démocratisation en soins primaires.

4.3.3. Les différents enjeux pour le développement de l'échographie en médecine générale

Repenser le système de soins primaires en France:

Le contexte actuel est celui d'une crise démographique médicale et d'une inégalité géographique de l'offre de soins sur le territoire. L'échographie, intégrée dans la pratique du médecin généraliste, pourrait devenir un outil indispensable en milieu isolé. Elle permettrait, dans certains cas, d'éviter un recours aux soins secondaires, qui se font encore plus rares dans ces déserts médicaux.

En Italie, le projet METIS (4) avait pour but de réformer l'organisation des soins primaires sur le plan national avec un accès à l'imagerie échographique par les médecins généralistes. L'objectif de ce projet était d'accélérer le processus diagnostique et thérapeutique, ainsi que de résoudre le problème du patient en restant dans le cadre du médecin de famille de proximité. Le nombre d'hospitalisations inappropriées devait ainsi être réduit, et le recours aux spécialistes plus ciblé. Cela permettait également la satisfaction du patient à être pris en charge rapidement et par son propre médecin.

Formation nationale:

Une formation nationale pourrait être envisagée en France pour les médecins généralistes. L'apprentissage d'un certain nombre d'indications échographiques fréquentes et utiles en ambulatoire serait alors proposé.

Contraintes économiques:

L'échoscopie ne rentre pas dans la définition de l'assurance maladie et ne permet pas sa cotation. Les contraintes économiques sont fortes pour les généralistes échographistes, en termes de formation, et pour l'acquisition d'un échographe.

De plus, le système actuel ne permet pas de cumuler pour le même patient le même jour la cotation d'une échographie, à la cotation d'une consultation. Or, c'est la définition même de l'échoscopie que de l'utiliser au moment de la consultation pour le patient. Le médecin généraliste ne peut facturer qu'un seul des deux actes, alors qu'il pratique les deux. Ce problème se pose également pour d'autres spécialités à exercice libéral qui ont souvent recours à l'échographie en consultation telles que la rhumatologie ou la gynécologie.

Plusieurs adaptations pourraient être proposées:

- Établir une nomenclature spécifique des actes d'échoscopie adaptée pour le généraliste.
- Possibilité de cumuler la cotation d'une consultation avec celle d'une échographie.
- Attribuer des subventions à l'achat d'un échographe pour les médecins isolés.

En revanche, ce mode de fonctionnement poserait le problème de l'autoprescription dans un système de rémunération à l'acte. Le généraliste, avec un recrutement direct, peut pratiquer et facturer des échographies librement dans sa patientèle.

4.3.4. Portrait type

Au total, le profil idéal du médecin généraliste formé à l'échographie serait un médecin qui:

- Exerce plutôt en zone isolée, éloignée des centres offrant un accès facile aux soins secondaires (zone rurale, montagne, déserts médicaux).
- Travaille en groupe ou en MSP, afin de mutualiser les moyens financiers.
- A suivi une formation adaptée et maîtrise les indications échographiques fréquentes et utiles pour l'exercice ambulatoire.
- A une pratique régulière de l'échographie permettant un bon niveau de compétences et suit une formation médicale continue.
- S'est équipé d'un échographe adapté à sa pratique.
- Pratique plutôt l'échoscopie.

Ainsi, il ne se substitue pas au radiologue, mais lui est complémentaire. De la même façon que le médecin généraliste est déjà complémentaire au cardiologue, à l'endocrinologue, au gynécologue...

5. CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Marion PLA / Laurent SEYLER

TITRE : Pratique de l'échographie dans l'exercice de la médecine générale en cabinet : perceptions des praticiens.

L'échographie est présente dans presque tous les domaines de la médecine, mais son utilisation reste à ses débuts en cabinet de médecine générale. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le bénéfice attendu pour le patient et le médecin de la pratique de l'échographie en médecine générale.

Dans cette étude qualitative, des médecins généralistes pratiquant ou non l'échographie ont été interrogés au cours d'entretiens individuels semi dirigés. Après retranscription, les entretiens ont été codés. L'analyse a été effectuée par triangulation des données, selon la méthode de la théorie ancrée, sur le logiciel N'Vivo.

Quinze entretiens ont été réalisés entre mars et juin 2016 (sex-ratio 3/1, pratique de l'échographie 67%). Les médecins généralistes perçoivent l'échographie comme un outil supplémentaire à leur disposition. Elle est utilisée comme un prolongement de l'examen clinique lors de la consultation. L'intérêt paraît être à la fois d'établir un diagnostic de certitude, d'apporter une thérapeutique adaptée et de guider l'orientation du patient. Les médecins se sentent plus autonomes dans leur exercice et ont la sensation d'apporter une meilleure prise en charge globale à leurs patients. Ils mettent en avant une diminution du nombre de patients orientés aux urgences lorsque le diagnostic est permis par l'échographie.

Cette étude permet d'apporter des premiers éléments de réponse à la question de recherche. Les bénéfices résultants de l'usage de l'échographie par le médecin généraliste au cabinet sont variables selon le type de pratique (échoscopie ou échographie), les indications de l'examen, et le lieu d'installation. Les entretiens réalisés permettent alors d'envisager une place pour l'usage de l'échographie, même si celle-ci reste à préciser. Cette étude présente certaines faiblesses dont un biais de recrutement. D'autres études doivent être menées sur le sujet.

Cette thèse soulève d'autres problématiques telles que l'apprentissage de la technique aux étudiants en médecine et aux médecins généralistes exerçants, par la création d'une formation nationale adaptée permettant un niveau de compétence suffisant. Cette pratique doit être mieux encadrée et validée sur des indications ciblées. Un système de cotation de l'acte échoscopique cumulable avec une consultation devrait être mis en place. L'investissement financier et le temps passé à réaliser l'examen pendant la consultation restant le frein majeur décrit par les médecins.

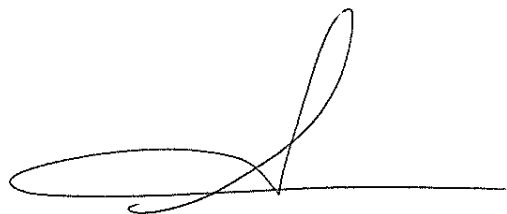
VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 10/11/2016

LE DOYEN

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET

J.P ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE



PROFESSEUR CAROLE SCHWEBEL

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Gradinaru C. Etude rétrospective transversale concernant la pratique échographique des médecins inscrits au DIU d'Imagerie et Techniques Ultrasonores ces 10 dernières années [Thèse de doctorat en médecine]. Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie; 2012.
2. Smith-Bindman R, Miglioretti DL, Larson EB. Rising use of diagnostic medical imaging in a large integrated health system. *Health Aff Proj Hope*. 2008 Dec 27; 27(6):1491-502.
3. Wordsworth S, Scott A. Ultrasound scanning by general practitioners: is it worthwhile? *J Public Health Med*. 2002 Jun;24(2):88-94.
4. Bono F, Campanini A. The METIS project for generalist ultrasonography. *J Ultrasound*. 2007 Dec;10(4):168-74.
5. Vicente-Molinero Á, Aznar-Cantín S, Yáñez-Rodríguez F. Ecografía en Atención Primaria: estado de la cuestión. *SEMERGEN - Med Fam*. 2009 Fev;35(2):58-61.
6. Training in diagnostic ultrasound: essentials, principles and standards. Report of a WHO Study Group. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 1998;875:i-46; back cover.
7. Hazebroucq V. Qui peut donc faire les échographies? (page consultée le 01/06/16). Site de la Société Française de Rééducation de l'Épaule, [En ligne]. http://sfre.org/pdf/news/2014/qui_peut_donc_faire_les_echographies.pdf
8. Article 70 - Omnivalence du diplôme et limites. (page consultée le 23/10/16). Conseil National de l'Ordre des Médecins, [En Ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-70-omnivalence-du-diplome-et-limites-294>
9. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5.
10. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2^{ème} éd. Armand Colin; 2015.
11. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. 2015 Jan;15(157):50-4.
12. Renaudin C. Intérêt de l'échographie dans la prise en charge des patients au cours de la consultation de médecine générale [Thèse de doctorat en médecine]. Université Joseph Fourier Faculté de Médecine de Grenoble; 2015.
13. Français et médecin traitant. Rapport. (page consultée le 26/09/16). MGFrance, [En ligne]. <http://www.mgfrance.org/images/actualite/politique/sondagemfrance.pdf>
14. Diplôme d'Université. Echographie en médecine générale. (page consultée le 21/09/16). Université de Bretagne Occidentale, [En ligne]. http://www.univ-brest.fr/digitalAssets/22/22750_DU_Echographie.pdf

15. Hijazi J. Opinion des internes de médecine générale sur l'intérêt ou le non intérêt de l'usage de l'échographie en consultation de médecine générale: étude quantitative transversale auprès des internes de médecine générale de Bretagne [Thèse de doctorat en médecine]. Université européenne de Bretagne; 2014.
16. Duchenne J, Martinez M, Rothmann C, *et al.* Premier niveau de compétence pour l'échographie clinique en médecine d'urgence. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence par consensus formalisé. *Ann Fr Médecine Urgence*. 2016 juil;6(4):284-95.
17. Ultrasound training recommendations for medical and surgical specialties, Second edition. (page consultée le 14/11/16). The Royal College of Radiologists, [En ligne].
https://www.rcr.ac.uk/system/files/publication/field_publication_files/BFCR%2812%2917_ultrasound_training.pdf
18. Arbonville A. L'échographie doit-elle faire partie du plateau technique du médecin généraliste en 2012? [Thèse de doctorat en médecine]. Université de Reims; 2012.
19. Esquerrà M, Roura Poch P, Masat Ticó T, Canal V, Maideu Mir J, Cruxent R. Ecografía abdominal: una herramienta diagnóstica al alcance de los médicos de familia. *Aten Primaria*. 2012 oct;44(10):576-83.
20. Allen J, Gay B, Crebolder H, *et al.* La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. *Wonca Europe*. 2002 ;7-18.
21. Dijos M, Pucheux Y, Lafitte M, *et al.* Fast Track Echo of Abdominal Aortic Aneurysm Using a Real Pocket-Ultrasound Device at Bedside: Ultraportable Echography and Abdominal Aortic Aneurysm. *Echocardiography*. 2012 mar;29(3):285-90.

7. ANNEXES

Annexe 1 : Pré-guide d'entretien

Trame lors de l'entretien téléphonique

Présentation

Des 2 internes

De la thèse d'exercice : enquête sur la pratique de l'échographie au cabinet en médecine générale.

Explications sur le déroulement de l'entretien

Durée moyenne : 30min

Entretien sous forme d'une discussion, semblable à une interview, type question réponse

Enregistrement de la totalité de l'entretien

Garantie d'anonymat des données recueillies et de l'identité du médecin. Droit de regard sur les données recueillies.

Prise d'un rendez-vous, selon les disponibilités du médecin

Lieu

Heure

Date

En cas de refus: demander une explication

Annexe 2 : Guide d'entretien

- Présentation de l'étude, de la thèse d'exercice.
- Explications sur le déroulement de l'entretien semi-dirigé.
- Recueil du consentement concernant la participation à l'étude et l'enregistrement audio des données.
- Assurance de l'anonymisation et de la confidentialité des données.
- Entretiens exploratoires, objectif de recueillir le maximum de données, pas de bonne ou de mauvaise réponse, pas de jugement.

Entretien semi-dirigé:

Pour les échographistes: Comment vous êtes-vous lancé dans l'échographie?

Pour les non échographistes: Vous êtes-vous déjà retrouvé dans une situation où vous auriez aimé pouvoir faire une échographie vous-même?

=> Que pensez-vous personnellement de la pratique de l'échographie par les généralistes au cabinet?

1. Indications de l'échographie

Dans quelles circonstances voyez-vous des indications à l'échographie en cabinet par le généraliste?

- a) Dépistage (prévention primaire).
- b) Diagnostic (prévention secondaire).
- c) Suivi (prévention tertiaire).
- d) Surdiagnostic surmédicalisation (prévention quaternaire).

2. Intérêts dans la prise en charge

Quel intérêt voyez-vous dans la prise en charge du patient?

Voyez-vous un bénéfice à une telle pratique pour le patient?

- a) Modification de la décision thérapeutique.
- b) Orientation du patient, éviter les urgences.
- c) Diagnostic plus précoce.
- d) Limiter la prescription d'examens complémentaires.
- e) Préférences du patient.

3. Réalisation de l'examen: avantage du généraliste versus le radiologue

Quels seraient pour vous les atouts d'une échographie pratiquée par un médecin généraliste comparée à celle pratiquée par un radiologue?

- a) Autonomie du médecin: le médecin traitant reste au centre de la prise en charge.
- b) Complémentarité avec l'œil clinique du généraliste.
- c) Connaissance de l'intégralité du dossier du patient.
- d) Image au service de la prise en charge globale et d'une conduite à tenir suite à l'examen.
- e) Annonce diagnostique claire et immédiate au patient.
- f) Relation de confiance avec le praticien / relation médecin malade.

4. **Type de pratique - Lieu de pratique**

Quelle est selon vous le type de pratique de l'échographie adaptée à la médecine générale?

- a) Echographie versus échoscopie.
- b) Exercice à part avec plages de consultations dédiées.
- c) Patientèle du praticien ou patient adressé par un confrère (nombre d'échographies prescrites par jour en moyenne).
- d) Cabinet, maison médicale.
- e) Rural, semi-rural, urbain, médecin de montagne.
- f) Compatibilité avec une activité de généraliste en parallèle.

5. **Aspects financiers**

Que pensez-vous de l'aspect financier de l'échographie en médecine générale?

- a) Coût pour le médecin.
- b) Coût de l'appareil.
- c) Temps supplémentaire passé par consultation.
- d) Cotation CCAM.
- e) Assurance.
- f) Financier pour la société: moins coûteux qu'un passage aux urgences.

6. **Compétences / Formation**

Quelles compétences pensez-vous qu'il faille avoir?

- a) Formation initiale.
- b) Formation des étudiants durant leurs études.
- c) Formation continue / maintien du niveau de compétence (nombre d'échographies nécessaires et fréquence de réalisation).

RELANCES - PARTIE plus spécifique aux non échographistes

1. **Rôle**

Quel rôle donneriez-vous au généraliste échographiste?

- a) Raccourcissement des délais pour l'obtention d'un rendez-vous, démographie médicale
- b) Originalité, "le +".

2. **Opinion**

Quelle est votre opinion générale sur la pratique de l'échographie par vos confrères généralistes?

- a) Favorable / défavorable.
- b) Est-ce du ressort du généraliste.
- c) Confiance aux généralistes échographistes.
- d) Peur du vol de patientèle.
- e) Biais un jugement fondé sur la clinique seule, apanage de la médecine générale.
- f) Plus de technicité au détriment de la relation médecin patient, éducation thérapeutique.

Souhaitez-vous ajouter quelque chose? Avez-vous des questions particulières?
Qu'avez-vous pensé de cet entretien ?

Remerciements pour la participation à l'étude. Proposition de retour des résultats.

Annexe 3 : Questionnaire de caractérisation de la population de l'étude

Questionnaire anonyme

1. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2. Votre âge :

-

3. Votre lieu d'installation :

- Rural (<2000 habitants)
- Semi-rural (2000-10000 habitants)
- Urbain (>10000 habitants)
- Station de montagne

4. Votre mode d'exercice:

- Seul
- En groupe (installation à 2 médecins ou plus)
- En maison de santé pluriprofessionnelle

5. Formation à l'échographie:

- Oui
- Non

Si oui, comment vous êtes-vous formé?

.....
.....

6. Pratique de l'échographie au cabinet:

- Oui
- Non

7. Temps de trajet par rapport au cabinet de radiologie le plus proche:

- < 15min
- 15min-1h
- > 1h

8. Connaissance d'un ou plusieurs médecins généralistes échographistes dans le secteur:

.....
.....
.....

9. Connaissance d'un ou plusieurs confrères susceptibles de répondre à notre questionnaire:

.....
.....
.....

Merci pour votre participation

Annexe 4 : Fiche d'information et de consentement médecin

Cher confrère,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, de réfléchir à votre participation, et pour poser aux internes responsables de l'étude toutes les questions que vous jugerez nécessaires.

BUT DE L'ETUDE

* Déterminer les facteurs promoteurs pour la formation des médecins généralistes à l'échographie.

* Déterminer le bénéfice potentiel pour le patient et pour le médecin de la pratique de l'échographie en cabinet.

DEROULEMENT DE L'ETUDE

Cette étude se déroule sous forme d'entretiens individuels enregistrés d'une trentaine de minutes, qui seront intégralement retranscrits mot à mot et anonymisés afin que vous-même ou toute autre personne citée ne puissiez être identifiés. Les entretiens seront ensuite analysés par les deux observateurs afin d'en faire ressortir les idées principales.

FRAIS

Votre collaboration à ce protocole de recherche qualitative n'entraînera pas de participation financière de votre part.

CONFIDENTIALITE

Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès aux données personnelles recueillies vous concernant. A l'exception de ces personnes (qui traiteront les

informations dans le plus strict respect du secret médical), votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par les promoteurs. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude. Le projet a reçu un avis favorable de la CNIL en date du 08/09/2016.

Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter les internes responsables de l'étude (Marion Pla, tél : xxxxxxxxxx et Laurent Seyler, tel : xxxxxxxxxx).

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Annexe 5 : Les entretiens retranscrits

Entretien Médecin A

5 *Du coup, comment tu t'es lancé dans l'écho ?*

Alors, moi je travaille à [...], on fait que de l'urgence. Donc je me suis lancé dans l'écho, au départ, c'est plus les associés qui étaient motivés pour faire de l'échographie. Moi j'étais pas très chaud au départ parce que je pensais plus à des problèmes de responsabilité, de diagnostic. Et puis finalement je me suis inscrit à une formation pour passer le « PREP » [note : Programme Rapide d'Echographie d'un Patient se présentant aux Urgences], un espèce de probatoire, c'est du FAST écho amélioré. C'est une école à [ville A] qui fait ça, je sais pas si t'en as entendu parler, c'est [...]. J'ai fait ça, ça m'a super emballé. Dans la foulée, on était plusieurs à [...], on est 22 médecins, et on était 7 à l'avoir fait ce « PREP ». Et du coup on a investi dans la machine que tu vois là. On a acheté à plusieurs, on s'est payé un écho. Et du coup j'en ai fait tout de suite. C'est super intéressant pour éliminer des diagnostics. Moi je vois ça comme un complément d'examen plus qu'un examen radiologique... pour moi, c'est plus une prolongation de mon examen clinique, comme l'électrocardiographe m'aide à faire un examen cardiologique. Pour voir un ventre douloureux, voir une pneumopathie, pour éliminer une phlébite menaçante, voilà je m'en sers pour ça. Et moi je suis le seul associé pour l'instant à m'en être payé un personnel que j'utilise en visite, un ultra portable, Sonosight. Je l'ai acheté en leasing parce que c'est pas donné... c'est un des objectifs de ta thèse je pense, mais voilà c'est... le coût c'est quand même un gros frein.

25 *Et en visite, du coup, c'est juste pour mettre un petit coup... comment tu t'en sers ?*

Ah non, c'est pas un petit coup, je fais un examen. C'est-à-dire que je fais mon examen clinique, et par exemple dans une colique néphrétique ou dans un abdomen douloureux, je fais mon « PREP ». Je regarde les points, je regarde l'aorte, je regarde les reins s'il y a eu des dilatations des voies urinaires, s'il y a du jus dans le péritoine. C'est sûr que je vais pas aller dans la finesse d'un radiologue, mais j'élimine des diagnostics.

35 *Donc tu t'en sers plutôt à visée diagnostique...*

A visée diagnostique, mais diagnostic d'urgence, c'est pas un diagnostic radiologique. D'ailleurs nous on appelle ça de l'échoscopie, pas de l'échographie. Evidemment, on voit la cholécystite, on voit des choses. C'est un complément de notre examen clinique, ça ne m'empêche pas de l'envoyer voir un radiologue pour faire une échographie derrière.

40 *Si t'as besoin d'affiner, si t'as un doute...*

Voilà, moi ce que je veux c'est éliminer un problème urgent, voir si ça m'oriente un petit peu. Pour l'instant j'en suis à ce stade-là, parce que j'ai commencé récemment, ça fait un an, un an et demi que j'ai commencé. Et je fais pas que de l'échographie parce que c'est un complément de mon examen, donc je vais faire une échographie par jour.

A ton avis, il faut faire un certain nombre d'échographies pour maintenir des compétences ?

50 Ca dépend ce que tu cherches. Dans une colique néphrétique, tu vas regarder ton rein ton aorte, s'il n'y a pas d'anévrisme de l'aorte qui se fissure, et après tu regardes ton rein, si tes voies urinaires elles sont dilatées, s'il y a une menace pour le rein. Une fois que t'as fait ça, t'as pas besoin de faire le reste.

55 *Et du coup, t'en re-prescris une 24h après ?*

Pas forcément, parce qu'ils sont soulagés, moi j'élimine l'urgence maintenant, s'ils sont soulagés, ils ont pas besoin de revoir un docteur. S'ils sont pas soulagés, effectivement, il faudra approfondir les examens. Pas forcément avec une échographie d'ailleurs.

60

D'accord. Et tu penses qu'il y a un intérêt pour le patient, d'avoir un médecin généraliste qui fait de l'échoscopie ?

65

Moi je pense que ça enrichit l'examen clinique. C'est un complément de l'examen clinique, c'est-à-dire que tu vas plus loin dans les diagnostics. Pour le patient, à partir du moment où ton médecin il est plus performant c'est plus intéressant évidemment. Ça permet d'orienter... le grand intérêt, ça dépend un peu des tableaux, mais dans l'abdomen douloureux, ça permet d'éliminer l'urgence et savoir si t'envoies aux urgences ou pas, pour qu'il y ait une prise en charge chirurgicale.

70

Donc éviter un passage aux urgences...

75

Eviter un passage aux urgences. Dans la suspicion de phlébite, tu peux éliminer à 100% une phlébite menaçante avec un risque d'embolie pulmonaire dans les cinq jours, donc t'as pas besoin d'envoyer voir chez l'angiologue tout de suite, t'as pas besoin de mettre un anticoagulant tout de suite. Si c'est juste une suspicion, tu sais que t'as une petite semaine pour que le patient aille voir un angiologue, donc il y a un intérêt parce que tu mets pas en route des traitements anticoagulants en urgence, tu sais que t'as pas de risque. Ou alors il y en a un, et à ce moment-là tu orientes tout de suite le patient comme il faut.

80

Est-ce que tu penses qu'il y a un intérêt d'une échographie d'un généraliste, même si là dans le contexte urgence toi tu connais un peu moins les patients, mais un généraliste qui connaît son patient par rapport à un radiologue qui fait l'examen, est ce que tu penses qu'il y a un intérêt d'une échographie faite par le généraliste, plus que par le radiologue ?

85

Dans le cadre du suivi... Je pense que le radiologue il restera toujours plus performant parce qu'il fait que ça, dans son analyse d'images etc... L'intérêt pour moi de l'échographie faite par le généraliste, c'est du débrouillage ; éliminer les problèmes aigus. Parce que je fais que de l'aigu. Un médecin généraliste qui va faire des échographies thyroïdiennes, peut-être que ça a un intérêt, moi dans ma pratique j'en ai pas. Un autre intérêt dans l'urgence, la pédiatrie, un enfant pour lequel tu suspectes une pneumopathie, t'es plus efficace à faire une échographie qu'une radio. Et puis t'es pas irradiant.

90

95

Et au niveau financier, comment tu vois ça la pratique de l'écho ? Tu disais, vous avez été plusieurs pour acheter cet appareil...

100

Alors, là on partage les coûts donc ça diminue largement la charge personnelle. Moi le mien je l'ai pris en leasing, donc ça me coûte quand même... l'appareil neuf vaut 16 000 euros, en leasing je dois être à 240 euros par mois sur 5 ans. Après j'ai pris les assurances bris et casse, vol. Parce que moi des fois je le laisse dans ma voiture quand je fais des visites, parce qu'il y a des visites qui nécessitent pas forcément. Par rapport à un électrocardiographe qui va coûter 1500 euros, c'est dix fois plus. Et tu cotes très mal l'échographie. Parce qu'en fait, l'échographie il y a une cotation qui nécessite l'impression d'un compte-rendu et l'impression d'images, à domicile c'est un petit peu compliqué...

105

Au niveau rentabilité...

Au niveau rentabilité, non il n'y en a pas à l'heure actuelle.

110

Pour le petit que tu emportes en visite. Et avec les gros d'ici ?

Moi je cote... ça dépend un petit peu. Je cote déjà les échographies dans lesquelles je suis très à l'aise. Genre je regarde le foie, les voies biliaires, la vésicule, ça c'est assez simple. Et

115 puis je me suis bien formé là-dessus, parce que j'ai fait des sessions d'approfondissement, et puis j'en ai fait pas mal. Donc je cote, mais bon ça vaut 37.80 euros, une consultation c'est 23 euros, voilà. En termes de rentabilité, j'amortis pas mon appareil.

Même à plusieurs dessus dans le cabinet ?

120 Non parce que je le cote pas à chaque fois. Moi je fais un compte-rendu de consultation dans lequel j'intègre ce que j'ai éliminé en échographie. Eventuellement, ce que j'ai vu en signes positifs. Mais ça je le mets dans mon dossier patient, et du coup je l'imprime et je le donne au patient. On n'imprime pas nos images, donc elles sont stockées dans la machine, en électronique, après on peut toujours les envoyer en mail. A domicile, j'ai une petite feuille
125 où je remplis. C'est assez simple, c'est un peu des cases que je coche : épanchement dans le Douglas, positif ou négatif, la taille de la vésicule, l'épaisseur des parois, j'ai des signes comme ça, ça me prend très peu de temps à remplir. De temps en temps, je le cote, mais en fait c'est beaucoup moins avantageux, une visite ça vaut 33 euros, si je fais l'échographie, je gagne 4 euros de plus. Alors que si je fais une visite avec un électro, je peux cumuler ma
130 visite avec mon ECG.

C'est au niveau de la sécu tout ça...

135 Au niveau de la reconnaissance de l'acte, une visite avec électro ça va être un peu plus de 56 euros, alors que si je fais une visite plus mon écho, je peux pas coter visite + écho, je peux faire que l'écho. Ça fait un delta très très infime, donc en fait l'échographie n'est pas reconnue au niveau de la nomenclature comme un acte complémentaire de la clinique, alors que c'est comme ça que je l'utilise. Donc, j'ai plus intérêt, en particulier c'est ce que je fais
140 chez les patients qui ont des épigastralgies, par exemple la personne âgée qui a une cholécystite ou une colique hépatique, qui a des épigastralgies intenses, de toute façon elle a 90 ans, elle a une douleur en épigastrique, je vais lui faire un électro pour être sûr de pas avoir un infarctus inférieur ou postérieur, et je vais lui faire son écho, je vais faire le diagnostic, mais en fait au niveau de la cotation je vais mettre ma visite et mon électro, c'est plus intéressant. Ce qui est pas logique, parce que finalement l'investissement en formation,
145 et en financier avec l'appareil c'est beaucoup plus cher de faire l'échographie.

Et même en temps au final, parce que faire une écho un peu poussée ça prend plus de temps que de poser dix électrodes....

150 Carrément, voilà. Donc en fait si tu veux, il y a un obstacle... Mais au niveau national on se bat pour faire reconnaître l'échographie en plus de la visite. Qu'on puisse cumuler un acte, c'est un peu technique, mais un acte NGAP, c'est-à-dire visite ou consultation, avec l'acte technique échographique.

155 *A la fois pour l'aspect financier et puis pour la reconnaissance de la compétence ?*

Oui oui, toute façon l'un va avec l'autre. Si tu payes pas un acte fait par un médecin, c'est que tu le reconnais pas.

160 *Et au jour d'aujourd'hui, tu te vois plus revenir en arrière, sans écho ?*

Moi ça fait 10 ans que j'exerce, et c'est vrai que l'échographie pour moi ça a été une nouvelle... c'est un approfondissement, c'est à dire que je tournais un petit peu en boucle... Effectivement j'encadre des internes, je fais de l'enseignement, donc ça c'est intéressant.
165 Mais finalement, au niveau de mon examen et de l'approche avec le patient, je plafonnais un petit peu. L'échographie c'est un petit plus, qui fait que j'examine encore plus profondément.

Ça t'a ouvert de nouvelles perspectives...

170 C'est une nouvelle façon d'examiner les patients, c'est une nouvelle façon... Du coup je vais prescrire moins d'échographies au patient. Tout à l'heure tu me posais la question de

l'apport, c'est-à-dire que mes examens cliniques, je vais les peser, c'est-à-dire que comme je vais faire moi l'échographie, je vais leur prescrire moins d'échographies. Ou s'il y a besoin d'approfondir, je vais peut-être plus aller à d'autres examens comme un scanner par exemple, parce que je sais qu'en échographie le patient est pas très bien échogène...

175

Dès que t'as un doute ou que t'as pas bien vu ce que tu voulais voir, tu délègues plutôt côté scanner, tu l'envoies au radiologue...

J'envoie avec... J'ai affiné un petit peu la demande de l'examen. Donc voilà depuis dix ans, j'ai affiné un petit peu ma... Ça change complètement l'approche de l'examen clinique et ça enrichit le panel sémiologique, par l'interprétation des signes, finalement en plus des signes cliniques, tu rajoutes des signes échographiques...

185 *Ça te permet de vérifier tout de suite...*

De vérifier ou d'affiner.

Et peut-être après tu reviens à la clinique quand t'as vu quelque chose...

190

Oui, c'est un aller-retour en fait, c'est un outil supplémentaire, comme les stéthoscopes. C'est vraiment... tu palpes ton ventre, tu vois des choses, tu mets ta sonde, tu vois autre chose, tu reviens à la palpation, donc voilà c'est un aller-retour.

195 *Et au final, tu penses que les étudiants en formation comme nous internes ou les généralistes devraient s'y mettre un peu plus ?*

Moi je pense qu'il faudrait s'y mettre dès l'externat. Je pense que dans les années qui viennent les prix vont baisser, les appareils deviennent vraiment ultra portables avec des performances qui sont quand même franchement ultra intéressantes. Pour moi, ça devrait faire partie de l'enseignement comme d'interpréter un électro. Au moins quelques signes, savoir s'il y a un épanchement péritonéal, regarder un foie, voir le tissu, les voies biliaires, les voies urinaires, les reins, est ce qu'il y a une dilatation... voilà pour moi ça fait partie d'un examen. Moi je pense qu'il faudrait que ça soit enseigné beaucoup plus tôt. Parce que c'est un outil de ce temps.

200

205

Du coup, quel type de pratique tu vois le plus adaptée à la médecine générale ? Campagne, ville... tout le monde devrait avoir un petit appareil sur soi ?

Je pense qu'à la campagne ça peut être super intéressant, en cas d'isolement, ça permet de repérer une urgence beaucoup plus rapidement. En ville, je pense que ça dépend un petit peu du mode d'exercice. Un médecin généraliste qui fait de l'urgence oui, parce que je suis urgentiste. Après pour aller voir des ganglions, s'ils ont des critères de malignité etc, un médecin en ville, je pense que c'est plus compliqué pour faire des échographies moins urgentes, parce que finalement s'il a des bons correspondants radiologues, il peut les avoir ses examens. C'est vrai qu'à la campagne, si le médecin il est à une heure d'un radiologue, c'est plus compliqué, si il sait faire c'est bien mieux, pour les patients. Après pour tout ce qui est gynéco, ça peut être intéressant, en particulier à la campagne. Moi je fais pratiquement pas de gynéco, mais tous ceux qui posent des stérilets, ça permet de vérifier que tout est bien posé correctement. Donc pour moi il y a un intérêt surtout pour les médecins qui font de l'urgence ou à la campagne parce que l'accès au radiologue est moins facile.

215

220

Est-ce que t'as d'autres choses à ajouter, des questions, des choses que tu voudrais dire ?

225 On a abordé l'aspect financier, l'intérêt intellectuel, l'intérêt pour le patient...

Les indications...

230 Moi, après je suis biaisé parce que moi j'ai des indications vraiment dans mon domaine. En tout cas intellectuellement c'est vraiment gratifiant, de pouvoir aller plus loin, de revoir son anatomie. Parce que finalement l'anatomie... Là on la voit, et puis on apprend tout une autre sémiologie, la sémiologie échographique, qui est pas tout à fait la même que la sémiologie purement clinique.

235 *Il y a avait quelqu'un qui me disait que ça permettait de voir en 3D, que ça demandait beaucoup de travail de représentation dans l'espace aussi...*

240 C'est un des intérêts de l'échographie, c'est que c'est un examen qui est opérateur dépendant, donc on est obligés en même temps qu'on regarde avec la sonde, on reconstruit dans sa tête l'organe qu'on est en train de regarder. Après on a des gestes échographiques avec des coupes bien particulières, où il y a pas besoin forcément de reconstruction, mais où on cherche des signes bien particuliers.

245 *C'est assez standardisé, telle coupe on voit tel organe...*

Je pense à éliminer une phlébite poplitée ou inguinale, c'est un geste échographique, on pose la sonde à un endroit, on regarde, on voit la veine, on appuie, la veine est bien compressible, on fait des coupes longitudinales et on fait pareil et voilà, c'est assez carré.

250 *Il y a des gestes tu dis qui sont plus opérateur dépendants, puis des choses plus systématisées, moins compliquées, assez reproductibles...*

255 La grande, en tout cas dans l'échographie abdominale, la grande limite c'est l'échogénicité du patient. Après, sur certains organes, effectivement, je te parlais des veines, c'est le geste à la limite, il faut savoir faire le geste, savoir lire, parce que tu veux mettre une étiquette sur les images que tu vois puis c'est tout. Après, faire une échographie plus fine abdominale, moi je suis encore en cours de formation, parce qu'en fait, je te parlais il y a le « PREP » qui est une formation sur 3 jours où tu recherches des signes bien particuliers sur des choses vraiment standardisées. Après j'ai refait une autre formation de 2 jours sur le foie, les voies biliaires, le pancréas et la rate. La semaine prochaine, je refais une formation de 2 jours sur le tube digestif. Le mois prochain je refais une formation de 2 jours sur le rein. On a des formations avec des modules comme ça, il y a aussi l'écho cœur. T'as des modules comme ça...

265 *Pour approfondir...*

Il y a une échographie qui serait vachement intéressante, c'est la musculo-squelettique pour un médecin généraliste par exemple. Mais nous en urgence musculo-squelettique, on l'a très peu. Donc plus intéressant pour un médecin qui fait du sport, un médecin du sport.

270 *Au final, tu te formes sur des choses très orientées, les choses qui t'intéressent et qui vont t'être utiles dans la pratique. Et plus tu te formes, plus t'en fais ? C'est aussi un aller-retour comme tu disais, tu te formes en même temps t'en fais sur le terrain...*

275 Faut pédaler pour savoir faire du vélo... En fait je me forme, j'en fais, je fais des va et viens.

Et plus ça va, plus tu vois des choses ?

280 Oui oui. Après la formation c'est aussi un échange avec les autres médecins qui font de l'échographie.

Avec les collègues ?

285 On est 5 à y aller là. Mais c'est aussi un échange avec d'autres médecins. Des médecins généralistes, on se rencontre et on voit un peu nos pratiques. Après il y a les formations par

internet aussi, parce que [...] il a... Une fois qu'on a fait les formations, on a une espèce de banque de données avec des modules de formation en ligne qui sont pas trop mal faits.

Ça reste un investissement en temps, et en argent de se former...

290

C'est sûr que si on fait le bilan entrées-sorties, je suis déficitaire en termes de finances. Après en termes d'investissement et d'intérêt c'est enrichissant.

Donc au final, bilan plutôt positif. T'es content de t'être investi et de t'être formé...

295

Oui oui. Après il y a aussi le côté gratifiant quand... de pouvoir adresser un patient pour une urgence vraie, qu'on n'aurait pas diagnostiquée avec l'examen clinique seul, mais qu'on a vu à l'écho... La semaine dernière encore j'ai vu une jeune femme qui avait un déni de grossesse. C'était un déni de grossesse, un vrai. Elle appelait pour des vomissements, j'étais le deuxième médecin à passer chez elle. Le premier était passé, c'était une remplaçante, elle avait pas d'appareil d'écho. Donc elle a fait un examen, donc voilà elle a conclu à une sorte de gastro, il y avait pas de retard de règles... Donc moi quand je l'ai vu, je me suis dit c'est bizarre, elle faisait 125 kilos la dame, donc bien obèse. Soi-disant, pas de retard de règles, elle avait même soi-disant fait un test de grossesse qui était négatif. Je lui ai posé la sonde, j'ai vu le diagnostic tout de suite. J'ai aussi une mamie de 95 ans cholécystite dans une maison de retraite, qui appelait pour des vomissements. Voilà, j'avais tous les critères échographiques de la cholécystite. Elle avait à peine un petit fébricule, un petit 38 et encore. Donc je l'ai hospitalisée, elle a été traitée médicalement, par bi-antibiothérapie assez forte etc... Il y a pas eu besoin de l'opérer. Mais si je la laissais dans la maison de retraite, ça aurait été la catastrophe.

300
305
310

L'écho t'a permis de devancer la clinique qui allait suivre.

315

Oui, t'es beaucoup plus fin. Il faut connaître ses limites, c'est tout. En tout cas, ça permet d'affiner les choses.

Entretien Médecin B

5 *Du coup, c'était un peu la première question, ce que tu commençais à raconter, comment tu t'es lancé dans l'écho ?*

Et bien, oui c'est ça, en fait ce qui m'a motivé en tout premier lieu... En fait on est dans le cabinet des médecins correspondants SAMU. On est formés par le SAMU via une association qui s'appelle médecins de montagne, et une association interne des médecins correspondants SAMU, à gérer des urgences avec du matériel, des drogues et des protocoles. C'est hors sujet, mais c'est pour nous amener là où je veux nous amener, à prendre en charge des urgences à la demande du SAMU lorsque le SAMU ne peut pas être là au moment où il le souhaite. Lors de ces formations, souvent c'est le médecin de l'Alpe d'Huez qui commençait à nous parler de la manipulation des échographes, soit en FAST écho. Ils avaient un échographe portable, un petit machin qui avait la taille d'un attaché-case. Donc soit en FAST écho, ou en exclusion de phlébite chez quelqu'un qui a une douleur dans le mollet. T'es un peu bien incapable d'affirmer ou d'exclure une phlébite. Mais par contre avec une échographie tu peux affirmer ou exclure une phlébite de la veine poplitée. Et donc, ça te permet de savoir si tu dois réagir en urgence, mettre des anticoagulants et avoir ta confirmation de phlébite par l'angiologue, ou si tu n'as pas ta thrombose de veine poplitée, tu as entre 3 et 5 jours pour craindre une phlébite surrale qui pourrait migrer en poplitée et qui là deviendrait dangereuse. C'est un des exemples, c'est un truc intéressant. Et on a commencé à parler de formation, il y a les DIU qui sont quand même très lourds, qui prennent beaucoup de temps. C'est compliqué quand on a pas forcément le temps, ou la possibilité de prendre suffisamment de vacances pour faire cette formation. Et il y a des gens qui font de la formation différente à l'échographie. Je suis allé dans un centre à [...] qui est un peu commercial, c'est pas tout à fait des philanthropes. Mais bon quand même, il y a un espèce de souhait de transmettre la fibre échographique aux gens qui viennent se former. Et ils nous montrent des gestes simples. J'ai trouvé que c'était vachement intéressant, déjà d'aller voir. C'était d'autant plus pratique qu'en fait ils te prêtent un échographe. C'était un échographe portable, alors c'est pratique parce que tu peux l'emporter quand t'as une urgence etc, par contre ça a une définition qui est un peu à chier. Mais au moins t'en as un. T'as des formations qui montrent un peu le b.a.-ba, comment ça fonctionne, qu'est-ce que tu vois, comment ça marche. Et puis après t'as des formations un petit peu plus poussées. Moi j'y suis allé progressivement comme ça. Entre temps, il y a un collègue à [ville A] qui s'est équipé avec un échographe. Il se trouve qu'on a fait des formations auprès de la même personne. Et puis après, il faut en avoir un quoi. Sinon, ça sert à rien, donc on l'a acheté. Ils nous montrent des gestes qui te permettent d'être un peu sécuritaire. C'est quand même un geste technique, où tu dois finalement répondre à des questions et faut pas trop te planter. Il y a quelques gestes échographiques que tu peux utiliser, en n'étant pas radiologue, pour répondre à des questions simples. Par exemple, est-ce qu'il y a une phlébite poplitée, c'est pas compliqué : tu mets ton truc dans le creux poplité, tu vois deux ronds, t'appuies, il y en a un qui disparaît, ben c'est bon, les deux restes là, voilà. Il y a quelques gestes comme ça qui permettent de se mettre l'écran dans l'œil, de voir comment ça marche. Toi tu sais au début quand t'as commencé, quand tu regardes un appareil d'écho quand quelqu'un fait une écho, t'y vois rien quoi... Puis petit à petit, t'apprends à déceler au cours des formations. Puis quand t'as l'appareil d'écho comme ça, tu l'allumes, ça fait un peu de bruit, mais à chaque fois que tu veux regarder un truc tu peux regarder, ça peut être informel.

50 *Pendant la consultation, tu vérifies quelque chose....*

Voilà. Il faut quand même rentrer des noms, des coordonnées pour que ça enregistre dans la bestiole, c'est important, pour la traçabilité. Sinon tu peux l'utiliser comme ça, c'est sympa. Et petit à petit, tu prends un peu l'habitude. Finalement c'est exactement comme l'examen clinique. Au début, tu cherches une appendicite, on sait toujours pas trouver une appendicite avec certitude avec l'examen clinique, mais je peux dire, voilà, t'es habitué à regarder des ventres en stage, puis t'apprends, et puis là c'est pareil.

60 *Donc, t'as les formations qu'on te propose sur internet, et après plus t'en fais, plus t'en vois, plus te mets les choses dans l'œil. C'est un peu autodidacte ?*

Autodidacte, un peu, il y a une partie autodidacte dans ce sens là, où tu t'entraînes. Faut forcément s'entraîner, sur des choses pour lesquelles tu sais que tu prends pas un risque
65 important pour le patient, et puis tu sais que tu peux faire appel à quelqu'un d'autre. En fait, un des trucs importants que nous a donné comme petit truc la personne qui nous forme, c'est de prendre très vite contact avec un radiologue auquel tu peux envoyer des patients après avoir fait ton écho, en étant sûr qu'il va pas dire c'est quoi ce mec là, un généraliste qui veut faire des écho, pour qui il se prend... Il y a des gens qui sont comme ça. Chacun
70 son métier. Tu peux trouver un partenariat, c'est important. Mais forcément il y a de l'entraînement, il y a des images qu'il faut que tu voies, que t'apprennes, et puis il y a des choses où tu regardes et là tu t'habitues petit à petit.

*Au niveau de la fréquence des échos, t'en fais tous les jours ? Tu penses qu'il faut en faire
75 tous les jours pour réussir à te mettre les choses l'œil, pour maintenir un niveau de compétence ?*

En fait, c'est très marrant, c'est vachement variable. Avec l'écho il y a des moments où tu te dis mais qu'est-ce que je fais avec cet appareil là, ça fait 15 jours que j'en ai pas fait,
80 franchement ça me coûte 300 euros par mois, ça sert à rien. Et puis il y a des jours, tu vas en faire 3-4 dans la journée, et t'es content. Il faudrait pouvoir en faire tous les jours, mais d'abord ça prend du temps, quand t'es en pleine saison, que t'es à fond, qu'il faut que t'allumes ton appareil, qu'il faut que tu regardes, parce que quand même faut que tu regardes, que tu cherches. Quand tu regardes un ventre, ça se regarde pas en 30 secondes,
85 ça prend du temps. Tu te mets une heure dans la vue très vite. Tu peux pas faire ça tous les jours, c'est vraiment compliqué. Mais t'as des petits gestes, tu peux regarder un lipome, tu peux regarder un ganglion, tu peux mesurer, tu peux regarder un tendon d'Achille. Mais t'as pas tout le temps ces consultations là, mais ça arrive, et c'est très variable. On t'envoie pas des gens pour faire une écho, c'est toi qui décides de la faire, enfin au début c'est comme ça
90 que ça se passe. Parce qu'on est quand même médecin généraliste, et on trouve ce qu'on cherche. T'as ton patient, tu l'as examiné, tu t'es fait ton hypothèse diagnostique, tu sais exactement ce que tu vas aller chercher, et tu cherches ça. C'est pas comme si toi, t'as un mec qui a mal au bide, tu me l'envoies tu sais pas ce qu'il a. T'as peut-être une petite idée mais t'es pas sûr, tu l'envoies chez le radiologue. Le radiologue il sait exactement ce qu'il
95 doit voir ou pas voir, et puis il cherche. Il va dire ça, ça, c'est normal, et démerde toi avec ça.

Mais est-ce que le radiologue il n'aurait pas justement ce côté clinique, comme tu disais toi tu fais d'abord ton examen clinique et l'écho arrive en indication, au fur et à mesure que tu fais ta consultation, selon ta clinique ? Alors que la radiologue, tu lui envoies le patient, ça fait des années qu'il n'a pas fait d'examen clinique...
100

Je pense que le radiologue, surtout avec l'écho, il a quand même un sens clinique, mais il l'a moins, il n'a pas le temps d'examiner les patients avant de leur faire l'écho. Ce qu'on a en plus par rapport au radiologue, c'est l'examen clinique et la connaissance du patient. Ce que
105 le radiologue a en plus, évidemment c'est son temps de formation et son expertise. Et donc il faut surtout faire attention à ça, tu n'as pas l'expertise. D'abord tu peux pas t'en prévaloir, il faut te protéger de ta non-expertise, et protéger le patient de ta non-expertise, ça c'est important. Mais pour répondre à ta question, ça dépend beaucoup des jours. Une chose certaine, ça coûte à peu près entre 300 et 500 euros par mois, d'avoir un échographe selon
110 que tu l'achètes neuf ou d'occasion. Une écho simple rapide, ça te rapporte autour de 40 à 50 euros, alors qu'une consultation ça te rapporte 23 euros. Donc t'as un gain de 10 à 30 euros. Pour rentabiliser ton truc, il faut que tu en fasses au moins une trentaine par mois, ou une quinzaine, c'est pas tout le temps. C'est pas quelque chose qui te rapporte de l'argent. C'est quelque chose qui fait que tu t'amuses, tu t'éclates, et puis tu rends un petit service au
115 patient, ça arrive que tu dises, voilà j'ai fait mon écho, on tempore, j'ai pas besoin

d'examen complémentaire. Ou alors, j'ai fait ça, j'ai vu un truc, je sais pas ce que c'est, j'envoie au radiologue pour qu'il vérifie.

120 *Donc t'y vois un intérêt pour les patients. C'est ta patientèle d'avant, maintenant t'as l'échographe. Les patients tu penses qu'ils y ont gagné quelque chose au fait que tu te sois formé ?*

125 J'espère oui ! Le but du jeu déjà c'est qu'ils y perdent rien. Ils auront vraiment un gain plus tard, quand je serai mieux formé. Je suis persuadé que même avec un DIU qui est une formation plus poussée, c'est pas suffisant, il faut de l'expérience pour être à peu près rentable en échographie, donc il faut commencer. Tout l'enjeu, c'est quand tu commences, de ne pas te planter.

130 *Connaître tes limites...*

Voilà, connaître tes limites et être très prudent dans ton utilisation de la machine. Et puis au fur et à mesure, tes collègues ils savent que tu sais faire ci que tu sais faire ça, ils t'envoient des gens. Tu communique avec les patients, donc tu te mets et tu les mets en sécurité. Ça fait 6 mois que je l'ai, je suis toujours prudent.

