HEPATO-GASTRO & ONCOLOGIE DIGESTIVE

ÉDITORIAL

Quelle doit être l'attitude des hépato-gastroentérologues devant la volonté des chirurgiens digestifs de faire de l'endoscopie digestive ?

What should be the attitude of hepato-gastroenterologists towards the will of digestive surgeons to perform digestive endoscopy?

Stanislas Chaussade[1,2]

[1] Université de Paris, Groupe Hospitalier Paris centre, Hôpital Cochin, 27 rue du faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris
[2] Ancien président de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED)

Correspondance : S. Chaussade
stanislas.chaussade@aphp.fr

La réforme récente des études médicales et en particulier du DES de chirurgie viscérale a conduit le Conseil national universitaire (CNU) de chirurgie digestive à proposer une option « d'endoscopie chirurgicale de 6 à 12 mois ». La création de cette option s'est faite sans aucune concertation avec le CNU d'hépato-gastroentérologie (HGE) et sans concertation avec les différentes composantes de l'HGE (Conseil national de l'hépato-gastroentérologie, CNPHGE) et a bien sûr conduit la SFED (Société Française d'Endoscopie Digestive) et la SNFGE (Société Nationale Française de Gastro-Entérologie) à manifester leur mécontentement et leur hostilité à une telle décision. Plusieurs arguments ont été soulevés pour s'élever contre ce coup de force des chirurgiens.

Le premier argument est d'ordre général. L'endoscopie digestive est pratiquée par plus de 95 % des HGE, et ce, depuis plus de 50 ans. Elle est au cœur du métier des HGE et plus de 3,5 millions d'actes sont réalisés par an en France, majoritairement dans le secteur libéral. Son impact dans la prise en charge des maladies du tube digestif est important que ce soit dans le domaine du cancer, des maladies du foie et du pancréas, dans le cadre des maladies inflammatoires du tube digestif ou des urgences digestives. Enfin, l'endoscopie est un facteur d'innovation et d'attractivité de la profession pour les jeunes et aussi une source de revenus pour les HGE.

Le deuxième argument concerne les besoins en endoscopie digestive au niveau du territoire. La lecture du livre blanc de l'HGE montre que l'évolution du nombre des HGE dans le futur va rester stable et que le problème actuel est plutôt leur répartition sur le territoire que le nombre total d'endoscopistes. En d'autres termes, la profession n'a pas besoin des chirurgiens digestifs pour assurer les endoscopies digestives de la population sous réserve que la répartition et l'installation des futurs HGE soient régulées et harmonieuses.

Le troisième argument concerne la méthode utilisée par le CNU de chirurgie digestive qui tente de faire une « OPA hostile » sur une activité correctement réalisée par les HGE. Les chirurgiens et les HGE travaillent quotidiennement ensemble, leurs activités sont complémentaires et la collaboration se passe dans la grande majorité des cas dans d'excellentes conditions. Quelle aurait été la réaction de nos amis chirurgiens si nous avions décidé de former nos internes à faire des cholécystectomies sous cœlioscopie sans les prévenir ?

Le quatrième argument concerne la qualité de la formation en « endoscopie chirurgicale », lorsqu'on voit le programme de formation en endoscopie

Pour citer cet article : Chaussade S. Quelle doit être l'attitude des hépato-gastroentérologues devant la volonté des chirurgiens digestifs de faire de l'endoscopie digestive ? Hépato-Gastro et Oncologie Digestive 2022 ; 29 : 419-421. doi : 10.1684/hpg.2022.2356

Copyright © 2022 John Libbey Eurotext. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 12/07/2022.

Copyright : John Libbey Eurotext, 2022
doi : 10.1684/hpg.2022.2356

thérapeutique des internes en chirurgie, sur 6 à 12 mois, effectués par les HGE en deux ans, le plus souvent après 4 ans d'internat. Cette durée de formation est notoirement insuffisante pour réaliser des gestes thérapeutiques en endoscopie dans des conditions de qualité et de sécurité acceptables pour la population. L'endoscopie ou l'échoendoscopie diagnostique font partie intégrante de la formation initiale en endoscopie digestive des HGE et sont la première étape de la formation en endoscopie avant l'apprentissage de l'endoscopie thérapeutique. Il est parfaitement démontré que, dans les pays où les chirurgiens peuvent effectuer des endoscopies, la qualité des coloscopies effectuées par les HGE est supérieure à celle effectuée par les chirurgiens. Il apparaît donc illusoire d'acquérir les compétences pour effectuer une dissection endoscopique sans connaître les bases de l'endoscopie diagnostique permettant de déterminer la nature de la lésion et d'anticiper le risque de cancer. Cette formation des internes en chirurgie digestive doit aussi s'appuyer sur des stages pratiques en endoscopie digestive qui n'existent pas à l'heure actuelle. Pour l'instant, les unités d'endoscopie digestive des CHU ont refusé d'accueillir des internes de chirurgie digestive. Néanmoins, il semblerait que le responsable d'une unité d'endoscopie digestive d'un établissement privé parisien soit d'accord pour accueillir des internes de chirurgie. Or, formé à l'endoscopie digestive à l'étranger et inscrit au conseil de l'ordre comme chirurgien, ce praticien n'a pas, selon les services juridiques du Conseil national de l'ordre des médecins, le droit de pratiquer l'endoscopie digestive en France.

