

RAPPORT D'ÉLABORATION DE RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Prise en charge du risque lié à la coloscopie en gastroentérologie

Août 2005

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	3
II.	CONTEXTE DE SANTÉ PUBLIQUE.....	3
III.	LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT.....	4
IV.	LA CIBLE PROFESSIONNELLE.....	4
V.	LE GROUPE DE TRAVAIL.....	4
V.1.	Modalités de constitution du groupe	4
V.2.	Description générale du travail	5
VI.	LES TEXTES DE RÉFÉRENCE	6
VI.1.	Identification	6
VI.2.	Sélection	6
VII.	LES OBJECTIFS DE QUALITÉ	6
VII.1.	Identification	6
VII.2.	Sélection	7
VIII.	LE GROUPE DE LECTURE	7
VIII.1.	Constitution.....	7
VIII.2.	Commentaires et propositions	7
IX.	LE GROUPE TEST	8
IX.1.	Constitution.....	8
IX.2.	Analyse des résultats.....	8
IX.3.	Commentaires et propositions.....	8
X.	CONCLUSION.....	8
X.1.	Diffusion envisagée du référentiel.....	9
X.2.	Propositions d'outils d'aide au changement de la pratique professionnelle	9
	ANNEXES.....	11
I.	CALENDRIER	11
II.	BIBLIOGRAPHIE.....	11
III.	MEMBRES DU GROUPE DE LECTURE	12
IV.	MEMBRES DU GROUPE TEST	13
V.	EXEMPLE DE DEMANDE D'ENDOSCOPIE	14

I. INTRODUCTION

Un référentiel d'auto-évaluation des pratiques a pour objectif d'aider les professionnels de santé à s'engager dans une démarche qualité. Il associe quelques objectifs de qualité à une grille de recueil de données. L'analyse des résultats permet au professionnel de mettre en œuvre des actions d'amélioration de sa pratique.

Cette démarche qualité peut s'inscrire dans le cadre d'une auto-évaluation autonome, des évaluations mises en œuvre par les unions régionales de médecins ou dans la démarche d'accréditation des établissements de santé (version 2).

La méthode d'élaboration suivie est décrite dans « Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles. Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Saint-Denis la Plaine: Anaes; avril 2004. www.has-sante.fr

II. CONTEXTE DE SANTÉ PUBLIQUE

Le choix de ce thème est lié à la fréquence des examens endoscopiques du côlon ; à la gravité possible des complications secondaires à l'endoscopie digestive basse et à l'existence d'écarts de pratique, en particulier en ce qui concerne l'environnement sécuritaire avant pendant et après l'examen. Le thème retenu répond à une préoccupation et à un enjeu importants de santé publique.

La coloscopie est un geste souvent pratiqué, dans un but diagnostique ou thérapeutique, en ambulatoire comme en hospitalisation. Elle représente 40 % des actes pratiqués par les gastro-entérologues.

Comme tous les examens invasifs, elle génère des risques liés au matériel, au patient et à l'anesthésie. Une enquête de la Société française d'endoscopie digestive (SFED) en France en 1999 a été faite sur 2 jours et a concerné un échantillon représentatif de 2 858 gastro-entérologues libéraux et hospitaliers ; cette enquête a permis de décrire les conditions de réalisation de l'endoscopie, les modalités de désinfection des matériels, les performances des examens et leur taux de complications. 6 complications pour 1 000 examens ont été constatées : 1.4 par perforation, 2.1 par hémorragie, 2 par troubles cardiovasculaires ou respiratoires ou infectieux (Livre blanc de l'hépatogastroentérologie, SNFGE 2001).

De nombreuses recommandations sur les techniques, les indications, les contre-indications, les complications et leur prise en charge, la désinfection des matériels, ont été édictées par la SFED. Des fiches d'information ont été rédigées pour les malades. La formation initiale et la formation continue en endoscopie ont été favorisées toutes ces dernières années par la SFED. Les niveaux de compétence requis pour les centres de formation à l'endoscopie interventionnelle ont été déterminés.