135 *En apprentissage... Du coup ça t'arrive que d'autres médecins des alentours t'envoient des gens ?*

140 Des alentours, non, j'ai un collègue qui m'envoie des petits trucs, genre kyste synovial, des trucs sous cutanés. Je pourrais répondre à sa question, c'est sa question, je me réapproprie un peu le patient pour l'examiner et puis je réponds à sa question. Comme on fait des radios ici, on fait de la traumatologie, il y avait des personnes à [ville B] qui n'ont plus de radio, et qui ont une certaine expérience de la traumatologie, qui en ont fait. Quand ils voient des patients avec quelque chose, ils nous les envoient, et nous on leur répond. On prend en charge, mais des fois simplement ils nous posent une question donc on leur répond et puis ils se débrouillent. Donc là, c'est un peu la même chose, mais il faut vraiment prendre beaucoup de temps avant de pouvoir répondre à quelqu'un. Il est hors de question que je réponde à quelqu'un d'autre qu'à un de mes collègues à une question par échographie. Ça reste entre nous, quand je fais l'écho je vais le voir, on en parle, ça communique, c'est bien sécuritaire, qu'il y ait beaucoup de communication.

150 *Une relation de confiance, ils t'adressent pour une question...*

155 Donc je pense qu'il faut facilement 2 à 4 ans pour avoir de l'assurance, il faut en faire, il faut prendre le temps d'en faire. C'est pas toujours facile, mais ça se fait sans problèmes.

Du coup, t'as un petit peu parlé des indications, tout ce qui est lipome, kystes... Tu t'en sers comment toi après, dans ta pratique ?

160 Au départ, il nous a été dit de nous cantonner à quelques gestes échographiques. Des gestes échographiques simples, c'est regarder une thyroïde, regarder une carotide, c'est pas trop difficile. Moi là, j'ai pris l'habitude de faire quelques gestes. Chercher une appendicite, le but du jeu étant de la trouver, si je la trouve pas je suis pas sûr qu'elle n'y est pas, si je la trouve je suis sûr qu'elle y est. Donc trouver une appendicite, exclure une cholécystite, c'est relativement facile. En fait il faut essayer de refaire les mêmes gestes, pour s'y habituer, pas en faire 50 000. Donc faire un examen de l'abdomen, essayer d'examiner le pancréas quand tu peux, la vésicule biliaire, le foie plus difficile, tu vas pas chercher un truc compliqué dans le foie, tu vas regarder l'échostructure... savoir naviguer dans les segments, dire dans quel segment tu es etc je sais pas faire, donc je fais pas. Je regarde, si je vois un truc bien évident, je le vois et voilà. Vérifier qu'il n'y a pas de signes d'épanchement intra-abdominal, vérifier qu'il n'y a pas un œdème au niveau de la fosse iliaque droite, de l'intestin, qui peut faire évoquer une jéjunite ou une appendicite. Après il y a l'examen du tendon d'Achille, c'est pas très compliqué, tu regardes s'il y a une bursite, un kyste. L'examen de l'épaule qui est

175 vachement intéressant, on en a beaucoup ici, un gros recrutement. Chez les gens que je
connais bien, je fais des échos, comme ça je m'y habitue, c'est un geste que j'essaye
d'apprendre à maîtriser pour bien observer l'échostructure des tendons, chercher un
épanchement, une bursite, un épanchement intra-articulaire, examiner les différents muscles
de la coiffe. Ca c'est les gestes que je fais couramment, et j'en fais pas beaucoup d'autres.
180 Après il y a les ganglions, les trucs sous cutanés, un lipome c'est facile à diagnostiquer,
l'examen des petites choses sous cutanées.

*Au final, si je résume, beaucoup pour du diagnostic, d'urgence et pas d'urgence. Tout ce qui
est musculo-squelettique c'est pas de l'urgence, tout ce qui est abdo, plutôt de l'urgence...
Et puis du suivi tu disais, que ça t'arrive de retourner voir un ganglion, s'il a bougé....*

185 Ouais, il y a autre chose que je fais pas suffisamment à mon gout, mais de temps en temps.
Comme on a des sages femmes qui travaillent ici, et qu'on a un projet de santé de gynéco,
c'est de la datation de grossesse. Une femme qui est enceinte, ou qui croit qu'elle est
enceinte, c'est pas très difficile de faire un diagnostic de grossesse, de mettre en évidence
190 une grossesse intra-utérine et de la dater. Après, si tu la trouves pas, que t'es pas sûr, avec
béta hCG positifs.... Oups. Mais ça, c'est assez facile. Ce qui est pas toujours très facile,
c'est de faire accepter aux femmes l'utilisation de la sonde intra vaginale, hormis quand t'es
dans un service de gynéco, que t'es l'interne de gynéco etc... Il faut proposer ça avec
prudence, y aller doucement. Parce que la voie sus-pubienne n'est pas toujours suffisante.
195 Des fois, la femme n'a pas envie que ça soit toi qui le fasses, c'est le gynéco ou le
radiologue qui va le faire. Mais c'est aussi un des gestes que je fais. Les genoux par
exemple, j'examine pas, les chevilles j'examine pas, c'est trop compliqué je fais pas. Des
fois, les côtes, mais en général je fais pas, l'échographie cardiaque je fais pas. Les hanches
des nourrissons je fais pas, je pourrais, mais j'ai pas un recrutement suffisant pour
200 apprendre suffisamment. C'est aussi les questions auxquelles il faut qu'il y ait une réponse.
Tu vas pas faire une écho d'un nourrisson puis envoyer chez le radiologue pour vérifier que
tu t'es pas gouré. Il faut se cantonner à quelques gestes que tu pratiques et petit à petit tu
acquiesces une certaine expertise.

205 *Et donc tu es à peu près sûr de toi, si t'as un doute, tu délègues, mais c'est des gestes que
tu commences à maîtriser, si tu as vu quelque chose, tu sais.*

Je suis à peu près sûr de mes limites. C'est surtout ça. Comme je t'ai dit par exemple, quand
je vois une appendicite, je l'ai vu je suis sûr, j'adresse aux urgences, j'adresse pas au
210 radiologue pour vérifier. Ca m'est arrivé deux ou trois fois de faire un diagnostic
d'appendicite, je les ai envoyé aux urgences. Il y a pas très longtemps, j'ai vu une jéjunite, en
fosse iliaque droite un gros œdème des parois digestives, mais ça ressemblait pas à une
appendicite, c'était douloureux. Je me suis dit c'est bizarre, j'ai envoyé au radiologue pour
qu'il regarde, qui finalement l'a envoyé aux urgences car il était pas sûr. C'est pour ça que
215 c'est très important d'avoir un radiologue qui sait que tu fais des échos, et qui est susceptible
de recevoir les échos que tu as faites et pour lesquelles tu as besoin d'une confirmation.

*Donc au final, ça te permet aussi d'orienter les patients, quand tu es sûr. Qu'ils doivent aller
aux urgences, tu les envoies, quand tu penses que tu peux temporiser, ça évite qu'ils y
aillent. Tu t'es sers un peu comme ça aussi, pour orienter les patients ?*

225 Tout à fait, bien sûr. Tu orientes, tu orientes la tendinite du sus-épineux qui te parait du
ressort du kiné. Tu l'envoies chez le kiné, il t'appelle si il y a besoin. Il y a pas longtemps, j'ai
vu un mec qui avait mal à l'épaule après une chute, j'ai regardé j'ai trouvé une lésion du sus-
épineux. Je l'envoie chez le kiné, qui m'appelle en me disant j'ai quand même l'impression
qu'il y a telle lésion... Ok on va voir on va faire son scanner... voilà, c'est un dialogue. Ca
permet le dialogue, il faut pas avoir d'absolues certitudes.

Au final, pour la médecine générale, tu vois quelle pratique au fait d'utiliser un échographe ?

230

Le plus possible. Tout ce qui est musculo-squelettique, c'est difficile mais très utile. Tu es pas dans l'urgence. Ce qui peut faire des diagnostics. La cheville je le fais pas, mais j'aimerais bien savoir le faire, je vais apprendre. Faire ou compléter un diagnostic d'entorse grave après une radio c'est vachement bien, t'as pas besoin d'envoyer le patient chez le radiologue. L'épaule c'est très intéressant finalement. Un ventre... Le champ est très très large. La gynéco, l'abdo, la thyroïde, le musculo-squelettique... Mais tu peux pas tout apprendre en même temps. Il faut savoir rester à sa place. Mais logiquement, ta place s'étend petit à petit. L'échographie c'est un geste comme l'examen clinique, c'est le prolongement de ta main. Plus t'apprends, plus tu déplaces tes limites. Et vraisemblablement, l'échographie va se déplacer du radiologue vers le médecin généraliste. Parce que faut voir que ça rapporte pas énormément d'argent et ça prend du temps. Pas tant si tu tombes tout de suite sur ce que tu cherches, t'es tranquille. Si c'est pas évident, ça prend du temps. Les radiologues ils ont moins de temps. Nous aussi, mais c'est différent. Je pense que les radiologues ils ont rien contre le fait de déléguer un petit peu d'échographies.

235
240
245 *Ca leur rapporte pas assez, c'est pas ce qui rapporte le plus...*

Malgré tout, on travaille pas que pour du beurre...

250 *Ma question c'était surtout, vu que t'es médecin de montagne, t'es à une certaine distance de [ville C], est-ce que c'est le fait d'être un peu éloigné de la grande ville qui t'y a poussé ? Est-ce que l'échographie serait encore plus adaptée à certains médecins généralistes par rapport à d'autres ?*

255 Tout à fait. Si t'es à côté d'un radiologue, en sachant que le radiologue ne te prend pas le patient au moment où tu l'examines, il y a moins d'intérêt. Là ça permet au patient de ne pas se déplacer systématiquement. Tu leur fais un petit gain de temps. L'éloignement, à mon sens, y participe. Mais pas seulement, quand je suis allé en formation, il y avait plein de gens qui étaient des médecins de ville, et qui faisaient de l'écho quand même. Prendre un rendez-vous d'échographie c'est long, ça prend du temps, t'auras pas toujours ton échographie pour le lendemain.

260
265 *Tu te reverrais revenir en arrière, maintenant que t'as commencé à ouvrir la petite porte de l'échographie et que tu l'as sous la main ?*

Oui, je me reverrais revenir en arrière, mais j'en ai pas envie. Je pourrais m'en passer mais j'ai pas envie. Comme tu dis, j'ai entrouvert la porte. J'avance petit à petit. Si je me prenais une grosse veste, un gros carton, ça me refroidirait un peu. Je fais attention.

270 *Quelqu'un me disait que c'était aussi pour le côté gratifiant intellectuellement...*

Oui, c'est un geste en plus. Malgré tout on est aussi là pour s'amuser et se faire plaisir.

275 *Est-ce que tu penses que ça devrait faire partie de l'enseignement à la fac, dès le début des études ?*

280 Je pense que oui. Qu'être capable d'utiliser un échographe... Je vois pas très bien comment il est possible dans les dix années qui viennent, que l'échographie ne viennent pas prendre sa place. Il y a énormément de spécialistes qui se forment à l'échographie, les cardiologues, les gastro-entérologues, les rhumatologues... Ils y viennent petit à petit. Partout où il y a des gestes techniques. On est aussi des spécialistes.

Tout à fait. Est-ce que tu as autre chose à rajouter, des questions, des remarques ?

285 Moi j'aimerais bien avoir votre point de vue. Vous faites une thèse sur l'écho tous les deux, c'est un sujet comme un autre ou ça vous titille ?

Oui, je pense que c'est quelque chose d'avenir et on pense se former avant la fin de l'internat.

290

Lors de votre installation, vous vous voyez d'emblée avec un échographe ?

On y a pas encore trop réfléchi. Il y a aussi l'histoire du prix.

295 La question du prix est finalement très importante, mais doit être balayée rapidement. Il est vrai que si tu t'installes sans clientèle et que tu veux former ta clientèle, ça va te faire une charge supplémentaire qui te rapporte pas d'argent. Si tu rentres dans un moment où t'as déjà une certaine clientèle... Il faut faire ça avec un minimum de formation. Mais si t'arrives avec un peu de bagage, que tu t'es déjà formé, il est probable que tu puisses ouvrir ton cabinet avec ton échographe. Puis tu te la pètes pas, mais tu t'en sers un peu.

300

C'est un plus...

305 Moi j'ai pas fait mes comptes, mais pour l'instant ça me rapporte pas d'argent. Honnêtement, ça m'en coûte plus que ça m'en rapporte. Mais c'est un investissement, sur la gratification, d'élargir un peu ses connaissances, j'apprends l'anatomie. Je sais beaucoup mieux où est placé quoi.

310

Ok, on s'arrête là.

310

Entretien Médecin C

5 *Voilà donc, on va commencer, comment vous, à la base, vous vous êtes lancé dans l'échographie ?*

10 Alors moi j'ai fait, à l'époque, il y avait 2 internats en France, un internat CHU et périphérique. Donc moi j'ai été au périphérique de [Ville 1]. Je voulais faire de la médecine générale mais j'étais un peu frustré de la spécialisation. Comme j'avais un peu de temps les 3 ou 4 premières années, je suis allé à l'hôpital cantonal de [Ville 2]. Au service de radiologie il y avait un type qui était vachement gentil, qui acceptait les étudiants comme ça. J'ai fait de l'échographie pendant 2 ans et demi. Au bout de 2 ans et demi j'ai appris incidemment qu'il y avait un diplôme qui s'organisait à Lyon. C'était il y a 30 ans de cela. Et donc j'ai fait le 15 diplôme voilà. C'est parce que j'ai eu du temps au départ, que j'ai eu envie de me spécialiser dans d'autres domaines. Ça calait bien avec la médecine générale et que le Professeur [Nom 1] à [ville 2] était très sympathique voilà.

20 *D'accord, donc vous, vous vous êtes lancé en fait comme ça un peu par hasard...*

Un peu par hasard, par ce que je voulais encore apprendre un peu, que j'avais envie d'apprendre encore.

25 *D'accord.*

Donc une spécialité transversale, ça concerne bien la médecine générale.

30 *Donc vous vous êtes un peu formé en cherchant la formation par vous même, sans diplôme préconçu.*

Voilà à l'époque il n'y avait pas de diplôme, ils l'ont mis en place en même temps que j'allais à [ville 1]. Je l'ai appris incidemment par une étudiante qui m'a dit « mais pourquoi tu fais pas le diplôme ? ». Alors à l'époque c'était pas un DU c'était un AEU. Donc c'était vraiment embryonnaire.

35 *C'était les débuts.*

C'était vraiment les débuts de l'échographie.

40 *D'accord donc la formation...*

Alors c'était une formation de 1 ans ou 18 mois peut-être mais ils ont accepté, le radiologue de [ville 1] m'a fait une attestation comme quoi j'étais venu tous les mercredis après midi pendant 2 années. Donc ça été pris en compte et mon temps de stage à [ville 2] a été 45 diminué. Je crois que ça durait un an et demi et après il y avait un examen et puis un petit mémoire.

D'accord donc c'était en parallèle de votre activité d'étudiant.

50 Ha non j'étais installé.

Ha oui en parallèle de votre activité professionnelle. Donc vous avez réussi à cumuler les deux.

55 Tous les mercredis après midi puis après c'était une semaine ou deux à [Ville 2], enfin je sais plus...

Et vous la voyez comment du coup la formation aujourd'hui en médecine générale ?

60 La formation d'échographie en médecine générale ?

Voilà.

65 Alors je suis un convaincu de l'intérêt de l'échographie en médecine générale, c'est vraiment très intéressant. Et puis la formation, j'en ai discuté un peu avec [Nom 2] qui a passé 6 mois ici. Qui m'a expliqué, c'est très complet, c'est bien mieux que ce que j'ai fait. C'est bien mieux structuré. Bon il faut y aller quoi. Parce que je crois que c'est par modules de 6 mois, il faut en faire 3 ou 4 minimum, enfin je sais plus. C'est bien mais j'ai pas vu le programme en détail.

70

Du coup vous parliez de l'intérêt en médecine générale, pour vous c'est quoi l'apport de l'échographie en cabinet ?

75 Ben ça enlève le stress du médecin [rires]. En médecine générale en fait on est souvent confronté au diagnostic et c'est très très très pratique d'avoir un échographe. Une douleur abdominale, un utérus où on ne sait pas trop s'il est fibromateux ou pas, une douleur hépatique... Ca a une puissance diagnostique tout à fait importante. Je suis un convaincu, c'est vraiment bien. Et donc ça évite d'envoyer aux urgences, ça évite de donner des traitements inappropriés, ça permet d'envoyer aux urgences quand il y a des trucs qui vont pas... Alors moi je fais beaucoup d'échoscopie. Avant je faisais de l'échographie. C'est à dire que je faisais un compte rendu. C'était des rendez-vous dédiés. Mon appareil est vieillissant, moi je suis pas très loin de la retraite et j'ai pas voulu le changer parce que c'est quand même assez cher. Donc ma sonde fait plus de 6 ans donc normalement je ne peux plus coter. Parce que si il y a une procédure contre le médecin, la première chose que fait 80 l'avocat qui attaque, il regarde l'âge de la sonde. Même si elles sont vieilles elles marchent. Et puis j'ai plus tellement le temps. Faire des comptes rendus ça me prend du temps. Donc je fais de l'échoscopie. C'est à dire que dès que j'ai un doute je regarde, mais je ne fais plus de compte rendu.

90 *Donc du coup, vous avez fait les deux, échographie et échoscopie. C'est quoi que vous pensez qui est le plus adapté en pratique quotidienne de la médecine générale ?*

95 En médecine générale ça dépend de la quantité de travail qu'on a. Moi j'ai beaucoup de boulot, j'ai du mal à faire les comptes rendus. Il faut les faire, il faut les taper, il faut faire l'iconographie. Ca prend allez 5 - 10 minutes, à moins d'avoir un secrétariat... moi j'ai pas de secrétariat. Le soir quand j'avais 3 échographies à faire ça fait encore une demi-heure de boulot à 19 H 30... [rires] Je veux m'assurer qu'il y a pas de calcul dans une vésicule je regarde, la vésicule est alithiasique, je marque vésicule alithiasique. Ca me prend en tout 2 minutes. Bon évidemment mon appareil est amorti. Si vous vous achetez un appareil vous 100 serez obligé de faire de l'échographie parce que bon il faut coter quoi...

Vous parliez du coût de l'appareil, il y a une certaine rentabilité ou pas du tout ?

105 Moi ça doit faire 25 ans que je fais de l'échographie à peu près. J'en suis à mon 3ème ou 4ème appareil. Pour moi ça ne m'a pas fait gagner d'argent mais ça ne m'en a pas perdu. Par contre ça a donné un vif intérêt à mon travail. Et pendant très longtemps j'ai fait de l'échographie obstétricale et du coup j'ai fait beaucoup de suivi de grossesse. Alors j'ai arrêté parce que maintenant je n'en fais pas assez. C'est devenu plus spécialisé. Donc il y a des retombés comme ça annexe mais je suis sûr que ça ne coute pas d'argent en médecine 110 générale. J'ai toujours acheté, sauf un appareil, des appareils d'occasion.

D'accord.

115 Les radiologues ils changent d'appareil tous les 6 mois, heu tous les 6 ans. Ils sont très contents de trouver... Il y a un parc d'appareil d'occasion très important donc c'est pas un

problème on peut se faire baisser des prix, ils s'en foutent les radiologues. [rires] Je crois que c'est possible financièrement de le faire en médecine générale.

Et puis en parlant du coup des radiologues, vous entretenez un bon rapport avec eux ?

120

Alors oui, de temps en temps, j'envoie parce que je ne comprends pas. La semaine dernière par exemple, j'ai voulu voir si il y avait un calcul dans le rein. Parce qu'il y avait une douleur du flan gauche, j'ai fait l'échographie. Il n'y avait pas de calcul. Par contre j'ai trouvé un truc vraiment bizarre, j'ai trouvé une artère rénale qui était très pulsatile. Mais moi avec mon

125

appareil qui n'a pas de doppler, c'est un vieil appareil, j'arrivais pas bien à voir. Donc là j'ai demandé une échographie parce que c'est pas normal de voir une artère rénale qui est pulsatile, qui est expansive. Et je pense qu'il doit y avoir un tout petit anévrysme de l'artère rénal. Et là évidemment moi, je n'ai pas les compétences. Puis mon appareil ne permet pas ça.

130

Donc les indications dont vous parliez c'est un peu plus pour du débrouillage ? Dans quelles indications exactement ? Plutôt syndromes douloureux abdominaux ?

135

Alors la grossesse maintenant j'en fais moins. Mais bon c'est quand même intéressant de pouvoir contrôler une bonne vitalité foetale, de faire une datation pour l'IVG. Donc on le fait quand même assez souvent. Alors toutes les douleurs abdominales, rénales... Appendice je suis pas très bon mais je regarde quand même. Parce que quand il y a un énorme appendice elle saute sous la sonde. Mais je me fais pas tellement confiance ça... Vésicule. La pathologie rénale c'est quand même très fréquent... coliques hépatiques. La thyroïde je trouve que c'est très simple donc moi je fais de l'échographie thyroïdienne. Echographie testiculaire c'est élémentaire de mon point de vue mais les radiologues ils ne sont pas d'accord [rires]. Alors j'ai pas fait de formation au niveau tendons. Par exemple [Nom 2], lui il a travaillé 6 mois à [ville 3] chez des médecins. Il a fait beaucoup de tendons. Moi je vois des nodules sur les tendons d'Achille. Toute façon à mon avis c'est peu contributif sur le plan

140

diagnostique. On reste clinique. J'ai pas tellement de compétences par exemple pour le sus-épineux, je ne m'y risquerais pas. Cardiaque je fais pas. Malheureusement, j'aurais tendance à dire que c'est pas si compliqué que ça. Faire de l'échographie cardiaque de débrouillage, mesurer une fraction d'éjection, voir si il y a une grosse fuite. Après dans le détail c'est les cardio. Sinon vous voulez en faire vous ?

150

Oui ça m'intéresserait bien.

Ha ouais faites le, c'est vachement bien.

155

Donc vous vraiment ça vous a apporté pour votre pratique personnelle ?

De l'intérêt quoi.

Ca vous a apporté de l'intérêt, quelque chose de gratifiant.

160

Ah oui vraiment vraiment gratifiant. J'envoie les gens avec des diagnostics précis. C'est vachement intéressant. C'est... un exemple permanent. J'ai vu il y a pas très longtemps un sarcome. La tumeur était très homogène, j'ai pu la mesurer sous les adducteurs. Quand j'ai téléphoné à Lyon pour envoyer le mec j'avais des arguments, pas seulement clinique. Voilà franchement c'est bien.

165

Voilà, là on a parlé de ce que ça vous a apporté. Qu'est ce que vous pensez que ça a apporté à vos patients ?

170

Ben ça leur évite de courir chez le radiologue. Parce que sinon je suis là, je prescris une échographie, ils vont chez le radiologue... Ca fait faire des économies à la sécurité sociale. C'est économique, d'ailleurs moi la caisse elle m'a jamais rien dit du tout. Ca leur évite... Ils savent très bien qu'on fait de l'échoscopie donc souvent les actes sont pas cotés. Quand

175 c'est simplement un contrôle. Est ce que j'ai bien mis le stérilet au bon endroit ? Je fais pas une échographie, ça serait une escroquerie quoi... Je pose la sonde, ça dure moins d'une minute. Si vraiment on veut le savoir on envoie chez le radiologue, le radiologue on lui demande, il cote. Donc ça économise à la sécurité sociale. Ça économise du temps, et puis au lieu de faire deux consultations ça en fait qu'une. Donc c'est vachement bien.

180 *Donc pour les gens il y a un gain de temps...*

Oui un gain de temps. Surtout ça je crois parce que sinon à moins d'être au fin fond de la brousse on a quand même des échographies facilement.

185 *Du coup en parlant du fin fond de la brousse... Vous pensez qu'il y a un apport différent en fonction de la pratique ? Si c'est plutôt rurale, plutôt urbain, plutôt montagne.*

190 Montagne par exemple à [Ville 4] il y a un médecin là bas qui vient de s'équiper parce qu'ils font beaucoup de tendons. Ca peut être une activité sportive. Ca peut rendre service. Alors je sais pas mais ici on est très bien équipé en médecins et en radiologues. Il n'y a pas besoin. Au milieu de l'Auvergne peut être que si il y a 40 km à faire pour aller chez le radiologue ça aura un intérêt ça. Et d'ailleurs les formations d'échographie à l'époque, enfin je pense que ça doit toujours être le cas, sont ouvertes aux médecins généralistes en raison précisément de l'éloignement qu'il y a dans certaines régions. En particulier au Maghreb. Là bas les médecins, toute façon il y en a pas... Donc en Afrique et au Maghreb il y avait beaucoup d'étudiants qui venaient là pour apprendre parce qu'ils étaient trop prisonniers. Et peut être qu'en France...

200 *Alors pour revenir à l'apport pour le patient, du coup...*

[coupé] Alors...

Pardon allez y.

205 Gain de temps. Pas de gain de compétence, moi je suis moins compétent que les radiologues, ça c'est sur. Economique d'une certaine manière. Je les cote plus depuis quelques années donc ils font des économies. Et puis c'est vachement bien. « Vous n'avez pas de tumeur du pancréas », j'ai vu parfaitement le pancréas, j'ai une douleur là, ça a l'air gastrique, je suis pas très sur, je regarde et paf. En fait ça me rassure moi je crois [rires].

210 *C'est anxiolytique pour le médecin et pour le patient.*

Pour le médecin c'est vachement anxiolytique ! Bon sauf quand on trouve des trucs pas bien et bon... Enfin souvent c'est anxiolytique pour le médecin.

215 *Alors les échographies que vous faites, est-ce que pour le patient, vous pensez qu'une échographie faite par le médecin généraliste elle est différente et qu'elle peut avoir un plus par rapport à une échographie faite par un radiologue ? Parce que en termes de compétence c'est sûr...*

220 Alors en termes de compétence les radiologues sont plus compétents.

Voilà.

225 Alors les radiologues eux ils perdent la clinique, ici ils disent qu'ils ont tellement de boulot qu'ils discutent même plus avec les gens. Ils font les gestes. Ils regardent le motif de la demande mais ils ont plus le temps d'écouter les patients. Tandis que nous on a la clinique qui nous oriente. Et si la clinique est insistante peut-être qu'on a un petit plus par rapport aux radiologues qui eux ont pas tellement le temps d'écouter les patients et qui sont éloignés de la symptomatologie. Ca peut être un petit avantage mais il n'y en a pas tellement plus, enfin

230

je crois pas [rires]. Plus d'inconvénients, mis à part le temps, nos appareils sont plus vieux, la compétence est moins bonne, bon il faut l'admettre.

C'est sûr, après ça vous empêche pas de ré-adresser aux radiologues.

235

Ah non moi je le fais régulièrement. Quand je ne comprends pas, quand j'ai un doute.

Mais vous avez derrière vous tout le dossier et la connaissance du patient qui est peut être différente...

240

Ca prolonge l'examen clinique. Voilà. C'est ça qui est vraiment bien. Moi je suis sûr que dans 20 ans tous les médecins généralistes en auront. C'est comme l'électrocardiographe, c'est pareil.

Une extension de la clinique, un 2ème stéthoscope. L'échoscopie vous la voyez un peu comme ça.

Tout à fait, oui.

Bon je crois qu'on a fait à peu près le tour, on a parlé de l'aspect financier, on a dit que ça vous avait pas coûté mais que ça ne vous avez pas rapporté non plus.

Alors moi vis à vis de l'argent, je suis un peu distant, je m'en fous. Quelqu'un qui veut faire du business, un généraliste qui veut faire du business, il achète un bon échographe, il travaille bien et il augmente son chiffre d'affaire ça c'est sur. Alors ça c'est un problème personnel. On est pas très loin de l'éthique mais sans aller jusqu'à l'éthique c'est la position qu'on a par rapport à l'argent. C'est très personnel.

Vous disiez que ça allait forcément se développer dans les années qui viennent. Est ce que vous pensez que c'est quelque chose qui devrait être intégré dans le parcours de formation des médecins généralistes ?

Je pense que oui. Parce que c'est pas très compliqué, contrairement à ce que disent les radiologues « oula, oui mais... ». C'est sûr, des trucs subtiles, mais c'est pas invasif, ça apporte tellement... Et puis bon nous toute façon dans toutes les spécialités on est moyen. On est moyen en urologie, en pneumologie, en cardiologie, en dermato, on est moyen en tout. Je ne vois pas pourquoi on ne serait pas moyen en échographie...

Alors maintenant que vous avez toutes ces années de pratique de l'échographie derrière vous, est ce que vous vous verrez revenir en arrière. C'est à dire travailler sans échographie ?

J'aurais du mal [rire]. J'ai encore deux ans à travailler. Mon appareil il commence à perdre des cristaux sur la barrette. J'espère qu'il va tenir jusqu'au bout. Parce que si j'arrête mon activité heu... Enfin si mon appareil tombe en carafe avant que j'arrête, j'en rachèterai pas d'autre. Je vous incite vraiment, c'est vachement bien. Et puis alors ça permet de voir des pathologies [mot non compris] des radiologues, c'est vachement bien. Moi, quand j'avais fait ma formation donc il y avait un radiologue, un anatomopathologiste. C'était bien fait quoi. Ca faisait une sorte de révision, vu par l'échographie, des différentes pathologies.

280

L'anatomie, les différentes pathologies...

Ouais bien sur l'anatomie on l'oublie. Alors dans la thèse de [Nom 2] il y avait beaucoup de vasculaire. Lui il fait beaucoup d'échographie et il fait beaucoup d'échographie vasculaire lui, moi j'en fais pas. Il a un doppler. Donc il regarde s'il y a un thrombus. Il évalue une artérite...

285

Ca peut être des indications aussi, éliminer une thrombose veineuse profonde.

Ha oui oui oui.

290

Mettre un traitement adapté tout de suite.

He oui oui oui exactement. Mais moi je me suis pas formé là dessus.

295

Et en parlant de formation aussi. On a parlé de formation initiale. En termes de formation continue vous pensez qu'il faut en faire beaucoup, qu'il faut avoir une certaine pratique ?

300

Alors moi je suis un peu has been excusez moi, pendant quinze ou vingt ans chaque année au congrès d'écho de la SFOM, je sais pas si ça existe toujours. Société Française pour les études d'ultrasons... C'est l'organe officiel de l'échographie pour les radiologues. C'était un congrès très intéressant, c'était sur deux jours. Un coup à Paris, un coup à Bordeaux... En France. Toujours très très intéressant. Et puis j'ai arrêté il y a 5-6 ans parce que je suis plutôt vers la fin. Ça me prenait du temps et puis j'avais plus le temps. Il y a tellement de choses à voir [souples].

305

Mais ça reste compatible avec votre activité de cabinet habituel.

310

Et j'apprenais à chaque fois des trucs. Et puis c'était très bien fait. Ça fait quelques années que j'y suis pas allé. Mais c'était des séances avec des patients, des patientes... avec des quizz aussi c'était désopilant. Avec tous les experts d'échographie qui acceptaient de jouer le jeu. Et puis y'avait un expert qui montrait une image : « qu'est ce que vous pensez de ça » et ils étaient obligés de se mouiller « je pense que c'est si, que c'est ça... » et puis à la fin c'était pas du tout ça [rires].

315

Très opérateur dépendant...

Oui oui très opérateur dépendant. Et puis moi ça m'apportait pas mal c'était une fois par an pendant 2 jours. C'est pas énorme.

320

Et dans votre pratique vous en faites beaucoup pour garder un certain niveau de d'efficacité, de compétences ? Vous pensez qu'il faut en faire un certain nombre ?

325

Alors moi j'en fais pratiquement tous les jours, même plusieurs fois par jours. Hier j'en ai fait deux ou trois [cherche dans son ordinateur]. J'oublie moi. Je sais plus qui c'était. Moi je m'en sers quasiment tous les jours, franchement, plusieurs fois par jour.

Donc il y a un réel intérêt quotidien.

330

Oui franchement c'est bien. Les appareils sont très fiables. J'ai un Hitachi, j'ai deux sondes, je suis pas très bien équipé mais financièrement il n'y a pas de problème. Faut faire la formation et puis c'est tout.

Et puis le coût des appareils, c'est de moins en moins cher et de plus en plus portable.

335

Alors oui de moins en moins cher et de plus en plus portable surement. A mon avis la technique échographique est quand même vraiment arrivée à maturité. Les contraintes physiques sont là donc à mon avis la qualité d'image va augmenter encore mais pas de beaucoup.

340

Il y a déjà eu un grand bon en avant.

345

Oui j'ai fait venir un technicien parce que je voulais changer il y a trois ou quatre ans. Je me disais « est-ce que je change ou je change pas ». Il est venu il m'a dit, « bon il est pas si mal que ça votre appareil » [rires]. Mais bon ça évolue quand je vais faire des gardes à l'hôpital leur appareil est bien. Il y a une différence mais pas tant que ça.

Et vous en verriez vous par exemple des appareils pour aller en visite, des appareils portables, pour faire du débrouillage.

350 Alors j'ai eu une fois un appareil portable mais c'est lourd et j'ai toujours peur de le faire tomber. Alors j'y étais allé avec une fois ou deux mais pas beaucoup [interruption, son téléphone sonne, conversation téléphonique].

Vous me parlez de l'appareil portable...

355 J'en ai eu un mais je m'en suis pas tellement servi à domicile. C'est quand même pas très commode.

Vous vous en serviez moins souvent du coup à domicile...

360 Ha non, et celui là il est pas portable, celui d'avant il était pas portable non plus. C'est lourd, il faut pas le faire tomber. Il y a la sacoche, mal aux dos, se mettre à quatre pattes, il y a pas de prise... [rires] Enfin moi je vous incite, il n'y a pas d'inconvénient. Si ce n'est qu'il faut faire la formation. La formation à Grenoble c'est bien ?

365 *Oui il y a le DIU national et à Grenoble il y a le DU d'échographie pour les urgentistes, plus orienté dans le contexte de l'urgence. Mais c'est aussi ce qu'on peut voir en cabinet ici.*

370 Par exemple [Nom 2], il s'installe dans une maison de santé à [ville 5] avec un écho et il achète son écho, il a trente ans.

Il se lance.

375 Ha oui, il était en cours de formation, il avait fait un ou deux modules et puis on en a fait pas mal ensemble c'est intéressant.

Ca permet de partager aussi.

380 Ha oui, lui il était très content. Il a fait ça aussi comme thèse mais c'était un peu différent quand même. Parce que on est quand même pas très nombreux comme échographistes en médecine générale, un ou deux pourcents en médecine générale. Donc il y en avait trois ou quatre en Haute Savoie, de faire un résumé d'observation d'échographie. C'était sur une feuille. Pendant quatre ou six mois. Et il a colligé 400 ou 600 échographies et puis il a analysé ça. Il y a tant de vasculaire, tant d'obstétrique... Ca apporte ça... Enfin c'était un travail un peu comme ça quoi.

385 *D'accord. Bon on a fait à peu près le tour du sujet, est-ce qu'il y a quelque chose que vous voudriez rajouter ?*

390 Je vous incite [rires].

Est-ce que vous avez des questions particulières ?

395 Non non non. En médecine générale, à choisir entre différents modules, si vous faites ça. L'obstétrique c'est passionnant. Sauf qu'à moins de faire que de l'échographie c'est difficile à insérer en médecine générale parce qu'ils demandent pour être agréer. Pour valider l'épaisseur de la nuque je crois qu'il faut faire plus de mille échographies par an. Ce n'est pas possible. Il y a que les gynécos qui peuvent. Donc bon déjà on fait plus l'échographie morpho... et les radiologues à [ville 6] ils n'en font plus. Donc ce n'est plus que les gynécos et les sages femmes.

400 *Il y a peut être aussi un aspect médico-légal dans cette imagerie...*

Oui. Ce module là, si je recommençais les études je ne ferais pas ça pour ces raisons là. Par contre je ferais peut être le module cardio. Je crois que c'est pas si compliqué que ça et nous ça nous rend service. L'insuffisance cardiaque, les souffles... Et puis tendons c'est peut être pas mal aussi. Pouvoir apprécier correctement un sus-épineux ça peut être pas mal.

Bon on va s'arrêter là. Merci beaucoup en tout cas.

Entretien Médecin D

5 *Je voulais vous demander par exemple : est-ce que il y a des situations où vous vous êtes retrouvé dans votre pratique à vous dire que vous auriez pu faire une échographie vous-même?*

10 Alors si j'avais la connaissance de l'échographie, sûrement que c'est plus pratique parce qu'on n'arrive pas à avoir une échographie avant 8 jours en règle générale quand on les demande à un radiologue. Ceci dit, à mon sens, en faisant une échographie de temps en temps, moi je pense que je n'acquerrai jamais la compétence. Si ce n'est de voir trois calculs dans la vésicule ou des choses comme ça. Je serais incapable de faire un diagnostic correct en échographie, à mon avis. Si on pratique pas, je vois que même les radiologues se
15 spécialisent dans l'échographie de ci, de ça. Je dis pas que ça m'apporterait pas au niveau « praticité », je sais pas comment on dit. Mais en tout cas je n'irais pas dans cette démarche de me former par ce que je pense que je ne pourrais pas acquérir les compétences suffisantes. Si ce n'est pour du débrouillage.

20 *C'est intéressant ça, du coup vous me dites en gros que pour être performant il faudrait pouvoir en faire beaucoup plus que les indications que vous avez dans votre pratique ?*

Ben il faudrait en faire oui. Si j'en fais qu'une par semaine, une fois gynéco, une fois musculaire... Ou alors on se forme à « je fais un diagnostic : éliminer une appendicite » et on
25 ne fait que cette formation là et on fait que ça. Après il y aura peut-être des questions là-dessus. Mais après quand on fait des échographies le coût par rapport aux assurances professionnelles, la responsabilité professionnelle que ça entraîne de faire des échos... Donc est-ce que dans ma pratique de tous les jours est-ce que j'ai envie de mettre ça dans ma besace, pas sûr du tout non plus. Moi je suis un vieux médecin donc peut-être que les
30 jeunes ils seront plus enthousiastes.

Donc c'est quand même un certain investissement vous disiez. Un investissement de formation et de matériel.

35 De matériel, de formation et les échographistes ont une grosse pression de leurs assurances professionnelles au niveau erreurs médicales etc... Ils sont... Ils ont un surcoût d'assurance qui n'est pas négligeable hein. Alors nous un surcoût d'assurance pour faire une écho de temps en temps ben c'est pareil. Alors où est-ce qu'on s'arrête, où est-ce qu'on commence ? Après moi je pense qu'un médecin qui a vraiment envie de le faire, qui se forme et qui se
40 sent la compétence de... Et bon je pense qu'il aura raison de le faire, mais est-ce qu'il pourrait faire la recherche de pathologie de la coiffe, puis le lendemain une recherche de salpingite puis le lendemain une recherche de calcul de je ne sais pas trop quoi... Est-ce que voilà, sur des échos de la main qui sont hyper performantes, est ce qu'on va acquérir rapidement un diagnostic de qualité ? Je ne sais pas.

45 *Et vous me parliez de l'aspect médico-légal aussi. C'est quelque chose qui est important dans le fait que vous vous n'avez pas envie particulièrement de vous former ?*

Alors de toute façon c'est relativement récent que déjà même les spécialistes fassent leurs
50 propres échos. Donc que chacun fasse son écho dans son domaine. Et moi j'avoue que... non je sais pas... Autant j'ai envie de me former pour plein de choses autant j'ai pas envie de me balancer là-dedans pour pleins de raisons. Pour celles que j'ai dites. Plus le temps que ça va me prendre au milieu de ma consultation qui n'est pas prévu au départ. Ou alors ça veut dire qu'il faut que je reconvoque les gens, « vous revenez, vous allez faire votre
55 écho ». Ça demande une gestion, on arrive déjà pas à faire ce qu'on a envie de faire. On va se réunir tous les médecins de [ville A] parce qu'on ne sait pas quoi faire des patients. Et on ne sait pas quoi en faire, on se retrouve avec des demandes de patients et on n'arrive même pas à gérer le b.a.-ba de la médecine générale. Déjà les soigner. Même pas faire encore des

60 tas de gestes à côté. Donc je sais pas. Moi je suis pas très motivée. Comme vous l'aurez constaté.

Ce serait aussi un investissement de temps que vous n'avez pas donc...

65 Exactement. En fait tout ça c'est des freins. Le temps de formation, le coût, le temps effectif pour faire l'acte, plus le surcoût de responsabilité... voilà. Je veux dire en plus on engage notre responsabilité sur quelque chose que... enfin moi ça me pose pas de problème d'engager ma responsabilité médicale pour tout ce que j'ai appris, que je maîtrise. Maintenant de le faire pour des choses que je fais à la « wouanegen » là comme ça « ouais je sais un peu faire mais je suis pas sûre » non je ne le ferais pas.

70 *Oui c'est sûr.*

75 Mais peut-être qu'en deux ans un médecin il est capable d'être un super échographiste, je ne crois pas. On en a déjà assez des mauvais comme radiologues déjà. Si effectivement je vais dire du mal du coup [rire]. Non non, il y a des radiologues échographistes formés qui font de pas très bons diagnostics échographiques. Je pense que l'échographie reste quelque chose de difficile.

80 *De pointu et au final de spécialisé ?*

85 De pointu et qui est très manipulateur dépendant par rapport à un scanner. Par rapport à tout ça. C'est une machine qui fait le truc et après le diagnostic il est sur des images fixes. Je pense que si on fait lire... déjà que quand on fait lire les mammos ils sont pas tous d'accord mais les échos je pense que c'est vraiment échographiste dépendant. C'est un super examen et en même temps je pense qu'il nécessite vraiment de l'expérience.

Oui, beaucoup d'expertise, et c'est un examen qui est dynamique donc qui ne peut pas être interprété dans un deuxième temps par quelqu'un d'autre.

90 Exactement, on nous emmène des images d'échos et on n'en fait rien. Les gens me disent « regardez mon écho » oui super... Si c'est un gros calcul dans la vésicule je le vois, ou si il y a un bébé je le vois aussi. Voilà.

95 *Bon et justement vous me parliez de la vésicule. Imaginons que vous ayez un appareil d'écho et que vous soyez formée. Il y a des indications où vous pensez que ce serait intéressant ?*

100 Alors je dirais « oui [insistance], il y a des calculs ». Mais est-ce que je serais capable de dire qu'il y a une inflammation de la vésicule associée ? Est-ce que c'est juste des calculs qui sont là et on s'en fout ? Si, après je pense que pour un médecin qui est jeune, qui va se former, qui va adapter sa pratique à ça... A mon avis un médecin généraliste qui veut faire de l'échographie, il faut qu'il cible trois ou quatre indications. Qui vont le dépanner, et qu'il se forme suffisamment et qu'il le fasse très régulièrement quoi. Et là ça peut avoir sa place dans notre exercice.

105 *Sans forcément vouloir tout faire.*

110 Enfin chacun fait ce qu'il veut, si on lui donne le label échographiste, il fait ce qu'il veut avec. Après... Non moi je pense que c'est plus dans le digestif que ça pourrait nous aider. Globalement. Une écho digestive, voir un kyste de l'ovaire... A mon avis un kyste de l'ovaire il doit pas falloir faire beaucoup d'étude pour arriver à le chopper mais voilà, ça peut être intéressant. Mais à mon avis il faut cibler quelques pathologies avec lesquelles on peut se débrouiller. Et après il faut avoir envie. Il y a des gens qui aiment faire les choses vites...

115 *Cibler quelques indications du coup.*

Moi je dirais ça oui.

120 *Vous me disiez aussi qu'il y a un délai d'à peu près huit jours pour avoir une échographie. Est-ce que vous pensez qu'il y aurait un apport éventuellement pour les patients à ce que certains généralistes puissent en faire eux-mêmes ?*

125 [Hésitation] Dans une indication très ciblée. Si on arrive... Toute façon des fois pour les sigmoïdites ils n'arrivent pas ils demandent des scans à chaque fois les gastros. Alors un kyste de l'ovaire qui se rompt... une grossesse extra-utérine, enfin si on a la compétence hein toujours. Une appendicite, si c'est concordant avec la biologie. Enfin je sais pas, on pourrait cibler cinq, six indications où ça pourrait aider le patient.

130 *Oui ok.*

Moi j'ai aussi exercé avec très peu d'échographie puisqu'avant l'échographie... on en faisait mais c'était pas aussi courant que maintenant.

135 *C'était pas aussi développé.*

Maintenant ils font sur la main, ils ont développé des échographies hyper hyper pointues, pour tout voir quoi. Il y a plus besoin, enfin moins besoin de scanner, de choses comme ça. Il y a plus d'arthroscanner mais. Il y a plus d'indications où on ne fait plus que des échographies.

140 *Hum oui ça peut être intéressant pour ça oui. C'est sûr qu'il y a pas la même expertise entre le radiologue et le médecin traitant, qu'est-ce que vous verriez comme différence entre une écho pratiquée par un médecin généraliste et une qui serait pratiquée par le radiologue ?*

145 Alors pour moi le généraliste il va faire un diagnostic entre guillemet d'élimination. Sur quelque chose de précis. Je veux savoir si mon patient il fait une cholécystite, je veux savoir si ma patiente est enceinte, je veux savoir si il y a un kyste de l'ovaire, je veux savoir... Voilà sur les indications qu'il maîtrise il va dire : « c'est ça, c'est pas ça ». Après aller chercher un adénome de la surrénale, je pense qu'il faut quelqu'un de plus d'expérience. Enfin je sais pas si je réponds à votre question ?

150 *Oui tout à fait.*

155 Pour moi l'apport ce sera pour du diagnostic d'élimination ou d'affirmation mais sur des choses très précises. Le radiologue il va explorer, lui, il va être capable de tout regarder et d'aller chercher des choses que nous on n'avait même pas marqué sur l'ordonnance, dont on n'avait même pas pensé hein. Enfin je veux dire, dès fois ils nous trouvent des choses on se dit « ah oui ».

160 *Donc il y a une compétence technique plus poussée en faveur du radiologue.*

Ah ben je le souhaite pour eux, sinon ça ne serait pas la peine d'être radiologue.

165 *Mais peut être aussi sans l'apport de l'examen clinique que vous avez fait de votre côté.*

Voilà je pense, je sais pas comment dire... C'est comme une crise d'asthme, on les fait souffler, pour voir le degré de gravité, on fait une saturation en oxygène. Enfin c'est des choses qui peuvent, dans notre cabinet, nous aider dans notre diagnostic, l'urgence qu'il peut y avoir dans la prise en charge. Des choses comme ça éventuellement. Voilà.

170 *D'accord. Vous aviez parlé de l'aspect financier aussi. C'est vrai que c'est un investissement qui est peut-être pas négligeable et peut être différent si on travaille seul ou à plusieurs. Mais ça reste un investissement aussi en termes de formation. Vous ne vous êtes pas renseignée sur les formations qui existent ?*

Je sais pas c'est au moins deux ans ou trois ans, non ? Il y a peut-être des trucs accélérés, mais dans ma tête je me dirais que c'est peut être un DU ou je ne sais trop.

