



Etat des lieux de l'hépatogastroentérologie en France

Rapport synthétique

Mars 2020

Conseil National Professionnel d'Hépatogastroentérologie (CNP-HGE) : Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE), Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED), Association Française pour l'étude du Foie (AFEF), Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD), Société Nationale Française de Colo-proctologie (SNFCP), Association nationale Française de Formation Continue en Hépatogastroentérologie (FMC-HGE), Collégiale des Universitaires en Hépatogastroentérologie (CDU-HGE), Association Nationale des hépatogastroentérologues des Hôpitaux Généraux (ANGH), Club de Réflexion des cabinets et groupes d'Hépatogastroentérologie (CREGG), Syndicat National des Médecins Spécialistes de l'Appareil Digestif (SYNMAD).

Comité de Pilotage du Livre Blanc : Frank Zerbib (Coordonnateur), Christine Silvain, Dominique Thabut, Philippe Marteau, Michel Robaszekwicz, Jean-Marc Phelip, Pierre Michel, François Pigot, Bertrand Hanslik, Patrice Pienkowski, Patrick Delasalle, Jean-Paul Jacques, Denis Grasset, Hervé Hagège, Robert Benamouzig, Louis Buscail, Pierre Nahon

Sirius-Customizer : Catherine Auzimour, Valérie Trouillet-Poujol, Yann Le Goff, Thibaud Valton

Public Health Expertise : Martin Blachier, Henri Leleu, Alexandre Vimont

L'hépatogastroentérologie est une discipline qui couvre un spectre très large de pathologies et de pratiques médicales. Cette diversité est incontestablement une richesse mais aussi une faiblesse car elle rend la spécialité difficile à cerner en dehors du milieu médical (grand public, autorités de santé, acteurs de Santé publique). Les discussions menées par les représentants de la discipline à l'occasion de la réforme du Diplôme d'Etudes Spécialisées ont confirmé la très mauvaise connaissance de l'Hépatogastroentérologie par nos tutelles, et l'absence de données récentes et pertinentes à faire valoir, le dernier « Livre Blanc » remontant à la fin des années 90. C'est pour ces raisons que le CNP-HGE, regroupant l'ensemble des Sociétés Savantes, les organisations professionnelles et le syndicat de la spécialité, a lancé le projet d'un Livre Blanc de l'Hépatogastroentérologie, dans le but de fournir à chacun des données actualisées sur le poids des pathologies digestives en France et l'activité des hépatogastroentérologues (HGE) et oncologues digestifs.

Le Comité de Pilotage constitué par le CNP-HGE a élaboré un cahier des charges et lancé un appel d'offres en juillet 2018. Les sociétés PHE et SIRIUS-CUSTOMIZER ont été retenues sur la base d'une proposition commune, et les travaux ont été officiellement lancés le 6 novembre 2018.

Les données obtenues sont présentées en plusieurs chapitres :

- Un axe « épidémiologie » décrivant la « file active » de patients pris en charge pour une pathologie digestive en 2016
- Un axe « activité » décrivant les actes, consultations, hospitalisations et prescriptions pour pathologie digestive
- Un axe « financier » évaluant le coût des activités directement en lien avec les pathologies digestives
- Un focus sur le cancer colorectal
- Un axe « démographie » décrivant la situation démographique des HGE en France
- Les résultats d'une enquête réalisée auprès de 1065 HGE

PATIENTS PRIS EN CHARGE POUR PATHOLOGIE DIGESTIVE EN 2016

Il s'agit de l'extrapolation des données de l'EGB (échantillon généraliste des bénéficiaires), échantillon représentatif au 1/97e de la population couverte par l'assurance maladie en 2016. Les patients avec pathologie digestive ont pu être identifiés de plusieurs façons : ALD, hospitalisation avec motif digestif entre 2012 et 2016, acte technique ou consultation externe ou traitement traceurs (endoscopie, traitement pour hépatite C par exemple) avec remboursement précisant la spécialité du praticien exécutant. Cette méthodologie nécessite de préciser 2 points importants :

- Contrairement aux patients pris en charge en libéral, il n'est pas possible de savoir si les patients pris en charge en hospitalisation publique le sont par des HGE (par exemple, certains patients peuvent être pris en charge en oncologie, médecine interne etc. pour des pathologies digestives). Les chiffres représentent donc le poids des pathologies digestives en général, non exclusivement prises en charge par les HGE.
- En l'absence d'ALD, d'acte ou de traitement traceur, d'hospitalisation (donc de données PMSI¹), il n'est pas possible de connaître le motif de prise en charge (par exemple pour une endoscopie externe, on peut savoir que l'acte est effectué mais pas le motif). C'est la raison pour laquelle le nombre de patients avec « autre motif » est élevé. C'est parmi ces patients que l'on trouve des pathologies très prévalentes comme les troubles fonctionnels digestifs ou le reflux gastro-œsophagien, pourvoyeuses de nombreux actes, consultations et prescriptions non traçables avec la méthodologie utilisée.

Au total, **5,1 millions d'individus** ont été pris en charge pour une pathologie digestive en 2016 dont la répartition est décrite ci-dessous.

Principales pathologies chroniques

Au total, le nombre de patients avec une pathologie digestive chronique² est estimé à **1 million dont 721 000 en ALD**. Les cancers digestifs représentent près de la moitié (44% cancers digestifs hors cancers hépatiques et 4% cancers hépatiques). Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) représentent 22% et l'hépatologie 26% (hors cancers hépatiques).

- Pour les cancers, les données obtenues sont supérieures de 25% aux données ALD. Il faut toutefois noter que le périmètre inclut ici les tumeurs bénignes et in situ. Le choix d'inclure ces tumeurs repose sur le fait qu'elles nécessitent une surveillance particulière qui pourra être réalisée par un HGE
- Pour les MICI, les estimations sont proches des estimations réalisées par la CNAM en 2015 qui retrouvait 212 700 individus avec une MICI en France

¹ Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

² Une pathologie a été considérée comme chronique dans la mesure où une ALD était disponible pour cette pathologie.

- Nutrition : essentiellement malnutrition protéino-énergétique, obésité, intolérance au lactose, malabsorptions intestinales

Répartition des pathologies chroniques 1 million de patients pris en charge

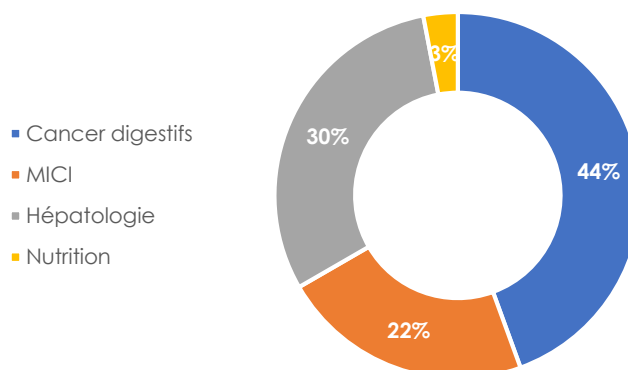


Figure 1 : Répartition des pathologies digestives chroniques

Tableau 1 : Prévalence des ALD pour les pathologies chroniques, en 2016.

Pathologie	Prévalence ALD uniquement (2016)	Parts (ensemble)
Cancers digestifs	322 745	45 %
MICI	176 705	25%
Hépatologie	216 631	30%
Dont cancer	17 415	2%
Dont hépatite chronique	92 336	13%
Dont NASH	-	-
Dont autres pathologies chroniques	106 880	15%
Nutrition	5 358	1%
Total	721 439	100%

Globalement, ces prévalences sont inférieures aux estimations de prévalence présentées ci-dessus du fait que tous les patients avec une pathologie chronique ne sont pas mis sous ALD (autres ALD, autres couvertures à 100% par la CMU ou des « bonnes » mutuelles, conséquences financières de la pathologie ne justifiant pas de l'ALD).