Si les procédures de désinfections recommandées sont respectées, le virus de l'hépatite C n'est pas détecté. La transmission du prion n'est pas démontrable mais des précautions ont été édictées en cas de suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob chez un malade. La protection contre les infections nosocomiales devrait être efficacement assurée par la généralisation du recours à un petit matériel à usage unique (pinces, anses, etc.) ; une réflexion est en cours en ce qui concerne les appareils d'endoscopie proprement dits.

La diffusion de ce référentiel d'évaluation des pratiques devrait favoriser la mise en œuvre de ces recommandations. Ce référentiel concerne notamment la validation par l'opérateur de l'indication de l'examen, la prise en charge des risques particuliers liés au traitement anticoagulant préexistant, la prévention des risques nosocomiaux, le dépistage des incidents en postopératoire conditionnant l'autorisation de sortie et l'existence de consignes claires en cas d'anomalies constatées dans les suites de l'examen par le patient lui-même, associées à des procédures d'alerte dans cette situation.

III. LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT

La Haute Autorité de santé (ex Anaes) est associée à la Société française de gastroentérologie (SNFGE), l'Association nationale française de formation médicale continue en hépatogastroentérologie (FMC-HGE), la Société française d'endoscopie digestive (SFED) et le Club de réflexion des cabinets et groupes d'hépatogastroentérologie (CREGG). La coordination a été assurée par Gérard Schenowitz (FMC-HGE).

Le sujet a été choisi lors d'une réunion au GOMED¹ en octobre 2003 où étaient représentés l'Anaes, la SFED, la SNFGE, le CREGG et la FMC-HGE.

Le financement est assuré en partie par l'Anaes et en partie par les sociétés savantes ci-dessus.

Un CD des textes de références ayant servi à bâtir ce référentiel d'évaluation sera réalisé grâce au soutien financier des Laboratoires ATALAN et mis à la disposition des gastro-entérologues.

La HAS, la SNFGE, la FMC-HGE, la SFED et le CREGG apparaissent sur tous les documents (logos) de diffusion du référentiel au terme du processus. Une diffusion sera faite vers les professionnels intéressés.

IV. LA CIBLE PROFESSIONNELLE

Les groupes de travail et de test sont composés presque exclusivement d'hépto-gastro-entérologues en activité, du secteur libéral et public.

Ce référentiel s'adresse donc à tous les hépto-gastro-entérologues. Il pourra être utilisé dans tout processus d'auto-évaluation.

V. LE GROUPE DE TRAVAIL

Il est représentatif de la cible professionnelle identifiée pour le référentiel.

V.1. Modalités de constitution du groupe

La composition du groupe de travail s'est faite à partir de quatre critères de sélection : être intéressé, compétent, disponible à la date de réunion du groupe de travail et être membre d'une des sociétés professionnelles ci-dessus.

Le fonctionnement du groupe de travail est assuré par un président et un chargé de projet nommés par les promoteurs.

¹ GOMED : Groupement d'organismes médicaux.

Le président, le D^r Gérard SCHENOWITZ, gastro-entérologue libéral à Nice, anime le déroulement des débats par voie électronique et lors de la réunion de travail ; il veille à la participation des professionnels impliqués aux différentes phases du travail. Il suit l'avancement de l'élaboration du référentiel. Il est membre de la FMC-HGE, la SFED, la Société française de proctologie, le CREGG, l'AFORSPE et du Conseil national de FMC.

Le groupe a été endeuillé par la mort prématurée du docteur Schenowitz, survenue en octobre 2004. Il n'a pas été remplacé.

Le chargé de projet, le D^r Pierre Adrien DALBIES, gastro-entérologue libéral à Béziers, assure la coordination des groupes, la mise en place des réunions du groupe de travail, la rédaction d'un document de base de travail et la rédaction finale du référentiel et du rapport d'élaboration. Il analyse les réponses du groupe test. Il veille au respect de la planification. Il est membre de la SFED et du Syndicat national des médecins français spécialistes de l'appareil digestif (SYNMAD).

L'expert du thème est le P^r Denis HERESBACH, gastro-entérologue PU-PH au CHRU de Pontchaillou à Rennes. Il est membre de la SNFGE, de la Société européenne de gastroentérologie et endoscopie, de la SFED, du Club français d'échoendoscopie digestive et du Club français du pancréas. Il est le chargé de projet pour la rédaction des Recommandations pour la pratique clinique sur « Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population », Anaes 2004.

