

ACTIVITE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE ET RESSOURCES AFFERENTES DANS LES CENTRES HOSPITALIERS GENERAUX FRANÇAIS.

Bernard Denis, Philippe Perrin pour l'ANGH Hôpitaux Civils de COLMAR

L'évaluation en santé peut porter sur 3 champs : les structures, les processus et les résultats. L'évaluation des structures consiste à comparer les ressources matérielles, humaines et financières et l'organisation de la structure à un référentiel. Il n'en existe pas en endoscopie digestive. Le but de ce travail était de faire un état des lieux national sur l'activité d'endoscopie digestive réalisée dans les Centres Hospitaliers Généraux (CH) et d'évaluer les ressources y étant affectées. Méthodes : un questionnaire était adressé aux chefs des services de gastro-entérologie de 320 CH. L'activité d'endoscopie mesurée était celle de l'année 2003 et les ressources affectées étaient évaluées à la date du 31/12/2003. Résultats : les résultats ci-dessous portent sur les 90 CH (13 GCH de 600 lits et plus) ayant répondu à la date du 19/08/2004. Seuls 26 (29 %) CH pouvaient chiffrer leur activité d'endoscopie en ICR, souvent partiellement, seulement pour l'activité réalisée en hospitalisation. L'activité chiffrée en lettres clefs (NGAP) était disponible pour 67 CH (74 %) : elle variait de 29 000 à 353 500 K avec une moyenne de 118 000 (202 000 pour les GCH). Le nombre d'endoscopies était connu de 86 CH (95,6 %) : il variait de 200 à 5 878 endoscopies annuelles, (moyenne = 2 020 ; 3 640 pour les GCH). 120 à 2 895 gastroscopies annuelles étaient réalisées (moyenne = 1 190 ; 2 080 pour les GCH) et 80 à 2 624 recto-sigmoïdoscopies et coloscopies (moyenne = 750 ; 1 320 pour les GCH). 37 CH (41 % ; 85 % des GCH) réalisaient des échoendoscopies, de 18 à 370 par an (moyenne = 116). 50 CH (55,6 % ; 100 % des GCH) réalisaient des CPRE, de 3 à 421 par an (moyenne = 76). 26 CH (29 %) réalisaient des manométries, de 3 à 158 par an (moyenne = 53). 59 (65,6 %) CH réalisaient des pHmétries, de 2 à 178 par an (moyenne = 38). L'exploration endoscopique du grêle restait marginale : 2 CH disposaient d'un entéroscope et 8 de la capsule. 33 % des CH n'avaient pas d'astreinte médicale d'endoscopie la nuit, 36 % une astreinte opérationnelle et 31 % une astreinte de sécurité. Seuls 13 % des CH avaient du personnel soignant d'astreinte la nuit pour les endoscopies. En cas d'endoscopie réalisée la nuit, l'endoscope ne bénéficiait d'une procédure immédiate et complète de nettoyage et de désinfection que dans 60 % des CH, réalisée par le médecin lui-même dans 17 % des CH. 30 % des CH n'avaient pas d'astreinte médicale d'endoscopie le week-end, 43 % une astreinte opérationnelle et 27 % une astreinte de sécurité. 17 % des CH avaient du personnel soignant d'astreinte le week-end pour les endoscopies. En cas d'endoscopie réalisée le week-end, l'endoscope bénéficiait d'une procédure immédiate et complète de nettoyage et de désinfection dans 66 % des CH. Le temps anesthésiste disponible variait selon les CH de 1 à 50 heures par semaine (moyenne = 14 heures). Dans 10 % des CH la majorité des coloscopies étaient faites sans anesthésie générale. Au contraire, dans 69 % des CH, 90 à 100 % des coloscopies étaient réalisées sous anesthésie générale. Elles étaient réalisées principalement au bloc opératoire (68 % des CH) et le créneau moyen hebdomadaire disponible était de 13 heures (extrêmes 1 – 47 heures). Le nombre d'ETP gastro-entérologue par CH variait de 0,5 à 6,5 (moyenne = 3) avec un temps consacré à l'endoscopie variant de 8 à 90 %. Le nombre d'endoscopies réalisées par ETP gastro-entérologue variait selon les CH de 224 à 1 880 (moyenne = 712). 64 % des CH disposaient de personnel affecté exclusivement à l'endoscopie. Les autres partageaient leur personnel principalement avec la pneumologie, les consultations externes, l'hospitalisation ou le bloc opératoire. Le nombre d'ETP soignant (IDE + AS) affecté à l'endoscopie variait selon les CH de 0,5 à 10 (moyenne = 3,2). Le nombre d'endoscopies réalisées par ETP soignant variait selon les CH de 240 à 2 820 (moyenne = 800). 83 % des CH disposaient de locaux dédiés à l'endoscopie. Lorsque les locaux étaient partagés, c'était principalement avec la pneumologie ou avec la chirurgie. Le nombre de salles dédiées à l'endoscopie variait de 1 à 3 (moyenne = 1,6) avec une surface variant de 10 à 50 m²

(moyenne = 23 m²). Les horaires d'ouverture variaient de 2 à 10 heures par jour (moyenne = 7,4 heures). Les locaux d'endoscopie étaient ouverts le samedi matin dans 17 % des CH. Tous les CH disposaient d'au moins une colonne vidéo et 79 % des endoscopes étaient des vidéoendoscopes. La proportion d'endoscopes vidéo variait de 29 % à 100 % selon les CH. Le nombre d'endoscopes par CH variait de 4 à 38 (moyenne = 12,6) et le nombre d'examen annuels réalisés par endoscope variait de 50 à 381 (moyenne = 165). La proportion d'endoscopes de moins de 5 ans variait de 16 à 100 % selon les CH. Globalement, les 2/3 des endoscopes avaient moins de 5 ans. La moitié des CH avait un contrat de maintenance pour leur parc d'endoscopes. 36 % des CH disposaient d'un nasogastroscope et 22 % d'un gastroscopie à gros canal opérateur. 66 % étaient équipés d'un gastroscopie pédiatrique et 28 % d'un coloscope pédiatrique. 74 % des CH qui réalisaient des CPRE disposaient d'un jumbo duodénoendoscope et 35 % de ceux qui réalisaient des échoendoscopies disposaient d'un échoendoscope à ponction. Le bistouri électrique « endocoupe » était disponible dans 94 % des CH. La disponibilité des outils d'hémostase endoscopique variait de 88 % pour les clips, 71 % pour les endoloops, 63 % pour le plasma d'Argon à 18 % pour le Bicap. 93 % des CH utilisaient exclusivement du matériel à usage unique pour les anses à polypectomie et 73 % pour les sphinctérotomes. 66 % des CH disposaient de machines à laver (92 % des GCH). La désinfection des endoscopes était réalisée à l'acide peracétique dans 54 % des CH. Conclusion : Cette enquête a confirmé la grande disparité des CH. Elle a montré l'importance quantitative de l'activité d'endoscopie et la bonne qualité globale des ressources matérielles affectées à cette activité. Elle a révélé un certain nombre de points faibles tels que logistique des endoscopies de nuit et de week-end, exploration endoscopique du grêle, système d'information. En l'absence de référentiel, elle permettra à chaque CH de s'évaluer par comparaison aux autres structures analogues.