180 *Oui c'est ça c'est un DIU qui se fait sur deux ans mais il y a plusieurs types de formations différentes. Je voulais avoir votre opinion. Je sais pas si dans le secteur il y a des généralistes qui en pratiquent, si vous en connaissez ou pas ? Et votre opinion sur le fait qu'il y a certains généralistes qui se forment à ça et qui pratiquent l'échographie.*

185 Alors j'en connais pas. Mon opinion ça va dans le sens de ce que je vous ai dit au départ. Pour moi il faut savoir ce qu'on fait. Soit on est passionné d'échographie, on va en faire plein et on va être performant. Et c'est tant mieux pour le patient. Et on va trouver le temps de le faire dans des bonnes conditions. Soit si c'est pour faire de la cotation et faire des trucs de mauvaise qualité pour arrondir les fins de mois... A mon avis c'est pas... Mais après c'est la personnalité de la personne. Ca dépend comment le médecin pratique son échographie. Il y a des gynécos qui facturent des échographies à chaque fois qu'ils voient une patiente. A 190 mon avis c'est pour alourdir la facture. Mais voilà. Après quand c'est fait dans un souci éthique. Qu'on fait ce qu'on maîtrise. Moi c'est toujours pareil, on fait ce qu'on maîtrise. En médecine générale, il faut faire ce qu'on maîtrise et ce qu'on ne sait pas faire on passe la main. On ne maîtrise pas tous les mêmes choses. Et à partir du moment où un médecin 195 maîtrise le fait de faire des échographies, qu'il en fasse et c'est très bien. Moi j'ai pas d'état d'âme là-dessus. C'est lui qui voit. Je dis pas c'est bien et c'est pas bien. C'est un choix. Chacun fait ce qu'il a envie de faire. Notre métier permet quand même de faire plein de choses, donc il faut en profiter.

200 *Tout en restant dans son domaine de compétence...*

Je pense que voilà, il faut bien connaître ses compétences et... voilà. Déjà pour les infiltrations je trouve, j'en fais quelques unes, mais je trouve qu'on en fait tellement peu que je pense qu'on est pas vraiment compétent là dedans. Mais ça, ça peut rentrer aussi dans le 205 domaine du généraliste sans problèmes de faire des infiltrations etc...

C'est le même problème, encore faut-il en faire assez pour maintenir ses compétences.

210 Voila mais bon peut être que... Les spécialistes étant tous trop trop chers pour nos patients... Ca ça prend pas beaucoup de temps, c'est pas la même problématique quand même que l'échographie. Ca demande moins de formation... moins de... voilà c'est plus [mot non compris].

215 *Oui c'est sûr. Voila je pense qu'on a fait un petit peu tout le tour, est-ce que vous avez quelques chose à rajouter par rapport à l'entretien qu'on vient de faire ?*

Non, c'est... [hésitation] mon interrogation c'est qu'est-ce qui vous est passé par la tête pour faire une thèse là dessus ?

220 *Ben justement, nous ce qui nous a intéressés à faire ça d'une part c'est qu'on aimerait bien en faire un petit peu, de l'échographie. On en a fait tous les deux en stage, surtout moi quand j'étais en gynéco j'en avais fait beaucoup. Et puis on a vu que ça se développait et qu'il y avait pas mal de travaux qui commençaient à sortir là dessus. Et au final que les spécialistes s'y mettaient les uns après les autres et qu'au final ça se développait pas mal en 225 médecine générale. Nous on aimerait aussi se former à ça. Et on voulait recueillir un peu tous les points de vue. Savoir si c'était faisable.*

230 Les spécialistes ça me semble beaucoup plus réalisable parce qu'ils font toujours la même chose, enfin entre guillemet. Je veux dire faire une écho cardiaque c'est faire une écho cardiaque. Donc ils vont toujours examiner avec la même sonde. Le gynéco il va toujours regarder ses deux ovaires, son utérus... Donc voilà. Le médecin généraliste il doit maîtriser tous les domaines échographiques. Je pense qu'un généraliste passionné, il va se former

235 suffisamment. Et puis il va, à mon sens, il a tout intérêt à faire des échographies non cotées quand c'est nécessaire, juste pour continuer à augmenter son expérience. Après mon opinion, c'est que si il les cote toutes, pour moi c'est pas éthique.

Oui il y a l'aspect éthique aussi.

240 Ben après on peut faire des audiométries trois fois par an à des patients... On peut tout faire hein si on veut gagner de l'argent. Après moi je suis comme ça, mais tous les médecins ne sont pas comme ça. Je sais pas par rapport au fait que je dis qu'on peut éventuellement se donner un certain nombre de pathologies à explorer, ça vous parle ou vous voudriez faire tout...?

245 *Justement c'est intéressant ce que vous dites, hier j'ai interrogé quelqu'un d'autre qui me disait « ben en médecin générale au final on est moyen en tout, en dermato, en cardio etc... je vois pas pourquoi on serait pas moyen en échographie aussi ? »*

250 Ben parce que c'est un outil diagnostique quand même heu... Alors on est moyen, on est moyen c'est à dire que simplement... [hésitation] On est devant une pathologie notamment endocrinienne, enfin il y a des choses voila, les adénomes de la surrénale [mot non compris] comme j'ai fait le diagnostic. On n'est pas trop trop moyens pour les diagnostics, on est moyens pour les prises en charge thérapeutiques souvent. Mais je trouve que quand on est mauvais dans un acte diagnostique, c'est quand même... Nous on est là pour faire des diagnostics. Alors si on fait pas les bons, et qu'en plus on croit que c'était pas ça, parce que 255 on a été mauvais en écho. Je trouve qu'on fait perdre au patient la chance heu... alors si il faut faire les choses en double en disant « je le fais mais je suis pas sûr de moi, donc vous allez en faire une vraie » je trouve que c'est un peu... Pour moi non, pour moi c'est pas du tout mon opinion...

260 *Ha oui c'est parce que c'est le fait que ce soit une imagerie diagnostique qui engage beaucoup de responsabilités aussi ?*

265 Enfin je trouve qu'un médecin généraliste il est là pour faire des diagnostics. Après il y a des thérapeutiques qui nous échappent. Mais globalement moi j'arrive quand même toujours à un diagnostic, enfin au moins à une suspicion diagnostique avec des tests que je ne peux pas faire techniquement. Qui ne sont pas l'échographie, ou des bilans en médecine interne. Voilà toute façon quand j'ai de la médecine interne je me dis pour le coup je fais ça et il fera tout le reste. Toute façon vous allez lui en faire une liste comme ça, et moi je vais pas gérer. 270 Même si j'ai le résultat je saurais pas quoi en faire. Donc voilà, mais quatre vingt dix neuf fois sur cent on arrive au diagnostic. Après des fois on a besoin de quelqu'un. Qu'est-ce qu'on en fait ? Comment on traite ? Voilà. Enfin même les diagnostics de cancer on les fait nous, enfin la plupart du temps. Je trouve que le diagnostic c'est vraiment notre boulot. Après la thérapeutique un peu. Il faut un peu d'humilité on va dire. Parce que il y a pleins de choses 275 qui se guérissent pas, qui se soignent pas. C'est comme faire un acte. Voila je prends toujours l'audiométrie, si on fait un test d'audiométrie et qu'on ne sait pas l'interpréter... enfin ça sert à rien. Enfin je sais pas ou faire des radios de poumons si on ne sait pas les interpréter « Voilà c'est bon j'ai prescrit ma radio je suis tranquille ». Enfin voilà c'est moi, comme quoi mes collègues sont pas tous pareil.

280 *Voilà ben merci on va arrêter là.*

Entretien Médecin E

5 *Pour commencer je vais te demander par exemple, est-ce que il y a déjà eu une situation où tu t'es dit « tiens ce serait intéressant si je pouvais faire une écho moi même au final ».*

Bien sûr, un tas de fois.

10 *Un tas de fois, tu as des exemples ?*

Je sais pas... hier par exemple il y avait une histoire de patient qui suite à une piqure d'héparine de bas poids moléculaire avait un œdème de la cuisse. Donc c'eut été intéressant de savoir si c'était un hématome ou pas. Et c'était bien un hématome mais bon, rien que pour faire l'échographie il a fallu l'envoyer aux urgences, trouver des ambulances aller et retour... enfin ça a été un cirque, qui bien sûr arrive à 5h du soir. Il faut supplier les radiologues de [ville A] de rester et d'attendre un peu. Trouver une ambulance, les ambulances veulent pas transporter un monsieur de 80 ans. C'est la fille qui l'a emmené aux urgences. Voilà là si il y avait moyen de faire ça au cabinet c'est sûr que ça changerait tout au niveau des... C'est souvent des histoires comme ça hein.

15 *Là c'est un exemple concret où au final ça aurait été intéressant, ça aurait peut être été un gain de temps.*

25 Un gain de temps et d'argent.

Tu as d'autres indications où tu penses qu'en médecine générale ça pourrait être intéressant ?

30 C'est souvent des histoires... Après le problème c'est je pense l'expertise. C'est sûr que pour des histoires d'hématome ou de tendinite ça paraît quand même très intéressant et facilement utilisable. Après dès que c'est des histoires de douleurs abdominales, enfin je suis vraiment pas calé en échographie, mais je pense que ça doit commencer à devenir un peu plus casse gueule au niveau des diagnostics viscéraux ou des trucs comme ça pour se lancer dedans...

35 *Oui c'est sûr après je sais pas est-ce que tu connais un petit peu les formations qui sont possibles pour les médecins généralistes en échographie ?*

40 Non mais je suis persuadé que pour l'instant c'est plus ou moins bloqué au niveau de l'accession des diplômés. Il y avait un de tes collègues je crois qui avait essayé d'obtenir un diplôme d'échographie mais... Non je suis pas au courant.

Niveau formation ça te semble compliqué en tout cas ?

45 Oui ça me semble bien compliqué, toute façon j'ai pas le temps de faire des formations de quoi que ce soit. Mais c'est sûr, connaissant le développement de l'électronique et la simplification de ces appareils, c'est un peu absurde qu'on le maintienne uniquement chez les radiologues. D'autant plus que dans les milieux ruraux ça devient de plus en plus dur d'obtenir des examens et de plus en plus compliqué. Donc effectivement c'est vraiment le genre d'appareil qui devrait être d'accès beaucoup plus facile, et avec des formations pour les utiliser. Non vraiment ça serait un grand progrès sur le plan médical. A [ville A] actuellement je crois qu'ils en sont à parler de diagnostic... par exemple de télédiagnostic pour les radios. Ils sont en train de faire une réduction de taille du service de radiologie.

55 *Donc ça pourrait être un intérêt aussi pour le patient ?*

Oui bien sûr, très sérieusement, oui bien sûr. On est tous les jours confronté au problème d'accessibilité aux spécialistes dont les radiologues.

60

D'autant plus que toi tu travailles en rural, tu ressens vraiment le manque de radiologue ?

Ha oui oui. Hier aussi tiens ça a été la journée. Un peu plus sophistiqué, c'était pas une simple échographie c'était du doppler. Mais parce qu'il n'y avait plus de dopplériste c'était trop tard. Là aussi c'était le coup de six heures, c'était le gag suivant. Sur l'histoire d'œdème du bras avec une voie veineuse profonde. Et ben ça s'est terminé aux urgences de [ville B]. Remarque c'était bien parce que il avait bien une phlébite. Une thrombose sur le cathéter. Mais c'était limite, enfin vraiment le patient il était un peu anxieux machin, il avait l'impression d'avoir le bras gonflé, c'était à peine évident à l'examen. L'infirmière disait « non non c'est pas enflé » bon. On a discuté avec le médecin de médecine interne, il a fallu descendre le patient à [ville B]. Je crois que c'est le SAMU qui a dû se déplacer.

65

70

En termes de coût c'est pas...

Ha en termes de coût je pense que personne n'y gagne ! Voilà, parce qu'il n'y a pas assez de spécialistes disponibles. Les appareils d'échographie à l'heure actuelle sont des appareils relativement peu coûteux, c'est idiot que ce soit réservé aux seuls radiologues. Et d'autant plus qu'il y en a de moins en moins, enfin du moins en campagne il y a de moins de moins de disponibilités pour avoir un radiologue.

75

80

Oui c'est sûr, et le matériel, comme tu disais devient de plus en plus performant et de moins en moins cher. Toi tu penses que dans les années qui viennent ça va se développer en médecine générale ?

A ben le problème il est réglementaire. Tant que les formations sont fermées. Tant que les... Personnellement moi j'y ai réfléchi. Quand je faisais ma médecine, il y a un moment je me suis posé la question si j'avais pas intérêt à faire des diplômes dans ce domaine là. Mais manifestement on m'a découragé et... les formations étaient fermées mais... Mon père est radiologue, on avait même discuté de me garder une machine. Mais le souci c'était derrière, quelles possibilités de... Voilà. On est toujours dans les bêtises de cette société qui adore tout bloquer et tout verrouiller et à la fin avec des surcoûts. Enfin c'est... C'est un problème.

85

90

Et réglementer aussi, il y a peut être un aspect médico-légal...

Bien sûr, écoute, c'est pas tout à fait l'histoire de l'écho. Je sors un peu du sujet. Quand moi j'ai commencé, on faisait pas mal de radios en campagne. Maintenant c'est devenu extrêmement rare. Et alors le sommet le plus folklorique c'était dans un des bleds où dans le cabinet médical il y avait aussi le vétérinaire... Au départ on partageait le même appareil avec le vétérinaire. Et plus pour des raisons bien sûr bien imaginables mais tout à fait grotesques, puisqu'à partir du moment où c'est stérilisé il y a pas de raison que ce soit plus dangereux de faire une radio sur une table pour un chien que pour qui que ce soit d'autre. Et bien ils ont interdit de partager la machine et il n'y a plus eu de radio. Donc il y a des tas d'histoires de diagnostics pourris où on a laissé le diagnostic pourri trainer un peu plus puisque c'était pas possible de faire facilement la radio. C'était dans un bled qui était encore plus loin des hôpitaux. J'ai même eu des scènes de patients, dont une dame dont l'enfant avait, je ne sais plus quoi au niveau de l'épaule et qui exigeait une radio. Je lui disais « je ne peux pas la faire », elle me disait « mais vous avez l'appareil pourquoi vous le faites pas » et moi « ben non je ne peux pas, j'ai pas le droit ».

100

105

Oui ce que tu dis c'est applicable aussi à l'échographie au final, tu décris une situation où un coup d'échographie aurait fait avancer les choses.

110

Mais bien sûr, absolument. Donc souvent le choix devient mauvais, il y a dès lors le problème du déplacement. Alors c'est vrai que dans le monde idéal on est à côté d'un centre où ça coûte rien mais il y a des tas de gens quand vous leur dites qu'il faut parcourir trente

115

ou quarante kilomètres pour aller faire une échographie ils vous disent « ben écoutez, on va attendre un peu le temps que ça se tasse ». C'est pas... voilà.

C'est pas évident.

120

Ben si c'est évident, c'est des situations absurdes. Mais ça au nom de la sacro-sainte réglementation, du plaisir qu'ont les gens de régler, et du principe de précaution. Parce qu'en fait c'est ça, on préfère que tout soit sûr à cent pour cent, quitte à ce que les examens soient pas faits, comme ça on est sûrs que vu qu'ils ont été pas faits ben... Voilà. Et on n'accepte pas un certain niveau d'imperfection.

125

Et sinon tu penses qu'il y aurait des différences entre une écho pratiquée par un radiologue et par un médecin généraliste ?

130

Certainement qu'un radiologue est plus compétent qu'un médecin généraliste. Quelqu'un qui fait ça toute la journée sera toujours plus compétent que quelqu'un qui ne fait pas ça toute la journée.

135

C'est sûr. Et tu verrais un apport, sans parler du domaine de la compétence, est ce que ça apporterait quelque chose pour le patient que l'écho soit faite par son généraliste ?

140

Oui, ben oui. En ville je ne pense pas qu'il y ait un énorme intérêt. Mais vraiment dans ces situations où le choix peut être entre faire l'examen, certes imparfait, et ne pas faire l'examen du tout, il y aurait un apport. Et surtout pour prendre les décisions plus rapidement. Parce que quand il faut aller faire un aller retour etc... La décision... Au moins dans le cadre d'un débrouillage, ça aurait une certaine logique. C'est... Bien entendu qu'un électro fait par un médecin généraliste n'a pas la même qualité qu'un électro fait par un cardiologue. N'empêche qu'on est bien content de pouvoir faire un électro.

145

Oui de ce point de vue là, ça s'approche presque d'une extension de la clinique en fait...

Oui l'échographie c'est pas non plus très... même la radiographie dans une certaine mesure.

150

Bon on a abordé pas mal de choses, on a un petit peu fait le tour. En termes de formation c'est un investissement qui est pas forcément facile à faire parce que toi tu n'as pas le temps.

155

J'ai pas le temps. Je pense que quand on fait ses études, à l'époque où j'étais remplaçant j'avais le temps. Maintenant c'est fini, je n'ai plus le temps de quoi que ce soit.

Et puis il faudrait aussi maintenir ses compétences donc pratiquer pas mal. Tu penses que dans ton activité comme elle est aujourd'hui tu aurais assez d'indications pour que ça te soit vraiment utile en fait ?

160

Alors ça serait utile dans tous ces cas pourris. Maintenant ça doit être quelques cas par semaine c'est pas... Mais ça me paraît utile.

Pas forcément au quotidien mais dans pas mal de situations...

165

Ha non pas quotidien mais pas mal de situations pourries. Et si les appareils étaient en plus transportables alors là ça serait fantastique...

Alors c'est intéressant ça, parce que du coup en visite aussi ça pourrait être un apport ?

170

Il n'y a pas de raisons que ces appareils ne soit pas transportables.

Dans les dernières questions, je sais pas si tu connais des généralistes qui pratiquent l'échographie et quel rôle tu leur donnerais ? Voir quelle est ton opinion sur les généralistes qui pratiquent l'échographie ?

175

Ecoute je pense que ça dépend du cadre, il est certain que en ville ou dans des régions bien maillées par les radiologues je suis pas sûr que l'intérêt soit si élevé. Mais très sincèrement dès qu'on est un peu isolés c'est un apport hein. Mais bon en ville quand la clinique est à côté, quand les urgences sont à côté... Est ce que c'est vraiment intéressant de rajouter ça à la consultation... Je suis pas sûr que ce soit bien.

180

Oui parce que ça te prendrait sur ton temps de consultation.

Oui bien sûr, et puis là il y aurait quand même le problème de l'intérêt de l'expertise. Si le radiologue est disponible. Sur le plan médico-légal, du moins moral ça me paraît un peu tordu de prétendre que c'est au médecin généraliste plutôt de faire l'échographie que le radiologue. Le souci, c'est qu'il y a des endroits où il n'y a pas de radiologue quand on en a besoin. Et à ce moment là il vaut mieux...

185

Quitte à ré adresser si tu y arrives pas ou si tu n'es pas sûr de toi ?

190

Oui, je pense que c'est le fond de la médecine générale d'ailleurs, on n'est pas aussi bon que le cardiologue, on n'est pas aussi bon que le pneumologue, on n'est pas aussi bon que le cancérologue, on n'est pas aussi bon que... Mais simplement on a un certain niveau de compétences partout. Ce qu'ils n'ont pas. Y compris le radiologue. Donc voilà, ou alors il faut dire qu'il faut supprimer la médecine générale. Parce que c'est un peu ça le problème de la réflexion, c'est que si on considère qu'il faut toujours que ce soit le plus compétent dans un domaine qui l'aborde alors quel est l'intérêt de la médecine générale ? Effectivement le patient aurait raison alors d'exiger d'aller voir le cardiologue, d'aller voir l'orthopédiste.

195

200

Oui c'est marrant, hier justement il y a quelqu'un qui me disait : « en médecine générale on est moyen en tout, je vois pas pourquoi on serait pas moyen en échographie ? »

Absolument, tout à fait.

205

Est-ce que tu as quelque chose à ajouter ?

Non je sais pas. En tout cas ta question est intéressante et je suis content que les gens se la reposent actuellement. Je te dis moi je me suis posé la question réellement de me former là dessus. Mais bon pour me retrouver ensuite à un diplôme qu'il n'était pas vraiment possible d'utiliser. Ou simplement d'atteindre des obstacles qu'on est censé avoir dans cette voie là, j'ai pas creusé plus. En tout cas ça me paraît plus utile qu'un diplôme de [mot non compris].

210

Et tu penses qu'en termes financier ce serait faisable d'une part de se former et ensuite d'investir pour pratiquer ?

215

Alors le prix je pense qu'il y a aussi... on est aussi dans un système un peu pervers au niveau santé. Les coûts de tels appareils à mon avis peuvent chuter très rapidement. Après c'est un peu des décisions des fabricants d'appareil, des réglementations... On est dans l'absurde. Le traitement de signal des appareils d'échographie est accessible. Toute façon le prix est très artificiel. C'est pas vrai que ça coûte cher.

220

Ok donc on va s'arrêter là.

225

Entretien Médecin F

5 *Alors, comment tu t'es lancée dans l'écho ?*

10 Avec [médecin A] en fait, qui est mon collègue, et parce qu'on travaille ici. C'est une structure de soins non programmés, c'est comme SOS médecins en fait, mais dans un cabinet devant une clinique. Une clinique qui est chirurgicale, donc on fait beaucoup de
15 traumatisme et d'accueil de gens qui ont mal au ventre, colique néphrétique etc. Et du coup, c'était intéressant dans notre pratique professionnelle de poursuivre l'examen clinique par un examen échographique. D'autant plus que nous on était là toute la nuit, maintenant jusqu'à minuit, on est là les week-end, et du coup on avait pas accès à la radio. Donc il y a des fois où on était limités, on était obligés d'envoyer les gens à l'hosto. On a d'abord voulu essayer de se débrouiller tout seul, puis après c'est devenu intéressant, on en a fait de plus en plus et on s'est formés plus à l'écho.

Donc ça t'aidait dans la prise en charge de tes patients.

20 Au départ, c'était vraiment ça, pour la continuité de nos soins, la prise en charge des patients dans une structure d'urgence.

Pour les orienter, pour faire du diagnostic...

25 Pour faire du diagnostic, et du coup après leur offrir la meilleure orientation, ou les laisser rentrer chez eux, pas les envoyer à l'hosto si on avait fait un diagnostic qui excluait une cause à hospitaliser. Et puis après, parce que c'est devenu intéressant aussi, par curiosité intellectuelle. Dès qu'on a commencé, c'est devenu vite passionnant de regarder l'écho, puis ça donne une certaine qualification, un autre regard. Après aussi, c'était pas que pour la
30 prise en charge du patient, c'était aussi par intérêt.

Tu t'es un peu pris au jeu de l'image.

35 On s'est tellement pris au jeu qu'on fait des échos maintenant, que des échographies, on a ouvert un cabinet secondaire que d'échographie, où les gens sont adressés par d'autres médecins, où tu fais plus que l'écho. C'est plus la continuité de mes soins, je fais plus l'examen clinique tout ça, je fais plus que l'échographie.

C'est des médecins généralistes qui t'adressent les gens ?

40 Oui, en général, c'est des médecins généralistes, ou les gens qui sont passés aux urgences, qui ont une ordonnance d'écho.

45 *D'accord, donc là tu les vois tu fais que l'écho ? C'est des gens qui ont pris rendez-vous, avec des plages horaires d'écho ?*

Tout à fait.

Tu fais un compte-rendu complet ?

50 Oui.

Tu les cotes du coup ?

55 Oui. Mais ici aussi on les cote si on fait un compte-rendu. Il y a des fois où on fait une échographie comme ça juste pour regarder, on cote pas. Mais si on fait une vraie écho avec des images, qu'on prend du temps, on fait un compte-rendu on va la coter.

Du coup, tu cotes pas la visite...

60

Ah, tu cotes pas la consultation, tu peux pas coter les deux, tu cotes soit l'écho soit la consultation.

65

Et dans ce cabinet d'écho, où vous faites des échographies demandées par d'autres praticiens, le compte-rendu vous le rédigez dans quel sens ? J'imagine que les gens arrivent avec une question. Comment tu vois ça, par exemple par rapport à un radiologue qui fait son écho, qu'est-ce que vous auriez en plus, vous généralistes formés à l'écho, pour répondre à un autre confrère généraliste ?

70

La clinique. Par exemple, nous on fait beaucoup d'écho ostéo-articulaire, et ici on fait beaucoup de traumato. Et du coup l'échographie elle complète l'examen clinique. Mais quand tu es échographe mais que t'es aussi praticien, ton échographie elle est guidée par les signes parce que tu sais aussi ce que tu cherches. Mais c'est comme quand on fait une écho ici, par rapport au radiologue qui n'a pas examiné le patient, qui parfois n'a pas de données cliniques... Tu sais quand tu fais que des radios des IRM, tu n'examines plus les gens. Toi, t'examines les gens. L'échographie, c'est vraiment une poursuite, tu sais ce que tu cherches ou ce que tu veux éliminer. Je pense que ton regard clinique t'apporte un plus par rapport à un radiologue. Même si le radiologue il est plus expérimenté, il a des images dans la tête. Je pense que le plus, c'est ton côté pratique, clinicien.

75

80

Ça t'arrive d'examiner les gens quand ils te sont envoyés que pour une écho et que c'est pas tes patients ?

85

Non, enfin je les interroge. Et comme je vois aussi moi beaucoup de patients, que je les examine, et que avant je les demandais ces échographies avant que je les fasse. Je sais ce que le médecin il veut savoir.

90

Est-ce que tu fais un compte-rendu dans le sens où tu réponds à la question du praticien, tu mets une conduite à tenir, une prise en charge ? Que le radiologue des fois ne mettrait pas forcément.

95

Je pense que les radiologues ils donnent quand même des conduites à tenir. Ils demandent des avis spécialisés. Après moi si je fais l'écho, j'essaye quand même de respecter. Je marque tout ce que j'ai vu, j'essaye d'orienter, je marque normal ou pas normal, ou ce qu'il y a de pathologique. Mais après je respecte le libre-arbitre du médecin qui a envoyé. Je vais pas lui dire « il faut aller voir l'urologue », si lui il pense qu'il faut pas, parce qu'il a la connaissance dans cette matière et qu'il sait bien gérer. Je vais pas lui dire ce qu'il faut faire.

100

Quelles indications au final tu vois à l'échographie en médecine générale ?

105

Tout. On a plus de limites. Beaucoup de choses. Toutes les douleurs abdominales, les coliques hépatiques, les crises de colique néphrétique, les appendicites. Et puis les adénites, chez les enfants. Et puis on fait beaucoup d'ostéo-articulaire, les entorses, les tendinites d'épaule, les tuméfactions des parties molles, les fractures du coude. Le vasculaire, la phlébite en urgence, quelqu'un qui vient te voir et qui a une grosse jambe, si tu lui fais le doppler et t'es sûr qu'il y a pas de phlébite, ou alors t'objectives la phlébite et tu peux traiter. Après tu demandes un contrôle à l'angiologue. Les grosses indications c'est ça. Après ici il y a le pneumothorax, il y a vraiment beaucoup de choses qu'on peut voir.

110

Donc plutôt une aide diagnostique, et plutôt dans l'urgence. Ça t'arrive aussi de faire du suivi ?

115

Ici, de par l'activité on fait pas de suivi. C'est de l'accueil de soins non programmés. Après une écho dans le suivi, à part dans l'ostéo-articulaire, une déchirure musculaire, un hématome où tu veux voir la régression, je vois pas trop ce que tu vas faire comme suivi échographique.

Au cabinet non plus ?

120 Je sais pas, je vois pas bien les indications.

Donc plutôt des indications ponctuelles pour du diagnostic.

125 Après, en sachant toujours que il y a des fois du coup, tu fais du dépistage, et après il faut savoir aussi dire qu'il faut un avis radiologue ou plus spécialisé.

Savoir passer la main.

130 Bien sûr, quand t'es pas affirmatif, que t'es pas sûr... On a aussi le couvert d'un radiologue en ville qu'on a vu. On sait que si jamais on a un problème, qu'on sait pas, qu'il y a besoin d'autre chose un scanner etc, on sait qu'on peut les appeler, et ils reprennent la main.

Vous les avez contactés, ils sont d'accord pour donner leur expertise.

135 Voilà, pour donner leur expertise, pour nous orienter ou nous aider. Faut quand même connaître ses limites aussi. C'est pas parce qu'on fait de l'échographie qu'on sait tout. Après il y a des échographies, un nodule dans la thyroïde, si on le voit, il faut aussi savoir dire maintenant c'est l'endocrinologue qui va suivre. On fera pas d'échographie régulière de suivi.

140 *D'accord. Donc toi l'échographe tu l'utilises ici plutôt dans des indications d'urgences. Au cabinet, c'est les confrères qui t'envoient avec une indication. Tu vois d'autres indications ? Quelles autres applications l'échographe pourrait avoir en médecine générale ?*

145 Je pense qu'il arrivera au domicile. Les médecins de montagne, ils ont déjà des petits appareils d'échographie. Dans les camions du SAMU... Peut-être que le médecin généraliste qui ira faire des visites au domicile il emmènera son échographe... C'est possible. D'autres applications, je sais pas. Je pense, pour avoir rencontré des médecins généralistes installés en cabinet qui ne font pas que de l'urgence, qui font aussi de la médecine programmée, ils faisaient des échographies et ils disaient aussi que ça leur avait changé leur pratique. Beaucoup de femmes font de la gynéco notamment, donc des échographies gynécologiques, ça leur apporte un plus dans la consultation. Moi je le vois ça comme quelque chose qui poursuit ton examen clinique.

155 *Tu disais, plutôt les médecins de montagne, les médecins isolés qui sont loin des grandes villes...*

Et des centres de radiologie.

160 *Pour du suivi gynéco aussi.*

Des gynéco méd il y en a plus beaucoup maintenant. Il y a beaucoup de médecins généralistes qui se forment à la gynéco méd, et qui font du coup aussi de l'échographie.

165 *C'est ce que j'ai entendu, les gynécologues médicaux, en dehors des grandes villes, dès qu'on arrive dans la campagne ou la montagne éloignées, c'est introuvable, et c'est dur d'avoir un suivi.*

C'est sûr que c'est compliqué.

170 *Et donc là, l'échographie intervient...*

Pas toujours. Après, il y a certains gynécologues qui font pas encore leurs échographies, qui les prescrivent. Mais dans le DIU général d'échographie, pour la portion gynécologique, c'est le même DIU d'écho que les gynécologues. T'es avec les internes de gynéco qui apprennent

175 à faire les écho. Les nouveaux par contre font tous leurs échographies. Ça fait partie de leur examen clinique.

C'est quelque chose qui arrive dans les spécialités aussi beaucoup. Après ils se forment que dans leur spécialité, mais depuis une petite dizaine d'années, ils se forment tous.

180 Nous, à l'étage on a des urologues, il y en a 2 ou 3 qui font leurs échographies.

Tu penses que les jeunes médecins, internes généralistes devraient se former au cours de leurs études ?

185 Ça demande quand même beaucoup d'implications personnelles. Il y a des gens à qui ça plaît et d'autres à qui ça plaît pas de faire de l'échographie. Mais je pense que si on le fait, il vaut mieux le faire quand on est interne, on est encore dans les études, on a l'habitude de travailler. Et c'est pas facile après de gérer une formation qui est très lourde en termes de
190 stages et d'apprentissage. Quand t'es médecin installé... Si tu peux arriver... Les internes qui étaient avec moi et qui faisaient le DIU de médecine générale, je trouvais que c'était bien, parce qu'ils le font dans leur stage, ils ont pas besoin après de faire le diplôme.

195 *Donc plutôt une formation à faire intervenir tôt pendant les études, mais pour les gens motivés.*

Oui. Je pense qu'il faut être motivé. Puis après on est pas tous obligés de faire de l'échographie. Il faut quand même être motivé. Je le vois pas comme quelque chose d'imposé au sein d'un cursus, mais peut-être que ça viendra. Je le vois pas comme une
200 matière, comme toutes les autres matières qu'on a apprises.

Du coup, vous avez acheté un appareil, ici, au cabinet ?

205 Les deux, ici on a commencé par un petit appareil portatif, sonosight, après une formation chez [...], ceux qu'ils prêtent. Après, on l'a acheté. Après, comme [médecin A] et moi on en faisait plus, on a voulu un appareil plus performant, parce qu'une fois que tu commences à faire, t'as envie de faire quelque chose de bien. Donc on en a acheté un autre. Et puis pour le cabinet d'échographie on en a acheté encore un autre de gamme supérieure.

210 *Comme vous faites les comptes rendus, il a besoin d'être plus aux normes...*

Oui, et puis quand tu commences à regarder un truc, t'as envie de... C'est comme tout, t'as des appareils super performants qui donnent des belles images, ça te donne envie en fait. A un moment, un appareil de qualité moindre, il est dépassé par ce que t'as envie de faire.
215 Après c'est sûr que si c'est que du dépistage dans un service d'urgence, ça suffit sans doute d'avoir un appareil moins performant. Donc voilà on en a acheté trois.

Puis, plus t'en fais, plus ton œil s'exerce. Au final t'as besoin de plus de définition, parce que tu vas plus dans le détail ?

220 Tu te rends vite compte que ta machine est limitée. Et qu'on est limités aussi de façon technique, donc t'as envie de faire mieux, d'être plus performant.

Est-ce que t'as des choses à ajouter ?

225 Non. Moi j'ai commencé la médecine générale il y a 20 ans, ça fait un moment que j'exerce. Dans mon cursus, on en parlait pas de l'échographie pour le médecin généraliste. Et jusqu'à il y a 4-5 ans, j'en entendais pas tellement parler. Et maintenant, j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de gens qui s'y intéressent. Je l'ai vu dans mes stages, avec les internes. J'ai
230 l'impression qu'il y a beaucoup de médecins généralistes qui se forment, de plus en plus.

Ça prend de l'essor.

Ça prend beaucoup d'essor oui.

235

Tu te reverrais revenir en arrière sans écho maintenant ?

Non je pense pas, ça serait difficile.

240

Ça t'a ouvert une autre pratique ?

Ca diversifie ta pratique. Ça lui donne un côté technique que t'as pas toujours en médecine générale. Ici on a un côté technique, on fait des sutures des choses comme ça, mais là ça te donne un vrai côté technique en plus. Ca diversifie, tu fais d'autres choses, c'est intéressant de faire d'autres choses. Et en plus ça enrichit ta pratique, ça la complète. Je suis pas sûre que je ferais sans maintenant.

245

Bien contente de t'être formée quoi.

250

Oui, c'était lourd, mais je suis bien contente de l'avoir fait, c'était quelque chose de nouveau, c'était bien.

Entretien Médecin G

5 *Alors comment tu t'es lancé dans l'écho toi ?*

10 Il y a 3 ou 4 ans, j'ai reçu un papier d'une formation sur [ville A] du [...], à l'usage des
médecins généralistes, pour la découverte de l'outil échographique. Donc nous comme ici on
travaille dans un cabinet de soins non programmés, qu'on avait pas les radiologues en
permanence, parce qu'ils sont pas là le week-end, ils sont pas là la nuit, je me suis lancé
comme ça, en disant je vais voir comment ça marche. Ce que c'est, ce que ça peut apporter,
et voilà j'ai commencé comme ça. Donc je suis allé faire cette formation, à l'époque c'était
deux ou trois fois trois jours, et ça existe plus maintenant ce topo. Il y avait une cinquantaine
d'items, savoir éliminer un calcul dans la vésicule, savoir éliminer un anévrisme de l'aorte,
15 savoir éliminer un nodule thyroïdien... ça marchait comme ça en fait. Donc je suis parti pour
faire ça, et quand j'ai fait, j'ai trouvé ça extraordinaire, donc je me suis dit je vais continuer.
Ca a changé la pratique en fait.

20 *D'accord, donc de la curiosité au début...*

Au début, c'était de la curiosité pour avoir un outil pour être un peu plus indépendant de la
radiologie, pour pouvoir à 22h s'il y avait un gamin qui avait mal au bide... pour pouvoir
regarder tout seul. Au début c'était est-ce que ça peut attendre le lendemain ou si c'est
samedi après-midi, j'ai pas de radiologue, est-ce que ça peut attendre lundi. Pour pouvoir
rester autonome avec le malade. Et après, vu la bouffée d'oxygène que ça pouvait donner
25 au moment de la consulte... il a mal au ventre, on regarde, il y a ou il y a pas, c'est vite réglé.
Donc s'il y a pas, on va chercher autre chose, et s'il y a quelque chose, on prend en charge
ce qu'il y a, on a la diagnostic. Moi ça m'a révolutionné le cerveau. J'ai accroché. Sur les 3
premiers jours, je crois qu'au bout du deuxième cycle de trois jours, on avait pris un
échographe portable déjà au cabinet, et tous les gens qui venaient avaient une écho. J'ai fait
des échos de tout, j'ai même fait une écho du nez. J'ai commencé à regarder beaucoup les
os pour apprendre à utiliser l'appareil. Et puis c'était pour moi le moins casse-gueule. On a
pas mal de traumato, on a deux tiers d'activité de traumato, donc les mottes de beurre, tout
ça... J'ai appris à m'orienter, à utiliser l'appareil essentiellement en ostéo-articulaire mais
35 surtout l'os en fait. Je disais aux gens, on va regarder à l'écho pour voir s'il y avait une
fracture, puis après on faisait la radio pour voir s'il y avait un truc derrière. Et puis après, petit
à petit, en connaissant plus de trucs, j'ai avancé comme ça en fait.

40 *Donc ça t'a ouvert de nouvelles perspectives dans la prise en charge du patient...*

L'autonomie ! Moi je veux être autonome, je veux dépendre de personne, si je me suis tiré
de l'hosto c'est à cause de ça.

45 *Ca te permet aussi d'orienter les patients, savoir si ça pouvait attendre, ne pas attendre...*

Au départ l'idée c'était ça, il y a des moments dans la journée, ou la nuit où on a plus de
radiologues, plus de radio, donc il y a deux solutions, soit les gens ils atterrissent aux
urgences de l'hosto, et des fois ça sert à rien, ça encombre l'hosto et puis ça perturbe les
gens à attendre 2-3h alors que peut-être ils ont rien. Soit on peut faire nous un examen de
50 dépistage initial pour savoir s'ils peuvent attendre le lendemain ou le surlendemain pour
avoir leur examen. L'idée c'était ça au début. Et après vraiment j'ai adoré, j'ai vu qu'il y avait
un diplôme national qualifiant, et je me suis inscrit tout de suite derrière pour le faire.

55 *L'écho vient au fur et à mesure de ton examen clinique en fait, tu fais une écho quand tu
penses en avoir besoin.*

Alors, au début pour apprendre, j'ai fait une écho pour tout. Je disais aux gens, j'apprends ça
vous embête pas... Les gens ils étaient contents, ils regardaient avec moi. Après, au plus j'ai

60 été à l'aise avec l'examen au moins j'en ai fait, ça paraît bête. Par exemple, on peut voir une
pneumopathie à l'écho, il y a plein de trucs qu'on peut voir à l'écho au niveau pulmonaire, au
départ j'en ai regardé plein, les gamins etc..., j'ai vu plein de pneumopathies et autre.
Maintenant, je sais que je peux le trouver, donc s'il n'y a pas de suspicion clinique, je
regarde pas, c'est bon j'ai compris comment ça marchait. Après s'il y a une suspicion
65 clinique de pneumopathie, c'est sûr que là je fais toujours une écho pour aller regarder, faire
l'image et je fais ou pas la radio derrière. Des fois je la fais pas, je sais que c'est pas bien,
mais si c'est un gamin, s'il y a pas de signes de gravité ou autre, je vois qu'il a un petit truc, il
a un petit truc. Je dis aux parents on surveille, et puis on verra s'il est pas bien dans 48 ou 72h.

Donc ça t'économise des examens en fait.

70 Oui, largement. Ça économise des examens. Et puis toutes les échographies ne sont pas
cotées. Enfin, tout à l'heure par exemple, j'ai vu un type qui avait cliniquement une
tendinopathie du tendon quadricipital à la rotule, c'était sûr c'était ça. J'ai mis juste la sonde
d'écho pour confirmer. J'ai mis, et en fait il y avait des calcifications sur la rotule, il avait une
75 enthésopathie calcifiante du tendon, voilà je lui ai dit c'est ça. J'ai pas coté l'écho, je m'en
foutais, là vraiment c'était juste pour moi. Donc oui, pour le coup, ça a économisé un
examen.

80 *T'as déjà un peu parlé des indications, beaucoup pour de la traumato, du musculo-
squelettique, de l'abdo... Tu t'en sers autrement ?*

Je m'en sers pour tout, dès que j'ai un doute sur quelque chose, ou pour confirmer un
diagnostic. Donc oui, l'abdo... Après ici, dans l'activité clinique, on va dire qu'on regarde plus
les vésicules, les appendicites... au début c'était compliqué, maintenant je pense que c'est
85 bon. On peut toujours en rater, mais soit on voit l'appendice, si on le voit s'il y a une
appendicite on le sait. D'ailleurs les chirurgiens à la clinique ils nous contrôlent pas nos
examens. Si on dit il y a une appendicite, le gamin il part au bloc direct. Après si on voit pas
l'appendice, s'il y a pas de signes indirects, moi je dis aux gens vous revenez dans 12h, et
c'est moi qui refais. Je surveille, c'est la recommandation toute façon. Et s'il y a des signes
90 indirects, on demande un scan. Mais depuis un an et demi, comme ça fait 3 ou 4 ans que je
fais mes échos, je fais plus contrôler mes échos, je les fais toutes. J'en demande jamais des
échos, je fais des échos pour tout. Et comme j'ai fait aussi le vasculaire, tous les dépistages
de phlébite, ça on le fait. L'artériel, on le fait, on a déjà vu des thromboses de membre
supérieur ici, qu'on a diagnostiqué tout seul, on a orienté le patient après. Pour nous, c'est
95 vraiment devenu un outil, après on a ouvert un cabinet d'écho donc c'est devenu pour nous
une deuxième spécialité. Après on est pas radiologues, j'en ai bien conscience mais tout
doucement, on va acquérir de l'expérience. Donc l'indication, au quotidien dans la clinique,
c'est un peu comme dans l'urgence, puisqu'on fait du non programmé. Après regarder une
thyroïde, c'est arrivé parce que les gens ils ont l'impression d'avoir un truc, ils arrivent pas à
100 respirer, on leur montre qu'il y a rien, et après ils respirent. Dans ce cadre-là, c'est aussi une
image... c'est comme s'ils nous faisaient plus confiance quand on leur montre une image.

Le côté technique, technologique....

105 C'est typique sur un muscle. Cliniquement un muscle, on dit vous avez une élévation, c'est
rien. Ils nous croient pas. On fait l'écho, on lui montre les images, le type il y connaît rien. On
lui dit vous voyez, c'est pareil que de l'autre côté. « Ah oui c'est pareil ». Voilà il est content il
a une élévation. Il y a plus de confiance, l'examen il rassure le patient plus que s'il y avait
pas l'examen. Mais c'est le fait de faire un examen je pense.

110 *Donc ça t'aide dans la communication avec le patient...*

Largement. Dans la relation... Ça appuie largement la relation médecin-malade.

115 *Quand t'as besoin de convaincre quelqu'un, l'image est là...*

C'est une image ouais. Du coup les gens ils font plus confiance à l'image qu'à nous-même si on y connaît rien à l'image. Ça c'est sûr. Moi j'ai fait ma thèse sur la relation médecin-malade sur le stage chez le praticien. J'étais le premier à [ville A] à avoir fait le stage chez le praticien. Ma thèse c'était là-dessus : est-ce que le tiers influe la relation ? Forcément ça l'influe. Mais là quand on montre une image, ça l'influe encore plus. Ça appuie vachement le truc.

125 *Et au cabinet que vous avez ouvert, où vous faites que des échos, c'est des médecins généralistes qui vous adressent des patients avec des prescriptions d'échos.*

Oui, on est comme un cabinet de radio. On voit des gens qui émanent de partout, soit de leur médecin traitant, soit du médecin du sport, des hôpitaux alentour, des spécialistes. Des rhumato, un peu tout le monde... Les gens demandent une écho... On a pas communiqué pour l'instant sur le cabinet. On vient de changer d'appareil donc on voulait déjà se mettre à l'aise dans nos locaux et avec l'appareil. Pour nous, c'est une nouvelle spécialité, la gymnastique intellectuelle, c'est un peu plus compliqué. Ici je peux voir 60 malades, je suis pas fatigué, quand j'en vois 20 à l'écho, je suis mort le soir. A chaque fois que j'ai un patient d'un nouveau médecin qui arrive au cabinet, j'écris au médecin. C'est comme ça que je communique, je lui dis voilà, on vient d'ouvrir un cabinet, on peut vous transmettre les résultats directement via le net. Certains répondent qu'ils sont d'accord. Ça nous permet de leur dire, on vient de s'installer, sans faire de communication large. A chaque fois que je vois apparaître le nom d'un nouveau médecin, j'envoie en disant voilà on existe, on essaye de travailler via le net, je prends cette excuse, comme ça il sait qu'on est là. Je pense qu'il y en a peut-être 3 ou 4 qui depuis un mois et demi nous ont envoyé plein de patients. Mais on a pas communiqué au sens large en disant voilà il y a un cabinet qui est là. On est allés voir les deux cabinets de radio du coin leur dire qu'on était là.

145 *Pour vous présenter...*

Oui. On en a vu un ensemble, et elle en a vu une seule, qui diffuse largement notre numéro. Si on a autant de monde c'est grâce à eux. Quand ils ont des appels pour une écho, comme ils ont trois semaines un mois de délais, ils filent notre numéro.

150 *Il y a assez de demandes pour que vous vous fassiez une place en fait.*

Ici sur le secteur, il y a trois semaines un mois de délai pour une écho.

155 *Ça les arrange aussi alors.*

C'est toujours pareil, ça arrange certains, mais les mecs qui sont à côté, ils nous ont pétié la gueule. Les autres radiologues, on leur a demandé d'être nos tuteurs en leur disant on aimerait bien avoir des radiologues référents parce qu'on est pas radiologue. On peut avoir un doute sur un examen, avoir envie que ça soit contrôlé. C'est toujours bien d'avoir un tuteur. Ils nous ont dit oui, et moi en un mois et demi, ça m'est déjà arrivé une fois sur une lésion d'un cordon testiculaire, je savais pas ce que je voyais. J'avais l'impression de voir un hématome, le type disait que ça grossissait et que ça dégonflait dans la journée, c'était incohérent. Donc ça a été contrôlé par le radiologue une dizaine de jours après. En l'occurrence, c'était vraiment un hématome, donc l'anamnèse était pourrie. Moi j'avais vraiment envie qu'on ait un radiologue référent pour nous aider. J'ai fait un stage chez le gynéco, qui fait que de l'écho pelvienne obstétricale. Et lui on l'a déjà appelé une fois aussi. J'avais une suspicion de hernie de la ligne blanche, et en fait c'était une grossesse de 6 mois. C'était plus moi...

170 *Le petit déni de grossesse à l'écho, c'est sympa...*

C'était une dame maghrébine, envoyée par son médecin traitant pour une hernie de la ligne blanche, je pense qu'il l'a pas examinée, parce que ça tapait à tout va dans le bide. Parce que 6 mois, le bébé il bouge dans tous les sens. Elle avait pas eu de rapports, donc là il y a

175 un problème... Donc là, j'ai passé la main, parce que c'est pas que je savais pas faire, mais c'était plus nous quoi.

La suite de la prise en charge...