L'expert de la méthode est le D^r Marina MARTINOWSKY, chef de projet à la HAS à Saint-Denis. Elle assure l'encadrement méthodologique de l'élaboration du référentiel.

La bibliographie a été complétée par Emmanuelle BLONDET, documentaliste à la HAS.

Les autres membres du groupe sont :

- le P^r Laurent BEAUGERIE, gastro-entérologue PU-PH à l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Il est membre de la SNFGE, la FMC-HGE et de *l'European association for gastroenterology and endoscopy* ;
- le D^r Patrick LEVY, gastro-entérologue libéral à Strasbourg. Il est membre de la FMC-HGE, la SNFGE, la Société nationale française de médecine interne, la Société nationale française de coloproctologie et la SFED.

Il n'a pas été identifié de conflit d'intérêts pour les membres du groupe de travail.

V.2. Description générale du travail

Le travail s'est effectué par échanges électroniques puis lors d'une réunion de travail qui a permis de concevoir la version du référentiel proposée au groupe de lecture. Il y a eu différentes versions successives du référentiel pour tenir compte des retours des groupes de lecture et de test.

Il a été précisé que ce travail devait s'appuyer sur des recommandations existantes et non créer de nouvelles recommandations. Ce référentiel a été élaboré à partir de recommandations de sociétés savantes françaises et américaines.

Le calendrier figure en annexe I.

VI. LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

VI.1. Identification

L'actualité des recommandations choisies est assurée par une publication récente datant de moins de 5 ans. Les recommandations professionnelles sont volontairement issues des sociétés savantes de la spécialité. Le groupe de travail a évalué leur validité et leur pertinence pour la pratique.

Une base de données bibliographique a été constituée pour la sélection des documents de référence destinés au groupe de travail.

La bibliographie figure en annexe II.

VI.2. Sélection

Toutes les références sélectionnées relèvent soit d'un accord professionnel formalisé (et non de simple avis d'expert) ou d'une conférence de consensus, soit de la réglementation.

Après discussion, le groupe de travail a retenu 5 textes d'où sont issus les objectifs de qualité retenus :

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations professionnelles. Endoscopie digestive basse, indications en dehors du dépistage en population. Saint-Denis: Anaes; 2004 (www.has-sante.fr).
- Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C/2003/n° 591 du 17 décembre 2003 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavables dans les lieux de soins (www.sante.gouv.fr).
- Circulaire n° 138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels (www.sante.gouv.fr).
- Conférence d'experts : Agents antiplaquettaires et période périopératoire. SFAR – GEHT. 2001 (www.sfar.org).
- American Society For Gastrointestinal Endoscopy. *Guidelines on the management of anticoagulation and antiplatelet therapy for endoscopic procedures*. Gastrointestinal Endosc 2002; 55(7): 775-9.

VII. LES OBJECTIFS DE QUALITÉ

VII.1. Identification

Les objectifs de qualité correspondent à un accord professionnel (AP) ou à la réglementation ; en effet, les textes de référence ne comportent pas de haut niveau de preuve.

À partir des textes de référence, 12 objectifs de qualité ont été identifiés :

- l'indication de la coloscopie est validée par l'opérateur (AP) ;
- l'analyse bénéfice-risque du geste est faite au préalable (AP) ;
- la désinfection du matériel utilisé est conforme à la réglementation (réglementaire) ;
- le risque d'atteinte du patient par le prion est évalué (réglementaire) ;
- le risque infectieux pour le patient est évalué (AP) ;
- le risque hémorragique est évalué (AP) ;

- l'information du patient sur le risque de complications liées à la coloscopie est réalisée (Code de santé publique) ;
- le risque technique lié au matériel est contrôlé (AP) ;
- l'aptitude au retour à domicile est évaluée (AP) ;
- la continuité des soins est organisée (Code de santé publique) ;
- le risque de faux-négatifs est pris en compte (AP) ;
- le risque anesthésique est évalué (Code de santé publique).

