

COMPTE-RENDU DE LA SEPTIÈME JOURNÉE DE RÉFLEXION SUR L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE EN FRANCE

29 JANVIER 2004

DR THIBAUT MANIERE – DR JEAN-MARC CANARD

1. POLITIQUE DE LA SFED (D SAUTEREAU, CHU Limoges)

La société française d'endoscopie digestive est une Société Scientifique et professionnelle qui sert d'interface scientifique entre les différentes sociétés savantes, les syndicats et les associations, pour améliorer la prise en charge des maladies de l'appareil digestif. Elle est constituée de 17 membres au conseil d'administration depuis 2003 et compte 1200 membres dont 1045 cotisations à jour en 2004, soit 2 fois plus en 7 ans (523 cotisations en 1997). Ses différentes implications sont :

- Evaluation et optimisations des pratiques: concernant la désinfection du matériel, la tolérance des patients aux examens, la juste appréciation du travail effectué.
- Recherche: 36 protocoles monitorés dont 8 terminés et 28 en cours, des bourses de recherche et 5 prix poster aux JFPD. Les domaines de recherche et réflexion concernent notamment l'endoscopie digestive et le plan cancer, l'hygiène et sécurité, la capsule vidéo-endoscopique
- Formation pratique et théorique : la commission de formation propose le D.I.U d'endoscopie digestive interventionnelle, le D.I.U d'échoendoscopie, et les universités d'endoscopie sur estomac de porc; mais également une formation médicale continue au cours des Journées Francophones de Pathologie Digestive, de Vidéo-digest ou de réunions régionales.
- Recommandations : La SFED a rédigé 28 fiches de recommandations (dont 8 en 2004), 9 « guideline » publié dans Endoscopy depuis 1998, et la réactualisation des 6 fiches d'information avant une endoscopie digestive
- Communication: la lettre de la SFED (trimestrielle), journal faxé (mensuelle), SFEDNews, des conférences de presse avec une agence de presse et le site internet www.sfed.org (38000 visites par mois).

2. ENDOSCOPIE DIGESTIVE ET PLAN CANCER: TRACTUS DIGESTIF HAUT

Résultats des 2 jours d'endoscopie en France en 2004 (JM CANARD)

Il s'agissait d'une enquête prospective auprès des gastro-entérologues français sur 2 jours ouvrables fixés préalablement. Il y a eu 1496 participations permettant l'analyse de 6063 dossiers patients dont 7205 endoscopies. L'échantillon était représentatif de la population des gastro-entérologues en France : l'âge moyen était de 45,2 ans, 38% d'hospitaliers et 62% de libéraux ou mixte dont 41% en secteur 2. On observait une augmentation des actes endoscopiques de 10% par rapport à l'année 2003 avec notamment +11% de coloscopies, +20% d'échoendoscopies, +21% d'entérocopies et +412% de vidéo-capsule (4918 vs 1193), avec par contre une diminution de 18% des CPRE et de 26% des ponctions sous échoendoscopie. Dix pourcent des endoscopies ont lieu en cabinet de ville, 56% en clinique privé et 32% à l'hôpital. L'endoscopie était réalisée en ambulatoire dans 58% des cas. L'endoscopie était pratiquée sans anesthésie ni sédation dans 37% des cas, le plus souvent dû à l'absence d'anesthésiste disponible. L'utilisation de vidéoendoscope était quasi universelle (93% des cas) et l'achat de ces appareils datait de moins de 4 ans pour 71% des cas. La procédure de désinfection était manuelle dans 45% des cas et automatique dans 55% des cas avec une vétusté importante du matériel (55% du parc a plus de 4 ans). L'utilisation de l'acide peracétique se pratiquait dans 55% des cas.

