2012 ! Perdre ou garder le triple « A » ?

2012! Will the triple A stay or go?

D. Heresbach

© Springer-Verlag France 2011

On nous promet bien des aventures pour 2012, mais peu de propositions ont émergé (encore !) parmi les discours ou promesses des différents candidats, et les caisses étant vides, c'est plus dans les modalités d'exercice que nous pouvons attendre ou craindre des changements, à moins que la récession n'atteigne également l'exercice de la gastroentérologie ou plus rapidement celui de l'endoscopie digestive. Nous pourrions perdre certains « A » en 2012, mais que perdrons-nous exactement ?

Accréditation. Où en est le processus, et quels moyens effectifs seront disponibles pour mettre en place ce que les pouvoirs politiques et bien pensants ont successivement proposé, rectifié puis imposé : quel sera l'impact du dispositif de DPC sur notre exercice, en particulier sur les contrats de responsabilité civile et professionnelle et sur les arbitrages ou jugements rendus en cas d'aléas ou de complications thérapeutiques ?

Acbus. Après une mise en place, il y a quelques années, d'un épouvantail dont le rationnel théorique et le seuil défini par un pourcentage demeurent obscurs, quel retour d'expérience ou évaluation sont fournis aux professionnels afin d'étendre ou d'abolir ce concept ? Son extension sera-t-elle affichée ou déguisée, en P4Q par exemple, pour ne citer qu'un dossier impliquant l'ensemble des composantes de la spécialité sur lequel il serait absurde d'avoir des positions de principe ou dogmatiques ?

Agence de santé et ARS. Après une année 2011 qui a, en partie, modifié l'organisation des agences, en particulier de l'Afssaps et de la HAS, une ère nouvelle nous est promise : quelle efficacité accompagnera ce processus, en particulier pour ce qui concerne les avancées de l'endoscopie digestive : vidéocapsule colique, radiofréquence œsophagienne, astreinte d'endoscopie digestive et personnels paramédicaux, sédation par les non-anesthésistes pour ne citer que

les dossiers au cœur de la réflexion de la SFED et qui impactent directement notre quotidien.

Inversement, nous avons d'ores et déjà gagné un triple « A » pour 2012.

Arrivées A Acta. C'est avec un grand plaisir que le trio*, avec Christian et Gilles, va poursuivre la mise en place et définir la ligne éditoriale de votre revue de FMC en endoscopie et que nous recevons la participation de nouveaux collaborateurs qui relève d'une démarche et acceptation actives et non d'une simple cooptation. Vous les** connaissez déjà, plus ou moins jeunes, ils ont déjà tous une expertise établie et une spécificité en endoscopie digestive qui ne pourra qu'améliorer votre revue et être plus proche de vous étant donné leur répartition régionale. Au-delà du bilan, vu par l'éditeur et la SFED, qui vous sera communiqué, après la clôture de l'exercice 2011, nous vous proposons pour 2012 quelques ajustements conjoncturels :

- concernant les « Consensus en endoscopie de la SFED » communément appelés « recommandations », sauf nouvelle technologie utilisée au quotidien, nous avons choisi de réviser et d'actualiser les consensus ou recommandations existantes. C'est le cas du traitement de l'œsophage de Barrett au stade de dysplasie, de l'exploration du grêle par entéroscopie ou des indications et modalités de biopsie gastrique au cours de l'œsogastrosopie.
- les actualisations des consensus ou recommandations seront le plus possible choisies afin de ne pas avoir de doublons avec les *guidelines* de l'ESGE, pour éviter les mises en porte-à-faux avec les consensus de la SFED ;
- les consensus ou recommandations de la SFED, s'ils sont différents de certains *guidelines* français ou étrangers, ou à la marge à modifier du fait de nouvelles publications ou mise à disposition ou sur le marché de nouveaux produits, à défaut d'être totalement révisés, feront dans un premier temps l'objet d'un addendum publié dans *Acta* et mis sur le site de la SFED dans le même chapitre. C'est le cas de la préparation colique par picosulfate de sodium dont les deux formulations et leur AMM sont un peu différentes. C'est aussi le cas de l'antibioprophylaxie dont une