VII.2. Sélection

Les motifs de sélection choisis par le groupe de travail sont les suivants :

- utilité pour améliorer la pratique ;
- fréquence ;
- gravité ;
- faisabilité.

Le grade des recommandations n'a pas été considéré puisqu'il s'agit toujours d'accord professionnel.

Un vote du groupe de travail a permis de hiérarchiser les objectifs de qualité pour ne garder que ceux figurant dans le référentiel. 4 objectifs de qualité déclinés en 8 critères ont été retenus.

VIII. LE GROUPE DE LECTURE

VIII.1. Constitution

La liste du groupe de lecture figure en annexe III.

Le groupe de lecture est chargé de critiquer le référentiel et d'adresser des commentaires à l'aide d'une grille d'évaluation. Ce groupe comprend 5 experts du thème choisis par le groupe de travail et 9 experts de la méthode choisis parmi les correspondants régionaux de l'Anaes.

Il n'a pas été identifié de conflit d'intérêts pour les membres du groupe de lecture.

VIII.2. Commentaires et propositions

Le groupe de lecture reconnaît l'importance du sujet en santé publique. Les améliorations possibles concernent la traçabilité de la désinfection, la formation des professionnels avec une exigence d'un nombre minimum d'actes mensuels, la qualité du matériel et du plateau technique. Un expert considère que le traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire est du ressort de l'anesthésiste. Une action proposée est l'obligation de consultation préalable du gastro-entérologue.

La méthode suivie est appréciée par les experts, en particulier pour le choix des priorités. Il est regretté que la coordination entre professionnels ne soit pas développée, communication entre gastro-entérologue et anesthésiste, compte rendu au médecin traitant ; le 9^e critère a donc été ajouté. Le 2^e critère « le protocole de désinfection du matériel est validé par l'opérateur » est organisationnel plutôt que centré sur le patient : un même professionnel aura toujours la même réponse ; le texte de la question a été modifié.

Les conseils concernant la clarté ou la précision du mode de sélection des dossiers et des critères ont été suivis par le groupe de travail.

IX. LE GROUPE TEST

IX.1. Constitution

Le groupe test est constitué par tirage au sort parmi les membres du CREGG et de la SFED, en cherchant une diversité en termes de mode d'exercice, mode d'installation et lieu d'exercice.

La liste des membres du groupe test figure en annexe IV.

Le D^r Pierre BONVARLET, médecin habilité pour l'EPP en médecine libérale, HGE à Lille, a spécifiquement demandé à faire partie de ce groupe.

IX.2. Analyse des résultats

Dix auto-évaluations, correspondant à 250 dossiers de patients ayant eu une coloscopie, ont été analysées après anonymisation des grilles. Elles proviennent de 6 médecins avec pratique libérale, 1 médecin exerçant en CHG et 1 médecin de CHU.

La durée moyenne a été de 120 minutes.

Initialement, il était demandé de regarder 30 dossiers pour chaque auto-évaluation. Ce nombre a été diminué à 20, d'une part pour un gain de temps, d'autre part parce que la pratique est révélée dès les 20 premiers dossiers.

Critère 1 : procédure écrite permettant d'annuler l'examen.

OUI : 30 %, NA : 25 % (consultation systématique préalable avec l'hépatogastro-entérologue, sauf urgence ou demande extérieure).

Critère 2 : protocole de désinfection du matériel dans le dossier.

OUI : 85 %, NA : 10 %.

Critère 3 : traçabilité du matériel utilisé.

OUI : 80 %, NA : 5 % (dans le cahier de suivi de bloc).

Critère 4 : recherche de signes évocateurs d'ESST.

OUI : 95 %.

Critère 5 : traitement anticoagulant ou antiagrégant noté.

OUI : 60 %, NA : 10 %.

Critère 6 : prescription du traitement anticoagulant ou antiagrégant.

OUI : 30 %, **NA : 60 %** (rôle du cardiologue ou de l'anesthésiste).

Critère 7 : consultation médicale avant la sortie.

OUI : 75 %, NA : 15 %.

Critère 8 : mention d'une information écrite donnée au patient.

OUI : 75 %.

Critère 9 : information au médecin traitant dans le dossier.

OUI : 10 %, NA : 15 %.

