

# **Premier niveau de compétence pour l'échographie clinique ciblée en Médecine Polyvalente ECMP1**

Recommandations de la Société Française de Médecine Polyvalente (SFMP)  
par consensus

Septembre 2026



## **AUTEURS :**

Dr Christophe Leroux  
Dr Maxime Moulin

## **GROUPE DE TRAVAIL :**

Dr Christophe Leroux  
Dr Maxime Moulin  
Dr David Tran  
Dr Antoine Casel

**RELECTURE ET VALIDATION :** Conseil d'Administration de la SFMP

## **INTRODUCTION :**

L'utilisation de l'Echographie Clinique (EC) s'est imposée depuis des années, dans bon nombre de spécialités médicales et chirurgicales, permettant ainsi d'optimiser la prise en charge au quotidien des patients.

La médecine d'urgence a été une des pionnières dans ce domaine et a conduit à l'écriture de référentiels, sous l'égide de la Société Française de Médecine d'Urgence (ECMU 1 en 2016 et ECMU 2 en 2018). La Médecine Polyvalente, au carrefour de très nombreuses spécialités, a besoin également de l'Echographie Clinique en pratique courante et doit donc mettre en place un référentiel adapté à son domaine de compétence, nécessitant la formation des praticiens de Médecine Polyvalente à cette technique.

Ainsi, sous l'égide de la Société Française de Médecine Polyvalente (SFMP), un référentiel POCUS (Point Of Care Ultrasound) est proposé.

L'Echographie Clinique en Médecine Polyvalente niveau 1 (ECMP 1), fait l'objet de ce premier référentiel.

## **METHODOLOGIE :**

La SFMP est le promoteur de ces recommandations.

La méthodologie utilisée pour la rédaction de ce référentiel est basée sur la méthode de consensus absolu entre les membres du groupe de travail.

Le groupe de pilotage, après discussion relative aux pratiques existantes et analyse critique des données bibliographiques, a rédigé la version initiale des recommandations. Il a ensuite finalisé le texte après la lecture du Conseil d'Administration de la SFMP qui a validé le document final.

Ce document présente les items jugés appropriés par le groupe de travail. **Ces recommandations définissent un premier niveau de compétence en ECMP.**

**La méthode étant un consensus absolu, toutes les recommandations sont donc l'objet d'un accord fort entre les auteurs.**

## **RECOMMANDATIONS :**

**I. Terminologie** : Les auteurs recommandent d'utiliser le terme **d'échographie clinique ou échographie clinique ciblée**.

### **II. Intégration de la formation :**

Les auteurs recommandent que ces compétences soient acquises **dès la formation initiale** des médecins hospitaliers polyvalents (au cours de leur DES ou bien d'une FST).

### **III. Champs de compétences ECMP 1 (Echographie Clinique en Médecine Polyvalente niveau 1)**

#### **1- Principes généraux de l'échographie clinique**

- 1-1 Connaître les principes de l'échographie clinique au lit du malade (possibilités et limites de l'échographie)
- 1-2 Réglage de l'appareil (qualité de l'image obtenue)
- 1-3 Choix de la sonde, manipulation de la sonde
- 1-4 Connaissances des artefacts spécifiques
- 1-5 Compte-rendu appliqué à la pratique de l'échographie clinique

#### **2- Echographie abdominale**

- 2-1 Le médecin polyvalent doit savoir détecter la présence d'un épanchement péritonéal (espace inter-hépaté-rénal, espace inter-spléno-rénal, espace de Douglas) (1,2)
- 2-2 Le médecin polyvalent doit savoir détecter la présence d'une dilatation des cavités pyélocalicielles (3)
- 2-3 Le médecin polyvalent doit savoir mesurer le volume de la vessie (4)
- 2-4 Le médecin polyvalent doit savoir vérifier la présence d'une sonde urinaire en position intravésical

- 2-5 Le médecin polyvalent doit savoir détecter la présence d'une lithiase vésiculaire (5)
- 2-6 Le médecin polyvalent doit savoir repérer les signes en faveur d'une cholécystite (3)

### **3- Echographie pleuropulmonaire**

- 3-1 Le médecin polyvalent doit savoir détecter la présence d'un épanchement pleural liquidien et en réaliser une quantification qualitative (épanchement de faible, moyenne ou grande abondance) (3,6,7)
- 3-2 Le médecin polyvalent doit savoir détecter la présence d'un épanchement pleural gazeux (8,9)
- 3-3 Le médecin polyvalent doit savoir identifier la présence de lignes A et de lignes B (9,10)
- 3-4 Le médecin polyvalent doit savoir détecter la présence d'une condensation pulmonaire (10-12)