D. Heresbach (✉)
Unité d'endoscopie digestive, centre hospitalier de Cannes,
15, avenue des Broussailles, CS 50008,
F-06414 Cannes, France
e-mail : d.heresbach@ch-cannes.fr

confusion est née de la publication par l'American Heart Association (AHA), d'un *guideline* sur la prévention et le traitement de l'endocardite, relayée ex abrupto par la Sfar sans inviter à ce relais la SFED, alors que la recommandation originale de l'AHA ne citait parmi d'autres explorations que la gastroscopie et la coloscopie sans préciser si elle était simplement diagnostique, ou avec effraction muqueuse par biopsie, ni aborder l'ensemble de l'endoscopie interventionnelle, annulant par « effet collatéral » la place de l'antibioprophylaxie pour l'endocardite, source d'interrogation et de divergences entre les anesthésistes, les endoscopistes et les cardiologues ;

- dans ce souci d'harmonisation, nous avons également choisi de publier la traduction intégrale des textes courts des recommandations de l'ESGE lorsque celles-ci n'avaient pas été traitées récemment par la commission « recommandations » de la SFED, et cette traduction sera toujours associée à un commentaire ou un avis d'expert qui modulera les *guidelines* de l'ESGE par son expérience personnelle ou le contexte français qui ne procure pas toujours (ou encore !) les mêmes modalités ou techniques endoscopiques que dans d'autres pays européens ;
- les innovations en endoscopie ne seront pas oubliées, mais plus qu'un consensus ou recommandation, souvent par manque de données médicoscientifiques suffisantes ou de cotations, elles feront plutôt l'objet de fiches techniques ou technologiques, permettant à chacun d'établir son projet professionnel et de planifier ses choix. C'est le cas des aiguilles à ponction sous échoendoscopie et de la vidéocapsule pour l'exploration colique ;
- à l'instar d'autres revues qui vous proposent la lecture d'articles ou de dossiers thématiques rédigés par des experts souvent peu disponibles, Springer-Verlag a accepté d'octroyer un budget spécifiquement dédié à la rédaction ou « commande » d'article sur des sujets pointus, dont peu d'endoscopistes maîtrisent à la fois les connaissances médicoscientifiques et la pratique quotidienne ;
- cette ouverture sera complétée par un ou deux commentaires d'articles assurés par le comité de rédaction,

en particulier pour relater les modes d'exercice et de traitements endoscopiques originaux ou prometteurs.

Enfin, un effort particulier mais sans contrainte sera porté sur la publication par les auteurs de leurs « Déclarations publiques d'interférence » afin de vous avertir des éventuelles prises de position des auteurs ou experts, qui par nature sont en relation régulière avec les industriels impliqués dans notre discipline. Alors, n'hésitez pas, abonnez-vous à *Acta Endoscopica* !

Acta endoscopiquement vôtre,

Pr D. Heresbach

Déclaration publique d'interférence : Le Pr D. Heresbach a réalisé des missions ponctuelles d'expert auprès des laboratoires Norgine, Aptalis en 2010 et de la société MedPass, des laboratoires Norgine et Aptalis en 2011. Il a participé comme rédacteur en chef à un symposium organisé par Mauna Kea Technology en 2010 et Ella SA en 2011, et participera au CFE de 2012 avec le soutien de Wilson-Cook France. Il est coordonnateur de registre des polypes d'Ille-et-Vilaine (2009–2010) en partenariat à hauteur de 30 % avec les laboratoires Ferring SA et d'un STIC financé par l'INCa en 2009–2010 sur la coloscopie virtuelle.

*** Rédacteur en chef**

D. Heresbach (Cannes, France)

Rédacteurs en chef adjoints

C. Boustière (Marseille, France)

G. Lesur (Paris, France)

**** Comité de rédaction**

K. Barrange (Toulouse, France)

P. Bulois (Lille, France)

F. Cholet (Brest, France)

R. Delcenserie (Amiens, France)

A. de Leusse (Lyon, France)

A. Laquière (Marseille, France)

G. Vanbiervliet (Nice, France)