Les critères 7, 8 et 9 semblent mal adaptés aux patients hospitalisés.

IX.3. Commentaires et propositions

Grille test

Problème clinique fréquent dans la pratique : 75 %.

Objectifs de qualité pertinents pour la pratique : 75 %.

Critères d'évaluation discriminants : 90 %.

Objectifs de qualité réalistes dans la pratique quotidienne : 65 %.

Critères d'évaluation compréhensibles : 85 %.

Critères d'évaluation faciles à vérifier : 100 %.

Référentiel d'évaluation complet : 75 %.

Utilité de l'évaluation pour changer la pratique : 65 %.

Le groupe test a amélioré sa pratique après cette auto-évaluation : au niveau du suivi des patients hospitalisés, de la désinfection et du risque de transmission de EST.

Commentaires

Certaines réponses montrent qu'il n'a pas été compris que l'opérateur était responsable de l'ensemble de la prise en charge liée à la coloscopie. Le critère 1, sur la possibilité d'annuler un examen injustifié, est particulièrement important pour une demande extérieure. Les critères 2 et 3, sur la désinfection du matériel, sont mieux renseignés ; pourtant la désinfection n'est pas faite par l'hépatogastro-entérologue. Les critères 5, 6 et 7 sont importants pour la sécurité du patient ; même si la prescription ou la consultation médicale avant sortie ne sont pas faites par l'hépatogastro-entérologue, il est important qu'ils apparaissent dans le dossier ; ils doivent être vérifiés et le traitement éventuellement adapté par l'opérateur de la coloscopie. Les critères 8 et 9 montrent que la coordination des soins doit encore progresser.

Propositions

Le libellé du critère 1 a été complété par « en particulier en cas d'urgence ou de demande extérieure ». Les médecins traitants doivent être impérativement informés de la nécessité d'une consultation obligatoire préalable à la coloscopie par le gastro-entérologue ; cette disposition s'inscrit dans le cadre des bonnes pratiques cliniques et est de toute façon obligatoire.

La recherche systématique de signes d'EST est aussi obligatoire ; leur présence modifie le protocole concernant les endoscopes.

La traçabilité de l'information transmise au patient et sa famille, comme au médecin traitant, doit être systématisée, par exemple au moyen de courriers types ; c'est désormais une exigence du Code de santé publique. Le compte rendu postcoloscopique doit comporter un numéro d'appel en cas d'urgence et une lettre pour le malade ou le médecin traitant sur les risques possibles de complications et les procédures à suivre.

X. CONCLUSION

X.1. Diffusion envisagée du référentiel

Base française d'évaluation en santé : sur Internet.

Sites Internet de l'Anaes, de la SFED, de la FMC-HGE, du CREGG et de la SNFGE.

X.2. Propositions d'outils d'aide au changement de la pratique professionnelle

Un exemple de demande d'endoscopie est proposé en annexe V ; ce formulaire est utilisé à l'hôpital Saint-Antoine à Paris ; il prend en compte les risques liés à un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire, ainsi que les risques de transmission de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

Le clinicien demandeur de l'examen, qui connaît en général mieux le patient que l'endoscopiste (surtout en milieu de gériatrie, neurologie, psychiatrie), DOIT renseigner l'item : « présence de signes cliniques... » ; sinon le rendez-vous n'est pas donné.

Si l'item est coché oui, plusieurs cas :

1) le malade est interrogeable et il s'avère en fait que les signes sont anciens (type épilepsie depuis 5 ans) : l'endoscopiste corrige la réponse NON en paraphant ; aucune précaution particulière ;

2) autres cas :

a) urgence vitale, on fait l'endoscopie et on séquestre l'appareil jusqu'à réponse à la question ESST (oui : destruction, non : remise en circuit) ;

b) pas d'urgence vitale : on attend l'avis du neurologue contactable à tout moment par bip.

* le neurologue exclut l'ESST : on fait l'endoscopie normalement ;

* le neurologue confirme la suspicion :

c) examen non indispensable : on fait autrement (radio, scanner, etc.) ou on ne fait rien ;

d) examen indispensable non urgent : on fouille le diagnostic ESST (IRM, PL avec recherche prp, etc.) ; si infirmé, procédure normale ; si suspicion persistante, on fait l'endoscopie et on séquestre jusqu'à confirmation ou infirmation du diagnostic d'ESST.

