

NORMES D'EXERCICE EN MATIÈRE DE COLOSCOPIE

À LA SUITE D'UNE INTERVENTION RÉCENTE DANS UN ÉTABLISSEMENT, IL EST APPARU UTILE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION D'ÉTABLIR DES NORMES D'EXERCICE EN MATIÈRE DE COLOSCOPIE AFIN D'ASSURER UNE UNIFORMITÉ DANS LES PRATIQUES AU QUÉBEC.

Élaborées avec l'aide des associations concernées (gastro-entérologues, chirurgiens généraux, médecins internistes et pédiatres), ces normes devraient permettre de mieux outiller les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements pour l'octroi de privilèges en coloscopie et pour l'élaboration et l'utilisation des critères explicites d'évaluation de la qualité de l'acte. Il est possible qu'à l'occasion de la mise en place d'un programme systématique de dépistage du cancer du colon, des critères d'assurance qualité du programme s'ajoutent à ces normes de base.

Comme pour toute technique, l'habileté du « coloscopiste » et la fiabilité de l'examen augmentent habituellement avec le nombre de cas réalisés. À cet égard et à titre indicatif, selon la littérature courante, un nombre de 150 examens ou plus de dépistage par année permet à un « coloscopiste » de maintenir plus facilement ses habiletés. Ce chiffre ne saurait être appliqué de façon absolue sans tenir compte, de façon prioritaire, des 10 critères cités ci-contre.

L'articulation des deux paramètres, c'est-à-dire le nombre d'examens effectués annuellement et le respect des 10 critères de qualité, atteste plus fidèlement de la compétence d'un « coloscopiste ».

Plusieurs contextes cliniques, particulièrement en régions non urbaines, pourraient ne pas permettre à des « coloscopistes » d'atteindre une telle fréquence d'examens. Voilà pourquoi, dans l'organisation des services médicaux, les risques et les avantages d'avoir accès ou non à l'examen lorsqu'il y a indication de coloscopie doivent être pris en compte.

CRITÈRES DE QUALITÉ EN MATIÈRE DE COLOSCOPIE

1. La coloscopie doit permettre de visualiser et d'intuber le cæcum dans 85 à 90 % des cas de coloscopies diagnostiques et dans 95 % des coloscopies de dépistage. La photographie des repères anatomiques du cæcum est requise comme élément de preuve à l'appui d'intubation cæcale.
2. Le temps de retrait minimal moyen doit être de 6 minutes.
3. Le taux de détection d'adénome doit être de 25 % chez les hommes et de 15 % chez les femmes, lors de coloscopies de dépistage.
4. Le taux de complications doit être égal ou inférieur à celui que l'on retrouve dans la littérature médicale, soit :
 - pour la perforation intestinale : < 1/1000 de tous les patients et < 1/2000 lorsqu'il s'agit de coloscopie de dépistage;
 - pour les saignements post-polypectomie : il doit être inférieur à 1 %.
5. Le médecin qui procède à une coloscopie (« coloscopiste ») doit pouvoir démontrer qu'il a participé à des activités de développement professionnel continu dans le domaine de l'endoscopie diagnostique et thérapeutique.
6. Le « coloscopiste » doit maîtriser les techniques de sédation-analgésie et les procédures de réanimation.
7. Le « coloscopiste » doit assurer le confort du patient pendant la procédure.
8. Le « coloscopiste » doit être en mesure, pour ce qui est du diagnostic, de bien reconnaître les lésions visualisées, et d'assurer le suivi et la prise en charge.
9. Le « coloscopiste » doit être en mesure d'assurer le suivi s'il y a présence de polypes, en particulier d'évaluer et d'élaborer un plan d'examens subséquents, selon les résultats endoscopiques et pathologiques.
10. Le « coloscopiste » doit être en mesure, à la suite de l'examen, d'évaluer le risque familial et, le cas échéant, de faire les recommandations appropriées.

SOURCES :

ARMSTRONG D. et coll. « Canadian credentialing guidelines for endoscopic privileges: An overview », *The Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 21, n° 12, décembre 2007, p. 797-801.

ASFABA S. et coll. « Assessment of endoscopic training of general surgery residents in a North American health region », *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 68, n° 6, 2008, p. 1056-1062.

CASS O.W. et coll. « Acquisition of competency in endoscopic skills (ACES) during training: A multicenter study », *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 43, n° 4, 1996, p. 308.

DUNKIN B.J. et J.J. VARGO, « Measuring procedural competence in endoscopy: what do the numbers really tell us? », *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 68, n° 6, 2008, p. 1063-1065.

LIEBERMAN, D.A. et coll. « Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer », *The New England Journal of Medicine*, vol. 343, n° 3, juillet 2000, p. 162-168.

REX D.K. et coll. « Quality indicators for colonoscopy », *The American Journal of Gastroenterology*, vol. 101, avril 2006, p. 873-885.

REX D.K. et coll. « Quality in the technical performance of colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy », *The American Journal of Gastroenterology*, vol. 97, n° 6, 2002, p. 1296-1308.

ROMAGNUOLO J. et coll. « Canadian credentialing guidelines for colonoscopy », *The Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 22, n° 1, janvier 2008, p. 17-20.

WEXNEER S.D. et coll. « How well can surgeons perform colonoscopy? », *Surgical Endoscopy*, vol. 12, n° 12, décembre 1998, p. 1410-1414.

Mars 2010