L'endoscopie oesogastroduodénale était réalisée à visé diagnostique dans 73% des cas, pour le suivi d'un état pathologique dans 23% des cas et plus rarement pour la réalisation d'un geste thérapeutique (3,5%). Les endoscopies de surveillance étaient réalisées plus souvent dans le cadre d'un RGO, d'un EBO ou d'une oesophagite sévère mais aussi de cancer digestif. Il y avait une augmentation de la surveillance des cancers gastriques (+67%) et une baisse de la surveillance des cancers oesophagiens (-22%). Les endoscopies diagnostiques étaient normales dans 29% des cas et pathologiques dans 71% des cas. Un geste diagnostique était associé dans 48% des endoscopies, essen-

tiellement des biopsies mais on note une augmentation des colorations (+160%). Au niveau de l'œsophage, le diagnostic est plus souvent une oesophagite (49%) ou une hernie hiatale (51%). Il existe une baisse des cancers oesophagiens et une hausse des cancers du cardia par rapport à 2003. Au niveau de l'estomac, le diagnostic était un ulcère ou une gastrite dans 81% des cas. Par rapport à l'année 2003, il y avait une augmentation des cancers de l'estomac et lymphome gastrique. Près de 30% des patients qui avaient un diagnostic de cancer par endoscopie digestive haute, avaient entre 55 et 65 ans, et 12,4% avaient moins de 45 ans.

Surveillance par endoscopie de l'œsophage et du cardia : qui, quand et comment ? (JESCOURROU)

L'incidence des cancers de l'œsophage est estimée à 5000 nouveaux cas / an, avec une diminution des carcinomes épidermoïdes et une augmentation des adénocarcinomes. Le principal facteur de risque d'adénocarcinome oesophagien est le RGO car il est associé à une augmentation de l'EBO. Dans l'EBO c'est la métaplasie spécialisée intestinale qui est associée au risque de dysplasie et donc d'adénocarcinome. En effet, il existe de la métaplasie intestinale au voisinage de 80% à 100% des adénocarcinomes oesophagiens et dans 40% à 70% des adénocarcinomes du cardia. Le risque d'adénocarcinome est évalué à 0,5% par patient-année en cas d'EBO. Ce risque est plus élevé en cas de dysplasie de haut grade, de dysplasie diffuse et d'EBO long (taille > 3 cm). Ainsi, le diagnostic d'EBO ne pouvant être fait que par endoscopie, il est recommandé de pratiquer des endoscopies de surveillance avec des biopsies étagées selon le protocole de Seattle chez les patients d'âge physiologique compatible avec un traitement en cas de malignité. L'utilisation de colorations ne semble pas améliorer la rentabilité diagnostique. Le rythme recommandé par la SFED de ces endoscopies est tous les 2-3 ans en l'absence de dysplasie, à 6-12 mois en cas de dysplasie de bas grade après contrôle endoscopique et histologique précoce (2 mois) sous IPP. En cas de dysplasie de haut grade un contrôle endoscopique sous IPP avec des biopsies tous les cm est recommandé avant décision thérapeutique (endoscopique ou chirurgicale). Même si aucune étude n'a démontré que la surveillance endoscopique diminuait la mortalité, il semble que les patients qui ont un cancer de l'œsophage diagnostiqué au cours d'un suivi endoscopique ont une meilleure survie. De plus il n'est pas démontré d'effet délétère de la surveillance endoscopique. Enfin, la qualité des biopsies initiales est importante car il conditionne le rythme de surveillance.

3. ENDOSCOPIE DIGESTIVE ET PLAN CANCER : COLON

Résultats des 2 jours d'endoscopie en France en 2004 (JM CANARD)