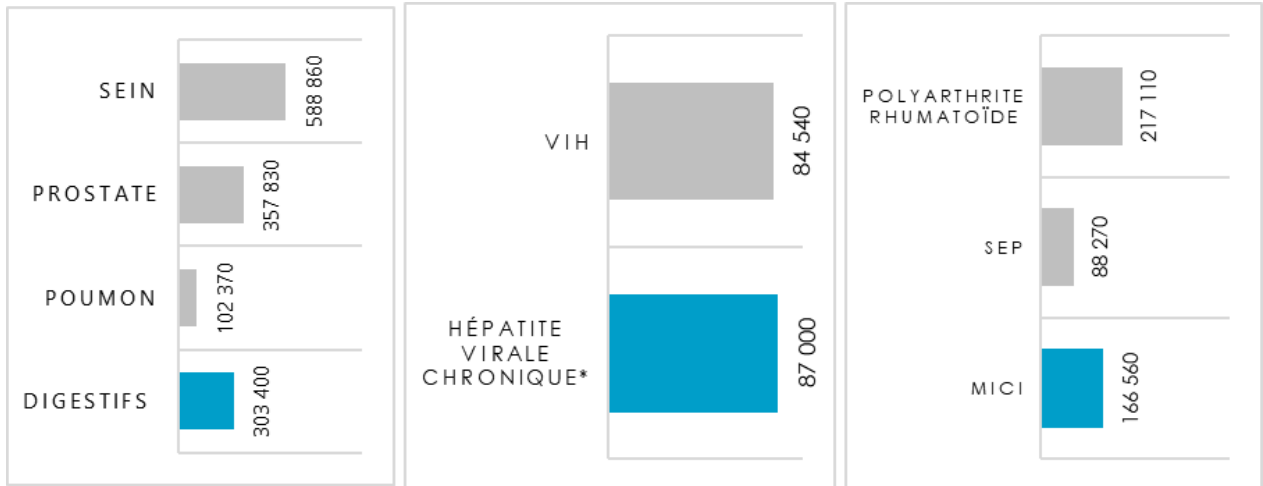


Figure 2 : Comparaison des prévalences ALD avec d'autres pathologies (2017)

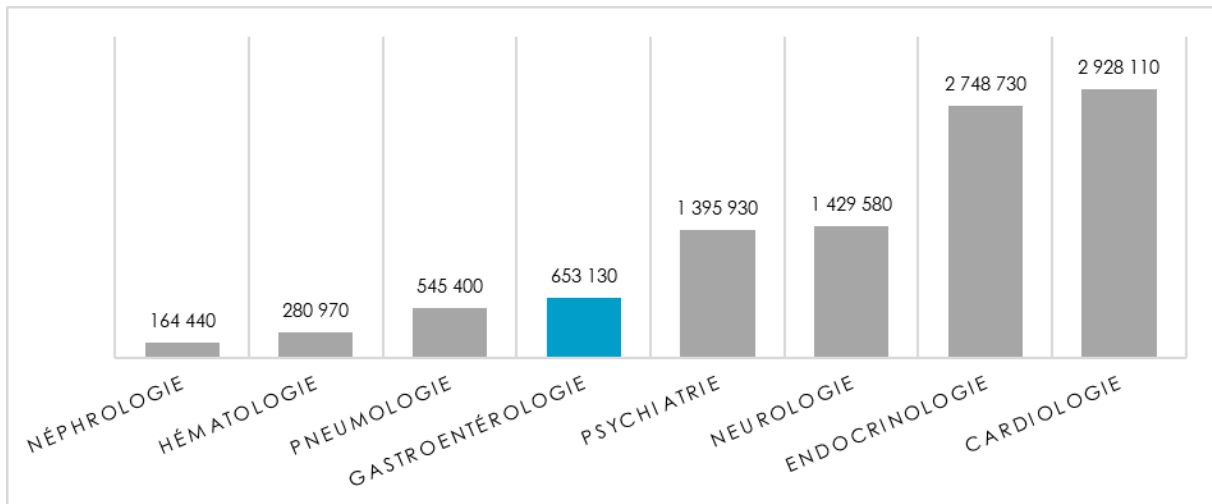


Figure 3 : Comparaison des prévalences des ALD avec d'autres spécialités (2017)

Pour les pathologies chroniques non hépatiques, les projections suggèrent une augmentation de 40%, 23% et 8% respectivement pour les pathologies en lien avec la nutrition, les MICI et les cancers digestifs

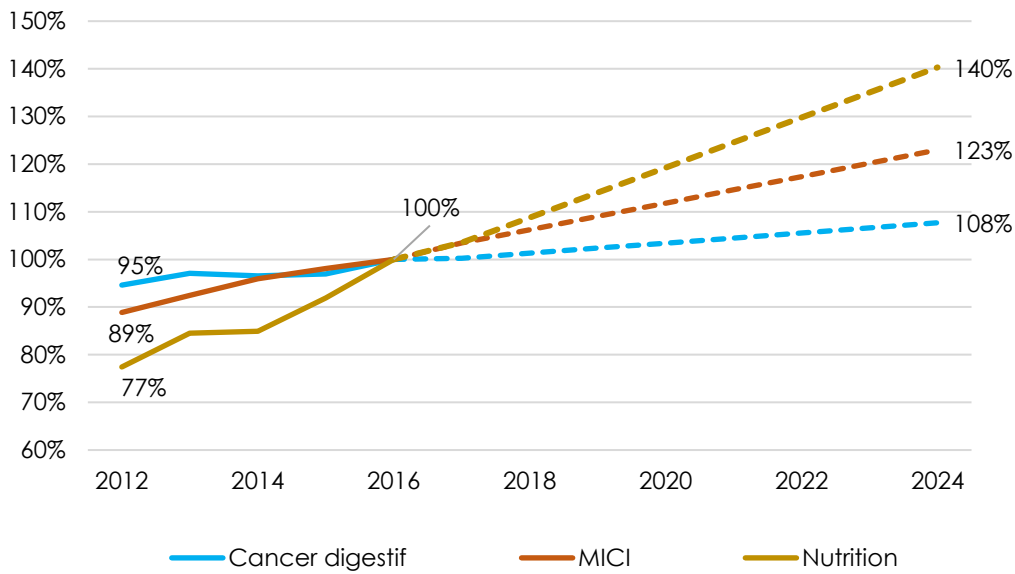


Figure 4 : Évolution et prédiction de la prévalence pour les autres pathologies chroniques

Autres pathologies (hospitalisations)

Plus de **2,9 millions de patients** sont identifiés principalement du fait d'une hospitalisation pour l'un des motifs ci-dessous en 2016. Ils excluent les pathologies digestives chroniques décrites dans le paragraphe précédent. Ces motifs couvrent l'ensemble des motifs retrouvés en diagnostic principal de la racine GMH 06 « digestif » de l'hospitalisation. Ils s'y retrouvent soit parce que le diagnostic est directement associé à un GMH, soit parce que le diagnostic est associé à un acte classant dans un GHM 06.

Autres patients identifiés par actes ou consultations isolés

Au total, environ **1,2 million d'individus** ont eu une consultation ou un acte en 2016 sans hospitalisation pour un motif digestif dans l'année ou l'année précédente et sans ALD. Ils sont identifiés par un acte externe ou une consultation effectuée par un HGE. **764 000 patients ont été identifiés avec une consultation** réalisée par un HGE (en consultation externe, hôpital ou libéral) et environ **443 000 individus ont eu un acte isolé** en 2016 dont la grande majorité était un acte diagnostique. Il s'agit d'actes non réalisés dans le cadre d'une pathologie chronique connue, et non associés à un motif dont la gravité aurait conduit à une hospitalisation dans l'année ou l'année précédente ou une ALD. Le motif de l'acte n'est donc pas identifiable.

Synthèse

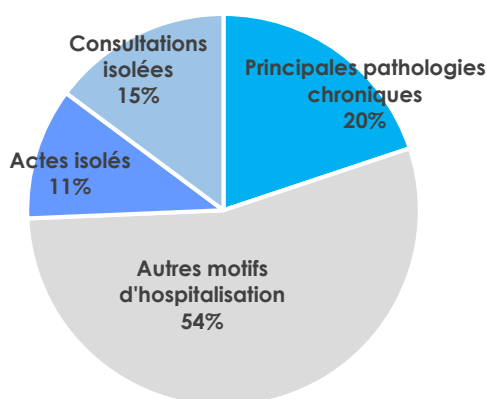


Figure 5 : Répartition de la file active en 2016

Au total, l'analyse estime qu'environ 5,1 millions de personnes ont été prises en charge en 2016 pour une pathologie digestive, dont 1 million pour pathologies chroniques, en augmentation de 8% par rapport à 2012 (soit 2% par an environ).