### **4- Echographie cardiaque**

- 4-1 Le médecin polyvalent doit savoir détecter la présence d'un épanchement péricardique (13,14)
- 4-2 Le médecin polyvalent doit pouvoir évaluer qualitativement la FeVG (15,16)
- 4-3 Le médecin polyvalent doit savoir réaliser les coupes parasternale grand axe, parasternale petit axe, apicale 4 cavités et sous sternale

### **5- Echographie veineuse**

- 5-1 Le médecin polyvalent doit savoir détecter la présence d'une TVP des membres inférieurs par la méthode de compression 2 points (17)

### **6- Echographie des tissus mous**

- 6-1 Le médecin polyvalent doit savoir détecter la présence d'une collection liquidienne (18)

### **7- Echographie contextuelle**

- 7-1 Le médecin polyvalent doit savoir intégrer l'échographie clinique dans la démarche diagnostique d'une dyspnée au lit du patient (10,19)
- 7-2 Le médecin polyvalent doit savoir intégrer l'échographie clinique dans la démarche diagnostique d'une douleur thoracique au lit du patient (20,21)
- 7-3 Le médecin polyvalent doit savoir intégrer l'échographie clinique dans la démarche diagnostique d'une douleur abdominale (22,23)

### **8- Echographie interventionnelle**

- 8-1 Le médecin polyvalent doit savoir réaliser par écho guidage la mise en place d'une Voie Veineuse Périphérique (24,25)
- 8-2 Le médecin polyvalent doit savoir réaliser un écho repérage pour une ponction d'ascite (7)
- 8-3 Le médecin polyvalent doit savoir réaliser un écho repérage pour une ponction pleurale (7)
- 8-4 Le médecin polyvalent doit savoir réaliser un écho repérage pour ponction articulaire du genou (26)

#### **IV. FORMATION :**

L'ECMP se justifie par l'efficacité qu'elle apporte entre l'apport de la réponse clinique et diagnostique et la facilité d'acquisition et d'entretien des compétences.

L'objectif de ce premier niveau de formation au POCUS (ECMP 1) est d'acquérir les compétences de bases en Echographie Clinique permettant au praticien de pouvoir répondre à des questions cliniques bien posées, par des réponses le plus souvent binaires oui/non.

Il faut que les médecins polyvalents qui pratiquent l'Echographie Clinique puissent justifier d'une formation initiale.

Il faut que les médecins polyvalents entretiennent leur compétence par le biais d'une pratique régulière de l'Echographie Clinique.

Il est recommandé l'utilisation d'un carnet de stage lors de la période d'apprentissage.

#### **V. MATERIEL :**

Les items ci-dessous constituent des recommandations relatives à l'appareil d'échographie, aux sondes, ainsi qu'au traitement et stockage des images.

Il faut que la structure d'hospitalisation de Médecine Polyvalente dispose d'au moins un appareil d'échographie et du matériel incluant des gaines et gel stériles.

Il faut que l'appareil d'échographie dispose d'une sonde convexe basse fréquence, d'une sonde linéaire haute fréquence, et d'une sonde cardiologique (phased array).

Il faut que l'appareil dispose d'un mode doppler et d'un mode TM.

Il faut que l'appareil d'échographie dispose d'un système de sauvegarde des images.

Il faut que l'appareil d'échographie dispose d'un pré réglage par typologie d'examen (mode PRESET).

Il est proposé que l'appareil d'échographie dispose d'une connectique permettant l'export et la sauvegarde des données.

#### **VI. BONNES PRATIQUES :**

L'ECMP n'est pas un acte technique en soi mais un complément de l'examen clinique. La réalisation de l'échographie clinique ne nécessite pas un compte rendu au sens administratif du terme mais une traçabilité dans le dossier au même titre que le reste de l'examen clinique.

L'ECMP n'est pas une analyse exhaustive d'un organe. Le 1<sup>er</sup> niveau de compétence est de pouvoir répondre à une interrogation clinique, de façon binaire (oui/non/je ne peux pas répondre), par l'obtention d'images échographiques cibles.

Il faut que chaque examen fasse l'objet d'une conclusion dans le dossier du patient.

Il est recommandé que les images cibles soient archivées dans le dossier du patient si le système informatique le permet.

Il faut qu'une procédure de bio nettoyage de l'appareil d'échographie soit disponible.

## CONCLUSION :

Ces recommandations définissent le premier niveau de compétence en ECMP, que tout médecin polyvalent doit acquérir après une formation initiale adaptée.