Le nombre de coloscopies réalisées en France en 2004 a augmenté de 11,4 % en raison de la montée en puissance du dépistage par Hemocult® du cancer colo-rectal. Il y avait seulement 4 % d'échec de coloscopie. La coloscopie était réalisée sous AG ou sédation IV dans 96 % des cas. Près de 29 % des coloscopies étaient associées à une polypectomie correspondant à 695.000 polypes réséqués. L'examen était normal dans 40 % des cas. En cas de coloscopie pathologique, il s'agissait de polypes recto-coliques dans 59 % des cas et de cancer du colon dans 8,3% des cas. Les polypes étaient localisés majoritairement au niveau du sigmoïde (39 %) ou du rectum (33 %) mais également au niveau du colon droit dans 32 % des cas. Les cancers du colon étaient préférentiellement localisés au niveau du sigmoïde (35 %) et du rectum (31%) et dans le colon droit dans 21% des cas. Les coloscopies de dépistage correspondaient à 25 % des coloscopies. Elles étaient réalisées en raison d'un antécédent familial de cancer du colon dans 75 % des cas et du fait d'un test Hemocult® positif dans 11,8 % des cas. Elles étaient pathologiques dans 51,5 % des cas, correspondant à un ou plusieurs polypes dans 71 % des cas et à une tumeur maligne dans 3,7 % des cas. Seul le test Hemocult® positif augmentait la rentabilité de la coloscopie de dépistage avec 60% d'examen pathologiques. Les coloscopies réalisées pour troubles fonctionnels intestinaux trouvaient légèrement moins de polypes (25 % vs 35 %) et de tumeurs malignes (1,55 % vs 1,86 %) que les coloscopies réalisées pour antécédents familiaux de cancer. Des complications survenaient au cours de 1,14% des coloscopies, essentiellement des hémorragies (0,55%) et des problèmes anesthésiques (0,41%), plus rarement des perforations (0,03%). Malgré l'amélioration de la qualité de la pratique de la coloscopie (moins d'échec, moins de perforation et plus de diagnostiques), 2 % des 40000 cancers du colon diagnostiqués en 2004 avaient eu une coloscopie dans les 5 ans. Cela incite à augmenter encore la qualité de la pratique de la coloscopie et les moyens (CCAM, T2A)

Dépistage du cancer colo-rectal par HEMOCULT® : différentes expériences.

Département de l'Hérault (P.A DALBIES)

Il s'agit des résultats préliminaires d'une campagne de dépistage par le test HEMOCULT® réalisée entre février et novembre 2004. Sur les 30.216 tests réalisés (taux de participation actuellement indéterminé),

2,2 % sont positifs conduisant à la réalisation d'une coloscopie dans 46 % des cas. Vingt et un cancers et 273 polypes chez 158 patients ont été détectés au cours des 296 coloscopies réalisées. La valeur prédictive positive de cancer était de 14% et d'adénome de 23%. Les complications correspondaient à un cas de perforation et 3 cas d'hémorragies.

Département d'Ille-et-Vilaine (J.L FRIGUET)

Grâce à la forte implication des médecins libéraux (>98%) et une collaboration institutionnelle, le taux de participation est proche de 50% (91.273 tests pour une population de 213.000 habitants). Le test était positif dans 2,53% des cas et non analysable dans 3,41% des cas. Un test positif conduisait à la réalisation d'une coloscopie dans 78% des cas (1833 coloscopies) permettant le diagnostic de cancer dans 207 cas (11% des coloscopies) et d'adénome dans 584 cas (31,9% des coloscopies). Le taux de complications était de 0,16%.

Département du Nord (P HOUCKE)

La population invitée à participer au test de dépistage par HEMOCULT™ est importante avec 585.000 personnes et se déroulera sur 2 ans (de 2003 à 2005). Les résultats préliminaires montrent un taux de participation de 27% (159.361 tests envoyés) dont 3,5% de tests positifs conduisant à la réalisation de 653 coloscopies (45,2%) et permettant le diagnostic de 74 cancers (VPP=11%) et 174 adénomes (VPP=31%).

Département de la Seine Saint-Denis (TGOMBEAUD)

Ce département a voulu participer à la campagne de dépistage par le test HEMOCULT™, notamment du fait d'une mortalité élevée par cancer du colon et un accès aux soins difficiles. Cependant, en raison de problèmes administratifs, la distribution des tests a commencé en Octobre 2004.

