

**Coloscopie de Dépistage
Et
Pratique Endoscopique Libérale
en Etablissements de Soins Privés (ESP)**

**Christian BOUSTIERE
Aubagne**

Les conditions et les acteurs

- **L' Organisation des soins en ESP**
- **La pratique anesthésique**
- **Le respect des indications validées**
- **La prise en charge financière**

Organisation des soins en ESP

- **2/3 des coloscopies sont faites en privé**
 - 60 % en ESP, 6% cabinet, 1% centre autonome
- **Un secteur endoscopie dédié et lits de chirurgie ambulatoire (66%)**
- **82% des coloscopies sous AG**
- **Pas de quota d'actes ni de lits d'ambu**
- **Un forfait ambulatoire (< 24h) : T2A (GHS)**
- **Une activité rentable**

Les contraintes en ESP

- **Le contrat GE/ESP : modalités d'activité (nombre de lits, créneaux, redevance, astreintes, ...)**
- **Favoriser le volume d'actes : examens simples et sortie rapide du patient**
- **Mais de + en + patients âgés avec co- morbidités**
- **et examens thérapeutiques (mucosectomies)**
- **Mise à disposition de matériel adéquat en nombre et en qualité (endoscopes, accessoires, bistouri, désinfection ..)**

Les problèmes nouveaux en ESP

- **Concentration de l'activité par fermeture ou regroupement des établissements.**
- **« surpopulation » de GE dans certains centres avec des créneaux étroits ...(2008 : 19% GE)**
- **Sur-utilisation des endoscopes courants, usure et renouvellement non programmé (2008 :17%)**
- **« embauche » ne suit pas l'augmentation de l'activité : travailler Plus « à moyens constants »**
- **Gestion « moderne » du personnel : polyvalence et nomadisme ≠ personnel formé et motivé**

Les conditions et les acteurs

- L' Organisation des soins en ESP
- **La pratique anesthésique**
- Le respect des indications validées
- La prise en charge financière

Coloscopie et Sédation

- **Plus de 80 % des colo sont réalisées sous anesthésie (présence d'un AR : 72% ou IADE : 8%)**
- **Un « PLUS » pour la qualité, la sécurité et le confort**
- **Mais indisponibilité grandissante des AR (sur-activité, démographie défavorable, attrait des postes de PH)**
- **Alourdissement des procédures sécuritaires : retard ou annulation d'examens**
- **Problème plus aigu à l'hôpital...**

Coloscopie et Sédation : les alternatives

- Donner plus d'autonomie à la pratique des IADE
- Utiliser une sédation contrôlée à faible risque : Kalinox ?
- Libéraliser l'usage du Propofol sous conditions de formation préalable du GE ou d'une IDE dédiée à l'AG
- Discussion en cours avec SFAR-HAS-SFED (2 réunions)
- USA : pragmatisme et souci de rentabilité, formation gérée par l'AGA (www.sedationact.org)
- Mais problème complexe : Cs pré-anesthésie, évaluation patient, formation, cotation, responsabilité ...

Les conditions et les acteurs

- L' Organisation des soins en ESP
- La pratique anesthésique
- **Le respect des indications validées**
- La prise en charge financière

Coloscopie : Indications Validées

- **Coloscopie = examen sous Haute Surveillance ++**
- **RPC HAS 2004 : classification des patients à risque, âge du dépistage et règles des contrôles post polypectomies (3 mois , 3 ou 5 ans)**
- **ACBUS 2005 : pas de contrôle « autorisé » (0,5%) entre 4 et 24 mois (18% indications 2008)**
- **Respect de critères de qualité :**
 - Préparation,
 - temps minimum de descente,
 - % de complications (perforation : 0,1 à 0,3/1000)
 - taux de détection des adénomes (25% , M > 50 ans)

Les conditions et les acteurs

- L' Organisation des soins en ESP
- La pratique anesthésique
- Le respect des indications validées
- **La prise en charge financière**

Coloscopie : aspect financier

- Le remboursement d'un acte technique est régie par la CCAM pour la partie honoraires remboursés
- Le passage de la NGAP à la CCAM n'a pas entraîné de baisse des actes de base (coloscopie : acte référence)
- Mais on constate la faible valorisation des gestes interventionnels (mucosectomie, exérèse gros polype)
- Aucune prise en charge des accessoires et petit matériel
le calcul des ICR est resté dans les cartons !

Coloscopie : obtenir des moyens pour progresser

- Rien de prévu pour l'accès aux techniques nouvelles :
 - détection (chromo virtuelle, zoom, endomicroscopie)
 - ou le traitement (ESD)
- Coût élevé de certains matériels risque de les réserver à quelques centres hospitaliers
- Techniques longues peu ou pas rémunérées sont incompatibles avec un programme réglé habituel (ESD villeuse rectale = 1 à 4h !!)

Coloscopie : la qualité a un coût

- Démarche typique d'évaluation des pratiques dont le but est d'améliorer ses performances.
- Un risque réel de baisse de cotation : acte à fort volume donc cible privilégiée d'économies.
- Augmentation du n de colo du fait de la généralisation du dépistage : + 8 à 10 % / 2 ans (35% en 2008)
- USA : « prime » à la qualité si respect des critères définis dans le cadre d'un programme individuel (PQRI)
- «P4P : Pay for performances » : Pourrait on envisager un tel processus de valorisation en France ?

Conclusion

- *La coloscopie est le pivot du dispositif actuel du dépistage du CCR en France .*
- *La réalisation d'une campagne de dépistage en population par test fécal n'est qu'un moyen indirect et les limites de ce type de tests seront rapidement atteintes*
- *Nous nous sommes engagés volontairement dans une démarche d'évaluation et de qualité qui devrait faire l'objet d'une valorisation si les objectifs sont atteints.*
- *Toute attaque portée aux conditions de réalisation de la coloscopie ou à son remboursement aura un effet délétère immédiat sur l'efficacité du dépistage dont le but unique et chiffré doit être la baisse effective de la mortalité par CCR dans notre pays.*