## REMERCIEMENTS :

Ces recommandations s'appuient fortement sur le travail réalisé par la Société Française de Médecine d'Urgence (27) que nous tenons à remercier.

## REFERENCES :

1. Rippey JCR, Royse AG. Ultrasound in trauma. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* sept 2009;23(3):343-62. doi:10.1016/j.bpa.2009.02.011 PubMed PMID: 19862893.
2. Gracias VH, Frankel HL, Gupta R, Malcynski J, Gandhi R, Collazzo L, et al. Defining the learning curve for the Focused Abdominal Sonogram for Trauma (FAST) examination: implications for credentialing. *Am Surg.* avr 2001;67(4):364-8. PubMed PMID: 11308006.
3. Popat A, Harikrishnan S, Seby N, Sen U, Patel SK, Mittal L, et al. Utilization of Point-of-Care Ultrasound as an Imaging Modality in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus.* janv 2024;16(1):e52371. doi:10.7759/cureus.52371 PubMed PMID: 38694948; PubMed Central PMCID: PMC11062642.
4. Chan H. Noninvasive bladder volume measurement. *J Neurosci Nurs.* oct 1993;25(5):309-12. doi:10.1097/01376517-199310000-00007 PubMed PMID: 8270812.
5. Wu X, Li K, Kou S, Wu X, Zhang Z. The Accuracy of Point-of-Care Ultrasound in the Detection of Gallbladder Disease: A Meta-analysis. *Acad Radiol.* avr 2024;31(4):1336-43. doi:10.1016/j.acra.2023.09.029 PubMed PMID: 37838525.
6. Zaki HA, Albaroudi B, Shaban EE, Shaban A, Elgassim M, Almarri ND, et al. Advancement in pleura effusion diagnosis: a systematic review and meta-analysis of point-of-care ultrasound versus radiographic thoracic imaging. *Ultrasound J.* 23 janv 2024;16(1):3. doi:10.1186/s13089-023-00356-z PubMed PMID: 38261109; PubMed Central PMCID: PMC10805747.
7. Mercaldi CJ, Lanes SF. Ultrasound guidance decreases complications and improves the cost of care among patients undergoing thoracentesis and paracentesis. *Chest.* 1 févr 2013;143(2):532-8. doi:10.1378/chest.12-0447 PubMed PMID: 23381318.
8. Griffiths E. Helicopter emergency medical services use of thoracic point of care ultrasound for pneumothorax: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 20 nov 2021;29(1):163. doi:10.1186/s13049-021-00977-0 PubMed PMID: 34801070; PubMed Central PMCID: PMC8606084.
9. Volpicelli G, Elbarbary M, Blaivas M, Lichtenstein DA, Mathis G, Kirkpatrick AW, et al. International evidence-based recommendations for point-of-care lung ultrasound. *Intensive Care Med.* avr 2012;38(4):577-91. doi:10.1007/s00134-012-2513-4 PubMed PMID: 22392031.
10. Staub LJ, Mazzali Biscaro RR, Kaszubowski E, Maurici R. Lung Ultrasound for the Emergency Diagnosis of Pneumonia, Acute Heart Failure, and Exacerbations of Chronic Obstructive

Pulmonary Disease/Asthma in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Emerg Med.* janv 2019;56(1):53-69. doi:10.1016/j.jemermed.2018.09.009 PubMed PMID: 30314929.