Coût et efficacité du dépistage du cancer colo-rectal par coloscopie. (D HERESBACH)

Les recommandations actuelles pour le dépistage du cancer colo-rectal (CCR) dans la population à risque moyen est en France la recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) en raison d'une diminution significative de la mortalité par CCR de 14%. Cependant, l'American College of Gastroenterology recommande également soit une rectosigmoïdoscopie souple (RSS) tous les 5 ans soit une coloscopie totale (CT) tous les 10 ans. Il est déjà démontré que la polypectomie diminue l'incidence du CCR, et que la réalisation d'endoscopie basse pendant 7 à 10 ans diminue l'incidence et peut être la mortalité du CCR.

Une étude cas/temoins au Royaume-Uni a montré que le dépistage par RSS permettait le diagnostic d'adénome dans 12% des cas dont 4,7% d'adénome avancé (+11% par rapport à la RSOS) et le diagnostic de CCR dans 0,35% des cas (-0,17% par rapport à RSOS). Des essais contrôlés randomisés sont en cours pour évaluer l'effet du dépistage du CCR par endoscopie. Le rapport coût/efficacité (coût par années de vie sauvées) du dépistage du CCR par RSS, RSOS et CT est évalué entre 10.000 et 15.000 euros par années de vie sauvées, mais dépend surtout du rythme et du taux de participation. Le risque de complications est faible et notamment 1 perforation pour 250.000 RSS et 1/10.000 pour la coloscopie totale. Ce type de dépistage dépendra de l'acceptabilité du patient, du gastroentérologue et/ou du payeur.

Observatoire du cancer colo-rectal (CREGG) (PHOUCKE)

L'objectif de cet observatoire est de réaliser un enregistrement aussi exhaustif possible de tout acte contribuant à la prise en charge des patients porteurs d'un CCR par les HGE exerçant en libéral sur une période déterminée; afin d'avoir une meilleure reconnaissance de notre discipline dans la prise en charge des cancers. Cette enquête sera réalisée sur 8 jours en Mars 2005 auprès d'HGE libéraux sélectionnés et à l'aide de questionnaire pour le médecin et le patient. Chaque patient porteur d'un CCR, antérieurement connu ou non, remplira un questionnaire lors du premier contact pendant la période étudiée, pour quelque motif que ce soit (en rapport avec sa maladie). Les résultats de cette enquête seront présentés dès le 1er octobre à l'assemblée générale du CREGG et aux Journées Francophones Pathologies Digestive 2006.

Etude CESAME : impact sur la surveillance et les cancers (J.P GENDRE)

Les facteurs de risque de la Recto-Colite Hémorragique (RCH) sont l'étendue des lésions, les antécédents familiaux de CCR, la cholangite sclérosante, la durée d'évolution et la sévérité de l'inflammation. A l'inverse, la prise de 5-ASA et surtout de mesalazine (dose > 1,2 g/j) a un rôle protecteur démontré. L'étude CESAME (Cancer Et Sur-risque Associé aux Maladies inflammatoire intestinales En France) a pour objectif principal de tester par une étude de cohorte en population l'hypothèse du sur-risque de lymphome induit par les immunosuppresseurs (IS) au cours des maladies inflammatoires intestinales. Elle permettra également d'évaluer le sur-risque de l'ensemble des cancers et notamment le CCR ou d'adénocarcinome de l'intestin grêle. Au 25/01/2005, 16.427 patients étaient inclus dont 5900

RCH et 9925 maladies de Crohn. L'étendue de la maladie supérieure à 50% ou l'ancienneté supérieure à 10 ans d'évolution était de 40% à 50% dans les 2 groupes. La prise d'IS était de 45% d'azathioprine ou 6-mercaptopurine, 7,7% de methotrexate et de 10,5% d'infliximab.

Observatoire sur les polypes (J.M STUDER)

L'association Polypes Franche-Comté, créée en 2000, a permis la mise en place d'une étude de cohorte de sujet porteurs de polypes colo-rectaux après une première polypectomie. L'objectif de l'étude est de déterminer la trajectoire des soins et la nature des actes pratiqués après une première polypectomie sur un délai minimum de 3 ans. Elle permettra d'analyser l'influence des antécédents familiaux, des données individuelles, et des caractéristiques des polypes enlevés. Les patients aux antécédents personnels de polype ou de cancer colique, et de colectomie seront exclus. Un échantillon de plus de 1000 patients sont inclus depuis mars 2004. Le recueil de données sera réalisé, par l'intermédiaire d'internet, avec un bilan et un questionnaire initial puis un questionnaire à 1,2 et 3 ans.