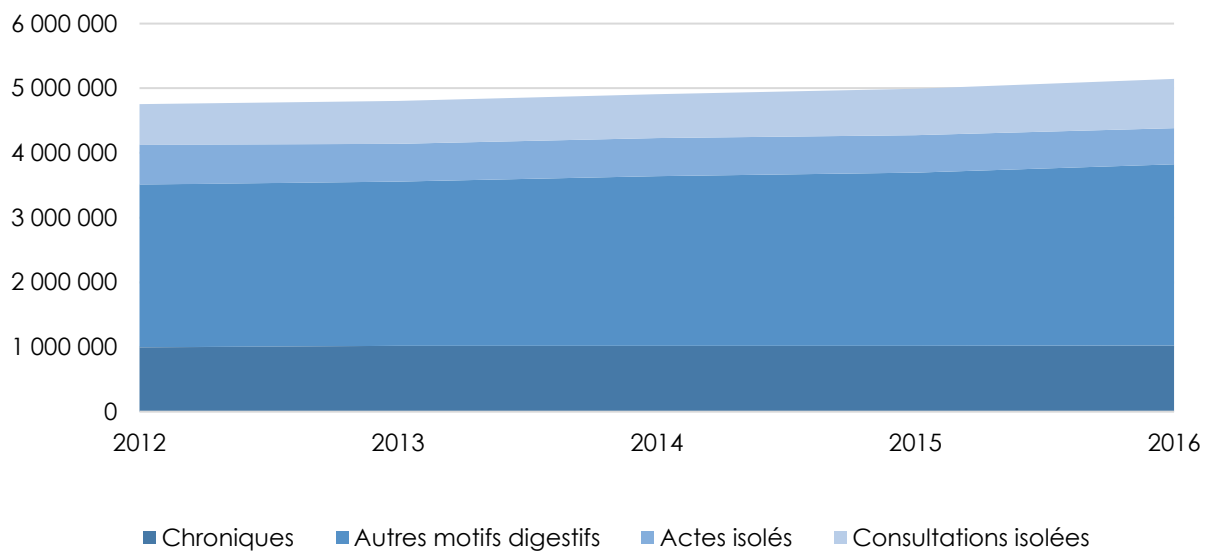


Figure 6 : Évolution des patients pris en charge pour une pathologie digestive sur la période 2012-2016

PATHOLOGIES DIGESTIVES : DONNEES D'ACTIVITE

Cette activité est séparée en :

- Hospitalisations
- Consultations (ville, hôpital)
- Réalisation d'actes
- Prescriptions

Hospitalisations

L'activité hospitalière inclut les séjours en hospitalisation complète et en hôpital de jour dans le public et le privé, et les actes réalisés en cours d'hospitalisation. Cette activité reflète l'ensemble des séjours classés dans un GHM 06M ou 06K, et l'activité d'hôpital de jour avec un diagnostic principal ou relié en lien avec une pathologie décrite dans le chapitre précédent.

Pour rappel, les données d'activité hospitalière ne permettent pas de connaître la spécialité du médecin réalisant le suivi ou exécutant les actes. Ainsi, cette activité constitue une estimation haute de l'activité des HGE à l'hôpital, les patients avec une pathologie digestive pouvant être pris en charge par d'autres spécialités.

Hospitalisation complète : Il y a eu **1,1 million de séjours** « digestifs » en 2016, dont 825 000 dans le public. Le nombre de séjours est stable depuis 2012. Le groupe des « gastroentérites et maladies du tube digestif » représente 26% des séjours d'hospitalisation complète, suivi des affections des voies biliaires (9%) et des douleurs abdominales (7%). Ces trois motifs représentent 42% des séjours d'hospitalisation complète.

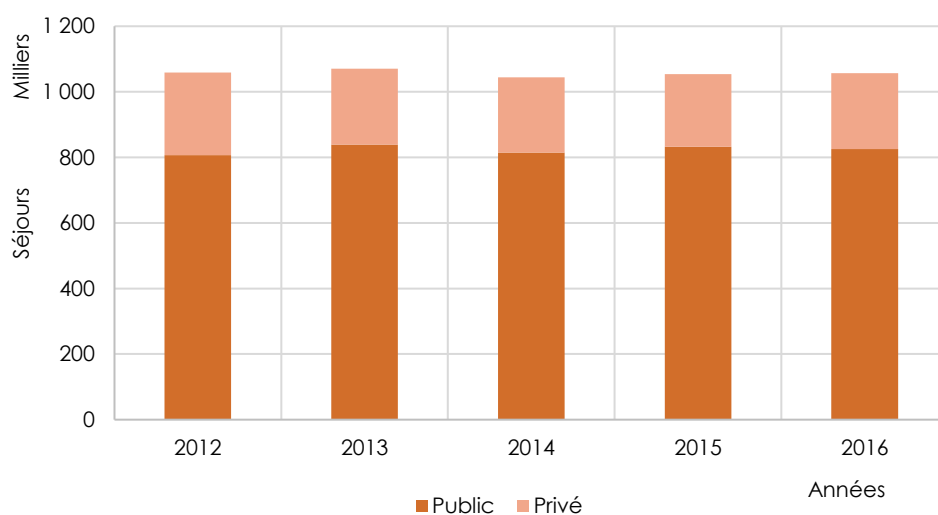


Figure 7 : Évolution du nombre d'hospitalisations complètes, par secteur

Tableau 3 : Répartition des motifs d'hospitalisations complètes en 2016, par pathologie, par secteur

Pathologie	Public	Privé	Total	%
Autres maladies digestives	138 552	48 991	187 543	18,0%
Cancer digestif	116 353	55 019	171 372	16,5%
Alcoolologie	104 010	5 645	109 655	10,5%
Colites	86 786	6 315	93 101	8,9%
Symptôme digestif aspécifique	70 424	19 041	89 465	8,6%
Maladie biliaire lithiasique	47 268	18 372	65 640	6,3%
Autres maladies chroniques du foie	45 737	6 124	51 861	5,0%
Tumeur bénigne du côlon	23 251	20 094	43 345	4,2%
Maladie fonctionnelle	28 323	10 047	38 370	3,7%
Maladie du pancréas	29 088	7 081	36 169	3,5%
Proctologie	24 304	9 473	33 777	3,2%
Cancer du foie	28 801	2 296	31 097	3,0%
MICI	18 276	5 071	23 347	2,2%
Maladie aiguë du foie	15 118	2 583	17 701	1,7%
Nutrition	11 387	1 148	12 535	1,2%
RGO	8 994	1 818	10 812	1,0%
Antécédents (perso, familial, autre)	4 689	5 167	9 856	0,9%
Hépatite chronique	8 612	1 148	9 760	0,9%
Hépatite aiguë	2 488	96	2 584	0,2%
NASH	1 244	574	1 818	0,2%
Malformations congénitales	383	383	766	0,1%
Total	814 088	226 486	1 040 574	100,0%

Hospitalisation de jour/ambulatoire : Il y a eu **2,7 millions de séjours** « digestifs » de jour en 2016, dont la moitié dans le public. Cette activité est en augmentation depuis 2012 d'environ 4% par an. Les GHM « endoscopie digestive » représentent la majorité de l'activité de jour (53%), principalement dans le privé. Les séjours pour « chimiothérapie pour tumeurs » (22%) et pour « chimiothérapie pour affections non tumorales » (5%) représentent les 2e et 3e GHM les plus fréquents. En clair, endoscopies, chimiothérapies et perfusions de biothérapies pour MICI représentent 80% des hospitalisations de jour pour des motifs « digestifs ».