Le groupe de travail suggère qu'un protocole de désinfection des endoscopes validé par la SFED soit systématiquement joint au dossier du patient.

ANNEXES

I. CALENDRIER

- Réunion d'information du groupe de travail : octobre 2003.
- Recherche bibliographique : novembre – décembre 2003.
- Discussions du groupe de travail par voie électronique, évaluation des textes de référence et identification des objectifs de qualité : janvier – février 2004.
- Réunion du groupe de travail : 20 mars 2004.
- Envoi au groupe de lecture : juillet 2004.
- Test : novembre 2004 ; relance mars 2005.
- Rapport d'élaboration et version finale du référentiel : août 2005.

II. BIBLIOGRAPHIE

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles. Base méthodologique pour leur réalisation en France. Service évaluation des pratiques professionnelles. Saint-Denis la Plaine: Anaes; 2004.

Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, Société nationale française de gastroentérologie, Société française d'endoscopie digestive. Endoscopies digestives basses. Recommandations et références médicales. Gastroenterol Clin Biol 1996; 20: 881-96.

American College of Gastroenterology, Rex DK, Johnson DA, Lieberman DA, Burt RW, Sonnenberg A. Colorectal cancer prevention 2000: screening recommendations of the American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol 2000; 95 (4): 868-77.

American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. Anesthesiology 1996; 84: 459-471.

American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of colonoscopy in the management of patients with inflammatory bowel disease.

Gastrointest Endosc 2002; 48(6): 689-90.

Canard JM. Assurance qualité et pratique de la coloscopie. Francophones 2003 miniconférence SFED (<http://www.sfed.org>).

Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C/2003/n° 591 du 17 décembre 2003 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavables dans les lieux de soins (<http://www.sante.gouv.fr>).

Circulaire n° 138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels (<http://sante.gouv.fr>).

Le Guide des bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux, CTIN, CSHPF, Ministère chargé de la santé de 1998 (<http://www.sante.gouv.fr>)

Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on sedation and analgesia by non-anesthesiologists. Anesthesiology 2002; 96: 1004-1017 (<http://www.asahq.org>).

Sedation and analgesia in ambulatory setting. Clinical guidelines. Plastic and reconstructive surgery 1999; 104: 1559-1564.

Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire. Paris: SFAR; 1990 (<http://www.sfar.org>).

Société française d'endoscopie digestive. Antibioprophylaxie et endoscopie digestive. Paris: SFED 2004 (<http://www.sfed.org>).

Société française d'endoscopie digestive. La coloscopie en France en 1999 polypes et tumeurs malignes. Résultats d'une enquête prospective nationale de la SFED. Endoscopy 2001; 33: A5 (<http://www.sfed.org>).

Société française de gastroentérologie. Le Livre blanc de l'hépatogastroentérologie. Les maladies de l'appareil digestif et du foie – les enjeux. Paris: Masson, 2001.

Société nationale française de gastroentérologie, Fédération nationale des centres de lutte contre le

cancer. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. Conférence de Consensus, Forum Rive-Gauche Paris, jeudi 29 et vendredi 30 janvier 1998

(http://www.sfed.org/pdf/Prevent_depist_charg_kc_olon.pdf).

Society for Surgery of the Alimentary tract. Management of colonic polyps and adenomas. J Gastrointest Surg 2002; 3(2): 220-2.

Winawer SJ. Appropriate intervals for surveillance. Gastrointest Endosc 1999; 49(3 Pt 2): S63-S66.

Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, Godlee F, Stolar MH, Mulrow CD et al. Colorectal cancer screening. Clinical guidelines and rationale. Gastroenterology 1997; 112(2): 594-642.

Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, Ferrucci J. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-update based on new evidence. Gastroenterology 2003; 124(2): 544-60.