Projet DETECT (T PONCHON)

C'est une étude sur les méthodes du dépistage ciblé du CCR chez les sujets à risque élevé. Une fiche d'information est envoyée au médecin de famille et aux patients à qui l'on vient de faire le diagnostic d'un adénome ou d'un CCR (afin de sensibiliser les membres de la famille de ce patient). Réalisation d'une campagne d'affichage dans les salles d'attente. Recrutement de 100 Hépatogastro-Entérologues qui vont évaluer les outils et les tester sur 500 cas. Les résultats sont prévus pour 2005.

Endoscopie digestive basse : indication en dehors du dépistage de masse (J.C. LETARD)

L'endoscopie digestive basse est indiquée chez les patients à risque moyen (correspondant à la population générale) en cas de douleurs abdominales et/ou troubles du transit (toujours après 50 ans et en l'absence de réponse à un traitement symptomatique avant 50 ans), de rectorragies de sang rouge foncé et de sang rouge vif après 50 ans, à distance d'une diverticulite si une indication opératoire est posée et en cas d'endocardite à *Streptococcus bovis* ou D. L'endoscopie digestive basse est indiquée chez les patients à risque très élevé. Il s'agit des membres d'une famille atteinte de PAF (RSS tous les ans à partir de 10-12 ans et tous les ans après colectomie), de PAF atténuée (CT tous les ans à partir de 30 ans),

d'HNPCC (CT tous les ans à partir de 20-25 ans et tous les 2 ans après traitement chirurgical), de polypose juvénile (CT tous les 2-3 ans à partir de 10-15 ans) de syndrome de Peutz Jeghers (CT tous les 2-3 ans à partir de 18 ans). Pour les MICI, il convient de faire une coloscopie avec des biopsies étagées en cas de pancolite évoluant depuis plus de 10 ans et en cas de colite gauche évoluant depuis plus de 15 ans.

L'endoscopie digestive basse est indiquée chez les patients à risque élevé. Il s'agit soit de patients ayant un antécédent familial de CCR ou d'adénome chez un parent au premier degré de moins de 60 ans ou plusieurs parents du premier degré quel que soit l'âge (CT à 45 ans ou 5 ans avant le cas index), soit de patients ayant un antécédent personnel de CCR après chirurgie colique (CT à 6 mois si la coloscopie avant la chirurgie est incomplète ou à 2-3 ans si elle est complète). Après exérèse incomplète d'un adénome, il convient de faire une CT à 3 mois. En cas d'adénome avancé (taille ≥ 1 cm, contingent villosité $\geq 25\%$ ou dysplasie de haut grade), d'exérèse de 3 adénomes ou plus ou d'antécédent familial de CCR, il convient de faire une CT dans 3, 8, 13 et 23 ans, sinon à 5, 10 et 20 ans. Il convient de réaliser l'exérèse endoscopique des polypes hyperplasiques si la taille est supérieure à 1 cm, le nombre supérieur à 5 ou en cas d'antécédent familial de polypose hyperplasique. Il faudra faire une coloscopie de contrôle dans 5 et 10 ans.

L'ENDOSCOPIE EN PRATIQUE

Hygiène en endoscopie : la circulaire n°100 du 13 mars 2001, 3 ans après (B. MARCHETTI)

La circulaire n°100 du 13 mars 2001 recommandait la double procédure de nettoyage avec utilisation de préférence d'un détergent enzymatique plutôt qu'un détergent alcalin.

