

Compte rendu de réunion groupe Écho du 17/10/2019

Étaient présents : M. Skendi, JL Pariente, S. Filippi, F. Lacoïn, B. Muscat, M. Salloum et C. représentant L. Duquesnel, et par téléphone J. Mirabel et T. Arnaud

Absents et excusés : C. Bronner, I. Cibois Honorat, E. Delord, P. Dreno, B. Ortolan, JC Souлары

Retour sur les réponses CNAM et HAS

- Après contact entre C. Bronner et PL. Druais (à la HAS), la personne qui s'occupe du dossier echo a la HAS est Cedric Carbonneil, Pierre Louis nous conseille de nous mettre en contact avec lui et d'organiser une réunion avec quelques membres du GT Écho du collège. M. Salloum se charge avec F. Lacoïn d'organiser dans les plus brefs délais cette réunion.
- S. Filippi a eu l'occasion de discuter certains radiologues de la SFR. Le dialogue reste courtois mais ils continuent à camper sur leurs positions. Un travail convergeant avec eux semble obligatoire afin d'avoir l'adhésion de la CNAM et la HAS en notre faveur. Le panier de dépenses des soins sera le même, la cotation de l'echo ciblée risque de décocter l'échographie classique. Le nombre de gestes d'echo ciblée risque d'être 3 fois plus important (cf. Étude sur les actes d'echo en médecine générale, de 2018/2019 mise en ligne par S. Filippi)
Une piste est possible, celle d'imposer un nombre limité de gestes d'echo ciblée et d'être payé par prime (cf. RO SP)
M. Skendi donne l'exemple norvégien d'une nomenclature a l'acte d'échoscopie où une liste de seulement 7 indications echoscopiques sont remboursés.
- F. Lacoïn insiste sur l'importance, lors de nos discussions particulièrement avec les instances et leurs représentants, de bien garder le terme d'echo ciblée pour remplacer échoscopie, avec une nomenclature dédiée ciblée (car la nomenclature échographie existe déjà), avec un appareillage en matériel d'echo de qualité, et une formation adaptée.
- Face aux instances, veiller à bien utiliser le terme « échographie ciblée pour le médecin généraliste »
- Pour la rencontre avec le représentant de la HAS il nous parait important d'engager le débat avec des propositions claires et précises de notre côté. La stratégie devrait comporter :
 - Une définition bien établie de l'échographie ciblée pour le médecin généraliste. Revenir aussi sur la définition du MG selon la WONCA, lequel MG n'est pas cantonné uniquement aux soins primaires.
 - Présenter un état des lieux aussi bien national (on ne fait que rattraper un retard face aux européens et sur le plan international), et international.
 - L'argumentaire à utiliser :
 - Nous sommes en retard par rapport aux autres pays
 - Il existe des professionnels de santé non-médecins qui utilisent déjà l'écho ciblée (kiné, IDE, sages-femmes, manipulateurs radio délégués, etc...)
 - Optimisation du parcours de soin : diminuer l'incertitude diagnostique, optimiser les indications d'hospitalisation

- Décrire la différence avec l'échographie classique : reprendre les arguments d'optimisation du parcours de soin avec la diminution aussi du coût et des délais. Donner des exemples (étude danoise, thèses françaises) : S. Filippi donne l'exemple de l'optimisation devant un cas d'aménorrhée : pour un médecin sans écho ciblée, il faut compter 1 Cs med traitant + dosage des beta HCG + Cs post dosage + 1 écho pelvienne en ville + 1 Cs post écho / pour un médecin avec écho ciblée, la réponse est directe et immédiate en 1 Cs.
- Il faut mettre en avant le modèle médico économique.

Liste de situations clinico-échographiques qui permettraient de mieux définir une cotation

Le débat s'est installé entre les participants autour de la pertinence de l'établissement d'une liste de situations clinico-échographiques qui permettraient de mieux définir une cotation. Certains appuient sur le fait que, partir avec une liste de situations, est une stratégie face aux instances, ce qui permettrait de mieux avancer et faire accepter la mise en place d'une nomenclature (établir un cadre précis paraît plus acceptable pour la HAS et la CNAM). D'autres par ailleurs craignent que cette liste ne soit réductrice pour le MG qui a son libre arbitre et est capable dans son exercice de faire preuve de responsabilité quant aux indications et cotations de l'écho ciblée. Le débat reste ouvert, surtout que le groupe de travail n'étant pas au complet, il est important d'avoir un avis consensuel qui représente l'ensemble du groupe.

S. Filippi rappelle les résultats de la thèse française de 2019 a ce sujet : 70% de l'activité des MG échographistes concerne l'écho ciblée. Une fois la cotation mise en place, ce chiffre sera certainement revu à la hausse. Il est important de tenir compte de l'emplacement de l'appareil d'échographie au sein du cabinet (surtout s'il s'agit de cabinet avec plusieurs associés).

Résultats de la thèse sur les actes d'écho

S. Filippi rappelle brièvement les résultats de l'étude qui est mise par ailleurs sur la plateforme de notre GT. L'étude est partie des données du SNIRAM pour 2018 : plus de 19 millions d'actes d'échographies ont été remboursés par la sécurité sociale. 98% effectués par les médecins, dont 57% par les radiologues, 22% par les cardiologues, 7% les gynécologues, 5% par les angiologues, 2,1% par les médecins généralistes, etc...

La formation

- Ne pas oublier la place de la formation initiale
- Le DIU sur 3 ans est la seule formation reconnue par le CNOM. La pratique échographique n'est pas toujours simple dans ce cadre à cause de la difficulté des personnes formées à trouver des terrains de stage, et quand ils en trouvent, ils sont trop souvent observateurs et non actifs face aux radiologues (ce qui est primordial pour la formation aux gestes d'écho). Cette formation exige environ 500h divisées sur plusieurs modules.
- Le DESU sur 1 an. 200H de formation théorique ET pratique conjointement, ce qui optimise les temps de formation qui est adaptée au MG.

- Il paraît important que le CMG en tant que CNP définisse un volume horaire minimum pour une formation validante.
- Il faut exiger de la part des gens formés de posséder un appareil d'écho.
- Une idée est émise sur la mise en place de formations (telles que celles qui sont actuellement effectuées dans le cadre des organismes de formation continue) où 2 formateurs, 1 MG déjà « echopraticquant » et 1 radiologue, coopèrent pour former les MG.
- Est-il possible d'utiliser le vivier des 1200 MG pratiquant l'écho en France, comme terrain de maîtres de stage pour former leurs confrères ? car le « problème » des formations dans le cadre des organismes de formation continue, est le fait que les participants ne voient pas de personnes porteuses de pathologies, mais pratiquent sur des sujets « a priori » sains.
- Le CNP pourrait-il certifier des formations en écho ciblée ? les structures de formation devraient avoir la responsabilité de la validation des participants. Il faudrait ainsi, trouver des critères communs (à toutes les structures) de validation des compétences. Mise en place d'une demande de validation (auprès du CNP) en fonction du nombre d'actes d'écho ciblée effectués par le MG ayant participé à une formation validante ?

Prochaine réunion à prévoir par Doodle

Programmer au plus vite une rencontre avec la HAS dans les locaux du CMG