III. MEMBRES DU GROUPE DE LECTURE

- **Experts du thème** : gastro-entérologues de la SFED.
 - D^r Jean-Pierre ARPURT, chef de service hospitalier à Avignon ;
 - D^r Christian BOUSTIERE, exercice libéral à Aubagne ;
 - D^r Jean-Marc CANARD, exercice mixte à Paris ;
 - P^r René LAUGIER, exercice hospitalier à Marseille ;
 - D^r Jean-Christophe LETARD, exercice libéral à Poitiers.
- **Experts de la méthode** : correspondants régionaux de l'Anaes.
 - M^{me} Claudine AUDIBERT, cadre supérieur de santé à Marseille ;
 - D^r Sylvie AULANIER, généraliste au Havre ;
 - D^r Alain BERTHIER, généraliste à Languidic ;
 - D^r Jacques BIRGE, généraliste à Boulay ;
 - D^r Yann-Yves BONNET, anesthésiste libéral à Beaumont ;
 - D^r Guy DEVAUD, gynécologue obstétricien libéral à l'Isle-d'Espagnac ;
 - D^r Marie-Jeanne GILBERT-BESSON, généraliste à Romagnat ;
 - D^r Monique LATHELIZE, anesthésiste-réanimateur hospitalier à Limoges ;
 - D^r Serge MOSER, généraliste à Hirsingue.

IV. MEMBRES DU GROUPE TEST

Ces membres sont tous gastro-entérologues :

- D^r Daniel BATTISTELLI, exercice libéral à Saint-Louis ;
- D^r Pascale BERGIER, exercice libéral à Montélimar ;
- D^r Pierre BERTRAND, exercice libéral à Ferney-Voltaire ;
- D^r Pierre BONVARLET, exercice libéral à Lille, médecin habilité pour l'EPP en médecine libérale ;
- D^r Béatrice DUPIN-NIZARD, exercice libéral à Marseille ;
- D^r Yves EMERLY, exercice libéral à Irigny ;
- D^r Olivier EMPINET, exercice libéral à Fontenay-le-Comte ;
- D^r Henri JULIEN, exercice libéral à Marseille ;
- D^r Anne LE SIDANER, PH au CHU de Limoges ;
- D^r Jean-Philippe MENAT, exercice libéral à Limoges.

V. EXEMPLE DE DEMANDE D'ENDOSCOPIE

ÉTIQUETTES MALADE (obligatoire) : nom, prénom, date de naissance, adresse postale, téléphone.

ÉTABLISSEMENT : adresse postale, téléphone (RV), fax.

EXAMEN DEMANDÉ :

Rectosigmoïdoscopie : ☐

Coloscopie : ☐

Échoendoscopie anorectale : ☐

Ligature de VO ☐

Autre : _____ : ☐

Biopsies systématiques : ☐

étagées : ☐

Dilatation : ☐

protocole dysplasie-MICI : ☐

Endoscopie digestive haute : ☐

Échoendoscopie digestive haute : ☐

Pose de prothèse digestive supérieure : ☐

CPRE : ☐

bactériologie : ☐

Anesthésie générale : ☐

Circuit envisagé :

Ambulatoire : ☐

Hôpital de jour : ☐

Hospitalisation traditionnelle : ☐

MOTIF DE LA DEMANDE :

TRAITEMENTS EN COURS :

1) Anticoagulants : ☐ Ticlid : ☐ ; Asasantine : ☐ ; Plavix : ☐ ; Aspirine et dérivés : ☐

2) Autres médicaments :

LA NOTE ÉCRITE D'INFORMATION SUR LE GESTE A ÉTÉ

REMISE AU MALADE (impératif) :

OUI ☐ NON ☐

PRÉVENTION DU RISQUE DE TRANSMISSION DE LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB :

Antécédents :

OUI

NON

- de traitement par hormone de croissance extractive

☐

☐

- d'un cas familial d'encéphalopathie spongiforme subaiguë transmissible

☐

☐

- d'intervention chirurgicale avec ouverture de la dure-mère, ou neurochirurgicale

☐

☐

ou d'exploration cérébrale invasive avant le 1^{er} janvier 1995.

Présence de signes cliniques neurologiques ou psychiatriques récents et évolutifs

☐

☐

Nom du médecin prescripteur (lisible SVP) :

Date et signature :

Téléphone à rappeler pour

Tampon du service :

Notification de rendez-vous :