Actuellement, il n'existe aucun argument scientifique en faveur du double nettoyage. De plus, des données expérimentales récentes démontrent une plus grande efficacité des détergents alcalins par rapport aux détergents enzymatiques en particulier sur le *Pseudomonas aeruginosa*. Sur le prion, les détergents enzymatiques sont inefficaces alors que les détergents alcalins en diminuent l'inoculation. Pour la désinfection, l'utilisation de glutaraldehyde devait être évité au profit de l'acide peracétique. En ce qui concerne l'acide peracétique, il n'a pas d'effet sur le prion. Par contre il n'y a plus actuellement de problème pour les endoscopes. Les alternatives à l'acide peracétique sont soit l'hydrolyse du chlorure de sodium en eau superoxydée (STERILOX™) ou en eau hydrolysée acide (KIAGEN™ CBC) soit le dioxyde de chlore (utilisé au Royaume-Uni). D'autres méthodes semblent moins intéressantes : l'ozone et le plasma froid. Les autres innovations concernent les laveurs-

désinfecteurs répondant à la norme Pr EN1483, le stockage maîtrisé permettant d'éviter la désinfection matinale et l'autoclavage des endoscopes (déjà utilisé en endoscopies ORL et bronchique). Les contraintes réglementaires ont eu l'intérêt de prendre en compte les risques de contamination et ont permis une amélioration des procédures de désinfection. Cependant, elles sont actuellement un blocage à l'innovation dans plusieurs domaines.

Evolution des coûts des actes en endoscopie digestive (B. NAPOLEON)

Dans les premières années de l'endoscopie digestive, les actes de bases (gastroskopie) étaient cotés K40 ou K50 et concernaient une part importante de l'activité de cabinet ; les actes lourds (CPRE) étaient viables en établissement de soins. Entre 1995-2004 du fait de la désinfection au glutaraldéhyde, du petit matériel à usage unique et des vidéo-endoscopes puis du double nettoyage et de la désinfection à l'acide peracétique, on assiste à une augmentation des coûts, sans modification de la rémunération. Ceci se traduit par un transfert des actes de base en établissements de soins et la non-rentabilité des actes lourds conduisant au regroupement de structures. En 2005, la nouvelle nomenclature (T2A et GHS) aggrave cette situation puisque la nouvelle facturation a défini une rémunération stable ou à la baisse des actes standard et une sous-rémunération systématique des actes lourds. Elle risque de voir la disparition des actes lourds en établissements de soins (suppression ou réduction drastique en libéral et impossibilité d'intégrer cette activité à l'hôpital) et la disparition de l'endoscopie en cabinet.

GHS et T2A : effets pervers et changements de la pratique au sein de l'hospitalisation privée (J.C. LETARD)

Dans la nouvelle nomenclature, les séjours de moins de 48 heures (75% à 85%) dont les endoscopies externes seront codées en CMD24 et les séjours de plus de 48 heures en CMD06 (tube digestif) ou CMD07 (hépatobiliaire). L'endoscopie sans anesthésie générale (AG) est revalorisée avec l'endoscopie oeso-gastro-dudénale (EOGD) à 172,61_ (vs 41_). Par contre l'endoscopie avec AG de moins de 48 heures est dévalorisée : l'EOGD, la coloscopie avec ou sans polypectomie et la CPRE avec sphinctérotomie ont la même tarification (395,06_). On voit une nette diminution pour la coloscopie (415,61_ à 475,25_) et la CPRE (937,11_). Il y a une valorisation des séjours de plus de 48 heures ce qui est contraire à l'évolution de l'endoscopie interventionnelle. Il existe d'autres incohérences : il existe une grande différence de tari-

fication pour l'EOGD sous AG entre le secteur public et privé (885,20_ vs 395,06_), les affections des CM06 et 07 sans endoscopie sont mieux rémunérées qu'avec endoscopie sous AG, la mise en place d'un port-à-cath est 370_ alors que le cathétérisme cardiaque (tout à fait superposable à la CPRE) est rémunérée 829,89_ et la mise en place d'une prothèse coronarienne est rémunérée 2031,51_ à 2435,43_. Par ailleurs, il existe quelques oublis importants: l'endoprothèse gastrique et colique, l'hémostase par clip, pHmétrie implantable (48h), le ballon intra-gastrique, le traitement de diverticule de Zencker, les sutures de brèche digestive et la sphinctérotomie pancréatique.