180 Nous c'est la datation de grossesse pour ce qui est de l'obstétrique. Toute façon, on est pas assurés au-delà de 11SA. Donc nous au niveau gynéco-obstétrique, on fait la datation de grossesse, point barre. S'il y a une urgence, est-ce c'est dedans ou est-ce que c'est pas dedans. Après l'écho morpho, c'est pas nous. Ca on le fait pas de base, parce qu'on l'a pas appris, puis la plupart des radiologues le font pas trop. Les mecs qui font que de
185 l'obstétrique, il y en a quand même pas beaucoup. Déjà au niveau de l'assurance c'est compliqué, puis faut le faire comme il faut. Il faut qu'ils envoient des images. Celui qui est à [ville B], c'est un ancien obstétricien, qui a lâché l'obstétrique pas loin de la retraite, et qui fait que de l'écho du coup. Il nous a expliqué, il envoie des images je sais pas combien de fois par semaine, ils sont obligés d'envoyer des mesures de la clarté nucale, des trucs, pour la
190 démarche qualité de leur examen. Ils sont surveillés sur leur pratique pour voir si leurs clichés sont dans les règles de l'art. Donc nous on risque pas de faire ça. Puis on est pas compétents, on a pas de prétentions à faire de l'obstétrique. Faut savoir ou sa compétence elle s'arrête. Et puis après pour les indications, tout l'ostéo-articulaire on le fait. Thyroïde et compagnie, c'est arrivé... Du coup, on a des patients adressés par leur médecin pour des
195 surveillances de thyroïde. On le fait mais ça après, c'est des critères, c'est pas très compliqué, tu mesures, c'est des critères de malignité ou de bénignité en fait. Dans ma pratique, je suis conscient de ma limite, comme quand j'étais en clinique, urgentiste de SAMU au début, j'ai toujours eu conscience de ce que je savais faire et pas faire. Je sais faire la première demi-heure, après je sais pas faire. Là, c'est pareil, le DIU nous a appris ce
200 qu'on pouvait attendre d'une échographie. Une FAST écho, c'est de la merde, savoir s'il y a un trauma de la rate ou du foie, c'est de la merde, parce que quand l'écho elle est normale, il y a en peut-être un. Donc en fait pour moi, ça sert à rien du tout. S'il y a du liquide dans le ventre, on va voir qu'il y a du liquide dans le ventre, mais c'est pas ça qu'on veut savoir, parce que s'il y en a, cliniquement il a les signes en fait. Il va pas bien le gars. On veut savoir
205 s'il a un trauma abdo, on va faire une écho on va voir que c'est normal, mais on sait pas s'il y a pas une fracture, une lésion en dessous. Parce que dans 30 ou 40% des cas, il y a une lésion de toute façon. Mais l'échographie la voit pas. Le DIU m'a aussi appris à prescrire l'échographie, parce que je sais ce qu'on peut en attendre de l'examen. Donc du coup je connais mes limites dans l'examen. J'ai eu une gamine qui est venue la semaine dernière ici,
210 un trauma au basket, elle s'était pris un grand coup de coude dans le bide, soi-disant c'était atroce, cliniquement elle avait hyper mal, le père était paniqué, j'ai même pas fait l'écho, j'ai dit de toute façon l'écho ne sera pas discriminante pour éliminer le diagnostic, donc si vous voulez faire quelque chose, c'est un scanner, et le scanner c'est pas nous. C'est critiquable, mais je pense que l'examen il a une limite. Après il y a sûrement des gens qui font de
215 l'échographie super bien. Moi sur [ville C], j'ai vu un type, il voit le croisé antérieur à l'écho dans le genou, il est très fort, mais moi j'irai jamais regarder ça. L'échographie du genou... on attend pas ça de l'échographie du genou. Donc dans la pratique au cabinet de l'échographie, quand il y a un examen demandé, soit je le connais déjà, donc je sais ce qu'on peut en attendre, et je réponds selon les critères, soit j'ai pas encore la dextérité pour
220 celui-là, donc je vais travailler avant de voir le gars, je vais réviser. Et puis je sais ce qu'on va attendre de l'examen quoi. Echo de prostate, c'est pareil. En ville, il y a plein d'écho de prostate demandées. Une écho de prostate, ça élimine pas un cancer de la prostate, elle peut être normale avec un cancer de la prostate, dans 40% des cas, c'est énorme. Donc du coup, à la fin du compte-rendu, c'est marqué, pas de lésions visualisées à l'échographie, il n'empêche que ce n'est pas l'examen référent pour éliminer le cancer de prostate, puisque
225 la question posée, c'était celle-là. Mais peut-être qu'il y a des radiologues qui diront qu'on est nuls, qu'on pas vu le truc, qu'on l'a pas cherché. Mais dans la mesure où c'est pas l'examen de référence, j'estime qu'il faut passer à l'examen de référence, parce que je suis pas le professeur de machin.

230

Donc de savoir faire l'écho, ça t'a aidé à, comme tu disais, mieux connaître les limites de cet examen, de mieux en connaître les indications, de la faire toi dans ton activité clinique au bon moment, quand tu estimes qu'elle va t'apporter quelque chose.

235 Le fait de faire le diplôme, ça m'a permis de savoir à quoi servait l'examen. Ça paraît fou, j'ai [x ans]. Des fois je demandais des échos, je me suis aperçu après que je pouvais pas avoir la réponse. La question posée était pas adaptée, c'était pas l'examen adapté. Alors peut-être je connaissais mal l'écho, j'en sais rien. Ou peut-être qu'on avait des cours de merde. Le fait est que dans l'indication de l'examen, j'ai beaucoup progressé.

240 *Est-ce que tu penses que, comme vous avez ouvert ce cabinet d'écho, ton œil de généraliste et de clinicien peut t'aider, par rapport à un radiologue ?*

245 Largement. J'en suis sûr et certain à 100%, je pense qu'on est meilleurs. Les radiologues, en ostéo-articulaire, on a vu les internes, ils connaissent pas les muscles, on se demande comment ils savent lire les IRM derrière, ils savent pas où sont les muscles. Ils connaissent pas la clinique de la lésion. Au bout de 15 ans d'exercice, on sait si le type il a un truc ou s'il a rien. Alors on peut se tromper dans 10% des cas, mais c'est pas beaucoup. Donc cliniquement, on est à peu près sûrs de nous. Alors peut-être je suis un peu trop sûr, mais 9 fois sur 10, je pense qu'on est quand même sûrs. On sait s'il a un claquage ou pas cliniquement. Et là, t'as l'image en plus, ça peut être que mieux. Tu vois pas dedans, et sans voir dedans, on posait des diagnostics. Et maintenant on voit dedans, on est forcément meilleurs. Même si on est nuls en clinique, de nuls on est passés à un peu moins nuls. C'est vrai, on a un examen en plus. T'as que tes mains, t'appuies, tu dis « ah je pense que vous avez une colique hépatique, je pense que vous avez un calcul à la vésicule », tu mets la sonde, il y a pas de calcul, donc tu t'es planté. Donc t'es meilleur avec l'examen, même si t'es nul en écho, le seul fait d'avoir posé la sonde sur la vésicule, ça t'a forcément amélioré la prise en charge.

260 *T'as la clinique, ça t'oriente, et après à l'écho tu vas aller chercher ce que tu penses...*

265 Oui, donc soit on a raison soit on a tort. Mais on est meilleurs dans le sens où on va confirmer ou infirmer ce qu'on pensait avec les mains. On voit dedans. C'est peut-être un peu prétentieux... Plein de fois on voyait les radiologues, il leur manque quelque chose. C'est pas une critique, c'est normal. Après il y a plein de trucs qu'ils savent faire et qu'on sait pas faire. Mais il y a un moment donné où il leur manque le.... Ils mettent pas les mains sur un ventre. Nous on a toute cette gymnastique, ça peut que nous aider de faire l'examen en plus.

270 *Tu te verrais revenir en arrière ?*

275 Non. J'essaye de convaincre mes collègues, mais ils veulent pas. Enfin, j'en ai convaincu une. Ça a demandé énormément de travail, c'est parce qu'ils sont feignants. De révisions, de cours, ça a été l'enfer. Il faut tout recommencer. Le type il a mal au ventre, on demande une écho, le radiologue il va voir une tache dans le foie à l'écho. Nous on s'en fout, c'est lui qui voyait la tâche et qui nous disait si c'était grave ou pas grave. Aujourd'hui quand on fait l'écho, c'est à nous de dire ce que c'est la tâche. Donc il a fallu aller regarder qu'est-ce qu'il peut y avoir comme tache dans le foie. Moi tout ça, j'y connaissais rien, je suis urgentiste de base. Tout mon cursus d'interne, je l'ai fait dans les urgences, j'ai fait deux stages au SAMU, un stage en pédiatrie, et j'avais fait le stage chez le praticien. Je suis jamais passé dans un service, j'ai fait tout mon externat, c'était à vocation urgences, j'y connais rien. Equilibrer un TP je sais pas faire. Donc pour moi, ça a vraiment été la révolution, ça a été difficile, j'ai vraiment beaucoup révisé.

285 *Mais ça t'a apporté des connaissances...*

Ça m'a remis à niveau je pense, pour plein de trucs.

Quelle type de pratique tu vois, pour le médecin généraliste, à avoir un échographe ?

290

Ah bah il faut pas, autrement on verra plus personne dans notre cabinet...

Là, tu l'utilises dans le contexte de consultations non programmées donc plutôt pour de l'urgence, avec le cabinet, c'est des praticiens qui vous envoient des gens. Est-ce que tu vois d'autres applications ? A quel moment ça serait pertinent pour un médecin généraliste d'avoir un échographe ?

295

Je pense que c'est comme un électro, ça serait pertinent tout le temps. Ca dépend de ce que veut faire le médecin généraliste dans son cabinet. Il y en a qui ont une clientèle à orientation plutôt psychiatrique parce qu'ils sont à l'aise et qu'ils font plutôt ça. Il y en a d'autres qui aiment bien la cardio et qui vont faire plus d'électro, il y en a qui font des holters. Le médecin généraliste il peut faire plein de trucs en fait. On peut quand même s'orienter dans une sous-spécialité, ce dans quoi on est à l'aise. Mais c'est ce qu'on disait tout à l'heure, si on veut aller au bout de son diagnostic, il faudrait en faire. Ca dépend la limite qu'on se fixe dans l'exercice. Mais je pense qu'en médecine générale, sur les trucs pas compliqués en écho à faire, parce qu'il y a des trucs qui demandent plus d'investissements, ça j'en suis conscient, une appendicite, celui qui a pas envie de s'embêter à aller chercher une appendicite... Il faut en avoir vu plein, il faut avoir l'occasion d'en voir plein, sinon c'est comme un vrai doppler veineux, si on veut regarder toutes les veines, il faut quand même en faire plein.

300

305

310

Pour maintenir un niveau de compétences...

Voilà, c'est pas le doppler en trois points pour savoir s'il y a une phlébite ou pas, ça n'importe qui peut le faire, c'est rien du tout. C'est plus facile d'aller regarder que de chercher à la main s'il y a le pouls. Donc on appuie voilà. Mais après aller regarder les tibiales, les musculaires, faire le doppler en disant il n'y a pas de phlébite point barre sans le faire contrôler par personne, ça, ça peut être compliqué si on en fait pas toutes les semaines. Mais le médecin, dans sa pratique courante de généraliste, je sais pas, le type qui suit des thyroïdes ou autre, ça c'est pas compliqué, l'organe il est sous la peau. Une fois qu'il est formé, c'est facile de voir un nodule. Il y a la liste de critères de gravité, soit on est dedans, soit on est pas dedans, ça permet de s'orienter. Je pense que dans la démarche qualité auprès de son patient, ça peut être bien. Pareil pour l'histoire du calcul, sans parler de l'urgence, il y a des douleurs dans l'aire hépatique, est-ce qu'il y a des calculs dans la vésicule ou pas. S'il y en a pas, il va aller chercher d'autres pathologies, mais il va le voir tout de suite s'il y en a ou pas. Et puis s'il y en a, il va rester sur son truc, et puis il va orienter mieux. Le patient gagne du temps, le médecin gagne du temps. Je pense qu'on est meilleurs dans l'exercice. On a un examen qui coute pas cher, qui est facile de mise en œuvre, qui n'a pas d'effets secondaires. Ça prend 10 minutes à la fin de la consulte. Je pense que ça peut être mieux, il faudrait que tout le monde en ait. J'imagine que dans quinze ou vingt ans, il y en aura plein les cabinets comme les électro aujourd'hui. Je sais pas comment à la fac c'est perçu.

315

320

325

330

Justement, à la fac, c'est pas du tout proposé dans le cursus. Est-ce que tu penses que ça serait pertinent ? Pas forcément que ça soit un module obligatoire, mais proposer dès l'internat ou dès l'externat une formation ?

335

Pour le service rendu au patient, c'est pertinent. Avant les mecs ils mettaient une corne sur le ventre pour voir si le cœur du bébé battait, maintenant on fait plus comme ça... C'est le progrès. Avant on avait que nos mains pour savoir. Moi j'étais dans les camions du SAMU, j'avais que mes mains pour savoir si le gars il avait un souci, c'était compliqué des fois, on était pas sûrs, on avait les constantes, mais il y avait que les mains. Maintenant, les mecs dans les camions, ils mettent la sonde, ils voient bien s'il y a un truc ou pas, pour ce qui est visible. Ca aide vachement, je pense que c'est un plus, donc si c'est un plus pour le médecin, c'est un plus pour le patient, on peut que l'aider plus. Et on le fait pas aller à l'autre bout de la France pour lui faire faire un examen, le mec il reste dans le cabinet, on lui prend 10 minutes de son temps en plus. Nous, en tant que médecin c'est gratifiant, parce qu'on a

340

345

fait plus que ce qu'on avait l'habitude de faire, on rend plus service. Et le patient on lui a rendu service parce qu'en 5 minutes, on a affirmé ou infirmé et du coup on a mieux orienté. J'ai eu un gamin l'autre jour de 5 ou 6 ans, ils l'amènent parce qu'il avait un gros testicule. C'était un lymphome de Burkitt... Je savais même pas ce que c'était moi, enfin je connais dans les bouquins, je sais que ça existe mais voilà. Il avait un gros testicule, cliniquement j'aurais dit quoi, il a un gros testicule, je prescris une écho. L'écho elle était dans 3 semaines. C'était pas une torsion, c'était sûr, ça faisait plusieurs jours que c'était là, il y avait pas de critères cliniques de torsion. Donc c'était un testicule à investiguer. Pour autant, si on avait attendu, le gamin il attendait trois semaines un mois pour avoir son rendez-vous c'était sûr. Là en 5 minutes, le testicule à l'écho il était hyperémié, il y avait un souci c'était sûr. Echostructure normale, mais hyperémié comme s'il avait une orchite. Mais une orchite chez un gamin de 5 ans, ça existe pas, c'est un cancer ça, c'est marqué dans les cours. Du coup je l'ai adressé à l'HFME le lendemain, et puis il a été pris en charge tout de suite, et on a gagné trois semaines un mois. J'imagine que c'est pertinent pour son lymphome. C'était pertinent pour tout le monde, ce gamin il a gagné trois semaines un mois. Ça paraît con, c'est rare, mais là franchement je pense que j'ai rendu service.

Ca raccourcit le temps d'accès à l'examen, puisque tu l'as fait tout de suite.

Je l'ai fait tout de suite, et pour ce coup-là je pense que ça a été bénéfique pour le diagnostic, même si c'est rare. Mais moi je me vois pas retravailler sans l'écho aujourd'hui, c'est sûr et certain. Ça me semblerait impossible, je peux pas revenir en arrière. Ça m'a ouvert plein de portes, ça m'a permis de mieux communiquer. Je fais pas tout le temps, loin de là. Au début, j'en ai fait plein pour apprendre, et maintenant j'en fais vraiment beaucoup beaucoup moins dans la pratique. D'une part pour éviter qu'on me dise qu'il y en a trop qui sont faites, et que du coup c'est devenu comme une sorte de jeu. Les cas où je fais une écho dans ma démarche clinique ici, vraiment j'estime que l'écho elle est justifiée, je l'aurais prescrite quoi. Donc je le prescris, je la fais, je fais le compte-rendu et je le donne au patient, sinon j'en fais pas. Sinon je vais pas la faire pour me ré-entraîner, sauf si c'est un truc particulier que je sais pas bien faire. Tout ça pour dire que c'est la pertinence de l'examen, mais il faut pas non plus trop en faire sinon on va passer pour des blaireaux. Le problème aujourd'hui, ce que je critique un peu, les urgentistes ou ceux qui parlent de l'écho... Sur le site de [ville A], il y a un espèce de forum entre les médecins de toute la France qui sont allés à [ville A], où des images circulent, quand il y a un doute, ou une jolie image, on les met sur le site. Elles sont accessibles pour tout le monde, du coup on se pose des questions, on s'aide. Avant-hier, il y a un type qui a mis un angiomyolipome sur un rein, un petit rappel de ce que c'était, du coup c'est bien, ça fait de la formation continue. Mais là, il y a des trucs, il y a des mecs, c'est des barjots. C'est des généralistes ils savent pas faire ça se voit. Tout ce qu'ils veulent faire, c'est coter un doppler des troncs supra aortiques. Le problème, c'est que là ça discrédite la formation, parce que je pense quand même qu'on est largement critiqués, parce qu'on est des généralistes et voilà on est des grosses merdes du machin. On essaye d'utiliser un outil que les radiologues voulaient plus utiliser parce que ça les soule, mais comme on est en train de leur prendre, finalement ils sont en train de se dire, mince ils sont en train de nous le piquer, peut-être qu'il faut qu'on s'y remette. Donc il faut quand même que nous, on ait une démarche qualité dans la pratique. Il faut pas qu'on se mette à faire tout et n'importe quoi.

Un peu de sérieux quoi...

Il faut qu'on soit sérieux. Après si le type il sait super bien faire l'écho des TSA, pas de soucis. Mais s'il se dit, combien ça coûte, que je le facture au patient, moi ça me choque.

Que ça soit pas une démarche pour faire des sous, pas un intérêt financier...

Non. Mais si on veut montrer à la profession qu'on veut prendre l'outil et l'utiliser comme il faut, il faut qu'on soit sérieux. A la limite on peut le faire, mais dans ce cas on le facture pas. Et on le facture quand on est sûrs de savoir le faire comme il faut, c'est le service rendu au patient. Sinon moi ça me paraît aberrant. Je pense qu'il faut pas qu'on se mette tous à faire

405 ça, en se disant c'est chouette c'est la mode. Il faut le faire comme il faut. Parce que derrière
on va être plus critiqués. Le radiologue qui va louper un truc, on dira c'est pas grave ou on
va même pas en parler. Le généraliste qui va louper une HNF dans le foie, qui se voit
presque jamais, on va lui dire c'est un nul, il a pas vu. C'est pas forcément l'examen de
410 référence, on peut ne pas le voir, mais comme on est pas radiologue on va vachement être
critiqués... Il faut que ça se développe, c'est sûr et certain, parce que c'est énorme dans la
pratique de la médecine générale, par contre il faut faire attention à pas faire n'importe quoi.

Attention aux dérives, avoir une formation sérieuse...

415 Après c'est la conscience professionnelle qu'on a avec son patient, c'est ce qu'on disait au
début il faut connaître ses limites. Si on sait pas faire, on passe la main. En clinique, c'est
déjà ça, après en écho, c'est pareil. Si on veut en faire, on essaye de le faire le mieux
possible. Mais à un moment donné, si on veut se contenter de notre seul examen
420 échographique, il faut que ça soit super bien fait. Presque mieux fait que si c'était un
radiologue, parce qu'on va être plus critiqués. C'était comme les curares dans les camions
de SAMU, il y en avait pas avant. Moi quand je suis arrivé ici, comme assistant au SMUR,
les curares dans les camions de SAMU c'est moi qui les ai introduits avec les protocoles,
c'était l'enfer avec les anesthésistes, ils voulaient pas, on avait pas le droit. « Vous êtes qui
425 vous les urgentistes, avec l'ancienne formation holala ». C'est bon, on savait rien faire. Ils
voulaient pas nous laisser l'outil, ils voulaient pas nous laisser le curare. Il fallait faire
attention, quand on l'utilisait. On était plus surveillés qu'eux à l'utilisation du truc.

Et au moindre petit accident...

430 On se faisait tomber dessus. Donc là c'est pareil. Je pense vraiment que dans quinze ou
vingt ans, dans tous les cabinets de médecine générale, il y aura un échographe. Ou au
moins dans les trois quarts. Comme une électrocardiogramme aujourd'hui, comment ils font
pour travailler sans électro, il y en a qui en ont pas, ça me dépasse... Mais il faut quand
435 même qu'on fasse attention, à pas faire n'importe quoi avec le truc, c'est pas un jeu. Donc
après on entend des fois aux urgences à côté, « ouais on a fait le truc et tout ». Il faut quand
même faire attention, il faut savoir ce qu'on attend de l'examen, c'est ce que je disais avec la
rate ou le foie. T'as fait ton écho mais fais gaffe, sois conscient de ce que t'attends de
l'examen. C'est pas parce que tu l'as pas vu que c'est pas là, c'est parce que ça se voit pas.
440 C'est parce que des fois on va pas le voir. La lésion de la rate, elle est isoéchogène au
parenchyme et on la voit pas. Et qu'un trauma abdo de rate en urgence, si on suspecte ça, il
faut pas faire d'échographie, ça va rien apporter, elle peut être normale. Et pour autant, il y a
quand même une lésion de la rate. Il faut faire attention de ne pas dire j'ai rien vu, il y a rien.

Connaitre ses limites...

445 Les limites de l'appareil. Parce que le gars il l'aura bien vu sa rate, de haut en bas, de long
en large en travers, tout bien vu. Il va dire la rate elle est bien, il aura raison de dire qu'elle
est bien visuellement. Mais comme l'examen, c'est pas celui-là qu'il faut faire pour voir la
lésion dedans, il se sera trompé. Parce qu'il l'aura pas utilisé à bon escient. Donc le type, il
450 va se faire planter. Si jamais le malade tourne mal, on va lui dire, mais qu'est-ce que vous
avez fait. Alors il aura beau crier, mais j'ai fait l'écho avoir tous les clichés, même avoir fait
un film du début à la fin, comme c'était pas l'examen de référence, on va lui dire, mais c'était
pas l'examen de référence. Il faut juste faire attention à l'utilisation. Connaitre les limites de
l'appareil.

455 *Donc toi t'as tes limites avec ton œil, mais l'appareil, l'indication échographique a aussi ses
limites et il faut les connaître pour ne pas faire n'importe quoi...*

460 Et d'ailleurs au DIU, on a eu un cours, c'était en abdo je crois, qui a bien insisté là-dessus :
le professeur untel s'il est meilleur que nous, c'est parce qu'il sait quand est-ce que
l'échographie s'arrête. Donc il va pas passer une heure à chercher un truc. Il sait à un
moment donné que ce qu'il cherche, ça se verra pas. Donc il va passer à autre chose. Nous,

il faut qu'on soit conscient de ça, il faut pas jouer les cow-boys. John Wayne syndrome, il dit le [...].

465

John Wayne syndrome...

Tu connais pas ?

470

Non

Oh purée, je suis trop vieux...

C'est une série ?

475

Une série ? Non ! John Wayne ! C'est un acteur de western... J'ai pris 20 ans là. Mais du coup il appelle ça comme ça, John Wayne syndrome. C'est pour dire voilà, on est pas tout puissant avec la sonde. Que les médecins veuillent l'utiliser, au contraire moi je pense que c'est génial, mais voilà il faut faire attention.

480

Dernière question, financièrement, tu t'y retrouves ? Ta collègue m'a dit que vous aviez acheté un premier appareil, puis un deuxième, et maintenant un gros troisième...

485

Je pense que c'est comme le médecin qui s'installe, il y a tellement de demandes que de toute façon, ça compte pas. J'ai pas dit, il me faut tant d'écho pour amortir l'appareil. Bien sûr c'est amorti, mais c'est comme si t'ouvres ton cabinet de médecine générale. Soit t'es nul et t'auras personne... Ici il y a des frais importants mais on a des gens. Au cabinet, sur un mois et demi, on a pas compté, mais la moyenne de l'écho c'est entre 45 et 50. Une écho ostéo-articulaire, on en fait plein, c'est 37, et un abdo c'est une cinquantaine d'euros. En gros en moyenne on doit être à 45-50 l'acte. On s'est mis une écho toutes les 20 minutes, et dans l'heure il y a 20 minutes où il y a rien, donc deux par heure. Comme ça s'il y a une urgence on peut la prendre, et nous ça nous laisse le temps de rattraper notre retard. On a jamais 20 minutes de libres dans l'heure. Donc on travaille à une écho toutes les demi-heures, le temps de la faire, d'expliquer aux gens, de faire notre compte-rendu, il y a pas de secrétaire, c'est nous qui tapons notre compte-rendu tout seul. Donc c'est vite réglé, vingt par jour de travail, ça fait 1000 euros par jour. On est ouvert que deux jours par semaine, donc on rentre dans nos frais. Ici au cabinet, on en avait deux, on avait un portable, puis quand on a fait le DIU avec ma collègue, on en a acheté un autre juste à deux, qui nous coute 700 euros par mois. Donc 350 chacun, ça fait 7 actes dans le mois pour rentabiliser le truc. Des fois il y a des mois où on en faisait pas 7, mais ça attire des gens en clinique, parce qu'ils savent qu'il y a l'écho, ils venaient des fois la nuit. Mes collègues ont râlé des fois en disant, fait chier ils sont venus le soir parce qu'ils pensaient que tu ferais une écho, mais t'étais pas là alors ça leur cassait les pieds... Mais donc ça attire les patients, parce qu'il y a un outil en plus, ils savent qu'ils vont pas devoir aller ailleurs, qu'on va pas les faire attendre et que dans la même consult, ils vont des fois avoir l'examen et l'écho. C'est pervers, parce que des fois ils disent, et vous me faites pas l'écho, mais non il n'y en a pas besoin. Mais il faut juste expliquer et puis pas le faire pour s'amuser, c'est pas un jeu. Il faut leur faire comprendre que des fois il faut et des fois il faut pas. Mais donc en fait, c'est largement rentabilisé.

510

Puis c'est pas comme ça que tu vois les choses...

515

Oui, la finance c'est secondaire. Dans le cabinet, je suis plus celui qui dit, il faut investir dans un truc parce que ça va faire venir les gens. Le fait d'avoir un outil en plus, les gens vont venir, parce qu'ils sauront que l'outil est là, et ça fait sa propre pub en fait. Ils vont dire au voisin, c'était super, il y a eu ça. S'il y en a un qui se met à brûler les verrues, on achète l'azote liquide, les gens vont savoir qu'on brûle les verrues au cabinet, donc il y en a plein qui vont venir, donc l'achat du truc il sera amorti. Peut-être que ça sera qu'au bout de 6 mois, mais c'est pas grave, ça sera amorti au final. Je pense que l'argent, c'est un faux problème. L'argent ça fait délirer les hospitaliers, ils parlent que de fric, mais c'est vrai. Je voulais être

520

hospitalier, j'étais assistant, j'ai dirigé plein de thèses, je voulais être hospitalier. Et quand j'ai vu le merdier que c'était, je me suis tiré. Et quand on rediscute avec les hospitaliers, eux ils disent je parle d'argent mais on veut pas parler d'argent, on a l'impression que c'est tabou. Mais c'est pas tabou, on s'en fout quoi. On est tous là pour gagner notre vie. Après en ville, 525 quand je gagne 1000, j'en donne 500, entre les impôts, les charges du cabinet, tout ça... Après il y a aussi le plaisir de travailler, je travaille pour moi, j'ai personne qui me fait chier, si j'ai envie de dire non au patient, je lui dis non. Je pense que ça, ça n'a pas de prix. Mais l'outil est tel, qu'il sera forcément rentabilisé. Dans ce cas, c'est comme dire je prends pas d'électrocardiographe, parce que je vais pas en faire assez. Dans le service rendu au 530 patient, c'est naze. On est quand même là pour ça quelque part. Dans le prix de la consulte, ou au pire c'est noyé dans toutes tes consultes, il y a un euro qui revient pour payer ça. Là le nouvel appareil qu'on s'est acheté, c'est un appareil de haut de gamme. Il coute 900 euros par mois TTC à deux. Après sur le cabinet on travaille que deux jours par semaines, parce que le reste du temps, on est là donc il faut partager. Donc en gros, on gagne 2000 euros 535 par semaine, ça fait 8000 euros par mois, on en donne 900 pour l'appareil, après il y a les autres charges de loyer etc, mais voilà c'est rentabilisé, on s'en fout. Si on veut bien travailler, on a pas gardé notre ancien appareil que pourtant on a que depuis pas tout à fait 2 ans, donc là on va le faire reprendre, on va en avoir pour 10 000 ou 15 000 euros de notre poche, parce que rembourser par anticipation, ça va nous couter. Et on a acheté un autre 540 truc, vraiment de haut vol, pour pas être critiqués, pour qu'on dise pas qu'on travaille avec de la sous gamme. Et surtout parce qu'on s'est dit maintenant, on va faire que ça, on veut avoir un outil vraiment performant pour faire de l'écho. On a acheté un samsung qui est normalement un appareil de dernière génération. Mais le coup de l'appareil, on le gagne : quand on fait l'examen on va plus vite, on le gagne en confort de travail. Mais si demain, 545 mes collègues ils disent on est d'accord pour acheter un petit scanner, moi j'achète un scan. Je vais pas coter les scans, mais ça va me faire gagner du temps dans ma prise en charge de patients. Les fractures du scaphoïde, je vais voir tout de suite, je vais pas pleurer au radiologue. On sera autonomes. Sans forcément coter l'examen. Pour moi l'argent dans l'exercice il est secondaire, parce que de toute façon je sais qu'il va y en avoir, je sais qu'il y 550 a suffisamment de gens. Je pense pas que ça soit un frein.

On s'arrête là peut-être.

Entretien Médecin H

5 *Est-ce que vous pouvez me raconter une situation que vous avez eue ici au cabinet où vous auriez bien aimé avoir une écho ? Où vous auriez trouvé pratique d'avoir l'écho pour la faire au patient ?*

10 On a pas mal de traumatologie ici. On est loin. Il y a pas mal d'accidents. Donc quand il y a des accidents et que je vais sur les lieux, de nombreuses fois j'aurais bien aimé avoir une petite écho pour savoir si ça saignait à l'intérieur.

Comme la FAST-écho ?

15 Oui, pour savoir s'il y avait des lames hydriques dedans. Ça pour nous, ça serait bien, comme on a pas d'hémocue non plus. Ça serait mieux. Des situations, j'en ai plein : des chutes de cheval, un gars dernièrement qui est passé sous son tracteur, et puis des ventres aigus aussi, on est loin de tout ici. Avant d'envoyer quelqu'un aller faire une échographie à l'hôpital ou un scanner, si on pouvait déjà avoir un petit dépistage à l'écho, ça serait pas mal.
20 Seulement voilà, je n'ai pas d'échographe.

Il faut se former aussi.

25 Il faut se former oui. Je crois pas que la formation nécessite énormément de boulot pour ce qui est relativement simple. J'arrive au terme de ma carrière, je vais pas démarrer des tucs comme ça maintenant.

Mais ça aurait été quelque chose que vous auriez pu envisager ?

30 Ah oui, je l'aurais envisagé. Si j'étais pas en fin de carrière, c'est sûr que j'en aurais acheté un.

Effectivement comme on disait, ça se miniaturise. Pour faire du débrouillage, comme en échoscopie...

35 Si je devais exercer encore quelques années, mais en fait ça sera plus que quelques mois... J'en aurais forcément acheté un.

Plutôt convaincu de ce que ça peut apporter...

40 En aigu, c'est énorme. Savoir si on appelle un hélicoptère ou si on dit au gars de rentrer chez lui, c'est pas tout à fait pareil...

Pour orienter le patient, pour la prise en charge

45 Oui, pour la prise en charge en aigu, pour orienter le patient, pour nous c'est très important. Et puis, même si on peut faire... J'ai eu une nuit un diagnostic de dissection aortique. C'est un mauvais exemple... mais le gars du SAMU était monté. Moi j'avais appelé parce que j'avais vraiment une anisotension nette, une douleur dans le dos, c'était assez caractéristique. Il a fait une échographie tout de suite, et puis sur l'échographie on a rien vu
50 du tout, alors on a dit que c'était pas une dissection. On l'a quand même descendu à l'hôpital, puis finalement on a vu au scanner qu'il y avait une dissection. C'était il y a 4-5 ans ça. Mais n'empêche que c'est quand même bien de l'avoir, même si on est pas sûrs à 100%, c'est quand même bien de pouvoir faire le diagnostic, enfin une aide au diagnostic avec
55 l'échographie. A mon avis, maintenant c'est quelque chose qui va devenir vraiment indispensable, au même titre qu'un tensiomètre. Donc des situations, j'en ai plein, parce qu'on a pas mal de traumatologie. Et puis ici, voilà on est loin de tout, donc si on peut avoir ce petit examen complémentaire en plus, c'est énorme.

60 *Pour les patients, puis pour vous...*

Pour le diagnostic, pour nous, savoir de quoi on parle. Ça éviterait aussi des hospitalisations inutiles. A partir du moment où on possède bien la technique. Mais je vois pas pourquoi on posséderait pas la technique. C'est pas quand même quelque chose d'extraordinaire.

65 *Dans certaines indications que l'on maîtrise, comme par exemple dans le contexte de FAST écho comme vous disiez, ou de ventre aigu, avoir le geste échographique...*

Ca je suis sûr que j'en aurais acheté un ! Et puis c'est pas cher, ça coûte 1000 euros non ?

70 *Ça dépend d'occasion ou neuf, c'est peut-être un peu plus cher je crois, les petits portatifs, ça tourne autour de 5000 euros je crois.*

75 Au SAMU, ils m'ont dit tu devrais t'en acheter un, ça les arrangerait. Ils disaient que ça coûtait 1000 ou 1500 euros.

D'occasion, qui ont quelques années, les prix baissent...

Je veux pas un truc tout pourri non plus.

80 *C'est ce les gens qui en font m'ont dit aussi, après ils se sentent limités, par la définition...*

Ça reste abordable.

85 *Puis faut voir ce que ça apporte au médecin...*

Cliniquement, des ventres, c'est pas trop inquiétant, mais si on a l'écho qui confirme qu'il n'y a rien d'extraordinaire, on dort mieux...

90 *Ça vous tranquillise vous médecin, ça serait une sécurité.*

Et sinon, quelle est le titre de votre thèse ?

C'est l'apport de l'échographie en médecine générale en cabinet.

95 Ah oui, c'est ça l'apport [sous entendu : le cabinet en installation rurale].

C'est pour ça que je vous interroge, vous avez un point de vue intéressant. Vous êtes un petit peu éloigné, c'est le point de vue des médecins en campagne.

100 Les calculs, les cholécystites, les calculs rénaux, tout ça, c'est pas assez fin ces trucs-là. Je pense que c'est un peu limite pour pouvoir faire un diagnostic de lithiase.

105 *Si c'est possible, il faut voir la qualité de l'appareil, et si c'est comme vous disiez au début du débrouillage, ou avec un appareil plus performant.*

110 Il faut pas non plus que ça soit un appareil monumental. Pour l'usage c'est quelque chose de petite taille quoi. Ceci dit je ne pense pas que ça soit souhaitable qu'on se supplée au radiologue, c'est pas notre rôle. Mais il y a bien des cas où j'aurais aimé avoir un appareil d'écho...

Pour affiner le diagnostic

115 Pour savoir si... Je pense aux accidents de la route, à l'accident de tracteur, j'aurais bien aimé voir un petit peu dedans ce qu'il se passait. Et puis, si j'avais eu l'écho je pense que j'aurais pas hospitalisé.

C'est parce que ça vous aurait rassuré ?

120 C'est parce que ça m'aurait montré qu'il n'y avait rien dedans. Quitte à repasser une 2^{ème} fois derrière, avec de la surveillance. Mais voilà c'est un truc... à mon avis c'est un appareil qui va être indispensable. On pourra pas se passer d'un écho, comme on peut pas se passer d'un électrocardiogramme.

125 *En médecine générale. Et pour les médecins de ville qui sont à côté du CHU ou du cabinet de radio ?*

130 Le problème est différent parce que eux ils ont le spécialiste la porte à côté. Moi si je dis à un patient d'aller faire une écho qui n'est pas cliniquement vraiment indispensable, je suis pas absolument sûr que je l'envoie faire 50km pour faire son écho pour rien.

Il va vous gronder en revenant...

135 Non, parce qu'il estime que j'ai fait mon boulot, que je veux pas prendre de risque pour lui. Et que si j'estime qu'il y a un risque, même pas très important mais que ce risque existe, et qu'il faut un examen, je vais le faire. Mais si l'échographe me permet de dire il n'y a pas ce risque, on économise 60km dans un sens et 60km dans l'autre...

[interruption, téléphone]

140

Les indications, traumatologie, les ventres, pour nous ça c'est bien.

Donc plutôt des indications dans l'urgence, pour orienter les gens, du fait de l'éloignement.

145 Si on se résume, c'est ça.

Donc vous voyez plutôt ça d'un œil favorable, l'écho qui se développe

150 Je suis extrêmement favorable. Je suis convaincu. Si j'étais pas en fin de course, j'en aurais déjà acheté un. J'ai hésité l'année dernière, puis j'ai laissé trainer, et du coup je l'ai pas fait. Maintenant c'est un peu tard. Mais je pense qu'il y a des gens qui sont contre.

155 *Oui, il y a des gens qui n'y sont pas favorables, parce qu'on s'éloigne du côté clinique, de la relation médecin malade. La spécialité, c'est le radiologue, le généraliste, c'est pas son rôle. Plutôt ce point de vue-là, qui ne voient pas ça comme un outil supplémentaire comme vous me l'avez décrit là.*

Le patient qui prend un coup de pied de vache le soir à la traite à 18h, je fais quoi ?

160 *Vous prêchez une convaincue là, j'ai pas dit que c'était mon point de vue, le sujet de la thèse, c'est l'apport.*

Demain matin, vous devez prendre un rendez-vous chez le radiologue, à 60km.

165 *Et puis toute la nuit, comme vous disiez, vous, vous êtes pas tranquille.*

170 Ici, c'est indispensable. Le médecin de ville, il raisonne pas comme le médecin des champs. On a pas le même métier. Lui, il a toute l'infrastructure à côté de chez lui, à 5min il est chez le cardiologue, le radiologue. Moi le cardiologue, ben je me débrouille. La douleur thoracique ST – ou ST +, il faut que je la perfuse, que j'appelle le SAMU. Mais si j'attendais que le SAMU arrive pour passer l'aspégic et les anti-aggrégants, il y aurait de la casse...

Moins de ressources techniques et humaines ici...

175 Si, la ressource il faut qu'on la crée.

C'est vous la ressource.

180 Donc en l'occurrence, avoir un écho, c'est une ressource qu'il faut qu'on ait. Et ça, un truc facile qui prend pas de place et qui est pas trop cher, on aurait vraiment tort de s'en priver... Parce qu'au point de vue tranquillité pour nous, ça vaut l'investissement. Alors je suis tout à fait convaincu de l'utilité.

A fortiori dans les endroits isolés.

185

Comme ici, oui. Autrement, vous avez d'autres questions à me poser ?

On a déjà fait pas mal le tour. Vous avez des choses à rajouter vous, ou des questions ?

190 Non, je suis assez surpris que les marchands qui vendent ces trucs-là ne se soient pas encore précipités chez nous pour nous en proposer une dizaine de modèles. Parce que régulièrement, moi on me propose des électrocardiographes, j'en ai quatre, ça me suffit.

Ils viennent vous démarcher, comme des visiteurs médicaux.

195

Oui, mais ça s'est calmé maintenant, je suis trop vieux. Mais c'est étonnant qu'on nous ait pas encore proposé ça.

Ça se développe mais c'est pas encore la majorité des médecins qui s'est formée et équipée...

200

205 Les spiromètres... ils nous ont proposé des tas de trucs. La spirométrie, moi je fais pas ça en urgence, donc le patient il va la faire chez le pneumologue. Mais pour l'écho, c'est pas la même chose, je compare pas le spiromètre et l'échographe. Pour moi, l'échographe, il a une utilité immédiate et urgente que le spiromètre n'a pas. Donc c'est pour ça que je suis tout à fait pour.

Entretien Médecin I

5 *Alors comment vous vous êtes lancée dans l'écho ?*

Alors moi je faisais un petit peu d'échographie quand j'étais interne il y a longtemps en gynéco, et donc j'aimais bien l'échographie à ce moment-là. Et puis c'était orienté vraiment gynéco-obstétrique... c'était en [année]... Donc je trouvais que c'était quand même
10 intéressant, je me disais, tiens, en médecine générale ça peut être utile, ça serait peut-être un truc par la suite à voir. Et puis après j'ai travaillé comme médecin généraliste en [lieu A] avec un rythme très soutenu. Donc là j'ai mis un peu en stand-by l'idée. Et puis après je me suis installée ici. Comme c'est une création de cabinet, au départ j'avais très peu d'activité, donc du temps. Donc j'en ai profité pour faire une formation en échographie en [année], et
15 puis après j'ai enchaîné et voilà.

D'accord. Et comment vous vous êtes formée du coup ?

20 A [ville A].

Donc le déclic s'est fait en gynéco, avec l'idée que ça pouvait apporter quelque chose en médecine générale en fait...

25 Ah oui, depuis le début je me suis dit, si je peux je ferai de l'écho en médecine générale. Mais après j'ai eu l'opportunité, sur le plan pratique, de l'organisation.

Et c'était à la hauteur de vos espérances ?

30 Ah oui, moi j'adore, j'aime beaucoup. J'aime bien déjà le côté technique, ça change un petit peu, c'est un temps un peu à part. Et puis ça apporte quand même beaucoup en médecine générale, sur le plan vraiment complément de l'examen clinique. Surtout là, on est un peu isolés, il y a des moments où vraiment ça m'a évité par exemple de descendre des patients en catastrophe aux urgences. Ou bien de les adresser déjà avec un diagnostic posé, en précisant que c'est de l'échographie de débrouillage et que bien sûr je suis pas forcément
35 sûre du diagnostic. Donc ça apporte quand même beaucoup. Je m'en passerais difficilement maintenant du coup. Quand on a pris l'habitude...

Il est devenu indispensable cet appareil...

40 Oui. En tout cas, c'est vrai que sur pas mal de consultations, si je l'avais pas je me dirais, ah mince je pourrais aller plus loin en écho.

La clinique suffit plus, ça permet d'aller au-delà ?

45 En tout cas, ça me permet moi d'aller plus loin. C'est sûr que si je l'avais pas je passerais la main, et pour le patient, ça aurait quand même progressé. Mais on gagne du temps du coup. Gain de temps. Et puis il y a des patients pour lesquels je fais l'écho en me disant, c'est juste pour moi, c'est pour me conforter dans mon diagnostic. Et puis un patient pour lequel je me dis ça vaut pas le coup qu'il descende à [ville B] faire une écho, le fait de l'avoir et de la faire,
50 ça me permet de me dire, c'est bon je peux m'arrêter là, il y a pas besoin d'en prescrire non plus.

Donc vous évitez des prescriptions supplémentaires ?

55 Oui, ça c'est sûr.

Et gain de temps, à quel niveau ?

60 Pour le patient. Le premier radiologue, il est pas la porte à côté. Donc pour le patient, c'est
vrai que c'est... Par exemple sur des datations de grossesse, où là on peut pas trop se
tromper. Des choses comme ça où on peut tout de suite apporter une réponse certaine. Un
bébé qui bouge pas, hop on voit tout de suite, le cœur bat, il bouge. Ça apporte une
réponse. Après je complète, mais en différé. Une suspicion de phlébite, j'ai l'impression qu'il
65 n'y a pas de signes suspects, je prescris quand même une consultation angio doppler mais
sauf qu'un peu plus tranquillement.

Ça permet d'évaluer un peu le degré d'urgence...

Le degré d'urgence, oui.

70 *Au final, ça vous aide à la prise en charge...*

Oui.

75 *Et, on a un petit peu parlé des indications, à la base c'était les indications de gynéco-
obstétrique. La phlébite...*

Je l'utilise dans pas mal de domaines. Thyroïde, forcément un peu. Mais là pareil, si j'ai un
doute, je prescris quand même. Dire que moi je fais un examen précis de nodule comme un
80 radiologue... En débrouillage, je fais dans le digestif, les trucs d'urgences, les vésicules, je
commence à être assez à l'aise dessus. Appendicite, ça m'a aidée parfois à écarter le
diagnostic déjà. En urgence, j'ai déjà vu une péricardite, c'était bien, j'ai vu l'épanchement.
Tout ce qui est pleural aussi, j'ai eu un pneumothorax, moi j'ai pas de radio, donc c'était bien.
85 Sur les épanchements pleuraux, c'est bien, pneumopathie du coup, quand c'est
périphérique. En thoracique je fais surtout ça. Cardio, je connais quelques coupes, mais pour
l'instant c'est encore un peu... Je fais pas de vasculaire artériel, j'ai pas pris le temps de me
pencher sur la question et du coup je fais pas du tout. Gynéco, oui pas mal. Pour le stérilet,
je pose les stérilets, du coup je fais l'écho avant, juste pour moi, c'est pour pas faire le
90 toucher vaginal pour vérifier la position de l'utérus. Et puis après en contrôle immédiat et
quelques semaines après. Donc là, en systématique. Sinon en traumatisme aussi, beaucoup les
épaules, il y en a de plus en plus. Et puis j'ai suivi les hockeyeurs à une période. Du coup les
déchirures musculaires. J'ai eu tout une période de suivi traumatisme. En musculaire, les
tendinites, Morton, là je commence aussi. Fractures, sur les phalanges, le péroné, du coup
pas besoin de radio. A quoi je pense pas... Les ganglions adénopathies, j'ai eu un
95 lymphome de Hodgkin, donc là tout de suite, on est allés en hématologie direct. C'est déjà pas
mal.

C'est des choses que vous voyez en médecine générale en fait.

100 Ça, c'est que des choses que j'ai réellement eu en consultation, ce que j'ai cité. Après sur la
théorie, il y a sûrement plein d'autres choses auxquelles je ne pense pas. Les coliques
hépatiques et les coliques néphrétiques aussi que j'ai oubliées.

C'est déjà beaucoup. Vous en faites tous les jours ?

105 J'en fais tous les jours oui. Après, il y en a que je fais plus pour moi ou par exemple en
obstétrique, bon, c'est pour dire bonjour au bébé, et pas forcément avec une indication
médicale, quand j'ai le temps... Ça, c'est pas la majorité. Dans la majorité des cas, c'est
vraiment une échographie que j'aurais prescrite si je l'avais pas faite. Et parfois je la prescris
110 quand même. Par exemple, la thyroïde typiquement : si c'est un nodule connu, je le mesure
il est stable, voilà on va pas aller plus loin. Par contre, si c'est une patiente qui me dit tiens
j'ai l'impression d'avoir un goitre, et que j'en vois pas, je dis c'est bon j'arrête là. Par contre,
si je découvre un nodule, à moins que ça soit très petit et manifestement sans suite, sinon je
demande quand même une échographie au radiologue. Après en angio aussi, je demande
115 systématiquement aussi.

Des fois c'est pour vous, vous êtes sûre de vous, et des fois vous faites vérifier quand même...

120 En sénologie par exemple, cancer du sein, j'ai vu ça aussi, j'étais sûre, l'image était très suspecte. Donc j'ai shunté les étapes. Et puis des fois quand je pense qu'il y a rien je fais quand même faire de principe. Parce que surtout en sénologie je sais que je pourrais passer à côté de quelque chose. Ne serait-ce que pour compléter en mammo. Par contre, quand d'emblée j'ai une image suspecte, je fais compléter aussi, mais en demandant une biopsie, si le radiologue estime que c'est nécessaire, ou en enchainant plus rapidement.

J'avais une des personnes que j'interrogeais qui me disait, quand je vois quelque chose, je sais que c'est là, quand je vois pas, ça veut pas dire que c'est pas là.

130 Oui, c'est ça. Je pars du principe que si je vois rien, c'est qu'il y a peut-être quand même quelque chose. Par contre il y a des moments quand même.... J'ai fait ma formation en [année], j'ai acheté l'appareil en [année], c'est sûr qu'il y a des choses où maintenant je suis plus à l'aise. Au début, je doublais tout. Maintenant, moins.