Il nous reste maintenant à nous interroger sur les raisons qui ont poussé les chirurgiens à s'intéresser à l'endoscopie digestive et quelles sont les solutions permettant de concilier les intérêts des deux disciplines. Les raisons de l'intérêt soudain des chirurgiens pour l'endoscopie digestive sont simples et traduisent la baisse globale du recourt à la chirurgie dans de nombreux champs de l'HGE. Ainsi de nombreuses maladies sont traitées par l'endoscopie alors qu'auparavant elles étaient prises en charge par les chirurgiens. C'est le cas de la lithiase du cholédoque, du drainage de collections pancréatiques, des myotomies endoscopiques pour l'achalasie (POEM) ou de l'exérèse des tumeurs du tube digestif par mucosectomie et par dissection endoscopique. D'autres techniques sont en cours de développement et dans un avenir proche, il sera possible d'effectuer des by-pass ou des sleeve endoscopiques dans le cadre de la prise en charge de l'obésité. La deuxième raison concerne la probable baisse des indications dans le futur grâce certes grâce aux progrès de la médecine (par exemple le traitement antibiotique dans la sigmoïdite ou l'appendicite) ou de la radiochimiothérapie dans les cancers du rectum qui nous conduit maintenant à discuter un traitement conservateur dans cette maladie sans recours à la chirurgie. La troisième raison résulte d'un mimétisme avec d'autres spécialités chirurgicales devant faire face à la montée des techniques interventionnelles ou endoscopiques avec comme corollaire une baisse des indications du traitement chirurgical. L'exemple mis en avant est celui des urologues qui, contrairement aux chirurgiens digestifs, ont intégré depuis longtemps la pratique de l'endoscopie dans la prise en charge quotidienne de leurs malades. Ce mimétisme est bien perceptible au niveau des membres de l'académie de chirurgie qui considère comme un droit l'accès à l'endoscopie digestive des chirurgiens et considère l'HGE et ses représentants(es) comme une spécialité archaïque repliée sur elle-même.

Il reste maintenant à trouver des solutions pour que cette « crise » entre chirurgiens digestifs et HGE ne perdurent pas. Ce n'est pas l'intérêt de ces deux spécialités qui travaillent quotidiennement ensemble en bonne entente au service des patients. Une opposition frontale avec nos collègues chirurgiens serait stérile et conduirait à des conflits inutiles entre HGE et chirurgiens digestifs. Ma première recommandation serait de reprendre contact au niveau des CNU d'HGE et de chirurgie digestive pour reparler de la qualité de la formation en endoscopie digestive des chirurgiens délivrée par

Copyright © 2022 John Libbey Eurotext. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 12/07/2022.

une formation de 6 à 12 mois. La SFED a depuis plusieurs années considéré la qualité en endoscopie comme un objectif majeur de la profession. Il s'agit d'une obligation vis-à-vis de nos patients. La SFED ne peut pas accepter que des chirurgiens formés au rabais sans aucune évaluation objective de leur formation et de leur compétence puissent dans l'avenir faire des actes endoscopiques facturés à l'assurance maladie. La seconde réflexion concerne les modalités de formation de certains chirurgiens à la pratique de l'endoscopie digestive. Les exemples étrangers nous montrent que les chirurgiens faisant de l'endoscopie digestive en particulier thérapeutique ont quasiment arrêté de faire de la chirurgie digestive classique et il apparaît illusoire de former des chirurgiens digestifs pouvant d'un côté opérer leurs malades et de l'autre côté pouvoir prendre en charge leurs complications par endoscopie. Il est donc souhaitable que certains internes en chirurgie puissent effectuer des stages en HGE ou en endoscopie digestive pour découvrir ou parfaire leur formation en endoscopie, mais il n'est pas possible de valider une formation de 6 ou 12 mois comme sésame pour effectuer de l'endoscopie digestive.

La vraie solution serait de créer au sein des DES une formation commune de deux ans pour les HGE et les chirurgiens digestifs et ensuite d'entreprendre une spécialisation en HGE/chirurgiens avec endoscopie de niveau 1, ou HGE/chirurgiens pratiquant de l'endoscopie thérapeutique et/ou de la proctologie, ou des HGE/chirurgiens pratiquant la chirurgie classique. Cette solution aurait l'avantage de pouvoir réguler ces différentes filières en fonction des besoins, de délivrer une formation homogène pour les futures internes de cette nouvelle spécialité et permettrait une formation de qualité, quelle que soit la filière choisie. Cette solution est peut-être utopique, j'espère que les futures générations effaceront les barrières psychologiques entre médecins et chirurgiens et partageront ce concept disruptif qui évitera des conflits inutiles entre les HGE et les chirurgiens digestifs qui prennent en charge les mêmes malades, les mêmes maladies et qui travaillent quotidiennement ensemble.

Liens d'intérêts :
L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Copyright © 2022 John Libbey Eurotext. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 12/07/2022.