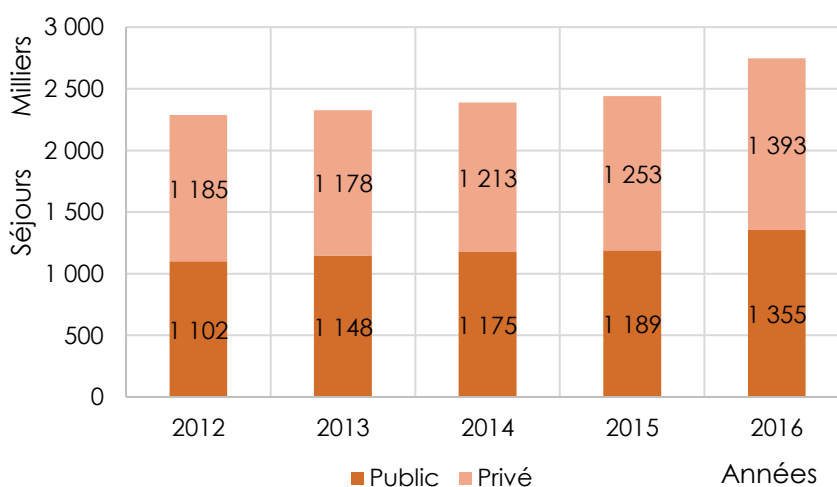


Figure 8 : Évolution du nombre d'hospitalisations de jours, par secteur

Tableau 4 : Répartition des motifs d'hospitalisations de jour en 2016, par pathologie, par secteur

Pathologie	Public	Privé	Total	%
Cancer digestif	546 074	264 952	811 026	29,8%
Autres maladies digestives	207 158	361 019	568 177	20,9%
Tumeur bénigne du côlon	86 786	245 623	332 409	12,2%
MICI	129 940	62 291	192 231	7,1%
Symptôme digestif aspécifique	58 559	101 330	159 889	5,9%
Antécédents (perso, familial, autre)	38 657	117 214	155 871	5,7%
Proctologie	22 869	68 032	90 901	3,3%
Maladie fonctionnelle	26 887	55 402	82 289	3,0%
Alcoologie	58 942	15 788	74 730	2,7%
RGO	12 630	40 379	53 009	1,9%
Autres maladies chroniques du foie	36 073	6 507	42 580	1,6%
Maladie biliaire lithiasique	14 735	15 214	29 949	1,1%
Cancer du foie	26 792	1 340	28 132	1,0%
Nutrition	18 850	4 114	22 964	0,8%
Colites	16 362	4 210	20 572	0,8%
Hépatite chronique	12 343	3 732	16 075	0,6%
Maladie du pancréas	6 315	5 358	11 673	0,4%
Malformations congénitales	2 009	2 775	4 784	0,2%
NASH	2 775	1 053	3 828	0,1%
Maladie aigüe du foie	2 201	957	3 158	0,1%
Hépatite aigüe	191	0	191	0,0%
Total	1 327 148	1 377 290	2 704 438	100%

Comparaison aux autres spécialités

La pathologie digestive représente 9% de l'hospitalisation totale, 16% de l'hospitalisation de jour et 11% des jours d'hospitalisation. La figure suivante présente une comparaison de l'activité hospitalière des HGE à celle de la pneumologie et de la neurologie.

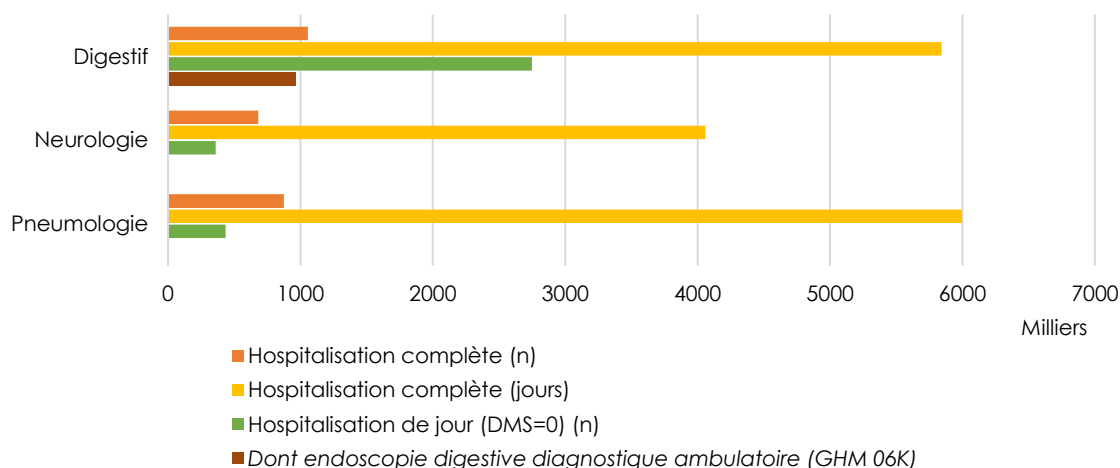


Figure 9 : Comparaison de la gastro-entérologie aux autres spécialités

Synthèse :

- L'activité d'hospitalisation complète est principalement réalisée dans le public. La prise en charge des patients avec un cancer digestif est l'un des principaux motifs d'hospitalisation complète (14% et 24% des hospitalisations dans le public et le privé

respectivement) après la gastroentérologie générale qui représente 40% de l'activité. L'activité d'hépatologie est principalement réalisée dans le public.

- L'activité de jour est principalement tournée vers la chimiothérapie (22% des hospitalisations) et l'endoscopie (53%) avec à nouveau la prise en charge des patients avec un cancer digestif dans le public (41%) et dans une moindre mesure dans le privé (19%).
- La répartition des chimiothérapies et des endoscopies diffère entre le public et le privé. L'endoscopie est dans 75% des cas réalisée dans le privé alors que la chimiothérapie est à 75% réalisée dans le public.
- L'évolution de l'activité d'hospitalisation est portée par l'augmentation de l'hospitalisation de jour (environ 4% par an), avec une stabilité de l'hospitalisation complète.

Consultations et Actes

Pour les actes et consultations effectués en externe, les données de l'EGB permettent de connaître la spécialité du médecin exécutant. Ces données reflètent donc l'activité réelle des HGE en externe. Pour les actes effectués en hospitalisation (complète ou ambulatoire/jour), les données ne permettent pas d'identifier les seuls HGE pour l'hôpital public, même si pour ce qui concerne l'endoscopie, il est probable que la quasi-totalité des actes aient été effectués par des HGE.

Les motifs des actes et consultations ne peuvent pas être systématiquement identifiés si les patients ne présentent pas de pathologies chroniques et n'ont pas été hospitalisés pour une pathologie digestive dans les 2 dernières années (« motif inconnu »).

Consultations

Au total, les HGE ont réalisé **4,2 millions de consultations**, dont 3,1 en ville et 1,1 en consultations externes d'un établissement public. L'extrapolation de l'évolution du nombre de consultations entre 2012 et 2016 montre une **tendance à l'augmentation des consultations de 10% entre 2016 et 2024, soit environ 1,3% par an**. Les consultations d'HGE représentent 1% des consultations en ville et 3% des consultations externes en France, dans la moyenne des spécialités.