135 *Plus d'assurance et d'expérience.*

C'est sûr.

140 *L'écho, elle arrive à quel moment de la consultation ? Il y a des gens qui viennent que pour une écho ?*

145 C'est exceptionnel. En général, c'est moi qui propose de faire un complément d'échographie. Quelques patients savent que j'ai la machine, mais quand c'est prescrit par d'autres médecins, je fais pas. Ou quand ils me disent j'ai que ça à faire, mais je veux pas descendre à [ville B], éventuellement je jette un coup d'œil, mais de toute façon il faudra quand même y aller. Sinon la grande grande majorité des cas, c'est vraiment par rapport à la situation clinique que je propose qu'on complète en écho.

150 *Il y a une question qui se pose au moment de la consultation, et vous vous dites peut-être l'écho va pouvoir m'apporter une réponse.*

Oui.

155 *Et du coup, vous l'avez acheté l'appareil ?*

Je l'ai acheté en leasing.

Il a combien d'années ?

160 Je l'ai acheté fin [année], donc bientôt [x ans].

Vous cotez pas du coup ?

165 Je cote un peu, je cote partiellement. Par exemple l'écho de datation qui n'est pas doublée, je la cote. Tout ce que je double pas, et qui apporte quelque chose au diagnostic, je le cote. Quand je le fais pour moi, et que l'indication elle est pas très solide, que c'est juste pour me conforter dans mon idée, je cote pas. Et si bien sûr je prescris en parallèle, je cote pas. Donc je dois coter même pas un tiers.

170 *Juste assez pour pas perdre des sous sur l'affaire.*

Voilà, ça sert à financer. Je cote depuis pas très très longtemps, les deux premières années je cotais pas du tout. Alors que [...] il nous dit bien : coter !

175 *On m'a aussi dit qu'ils étaient pas tout à fait philanthropes, et un petit peu intéressés...*

Ça, c'est sûr !

Mais ça permet de se former tout en gardant sa pratique clinique.

180 Oui, c'est pour ça qu'au départ, c'était vraiment... Je parlais du principe que je proposais l'échographie en disant que c'était vraiment dans le cadre de ma formation. Et puis après, forcément quand c'est vraiment un acte qui est pas payé deux fois par la sécu, et que j'aurais prescrit de toute façon, là j'estime que de toute façon, ça aurait été fait par quelqu'un
185 d'autre, si c'était pas moi, donc je fais un compte rendu et j'enregistre. Mais c'est vrai que c'est pas la majorité, ça reste qu'une portion.

Donc c'est vraiment un outil au final, vous vous en servez comme ça ?

190 Oui.

Qui apporte quelque chose au patient ?

Oui, au niveau du diagnostic. Puis faire l'échographie sur place, il y aurait eu une suite,
195 parfois ça met vraiment fin aux suspicions et aux hypothèses diagnostiques, on a le diagnostic de certitude, qu'on n'aurait pas eu sans image. Et puis en plus, on peut montrer au patient, regardez... Ça, c'est bien. Enfin dans les grandes lignes, après dans le détail...

Si le patient, il avait dû prendre son rendez-vous, ça aurait trainé...

200 Certains n'y seraient peut-être pas allés... J'ai eu le cas d'un patient qui a eu un cancer du rein, je lui avais prescrit l'écho, et il l'a pas faite parce qu'il avait l'impression que c'était pas grave. Et puis je l'ai revu 6 mois, et c'était bon. Et du coup il est mort.

205 *Mais il y avait déjà une image la première fois ?*

Non j'avais pas d'écho en fait. Je lui ai prescrit, mais il l'a pas faite. Alors que si j'avais eu la machine, j'aurais pu argumenter, en disant ah mais si il faut vraiment y aller... Alors que là, je lui ai prescrit simplement, et forcément... Après il est passé à autre chose, et il l'a jamais
210 faite et ça s'est vraiment dégradé.

C'est vrai que j'avais quelqu'un qui me disait, des fois l'image, ça m'aide pour la communication, pour les convaincre, quand je dis quelque chose, ils me croient pas vraiment... Et je leur montre l'image, ils voient du gris, ils voient pas vraiment ce que je vois, mais d'un coup ils me croient.

Ça apporte vraiment un complément en com' c'est sûr. Grosso modo, en fracture par exemple, j'ai eu une gamine qui n'est pas tombée en fait, c'était une fracture de fatigue, chez une sportive de haut niveau. Et c'est sûr que le fait de pouvoir montrer la fracture, et de dire
220 à l'entraîneur, il y a un moment où il faut peut-être la laisser un peu tranquille, là il y a besoin d'un temps de repos... C'est sûr que si j'avais juste palpé, en disant c'est peut-être cassé, il faut faire une radio, que d'ailleurs j'aurais peut-être pas faite, parce qu'elle avait mal mais elle bougeait très bien... Là, ça permettait de montrer, regardez il y a vraiment un truc, c'est pas juste la gamine qui a pas envie d'aller à l'entraînement. Et puis c'est vrai que c'est facile
225 à voir sur l'image, on peut montrer.

C'est vrai que ça se voit. Puis ça lui a peut-être permis de pas faire encore une ou deux semaines d'entraînement le temps d'avoir la radio, de forcer...

230 Exactement.

Et vous pensez que les internes ou même les externes, qui veulent être généraliste devraient être formés ?

235 Je pense en tout cas dans les grandes lignes, pas forcément pousser tout le monde dans l'écho si c'est pas un choix. Mais par contre, qu'il y ait une base d'écho, c'est sûr que ça serait une bonne chose. Moi c'est vrai que c'est en tant qu'interne que j'ai commencé. On surveillait des stimulations ovariennes, et on mesurait des embryons, on faisait que ça. Mais ça permet déjà de se familiariser avec l'image, et de voir ce que ça peut apporter. Et puis il y

240 en a de plus en plus des généralistes qui font de l'écho. Ça serait logique que ça se développe de plus en plus, donc autant que la formation... A l'époque, moi c'était en [année], c'était quand même cher, il fallait financer, la machine... Donc c'est vrai qu'avoir une première base de formation avec la fac, ça serait pas mal.

245 *Quelque chose à proposer, et ceux qui s'intéressent...*

Plus ou moins oui.

Et est-ce que vous voyez un lieu ou un type de pratique plus adapté aux généralistes ?

250 Je pense que plus on est isolé, plus c'est utile. C'est sûr qu'en cabinet de ville, c'est très bien pour le médecin. Même pour le médecin, c'est vraiment appréciable de l'avoir. Après c'est sûr que si on est installés à deux pas d'un cabinet de radio, c'est pas le même bénéfice pour le patient que quand on est en situation... non pas qu'ici ça soit super isolés, mais quand

255 même un petit peu... C'est sûr qu'en médecine d'urgence, en médecine tropicale, tous ces trucs là, ça tombe sous le sens.

Est-ce que vous voyez un avantage au fait que ça soit un généraliste, par rapport à un radiologue, qui fasse une écho ?

260 Alors certainement, on fait du débrouillage, et on peut être amené à voir des choses, simplement parce qu'on fait le geste et que le patient n'a jamais été chez un radiologue. Après, le fait qu'on les connaisse, qu'on soit plus dans la globalité, ça peut apporter aussi. Après, ça reste une image, et une interprétation en fonction du niveau d'échographie qu'on

265 a. Mais l'approche est certainement différente, dans le sens où le patient il nous connaît, on est le généraliste. Après est-ce qu'au final ça change, je sais pas.

Vous y aviez jamais réfléchi à ça, ça vous déstabilise cette question.

270 Oui. Ce qui est sûr effectivement, c'est qu'il y a des patients qui veulent pas descendre. Moi quand je leur dis, il faut faire un examen complémentaire, si c'est à [ville A], ils me disent holà mais non, une autre fois, c'est trop loin, j'ai pas le temps. Ou les personnes âgées... Et là le fait de l'avoir sur place, mais c'est plus une question de géographie plutôt qu'une question de compétences. Après c'est sûr que le radiologue, il est nettement au-dessus, et il

275 le restera parce que nous on peut pas tout faire. Moi je sais qu'il y a des choses sur lesquelles je m'engage pas. Parce que par exemple l'écho de hanche, parce que je fais pas mal de pédiatrie. Et à un moment je m'étais posé la question de me dire je pourrais faire, mais de toute façon, c'est une fois de temps en temps, autant avoir la certitude au niveau des mesures et du geste, du coup je me suis pas penchée sur la question, en disant ça je le

280 laisse au radiologue. Après moi j'essaie de cibler vraiment sur ce qui m'est utile, soit dans l'urgence, soit par rapport au côté isolement, et pouvoir avancer rapidement sur un diagnostic. S'il y a pas d'urgence à le faire, autant que ça soit le radiologue qui le fasse, il le fera mieux que moi dans tous les cas.

285 *Vous vous formez à l'échographie sur des indications qui restent pertinentes par rapport à votre activité.*

Oui c'est ça. Je cible ce qui m'intéresse. Des fois en consultation, je me dis ah bah tiens, là-dessus ça serait bien que je puisse avancer en écho. Et puis tout ce qui peut être différé

290 sans problème, et pour lequel il n'y a pas de risque médical si finalement le patient ne le fait pas... Les écho d'épaule par exemple, je commence à maîtriser à peu près, mais il y a des moments où je la fais pas. Il y a pas d'urgence, dans l'immédiat, ça n'a pas d'incidence sur ma conduite à tenir. Donc je le prescris en acte de radiologue. Parce qu'autant y aller d'emblée. Il le fera plus vite que moi, il le fera mieux, et au final pour le patient et pour moi, 295 ça changeait rien. Donc j'en fais moins au final, que ce que je faisais à une époque, je fais moins en systématique. Si j'ai le temps, je les fais quand même. Ça me permet aussi d'entretenir aussi, de voir beaucoup d'images, et c'est sûr que plus on en fait plus on est à l'aise après. Mais là c'est plus pour moi, et moins pour le patient. Donc que si c'est des patients qui ont le temps, que ça leur fait plaisir aussi, et que je suis pas sur un rythme de 300 consultation trop soutenu, il y a de l'intérêt quand même. C'est comme en obstétrique, si la maman elle dit est-ce qu'on peut faire une échographie, alors que pour moi, ça sert pas forcément, soit je le fais volontiers parce que je l'aime bien. Par contre, si je sais que c'est une maman qui a pas forcément envie de faire des échographies systématiques, et qu'il n'y a pas de raison, alors je propose même pas.

305 *Vous disiez tout à l'heure, vous vous voyez plus revenir en arrière.*

Ah non, pour le coup, là faire sans écho... Je le ferais, mais je pense que je me sentirais limitée.

310 *Ça vous a ouvert d'autres perspectives.*

Oui.

315 *Ok, est-ce que vous avez d'autres questions, des choses à rajouter, des choses à dire ?*

Non, j'avais pas trop réfléchi, donc j'avais pas préparé...

C'était pas une interrogation écrite, pas de soucis.

320 J'aurais pu réfléchir avant... Mais non c'est bon pour moi.

Entretien Médecin J

5 *Du coup, est-ce que tu peux me raconter une situation que t'as eue ici au cabinet où t'aurais bien aimé avoir un écho ?*

10 Il y en a eu plusieurs, mais surtout les trauma abdo, principalement. Les trauma de rate où t'as un doute à la clinique, t'as des bonnes constantes mais une petite défense et puis tu sais pas trop si tu peux le garder en surveillance ou l'hospitaliser en urgence, par hélico ou par la route. C'est toujours le problème, savoir le degré d'urgence. D'avoir un petit coup d'écho, savoir si t'as un épanchement abdo, ça t'oriente quand même. Donc voilà, c'est surtout les trauma abdo qui me posent problème moi. Après tout ce qui est ostéo-articulaire etc, il y a souvent rien d'urgent, mais dans l'urgence ici ce qui est intéressant, c'est surtout
15 ça je trouve. Eventuellement une suspicion de phlébite quand t'es à la veille d'un week-end et que t'arrives pas à avoir d'angiologue. Et que des fois les anticoagulants sont difficilement prescrits, parce que t'as des contre-indications ou autre, t'aimerais bien avoir un petit appareil d'écho-doppler. Voilà, les principales choses c'est ça, trauma abdo, phlébite. Ca peut être les trauma thoraciques aussi, les gros trauma thoraciques.

20 *Donc tu verrais ça comme un outil pour t'aider à évaluer le degré d'urgence.*

25 Comme fait le SAMU, en FAST echo. Après moi je me lancerais pas à aller voir de l'ostéo-articulaire, voir les tendons, la coiffe, le machin, je trouve que chacun son métier. En plus, on en fait à mon avis pas assez pour être bons, donc moi je me risquerais pas là-dedans, c'est un coup à faire des faux diagnostics. Ça peut du coup pas forcément t'aider, parce que tu pars sur une idée, tu fais une écho, mais qui est pas forcément... qui t'apporte pas forcément un plus. Limite, elle peut t'induire en erreur, alors que t'avais une bonne clinique et puis tu vois rien à l'écho, tu te dis il y a rien, alors que tu l'as mal faite. Je pense que c'est plutôt source d'erreur. Pour nous, ce qui est utile en montagne et en milieu isolé, avec des fois des météo difficiles, ou t'as pas d'hélico et tu sais pas trop comment gérer les patients, ça peut être l'écho d'urgence. Comme fait le SAMU, avec recherche d'épanchement abdo, thoracique. Ils ont 5 points. Donc moi ça m'intéresserait ça. Après c'est un gros investissement, pour pas non plus beaucoup de patients. Mais ça peut aussi sauver des vies. Mais je pense qu'en quantité, c'est pas énorme. C'est pas rentable, c'est pas une question de rentabilité, c'est une question d'une aide dans une situation d'urgence, d'apporter peut-être un gain de survie pour certains. Du coup, nous souvent dans le doute, on hospitalise, peut-être souvent en excès. Moi je préfère hospitaliser en excès que l'inverse. Ça peut peut-être éviter l'hospitalisation, ou trouver un moyen de transport plus adapté.
35 Parce que des fois, tu crois que c'est pas si grave, alors qu'en fait t'avais une rupture de rate, mais t'avais quand même un ventre souple. Des fois aussi la clinique pour la rate est pas évidente. Pour l'instant j'ai jamais eu de soucis, mais voilà, ça peut être un plus.

45 *Ça t'oblige à agir par excès, en risque maximal, alors que ça pourrait te réorienter sur le diagnostic...*

Voilà.

50 *Pourquoi tu t'es pas formée alors ?*

Pourquoi je me suis pas formée, pour l'instant on a pas le budget, ça coûte très cher une écho. Et tant qu'on a pas le budget, je me forme pas, parce qu'on va pas se former alors qu'on aura l'écho dans 5 ans, j'ai oublié ma pratique, je me reforme en fait. Si je sais qu'un jour j'ai le budget pour l'acheter, parce que mon collègue il est aussi plutôt partie prenante, il a envie d'avoir une écho, donc je pense qu'on en aura une un jour, mais on fera la formation l'année d'avant, pour avoir un truc frais en tête.
55

Ça paraît logique, si on se forme, c'est dans la logique d'avoir un appareil après.

60 Pour s'entraîner tout de suite.

Et du coup, tu voudrais acheter avec ton collègue, à deux, pour partager ?

65 Ouais, le but c'est même de faire une maison médicale nous. A [ville A], il y a ce cabinet, on est deux médecins. Et il y a un autre cabinet à [ville B], il est tout seul donc il a pris une adjointe depuis 2 ans. L'hiver prochain je crois qu'il y a son fils qui s'installe, donc on va être quatre médecins. Lui il est pas du tout pour avoir une maison médicale, il en a peur même. Mais bon il a quand plus de 55ans, on espère que dans quelques années, on arrivera à
70 tous les médecins, et de regrouper les moyens, et d'avoir justement un appareil d'écho en plus, d'avoir une salle de consultation pour que les spécialistes viennent, et peut-être des cardiologues de temps en temps qui pourraient avoir accès notamment à cet appareil d'écho, voire des orthopédistes.

75 *Oui, parce que j' imagine que vous avez pas mal de traumato ici, vous avez une radio ? Vous faites les radios ?*

Oui.

80 *Et tu les interprètes ?*

Ben oui.

85 *Donc là, c'est un investissement qui date d'il y a un moment, et vous avez mis le budget là-dedans aussi.*

90 Alors là, c'est l'ARS qui nous a aidés, pour acheter cet appareil de radio. Mais avec la somme que nous a donnée l'ARS, on peut pas s'acheter plus que pour l'instant une radio. Sachant que les radios, c'est pas non plus les numériseurs, ça dure 7-8 ans, et tous les 7-8 ans faut racheter un autre, et ça coûte au moins 30 000 euros. Donc faut refaire ton budget à chaque fois, tous les 5 ans retrouver de l'argent, donc tu vois avant d'avoir une écho... Je trouve que l'écho c'est superflu dans le sens où déjà une radio, ça c'est indispensable, parce que sans radio c'est pas la peine de faire de la médecine de montagne. Mais l'écho c'est superflu, déjà il faut faire bien ce que tu fais, déjà assuré au niveau de la radio, avoir un bon
95 appareil de qualité. Après si t'as les moyens en plus, c'est la cerise sur le gâteau l'écho, mais pour moi c'est pas la priorité. Déjà faire des radios de qualité avec un appareil qui marche bien. Le mettre à neuf dès que possible, dès que t'as des appareils plus performants. Je pense pas... je sais pas si toi t'as des médecins de montagne ?

100 *Quelques-uns oui.*

Et il y en a combien qui ont des échos à peu près, en pourcentage ?

105 *Quelques-uns... En montagne peut-être plus qu'en ville, en proportion par rapport à tous les généralistes de France. Mais pas tous.*

110 J'ai oublié aussi une indication, c'est tout ce qui est métrorragies du 1^{er} trimestre, c'est pas mal. Tu peux voir déjà si c'est intra ou extra-utérin. Ça te donne déjà les délais d'intervention, si tu vois rien en intra-utérin, et que la nana saigne, tu l'adresses plus vite, et qu'elle est enceinte. Ça te permet d'orienter des petites choses comme ça. Mais plutôt je dirais de la médecine d'urgence, pas trop de traumato.

Et ça te parait du ressort du généraliste de manipuler l'écho, au même titre que toi tu fais de la radio ?

115

Est-ce que ça me paraît légitime que des médecins généralistes en aient une ? Oui pourquoi pas, surtout en zone isolée je pense, parce qu'en ville je vois pas trop l'intérêt. T'as les radiologues pas loin, en général il y a des plages d'urgence. En zone isolée, oui, en ville non, je crois que chacun son métier. Et l'écho, on sait très bien que c'est très compliqué à faire. Il y a même des radiologues qui sont plus ou moins spécialisés, il y en a qui sont très doués, d'autres moins, et même s'ils en font tout le temps. Alors toi, si t'en fais une par semaine, je pense pas que tu puisses prétendre faire de la bonne écho. Je pense que chacun son boulot. Autant la radio c'est facile, c'est cassé ou pas cassé. C'est une image figée, et voilà il suffit de bien regarder, en général avec un minimum de formation, t'y arrives. L'écho c'est quand même compliqué moi je pense.

C'est ça aussi qui te retient un peu ? Le fait de pas savoir interpréter l'image, de pas trouver ce que tu voudrais trouver ?

Oui, je pense que c'est comme tout, faut pratiquer à fond pour pouvoir être bon. Donc je pense que nous on brasse pas assez pour être compétent. A moins de vraiment se spécialiser là-dedans, et de faire que ça, mais ici, c'est pas mon cas. Donc dans la médecine générale on fait de tout, du bébé jusqu'au vieux, du traumatisé à l'infarctus, donc on fait de tout et de tout. C'est pas comme en ville où tu peux te dire je me spécialise en écho obstétricale, comme l'a fait un médecin généraliste, qui s'est spécialisé là-dedans, et qui fait que ça. Nous c'est pas notre spécialité l'écho. Ça serait un petit plus de temps en temps dans notre pratique, et je pense que la plupart des médecins de montagne qui ont pris une écho sont pas forcément très contents, je suis pas sûre qu'ils l'utilisent tant que ça. Pour en avoir discuté avec certains médecins de montagne, il m'a dit, j'ai acheté un appareil d'écho il y a trois ans, je l'utilise quasiment plus ou de temps en temps. Tu vois je pense que si tu pratiques pas assez, tu laisses un peu tomber. C'est une petite mode, t'as envie de faire un truc en plus, c'est toujours intéressant d'apprendre quelque chose en plus, d'avoir un outil en plus, un jouet. Mais je suis pas sûre que ce soit ultra intéressant. Moi je te dis les médecins avec qui j'en ai parlé, il y en a un qui a complètement laissé tomber son appareil d'écho. Donc il lui a coûté, je sais pas, 30 000 euros, il l'a dans un coin, c'est dommage. Donc faut bien réfléchir en tout cas.

C'est sûr que c'est un investissement financier, et en temps de formation, faut en faire derrière...

Et puis faut pratiquer oui. T'as été voir ceux de [ville C] ? Parce que eux, ils en ont pris une là. En descendant tu pourrais peut-être t'arrêter. Parce que l'an dernier ils en ont pris une d'essai, et je crois qu'ils en ont acheté une cette année. Ils sont deux médecins généralistes, de montagne et d'urgence un peu moins parce qu'ils sont dans la vallée à [ville C], mais ils reçoivent quand même les secours de [ville D] et [ville E]. Donc quand même un peu de traumato, et puis beaucoup de médecine générale, plus que nous. Ils ont une plus grande population locale.

Dans la vallée, c'est déjà différent par rapport à ici.

Mais c'est quand même des médecins de montagne, tu peux leur demander.

Et est-ce que tu verrais des avantages que ça soit un généraliste qui fasse l'écho par rapport à un radiologue ? Ou pour toi le radiologue, c'est lui le plus performant.

Moi je t'ai dit, dans les situations d'urgence je vois ça.

Parce que t'es plus habituée à l'urgence, et que t'as des connaissances ?

Non, je te dis, moi je pense que c'est un plus, quand t'as pas l'accès à l'écho facile et que t'es loin et isolé géographiquement et que tu dois avoir une réponse rapide, donc urgente. Avoir la réponse, ça peut t'aider pour l'orientation du patient. Mais après je pense que voilà, chacun son métier. Les mecs ils font ça comme spécialité avec tant d'années d'étude pour

175 faire de la radiologie. Chacun sa place, déjà faisons bien la médecine générale, arrêtons de prescrire des médicaments pour rien, prenons le temps d'examiner les gens. Moi je pense que déjà faisons de la bonne médecine générale, après pour moi, chacun son boulot.

180 *C'est sûr que ça prend du temps en plus, quand une écho est pas prévue dans la consultation, il y a ce paramètre-là. Après, j'avais un médecin qui me disait, on est un peu moyen en tout, on est moyen en uro, moyen en cardio, pourquoi on serait pas moyen en écho aussi... Avec des connaissances mais en connaissant ses limites, tu serais d'accord avec ça ?*

185 Moi je t'ai dit quand c'est pas urgent, je vois pas l'intérêt de le faire en fait. Quel intérêt... Qu'est-ce que t'en penses toi ?

Tu veux dire que tu vas la re-prescrire derrière de toute façon ?

190 Oui, parce que t'es pas sûr de ton truc. Est-ce que lui il la cote, il fait son compte-rendu... Je sais même pas comment juridiquement c'est vu ça, imaginons qu'il y ait une erreur, est-ce que le généraliste il est couvert pour ça ? Je sais même pas comment on est couverts dans ce cas-là, on est quand même pas des experts en radio.

195 *Un peu réticente au final, pas trop favorable à cette pratique...*

Non, je suis pas trop persuadée de l'intérêt. Pourtant je fais pas partie des vieux médecins et je m'intéresse à plein de choses. Mais je trouve que des fois de faire trop de tout, on est pas forcément bons dans ce qu'on fait, et je pense que déjà... Je trouve que les médecins généralistes devraient plutôt se reformer dans la médecine actuelle, il y a plein de choses à apprendre, de la phytothérapie ou autre chose... plutôt que de prescrire toujours des médicaments. Je trouve que l'échographie, pour moi, c'est pas la priorité du médecin généraliste aujourd'hui.

205 *Pour toi, tous les généralistes ne devraient pas être formés, c'est pas quelque chose qui devrait être proposée à la fac...*

210 Pourquoi pas, si ça intéresse des gens, je suis pas contre. Chacun voit midi à sa porte aussi. C'est pas parce que moi je pense ça qu'il faut fermer les portes aux autres, au contraire. Mais à mon sens, c'est pas une priorité du tout. Je pense qu'à la fac, on devrait ouvrir les yeux sur d'autres choses justement. Arrêter d'assommer les gens avec des médicaments, la prescription facile, de toute façon faut prescrire parce que les gens viennent te voir. Et on bourre les gens de médicaments, et voilà. Et puis on est à la botte des labos, je pense qu'il y a beaucoup de la médecine générale à revoir.

215 *Ce que tu dis pour les médicaments, c'est peut-être un peu vrai pour les examens complémentaires. Les gens des fois ils arrivent avec une idée en tête, « je veux une IRM », alors que tu sais que ça va servir strictement à rien. Est-ce que ça peut pas être aussi une réponse, quand t'as une écho ?*

220 Par rapport à mon patient qui dit qu'il veut une IRM ?

Oui, qu'il veut absolument un acte, quelque chose, qu'on prescrive des examens complémentaires.

225 Ça veut dire que tu veux qu'on réponde à sa question avec un truc à moitié valable ? Non c'est pas la réponse je pense pas. Il faut plutôt arriver à avoir une bonne clinique, une bonne approche du problème. Et si tu penses que cet examen est indispensable, tu le prescris, si tu penses qu'il est pas indispensable, tu t'arranges pour que le patient l'entende, c'est pas à lui de décider. Moi je fonctionne comme ça et je pense justement que c'est plus ça sur la pratique de médecine générale qu'il faut travailler, plus que sur faire des examens complémentaires comme ça. Je vois pas trop le sens. Je pense par contre qu'il faut les

230

limiter c'est sûr, les gens sont très demandeurs, mais faut revenir à la clinique, faut savoir aussi surveiller les gens comme il faut. Moi ça m'arrive souvent de faire revenir les gens, et puis vraiment si ça s'améliore pas, prescrire des examens complémentaires. Mais j'ai
235 vraiment pas la prescription facile, ni pour les médicaments, ni pour les examens complémentaires. Donc j'ai pas envie d'aller facturer une écho que je vais faire à moitié bien pour faire plaisir au patient, ou pour rassurer, non. Pour la femme enceinte qui saigne, elle est en vacances, elle est isolée, il neige, elle peut pas aller à [ville F], elle veut savoir. Si elle
240 est enceinte, pas enceinte, si elle a une grossesse extra-utérine, oui ça, ça me paraît logique. Des situations un peu urgentes, un peu compliquées. Mais pour le tout-venant, pour aller regarder une vésicule, un tendon ou un machin de ligament, non.

Donc au final, si on résume, des indications bien précises, plutôt d'urgence, tu vois ça pertinent, mais prendre la place du radiologue, c'est pas la place du généraliste.

245 Non. Pour moi déjà le généraliste, il faut qu'il fasse de la bonne médecine générale, c'est-à-dire prendre le temps d'examiner les gens. Comment tu veux, ils sont à 23 euros, ils voient 40 patients par jour, comment tu veux qu'ils examinent bien les gens ? C'est pas possible. En plus rajouter l'écho, mais c'est du délire. On fait de la médecine d'abattage, d'usine, c'est
250 pourri. Si c'est pour faire des actes, des actes... Moi, c'est pas comme ça... Et souvent, tu discutes avec les gens, tu trouves la solution, c'est pas la peine de faire des examens complémentaires. Ça te paraît peut-être bizarre ce que je te dis.

Non, c'est ton point de vue, c'est ça qui est intéressant aussi.

255 Voilà, déjà faisons bien ce qu'on fait. Et puis après si t'as du temps de libre, comme l'intersaison là, j'ai que ça à foutre, peut-être que là je pourrais m'exercer à l'écho, pour m'amuser comme un jouet, mais j'irais pas la coter. Après c'est pas grave, ça irradie pas les gens, déjà c'est pas néfaste, c'est déjà ça. Non parce qu'il y en a qui font des radios pour
260 rien, juste pour les coter. Donc t'irradies les gens, en plus pour rien, pour te faire de l'argent. Des fois ça devient malsain. Donc si c'est pour faire de l'écho aussi parce que le mec il a l'écho facile, ça lui fait un acte en plus, il peut y avoir des déviations aussi de ce côté-là. Donc si c'est pour faire un coup d'écho pour facturer, je sais pas combien ça coûte une écho...

265 *Ca dépend laquelle, ça va d'une trentaine d'euros à plus de 100 euros, ça dépend lesquelles, elles ont toutes une cotation.*

270 Donc si c'est pour aller foutre un coup d'écho sur un tendon et coter ça 35 ou 40 euros, si c'est pour faire de l'argent... je pense que ça peut entraîner des déviations. Bon après les radiologues le font. A partir du moment où on fait une prescription et que c'est pas nous-mêmes qui touchons l'argent, c'est différent. D'ailleurs les radiologues là sont en train de demander à pouvoir prescrire eux-mêmes les examens complémentaires. Donc là ça risque
275 de faire des déviations aussi. C'est pour ça que c'est bien que ça soit le médecin généraliste qui prescrit et ce qui arrive souvent, c'est que la radiologue peut ne trouver pas adapté l'examen, alors il t'appelle il te demande s'il peut changer tel examen contre tel autre parce qu'il pense que c'est plus adapté par rapport à la pathologie. Donc tu dis ok, on change. Alors justement c'est leur argument pour dire maintenant, on trouve que les généralistes
280 prescrivent trop d'exams inadaptés, on veut nous-mêmes prescrire, mais c'est un coup à faire des déviations. Moi je pense qu'il faut rester à l'ancien système où c'est nous qui prescrivons, même s'il y a quelques loupés. Ou, en tout cas, sur des choses qui peuvent être améliorées, tu rentres en contact avec le radiologue et tu changes ta prescription. Je pense que la sécurité veut ça en plus.

285 *Ok, est-ce que t'as d'autres choses à dire, à ajouter ?*

Non, je pense que je me suis exprimée clairement. Voilà, moi je verrais ça comme un petit plus, qui n'est pas indispensable, mais qui pourrait nous aider dans certaines situations précises et rares. Donc si un jour j'ai les moyens, je l'achèterai pour ça, mais sûrement pas

290 pour en faire quotidienne, pour des choses non urgentes, pour lesquelles je pense que...
Déjà pour regarder un tendon, faut être déjà hyper spécialisé. Moi je sais que je les adresse
à tel ou tel radiologue à [ville F]. Donc je vais pas commencer à faire du tendon moi. Déjà
pour les radiologues, pour eux c'est très compliqué, c'est très spécialisé. Quand t'as une
sonde d'écho, faut avoir l'habitude de regarder telle et telle articulation, donc non, je pense
295 qu'il faut rester raisonnable.

Entretien Médecin K

5 *Alors pour commencer je voulais vous demander, vous, vous faites de l'échographie c'est ça ?*

Oui

10 *Et comment ça vous est venu, comment vous vous êtes lancé dans l'échographie ?*

Et bien ça m'est apparu une évidence à la sortie de mes études que c'était une technique qui était un plus au bout de mes doigts pour pouvoir aller plus loin dans le diagnostic vis à vis de nos patients.

15 *D'accord, donc vous vous êtes lancé dès la fin de vos études ?*

Je me suis lancé dès la fin de mes études. Quand j'ai fait mon internat à [Ville 1] je faisais de l'échographie obstétricale et je me suis aperçu que effectivement c'était un plus certain.
20 Dès la fin de mes études je me suis dit qu'il fallait absolument que je me lance dans cette technique. De la même façon que l'électrocardiogramme rentrait de façon courante dans la pratique de la médecine générale, je me suis dit que l'échographie allait certainement suivre le chemin, le même chemin que l'électrocardiogramme.

25 *D'accord, donc vous vous êtes lancé dans l'échographie directement, pour vous l'apport vous me disiez que c'était plutôt quelque chose de diagnostic. Qu'est ce que vous voyez comme intérêt dans votre pratique actuelle ?*

30 Ben à tous les niveaux hein, que ce soit sur le plan abdominal, que ce soit sur le plan obstétrical, que ce soit sur le plan même maintenant au niveau muscles tendons, ou heu... avec les doppler pour les diagnostics de phlébite.

D'accord donc ça vous arrange dans toutes ces indications là principalement. Plutôt abdominal et puis la phlébite et...

35 Abdominal, phlébite... Tendons je suis pas fort j'en fais pas. Et puis... datation de grossesse, c'est surtout ça aussi.

40 *D'accord, vous vous en servez pas mal en gynéco-obstétrical ?*

Oui, j'ai commencé surtout en gynéco-obstétrical et puis devant les difficultés de plus en plus importantes que représentait l'échographie en obstétrique, j'ai arrêté. A cause des problèmes assurantiels, à cause des problèmes juridiques etc...

45 *C'est principalement ça qui vous a fait arrêter le côté obstétrical. Dans votre pratique quotidienne vous diriez que vous l'utilisez à peu près à quelle fréquence ?*

50 Pas suffisamment. On pourrait l'utiliser beaucoup plus mais les plannings de rendez vous étant tels qu'on ne peut pas se permettre de le faire beaucoup plus fréquemment. Mais j'allume l'échographie, si c'est pas une fois par jour c'est une fois tous les deux jours minimum.

D'accord, donc vous vous en servez quand même fréquemment.

55 Ha oui.

Et du coup quand vous l'allumez l'échographie, vous faites vos échos, vous voyez quel apport pour vos patients ?

60 Ben ça nous permet d'aller plus loin dans le diagnostic, pour eux c'est un bénéfice. Plutôt qu'avoir à prendre un rendez vous dans un cabinet de radiologie, d'attendre trois semaines, d'avoir un rendez-vous, de pouvoir faire l'écho, de revenir avec etc... Et puis dans certaines pathologies moi je me suis aperçu que ça ramenait des diagnostics évidents. Le nombre de sciatiques qui sont en fait des coliques néphrétiques... C'est évident !

65 *Et je voulais vous demander vous vous en servez comment de l'échographie, comment vous l'intégrez dans votre consultation ?*

70 Globalement il y a deux façons, soit il y a une indication échographique abdominale parce que il y a une douleur abdominale et qu'il faut aller vérifier une vésicule, qu'il faut regarder un foie, qu'il faut regarder tout ça... à ce moment là je prescris une consultation spécifique et dédiée à l'échographie. Soit alors c'est un coup d'écho pour aller regarder si un rein est dilaté sur une douleur lombaire ou pour aller regarder s'il y a effectivement une crise de cholangite. Et à ce moment là j'allume l'écho, je mets la sonde et je regarde. Donc il y a
75 vraiment deux façons de faire. Il y a la façon « comme si j'envoyais faire une échographie à un radiologue ». A ce moment là je fais une consultation dédiée, je cote l'échographie etc... Et puis il y a simplement le coup d'œil qui est là pour compléter mon idée diagnostique que j'avais au départ.

80 *C'est un peu la différence entre l'échographie et l'échoscopie.*

Un peu oui c'est ça la définition. Oui je dirais que c'est ça.

85 *Dès fois pendant la consultation ça vous apporte un plus dans la consultation et parfois aussi vous reconvoquez les patients pour une échographie.*

90 Absolument, si on veut vraiment faire une échographie de qualité il faut que les gens soient à jeun. Donc si c'est à 4 heures de l'après midi ils ne sont pas à jeun. Donc ça peut vous donner une vague idée de ce qu'il se passe mais vous n'avez pas... Si on veut faire les choses correctement il faut les faire revenir à jeun et on fait les choses correctement.

Et les patients, du coup, quand vous leur donnez un rendez vous et qu'ils reviennent après, vous faites un compte-rendu dédié?

95 Exactement, un compte-rendu, comme les échographies que l'on a dans un cabinet de radiologie. Qui est intégré au dossier et [mot non compris].

100 *Je change un peu de sujet, mais est-ce que vous avez des bons rapports avec les radiologues qu'il y a dans le coin ? Je sais pas si, au niveau de la démographie, si il y en a beaucoup ?*

105 C'est une bonne question, parce que je crois que c'est un frein majeur au développement de la technique. Mais je pense que mes plus grosses difficultés, je ne les ai pas eues avec les radiologues, ni avec les gastro-entérologues, ni avec les gynécos. C'est un grand frein au développement de cette technique parce qu'en termes de formation on a énormément de difficultés à aller se former et à être acceptés pour se former. Mais c'est pas les radiologues qui m'ont posé le plus de problèmes dans l'affirmation de ma pratique, mais je dirais les confrères généralistes du secteur.

110 *D'accord, parce que les confrères ils voyaient votre pratique d'un mauvais œil ? C'était ça ?*

Oui, dès qu'il y a un vilain petit canard qui ne fait pas les choses comme les autres, tout de suite... C'est difficile. On est combien déjà sur la région Rhône Alpes à faire de l'échographie ?

115

A faire de l'échographie je pense que... Savoie, Haute-Savoie, Isère. C'est un peu les endroits sur lesquels on a orienté notre étude, il y a une quinzaine à une vingtaine, je pense plutôt une vingtaine de généralistes qui en font. Ce qui reste assez anecdotique. Mais je pense que ça se développe pas mal quand même, avec pas mal de gens qui veulent commencer à se former...

120

Oui, j'ai vu qu'il y avait des jeunes internes qui voulaient faire de l'échographie seule, pure. Je ne sais pas, je pense que c'est un complément. La comparaison avec un électrocardiogramme est une bonne comparaison. Un électrocardiogramme il nous ramène un certain nombre d'informations mais ce n'est pas pour autant qu'on est des cardiologues. Donc l'échographie nous ramène un certain nombre d'informations mais ce n'est pas pour autant qu'on est des radiologues.

125

Quitte à éventuellement réorienter...

130

Ah mais il m'arrive très souvent, que même après avoir essayé de faire une échographie, si je suis pas sûr, si j'ai pas vu ce que je voulais voir, si j'ai vu ce que je ne voulais pas voir, de demander un deuxième avis [mot non compris]. C'est tout l'intérêt de cette technique, elle est reproductible. Elle est pas nocive, elle est reproductible... Bon elle est opérateur dépendant. Donc c'est évident que si moi j'ai pas vu peut-être qu'un autre verra... Verra mieux. Et je n'hésite pas à ce moment-là à rediriger mes patients vers un cabinet de radiologie en leur expliquant ce que j'ai trouvé et ce que je recherche. Je me suis très bien entendu avec les cabinets de radiologie de ce point de vue là. J'ai pas eu vraiment de problème.

135

140

Vous les avez informés quand vous vous êtes installé ?

Oui oui oui je les ai informés de ma pratique et puis voilà. Quand ils se sont aperçus que je leur renvoyais beaucoup et qu'on allait un peu plus loin parce que... A l'époque on n'avait pas les IRM, je suis désolé parce que ça remonte quand même à pas mal d'années. Donc quand ils se sont aperçus qu'à la place d'échos je leur demandais des scanners pour avoir des confirmations, ils étaient contents. Ca leur changeait pas grand chose.

145

Alors on a parlé du bénéfice pour les patients, qu'est-ce que vous voyez vous par rapport à votre pratique personnelle, ce que ça vous a apporté en plus ?

150

A ben d'aller beaucoup plus loin. Je n'étais pas simplement un ré orienteur de pathologie vers un spécialiste. Quand j'adresse à un chirurgien en lui disant il y a une crise de cholécystite parce qu'il y a un calcul parce qu'il y a une paroi épaissie, parce qu'il faut l'opérer. Je fais mon travail jusqu'au bout quoi. Et en obstétrique franchement quand on voit les délais pour pouvoir avoir un rendez-vous chez un gynéco... Toutes ces jeunes femmes qui viennent, je leur fais le diagnostic de grossesse en dix minutes. Elles sont pas obligées d'attendre deux ou trois mois. Et quand en plus c'est pour avoir une écho pour une IVG, bien souvent ça rend plus que service à nos patientes.

155

160

Effectivement, et aussi vous me disiez... Alors là on est en zone de montagne plutôt ?

Non, on ne peut pas considérer qu'on est en zone de montagne. On est en zone de vallée on va dire, de la médecine de vallée. En termes de l'ARS nous sommes des « rurbains ».

165

C'est un peu intermédiaire.

C'est des intermédiaires. C'est exactement je pense, la même médecine qu'à [Ville 2]. D'accord ? En zone de montagne je crois qu'il y a encore plus d'intérêt à faire l'échographie et à être encore plus pointu sur ce qui va être effectivement... ce qui est des tendinites, tout ce qui sont des laxités au niveau des articulations... Sans vouloir aller vraiment beaucoup beaucoup plus loin hein ? Parce qu'on peut faire beaucoup de choses. Après le danger et la

170

difficulté c'est d'avoir un recrutement suffisant pour avoir des images en tête et se les remémorer.

175

Et pour les indications vous me parliez d'ostéoarticulaire, vous en faites vous un petit peu non ?

180

Non, ici nous en vallée on ne fait pas d'ostéoarticulaire, l'hôpital est à trois minutes trente donc on ne fait pas d'ostéoarticulaire. C'est pour ça que pour les tendons je suis pas très fort, je suis pas très formé. Par contre je pense qu'il faudrait effectivement se former là dessus parce que je pense qu'il y a d'énormes indications. Que ce soit dans les pathologies de l'épaule surtout, on a d'énormes indications...

185

Pathologies de la coiffe...

Oui pathologies de la coiffe, où l'écho est un apport très important. Avec un résultat qui peut être très positif et éviter des examens complémentaires.

190

Oui donc le fait que vous, vous en fassiez, ça pourrait éviter des examens complémentaires, que du coup vous ne prescrivez pas ?

Tout à fait.

195

Donc la pratique elle dépend un petit peu, en fait du milieu dans lequel vous êtes. Si c'est rural c'est pas forcément le même type de pratique.

200

Oui parce que le recrutement il va effectivement dépendre un petit peu du type de milieu. En montagne on va plus avoir de la traumatologie et de l'ostéoarticulaire c'est sûr. En vallée on va retomber sur de la pathologie courante de ville, du tout venant. Mais je crois pas, je pense que après c'est un peu en fonction de la patientèle qu'on a pour effectivement se former. Si j'ai pu voir encore un peu de gynéco dans ma carrière c'est parce que je faisais de l'échographie, sinon je n'aurais jamais vu de la gynéco.

205

Ça a aussi orienté votre pratique.

Ça a aussi orienté ma pratique, parce que je me suis aperçu que je rendais service puis les jeunes femmes venaient. Donc voilà après... on enchainait les suivis.

210

Ça vous a apporté un plus, et puis quelque chose de gratifiant.

Ha oui complètement oui, oui oui, ha oui oui oui oui. Faire les mesures de clarté nucale, c'est un plaisir.

215

Mais ça devient manifestement compliqué parce que je crois qu'il faut en faire un certain nombre par an...

220

Un certain nombre par an, il faut des assurances... Voilà. Et puis en termes de qualité aussi, bon à l'époque c'était comme ça, on en faisait, on n'avait pas les critères tout ça. Et puis j'avais pas les critères qui me permettaient de dire « je suis performant ». Mais bon voilà c'est deux trois trucs assez intéressants, qui ont rendu service aux jeunes femmes.

Donc pour être performant, il faut en faire un certain nombre ?

225

Pour être performant il faut en faire un certain nombre. La grosse difficulté qu'on a en médecine générale par rapport à un cabinet de radiologie c'est qu'on ne va dans 98% des cas ne voir que du normal. On ne va pas forcément voir du pathologique. Et les images de pathologique après on les perd en tête. On a toujours les repères, on a toujours les images, on a toujours effectivement les formations mais... On n'a pas ces images de pathologies bien en tête. Alors on voit ce qui est normal, on sait très bien ce qui est normal et tout d'un coup

230

on se dit « tiens ça c'est pas comme d'habitude, donc ça doit être anormal ». Mais on ne sait pas forcément effectivement, la réalité de la normalité. Et on demande un avis complémentaire.

235 *C'est sûr c'est pas forcément la même expertise que le radiologue.*

C'est ce que je vous disais c'est comme l'électrocardiogramme, on n'est pas des cardiologues. Mon but c'est d'aller le plus loin possible pour aider les patients et faire le tri. Et si dans neuf cas sur dix ça évite déjà de faire trois semaines de queue pour avoir une écho c'est quand même pas mal !

240

C'est ça aussi ce que ça apporte au patient, c'est d'éviter ce délai d'attente.

C'est d'éviter ce délai d'attente et d'avoir un outil diagnostique qui nous oriente.

245

Vous avez des gros délais pour avoir des échographies quand vous les demandez ?

Ben en fonction du type d'échographie qu'on demande si elle est spécialisée oui ça peut être facilement quinze jours. Et puis c'est surtout le fait de se déplacer de... Et puis c'est surtout, intellectuellement c'est quand même beaucoup plus intéressant !

250

Oui ça vous a fait un apport, quelque chose pour aller plus loin pour vous et puis... Justement vous vous êtes formé dès votre sortie de la fac c'est ça ?

255 Oui oui j'ai fait un DIU.

Qu'est ce que vous avez fait comme DIU ?

Un DIU d'échographie générale à [Ville 3]. Avec un des seuls professeurs de l'époque qui acceptait de former des généralistes, c'était le professeur [Nom 1], à [Ville 3]. Je pense qu'il est très connu et suffisamment connu pour ça. Et ensuite j'ai fait une formation hospitalière, avec des stages à l'hôpital. Dans une clinique à [Ville 4] où j'allais pendant une matinée par semaine pendant trois ans faire de l'échographie et essayer de voir le plus de pathologie possible.

265

D'accord, et ça c'était une démarche personnelle, le fait d'aller à [Ville 4] une matinée par semaine à l'hôpital ?

Oui. Il y avait une partie qui était demandée par le DU, il y avait un certain nombre de temps de vacations qui étaient demandées. Et puis il y avait un mémoire si je me souviens bien. Parce que c'est vieux hein, ça remonte à... Il y a longtemps. Il y avait un mémoire à fournir à la fin.

270

Donc vous avez été formé comme ça, et du coup vous avez été bien accueilli par les radiologues, vous n'avez pas eu de problèmes pour vous former ?

275

Alors les radiologues m'ont bien accueilli, c'était les copains alors c'était quand même beaucoup plus simple. Qui comprenaient ma démarche mais qui en avaient une crainte. Parce qu'à l'époque quand même l'échographie était une technique, j'allais dire... une technique radiologique importante dans le chiffre d'affaire d'un cabinet. Qui ne l'est plus du tout. Par conséquent les radiologues n'ont plus tellement d'intérêt à se maintenir absolument sur cette filière. Ils s'en fichent un peu, à la limite ça les embête plus qu'autre chose qu'on leur demande de faire des échos. Donc voilà mais non non, ils m'ont beaucoup aidé pour me faire prendre confiance en moi.

285

Ils font plus de scanner maintenant ? Ca les dérange pas ?

290 Même les jeunes internes on voit que c'est directement scanner ou IRM. Pourtant, vous mettez la sonde et en trente secondes vous voyez si le bassin il est dilaté ou pas. Alors vous voyez pas où est le calcul certes ! Mais vous voyez si il est dilaté ou pas et vous savez si vous pouvez le faire boire ou pas le faire boire... Je pense que c'est un apport très intéressant.

Et en termes de coût qu'est-ce que vous en pensez ?

295 C'est un gros investissement, certes. C'est un gros investissement. Ça m'a jamais fait gagner de l'argent. Ça m'a élargi la base de ma patientèle. Donc je pense qu'il y a eu un retour indirect. Mais j'ai pas gagné de l'argent avec l'échographie ça c'est clair.