11. Chavez MA, Shams N, Ellington LE, Naithani N, Gilman RH, Steinhoff MC, et al. Lung ultrasound for the diagnosis of pneumonia in adults: a systematic review and meta-analysis. *Respir Res.* 23 avr 2014;15(1):50. doi:10.1186/1465-9921-15-50 PubMed PMID: 24758612; PubMed Central PMCID: PMC4005846.
12. Strøm JJ, Haugen PS, Hansen MP, Graumann O, Jensen MBB, Aakjær Andersen C. Accuracy of lung ultrasonography in the hands of non-imaging specialists to diagnose and assess the severity of community-acquired pneumonia in adults: a systematic review. *BMJ Open.* 17 juin 2020;10(6):e036067. doi:10.1136/bmjopen-2019-036067 PubMed PMID: 32554727; PubMed Central PMCID: PMC7304808.
13. Bustam A, Noor Azhar M, Singh Veriah R, Arumugam K, Loch A. Performance of emergency physicians in point-of-care echocardiography following limited training. *Emerg Med J.* mai 2014;31(5):369-73. doi:10.1136/emered-2012-201789 PubMed PMID: 23428721.
14. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases | European Heart Journal | Oxford Academic [Internet]. [cité 3 avr 2026]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/36/42/2921/2293375>
15. Randazzo MR, Snoey ER, Levitt MA, Binder K. Accuracy of emergency physician assessment of left ventricular ejection fraction and central venous pressure using echocardiography. *Acad Emerg Med.* sept 2003;10(9):973-7. doi:10.1111/j.1553-2712.2003.tb00654.x PubMed PMID: 12957982.
16. Spencer KT, Kimura BJ, Korcarz CE, Pellikka PA, Rahko PS, Siegel RJ. Focused cardiac ultrasound: recommendations from the American Society of Echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr.* juin 2013;26(6):567-81. doi:10.1016/j.echo.2013.04.001 PubMed PMID: 23711341.
17. West JR, Shannon AW, Chilstrom ML. What is the accuracy of emergency physician-performed ultrasonography for deep venous thrombosis? *Ann Emerg Med.* juin 2015;65(6):699-701. doi:10.1016/j.annemergmed.2014.06.025 PubMed PMID: 25085546.
18. Berger T, Garrido F, Green J, Lema PC, Gupta J. Bedside ultrasound performed by novices for the detection of abscess in ED patients with soft tissue infections. *Am J Emerg Med.* oct 2012;30(8):1569-73. doi:10.1016/j.ajem.2011.08.002 PubMed PMID: 22030180.
19. Popat A, Yadav S, Pethe G, Rehman A, Sharma P, Rezkalla S. The role of POCUS in diagnosing acute heart failure in the emergency department: A meta-analysis. *J Cardiol.* janv 2026;87(1):38-50. doi:10.1016/j.jjcc.2025.06.012 PubMed PMID: 40555279.
20. Labovitz AJ, Noble VE, Bierig M, Goldstein SA, Jones R, Kort S, et al. Focused cardiac ultrasound in the emergent setting: a consensus statement of the American Society of Echocardiography and American College of Emergency Physicians. *J Am Soc Echocardiogr.* déc 2010;23(12):1225-30. doi:10.1016/j.echo.2010.10.005 PubMed PMID: 21111923.
21. Sobczyk D, Nycz K, Andruszkiewicz P. Validity of a 5-minute focused echocardiography with A-F mnemonic performed by non-echocardiographers in the management of patients with acute chest pain. *Cardiovasc Ultrasound.* 26 mars 2015;13:16. doi:10.1186/s12947-015-0010-y PubMed PMID: 25880201; PubMed Central PMCID: PMC4377191.

22. Durgun Y, Yurumez Y, Guner NG, Aslan N, Durmus E, Kahraman Y. Abdominal Pain Management and Point-of-care Ultrasound in the Emergency Department: A Randomised, Prospective, Controlled Study. *J Coll Physicians Surg Pak.* oct 2022;32(10):1260-5. doi:10.29271/jcpsp.2022.10.1260 PubMed PMID: 36205268.
23. Boccatonda A, Brighenti A, Tiraferri V, Doglioli M, Iazzetta L, De Meis L, et al. POCUS for acute abdominal pain: practical scan protocols on gastrointestinal diseases and an evidence review. *J Ultrasound.* 29 sept 2025;28(4):851-71. doi:10.1007/s40477-025-01088-7 PubMed PMID: 41023565; PubMed Central PMCID: PMC12675880.
24. Bouaziz H, Zetlaoui PJ, Pierre S, Desruennes E, Fritsch N, Jochum D, et al. Guidelines on the use of ultrasound guidance for vascular access. *Anaesth Crit Care Pain Med.* févr 2015;34(1):65-9. doi:10.1016/j.accpm.2015.01.004 PubMed PMID: 25829319.
25. Stolz LA, Stolz U, Howe C, Farrell IJ, Adhikari S. Ultrasound-guided peripheral venous access: a meta-analysis and systematic review. *J Vasc Access.* 2015;16(4):321-6. doi:10.5301/jva.5000346 PubMed PMID: 25656255.
26. Royall NA, Farrin E, Bahner DP, Stawicki SP. Ultrasound-assisted musculoskeletal procedures: A practical overview of current literature. *World J Orthop.* 18 juill 2011;2(7):57-66. doi:10.5312/wjo.v2.i7. PubMed PMID: 22474637; PubMed Central PMCID: PMC3302042.
27. membres de la commission des référentiels de la SFMU, Duchenne J, Martinez M, Rothmann C, Claret PG, Desclefs JP, et al. Premier niveau de compétence pour l'échographie clinique en médecine d'urgence. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence par consensus formalisé. *Ann Fr Med Urgence.* juill 2016;6(4):284-95. doi:10.1007/s13341-016-0649-5