Tableau 5 : Nombre de consultations réalisées par des HGE entre 2012 et 2016

Consultations	2012	2013	2014	2015	2016
Externe public	826 928	886 642	958 999	1 045 538	1 120 758
Ville / Externe privé	2 864 986	2 830 357	2 876 888	2 873 919	3 149 374
Total	3 691 914	3 716 999	3 835 887	3 919 457	4 270 132

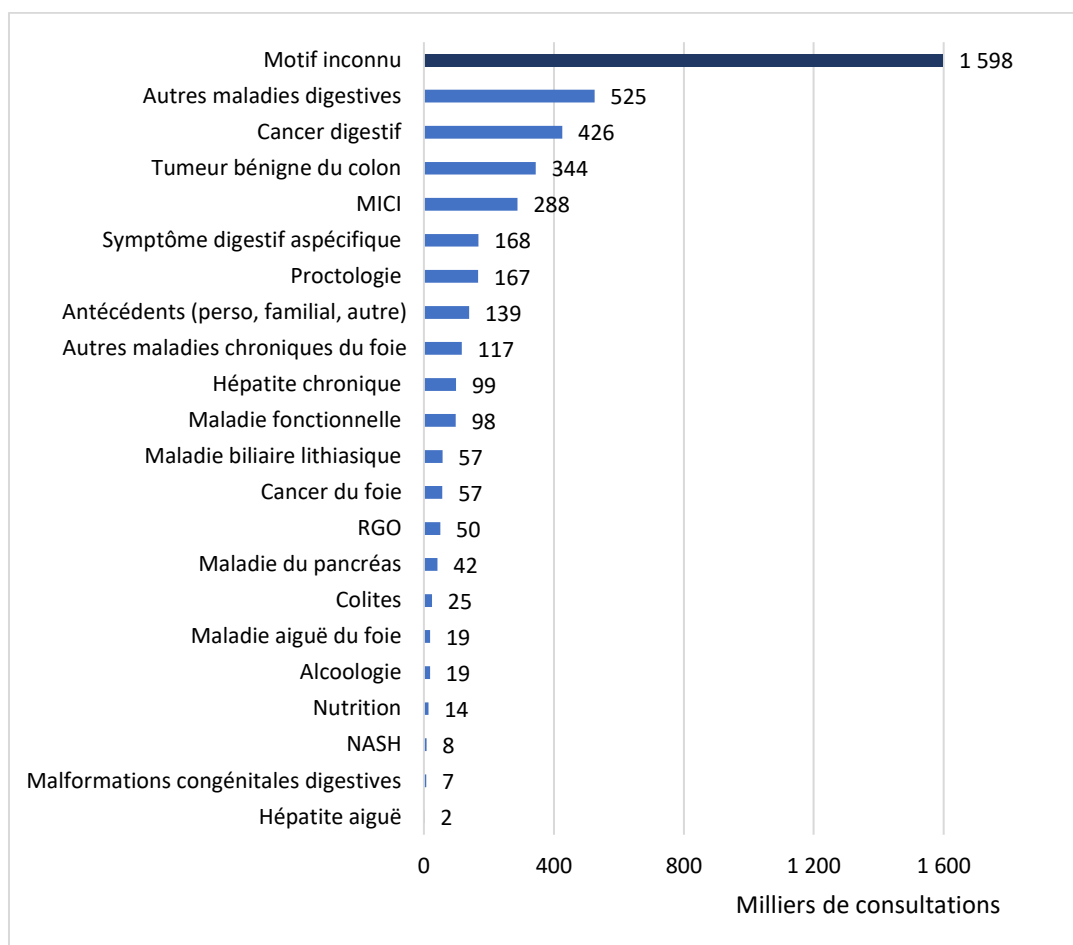


Figure 10 : Répartition par pathologie des consultations réalisées en 2016

Actes

En 2016, les HGE ont réalisé **3,5 millions d'actes**, la majorité correspondant à des coloscopies et des endoscopies digestives hautes, les $\frac{3}{4}$ en hospitalisation (ambulatoire ou complète). L'évolution depuis 2012 montre une augmentation des examens effectués en ambulatoire.

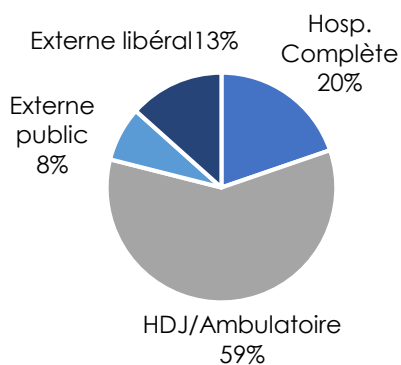


Figure 11 : Répartition des actes par lieu de réalisation, en 2016

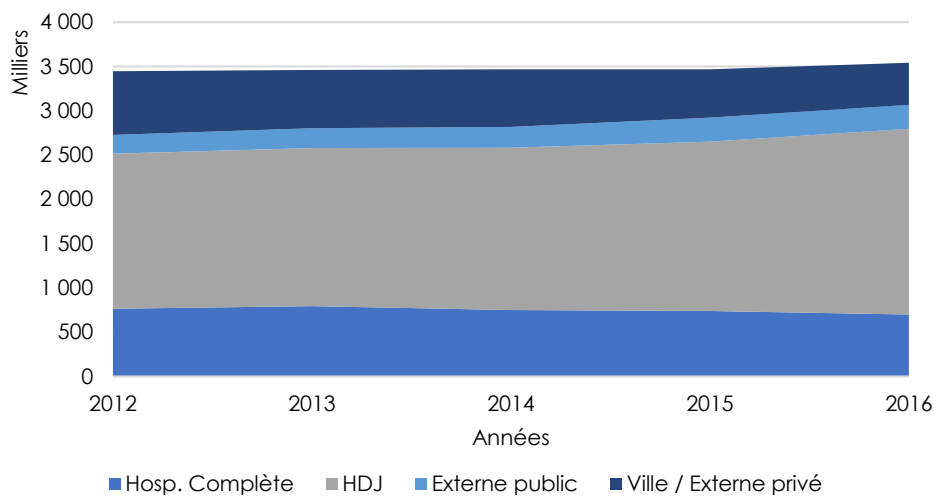


Figure 12 : Évolution des actes réalisés par les HGE en 2016, par secteur

Actes en hospitalisation

En 2016, il y a eu **700 000 actes réalisés en hospitalisation complète** et **2 100 000 en hospitalisation de jour**. La tendance est à une diminution du nombre d'actes réalisés en hospitalisation complète et une augmentation en hôpital de jour, avec une nette prédominance de l'hospitalisation de jour dans le secteur privé :

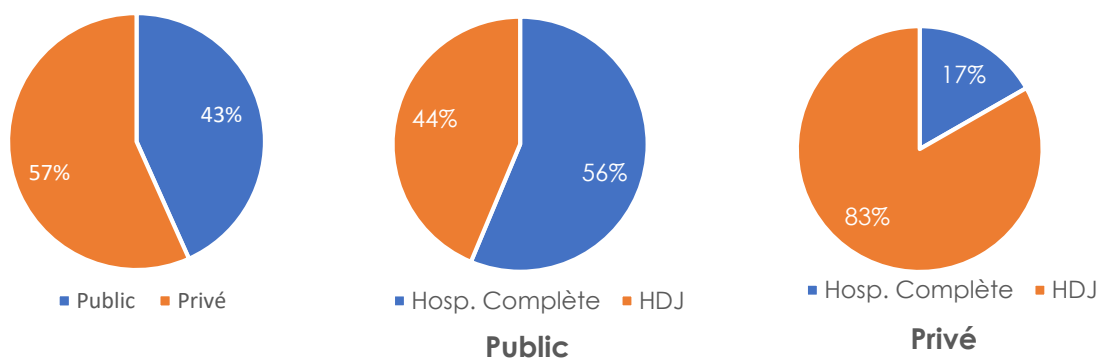


Figure 13 : Répartition des actes réalisés à l'hôpital en 2016, par type d'hospitalisation et secteur

La répartition entre actes **diagnostiques** et **thérapeutiques** est la suivante :

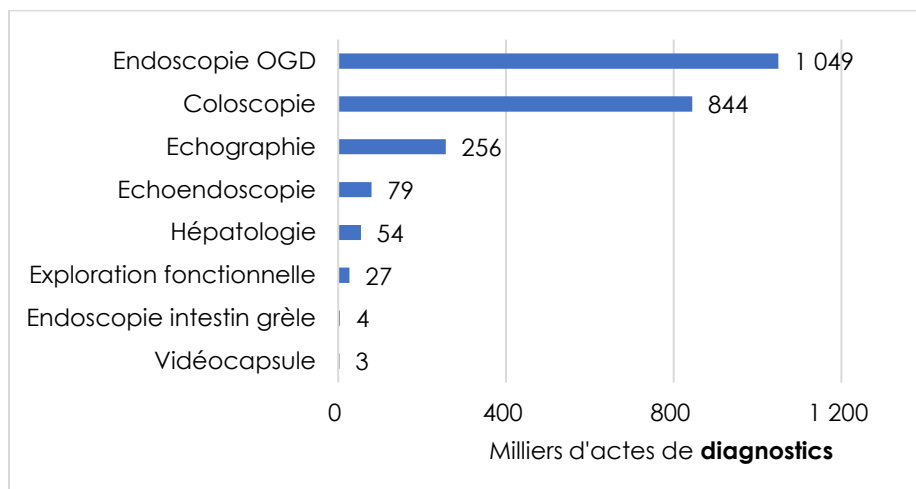


Figure 14 : Répartition des actes de diagnostic réalisés à l'hôpital en 2016, par type d'acte