300 *Oui ça vous a pas fait gagner de l'argent, pour l'instant c'est sûr que c'est un investissement important, mais derrière c'est un apport personnel plus intellectuel que financier c'est sûr.*

305 Mais ça m'en a pas fait perdre. Si après on rentre dans le côté fiscal des choses, vous déduisez la moitié de l'investissement dans les impôts, le coût est quand même moindre. Il faut pas le voir effectivement sur un investissement à trois ou six mois mais si on le voit sur un investissement à plus long terme... Non ça m'a pas fait perdre de l'argent mais directement ça m'en a pas fait gagner.

310 *Et concernant le matériel vous avez vu une évolution un petit peu dans le matériel que vous avez utilisé ces dernières années ?*

315 Ah oui, oui vraiment. J'en suis à mon troisième ou quatrième appareil d'écho. Troisième écho. J'en ai pas acheté un neuf à la base bien évidemment, j'en ai acheté un d'occasion. Mais à l'époque même d'occasion ça coûtait une fortune, tandis que maintenant un appareil d'occasion franchement... on arrive quand même à en coter un certain nombre hein, donc la sécurité sociale participe aussi. Dès que vous commencez un peu à en faire et à en coter... Il y a quand même des recettes qui sont pas négligeables.

320 *Mais il n'y a pas beaucoup de différence avec une consultation normale sans échographie ?*

Alors je peux plus vous dire parce que je sais plus combien c'est maintenant, étant donné que c'est pas moi. Je crois qu'une échographie c'est 55 €, une consulte c'est 25.

Oui il y a une différence quand même.

325 Je pense.

Donc le matériel a beaucoup évolué ?

330 Ah oui, les sondes surtout. C'est les sondes. La qualité est... La définition est bien meilleure.

Avec un coût moindre aussi.

Oui bien sûr.

335 *Et est-ce que vous pensez que ça va se développer dans la pratique de la médecine générale ?*

340 Autant j'en étais convaincu il y a 25 ans quand j'ai commencé mon projet. Autant quand je vois que 25 ans après on est que 20 sur le département je me dis que je me suis planté. Enfin peu importe... Je pense que ça ne peut que se développer à condition qu'on forme les médecins. Comme on a formé les jeunes médecins à faire de l'électrocardiogramme. Mais tant qu'on les formera pas ou que ça reste la propriété privée, ou des privilèges de radiologue ou des privilèges de grands spécialistes... Alors on commence à voir les choses bouger parce que maintenant dans les urgences on voit que tous les médecins urgentistes

345

sont formés à l'échographie d'urgence. On voit un certain nombre de choses, donc c'est intéressant. C'est intéressant de voir que effectivement quand on a un problème aigu sur un hypochondre droit, on est pas forcément obligé d'aller rendre un examen complet de trois heures sur le corps entier. Mais si maintenant ils le demandent dans les SAMU et dans la formation des médecins urgentistes... C'est que je pense que, peut-être que la technique ayant évolué, peut-être aussi qu'avec les échographes portables qu'on fait aussi maintenant, ça permet d'avoir une réponse plus rapide à un certain nombre de questions. Donc pourquoi ne pas le traduire en médecine générale ?

355 *Et vous me parlez de la formation en médecine générale. Vous pensez que ça devrait être intégré dans la formation des externes, des internes ?*

360 Parce que, je sais pas... Je n'ai pas... Je n'ai pas trouvé qu'il fallait être une puissance intellectuelle pour faire fonctionner un écho. Il faut avoir un bon rapport dans l'espace. Un très bon rapport dans l'espace. C'est à la portée de tout médecin. Ça fait revoir l'anatomie hein ça c'est sûr qu'il faut recommencer un peu à comprendre ce qu'est l'anatomie !

Ca fait retravailler des choses qu'on n'aurait pas retravaillées sinon.

365 Ha oui, ha oui oui oui.

Est-ce que vous voyez une différence dans une échographie que vous pratiquez vous et une échographie qui sera pratiquée ensuite par un radiologue ?

370 Faut d'abord se reposer la question « qu'est-ce que c'est qu'une échographie et à quoi ça sert ? ». Une échographie c'est une réponse à une interrogation qu'on se pose par rapport à une clinique. On ne peut pas faire une échographie si on n'a pas fait de clinique. Donc l'intérêt qu'on a nous par rapport à nos radiologues, ce que j'allais dire, c'est que un on a les antécédents, deux on a la clinique, et trois on a la spontanéité. Je prends un exemple quand même assez fréquent, c'est les douleurs du bas ventre chez les jeunes femmes. Qui sont des kystes de l'ovaire, kystes fonctionnels de l'ovaire. Trois semaines après quand elles vont chez le radiologue, il n'y en a plus ! Nous, vous mettez l'écho et vous voyez. Bon, il y a un kyste, il fait trois centimètres, il est complètement fonctionnel. Vous revenez le mois prochain on verra si il y est ou si il n'y est pas. Tout ça c'est un continuum, c'est un suivi. Une échographie c'est la possibilité d'explorer plus à même que nos simples doigts, nos yeux et nos oreilles. Donc je crois que la différence c'est que nous, il va nous donner une réponse immédiatement à notre interrogation. Alors que le radiologue il va tout explorer.

385 *Oui vous l'avez sur le moment, quand vous en avez besoin.*

L'instantanéité ça répond à quelque chose d'instantané.

Et avec aussi la connaissance du dossier du patient.

390 Donc ça s'intègre dans l'ensemble pour poser un diagnostic. Mais avant je crois qu'il faut d'abord se poser des questions !

Et vos patients ils le voient comment le fait que vous puissiez faire l'échographie ici directement.

395 Bien ils sont hyper contents. Ils sont hyper contents. Il y en a certaines qui viennent justement parce que je fais de l'écho et que je peux leur dire si elles sont enceintes ou pas enceintes. D'accord avec le test de grossesse etc... Donc ça c'est aussi très intéressant, et puis voilà, donc ils disent « ben on n'a pas à se déplacer ». Oui effectivement, donc on les rassure immédiatement.

400 *Oui c'est intéressant pour ça. Bon on a parlé de pas mal de choses. Est-ce qu'il y a des choses que vous voulez ajouter par rapport à cet entretien ?*

405 Ah oui, je voudrais bien savoir pourquoi vous faites une thèse là-dessus ? A moi de poser les questions !

410 *Alors on fait une thèse là-dessus parce que nous ça nous intéresse. On en a fait tous les deux avec ma co-interne avec qui je fais ça. Moi je faisais beaucoup de gynéco dans mon premier stage au CHU. Et puis je faisais beaucoup d'échographies. Peut-être deux consultations sur trois. C'était les urgences donc c'était quasi systématique. Moi ça m'a bien plu et je trouvais que ça apportait un petit geste technique et un aspect intellectuellement gratifiant, qui permettait d'aller plus loin. Donc moi j'avais envie de me former à ça.*

415 J'ai toujours trouvé ça extraordinaire, c'est dans le suivi des grossesses, quand je me suis installé, c'est qu'il y avait encore des gynécos ici qui mesuraient la hauteur utérine. Alors qu'il suffisait d'allumer l'écho et de poser la sonde et on voyait si le cœur il battait, si le bébé il bougeait et de faire un BIP. Franchement, faire un BIP on en a pour trois minutes trente. Peut-être pas aller regarder le fémur, peut être pas aller regarder les cinq doigts, peut être
420 pas aller regarder les trois phalanges etc., etc.... Mais enfin un BIP, le cœur, mouvements fœtaux vous en avez pour deux minutes quand on est bien entraîné. Enfin je sais pas si vous êtes d'accord ?

425 *Oui oui.*

Et ça vous rapporte quand même dix fois plus d'informations qu'une simple hauteur utérine.

Ha ben oui, moi je trouve que c'est un examen très intéressant. Pas irradiant...

430 Il faut pas aller faire du doppler pulsé toute la sainte journée pour faire plaisir sur le cœur du bébé, parce que ça fait chauffer... mais bon voilà. Et je comprenais pas pourquoi les confrères gynéco-obstétriciens continuaient à faire des mesures utérines alors qu'ils avaient à côté d'eux un écho, ils branchaient pas l'écho et ils mettaient pas la sonde. Moi je comprenais pas ça.

435 *Donc on a dit que ça avait tendance à se développer, qu'il y avait pas mal d'études qui sortaient là-dessus et donc que c'était un petit plus dans l'intérêt d'en faire.*

440 Oui un petit plus dans l'intérêt d'en faire et puis même dans la relation avec le patient. Moi ils viennent chez moi en me disant « vous vous m'expliquez ce que je vois ». Donc oui ça prend du temps. Une échographie obstétricale chez une femme, le temps d'un peu tout expliquer et de lui faire comprendre ça prend du temps. C'est une formation à avoir.

445 *C'est peut-être pas pareil aussi l'écho endovaginale et l'écho abdominale...*

Oui ça encore je dirais que c'est une représentation dans l'espace, c'est pas tellement ça. L'endovaginale nous permet d'avoir plus rapidement des informations sur le délai de la grossesse ça c'est sûr. Mais je pense qu'à partir du quatrième ou du cinquième mois l'écho sus-pubienne est quand même de meilleure qualité. On a une approche qui est plus haute.

450 *Oui c'est vraiment au premier trimestre que c'est le plus intéressant.*

Donc vous, vous avez décidé parce que vous y aviez goûté un petit peu ?

455 *Oui en gynéco ça m'avait beaucoup plu.*

460 Enfin je pense que les cardiologues ont rapidement compris l'intérêt effectivement que les médecins généralistes se mettent à faire de l'électrocardiogramme, c'est que tout simplement on leur débrouillait le terrain et on leur renvoyait un certain nombre de choses qui leur permettaient d'aller beaucoup plus loin. Alors c'est pareil l'écho cardiaque on pourrait le développer. Alors je l'ai pas fait parce que la sonde coûte extrêmement chère. La

465 formation est plus difficile à mon avis. Et puis c'est dur de faire une écho cardiaque, les
mesures de machins etc... C'est un petit peu plus long. Mais chez le docteur [Nom 1] à [Ville
3], j'y suis allé récemment me refaire une formation. C'est vraiment un professeur qui
travaille énormément sur l'échographie. Et on a touché un petit peu à ce que pouvait être
l'échographie pulmonaire. C'est quand même hyper intéressant ! Grand dieu, l'OAP en
échographie ça se voit parfaitement bien. La pleurésie je peux vous dire vous la voyez tip
top ! Pas besoin d'aller écouter le souffle machin qui remonte la vallée comme disaient nos
470 ancêtres... Et je pense qu'on est sûrement plus performants avec une sonde d'échographie
qu'avec nos simples oreilles pour aller regarder une limite de pleurésie.

Et par rapport à une radio on n'irradie pas.

475 Et par rapport à une radio on n'irradie pas. Donc je disais il y a quand même beaucoup de
choses intéressantes à prendre si on voulait le développer. Et j'allais dire le démocratiser.
Mais il faut que les radiologues le laisse tomber dans le domaine publique.

*Et de l'écho cardio, vous me disiez que vous n'en aviez pas fait. Mais éventuellement ça
vous aurait intéressé ? Vous y auriez vu un bénéfice ?*

480 L'insuffisance cardiaque. C'est toujours en réponse à un questionnement, à une
problématique. On sait et je pense toujours qu'un examen n'a d'intérêt qu'à la seule
condition où il va changer notre thérapeutique, notre arbre décisionnel. On est bien
d'accords. Bon si on avait sur place directement « il y a une insuffisance cardiaque, il n'y a
485 pas d'insuffisance cardiaque, il y a une fraction d'éjection qui est à ça, qui est à ça... » Et
bien on a immédiatement un changement de thérapeutique qui peut se produire. Et ça c'est
intéressant. Je reprends l'exemple des sciatiques et des coliques néphrétiques « Docteur,
j'ai mal au dos, j'ai mal au dos ». Vous mettez la sonde, le bassin est développé et dilaté,
c'est pas une sciatique. Et bien le traitement c'est pas le même. Donc on a un intérêt qui est
490 immédiat. Voilà l'apport que ça peut avoir. Là je me suis mis un petit peu plus là-dessus,
c'est sur le doppler pour faire les diagnostics de phlébites. Vous savez qu'en médecine
générale au cabinet les problématiques de phlébites c'est quand même, je dirais, peut-être
pas une fois par semaine mais presque. Et ouais, il est souple, il est pas souple le mollet,
machin etc... Bon ouais, D-Dimères, pas D-Dimères, c'est controversé... Doppler, il est où ?
495 on l'a, on l'aura pas, c'est que dans quinze jours... entre temps je lui mets ou je lui mets pas
son AVK ? Bon vous mettez la sonde, vous comprimez. Ca passe, ça passe pas. Quand j'ai
vu la simplicité avec laquelle on faisait les quatre points, je me suis dit que c'était un peu
dommage de passer à côté de ça pour nos patients ».

500 *Oui le soir si vous n'avez pas la disponibilité du doppler après ça attend...*

Ben ça attend, donc on prend un risque avec les anticoagulants qu'on met. On les met pour
les protéger. Tandis que là vous le savez !

505 *Tout ce qui est thrombo-embolique c'est intéressant et assez simple au final.*

Oui vous savez pas si il y a pas quand même une petite thrombose dans la veine surale,
proximale, complètement au fin fond du truc que je suis pas allé explorer encore pour
l'instant. Sinon je vous disais que l'anatomie c'est un autre dada. Mais au moins vous savez
510 que c'est pas demain matin qu'il va faire son embolie pulmonaire. C'est que là vous avez le
temps de prendre votre rendez vous chez l'angiologue le lendemain matin et il passera la
nuit tranquille. Donc il y a plein d'apports qui peuvent être vraiment importants.

Bon très bien je crois qu'on a fait un peu le tour...

515 Alors je vais continuer, il y a une problématique qu'il faut relever qui me paraît importante,
c'est l'équipement des locaux. Parce que vous ne faites pas une bonne échographie avec le
plein jour à côté. Donc il faut vraiment se donner les moyens d'avoir une pièce dans le noir.

520 Et ça c'est une problématique importante en médecine générale, c'est à dire qu'il faut [insistance] avoir des locaux qui puissent être adaptés à la pratique.

Oui et avoir un appareil qui s'intègre dans votre cabinet, qui soit bien placé...

525 Donc pour qu'il soit la prolongation de nos doigts il faut aussi qu'il soit facile. Si il devient compliqué, à dire, il faut que j'allume, il faut que je fasse ci, il faut que je fasse ça... Dans nos consultations habituelles on le fait pas. Donc ça c'est important la configuration des locaux. Et je pense que ça peut être aussi une réticence à l'installation, que ne l'est pas un électrocardiogramme.

530 *Donc là vous avez une pièce dédiée ? Qui est facilement mise dans le noir ?*

535 Oui oui juste à côté, j'ai une pièce qui est uniquement dédiée à ça. Je vous en parle parce que j'ai vu une différence. Là on est en cabinet de groupe depuis quatre ans, avant j'étais seul et j'étais organisé différemment. Mon échographe était au lit du malade et j'en faisais encore beaucoup plus que maintenant. Là rien que le fait... Pourtant c'est pas compliqué, il est là [montre la salle adjacente]. Et rien que de faire de là à là, il y a une barrière.

Donc quand il était juste à côté, il y avait plus qu'à prendre la sonde.

540 Il y avait plus qu'à prendre la sonde. Le patient il était déshabillé, il était sur la table, il y avait plus qu'à prendre la sonde et mettre un coup de gel.

Donc les locaux c'est important.

545 Ce qui veut dire que si vous faites de l'échographie en médecine générale il faut le concevoir de la même façon que vous concevez comment vous mettez votre lampe pour regarder, ou comment vous mettez votre table pour mettre votre stéthoscope. Parce que sinon ça va être un frein à sa réalisation.

550 *Donc vous l'utilisez comme une extension de la main, une extension de votre examen clinique ?*

555 A oui complètement, complètement. Sur une vésicule, vous êtes quand même bien plus performant, même si ils sont pas à jeun en ayant mis une sonde. Ou sur un rein, ou sur un bassinnet chez une femme. Un kyste fonctionnel, si vous le cherchez vous le trouvez. Vous savez, en médecine, on trouve ce qu'on cherche. Il y a pas de mystère, si vous le cherchez vous le trouvez !

Bon vous avez quelque chose à ajouter ?

560 Oui, je crois que j'ajouterais en disant qu'il faut savoir quelles sont ses limites. Et quelles sont nos connaissances et quelles sont nos limites par rapport à ça. J'ai vu, je sais, j'affirme. Pas vu, pas pris ! J'ai pas vu, je sais pas. D'accord ? Ca peut quand même exister. Donc j'ai pas vu, je demande. Comme je ferais si j'avais pas d'échographe. Et les patients le comprennent très bien ! Moi ça me pose aucun problème. Et c'est tout l'intérêt, c'est reproductible sans aucun problème. Je leur ai pas fait une perte de chance parce que je leur ai mis un bout de sonde. Bien au contraire. Je ne leur fais que gagner des chances, à condition que je sache où sont mes limites !

570 *Oui, savoir jusqu'où on peut aller et pas hésiter à réorienter.*

575 Jusqu'où on peut aller par rapport à ce que je connais. C'est pas par rapport à ce que je peux faire. Parce qu'on peut en faire des tas de choses. Mais par rapport à ce que je connais. Et bien je sais que j'ai mis la sonde, j'ai vu, j'ai regardé, j'ai vu ça, je sais. Si j'ai pas vu et que ça répond pas à la question que je me posais à la base, et bien je demande.

Vous me parliez de l'échographie cardiaque, vous faites ce dont vous vous sentez compétent de faire.

580 Toujours pareil, on est bon dans ce qu'on fait régulièrement, voilà. Moi maintenant une datation de grossesse, pour moi ça me pose pas de problème. Je la fais. Mais si j'ai pas vu, je sais pas, je demande ! Et je crois que c'est important, d'autant plus que notre compte-rendu, quand vous les donnez à nos patients et qu'ils vont être lus ensuite par les différents spécialistes et les autres médecins. Ils vont être d'autant plus critiqués qu'on n'est pas un radiologue.

Est-ce que ça arrive que d'autres médecins vous envoient des patients pour que vous fassiez une écho ou c'est uniquement votre patientèle ?

590 Dans le cabinet de groupe oui, sinon non. Je vous dis la réticence la plus importante que j'ai eue il y a vingt ans c'était par rapport aux médecins généralistes. Pas par rapport aux radiologues. Qui eux ont vite compris qu'en faisant de l'écho je leur renvoyais des scanners ! Ça les arrange. Peut être que si tous les médecins généralistes s'étaient mis à faire de l'échographie peut être qu'ils auraient pas eu la même approche. J'en sais rien. Enfin voilà.

595 La réticence, la résistance au changement, elle a plus été du côté des généralistes.

Et en terme légal, c'est pas infaisable ?

600 En terme légal, j'ai un diplôme. Je suis diplômé, je peux coter. La sécurité sociale en vingt-cinq ans m'a jamais posé aucun problème. C'est pas non plus que je cote quatre échographies par jour. Après il y a une cotation qui est là. Qu'on peut appliquer. Et après il faut regarder, j'ai rempli pour mon patient la question à poser et je lui ai rendu service... C'est normal, il y a un acte effectué, il y a un investissement matériel. C'est normal.

605 *Pas forcément en termes financiers, plutôt en termes de responsabilités. Je sais que ça rebute pas mal de gens...*

En termes de responsabilités il faut le déclarer à votre responsabilité civile et vous avez un surcout.

610 *C'est un argument qui rebute pas mal de médecins, c'est la peur du médico-légal.*

Oui mais vous savez la peur du médico-légal elle est dans tout. On ne se pose pas la question mais dans l'électrocardiogramme c'est exactement pareil. Même dans votre otoscope avec votre petite lumière c'est exactement pareil. Non... Non... C'est pas un argument. Mais il faut avoir la conscience de se dire « attention à ce que j'ai vu ». Je suis pas radiologue.

620 *Il y a aussi des médecins qui disent que c'est quelque chose de diagnostique, qui peut être un peu pointu...*

Je crois pas que ce soit des diagnostics pointus. Je crois vraiment... Je vous ai évoqué des pathologies simplistes. Je vous ai pas évoqué la métastase hépatique du cancer du machin... Bien que il y a vingt-cinq ans je me souviens, on mettait la sonde, on trouvait des métastases ! Maintenant on en trouve moins parce qu'on découvre quand même les cancers beaucoup plus tôt avant les phases métastatiques. On mettait la sonde, on trouvait une méta. C'est pas très compliqué non plus de faire un diagnostic à ce niveau là. Donc c'est sur des diagnostics simples qui nous posent problèmes de traitement. Sur lesquels on peut apporter une réponse immédiate.

630 *Ca modifie rapidement votre approche diagnostique et thérapeutique.*

Absolument. Il y a un truc important à soulever là dedans. C'est l'échographie thyroïdienne. Vous mettez l'écho, vous trouvez des nodules à tout le monde. Ce qui veut dire que derrière

635 est-ce qu'il faut faire des prélèvements à tout le monde. Est-ce qu'il faut aller biopsier tout le monde ? C'est intéressant ça.

Oui il y a pleins d'incidentalomes. C'est le problème de qu'est-ce qu'on explore et qu'est-ce qu'on n'explore pas...

640 Mais ça c'est un problème de radiologue ! Tandis que nous notre problème c'est de répondre à notre question. Si vous faites une écho thyroïdienne, c'est que vous avez un questionnement par rapport à sa thyroïde. C'est parce que vous avez palpé, parce que vous avez trouvé quelque chose. Alors que le radiologue lui il va peut être le faire de façon
645 systématique et il va tomber sur quelque chose.

Oui donc ça vous arrive pas fréquemment de tomber sur quelque chose que vous n'aviez pas prévu et qui vous pose un problème thérapeutique. Est ce qu'on traite ou est-ce qu'on traite pas ?

650 Qu'est-ce qu'on fait quoi ? C'est ça l'intérêt du questionnement.

Entretien Médecin L

5 *Comment tu t'es lancé dans l'écho ?*

C'est par ma formation, les stages de médecin de montagne. Confronté aux urgences, la traumatologie, et il y avait des confrères qui pratiquaient déjà l'échographie, j'ai été amené à la pratiquer aussi, à me former.

10

Parce que t'avais vu, avec les autres, que ça leur apportait quelque chose ?

15

Bien sûr, ça permet dans l'urgence, d'améliorer le tri et les indications d'orientation. D'avoir une idée plus précise de l'état des patients, par l'écho FAST, les polytrauma, les traumas abdo, les rates. Et puis après en traumatologie, ça permet quand on est un petit peu éloignés des centres de radiologie d'aller beaucoup plus loin dans les prises en charge des patients. Et en aigu, il y a plein de côtes qu'on voit pas aux radios standards, on met un coup de sonde, on voit la fracture de côte. Des épaules, des déchirures musculaires... L'ostéo-traumatique, ça nécessite une formation poussée par contre. Donc déjà, dans l'urgence et

20

puis dans le généraliste, les surveillances à type obstétricale, les phlébites, il y a tout plein d'indications qui peuvent être utiles. Les vésicules, les coliques néphrétiques, voilà. Là on a beaucoup plus d'informations avec l'écho, et quand c'est fait rapidement et qu'on est dans les images on voit / on voit pas, c'est adapté.

25

A la médecine générale.

Carrément.

30

Ça t'a vraiment apporté un plus ?

C'est un outil qui permet d'améliorer la prise en charge des patients.

Dans quel sens ?

35

On va plus loin dans la prise en charge des patients. On a plus de données. Ça permet après d'être plus juste dans le diagnostic et la prise en charge.

Donc tu penses qu'il y a un bénéfice aussi pour les patients ?

40

C'est pour eux qu'on fait ça ! Bien sûr ! La technicité, on en a beaucoup à l'hôpital au cours de nos formations, et puis on arrive au cabinet de médecine générale, on a plus rien. Il y a un souci. Donc c'est un outil qui permet de retrouver un petit peu les outils qu'on a utilisés, qu'on a appris au cours de nos formations. Et quand on est pas en ville avec des correspondants faciles d'accès, c'est un plus pour les patients d'avoir, pour le territoire,

45

d'avoir ces outils là au cabinet.

En cas d'isolement...

50

Si on a un radiologue à côté, facile d'accès, en ville ou proche, voilà quoi... Nous ici, on est pas trop loin des centres, mais bon il faut bouger les patients, les personnes âgées, il leur faut facilement 30 minutes une heure d'aller pour aller voir le radiologue, donc en comptant ça, le rendez-vous, le retour, il leur faut une demi-journée quoi, à prendre, pour faire un examen de radio.

55

Et est-ce que ça t'a apporté quelque chose à toi aussi ?

Moi, plus mon exercice est riche en éléments, plus j'ai l'impression de faire une médecine adaptée. C'est un apport en plus.

60 *Et tu penses que les étudiants devraient être formés, que ça devrait être proposé à la fac ?*

Oui, je pense qu'on arrive à un moment où c'est un outil qui se doit d'être connu et d'être utilisé, notamment dans l'urgence. Parce que ça débrouille un paquet de situations. Les échographies se miniaturisent, deviennent accessibles, les formations sont multiples. Donc on a vraiment un bon terreau, et on est dans la bonne période de temps où on peut y aller, on peut s'engager. La limite, c'est la prise en charge... les honoraires qui vont avec, et ça pour l'instant les caisses, les négociations ne sont pas encore adaptées complètement à la médecine générale. Mais si beaucoup de médecins généralistes commencent à en faire, ça bougera aussi.

70 *Ce qu'on disait aussi, c'est que c'est pas quelque chose qui fait gagner de l'argent, mais si t'arrives à coter un minimum sur ce que tu es à l'aise, t'arrives à pas en perdre non plus...*

75 Je suis pas forcément d'accord, ou alors il faut en faire quand même régulièrement, tous les jours, prendre des créneaux de temps rien que pour faire de l'échographie, pour pas que ça soit à perte. Le côté financier, il est important en libéral, mais pour l'instant effectivement c'est le point noir. Après les médecins peuvent mutualiser l'achat, les cabinets sont de plus en plus en groupe, donc plusieurs médecins, ça réduit considérablement les frais. Il y a des propositions aussi de leasing et des choses comme ça qui peuvent être compatibles et intéressantes. Donc ça, c'est un montage financier.

80 *Donc vraiment, toi l'écho, ça t'a apporté, tu te vois plus revenir en arrière...*

85 Nous, on est contents de notre outil, parce qu'on a fait le choix d'avoir un outil qui est pratique. On a sacrifié un petit peu de la performance, mais bon on est généraliste, on est pas radiologue. On est au début de notre utilisation de notre outil, peut-être que dans quelques années, on aura besoin d'un écho très performant, on verra. Ce choix pratique, c'est parce qu'il ne faut pas que ça nous fasse perdre du temps dans les consultations, que ça soit chronophage. Donc faut qu'on puisse l'allumer rapidement, qu'on puisse l'avoir rapidement. On décide de sauvegarder les images ou pas, de faire des comptes rendus ou pas, mais voilà ça nous bouffe pas plus de temps. C'est intégré dans la démarche clinique. Avoir une échographie qui mettrait du temps à se mettre en marche, où faut appuyer sur plein de boutons, et machin... et passer un quart d'heure une demi-heure, non c'est pas possible vu notre rythme de travail. Donc cet outil en médecine générale, il a sa place, mais il faut qu'il soit simple d'utilisation et rapide d'utilisation. Et nous on a réussi à trouver une écho tablette qui vient de sortir. On a fait une bonne étude de marché quand même, on en a vu quelques-uns. Et on est satisfaits, ça répond bien à notre cahier des charges. Et on l'utilise comme ça. Un truc trop compliqué, on l'aurait mis de côté et on se serait rendu compte qu'on l'aurait pas utilisé, et c'est dommage parce que c'est quand même un sacré investissement ! Donc là on l'utilise à l'identique un peu d'un ECG.

100 *Vous y aviez bien réfléchi avant, d'acheter un outil adapté à la médecine générale, et pas le gros appareil...*

105 On a mis 6 mois à se décider, on a fait venir plusieurs sociétés, dont des start-up, avec des grosses machines et voilà, on s'est fait notre idée. On est dans une association de médecins de montagne, où il y en a pas mal qui l'utilisent, qui nous donnent des retours aussi, on discute. Et c'est qu'on a mis du temps à se décider, mais tant mieux, comme ça on a un matériel de dernier cri, qui est bien adapté.

110 *Donc c'est pas du tout la même utilisation qu'un radiologue peut avoir de l'écho au final...*

115 Tout à fait. Et ces écho là, on peut les retrouver chez d'autres spécialistes qui commencent aussi à s'équiper et à faire du débrouillage écho à leur cabinet. Débrouillage complété par une écho véritable après. Les deux solutions peuvent exister.

Quand t'es sûr de toi, tu la doubles l'écho, tu la prescrites derrière, ou des fois non ?

120 Quand on est en période de formation, effectivement, il faut être prudent. Donc nous, on ne
cote que ce que l'on a appris, et ce sur quoi on a été formés. Donc pour l'instant, que l'écho
FAST ou PREP. Et après tout le reste, c'est un examen en plus qu'on ne cote pas, et on est
assez vigilants, voire effectivement, on confronte par rapport à nos radiologues, s'ils font une
écho derrière. Donc on est dans une phase un petit peu pour l'instant d'apprentissage de
l'outil, on est pas encore dans la maîtrise de l'outil, donc prudence. C'est une nouvelle chose.

125

Et ça t'est déjà arrivé de l'emmener en visite, de l'utiliser à l'extérieur ?

130 On a fait ce choix d'écho parce qu'on est médecins correspondants SAMU, et on peut être
amenés effectivement à l'utiliser en urgence, voire en visite. En médecine générale, un
patient âgé qui peut pas se déplacer, s'ils sont en globe ou quoi que ce soit, coup d'écho, on
a le diagnostic, voilà on a pas besoin de chercher. Donc effectivement, on a une super
mallette étanche, anti choc etc...

135

Pour protéger l'investissement financier.

Oui, parce que ça coute cher !

T'as des choses à ajouter ? Je veux pas te mettre trop en retard pour la suite...

140 Nous on a deux sondes, une sonde superficielle, une sonde profonde, je pense qu'il faut ça.
Il existe des modèles où la sonde fait les deux, c'est le GE là. Ça serait bien qu'on ait les
mêmes modèles de sonde pour les échos pratiques, ça c'est le seul regret qu'on a par
rapport à notre matériel. Donc après, pour se former, pour les internes, les futurs médecins
généralistes ou les médecins généralistes, il y a les DU, les formations de faculté, mais c'est
145 quand même assez contraignant, ça va dans tous les sens, on a pas forcément besoin de ça
dans la pratique. Donc j'ai plutôt tendance à privilégier les formations courtes, ciblées, et
qu'on peut faire un peu progressivement chaque année, et renforcer les choses.

150

Un peu à la carte, tu te formes sur ce qui est pertinent pour toi...

Tout à fait, parce qu'on a des contraintes d'organisation, et à la carte c'est beaucoup plus
facile de les caser ces formations.

155

*Et comme le disait un collègue généraliste, ça sert à rien de savoir dans quel segment du
foie t'es, on est pas là pour être radiologue.*

160 Tout à fait oui, il faut bien connaître ses limites. On peut faire de l'échographie comme tout
médecin, se spécialiser là-dedans et avoir des créneaux de consultation rien que pour ça.
Dans un cabinet de groupe c'est possible. Mais pour la plupart des généralistes, on restera
des généralistes. La maîtrise de l'outil oui, mais voilà il faut connaître un peu ses limites, et
ne pas être radiologue non plus. On fait du débrouillage et c'est déjà pas mal. C'est un plus,
un sacré plus pour les patients.

Entretien Médecin M

5 *Alors pour commencer, je voulais vous demander, comment vous vous êtes lancé dans l'écho ?*

Moi j'avais été interne à [ville A], et j'ai tourné avec différents services, j'ai été interne en gynéco, j'en avais fait un peu. Je me suis installé, seul, le cabinet était la moitié de ce qu'il est. J'avais une radio, puis je me suis dit, je peux pas passer à côté de l'écho c'est trop important. Donc j'ai fait un diplôme d'échographie à [ville B], pendant un an, donc j'y allais mes jours de congés, et j'ai passé mes vacances à faire des stages, et puis je me suis installé comme échographiste. Puis je me suis dit, le complément de l'échographie, c'est le doppler, donc comme j'avais beaucoup de travail, je me suis dit faut que je bosse aussi avec quelqu'un qui fait du doppler, parce que je peux pas tout faire, j'en faisais beaucoup, j'avais une grosse clientèle, donc je me suis associé, j'ai réussi à trouver quelqu'un qui est angiologue et qui fait de l'écho-doppler. Alors du coup on a un plateau technique intéressant, pour nous, pour la population. Les médecins du coin se méfiaient un petit peu au départ, parce que c'était un peu le médecin qui investit l'écho, ils voulaient pas trop envoyer. Quand mon associé est arrivé, ils envoyaient un peu, et maintenant les jeunes ils commencent à nous envoyer pas mal. Ça marche, du coup, pour nous c'est extrêmement intéressant, et pour la population aussi.

25 *On parlait de formation, du coup vous pensez que les jeunes, les internes devraient être formés pendant leurs études aussi ?*

Oui, c'est le prolongement de la clinique, il faut qu'ils apprennent à faire de l'échographie, qu'il y ait des modules, comme ça se fait maintenant, musculaire, gynéco... Voilà, ça s'apprend, c'est pas compliqué.

30 *Et vous, vous l'utilisez dans quelles indications, dans la pratique de médecine générale ?*

En abdominal, colique néphrétique, une lithiase enclavée... Ce matin j'ai vu un beau kyste pelvien, donc soit je l'utilise immédiatement si j'ai l'indication, dans les limites de mes compétences. Ou alors, tout ce qui est à jeun, on fait revenir les gens, tout ce qui est thyroïdien, prostate, je fais revenir les gens.

40 *Donc soit vous l'utilisez un peu comme de l'échoscopie, c'est-à-dire dans le prolongement de votre examen quand vous avez l'indication, soit vous faites peut-être un examen un peu plus poussé, mais en faisant revenir les gens...*

Tout à fait. Si c'est de l'écho réglée, que j'ai pas le temps... comme font les radiologues, si l'indication peut être décalée, je la programme. Une écho de prostate je fais pas en urgence. Donc il y a à la fois cet intérêt de l'écho immédiate, pour un diagnostic immédiat, d'urgence, et puis l'écho de surveillance ou de diagnostic. Je regrette qu'une chose, c'est de pas l'avoir fait depuis le départ... Le nombre de diagnostics que j'ai pu faire grâce à ça. D'avoir pas mis sur ordinateur. C'est sûr que je regrette, si j'avais fait ça...

50 *Ça serait publié*

Tout à fait, oui.

Et du coup, vous l'utilisez pour votre patientèle, on vous adresse pas de patients ?

55 Si, on m'adresse oui. Pour une suspicion d'appendicite, des claquages. Les autres médecins commencent. Parce qu'avant, il y avait un cabinet de radiologie à [ville B] qui a disparu, c'est la commune à 5km. Et donc ils ont fermé, du coup les autres médecins nous envoient beaucoup. Une suspicion de phlébite, ce matin j'avais une petite qui avait mal au mollet, ça

60 pouvait évoquer une phlébite, j'ai demandé à mon associé de regarder, c'était pas ça, voilà tac j'ai le diagnostic et t'es content. Donc ça doit être pris en charge par le généraliste, c'est pas compliqué. Il faut les former, il faut qu'ils se forment. Donc tous les jeunes que j'ai, je leur dis, allez vous former ! Même si vous êtes pas formés à tout, vous repasserez du temps dessus, c'est pas compliqué.

65 *Donc vous disiez, les patients ils sont contents, pour vous c'est quoi l'apport pour le patient ?*

70 C'est un service immédiat. Vous avez une douleur pelvienne, boum vous mettez un coup d'écho, vous voyez immédiatement, c'est pas compliqué. Hier, j'avais un petit qui avait mal aux couilles, il y avait une hématocele, voilà, vous mettez une sonde vous voyez. Avant-hier, j'avais une femme qui avait mal aux seins, elle avait deux énormes kystes dans le sein, j'ai ponctionné derrière. Elle avait vu mon remplaçant qui lui a dit, là c'est compliqué faut revenir, le lendemain j'ai vu ça, j'ai ponctionné, c'est fini. C'est tellement évident que ça peut être pris en charge par le généraliste. Après il faut qu'il se forme, et puis qu'il sache sa limite, moi je sais pas faire les échos d'épaule ou de cheville, et ben je fais pas, parce que j'ai pas été formé. Mais si j'étais plus jeune, je me serais lancé dedans.

75 *Ça vous empêche pas de ré-adresser si besoin à un radiologue ?*

80 Voilà, c'est comme tout, je fais des radios, je connais mes limites. Si j'ai un doute, je demande le scanner derrière. Ça me permet de faire des diagnostics plus vites, plus rapides, et avec un service immédiat aux gens. Sauf que l'ARS elle tient pas trop à ce qu'un généraliste fasse ça, pour pas que ça soit payé. La FAST écho qui sert à rien quasiment, qui est pas payée. Comme la tendance est à faire des gros pôles, il faut que les généralistes investissent ça. C'est des compétences, ça se fera, c'est une lutte, contre les lobbies.

85 *Faire reconnaître la pratique...*

90 Oui, contre des lobbies entre guillemets, il y a des gens qui tiennent pas trop à ce que le système évolue, à la fois la fac, l'Etat et les radiologues. Ça peut se comprendre, le monde est comme ça, conservateur, des droits acquis, voilà. Je pense que c'est très important de faire ça, pour revaloriser la médecine générale.

Vous êtes en montagne en plus, vous pensez qu'il y a un apport différent ?

95 Tout à fait, c'est sûr que si j'étais en ville à côté d'un cabinet de radiologie, j'aurais pas besoin de faire ça. En montagne ou dans les centres un peu périphériques, oui il faut le faire.

En termes de coût, qu'est-ce que vous en pensez ?

100 En termes de coût, jusqu'à présent, je payais mes investissements, je le remboursais, j'ai pas eu de problème. Là, l'ARS nous a offert un écho neuf, pour aider les médecins à se maintenir en montagne, ils ont une politique où ils subventionnent pour des équipements, ça peut être des radios, des équipements informatiques. Nous on a demandé parce que l'échographe a 6 ans, il arrive en bout de course, donc il est subventionné, il faut remercier l'ARS. Jusqu'à présent j'avais jamais rien demandé, j'avais toujours auto-financé. Mais parce qu'on est dans un système d'assistanat. La France ça devient un système d'allocataires, d'assistanat, de victimes... Donc laissons les gens travailler et ça serait plus ça. Si les politiques ré-introduisaient un peu de libéralisme...

110 *Par rapport à l'investissement initial, il n'y a pas eu de soucis ?*

Non, ça a été remboursé. On avait des beaux appareils.

Vous vous y retrouvez en tout cas...

115

Oui. Moi quand je fais un examen gynéco, je regarde, je fais le frottis, souvent je mets une sonde. Je vois les ovaires, l'utérus, et puis j'ai tout vu. Ça ne nous prend pas plus de temps, ça va aussi vite et c'est plus performant.

120 *Une dernière question si vous avez encore deux minutes, est-ce que vous pensez qu'il y a une différence entre une écho pratiquée par un généraliste et une écho pratiquée par un radiologue ?*

125 On sait que c'est opérateur dépendant. Donc après faut savoir ses limites, si on a été formés... Je faisais des échos fœtales, où j'ai trouvé pas mal d'anomalies, mais depuis que c'est très règlementé je les envoie, mais j'ai fait des échos de 30 semaines, voir une nuque c'est pas compliqué. On veut en faire un truc compliqué, avec des espèces de marqueurs, tout ça, ça va disparaître, ça rime à rien. L'histoire nous le montrera.

130 *Vous pensez à évoluer ?*

Oui effectivement, il faut se positionner, tous les cabinets qui sont un peu loins devraient avoir ça, ça va se développer.

135 *Et bien merci beaucoup.*

Entretien Médecin N

5 *Je voulais vous demander, comment vous vous êtes lancé à la base dans l'échographie ?*

Alors moi je me suis lancé dans l'échographie parce qu'à la fin de mon externat, enfin quand j'ai eu fini les études de médecine, j'ai passé l'internat. J'ai réussi l'internat mais il fallait que j'aille sur [Ville 1] parce que c'était régionalisé. Mais j'avais pas envie d'aller sur [Ville 1],
10 étant originaire de [Département 1]. Donc je me suis dit, « il faut que je fasse une formation complémentaire ». Et comme j'étais à [Ville 2] et qu'il y a une très belle école d'angiologie, du coup je sortais de cardiovasculaire et je me suis dit « tiens c'est intéressant, je vais passer le concours ». Et de fil en aiguille cette formation m'a plu. Voilà comment je suis arrivé dans l'écho-doppler vasculaire.

15 *Vous vous êtes vraiment spécialisé dans le vasculaire ?*

Oui moi je suis spécialisé en écho-doppler vasculaire, et puis par la suite j'ai fait une formation complémentaire en échographie. Ce qui me permet d'étendre mon activité à
20 d'autres horizons. [Nom 1] qui est mon associé, qui lui fait de l'écho, on évite quand même de se marcher sur les pieds. Il y a des choses que je lui laisse faire intégralement. Et puis moi je fais de l'écho complémentaire sur des choses... Et on s'est mis d'accord, moi je fais tout ce qui est exploration... Je fais de la gynéco, de la thyroïde, du muscle. Tout ce qui est abdominal, pelvien et abdominal-urologique c'est lui qui fait.

25 *La pratique est tellement vaste que vous avez pu un peu sectoriser...*

Oui on s'est un peu spécialisés dans des domaines particuliers. Et encore on pourrait beaucoup plus se spécialiser si on avait plus le temps et éventuellement plus d'associés.

30 *Alors en termes de formation, vous vous êtes formé à [Ville 2], vous pensez que ça devrait être plus développé dans les études ?*

Ca devrait être obligatoire ! Obligatoire. Moi j'ai fait deux ans de formation obligatoire à
35 temps plein sur [ville 2]. En angiologie c'est très particulier parce qu'on nous impose sur [ville 2] deux ans de formation à temps plein. Auxquels on ne peut pas déroger. On passe aussi bien sur les services de médecine vasculaire, chirurgie vasculaire et service d'exploration vasculaire. Et c'est deux ans avec à l'époque, je sais pas si c'est toujours comme ça mais il y avait un concours d'entrée et un examen de sortie. Et les places étaient assez limitées. Mais
40 voilà, ça nous a permis d'acquérir une compétence vaste en vasculaire et puis d'arriver et d'être capable d'exercer sans aucun souci.

Avec une formation de base de médecine générale...

45 De médecine générale. Et l'échographie c'est pareil. L'échographie devrait être enseignée de manière courante dans l'enseignement des étudiants. Le gros problème c'est qu'il y a eu un barrage probablement par les radiologues. C'était assez mal vu. Mais ce qui est un combat complètement d'arrière garde. Complètement d'arrière garde. La médecine évolue, il faut que les jeunes médecins se mettent aux nouvelles technologies. Voilà, ça permet de
50 rendre le métier beaucoup plus attractif, beaucoup plus intéressant et d'aller beaucoup plus vite aussi bien dans les diagnostics que dans la thérapeutique quoi.

Plus attractif, plus intéressant, ça vous apporte aussi un petit côté technique c'est ça ?

55 Ah ben oui, oui oui oui oui, ça vous évite de tomber dans la monotonie. Je veux dire, médecin généraliste de base avec un stéthoscope et un tensiomètre ça doit plus exister ! Non mais ça doit plus exister au jour d'aujourd'hui. On doit être multifonction. Nous on a ça, on fait de la radiologie à côté, on a un électrocardiogramme, on fait des EFR, on a un holter

60 tensionnel... Bref voilà. Il faut qu'on ait un plateau technique qui vous permette d'aller de l'avant.

Si je comprends bien ça vous a apporté un côté stimulant et gratifiant.

65 Ah ben oui oui, moi ça fait 25 ans que j'exerce, j'ai l'impression d'avoir commencé hier. Et puis on a toujours envie de bosser, toujours envie d'y rester malgré les côtés moroses qu'on peut avoir face à l'administration... On a un métier fabuleux. Le problème c'est qu'il faut le faire évoluer. Il faut que les instances universitaires sortent un peu de leurs services pour se rendre compte de ce qu'on peut faire en médecine générale. Et de nous laisser faire !

70 *Et selon vous, c'est quoi à peu près le type de pratique qui est adapté à la médecine générale ?*

75 Toutes ! Il n'y a aucunes limites. A partir du moment où vous êtes formés, vous avez l'appareil et les sondes qui correspondent, vous avez aucunes limites. C'est pas une science infuse qui est accessible qu'à une minorité. Ca doit être un acte technique comme vous apprenez à interpréter un électrocardiogramme, comme vous apprenez à faire des immobilisations plâtrées, à interpréter des radios, c'est pareil. Ca s'apprend. C'est une formation. Alors après si on peut avoir des limites par rapport à de l'écho-endoscopie... Là ça demande des salles de bloc, d'anesthésie... Auxquelles on n'a pas accès. Je veux dire une 80 échographie générale, abdominale, gynéco, urologique, musculaire, vasculaire, on n'a pas... On n'a pas de limites.

Et vous, vous vous en servez dans quelles indications ? Vous avez des exemples ?

85 Alors moi je m'en sers déjà en vasculaire je fais tout ce qui est exploration des phlébites en urgence. Ici on est dans une zone de montagne. Des stations de ski à côté... Enormément de traumatologie. Notamment des membres inférieurs. Avec beaucoup d'immobilisation. Beaucoup de risques de phlébite. Donc l'hiver en urgence on n'arrête pas on en demande. 90 Après on a toute la pathologie artérielle des membres inférieurs. On fait ça à chaque fois qu'on a une suspicion d'AIT ou d'AVC. Sauf quand c'est massif, enfin ça n'empêche pas qu'il faut hospitaliser derrière, mais bon je veux dire tout de suite vous pouvez faire votre échodoppler en urgence. Il y a une sténose serrée, le diagnostic est fait ! Une carotide... voilà ! Vous appelez déjà le chirurgien, il programme tout, ça va très vite hein ! Et puis après toutes les autres échographies on n'a pas de limites. Soit on a de l'échographie par exemple en 95 urgence. Traumatisme abdominal, rupture de rate... Toute l'urgence infectieuse. Les péritonites, les appendicites... Et puis après tous les examens programmés qui vont être les thyroïdes, les examens gynécos... Je veux dire nous on fait tout !

Du suivi d'un kyste, d'un anévrisme...

100 Voilà par exemple ! On n'a pas de problème. Je veux dire par exemple en vasculaire vous avez les endo-prothèses aortiques. Voilà vous allez jeter un coup d'œil il faut avoir l'habitude d'en faire. Mais une fois que vous savez en faire, vous faites des suivis d'endo-prothèses. Moi j'en ai régulièrement. Tous les suivis de pontage artériel...

105 *Ok, et pour les patients qu'est-ce que ça leur apporte vous pensez ?*

110 Ben ça leur apporte qu'ils sont tous contents ! Ils viennent au cabinet ils ont tout. Ils viennent ils ont un diagnostic, un traitement ! Quand on leur dit « c'est médical », c'est médical, on fait un traitement. Si c'est chirurgical on les envoie d'emblée au chirurgien. Ils n'ont pas à descendre quatre fois à [Ville 3], faire des examens, remonter, recommencer... C'est quand même un intérêt majeur. Pour les patients qui ne se déplacent pas, pour la rapidité parce qu'on se débrouille nous en fonction de l'urgence. Pour tout ce qui est diagnostic de phlébite, ici bing. On m'appelle le matin c'est le jour même ! Même si il faut finir à 21h, je finis à 21h. A 115 [Ville 3] ils vont dire, « ha non on peut pas... Il faut venir demain... » Déjà il faut qu'ils descendent, qu'ils trouvent une place pour se garer... L'aller-retour ça leur fait 60 bornes. Il y

en a qui ne peuvent pas descendre, l'hiver il y a de la neige, des mauvaises conditions... Pour les patients c'est vraiment un gain de temps et puis un côté très pratique. Tous les touristes qui viennent, aussi bien de [Ville 4] que de [Ville 5] et bien ils sont bluffés. Parce qu'ils nous disent « on n'a ça nulle part ailleurs dans nos régions, vous avez tout sur place ! ».

