

Quelle endoscopie demain ? Quelle formation aujourd'hui ?

What is the next target for digestive endoscopy? Which training to promote today?

D. Heresbach

© Springer-Verlag France 2010

Dans ce numéro d'*Acta Endoscopica*, deux dossiers illustrent le carrefour auquel l'endoscopie digestive est arrivée bien que celui-ci était imaginé, attendu ou redouté depuis plusieurs années. Depuis sa naissance, l'endoscopie comporte un versant diagnostique et thérapeutique, mais initialement ces deux temps souvent réalisés lors de la même procédure demeuraient proches. Actuellement, nous assistons à la mutation des deux étapes du fait de l'évolution de la technologie, de l'expertise requise pour chaque domaine et de la perte d'une définition exacte de l'obligation de moyens qui évoluent vers une obligation de résultat technique qui nous montre qu'il sera de plus en plus difficile d'exercer la totalité de l'exercice de l'endoscopie diagnostique et thérapeutique. Certes, la coloscopie virtuelle n'est pas à proprement parler une activité endoscopique, même si certains pays ont attribué l'interprétation des images coliques aux gastroentérologues et des autres organes abdominaux aux radiologues, avec partages des honoraires. Néanmoins, l'interprétation des images coliques de coloscopie virtuelle n'est pas plus éloignée du gastroentérologue que ne le sont l'ablation de la vésicule, la nérectomie ou la péritonéoscopie par voie transgastrique ou transvaginale. Dans les deux cas, une substitution respectivement de l'endoscope ou de l'endoscopiste ouvre la porte à tous les commentaires et angoisses pour le devenir de la spécialité. Enfin, les plus optimistes miseront sur l'avènement de la vidéocapsule mais si le produit est technologiquement abouti pour la capsule colique de seconde génération comme le montrent les données du symposium ICCD 2010. Son prix demeure un obstacle à une cotation dont le service médical rendu a fait la preuve au mieux d'une équivalence et jamais d'une supériorité à la vidéocoloscopie ou coloscopie virtuelle, ce qui augure d'une négociation tarifaire délicate.

Plusieurs directions peuvent être prises, mais ce choix est moins anecdotique qu'il ne pourrait y paraître à première

vue. Certains pays ont, de longue date, fait ce choix ou il s'est imposé de lui-même : au Japon, l'endoscopie réalisée par les chirurgiens est diagnostique et surtout thérapeutique, mais la division ou séparation est anatomique, avec des chirurgiens-endoscopistes sus- ou sous-mésocoliques. Dans d'autres pays européens, l'endoscopie thérapeutique, en particulier biliopancréatique, est traditionnellement réalisée par des chirurgiens. Enfin, dans le continent nord-américain, la délégation de tâches ou de compétence et l'hétérogénéité géographique de la répartition de l'offre font que l'endoscopie diagnostique est réalisée par des médecins internistes, voire des infirmières formées à cette fonction. En France, nous sommes dans un schéma classique, et s'il n'est pas à l'ordre du jour de faire bouger les lignes, en particulier via le transfert de compétence ou de tâches, nous devons nous interroger sur les moyens de former certains aux techniques les plus interventionnelles et celles les plus diagnostiques. En effet, s'il est bien connu que courir deux lièvres à la fois n'est jamais couronné de succès, cette situation hybride risque de nous priver de certaines techniques, faute d'engagement clair ou de formation adéquate. Ce propos n'est pas que théorique, car pour les derniers matériels d'endoscopie, si le marché d'Europe de l'Ouest ou français n'est pas suffisant, pourquoi des industriels investiraient dans une procédure de marquage CE ? À terme, cette situation hybride et le manque de recours régulier à ces technologies, aidés par l'absence de codification et de cotation si nous ne menons pas une réflexion de fond sur la formation et l'organisation des centres formateurs, s'accompagneront d'une diminution de l'attractivité de la spécialité. Cette réflexion concerne les enseignants, la société savante et le syndicat. En effet, si spontanément des objectifs premiers ou primitifs à court terme peuvent être différents, il est évident qu'à moyen et long termes, toutes ces composantes ont des motivations et intérêts à ce que l'attractivité et le vivier d'endoscopistes orientés vers le diagnostic ou vers la thérapeutique et l'activité interventionnelle soient les plus importants possible. Le glas de l'endoscopie au cabinet a déjà sonné !... Sonnons le tocsin et agissons pour que le glas de l'endoscopie diagnostique ou thérapeutique ne sonne pas dans les prochaines années.

D. Heresbach (✉)

Service des maladies de l'appareil digestif,
CHU de Pontchaillou, 2, rue Henri-Le-Guilloux,
F-35033 Rennes cedex 9, France
e-mail : denis.heresbach@chu-rennes.fr