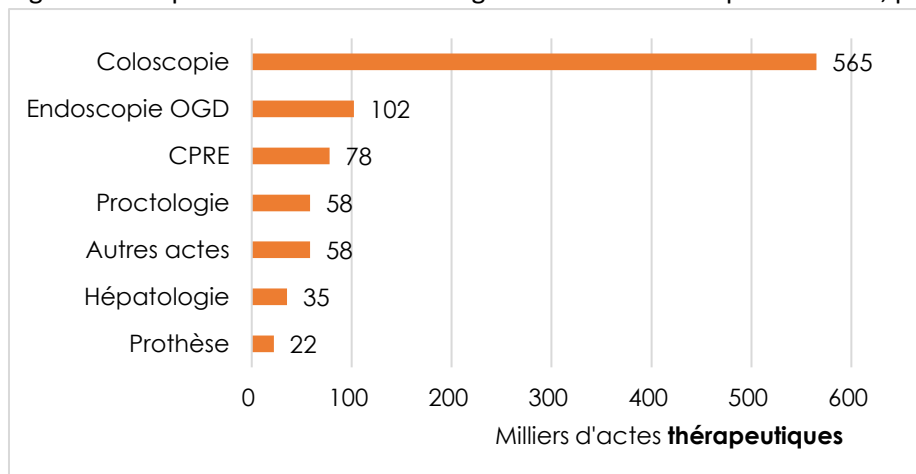


Figure 15 : Répartition des actes thérapeutiques réalisés à l'hôpital en 2016, par type d'acte

Actes réalisés en externe

Dans le public, 227 000 actes externes ont été effectués par les HGE, dont 56% d'endoscopies digestives hautes, 15% d'examen hépatologiques (essentiellement des mesures d'élastométrie), 12% d'échographies, et 8% d'explorations fonctionnelles :

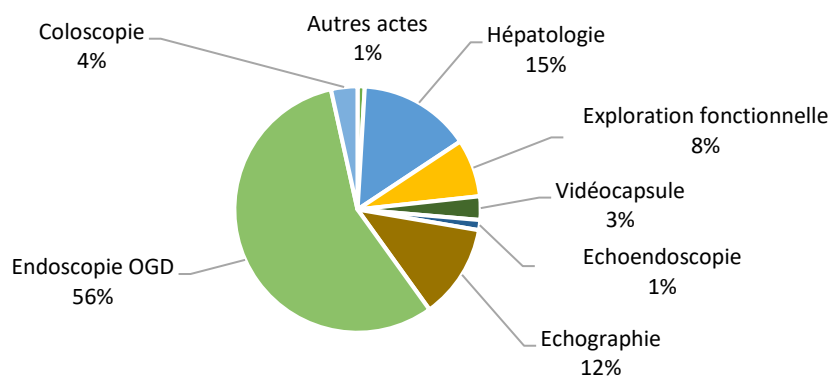


Figure 16 : Répartition des actes externes réalisés dans le secteur public en 2016, par type d'acte

En libéral, on compte 473 000 actes externes dont 48% d'endoscopies digestives hautes et 28% d'échographies :

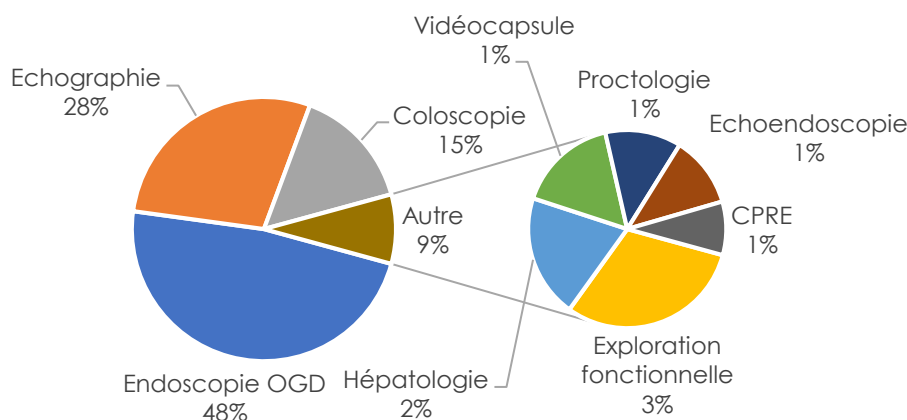


Figure 17 : Répartition des actes réalisés à l'hôpital en 2016, par type d'acte

Synthèse

Au total, on dénombre en hospitalisation **1,4 millions de coloscopies** dont **565 000 thérapeutiques (40%)**. Les coloscopies sont réalisées sous **AG dans 97%** des cas, en **ambulatoire dans 81%** des cas. Elles sont réalisées chez les **50-74 ans dans 66%** des cas, après 75 ans dans 14% des cas, et avant 50 ans dans 19% des cas.

Pour **l'endoscopie digestive haute**, on dénombre en hospitalisation **1,1 million** d'examens dont **100 000 thérapeutiques** auxquels il faut rajouter **350 000 examens externes** soit un **total de 1,45 millions** d'examens.

Les données disponibles uniquement pour les médecins libéraux montrent que **93% des HGE pratiquent l'endoscopie digestive**, 24% l'échographie, 10% la CPRE et l'écho-endoscopie, et 4% la proctologie instrumentale.

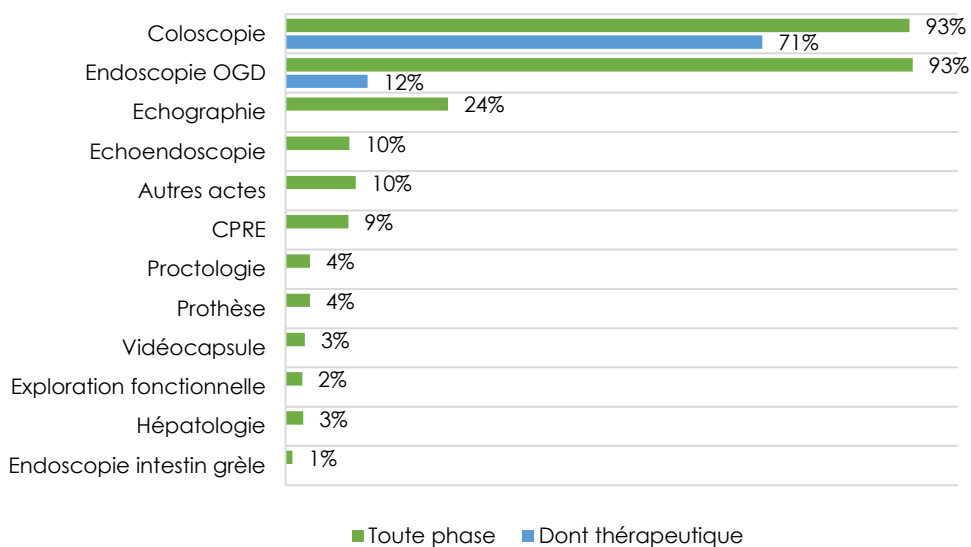


Figure 18 : Répartition de l'activité des HGE exerçant en libéral en termes d'acte en 2016

Prescriptions

Il n'est pas possible d'identifier les prescriptions hospitalières en dehors des médicaments sur la « liste en sus », c'est-à-dire prescrits pour un séjour dont le motif PMSI est digestif, remboursés à l'établissement par la caisse d'assurance maladie. Il est en revanche possible d'évaluer les prescriptions effectuées par les HGE libéraux.