Et vous ça vous donne un côté autonome, pour aller jusqu'au bout...

125 Tu fais de la médecine quasiment de A à Z. Alors après on travaille avec beaucoup de spécialistes hein. Parce que voilà il y a pleins d'examens complémentaires qu'on peut demander qu'on ne fait pas. Et puis après il y a tout le côté traitement. Vous avez une colique néphrétique avec un calcul qui bloque. On va l'envoyer à l'urologue. Quand on l'appelle on lui fait le diagnostic, il sait ce qu'il en est, c'est terminé. Il prend le patient. Si il faut monter une sonde la journée il la monte. Ou le soir. Voilà il y a une néphrose comme ça, ça bloque... Et une colique hépatique aussi en urgence, on voit. Ou une cholécystite on fait aussi le diagnostic. Ça évite aussi aux gens de passer par les urgences, des fois de trainer 6 heures avant d'avoir le diagnostic.

135 *Donc ça évite dans pas mal de cas un passage aux urgences...*

Ca évite dans beaucoup de cas un passage aux urgences. Et puis tous ceux auxquels on a éliminé les choses graves et il n'y a rien ça leur évite un passage aux urgences ! Les phlébites je veux dire je les traite à 99.9% ici. Il n'y en a pas une qui passe par le biais des urgences.

Il y a aussi le fait que vous ayez un exercice en montagne donc peut-être plus loin de radiologues, de services d'urgences..

145 Eloignés effectivement des structures médicales, des plateaux techniques quoi. Ça évite des transports compliqués, beaucoup... Voilà après le problème c'est qu'on n'est pas tellement reconnu et qu'on n'a pas de rémunération en conséquence.

Mais les patients sont contents...

150 Oui.

En parlant de rémunération, en termes financiers qu'est-ce que vous en pensez ?

155 Nous on cote un acte, comme un acte d'échographie, puisqu'on a une formation pour. J'ai vu au jour d'aujourd'hui dans certaines facultés ils sont en train de lancer l'écho entre guillemets « de débrouillage » chez les étudiants. Tout le monde va s'y mettre, mais sans aucune cotation. Mais il ne faut jamais accepter ça ! C'est inadmissible ! Je veux dire, c'est quoi ? C'est du sous travail ? C'est de la sous qualification ? C'est-à-dire que vous allez dire « ouais je suis pas très sûr, il y a un truc là, alors je le renvoie derrière... ». Non mais ça rime à quoi ? Sauf un examen qui est complet et à ce moment là, ça mérite rémunération, soit on le fait pas. Mais là j'ai lu c'est ce qu'ils veulent lancer, dans certaines facultés ça commence. Et à Bordeaux, il y a... en deuxième année ils commencent déjà à manipuler des sondes. Mais à l'heure actuelle la CPAM est tout à fait d'accord, parce que ça va rien leur coûter ! Ils leur disent « vous serez hors nomenclature ». Ils appellent ça de, je crois... de l'échographie de débrouillage... Il y a un terme un peu comme ça... J'ai vu ça sur certains congrès. Il ne faut pas accepter ça. Une formation pendant les études et puis après on se limite à ce qu'on sait faire. Il y a des modules, vous pouvez faire un module de l'abdomen. Si vous ne savez pas faire autre chose, il ne faut pas faire du superficiel... du musculaire, vous envoyez au spécialiste. Il y a du superficiel qu'on ne fait pas parce qu'on n'a pas le temps de se former. On envoie voir des radiologues, des gens qui le font. Voilà. Je suis surpris qu'on propose ça à ces niveaux dans les facs. Il faut former les gens intégralement.

Oui il faudrait avoir une formation solide, complète ou pas du tout.

175

Oui une formation spécifique. Voilà à la limite les étudiants veulent s'inscrire, ils peuvent le faire, ils le font. Et après on cote normalement, on n'a pas à « sous coter » pour faire plaisir à la SECU. Quand vous faites un examen, ça dure quand même... ça peut durer entre 15 et 45 minutes. Mais si vous êtes installés en consultation de ville tout seuls, que vous voulez faire

180

une échographie au membre inf qui dure 45 minutes et puis vous cotez 23 euros. Je peux vous dire que vous allez vite faire faillite hein ! Quand vous aurez payé les charges et tout en fin de journée vous n'y arriverez pas ! Donc il y a un moment donné on ne peut pas accepter ça quoi. Alors quand tu es salarié tu peux t'amuser à bidouiller avec la sonde, passer deux heures sur un examen. Mais là c'est pas possible.

185

Et oui. Peut-être que cette formation dont vous me parliez, dispensée pour tout le monde, peut-être aussi que ça pourrait permettre à des gens de toucher à l'échographie et de se former plus après... Développer l'intérêt pour l'échographie...

190

Mais après il faut aussi que les facultés organisent une formation et proposent des stages. Parce que nous aujourd'hui c'est ça, il y a quelques facs qui font des modules de formation mais après pour trouver des stages. Je peux vous dire que tous les jeunes qu'on a eus ici, ils ont des refus de tout le monde ! Même les hôpitaux publiques ! L'hôpital publique d'Annecy a refusé systématiquement tous nos stagiaires ! Alors que c'est quand même leur but aussi de former des gens. Refus de tous les radiologues de l'hôpital. En privé, je veux dire, si vous ne connaissez pas un bon copain qui accepte de prendre quelqu'un c'est pareil. Et après les jeunes ils ne trouvent pas de stage. Ça c'est quand même problématique ! Une chasse gardée quoi. Il faut l'ouvrir. Il faut arrêter de raisonner comme ça. C'est des raisonnements des années 70 quoi. Chacun a sa petite chasse gardée. Ça c'est une mentalité qu'on avait

195

avant et on a du mal à en sortir encore au jour d'aujourd'hui.

200

Et en termes d'investissement, vous au départ c'était pas trop compliqué ?

205

Et bien c'est cher et il faut travailler beaucoup pour rentabiliser. On faisait des grosses semaines hein. Des très très grosses semaines puisque nous on travaillait un samedi sur deux, un dimanche sur deux et une nuit sur deux pendant toute la saison d'hiver et tout l'été. Ouais ouais. On faisait des semaines, je vous explique pas certaines semaines on dépassait les cent heures. Quand je dis ça aux gens ils ne me croient pas, je ne leur en parle même pas. En un an ça a un peu changé, parce qu'on n'a plus les gardes de nuit. Ça nous a quand même énormément libérés. Mais pendant quasiment quinze ans on a tourné comme ça quoi. C'est très lourd. Mais après nous c'est une passion. Ça n'empêche qu'on était obligés de tourner beaucoup comme ça. En échographie... Voilà. C'est pour ça que l'investissement d'un bel appareil... C'est quand même cher un appareil d'écho. Si vous n'avez pas derrière la possibilité de rémunérer votre acte, vous n'y arriverez pas. Ou alors vous allez trainer avec des petits bouts d'appareil comme on voit, portable, mais qui n'ont pas de pénétration. Avec lesquels vous ne savez pas bien si le diagnostic est bien fait ou pas bien fait. Notamment en abdominal. Il faut quand même un minimum de puissance dans l'appareil. Sinon avec des petits appareils vous allez vite vous trouver limités.

210

C'est très lourd. Mais après nous c'est une passion. Ça n'empêche qu'on était obligés de tourner beaucoup comme ça. En échographie... Voilà. C'est pour ça que l'investissement d'un bel appareil... C'est quand même cher un appareil d'écho. Si vous n'avez pas derrière la possibilité de rémunérer votre acte, vous n'y arriverez pas. Ou alors vous allez trainer avec des petits bouts d'appareil comme on voit, portable, mais qui n'ont pas de pénétration. Avec lesquels vous ne savez pas bien si le diagnostic est bien fait ou pas bien fait. Notamment en abdominal. Il faut quand même un minimum de puissance dans l'appareil. Sinon avec des petits appareils vous allez vite vous trouver limités.

215

des petits bouts d'appareil comme on voit, portable, mais qui n'ont pas de pénétration. Avec lesquels vous ne savez pas bien si le diagnostic est bien fait ou pas bien fait. Notamment en abdominal. Il faut quand même un minimum de puissance dans l'appareil. Sinon avec des petits appareils vous allez vite vous trouver limités.

220

Et dans les appareils vous avez vu une évolution ces dernières années ?

225

Ah ben oui énorme. Enorme. En vingt ans. Toute façon c'est simple l'évolution des appareils d'écho c'est parallèle à l'évolution informatique hein. C'est des gros ordinateurs. Plus ils sont puissants, meilleure est la définition. Et puis avec des technologies qui évoluent un peu sur les capteurs de sonde, voilà. Mais, plus l'arrivée du doppler pulsé, plus du doppler couleur. Ça a été comme une révolution dans la technologie.

Puis aussi ils sont devenus portables et peut être abordables aussi.

230

Alors là les prix maintenant commencent un peu effectivement à se réduire depuis, je dirais, sept, huit ans. Je dirais qu'on a atteint un pic dans les années 2009, 2010. Et puis là on sent que ça commence un petit peu à se niveler. Mais après tout est question aussi de puissance

235 d'appareil. Vous prenez des gros appareils de dernière génération, que généralement nous on ne peut pas se payer dans les cabinets. Il n'y a que les hôpitaux qui s'achètent ça. Là on est quand même dans des prix très, très élevés. Mais déjà, nous avons de très bons appareils qui nous permettent de faire, pour nous en médecine de ville, 98% de ce qu'on veut faire.

Du coup vous cotez, vous faites aussi un compte-rendu ?

240 Oui on fait un compte-rendu qu'on donne au patient. Systématique, il part avec. Notre secrétaire tape le compte-rendu. Après on peut avoir des systèmes vocaux pour dicter. Mais moi j'utilise pas. On fait un compte-rendu systématique.

245 *Et tout à l'heure vous me disiez que vous avez beaucoup travaillé au début. Et vous pensez que pour maintenir sa compétence il faut en faire beaucoup ?*

250 Ah il faut en faire beaucoup. Ha non il faut en faire. Le problème c'est de toute façon c'est comme tout. Plus on en fait, plus on est performants. Dans tous les domaines. Il faut pratiquer. Il faut pratiquer. Mais après la pratique... Vous avez des indications tous les jours ! Tous les jours ! [Insistance] Vous pouvez faire... il faut faire de la pratique et il faut faire après des formations continues. Ce que je fais chaque année tous les ans depuis vingt ans. Ce qui nous permet de se maintenir à la page, voilà. Même si il y a des trucs qui sont un peu répétitifs parce que tout n'évolue pas. Mais ça fait rien parce qu'on va voir d'autres pathologies, on va voir d'autres choses... Des trucs très rares qu'on ne va pas voir des fois dans le cabinet.

Et la formation continue c'est assez développée, vous trouvez facilement ?

260 Nous au niveau vasculaire pur, c'est très bien organisé. Au niveau de l'angiologie on a une société française d'angiologie qui est gérée par des médecins angiologues. Avec deux grands congrès annuels qui sont très bien organisés. On a des formations théoriques et on a également des formations pratiques dedans. Avec utilisation des sondes, par exemple on a évolué vers le doppler trans-crânien, vers des pathologies comme ça, qu'on ne faisait pas. 265 Qui n'existaient pas quand j'ai démarré quoi. Et ça, ça nous permet de pratiquer, de se mettre à la page, c'est très bien organisé. Mais tout n'est pas comme ça. Après l'échographie je vous dis c'est quand même plus... l'échographie pure, c'est plus compliqué quoi. Voilà. Il faut trouver... il faut trouver des gens qui peuvent vous recevoir, qui acceptent, il faut frapper aux portes. C'est pas vraiment... il n'y a pas une société organisée pour les 270 médecins généralistes quoi. Une société savante.

Oui donc ça peut être plus compliqué du coup en termes de formation initiale et continue. Vous me parliez aussi que vous faisiez des comptes rendus, vous avez des contraintes par rapport aux appareils ?

280 On a des contraintes de qualité, des contraintes de normes. C'est marqué dessus, les numéros d'appareils, les dates. Les appareils nous on est obligés de le changer en gros tous les sept ans. Sinon on décote l'acte derrière. Ça ne veut pas dire que vous n'êtes pas compétents et que l'appareil n'est pas performant. Ça fait plus partie des règles administratives qui sont parfois un petit peu aberrantes mais bon... on est obligés de renouveler régulièrement nos appareils. Pour pouvoir continuer à coter. Ce qui évite aussi que des gens restent avec des appareils qui ont quinze ans, qui sont complètement dépassés. Mais bon dans l'échographie on n'a pas trop ce problème là parce que la 285 technologie a tellement évolué qu'à un moment on est obligés de passer à un appareil supérieur.

D'accord, et il y a souvent un aspect qui rebute les médecins généralistes pour la formation, ils me parlent souvent de l'aspect médico-légal. Vous en pensez quoi ?

290

Rien du tout ! Rien du tout ! Toute façon vous vous inscrivez, vous le notez dans votre assurance. Toute façon quand vous prenez votre assurance professionnelle, ils vous demandent ce que vous faites. Au même titre que vous faites des points, vous placez des plaques, au même titre que vous placez des stérilets... Vous mettez que vous faites de l'échographie et eux ils ajustent votre assurance par rapport à ça. Après effectivement c'est comme tout, en médecine il ne faut pas faire n'importe quoi. On fait ce qu'on connaît bien quoi. Si on ne connaît rien dans un domaine on ne va pas se lancer tout seul là-dedans quoi hein, ça c'est une évidence. Mais à partir du moment où vous êtes formés, où vous avez l'habitude, c'est quand même pas non plus... C'est quand même pas très compliqué hein, je veux dire... ça ne nécessite pas une formation de dix ans échographie. Surtout quand vous avez déjà fait médecine avant. Vous connaissez toute la pathologie, toute l'anatomie... après il faut par contre s'habituer à l'imagerie. Voilà.

Et puis la vision dans l'espace...

Ouais la vision dans l'espace, voilà. Savoir repérer certaines pathologies très spécifiques. Ça demande... ça demande une formation mais c'est quand même pas... Tous ceux qui ont réussi médecine ils peuvent faire de l'échographie.

Oui donc c'est plus que faisable. Enfin c'est vraiment pas un problème pour vous.

Ah non non non. Le problème je pense que c'est effectivement... Moi je me demande pourquoi c'est pas encore intégré. Enfin je sais pas, vous avez des formations radiologiques vous ? Moi je suis sorti déjà depuis quelques années de la fac de médecine. Mais vous avez de la peine ?

Alors en formation théorique, il y a l'interprétation de la radio. Le scanner dans telle ou telle pathologie... Quelques signes échographiques... Mais il n'y a pas vraiment de module pour ça. Peu de formations pendant les stages.

C'est comme moi lors de ma formation, il n'y a pas de module spécifique.

On n'a pas de stage en radiologie ni de module spécifique. Moi j'en ai fait personnellement parce que j'ai fait mon premier semestre en gynéco et qu'en gynéco on était obligés d'en faire. Sinon j'y aurais jamais touché je pense.

Ce qui est dommage. Ce qui est dommage, parce que tous les jours vous lisez des scanners, vous lisez des IRM, des mammographies... Vous êtes obligés, vous êtes médecins, c'est large quoi. On interprète des choses... en biologie des fois qui te servent pas, ou de la biochimie que tu vas faire pendant un an. Qui ne vont jamais te servir en médecine de ville. Par contre les interprétations radiologiques, voilà, on passe à côté. Je vois que ça n'a pas évolué depuis que je suis sorti.

Il y a quelqu'un qui me disait : « Moi les patients, ils m'emmènent leurs échographies. Mais c'est un examen tellement instantané et opérateur dépendant que de toute façon moi les images toute manière je ne vais rien en faire. Je vais regarder que le compte-rendu. »

Et ben ça ils ont raison. Parce que l'échographie c'est un compte-rendu je dirais dynamique. C'est-à-dire que c'est très technico-dépendant. Ça vient surtout du technicien. L'IRM, le scanner, c'est différent. L'angio-IRM, ça c'est différent. C'est-à-dire que, voilà. Mais l'échographie c'est sûr que... Quand tu as deux ou trois clichés avec un kyste de dix centimètres sur l'ovaire, tu vas le voir sur la photo. Mais on va plus regarder le compte-rendu.

C'est sûr, ce sera moins ré-interprétable, comme ça peut être pour un scanner.

Oui oui, bien que maintenant on a quand même une fiabilité qui est de plus en plus importante. C'est-à-dire que par exemple les anévrysmes de l'aorte, on les suit quasiment...

350 Vous avez un anévrisme de l'aorte à trente-cinq, quarante millimètres, vous le suivez qu'en échographie. Et si on voit qu'il évolue, on va passer au scanner dans un but opératoire quoi. On ne va pas leur faire des scanners de contrôle tous les six mois. On a quand même une bonne reproductibilité des mesures et de l'imagerie.

Ce qui la rend très intéressante dans le suivi aussi...

355 Oui oui, dans le suivi.

Pas seulement de l'urgence, pas seulement du dépistage...

360 Non non non, moi après en vasculaire, moi j'ai tous les suivis, notamment l'artériel... on a énormément de suivi derrière. Tous les pontages, toutes les endoprothèses qu'on va surveiller. Ça on le fait qu'en écho-doppler quoi. La seule chose c'est un peu les endoprothèses aortiques, donc là traiter les anévrismes, les endoprothèses aortiques... ça c'est très technique. Et des fois on a besoin d'angiostanner derrière pour voir si il n'y a pas
365 des endofuites, parce qu'on n'est pas sûrs. Voilà, on demande quoi. Mais un anévrisme seul qu'on veut suivre pour savoir quand on va l'opérer et s'il évolue, on le fait qu'en échographie.

Donc des indications qui sont très larges, mais en tout cas dans votre pratique quotidienne, vous, ça vous a beaucoup apporté.

370 Beaucoup apporté. Par exemple au niveau musculaire on en fait de plus en plus. Voilà, on a de plus en plus d'infiltrations sous écho. Les épaules on n'en parle même pas. Les déchirures musculaires de coiffe, voilà c'est monnaie courante ! Tout ce qui est thyroïde c'est pareil. Nous ici les Savoies on a énormément de problèmes thyroïdiens, on l'utilise
375 énormément. En gynéco, elle a mal au ventre, on ne sait pas trop... si c'est un kyste de l'ovaire, un truc comme ça, tu sais pas... elle saigne, elle a un fibrome... tu mets un coup d'échographie et le diagnostic est fait. Tu vois si c'est ça ou si c'est pas ça ! Ça nous évite de tourner en rond pendant trois mois. D'attendre de voir le gynéco qui a un rendez-vous dans six mois. Tu as le diagnostic immédiatement.

380 *Bon ben je crois qu'on a parlé de pas mal de choses, est-ce que vous avez des choses à ajouter ?*

385 Ben des choses à ajouter... je dirais peut-être le manque d'intérêt des jeunes par rapport à ces nouvelles technologies.

Qui vous frustre un peu.

390 Oui moi je suis scié parce que je suis une génération quand je suis arrivé j'étais passionné par ça. L'écho-doppler couleur arrivait. Le doppler couleur, je me souviens c'était révolutionnaire on était emballés ! Moi j'ai tout de suite voulu me former en me disant « ça c'est un truc d'avenir ! ». Les jeunes on leur met tout dans les mains, ils viennent. « Ouais ouais c'est intéressant. Ouais c'est intéressant... mais bon. Ouais bon, je vais aller m'installer au centre-ville quoi. Non parce que bon voilà je veux travailler que sur rendez-
395 vous... et puis je vais aller faire ma petite médecine pépère tranquille des années 50 quoi ». Je suis un peu surpris.

Ils sont pas très emballés ?

400 Des fois pas beaucoup de motivation. On a l'impression que là ça change un peu. Les deux derniers stagiaires ont l'air un peu plus intéressés. Mais ceux qu'on a eus avant, au début ils partaient avec beaucoup d'enthousiasme. Et puis finalement... « Ah ouais mais il faut aller se former, il faut repartir... ». C'est vrai que c'est pas évident. Parce que quand t'arrives t'es en huitième année, on te dit qu'il faut repartir sur Lyon, sur Grenoble... Les gens il faut qu'ils
405 bossent un peu pour vivre. Financièrement c'est pas toujours évident. Mais il y en a plein du

coup qui veulent pas refaire l'effort d'aller faire des formations après leur huitième année quoi.

410 *Et ouais, parce que vous, vous avez fait des formations à temps plein pendant deux ans pour ça, et après vous étiez rémunéré quand même.*

415 Alors non nous on avait aucune rémunération. C'était à la base du volontariat, on avait des gardes. Par contre c'était très bien organisé parce que sur [Ville 1] on avait des gardes de nuit en angiologie et de week-end. Et on faisait la semaine complète. C'est-à-dire toutes les nuits et le weekend. Donc on avait une petite rémunération qui nous permettait... Et comme on était cinq, ça nous faisait une garde toutes les cinq semaines. Où on passait une semaine entière vingt-quatre heures sur vingt-quatre à l'hosto parce qu'on faisait le jour et la nuit. Et là-dessus on touchait un petit quelque chose sur la garde. Et puis le weekend on montait. 420 Moi je faisais des remplacements. En semaine j'étais à l'hôpital et puis le samedi dimanche je venais faire des remplacements chez des médecins généralistes, sur les gardes de weekend pour pouvoir vivre quoi. Mais là maintenant vous leur proposez de travailler un samedi, il y en a pas un qui veut bosser. Donc tu te dis... voilà. Ouais non c'est surprenant les mentalités ont changé. Je sais pas si c'est en bien ou en mal mais des fois on a du mal à comprendre.

Entretien Médecin O

5 *Donc, déjà pour commencer, je voulais vous demander, vous, est-ce qu'il y a une situation où vous vous êtes retrouvé, vous vous êtes dit, mince si je pouvais faire une échographie moi-même, ça serait pas mal ?*

10 Oui, plein de fois. A partir du moment où tu te dis dans ta tête que ça peut te servir, et que tu sais ce que c'est, tu te dis que pour certaines choses, c'est dommage que tu puisses pas...
Moi je viens de m'occuper de faire le dossier, qui vient de m'occuper d'un petit peu tout, c'est dommage de pas faire l'échographie. C'est une perte de temps, parfois une erreur diagnostique... Pas une erreur mais enfin bon, le diagnostic serait plus précis. Ça serait pas une évaluation comme ça, mais quelque chose de plus ferme, et c'est vrai que c'est
15 dommage et je pense que ça rendrait service. Il y aurait une satisfaction pour le médecin, et deuxièmement, je pense que pour les patients, ça serait bien. On avance d'un cran. Ça me semble être... très souvent ! Surtout que je suis motivé depuis très longtemps pour faire ça. Donc d'autant quoi. Maintenant je me calme, je gère avec les moyens actuels. Mais c'est vrai que c'est quelque chose qui m'avait l'air important. A notre époque, il y a pas mal d'années,
20 ça craignait pas d'exister. Moi quand j'ai voulu faire des écho-doppler, quand je me suis installé, dans ma petite ville, j'étais allé à Grenoble pour apprendre. A cette époque-là, j'avais une clientèle beaucoup moins importante. Pour apprendre un peu le doppler, parce qu'on a commencé par le doppler, donc voilà. Et immédiatement après, j'ai reçu un coup de fil des radiologues qui m'ont dit, mais tu crois que tu vas pouvoir faire des machins comme
25 ça, comment tu vas les coter, et tu rends compte de la responsabilité, etc, etc.... Donc c'était il y a 25-30 ans.

Mais vous aviez fait la démarche de vous former.

30 Oui, j'avais commencé. Après je me suis rendu compte qu'il y avait déjà ce petit conflit que j'avais pas envie d'assumer. Puis j'ai eu d'autres priorités dans mon installation débutante que de faire ça.

Ca a été un frein peut-être le rapport avec les radiologues ?

35 Oui et non. Mais c'est vrai que j'ai eu cette sensation, épaulé par personne, d'étrangeté. Je me suis dit, pour finir peut-être, médecine générale c'était tellement vaste, je découvrais tellement de trucs, que celui-là, je l'ai mis dans la poche, je me suis dit, laisse tomber. C'est pas... Y avait d'autres choses à me former aussi où j'étais pas bon, pour me dire, on va
40 commencer par rester par là-bas. Mais je pense que ça a changé actuellement. Même chez les radiologues, même chez les médecins, je pense que ça a muri. C'est important, moi je raconte toujours les mêmes bêtises : quand je suis allé à Marrakech me balader, sur toutes les plaques, il y a marqué « médecine générale, échographie générale », ils sont tous là :
« Faculté de Toulouse, médecine générale, échographie générale ». Je pense qu'ils ont
45 raison. Après je sais pas exactement, faudrait aller voir, mais je pense qu'ils ont raison. C'est toi qui diriges ou c'est moi qui parle, parce que si je parle, je m'arrête pas.

C'est parfait, parce que vous déballez déjà tout ce qu'il faut.

50 C'est vrai qu'au jour d'aujourd'hui, je pense que ça fait partie pratiquement d'un examen clinique renforcé. Bon après, est-ce qu'il faut faire une échographie sur la tendinite de De Quervain, alors que si tu mets la main, et que tu lui fais faire le bon mouvement, tu sens la sensation de cuir neuf de la gaine, est-ce que ça a un intérêt ? Objectivement, je pense que non. Mais au jour d'aujourd'hui, je pense que 80% des médecins généralistes vont
55 demander une échographie qui permettra, si jamais t'as un stade évolué, de la proposer éventuellement au chirurgien, ou de renforcer même un traitement. Si on te dit, beaucoup de jus, malgré ton frottement... tu seras plus fort... On sera meilleurs, pour les gens. Pour des choses simples comme ça, c'est un renforcement clinique.

60 *Vous dites qu'il y aurait plein de fois où ça vous serait utile, vous pensez à des situations en particulier ? Dans quelles indications ?*

Après, ça dépend de ton niveau de ton implication dans la prise en charge des gens, dans la prise en charge de n'importe quoi. Si tu considères par exemple, t'as une douleur
65 abdominale, elle vient, on élimine l'urgence, on élimine le gars qui a un ventre de bois, qui a 39.5 de température, qui a des antécédents d'ulcère, qui a un tableau de péritonite, tout ça. Mais devant des douleurs qui se sont calmées, parce que les gens ils sont dans notre cabinet, ça veut dire que le drame aigu il est un peu passé. Je veux dire, si jamais t'as un doute, c'est vrai que c'est intéressant d'avancer. Je pense qu'on peut rendre service. Ca
70 empêche pas que derrière, il y aura une autre demande d'échographie. C'est pas nous en tant que généraliste à dire, non on a fait une échographie il y a rien du tout. Si on a toujours un doute clinique, la clinique l'emportera, je peux pas rester sur un examen comme ça, je dois demander un avis. Je suis calme, je suis tranquille, les radiologues ils font leur truc, ils disent si les symptômes persistent, on fera un scanner on fera un truc. Mais nous, dans nos
75 rôles, comment on peut rentrer l'échographie dans le cabinet de médecine générale, c'est pas pour avoir forcément une certitude diagnostique, mais une orientation diagnostique, qui des fois pourrait faire gagner du temps à tout le monde.

80 *La pratique vous la verriez comme ça donc, plutôt comme un complément d'examen clinique, sur une indication précise, une orientation, vous avez déjà votre idée préconçue.*

On peut prendre des trucs différents : est-ce que par exemple sur une échographie véritablement ou totalement atypique, on peut se dire, voilà, j'ai trois points à regarder. L'anévrisme de l'aorte, voir comment est sa vésicule, voir s'il a les rognons dilatés, point,
85 terminé. Après, je peux pas retenir ça comme un diagnostic de : il y a rien dans son ventre. Je continuerai mon petit truc avec, l'évolution dans la durée, on se retient au courant dans 3-4 jours, une petite biologie, enfin voilà. Toute une série... je créerai un pactole, une association de symptômes qui peuvent me permettre de déboucher sur quelque chose.

90 *Ça vous empêchera pas de toute manière de redemander confirmation à un radiologue, si vous avez un doute.*

Même pas confirmation, je redemanderai une échographie. Je veux dire, si jamais il a mal, si c'est un tableau de cholécystite et que franchement à l'échographie, ça lui fait mal quand
95 j'appuie, je vois la vésicule, je suis pas inquiet et tout, effectivement après, on s'orientera vers une orientation différente. Mais après, non ça empêchera pas, ça fera partie de mon examen clinique. Et après le radiologue, normalement il a d'autres problématiques, il a d'autres choses à voir. Moi j'ai fait un paquet avec cette échographie. Si on revient aux échodopplers, sur les carotides, on est là, on se creuse les oreilles pour voir si ça souffle, si ça
100 souffle pas, si c'est le RA qui monte ou si c'est l'autre qui descend, ou si ça fait du bruit... Là, on peut avoir une orientation, en 15 secondes, on sait s'il y a une plaque ou pas de plaque. Est-ce que c'est à nous de dire que la carotide est à 70%, 30%, ou 40%, non je pense pas. Je pense que c'est pas à nous de faire ce truc-là, parce qu'après on est plus des médecins généralistes. Mais par contre, ça peut être une orientation intéressante.

105 *Confirmer un diagnostic, éliminer une urgence...*

Oui. Participer à l'urgence et à l'orientation du truc. Je pense que ça, c'est quelque chose. Il y a plein d'écueils. Je pense que ça, ça va être bien. Quand on est arrivés avec
110 l'électrocardiogramme, je pense que ça sera bien quand on sera nombreux à l'avoir. Parce qu'aujourd'hui quand quelqu'un il le fait, ça peut être, entre guillemets, un acte de diversion de l'offre de soins. C'est-à-dire : « ben va le voir, lui il a une échographie, t'as mal au ventre, va le voir ». Je pense que c'est pas ça qu'il faut qu'il y ait. Deuxièmement, si on a trop d'échographies comme ça, et que le médecin sait pas pourquoi il utilise cette échographie,
115 c'est chronophage, ça va être des consultations qui ne vont plus être des vraies consultations de médecine générale. Donc ça c'est effectivement... Mais comme je fais pas

un électrocardiogramme à tous les gens qui viennent me voir, qui m'ont parlé d'une palpitation etc... Au début j'ai peut-être fait parce que j'étais pas sûr de moi, mais petit à petit c'est rentré dans ma pratique. J'ai des indications qui sont...

120

Quelle place ça doit prendre dans une consultation ?

La place que ça a... Je pense qu'il y a un truc qu'il faut peut-être enlever, c'est la pathologie tendineuse, c'est de haute performance. Il y a des trucs aussi je pense, ça va être génial, le coup des fractures de côte, vous avez mal quand vous faites là, et vous avez mal quand j'appuie là. On fait faire une radio thoracique de merde où on voit jamais rien, le seul truc où on est content, c'est qu'il y a pas d'épanchement pleural. Un coup de machin, on voit s'il y a un trait, c'est facile. Les tendinites, si on voit que c'est gonflé, pas gonflé, je pense qu'il y a des choses très particulières, qui vont être... Après le faire systématiquement, parce que, je vais vous faire une petite échographie... Comme font les gynécocos par exemple, je pense pas qu'il faille faire ça. Nous on est là, dans un diagnostic, on a un temps t de la consultation, on a un interrogatoire, les gens la plupart du temps ils viennent pour quelque chose de précis, et nous on va essayer de dégrossir cette situation. Est-ce que l'échographie va rentrer dans ce truc, oui ou non. Après bien sûr il va y avoir le jeu : « mais docteur, vous pourriez me faire une échographie », non voilà, c'est pas à moi à faire ça. Il peut y avoir des imperfections, mais je pense pas que ça peut être nocif.

125

130

135

Vous le verriez plus comme un complément d'examen clinique que, on fait revenir le patient, on fait une échographie. C'est dans le même temps.

140

Oui, tout à fait, on est bien d'accord. Même si les gens reviennent, parce que les gens ils guérissent pas du premier coup. Quand ils reviennent tu peux effectivement faire une écho, confirmer... Il y a plein d'indications à faire, mais je crois qu'il faut pas toucher à l'obstétrique, à part un espèce de jeu sentimental. Mais même pour savoir si elles sont enceintes, si l'utérus, et truc... je pense que ça peut glisser, c'est casse gueule, c'est pas à nous de faire ça. Maintenant, c'est sûr qu'une douleur, qui fait mal, à la limite là tu sais déjà que tu vas demander une échographie derrière, donc tu fais déjà une échographie toi, pour voir comme ça et pour confirmer, si t'as un toucher qui est sensible et tout ça. Mais tu sais que ça ne sera que un moment de l'évolution, que t'es pas obligé de faire, mais qu'en aucun cas ça va être discriminant, total et absolu.

145

150

Et vous pensez que dans votre pratique actuelle, vous auriez assez d'indications et de consultations, pour faire assez d'échographies pour être performant, ou vous auriez pas assez d'occasions d'en faire ?

155

Si je restreins mon domaine, je pense que si je l'utilise intelligemment, avec la formation primaire puis la formation secondaire, je pense que si les généralistes, au nombre où on est, on se balance là-dedans, avec les technologies actuelles, tout le monde va vouloir nous apprendre comme il fait l'échographie, et ils auront raison. Je pense que là, l'ordi, les machins, il va y avoir plein de trucs... Au jour d'aujourd'hui, moi je dis toujours aux internes, tu sais pas examiner un genou, tu tapes sur google, et tu vas voir le Pr Schmol de n'importe où qui examine un genou. Donc si tu veux apprendre, on a des moyens, et je pense que l'échographie fera partie aussi de ça. Au jour d'aujourd'hui, si je veux lire comme il faut un IRM du genou, je tape en même temps sur internet, il y a des sites où tu vois tout à fait avec des petites flèches, tu vois les ligaments croisés, les ligaments machin... Donc après chaque médecin va s'impliquer comme il veut, il y a des médecins qui n'ont jamais ouvert la photo de l'IRM, ils lisent que le compte-rendu. Mais par contre, quand ça va rentrer dans la pratique, je pense qu'on est quand même, je parle des médecins généralistes, assez intelligents pour faire une bonne utilisation de ce truc. C'est comme l'électrocardiogramme, je me suis formé, j'ai fait comme tout le monde, des gardes des machins, j'ai appris, on m'a appris. J'ai fait en plus des formations un petit peu annexes, j'ai vu quand je m'amuse sur les machins... Voir un Wolf-Parkinson-White... Voilà, ça a un peu ses limites, mais je suis persuadé que s'il y a une ischémie ou un truc comme ça, mon électro normal ne m'arrêtera pas pour me dire on va l'hospitaliser.

160

165

170

175

Vous connaissez un petit peu le type de formations disponibles pour les médecins généralistes actuellement ?

180

Il y a comme toujours l'échographie sur le tas, c'est-à-dire que tu trouves quelqu'un comme le gars de [ville A]. Tu trouves quelqu'un qui accepte de te prendre et qui t'aide. Et il y a des trucs de la fac, je crois que c'était il y a quelques années. Je pense que le prérequis pour faire un DU d'écho, c'est d'être radiologue ou éventuellement urgentiste. Parce que comme ils travaillent la nuit, les autres ils peuvent dormir, donc ils sont contents. Donc là, on va les favoriser pour faire de l'échographie. Mais le prérequis, si t'avais un diplôme de médecin généraliste, je pense qu'à la fac, tu pouvais pas faire le DU d'échographie. Bon maintenant, on reçoit des gars qui nous proposent des formations, genre la CFFE, on est sur son listing, ils nous donnent les formations, les dates, les machins...

185

En termes de formation, ça vous semble faisable.

190

Ah ouais. Et puis à mon avis, vu le nombre, si jamais ça avance, il y aura aucun problème. C'est quand même un truc de con, faut quand même se calmer. C'est un truc de photographe. Donc je veux dire, quand tu t'es déjà tapé tout le parcours de la médecine, cette technique-là à mon avis ne me semble pas, quand elle est appropriée à ton truc... je pense pas que je vais m'amuser à aller voir la taille des surrénales. Mais une formation appropriée et adaptée à mon truc, bientôt on va le faire faire aux infirmiers, donc on peut le faire faire aux généralistes quand même ! Les sages-femmes le font, je veux dire faut pas déconner non plus, il y a des limites, faut qu'on recale le truc. Donc moi je pense que c'est tout à fait faisable. Et en plus, le truc vachement génial, c'est que quelque part quand même, pour le médecin généraliste, ça le remotive à faire de la vraie médecine générale. Parce que avis à Paul, avis à Pierre, au rhumato, au radiologue... Le radiologue il dit : « ah si si, c'est une PR, je lui ai conseillé d'aller voir le rhumato ». Bien sûr pourquoi pas, il a raison en plus. Donc si nous, on est généralistes, remotivés par quelque chose de vraiment médical, ça va élever le niveau de tous les médecins généralistes, enfin ceux qui le feront.

195

200

205

Intellectuellement, en tout cas, ça serait un plus.

210

Ca remotivera les mecs, parce qu'il y a quand même beaucoup de gens qui arrêtent de faire de la médecine générale, quand ils sont pas véritablement investis dans la médecine. Au bout d'un moment, t'es le roi du remplissage de papiers, t'es le roi de trucs et de machins. Tu es désinvesti par l'intérêt technique de la médecine. Je pense que c'est bien. Faire des petites infiltrations, des épaules, du canal carpien, en touchant pas trop les grosses articulations intra articulaires.

215

Un outil supplémentaire.

Alors après, c'est chronophage.

220

C'est chronophage, et puis en termes financiers, vous avez une idée, ça serait faisable ?

225

En termes financiers... alors là t'ouvres une porte mon pauvre... Tous les syndicats se réveillent, ils font des efforts terribles. Le problème du financier, c'est que, mon électrocardiogramme il a un cout. Je te rappelle qu'ils sont tellement forts, qu'ils se sont débrouillés pour que la différence soit entre le C et le CS, la partie de 16 euros, elle est la même pour le cardiologue que moi pour moi. Mais le cardiologue met lui devant un CS et moi je mets devant un C. Au début, ça nous avait choqués, on avait dit, c'est un électro ou c'est pas un électro, il est le même pour tout le monde. Lui il a une BM et moi une C4. Mais à part ça, honnêtement, à la limite ça peut se comprendre, on peut peut-être inventer une cotation pour l'échographie relativement minimaliste pour les médecins généralistes, ou éventuellement pas, mais alors il faut augmenter le C total.

230

Parce que c'est un investissement quand même, en matériel, en technique.

235 Mais on a plein d'autres investissements, quand tu vas à un truc de formation, sur n'importe quel sujet. Je suis d'accord avec toi. C'est vrai que là c'est un peu limite. On serait mieux dans un truc à la capitalisation, où on touche une somme globale, et à ce moment-là, on fait le truc si on juge qu'il faut le faire, mais pas y mettre derrière un processus de pognon. Autrement, je pense qu'on peut rendre service à la santé de la population. Donc quelque part, la sécu peut faire. Deuxièmement, et là on fait du syndicalisme sectoriel pour les 240 médecins généralistes, on diminuera un peu les échographies des radiologues, la sécu peut dire, pour finir ils font toujours pareil, ils font souvent le même boulot pour moins cher, là on peut peut-être faire un truc. L'idée elle est super belle, et c'est vrai que ça coince pour des histoires de pognon c'est dommage. Mais je pense qu'une fois que ça sera acquis par tout le monde que les médecins généralistes font quelques échographies, je pense qu'à ce 245 moment-là, charge à nous de dire, voilà maintenant avec le boulot qu'on fait, faut qu'on soit rémunérés... Je pense que les pionniers ne seront pas rémunérés, comme toujours d'ailleurs.

250 *Il y a de la casse au début. Pour les patients aussi, vous disiez, ça serait un gain de temps. Vous voyez d'autres avantages pour les patients au fait que vous puissiez faire une échographie au cabinet ? Qu'un généraliste le fasse...*

Ben disons que, comme je dis souvent, c'est pas à quoi les généralistes ils sont bons. Maintenant pour les gens, il y a quand même toujours cette espèce de doute. En Haute- 255 Savoie on dit, est-ce qu'y a connu ou pas connu. L'échographie peut les aider, alors je la fais à l'envers, les échographies peut les aider : « ben si, il m'a bien regardé, il a regardé comme il faut, il a dit qu'il y avait pas, avec son machin il a regardé ». Ca les déstabilise aussi, derrière ils acceptent de pas se retrouver aux urgences, parce que je veux qu'on me fasse une échographie, ou parce que j'ai mal à mon poignet, pour rester dans la tendinite de De 260 Quervain. Donc je pense qu'il peut y avoir une sureté supplémentaire. On est dans un monde de l'image.

Donc éviter une consultation aux urgences.

265 Oui moi je pense, les gens ils vont aux urgences, ils poussent la porte, ils ont un lumbago, il y a une place au scanner ils vont au scanner. Après quand tu dis au mec, il a un lumbago, entre 3 et 6 semaines t'as mal au dos, bon au début un peu d'anti inflammatoires et puis après plus que du doliprane et puis après tu vas voir tu vas guérir. Faut avoir une certaine 270 prestance, une certaine bouteille, il faut que le patient il fasse un transfert sur le médecin qui lui dit ça, en se disant, attends il connaît ou elle connaît, on va faire comme il a dit. Après s'il fait un faux mouvement dans la voiture après, il va aux urgences. Donc tout ça, ça rentre dans un truc qui fait que... pour un lumbago, l'échographie ça va pas servir à grand-chose...

Question de confiance en général avec le patient...

275 L'électrocardiogramme qui traîne sur la table, il sert pas beaucoup, mais je suis sûr qu'il rassure des gens quand je leur dis qu'ils sont hypertendus. Il se dit, ben tiens lui au moins il sait lire ce genre de gribouillis. Donc je pense qu'on rentre dans une espèce de... est-ce qu'il a les bons outils ou est-ce qu'il a pas les bons outils celui-là. Il a toujours le truc qui pend 280 autour du cou. Pour prendre la tension, maintenant on a les appareils automatiques de partout, on est aussi fort que lui. Il a les outils, l'électrocardiogramme, pour souffler, l'EFR ou pas l'EFR, et puis il a son petit truc, on sait pas bien, c'est pas comme les radiologues mais des fois ça peut aider. Voilà, on est à ce niveau-là. Si c'est pour dire, prenez du doliprane... Notre rôle, notre position en tant que médecin. On fait des actes spécifiques. Les gynéco 285 font bien de l'écho, pourquoi, ils ont des meilleurs yeux que nous, ils sont plus intelligents ? Non, ils ont appris qu'une partie du bouquin, ils ont pas appris tout le bouquin. Donc je vois pas pourquoi nous, dans des endroits qui sont véritablement de la médecine générale... Ou alors, on change d'avis, on dit que tout, pour revenir aux tendinites, toutes les tendinites doivent voir le rhumato et le chir. Alors on change d'optique là, on dit le médecin généraliste, 290 il est plus un véritable médecin, mais au jour d'aujourd'hui on dit c'est sympa de gérer une

tendinite avec une écho, et ben je vois pas pourquoi on la ferait pas, parce que ça va être bien pour les gens, c'est évident. Dans l'avenir, les gens ils vont arriver avec... il y a de la pub à la télé et dans le nouvel observateur pour les gluco-émetteurs, ils vont arriver avec leur glycémie, leur tension, leur machin... Et bien d'accord, ça sera pas mal, on les utilisera leurs chiffres, on verra bien ce qu'on peut en faire. Le nombre de pas qu'ils ont marché dans la journée, avec leur iphone ils sauront ça. Donc je vois vraiment pas qui pourrait nous empêcher de nous faire utiliser ce truc.

295
300 *Pour changer de sujet, par rapport à la localisation du généraliste en pratique, est-ce que vous voyez plus d'intérêt si c'est en rural, en urbain, en montagne... Enfin suivant l'endroit où est placé le médecin, est-ce que vous voyez un intérêt différent ?*

305 Je pense que les médecins de montagne ne sont pas en train de nous attendre pour avoir des échographies. C'est trop bien pour eux, il y a pas de problèmes. La rupture pratiquement sûre du tendon, elle devient une véritable rupture. Eux ils les utilisent, c'est sûr, mais ces gens-là, les trois quarts, ils ont déjà une radiographie c'est sûr. Tu t'installes dans un endroit où tu vas avoir des pathologies particulières, tu prends les outils pour aller travailler avec cette région particulière. Je sais déjà qu'à [ville A], les mecs ils font l'échographie. Alors après, ce que t'es en train de me dire, c'est le mec paumé dans la Creuse, qui a le prochain secours à 1h30 et est-ce qu'il faut qu'il fasse de l'échographie. Alors ça, ces mecs-là, il faudrait qu'on leur mette des médailles, qu'on les forme vraiment, et qu'ils soient aidés dans cette démarche. Parce que ça devient différent, mais je pense que ça peut l'aider, c'est évident. S'il hésite à envoyer la cholécystite, s'il hésite, il passe l'écho, il voit un espèce de truc plus ou moins dégueulasse, s'il voit un ovaire qui est tout machin, plus ou moins un abcès... Il sait qu'il va déclencher derrière un truc différent. Comme ça l'est actuellement cliniquement. Je crois que tout médecin qui est motivé pour pouvoir utiliser dans sa pratique quotidienne... Peut-être que ça va sélectionner un peu sa clientèle, qu'il va y avoir des modifications par rapport aux autres, mais dans la médecine générale de base avec les gens, ce qu'on appelle la clientèle, c'est-à-dire les gens qui te font confiance, qui essayent de voir d'abord le médecin traitant pour savoir ce qu'il en pense, ce qui est le fond de notre métier. Je pense que ça peut rendre service.

310
315
320
325 *Je crois qu'on a balayé pas mal de choses. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?*

325 Qu'est-ce que je pourrais ajouter pour le truc... Ça coute quand même, faut poser le chèque au départ. Donc l'électro c'est 3000, l'écho de base pour un médecin généraliste, c'est combien ?

330 *Beaucoup plus, plutôt dans les 30 000, je pense*

30 000 ?!

Après il y a aussi les appareils d'occasion, les locations...

335 Non mais t'as compris ce que je viens de dire. Mais [médecin A], il a pas acheté un truc à 30 000 balles.

Souvent, c'est plutôt loué ou acheté d'occasion...

340 Après, t'as compris que si on était 3 sur le machin ça coutait moins cher. Alors ça, c'est la discussion aussi, est-ce qu'on est obligés d'avoir une gamme d'échographie de très bonne qualité qui coute 30 000 balles, je vais dire oui. On va pas encore utiliser une merde, un ordinateur qui marche pas... Mais j'aurais de la peine à me dire... On est combien de médecins généralistes sur la France ?

345 *J'en sais rien.*

Et bien, si on met 15% de médecins qui vont faire ça, j'arrive pas à me dire que les vendeurs ils vont pas...

350

Oui, sauter sur l'occasion.

Entre l'échographie pour voir les surrénales, et puis celui pour voir les tendinites, il y a quand même... la qualité de l'écran... je sais pas. Les prix doivent pouvoir changer, faut peut-être demander aux chinois.

355

Le prix est quand même très variable et très artificiel.

Après je les comprends, s'ils ont une demande. C'est vrai que 30 000 pour le budget d'un cabinet de médecine générale, c'est un gros investissement.

360

D'où l'intérêt peut-être aussi de se mettre à plusieurs, c'est difficile de faire tout seul.