SROS 3 et PMSI-EBS : les cadres de notre activité de 2005 à 2010 (B. CROGUENNEC)

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) vise à susciter et accompagner les évolutions nécessaires des systèmes hospitaliers public et privé sur une période de 5 ans. Le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) s'est enrichi en 2004 d'un « satellite » permettant d'aborder une évaluation des besoins de santé (EBS). Les textes de loi disent qu'il n'y aura plus de carte sanitaire, mais il faudra quantifier l'activité et pour la quantifier il faut évaluer les besoins. Les éléments déterminant dans l'évaluation des besoins de santé sont : la démographie de la population, les facteurs épidémiologiques (prévalence, incidence, mortalité) et les facteurs de soins (démographie médicale, progrès thérapeutique et technologique et politique de dépistage). Le PMSI-EBS, mis en place à partir de données démographiques prospectives, permet une projection du système de soin en 2010, en quantifiant l'activité des années 2000 à 2002, par âge et par pathologies. Cependant, ces éléments sont difficilement quantifiables. La démographie médicale devrait avoir une faible influence (l'offre de soins varie en fonction de la demande). L'épidémiologie des grandes pathologies semble relativement bien connue du fait du travail des sociétés scientifiques. Les principaux facteurs de variations seront liés aux soins du fait des progrès diagnostiques et thérapeutiques et de la modification de la prise en charge. L'endoscopie digestive est nettement ciblée par ces programmes car le GHM " endoscopie avec anesthésie " est le premier en nombre de séjours (> 900.000), en chiffre d'affaires pour les établissements privés (330.000.000_) et en coût pour l'assurance maladie. Les pathologies à cibler sont les polypes et cancer coliques (270.000 actes en permettent le diagnostic) ; en 2010 le PMSI-EBS prévoit une augmentation des cancers (+16%) et polypes (+13%) coliques. L'influence des différents facteurs liés aux soins entraînerait soit une augmentation des polypes et

une diminution des cancers soit un équilibre entre les 2, ce qui aurait une influence sur le nombre d'exams pratiqués.

Evaluation de la satisfaction des patients après endoscopie digestive (C ALTMAN)

L'évaluation de la qualité des soins et de la satisfaction des patients est une obligation réglementaire. L'utilisation d'un serveur vocal interactif (SVI) a plusieurs avantages : une bonne acceptabilité, un recueil des données automatisé et l'utilisation par plusieurs centres du même SVI. L'étude a été réalisée par des gastro-entérologues libéraux d'Ile-de-France. Chaque médecin devait proposer l'enquête à 35 malades consécutifs bénéficiant d'une endoscopie. Le SVI a été validé sur un sous-groupe de patients (31% de participation, participation non modifiée par l'utilisation d'un numéro gratuit, 1,2% de discordance avec un interrogatoire avec la personne). Sur les 1052

patients ayant appelés le SVI, 94% ont eu un examen sous anesthésie. Le délai de rendez-vous était considéré comme trop long au-delà de 2 semaines (17,4%) et surtout après un mois (41,8%). Les patients avaient peur avant l'examen dans près d'un cas sur 2 s'il s'agissait du premier examen, alors qu'il diminuait à 21-26% en cas d'expérience antérieure ($p < 0,0001$). Il n'y avait pas de différence entre les examens avec ou sans anesthésie ou selon le type d'examen. Près de 80% des patients qui avaient déclaré avoir eu peur de l'examen, ont estimé que celle-ci n'était pas justifiée. Mille trois patients (95,4%) ont déclaré qu'ils accepteraient de refaire l'examen dans les mêmes conditions. En analyse multivariée, les variables associées au refus de refaire l'examen sont pour l'ensemble des patients : l'absence d'explications avant l'examen (OR = 3,15) et le sexe féminin (OR = 2,14) ; et pour les coloscopies seules : les difficultés à boire la préparation (OR = 4,54), l'absence d'explication avant l'examen (OR = 3,82) et les douleurs après l'examen (OR = 2,11).