Prescriptions « liste en sus »

Elles concernent essentiellement les chimiothérapies et les biothérapies qui sont en légère augmentation entre 2012 et 2016 (+14%, total de 269 000 séjours)

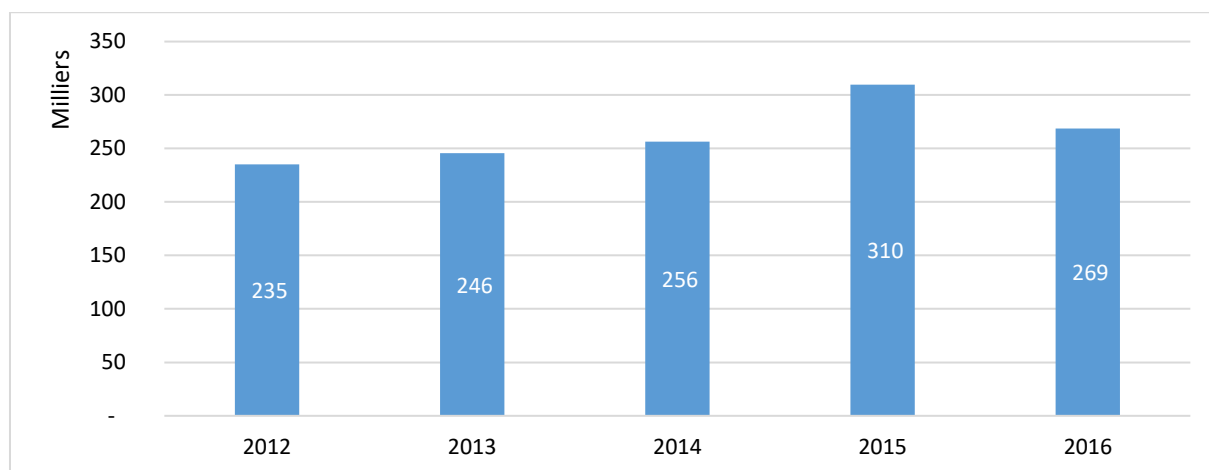


Figure 19 : Évolution du nombre de séjours « digestifs » avec délivrance de produit sur la liste en sus

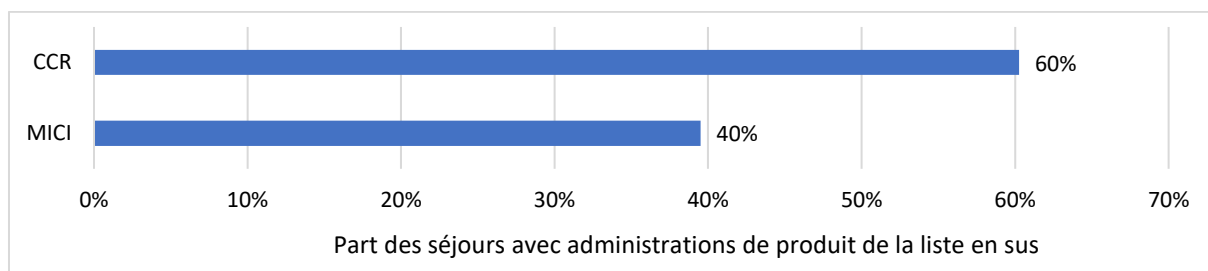


Figure 20 : Part des pathologies dans l'ensemble des séjours avec administrations liste en sus, en 2016

Tableau 6 : Prescription des traitements présents sur la liste en sus, en 2016

DCI	Nombre de patients	Nombre de séjours	Nombre de délivrances	Montant
Bevacizumab	10 908	89 274	305 713	236 629 065 €
Infliximab	19 807	105 445	139 413	201 550 925 €
Panitumumab	2 775	19 424	64 396	91 907 080 €
Cetuximab	3 349	27 079	38 944	48 107 271 €
Aflibercept	1 340	9 377	43 919	29 453 372 €
Ustekinumab	478	1 340	1 340	10 281 581 €
Trastuzumab	957	9 090	10 717	9 846 842 €
Adalimumab	2 105	3 732	3 923	4 226 014 €
Rituximab	191	383	670	695 498 €
Total	41 910	265 143	609 035	632 697 647 €

Rétrocession

En 2012, 112 000 remises de médicament en rétrocession chez des patients ayant une pathologie digestive, dont **60 000 environ dans le cadre des traitements de l'hépatite C** (pour 15 000 patients).

Prescriptions en ville

Les HGE représentent **6,7 millions de remboursements** pour des spécialités pharmaceutiques en 2016 pour **2 millions de patients**, stables depuis 2012.

Les biothérapies en ville représentent 2% des prescriptions. La majorité des prescriptions réalisées par les HGE portent sur les médicaments digestifs (65%) :

- A02 : MÉDICAMENTS DES TROUBLES DE L'ACIDITÉ
- A03 : MÉDICAMENTS DES DESORDRES FONCTIONNELS GASTRO-INTESTINAUX
- A04 : ANTIEMETIQUES ET ANTINAUSEUX
- A05 : THERAPEUTIQUE HEPATIQUE ET BILIAIRE
- A06 : MÉDICAMENTS DE LA CONSTIPATION
- A07 : ANTIDIARRHEIQUES, ANTIINFLAMMATOIRES ET ANTI-INFECTIEUX INTESTINAUX
- A08 : PRÉPARATIONS CONTRE L'OBESITE, PRODUITS DE REGIME EXCLUS
- A09 : MÉDICAMENTS DE LA DIGESTION, ENZYMES INCLUSES
- A16 : AUTRES MÉDICAMENTS DES VOIES DIGESTIVES ET DU METABOLISME



COÛT MEDICAUX DE LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES DIGESTIVES L'impact financier des pathologies digestives est évalué à presque **6 milliards d'Euros** pour l'année 2016, en augmentation de 1,2 milliards par rapport à 2012. Cette augmentation est principalement liée au coût des traitements de l'hépatite C (950 millions en 2015, 650 millions en 2016). Tous les postes augmentent à l'exception des prescriptions de ville, en grande partie en raison du transfert des prescriptions des traitements de l'hépatite C vers la rétrocession.

Tableau 7 : Évolution des postes de coût

Poste de cout	2012	2013	2014	2015	2016
Séjour complet	2 295 025 773 €	2 322 111 820 €	2 531 742 046 €	2 365 592 706 €	2 406 886 932 €
HDJ	1 335 715 526 €	1 394 549 609 €	2 341 600 486 €	1 481 891 079 €	1 597 149 092 €
Consultation (4%)	71 710 336 €	133 808 162 €	142 044 589 €	152 791 476 €	166 030 991 €
Actes (2%)	68 271 552 €	96 161 705 €	96 078 386 €	91 291 191 €	78 492 037 €
Liste en sus	544 871 828 €	589 594 707 €	652 752 892 €	674 656 946 €	642 065 049 €
Rétrocession	60 656 565 €	13 968 104 €	516 985 179 €	955 127 660 €	659 210 282 €
Dont hépatite C	56 282 092 €	9 367 720 €	511 090 095 €	949 137 879 €	648 978 714 €
Ville	342 537 679 €	332 198 080 €	253 003 447 €	299 604 734 €	324 739 604 €
Dont hépatite C	55 094 758 €	58 132 467 €	17 683 368 €	5 656 136 €	1 132 911 €
Total	4 718 789 259 €	4 882 392 187 €	6 534 207 024 €	6 020 955 792 €	5 874 573 989 €

Le graphique ci-dessous présente la répartition des dépenses de remboursements liées aux pathologies digestives. L'hospitalisation représente le poste principal, suivi des médicaments. Les consultations et actes externes ne représentent que 6% des dépenses lié aux HGE.

