Une coloscopie à tout prix ? à tout prendre ? avec quel prélèvement ?

A colonoscopy at any cost? for everyone? what will be taken?

D. Heresbach

© Springer-Verlag France 2012

À l'heure où vous lirez cet éditorial, le choix de nos dirigeants sera fait contrairement à l'instant où je le rédige. Au-delà des positions, croyances ou espérances politiques, le seul pronostic que l'on peut tenir pour certain est l'état des caisses et finances ; en outre, que cela soit la réduction plus drastique des dépenses ou la redistribution selon les croyances ou espérances, il est également certain que ces deux remèdes ne suffiront pas à faire face à la dépense de santé car, tout au plus, ces quelques économies seront dirigées vers le financement social dans lequel j'inclus la dépendance.

Alors que le coût sociétal de l'endoscopie impacte directement le chiffre d'affaires et le revenu des gastroentérologues lorsque les jeux de rôle auront fini de faire croire qu'une limite des coloscopies précoces à 5, 2,5 ou 0,5 %, voire un taux de gastroscopie couplée à une coloscopie de façon optimale ? maximale ? légale ? permettront d'atteindre un équilibre, force sera « enfin » de traiter et discuter les vraies questions et de maîtriser nos choix.

En préambule, il est utile de rappeler que le dépistage du cancer colorectal (CCR) par recherche de saignement occulte dans les selles a été choisi sur un ratio coût-efficacité de l'ordre de 4 000 à 6 000 € par année de vie gagnée, alors que la coloscopie virtuelle ou la vidéocoloscopie avaient un ratio respectivement de 8–9 000 et 10–1 200 € par année de vie gagnée.

La vidéocoloscopie « à la française » incluant une anesthésie générale réalisée ou supervisée par un médecin anesthésiste et une résection de tous les polypes, y compris encore à la pince froide pour les plus petits, constituent probablement la pratique optimale (encore que l'on pourrait décapiter à froid les plus petits polypes) de cet examen qui devrait permettre la réduction la plus importante de l'incidence du CCR. Néanmoins, cet acte est l'objet de toutes les discussions chaque fois que l'on parle coût de la santé ou de la jurisprudence en gastroentérologie. Certes, étant

l'acte le plus fréquent et le plus gros volume de dépense (chimiothérapie exceptée), il est quelque part attendu que cela soit ainsi. Néanmoins, si nous souhaitons une revalorisation de cet acte dont certains coûts ne peuvent pas (plus) être réduits, il est intéressant de souligner que certaines pratiques usuelles mériteraient d'être revisitées. Dans un monde idéal, la profession dégagerait un consensus, et d'une seule voix les corps dits « intermédiaires » relateraient cette position. À titre d'exemple, nos voisins européens ont mis le doigt sur deux pratiques dont les gastroentérologues français, ou plus exactement les acteurs médicaux impliqués et leurs tutelles, ne pourront pas faire indéfiniment l'impasse d'une considération.

- la sédation ou anesthésie de niveau 2 ou 3, réalisée à tout prix par un anesthésiste, alors que réalisée après une formation et contractualisation par des non-anesthésistes, a une faisabilité et une sécurité qui sont largement démontrées et dont le seul frein est corporatiste. Le coût de cette pratique atteint 1,5 million de dollars US par année de vie gagnée, à côté duquel le débat entre dépistage par FOBT ou vidéocoloscopie paraît bien n'être encore qu'une querelle partisane. Chacun aura bien compris que les partis en question sont à géométrie variable : endoscopiste versus radiologue, cancérologue versus gastroentérologue ou activité privée versus publique ;
- la polypectomie de toutes les lésions coliques y compris des *diminutive polyps* ou polypes minuscules de moins de 6 mm, dont le ratio coût-efficacité a été récemment établi à 377 460 dollars US, la différence avec le ratio précédent dans un rapport de 1 à 4 n'étant cependant a priori pas corrélée à la différence du chiffre d'affaires entre les anesthésistes et les pathologistes.

Les estimations y compris prenant en compte le particularisme ou « exception » française suggèrent une économie annuelle respectivement pour ces deux changements de pratique de 80 millions et 2,5 à 5 millions dollars US uniquement pour les 140 000 coloscopies générées annuellement par le dépistage organisé par recherche de sang dans les selles (pour un taux moyen des polypes par coloscopie égal

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

à 1 et de 25 à 50 % des polypes ≤ 5 mm). Bien que ces deux chiffres bruts soient sans commune mesure, cela interpelle d'autant plus quand on connaît l'état de la revalorisation de l'acte et des « petits matériels » d'endothérapie dont le coût n'est pas toujours aussi petit que cela.

Ces deux chiffres et ratio doivent nous amener à persévérer dans cette réflexion même si encore une fois les tutelles de santé jouent un jeu étrange apparemment au-dessus des partis, en particulier lorsqu'il s'agit :

- de coordonner et de labelliser par la HAS un consensus formalisé d'experts entre la SFAR et diverses autres sociétés savantes dont la SFED sur la sédation par les non-anesthésistes ;
- de retenir le thème du *diminutive polyp* par la HAS et l'INCa qui a jugé que cette lésion était inoffensive.

Néanmoins, la position actuelle présente deux intérêts potentiels :

- la réponse de la HAS et de l'INCa enregistrée auprès de la SFED pourra servir à la jurisprudence pour le prochain cancer post-coloscopie !
- Le coût-efficacité élevé de la sédation par un anesthésiste et de la polypectomie, avec analyse de tous les polypes faute de nuance ou d'évaluation, ouvre la porte à la coloscopie sans anesthésie et sans biopsie, c'est-à-dire la vidéocapsule colique !

À en juger par les déceptions des uns et des autres, il faut attendre ou espérer dans le troisième tour. Alors avec de la rigueur budgétaire et/ou de la relance d'activité, adoptons pourquoi pas l'exemple allemand, mais y compris pour la sédation par les non-anesthésistes. Alors, espérons !