



9ème Journée de Réflexion
sur l'Endoscopie Digestive en France
20 janvier 2007, Marseille

EVOLUTION DE LA PRATIQUE DE LA GASTROSCOPIE

Docteur Bertrand Napoléon, Lyon

Historique de la gastroscopie

- 1970 : premières années de l'endoscopie
- 1990 : vidéoendoscopie, généralisation de l'AG pour la coloscopie
- 1995-96 : normalisation de la désinfection au glutaraldéhyde
- 2001 : double nettoyage + acide peracétique
- 2005 : CCAM/T2A

Premières années de la gastroscopie

- Pas de réelles données chiffrées.
 - Désinfection non codifiée, très limitée
 - Petit matériel réutilisable
 - Endoscopie à fibres
- Actes de base : gastroscopie = K 40 ou 50
(89€ en 1985 **soit 137€ de nos jours**)
 - Activité cabinet importante
 - Ensemble de l'acte à la charge du gastro : 40-50 € par acte → **acte intellectuel coté à 90-95 € par acte**
 - Peu de gastroscopie sous AG

Evolution années 1995-2001

- Evolution des pratiques et du matériel :
 - Désinfection au glutaraldéhyde à 2%, petit matériel à UU
 - Vidéoendoscopie, Nasogastroscope,...
 - Développement de la gastroscopie sous AG
- Gastroscopie = K 50 (96 €)
 - → étude Pelletier-CREGG 1999 :
 - Valeur seuil pour gagner 1 € : 379 actes
 - déplacement progressif vers établissements (FSE 20-30 €)
 - augmentation % d'actes sous AG

Evolution années 2001-2004

- Evolution des pratiques et du matériel :
 - Double nettoyage, acide peracétique → surcoût de 12%
- Gastroskopie = K 50 (96 €)
 - Etude Pelletier-CREGG 2002
 - Valeur seuil 408 actes pour un cabinet pour gagner 1 €
→ accélération déplacement vers établissements
 - → étude CLP-santé 2004
Coût de la gastroscopie (< 1500/an)
60 € pour l'acte + 46 € pour la désinfection → 106 €
Non inclus : traçabilité, évacuation des déchets, contrôle microbiologique

LA GASTROSCOPIE EN CABINET

- Les locaux d'endoscopie (enquête CREGG 2001).

Salle de décontamination indépendante	44%
Ventilation spécifique	37%
Procédures affichées	70%
Contrôles bactériologiques	16%



L'ENDOSCOPIE EN CABINET MEDICAL

Situation régionale 2004: Pays de Loire et Alsace.

	Pays de Loire	Alsace
Nombre de HGE libéraux	87	85
% d'HGE pratiquant de l'endoscopie de cabinet	84.7% (L.A.93%)	78.8%
% ne pratiquant aucune endoscopie en cabinet	17.2%	11.76%
CA	0%	9.41%



Années 2005-2007

- Acte intellectuel rémunéré 96 €
- Coût de l'endoscopie non pris en compte dans la cotation CCAM
- FSE remplacé par un GHS spécifique 9600 créé en août 2006 : 75 €

→ Poursuite du transfert des actes

LA GASTROSCOPIE EN CABINET

- Evolution de l'activité 1999/2006.

	1999	2006
Cabinet de ville	20 %	9 %
Clinique privée	42 %	49 %
Hôpital	36 %	40 %
Centre autonome	2 %	2 %
Total des actes	1043000	1260000

LA GASTROSCOPIE

- quel type d'anesthésie pour les endoscopies OGD. 1999/2006

	1999	2005	2006
Anesthésie générale	58%	68%	67%
Sédation IV par Le gastro entérologue	4%	1%	1%
Pas d'anesthésie	38 %	31%	32%

Evolution du coût de la gastroscopie en 20 ans K → CCAM/T2A

Gastroscopie sans AG

	acte intellectuel	coût acte hors désinf	désinfection
--	----------------------	--------------------------	--------------

1985

90€

40-50€

2005

96€

60€

46€

ES : 75 €

Evolution prévisible

- Disparition endoscopie en cabinet
- Transfert généralisé en ES
- Augmentation pourcentage gastroscopie sous AG ...
 - +9% 2004-2005 stabilisé en 2006

Avantages

- Plus « confortable » pour l'endoscopiste
- Meilleur encadrement de l'environnement
→ moins de risque pour l'endoscopie digestive en général
- En pratique cela fonctionne dans la grande majorité des cas ..pourquoi s'inquiéter !!

Inconvénients

- Pas de solution de repli si les établissements sont saturés, plus intéressés par d'autres actes ou si conflit local
- Quid des objectifs quantifiés du SROS III ?
 - Sous AG compétition avec les actes chir
 - Sans AG inclus dans OQ ? externe mais GHS ...
- Couverture du territoire et offre de soins en diminution pour le patient suivant les régions
- Coût de la santé augmenté à la fois en coût de l'acte et en coût satellite (Arrêt Travail)
- Dépendant du GHS 9600 ...

Une solution pour tout concilier ?

Création de structures en dehors des ES
permettant une activité endoscopique sans AG,
encadrées et rémunérées

Cahier des charges : SFED (fait)

GHS 9600 : nécessité décret (hors mission T2A?)

→ futur décret sur l'hospitalisation médicale ?

Conventions spécifiques avec ES pour gestion
des complications éventuelles, CLIN

Contrôle de la structure : DDASS, CRAM ?

Une solution pour tout concilier ?

Avantages « collatéraux »

On se retrouve dans l'idée d'un plateau technique multiple : écho, explorations fonctionnelles, ...capsule ...?

Intérêt combiné d'autres spécialités (ophtalmo, urologues, ORL ...)

Conclusion

L'endoscopie hors ES va disparaître car au contraire de ce que peut dire la CNAM le coût de la pratique de la gastroscopie n'inclut pas le coût de l'acte mais seulement la rémunération de l'acte intellectuel comme en 1985 !!

Le coût de l'acte (sans AG) n'est pris en compte que sur les ES et grâce au GHS 9600

Conclusion

L'endoscopie en externe en ES classique est la solution la plus simple et la plus logique pour évoluer actuellement

- restreint l'espace de liberté pour les HGE et les patients
- quelle évolution du GHS 9600 ...et sur quels critères ?

Le choix de créer des centres d'endoscopie sans AG est une éventuelle option d'avenir qui nécessiterait l'accord de l'ensemble des acteurs ...si tout le monde est convaincu de l'intérêt de ces structures