Oui. Je croyais que c'était moins cher que ça moi.

365

Souvent, c'est proposé en location, ou les gens en récupèrent d'occasion, de radiologues qui changent leurs appareils tous les 5 ans. Il y en a qui arrivent à se débrouiller plutôt comme ça, mais ça reste un gros investissement c'est sûr. Maintenant ils en font des petits portables. Ça dépend de comment on va s'en servir après.

370

Pour la cardio, il y avait des trucs, ils faisaient un espèce de truc en 3D, avec un truc qui pouvait te montrer trois plans...

J'ai pas vu ça.

375

Qui coutait déjà... Mais je pense que effectivement ça va progresser, je pense que les prix vont chuter. Mais ça, je pense que 30 000 euros dans l'installation d'un médecin généraliste aujourd'hui, grosso modo c'est pas jouable. Un vieux con comme moi, éventuellement, voilà ça se répercute sur pas mal d'années, mais autrement c'est...

380

J'ai appris qu'il y a des parties qui sont passées en réduction d'impôts.

Oui, à la fin, c'est toujours dépenses-recettes. Si t'enlèves, tu vas pas payer des impôts dessus, mais faut quand même y gagner. Ça fait beaucoup d'argent, je pense que les jeunes médecins généralistes sont actuellement plutôt vers un secrétariat permanent que vers un échographe. Mais je crois que ça va bouger. Si ça bouge, derrière ça va suivre, c'est pas possible. Et l'argent, je pense que ça va baisser. Parce que là, c'est des échos cardio, il y a qu'un échographe pour tout le monde, les angiologues utilisent les mêmes que les cardiologues ?

390

Après c'est les sondes surtout qui changent.

D'accord.

Le matériel en lui-même, il peut presque faire toutes les indications, c'est les sondes qui changent après.

395

Et c'est les sondes qui font que ça monte à 30 000 ?

400

C'est les sondes qui sont chères.

C'est pour ça d'accord, je comprends mieux. Parce que l'écran à 30 000...

Sinon l'iphone ou le tomtom ils le font aussi.

405

Ça va être un truc ça. Le malin, il peut travailler là-dessus.

Ça existe déjà, des sondes qui se branchent sur l'ordinateur ou le téléphone. C'est pas bien différent le processeur.

410

Exactement, je pense que ça il va y avoir assez rapidement. Et c'est là où tu vas pouvoir avoir.... [médecin A] par exemple, il doit avoir une sonde uniquement pour la traumato. Après tu dois pouvoir acheter que les sondes qui t'intéressent, une sonde de débrouillage, une sonde de truc... Non mais c'est sûr qu'il reste à inventer, en intégrant dans l'acte clinique, l'échographe du généraliste. En disant, attends les mecs ils peuvent acheter 3 000 euros un électro, mais ils peuvent pas mettre 30 000. Mais ils peuvent mettre 6 000 à 7 000 euros dans un truc comme ça.

415

Ok, on va s'arrêter là.

Annexe 6 : Tableau verbatim

La formation	Le parcours de formation	Formation des étudiants	A-200 : « Pour moi, ça devrait faire partie de l'enseignement comme d'interpréter un électro. » I-235 : « pas forcément pousser tout le monde dans l'écho si c'est pas un choix. Mais par contre, qu'il y ait une base d'écho, c'est sûr que ça serait une bonne chose. »
		Accès à la formation	K-104 : « C'est un grand frein au développement de cette technique parce qu'en termes de formation on a énormément de difficultés à aller se former et à être acceptés pour se former. »
		Formation initiale	B-125 : « Je suis persuadé que même avec un DIU qui est une formation plus poussée, c'est pas suffisant, il faut de l'expérience pour être à peu près rentable en échographie, donc il faut commencer » O-178 : « Il y a comme toujours l'échographie sur le tas, c'est-à-dire que tu trouves [...] qui accepte de te prendre et qui t'aide. Et il y a des trucs de la fac »
		Formation continue et maintien des compétences	K-580 « on est bons dans ce qu'on fait régulièrement » N-251 « il faut faire de la pratique et il faut faire après des formations continues. [...] Ce qui nous permet de se maintenir à la page »
		Apprentissage avec la pratique	B-155 « je pense qu'il faut facilement 2 à 4 ans pour avoir de l'assurance, il faut en faire, il faut prendre le temps d'en faire » J-130 « je pense que c'est comme tout, faut pratiquer à fond pour pouvoir être bon. »
		Simplicité d'apprentissage	H-24 « Je crois pas que la formation nécessite énormément de boulot pour ce qui est relativement simple. » K-497 « Quand j'ai vu la simplicité avec laquelle on faisait les quatre points, je me suis dit que c'était un peu dommage de passer à côté de ça pour nos patients »
		Dans les autres pays	O-42 « quand je suis allé à Marrakech me balader, sur toutes les plaques, il y a marqué « médecine générale, échographie générale », [...] Je pense qu'ils ont raison. »
	Facteurs promoteurs de la formation	G-21 « Au début, c'était de la curiosité pour avoir un outil pour être un peu plus indépendant de la radiologie » L-7 « les stages de médecin de montagne. Confronté aux urgences, la traumatologie, et il y avait des confrères qui pratiquaient déjà l'échographie, j'ai été amené à la pratiquer aussi, à me former. »	
	Effet de mode	J-141 « C'est une petite mode, t'as envie de faire un truc en plus,	

			<i>c'est toujours intéressant d'apprendre quelque chose en plus, d'avoir un outil en plus, un jouet. »</i>
Les difficultés	Investissement personnel		<i>F-185 « Ça demande quand même beaucoup d'implications personnelles » G-131 « Pour nous, c'est une nouvelle spécialité, la gymnastique intellectuelle, c'est un peu plus compliqué. Ici je peux voir 60 malades, je suis pas fatigué, quand j'en vois 20 à l'écho, je suis mort le soir. »</i>
	Trouver le temps de se former		<i>B-24 « il y a les DIU qui sont quand même très lourds, qui prennent beaucoup de temps. C'est compliqué quand on a pas forcément le temps, ou la possibilité de prendre suffisamment de vacances pour faire cette formation »</i>
Mise en pratique immédiate			<i>G-29 « je crois qu'au bout du deuxième cycle de trois jours, on avait pris un échographe portable déjà au cabinet, et tous les gens qui venaient avaient une écho »</i>
Intérêts de l'échographie pour le médecin généraliste	Pratique adaptée à la médecine générale	Choix de l'appareil	<i>L-84 « on est contents de notre outil, parce qu'on a fait le choix d'avoir un outil qui est pratique. On a sacrifié un petit peu de la performance, mais bon on est généraliste, on est pas radiologue. » L-94 « Et nous on a réussi à trouver une écho tablette qui vient de sortir. On a fait une bonne étude de marché quand même, on en a vu quelques-uns. Et on est satisfaits, ça répond bien à notre cahier des charges. Et on l'utilise comme ça. »</i>
		Echoscopie versus échographie	<i>C-84 « Et puis j'ai plus tellement le temps. Faire des comptes rendus ça me prend du temps. Donc je fais de l'échoscopie. C'est à dire que dès que j'ai un doute je regarde, mais je ne fais plus de compte-rendu. » K-69 « Donc il y a vraiment deux façons de faire. Il y a la façon « comme si j'envoyais faire une échographie à un radiologue ». A ce moment là je fais une consultation dédiée, je cote l'échographie etc... Et puis il y a simplement le coup d'œil qui est là pour compléter mon idée diagnostique que j'avais au départ. »</i>
	Fait partie de la consultation		<i>A-203 « voilà pour moi ça fait partie d'un examen » L-91 « C'est intégré dans la démarche clinique. »</i>
	Fréquence d'utilisation		<i>C-324 « Alors moi j'en fais pratiquement tous les jours, même plusieurs fois par jour. Hier j'en ai fait deux ou trois » K-49 « Mais j'allume l'échographie, si c'est pas une fois par jour c'est une fois tous les deux jours minimum. »</i>
	Locaux adaptés		<i>K-516 « il y a une problématique qu'il faut relever qui me paraît importante, c'est l'équipement des locaux. Parce que vous ne faites</i>

		<i>pas une bonne échographie avec le plein jour à côté. Donc il faut vraiment se donner les moyens d'avoir une pièce dans le noir.»</i>
	Nécessité d'une consultation dédiée	<i>K-69 « soit il y a une indication échographique abdominale parce que il y a une douleur abdominale et qu'il faut aller vérifier une vésicule, qu'il faut regarder un foie, qu'il faut regarder tout ça... à ce moment là je prescris une consultation spécifique et dédiée à l'échographie. » M-35 « Ou alors, tout ce qui est à jeun, on fait revenir les gens, tout ce qui est thyroïdien, prostate, je fais revenir les gens. »</i>
	Rapidité d'exécution	<i>K-540 « Il y avait plus qu'à prendre la sonde. Le patient il était déshabillé, il était sur la table, il y avait plus qu'à prendre la sonde et mettre un coup de gel. » L-22 « quand c'est fait rapidement et qu'on est dans les images on voit / on voit pas, c'est adapté. »</i>
Un outil supplémentaire	Complément et prolongement de l'examen clinique	<i>A-181 « Ça change complètement l'approche de l'examen clinique et ça enrichit le panel sémiologique, par l'interprétation des signes, finalement en plus des signes cliniques, tu rajoutes des signes échographiques » K-379 « Une échographie c'est la possibilité d'explorer plus à même que nos simples doigts, nos yeux et nos oreilles. »</i>
	Débloque une situation clinique	<i>E-64 « Mais parce qu'il n'y avait plus de dopplériste c'était trop tard. Là aussi c'était le coup de six heures, c'était le gag suivant. » G-25 « vu la bouffée d'oxygène que ça pouvait donner au moment de la consulte... il a mal au ventre, on regarde, il y a ou il y a pas, c'est vite réglé »</i>
	En cas d'isolement géographique	<i>J-30 « Pour nous, ce qui est utile en montagne et en milieu isolé, avec des fois des météo difficiles, ou t'as pas d'hélico et tu sais pas trop comment gérer les patients, ça peut être l'écho d'urgence. » L-43 « Et quand on est pas en ville avec des correspondants faciles d'accès, c'est un plus pour les patients d'avoir, pour le territoire, d'avoir ces outils là au cabinet. »</i>
	En horaires de garde	<i>F-12 « nous on était là toute la nuit, maintenant jusqu'à minuit, on est là les week-end, et du coup on avait pas accès à la radio » G-9 « ici on travaille dans un cabinet de soins non programmés, qu'on avait pas les radiologues en permanence, parce qu'ils sont pas là le week-end, ils sont pas là la nuit »</i>
	Peut être plus performant que l'examen clinique	<i>K-468 « Pas besoin d'aller écouter le souffle machin qui remonte la vallée comme disaient nos ancêtres... Et je pense qu'on est sûrement plus performant avec une sonde d'échographie qu'avec nos simples oreilles pour aller regarder une limite de pleurésie. »</i>

	Pour les autres praticiens du secteur	<p>B-140 « j'ai un collègue qui m'envoie des petits trucs, genre kyste synovial, des trucs sous cutanés. Je pourrais répondre à sa question, c'est sa question, je me réapproprie un peu le patient pour l'examiner et puis je réponds à sa question »</p> <p>M-19 « Quand mon associé est arrivé, ils envoyaient un peu, et maintenant les jeunes ils commencent à nous envoyer pas mal. Ça marche, du coup, pour nous c'est extrêmement intéressant, et pour la population aussi. »</p>
	Technicité	<p>F-241 « Ça lui donne un côté technique que t'as pas toujours en médecine générale. Ici on a un côté technique, on fait des sutures des choses comme ça, mais là ça te donne un vrai côté technique en plus »</p> <p>N-58 « On doit être multifonction. Nous on a ça, on fait de la radiologie à côté, on a un électrocardiogramme, on fait des EFR, on a un holter tensionnel... Bref voilà. Il faut qu'on ait un plateau technique qui vous permette d'aller de l'avant. »</p>
	Aide à la prescription d'examens complémentaires	G-211 « j'ai même pas fait l'écho, j'ai dit de toute façon l'écho ne sera pas discriminante pour éliminer le diagnostic, donc si vous voulez faire quelque chose, c'est un scanner, et le scanner c'est pas nous »
Sur le plan personnel	Approfondissement de ses connaissances médicales	A-230 « de pouvoir aller plus loin, de revoir son anatomie. Parce que finalement l'anatomie... Là on la voit, et puis on apprend tout une autre sémiologie, la sémiologie échographique, qui est pas tout à fait la même que la sémiologie purement clinique. »
	Echange entre professionnels	A-279 « Après la formation c'est aussi un échange avec les autres médecins qui font de l'échographie. »
	Enrichit et diversifie la pratique	<p>F-244 « Ca diversifie, tu fais d'autres choses, [...]. Et en plus ça enrichit ta pratique, ça la complète. Je suis pas sûre que je ferais sans maintenant. »</p> <p>L-57 « Moi, plus mon exercice est riche en éléments, plus j'ai l'impression de faire une médecine adaptée. C'est un apport en plus. »</p> <p>O-199 « Et en plus, le truc vachement génial, c'est que quelque part quand même, pour le médecin généraliste, ça le remotive à faire de la vraie médecine générale. »</p>
	Epanouissement personnel	<p>N-64 « moi ça fait 25 ans que j'exerce, j'ai l'impression d'avoir commencé hier. Et puis on a toujours envie de bosser, toujours envie d'y rester malgré les côtés moroses qu'on peut avoir face à l'administration... On a un métier fabuleux. »</p> <p>G-345 « Nous, en tant que médecin c'est gratifiant, parce qu'on a fait</p>

			<i>plus que ce qu'on avait l'habitude de faire, on rend plus service. »</i>
		Perspective d'avenir	<i>B-279 « Je vois pas très bien comment il est possible dans les dix années qui viennent, que l'échographie ne viennent pas prendre sa place » H-122 « Mais voilà c'est un truc... à mon avis c'est un appareil qui va être indispensable. On pourra pas se passer d'un écho, comme on peut pas se passer d'un électrocardiogramme. »</i>
		Rassure le médecin	<i>C-213 « Pour le médecin c'est vachement anxiolytique ! » H-87 « Cliniquement, des ventres, c'est pas trop inquiétant, mais si on a l'écho qui confirme qu'il n'y a rien d'extraordinaire, on dort mieux... »</i>
		Autonomie	<i>G-21 « un outil pour être un peu plus indépendant de la radiologie, pour pouvoir à 22h s'il y avait un gamin qui avait mal au bide... pour pouvoir regarder tout seul. » N-138 « Les phlébites je veux dire je les traite à 99.9% ici. Il n'y en a pas une qui passe par le biais des urgences. »</i>
		Appuie la relation médecin-malade	<i>G-114 « Dans la relation... Ca appuie largement la relation médecin-malade » I-217 « Ça apporte vraiment un complément en com' c'est sûr. » K-440 « un petit plus dans l'intérêt d'en faire et puis même dans la relation avec le patient. Moi ils viennent chez moi en me disant "vous vous m'expliquez ce que je vois". »</i>
Place de l'échographie dans le cabinet de médecine générale	Les spécificités des indications à la médecine générale	Cibler quelques indications	<i>D-101 « A mon avis un médecin généraliste qui veut faire de l'échographie, il faut qu'il cible trois ou quatre indications. Qui vont le dépanner, et qu'il se forme suffisamment et qu'il le fasse très régulièrement quoi. » I-280 « Après moi j'essaye de cibler vraiment sur ce qui m'est utile, soit dans l'urgence, soit par rapport au côté isolement, et pouvoir avancer rapidement sur un diagnostic. »</i>
		Pertinentes quant à la pratique d'un généraliste	<i>B-199 « Les hanches des nourrissons je fais pas, je pourrais, mais j'ai pas un recrutement suffisant pour apprendre suffisamment » K-198 « le recrutement il va effectivement dépendre un petit peu du type de milieu. En montagne on va plus avoir de la traumatologie et de l'ostéoarticulaire c'est sûr. En vallée on va retomber sur de la pathologie courante de ville, du tout venant. »</i>
		Réponse immédiate à une question clinique	<i>K-371 « Une échographie c'est une réponse à une interrogation qu'on se pose par rapport à une clinique. On ne peut pas faire une</i>

		<p>échographie si on n'a pas fait de clinique. » M-44 « Donc il y a à la fois cet intérêt de l'écho immédiate, pour un diagnostic immédiat »</p>
Une aide au diagnostic	Aide à évaluer le degré d'urgence	<p>B-20 « ça te permet de savoir si tu dois réagir en urgence » H-41 « En aigu, c'est énorme. Savoir si on appelle un hélicoptère ou si on dit au gars de rentrer chez lui, c'est pas tout à fait pareil... »</p>
	Débrouillage	<p>A-82 « L'intérêt pour moi de l'échographie faite par le généraliste, c'est du débrouillage » I-80 « En débrouillage, je fais dans le digestif, les trucs d'urgences, les vésicules, je commence à être assez à l'aise dessus. »</p>
	Diagnostic plus précoce	<p>I-194 « Puis faire l'échographie sur place, il y aurait eu une suite, parfois ça met vraiment fin aux suspicions et aux hypothèses diagnostiques, on a le diagnostic de certitude, qu'on aurait pas eu sans image. » N-377 « Ça nous évite de tourner en rond pendant trois mois. D'attendre de voir le gynéco qui a un rendez-vous dans six mois. Tu as le diagnostic immédiatement. »</p>
	Éliminer un diagnostic	<p>A-16 « C'est super intéressant pour éliminer des diagnostics » C-97 « Je veux m'assurer qu'il y a pas de calcul dans une vésicule je regarde, la vésicule est alithiasique, je marque vésicule alithiasique. Ça me prend en tout 2 minutes. »</p>
	Orientation diagnostique	<p>J-108 « Tu peux voir déjà si c'est intra ou extra-utérin. Ça te donne déjà les délais d'intervention, si tu vois rien en intra-utérin, et que la nana saigne, tu l'adresses plus vite [...]. Ça te permet d'orienter des petites choses comme ça. » O-74 « Mais nous, dans nos rôles, comment on peut rentrer l'échographie dans le cabinet de médecine générale, c'est pas pour avoir forcément une certitude diagnostique, mais une orientation diagnostique, qui des fois pourrait faire gagner du temps à tout le monde. »</p>
Mieux prescrire l'échographie	Connaitre les limites de l'échographie	<p>G-221 « En ville, il y a plein d'écho de prostate demandées. Une écho de prostate, ça élimine pas un cancer de la prostate, elle peut être normale avec un cancer de la prostate, dans 40% des cas, c'est énorme. » G-458 « le professeur untel s'il est meilleur que nous, c'est parce qu'il sait quand est-ce que l'échographie s'arrête. Donc il va pas passer une heure à chercher un truc. Il sait à un moment donné que ce qu'il cherche, ça se verra pas. »</p>

	La clinique prime	<i>J-231 « mais faut revenir à la clinique, faut savoir aussi surveiller les gens comme il faut » O-70 « C'est pas nous en tant que généraliste à dire, non on a fait une échographie il y a rien du tout. Si on a toujours un doute clinique, la clinique l'emportera »</i>
	Mieux cibler les indications de l'examen	<i>G-207 « Le DIU m'a aussi appris à prescrire l'échographie, parce que je sais ce qu'on peut en attendre de l'examen. Donc du coup je connais mes limites dans l'examen. » G-236 « Des fois je demandais des échos, je me suis aperçu après que je pouvais pas avoir la réponse. La question posée était pas adaptée, c'était pas l'examen adapté. »</i>
	Prend le pas sur d'autres examens	<i>D-138 « Il y a de plus en plus d'indications où on ne fait plus que des échographies. » L-17 « Et en aigu, il y a plein de côtes qu'on voit pas aux radios standards, on met un coup de sonde, on voit la fracture de côte »</i>
Un outil de prévention	Dépistage	<i>F-123 « il y a des fois du coup, tu fais du dépistage »</i>
	Suivi d'une pathologie	<i>G-318 « le type qui suit des thyroïdes ou autre, ça c'est pas compliqué, l'organe il est sous la peau. Une fois qu'il est formé, c'est facile de voir un nodule. Il y a la liste de critères de gravité, soit on est dedans, soit on est pas dedans, ça permet de s'orienter. » N-349 « Vous avez un anévrisme de l'aorte à trente-cinq, quarante millimètres, vous le suivez qu'en échographie. Et si on voit qu'il évolue, on va passer au scanner dans un but opératoire quoi. »</i>
	Surdiagnostic surmédicalisation	<i>K-634 « C'est l'échographie thyroïdienne. Vous mettez l'écho, vous trouvez des nodules à tout le monde. Ce qui veut dire que derrière est-ce qu'il faut faire des prélèvements à tout le monde. Est-ce qu'il faut aller biopsier tout le monde ? C'est intéressant ça. »</i>
Situations clinico-échographiques	Abdominale	<i>D-109 « Non moi je pense que c'est plus dans le digestif que ça pourrait nous aider. » I-80 « En débrouillage, je fais dans le digestif, les trucs d'urgences, les vésicules, je commence à être assez à l'aise dessus. Appendicite, ça m'a aidée parfois à écarter le diagnostic déjà. »</i>
	Vasculaire	<i>F-103 « Le vasculaire, la phlébite en urgence, quelqu'un qui vient te voir et qui a une grosse jambe » N-85 « moi je m'en sers déjà en vasculaire je fais tout ce qui est exploration des phlébites en urgence. »</i>
	Gynécologie-Obstétrique	<i>C-134 « Mais bon c'est quand même intéressant de pouvoir contrôler</i>

	<i>une bonne vitalité foetale, de faire une datation pour l'IVG. Donc on le fait quand même assez souvent. » J-107 « c'est tout ce qui est métrorragies du 1er trimestre, c'est pas mal. Tu peux voir déjà si c'est intra ou extra-utérin. »</i>
Appareil locomoteur	<i>B-177 « chercher un épanchement, une bursite, un épanchement intra-articulaire, examiner les différents muscles de la coiffe » F-102 « Et puis on fait beaucoup d'ostéo-articulaire, les entorses, les tendinites d'épaule, les tuméfactions des parties molles, les fractures du coude »</i>
Urologique	<i>F-101 « les crises de colique néphrétique » L-129 « un patient âgé qui peut pas se déplacer, s'ils sont en globe ou quoi que ce soit, coup d'écho, on a le diagnostic »</i>
Urgences	<i>I-255 « C'est sûr qu'en médecine d'urgence, en médecine tropicale, tous ces trucs là, ça tombe sous le sens. » L-13 « une idée plus précise de l'état des patients, par l'écho FAST, les polytrauma, les traumas abdo, les rates »</i>
Traumatologie	<i>H-57 « On a pas mal de traumatologie ici. On est loin. Il y a pas mal d'accidents. Donc quand il y a des accidents et que je vais sur les lieux, de nombreuses fois j'aurais bien aimé avoir une petite écho pour savoir si ça saignait à l'intérieur. » L-15 « Et puis après en traumatologie, ça permet quand on est un petit peu éloignés des centres de radiologie d'aller beaucoup plus loin dans les prises en charge des patients. »</i>
Cardiologique	<i>C-147 « Faire de l'échographie cardiaque de débrouillage, mesurer une fraction d'éjection, voir si il y a "une grosse fuite. Après dans le détail c'est les cardio. » I-82 « En urgence, j'ai déjà vu une péricardite, c'était bien, j'ai vu l'épanchement. »</i>
Cervical	<i>B-161 « Des gestes échographiques simples, c'est regarder une thyroïde, regarder une carotide, c'est pas trop difficile. » N-374 « Nous ici les Savoies on a énormément de problèmes thyroïdiens, on l'utilise énormément. »</i>
Hématologique	<i>G-348 « J'ai eu un gamin l'autre jour de 5 ou 6 ans, ils l'amènent parce qu'il avait un gros testicule. C'était un lymphome de Burkitt... » I-94 « Les ganglions adénopathies, j'ai eu un lymphome de Hodgkin, donc là tout de suite, on est allés en hémato direct. »</i>
Pédiatrique	<i>A-90 « Un autre intérêt dans l'urgence, la pédiatrie, un enfant pour lequel tu suspectes une pneumopathie, t'es plus efficace à faire une échographie qu'une radio »</i>

			F-101 « Et puis les adénites, chez les enfants »
		Sous-cutané	B-180 « Après il y a les ganglions, les trucs sous cutanés, un lipome c'est facile à diagnostiquer, l'examen des petites choses sous cutanées » F-113 « un hématome où tu veux voir la régression »
		Thoracique	I-84 « Sur les épanchements pleuraux, c'est bien, pneumopathie du coup, quand c'est périphérique. En thoracique je fais surtout ça. » K-466 « Grand dieu, l'OAP en échographie ça se voit parfaitement bien. La pleurésie je peux vous dire vous la voyez tip top ! »
Compétences du généraliste et du radiologue	Les atouts du généraliste versus le radiologue	Connaissance de l'examen clinique du patient	F-70 « Mais quand tu es échographe mais que t'es aussi praticien, ton échographie elle est guidée par les signes parce que tu sais aussi ce que tu cherches » K-372 « Donc l'intérêt qu'on a nous par rapport à nos radiologues, ce que j'allais dire, c'est que un on a les antécédents, deux on a la clinique, et trois on a la spontanéité. »
		Connaissance du patient et de son dossier médical	I-263 « Après, le fait qu'on les connaisse, qu'on soit plus dans la globalité, ça peut apporter aussi. »
		Connaissances partielles mais dans tous les domaines	E-191 « je pense que c'est le fond de la médecine générale d'ailleurs, on n'est pas aussi bon que le cardiologue, on n'est pas aussi bon que le pneumologue, on n'est pas aussi bon que le cancérologue, on n'est pas aussi bon que... Mais simplement on a un certain niveau de compétences partout. Ce qu'ils n'ont pas. Y compris le radiologue »
	Les atouts du radiologue versus le généraliste	Compétences insuffisantes de certains généralistes	D-18 « je pense que je ne pourrais pas acquérir les compétences suffisantes. » J-26 « En plus, on en fait à mon avis pas assez pour être bons, donc moi je me risquerais pas là-dedans, c'est un coup à faire des faux diagnostics. »
		Expertise du radiologue	B-105 « Ce que le radiologue a en plus, évidemment c'est son temps de formation et son expertise » D-155 « Le radiologue il va explorer, lui, il va être capable de tout regarder et d'aller chercher des choses que nous on n'avait même pas marqué sur l'ordonnance, dont on n'avait même pas pensé hein. »
		Pas assez d'images pathologiques en médecine générale	K-225 « La grosse difficulté qu'on a en médecine générale par rapport à un cabinet de radiologie c'est qu'on ne va dans 98% des cas ne voir que du normal. On ne va pas forcément voir du pathologique. Et les images de pathologique après on les perd en tête. [...] on sait très bien ce qui est normal et tout d'un coup on se dit

		<i>« tiens ça c'est pas comme d'habitude, donc ça doit être anormal ».</i>
Ethique et déontologie	Connaitre ses limites et ses compétences	<i>D-193 « En médecine générale, il faut faire ce qu'on maîtrise et ce qu'on ne sait pas faire on passe la main. On ne maîtrise pas tous les mêmes choses. » O-70 « C'est pas nous en tant que généraliste à dire, non on a fait une échographie il y a rien du tout. »</i>
	Exercice sécuritaire	<i>B-107 « il faut te protéger de ta non-expertise, et protéger le patient de ta non-expertise » L-119 « Quand on est en période de formation, effectivement, il faut être prudent. »</i>
	Ouverture légitime de la pratique à la médecine générale	<i>K-457 « Enfin je pense que les cardiologues ont rapidement compris l'intérêt effectivement que les médecins généralistes se mettent à faire de l'électrocardiogramme, c'est que tout simplement on leur débrouillait le terrain et on leur renvoyait un certain nombre de choses qui leur permettait d'aller beaucoup plus loin. » N-66 « On a un métier fabuleux. Le problème c'est qu'il faut le faire évoluer. Il faut que les instances universitaires sortent un peu de leurs services pour se rendre compte de ce qu'on peut faire en médecine générale. Et de nous laisser faire ! »</i>
	Pratique de l'échographie prise au sérieux par les généralistes	<i>G-389 « Donc il faut quand même que nous on ait une démarche qualité dans la pratique. Il faut pas qu'on se mette à faire tout et n'importe quoi. » G-400 « si on veut montrer à la profession qu'on veut prendre l'outil et l'utiliser comme il faut, il faut qu'on soit sérieux »</i>
	Réorientation vers un radiologue	<i>A-38 « ça ne m'empêche pas de l'envoyer voir un radiologue pour faire une échographie derrière » G-415 « Si on sait pas faire, on passe la main. En clinique, c'est déjà ça, après en écho, c'est pareil. » K-131 « il m'arrive très souvent, que même après avoir essayé de faire une échographie, si je suis pas sûr, si j'ai pas vu ce que je voulais voir, si j'ai vu ce que je ne voulais pas voir, de demander un deuxième avis »</i>
	Réflexions sur le champ de la médecine générale	<i>E-195 « Parce que c'est un peu ça le problème de la réflexion, c'est que si on considère qu'il faut toujours que ce soit le plus compétent dans un domaine qui l'aborde alors quel est l'intérêt de la médecine générale ? Effectivement le patient aurait raison alors d'exiger d'aller voir le cardiologue, d'aller voir l'orthopédiste. » K-123 « Je pense que c'est un complément. La comparaison avec un électrocardiogramme est une bonne comparaison. Un</i>

			<i>électrocardiogramme il nous ramène un certain nombre d'informations mais ce n'est pas pour autant qu'on est des cardiologues. Donc l'échographie nous ramène un certain nombre d'informations mais ce n'est pas pour autant qu'on est des radiologues. »</i>
Particularités de la technique	Examen opérateur dépendant		<i>A-238 « c'est que c'est un examen qui est opérateur dépendant » M-124 « On sait que c'est opérateur dépendant. »</i>
	Examen reproductible		<i>A-258 « tu recherches des signes bien particuliers sur des choses vraiment standardisées » N-351 « On a quand même une bonne reproductibilité des mesures et de l'imagerie. »</i>
	Examen simple à interpréter		<i>G-194 « Du coup, on a des patients adressés par leur médecin pour des surveillances de thyroïde. On le fait mais ça après, c'est des critères, c'est pas très compliqué, tu mesures, c'est des critères de malignité ou de bénignité en fait. » K-496 « Bon vous mettez la sonde, vous comprimez. Ça passe, ça passe pas. Quand j'ai vu la simplicité avec laquelle on faisait les quatre points, je me suis dit que c'était un peu dommage de passer à côté de ça pour nos patients. »</i>
Intérêts dans la prise en charge du patient	Une simplification de la prise en charge	Accès plus rapide au spécialiste	<i>I-120 « En sénologie par exemple, cancer du sein, j'ai vu ça aussi, j'étais sûre, l'image était très suspecte. Donc j'ai shunté les étapes. » N-92 « vous pouvez faire votre écho-doppler en urgence. Il y a une sténose serrée, le diagnostic est fait ! Une carotide... voilà ! Vous appelez déjà le chirurgien, il programme tout, ça va très vite hein ! »</i>
		Délais d'obtention des rendez-vous d'échographie	<i>E-49 « D'autant plus que dans les milieux ruraux ça devient de plus en plus dur d'obtenir des examens et de plus en plus compliqué. » K-238 « Et si dans neuf cas sur dix ça évite déjà de faire trois semaines de queue pour avoir une écho c'est quand même pas mal ! »</i>
		Gain de temps	<i>G-325 « Le patient gagne du temps, le médecin gagne du temps. Je pense qu'on est meilleurs dans l'exercice. »</i>
		En cas d'éloignement d'un cabinet de radiologie	<i>E-175 « Ecoute je pense que ça dépend du cadre, il est certain que en ville ou dans des régions bien maillées par les radiologues je suis pas sûr que l'intérêt soit si élevé. Mais très sincèrement dès qu'on est un peu isolés c'est un apport hein. » I-271 « ils me disent holà mais non, une autre fois, c'est trop loin, j'ai pas le temps. Ou les personnes âgées... Et là le fait de l'avoir sur place, mais c'est plus une question de géographie plutôt qu'une</i>

		<i>question de compétences. »</i>
	Pallier au manque de spécialistes	<i>E-77 « Et d'autant plus qu'il y en a de moins en moins, enfin du moins en campagne il y a de moins de moins de disponibilités pour avoir un radiologue. » F-160 « Des gynécos méd il y en a plus beaucoup maintenant. Il y a beaucoup de médecins généralistes qui se forment à la gynéco méd, et qui font du coup aussi de l'échographie. »</i>
Malgré un certain niveau d'incertitude		<i>H-53 « Mais n'empêche que c'est quand même bien de l'avoir, même si on est pas sûrs à 100%, c'est quand même bien de pouvoir faire le diagnostic, enfin une aide au diagnostic avec l'échographie. » O-135 « Il peut y avoir des imperfections, mais je pense pas que ça peut être nocif. »</i>
Une meilleure prise en charge globale	Aide à la conduite à tenir	<i>K-289 « Alors vous voyez pas où est le calcul certes ! Mais vous voyez si il est dilaté ou pas et vous savez si vous pouvez le faire boire ou pas le faire boire... Je pense que c'est un apport très intéressant. »</i>
	Aide à la décision thérapeutique	<i>A-77 « il y a un intérêt parce que tu mets pas en route des traitements anticoagulants en urgence, tu sais que t'as pas de risque » K-484 « si on avait sur place directement "il y a une insuffisance cardiaque, il n'y a pas d'insuffisance cardiaque, il y a une fraction d'éjection qui est à ça, qui est à ça..." Et bien on a immédiatement un changement de thérapeutique qui peut se produire. Et ça c'est intéressant. »</i>
	Continuité des soins	<i>F-20 « c'était vraiment ça, pour la continuité de nos soins, la prise en charge des patients dans une structure d'urgence » K-379 « Tout ça c'est un continuum, c'est un suivi. »</i>
	Evite l'inobservance à la prescription d'imagerie	<i>E-114 « Alors c'est vrai que dans le monde idéal on est à coté d'un centre où ça coute rien mais il y a des tas de gens quand vous leur dites qu'il faut parcourir trente ou quarante kilomètres pour aller faire une échographie ils vous disent "ben écoutez, on va attendre un peu le temps que ça se tasse". »</i>
	Evite un traitement inutile	<i>A-75 « t'as pas besoin de mettre un anticoagulant tout de suite » C-78 « ça évite de donner des traitements inappropriés »</i>
	Evite une perte de chance pour le patient	<i>E-102 « Donc il y a des tas d'histoires de diagnostics pourris où on a laissé le diagnostic pourri trainer un peu plus puisque c'était pas possible de faire facilement la radio. » G-357 « Du coup je l'ai adressé à l'HFME le lendemain, et puis il a été pris en charge tout de suite, et on a gagné trois semaines un</i>

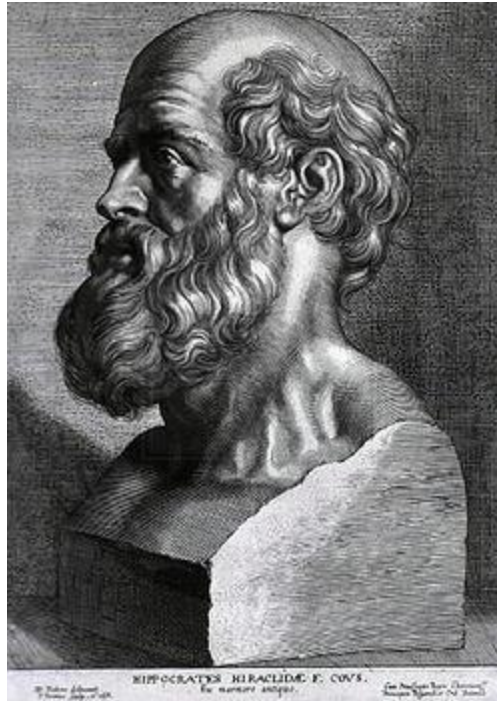
		<i>mois. J'imagine que c'est pertinent pour son lymphome. C'était pertinent pour tout le monde, ce gamin il a gagné trois semaines un mois. »</i>
	Performance diagnostique du généraliste échographiste	<i>M-45 « Je regrette qu'une chose, c'est de pas l'avoir fait depuis le départ... Le nombre de diagnostics que j'ai pu faire grâce à ça. » G-251 « Tu vois pas dedans, et sans voir dedans, on posait des diagnostics. Et maintenant on voit dedans, on est forcément meilleurs. »</i>
	Réassurance et satisfaction du patient	<i>N-108 « Ben ça leur apporte qu'ils sont tous contents ! Ils viennent au cabinet ils ont tout. Ils viennent ils ont un diagnostic, un traitement ! » K-399 « donc on les rassure immédiatement »</i>
Une meilleure orientation du patient	Adresser ou non aux urgences	<i>A-68 « savoir si t'envoies aux urgences ou pas » N-132 « Ca évite aussi aux gens de passer par les urgences, des fois de trainer 6 heures avant d'avoir le diagnostic. »</i>
	Evite un transport, un déplacement	<i>H-136 « Mais si l'échographe me permet de dire il n'y a pas ce risque, on économise 60km dans un sens et 60km dans l'autre... » N-116 « Déjà il faut qu'ils descendent, qu'ils trouvent une place pour se garer... L'aller-retour ça leur fait 60 bornes. Il y en a qui ne peuvent pas descendre, l'hiver il y a de la neige, des mauvaises conditions... »</i>
	Evite une consultation chez le radiologue	<i>C-170 « Ben ça leur évite de courir chez le radiologue. Parce que sinon je suis là, je prescris une échographie, ils vont chez le radiologue... » I-49 « Et puis un patient pour lequel je me dis ça vaut pas le coup qu'il descende à [ville B] faire une écho, le fait de l'avoir et de la faire, ça me permet de me dire, c'est bon je peux m'arrêter là, il y a pas besoin d'en prescrire non plus. »</i>
	Evite une consultation chez le spécialiste	<i>A-74 « t'as pas besoin d'envoyer voir chez l'angiologue tout de suite » N-377 « Ça nous évite de tourner en rond pendant trois mois. D'attendre de voir le gynéco qui a un rendez-vous dans six mois. Tu as le diagnostic immédiatement. »</i>
	Evite une hospitalisation	<i>H-115 « Et puis, si j'avais eu l'écho je pense que j'aurais pas hospitalisé » J-37 « Du coup, nous souvent dans le doute, on hospitalise, peut-être souvent en excès. Moi je préfère hospitaliser en excès que l'inverse. Ça peut peut-être éviter l'hospitalisation, ou trouver un moyen de transport plus adapté. »</i>

	Réorientation vers le spécialiste	F-134 « Après il y a des échographies, un nodule dans la thyroïde, si on le voit, il faut aussi savoir dire maintenant c'est l'endocrinologue qui va suivre. On fera pas d'échographie régulière de suivi. » N-127 « Et puis après il y a tout le côté traitement. Vous avez une colique néphrétique avec un calcul qui bloque. On va l'envoyer à l'urologue. »	
Peu de contre-indications	Examen non invasif	C-264 « mais c'est pas invasif, ça apporte tellement... »	
	Examen non irradiant	J-258 « ça irradie pas les gens »	
	Peu d'effets secondaires	G-326 « On a un examen qui coute pas cher, qui est facile de mise en œuvre, qui n'a pas d'effets secondaires. »	
Peu d'intérêts hors indications urgentes		J-184 « Moi je t'ai dit quand c'est pas urgent, je vois pas l'intérêt de le faire en fait. Quel intérêt... »	
Les impacts financiers	Augmente la patientèle	G-502 « Mais donc ça attire les patients, parce qu'il y a un outil en plus, ils savent qu'ils vont pas devoir aller ailleurs, qu'on va pas les faire attendre et que dans la même consulte, ils vont des fois avoir l'examen et l'écho. » K-297 « Ça m'a élargi la base de ma patientèle. Donc je pense qu'il y a eu un retour indirect. »	
	Cotation de l'acte	Contraintes réglementaires	N-277 « On a des contraintes de qualité, des contraintes de normes. C'est marqué dessus, les numéros d'appareils, les dates. Les appareils nous on est obligés de le changer en gros tous les sept ans. Sinon on décote l'acte derrière. »
		Examen non facturé	F-54 « Il y a des fois où on fait une échographie comme ça juste pour regarder, on cote pas. » L-119 « Donc nous, on ne cote que ce que l'on a appris, et ce sur quoi on a été formés. Donc pour l'instant, que l'écho FAST ou PREP. Et après tout le reste, c'est un examen en plus qu'on ne cote pas »
		Obligation de produire un compte-rendu si examen coté	A-103 « Parce qu'en fait, l'échographie il y a une cotation qui nécessite l'impression d'un compte-rendu et l'impression d'images »
		Reconnaissance de l'acte	A-136 « Ça fait un delta très très infime, donc en fait l'échographie n'est pas reconnue au niveau de la nomenclature comme un acte complémentaire de la clinique, alors que c'est comme ça que je l'utilise. »
Coût des assurances		N-292 « Toute façon quand vous prenez votre assurance professionnelle, ils vous demandent ce que vous faites. Au même titre que vous faites des points, vous placez des plaques, au même	

		<i>titre que vous placez des stérilets... Vous mettez que vous faites de l'échographie et eux ils ajustent votre assurance par rapport à ça. »</i>
Ne rapporte pas d'argent au médecin		<i>A-108 « Au niveau rentabilité, non il n'y en a pas à l'heure actuelle. » L-74 « il faut en faire quand même régulièrement, tous les jours, prendre des créneaux de temps rien que pour faire de l'échographie, pour pas que ça soit à perte. Le côté financier, il est important en libéral, mais pour l'instant effectivement c'est le point noir. »</i>
N'est pas un frein à la pratique		<i>G-547 « Pour moi l'argent dans l'exercice il est secondaire, parce que de toute façon je sais qu'il va y en avoir, je sais qu'il y a suffisamment de gens. Je pense pas que ça soit un frein. » M-100 « En termes de coût, jusqu'à présent, je payais mes investissements, je le remboursais, j'ai pas eu de problème. »</i>
Peut rapporter de l'argent suivant sa pratique		<i>K-316 « Dès que vous commencez un peu à en faire et à en coter... Il y a quand même des recettes qui sont pas négligeables. »</i>
Usage détourné à but lucratif		<i>J-268 « Donc si c'est pour aller foutre un coup d'écho sur un tendon et coter ça 35 ou 40 euros, si c'est pour faire de l'argent... je pense que ça peut entraîner des déviances. »</i>
Vers plus d'économies	Déductions fiscales	<i>K-304 « Si après on rentre dans le côté fiscal des choses, vous déduisez la moitié de l'investissement dans les impôts, le coût est quand même moindre. Il faut pas le voir effectivement sur un investissement à trois ou six mois mais si on le voit sur un investissement à plus long terme... »</i>
	Economies pour la sécurité sociale	<i>C-171 « Ca fait faire des économies à la sécurité sociale. C'est économique, d'ailleurs moi la caisse elle m'a jamais rien dit du tout. »</i>
	Limite la prescription d'examens complémentaires	<i>A-173 « c'est-à-dire que comme je vais faire moi l'échographie, je vais leur prescrire moins d'échographies » B-116 « ça arrive que tu dises, voilà j'ai fait mon écho, on temporise, j'ai pas besoin d'examen complémentaire »</i>
	Mutualisation des moyens	<i>A-97 « on partage les coûts donc ça diminue largement la charge personnelle » L-77 « Après les médecins peuvent mutualiser l'achat, les cabinets sont de plus en plus en groupe, donc plusieurs médecins, ça réduit considérablement les frais. »</i>
Matériel	Coût	Abordable <i>N-230 « Alors là les prix maintenant commencent un peu effectivement à se réduire depuis, je dirais, sept, huit ans. » O-375 « Mais je pense que effectivement ça va progresser, je pense que les prix vont chuter. »</i>

		Excessif	A-23 « le coût c'est quand même un gros frein » J-33 « Après c'est un gros investissement, pour pas non plus beaucoup de patients. »
		Location	L-78 « Il y a des propositions aussi de leasing et des choses comme ça qui peuvent être compatibles et intéressantes. Donc ça, c'est un montage financier. »
		Occasion	K-313 « J'en ai pas acheté un neuf à la base bien évidemment, j'en ai acheté un d'occasion. Mais à l'époque même d'occasion ça coûtait une fortune, tandis que maintenant un appareil d'occasion franchement... »
		Subventionné	M-101 « Là, l'ARS nous a offert un écho neuf, pour aider les médecins à se maintenir en montagne, ils ont une politique où ils subventionnent pour des équipements, ça peut être des radios, des équipements informatiques. »
	Encombrement		C-351 « Alors j'ai eu une fois un appareil portable mais c'est lourd et j'ai toujours peur de le faire tomber. Alors j'y étais allé avec une fois ou deux mais pas beaucoup »
	Limites de l'appareil		F-220 « Tu te rends vite compte que ta machine est limitée. Et qu'on est limité aussi de façon technique, donc t'as envie de faire mieux, d'être plus performant. »
	Progrès technologiques	Meilleures performances	N-284 « Mais bon dans l'échographie on n'a pas trop ce problème là parce que la technologie a tellement évolué qu'à un moment on est obligés de passer à un appareil supérieur. »
		Portabilité	C-336 « Alors oui de moins en moins cher et de plus en plus portable surement. » L-64 « Les échographies se miniaturisent, deviennent accessibles »
Les freins à la pratique	Examen chronophage		B-243 « Parce que faut voir que ça rapporte pas énormément d'argent et ça prend du temps. » D-53 « le temps que ça va me prendre au milieu de ma consultation qui n'est pas prévu au départ. » O-115 « c'est chronophage, ça va être des consultations qui ne vont plus être des vraies consultations de médecine générale. »
	Examen complexe		D-84 « C'est un super examen et en même temps je pense qu'il nécessite vraiment de l'expérience. » J-123 « Autant la radio c'est facile, c'est cassé ou pas cassé. C'est une image figée, et voilà il suffit de bien regarder, en général avec un minimum de formation, t'y arrives. L'écho c'est quand même compliqué moi je pense. »

Fréquence d'utilisation insuffisante		J-24 « En plus, on en fait à mon avis pas assez pour être bons, donc moi je me risquerais pas là-dedans, c'est un coup à faire des faux diagnostics. » K-172 « Après le danger et la difficulté c'est d'avoir un recrutement suffisant pour avoir des images en tête et se les remémorer. »
Peut être source de conflits avec les autres praticiens		K-595 « La réticence, la résistance au changement, elle a plus été du côté des généralistes. » O-30 « je me suis rendu compte qu'il y avait déjà ce petit conflit que j'avais pas envie d'assumer. »
Peut être source d'erreur diagnostique		D-254 « Nous on est là pour faire des diagnostics. Alors si on fait pas les bons, et qu'en plus on croit que c'était pas ça, parce que on a été mauvais en écho. Je trouve qu'on fait perdre au patient la chance heu... »
Responsabilité légale du médecin		D-27 « la responsabilité professionnelle que ça entraîne de faire des échos... » K-41 « devant les difficultés de plus en plus importantes que représentait l'échographie en obstétrique, j'ai arrêté. A cause des problèmes assurantiels, à cause des problèmes juridiques »
Superflu, pas une priorité		J-286 « Voilà, moi je verrais ça comme un petit plus, qui n'est pas indispensable, mais qui pourrait nous aider dans certaines situations précises et rares. »
Variété des indications en médecine générale		D-228 « Les spécialistes ça me semble beaucoup plus réalisables parce qu'ils font toujours la même chose, enfin entre guillemet. [...] Donc ils vont toujours examiner avec la même sonde. Le gynéco il va toujours regarder ses deux ovaires, son utérus... [...] Le médecin généraliste il doit maîtriser tous les domaines échographiques. »



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE, Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.