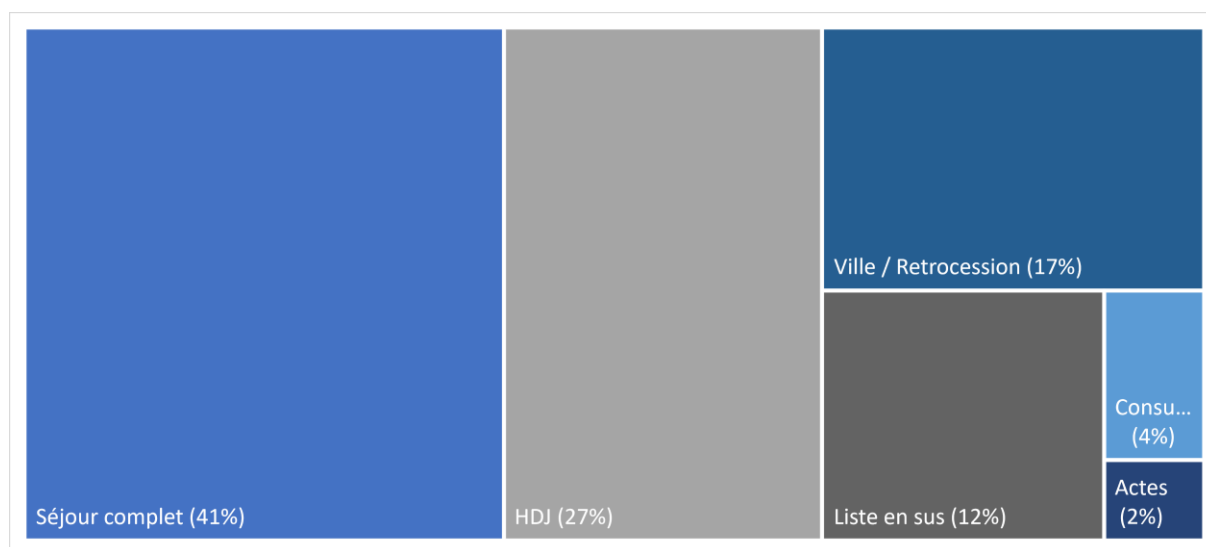


Figure 21 : Répartition des dépenses en lien avec les HGE, en 2016

La figure suivante présente le détail des dépenses par pathologies. Les cancers digestifs représentent le premier poste de dépenses suivi des hépatites chroniques puis des autres maladies digestives.

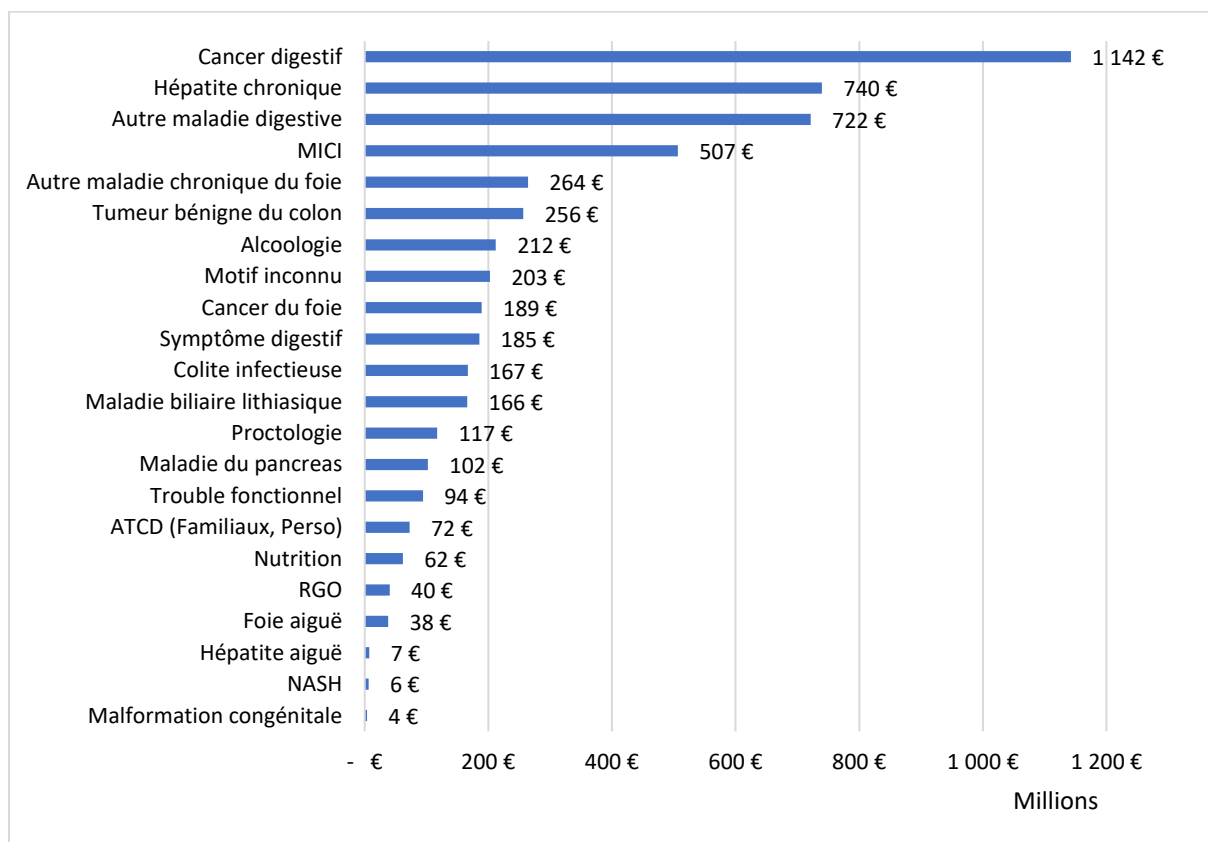


Figure 22 : Répartition par pathologie des dépenses en lien avec les HGE en 2016

FOCUS SUR LE CANCER COLORECTAL

Le cancer colorectal est un enjeu majeur de santé publique et au cœur des préoccupations de notre discipline.

Prévalence et incidence

Au total, le nombre de patients avec un cancer colorectal en 2016 est estimé à environ 277 000 cas, dont environ 122000 sont des cancers actifs. Le cancer colorectal représente un tiers (27%) des pathologies chroniques, et 80% d'entre eux font l'objet d'une ALD.

L'incidence en 2016 est estimée à 49 500 cas, dont 67% font l'objet d'une ALD.

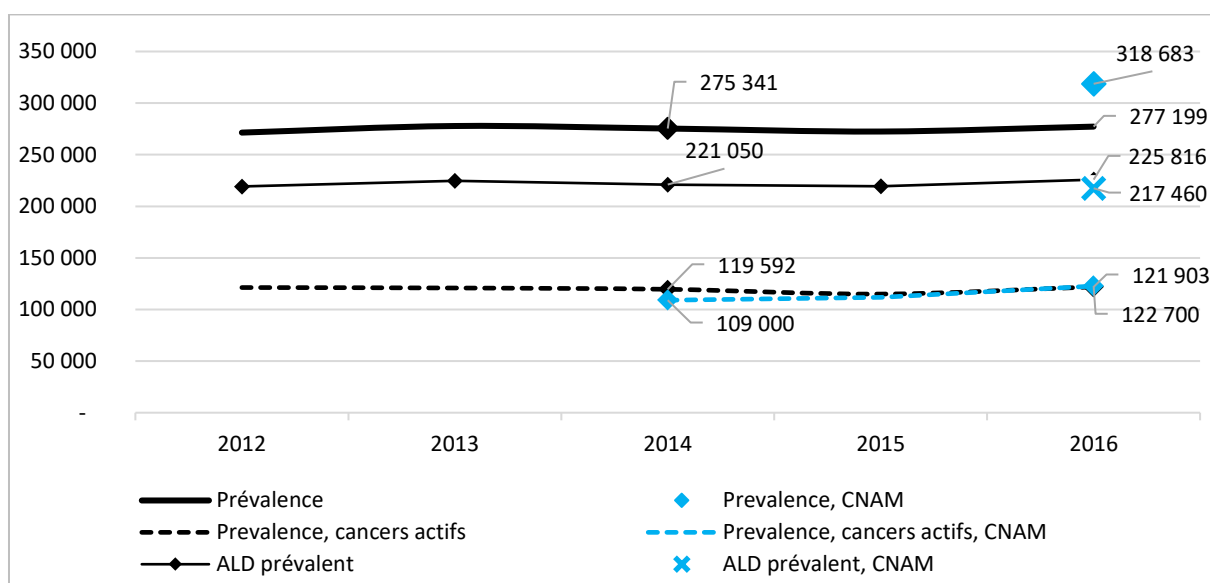


Figure 23 : Evolution de la prévalence du cancer colorectal

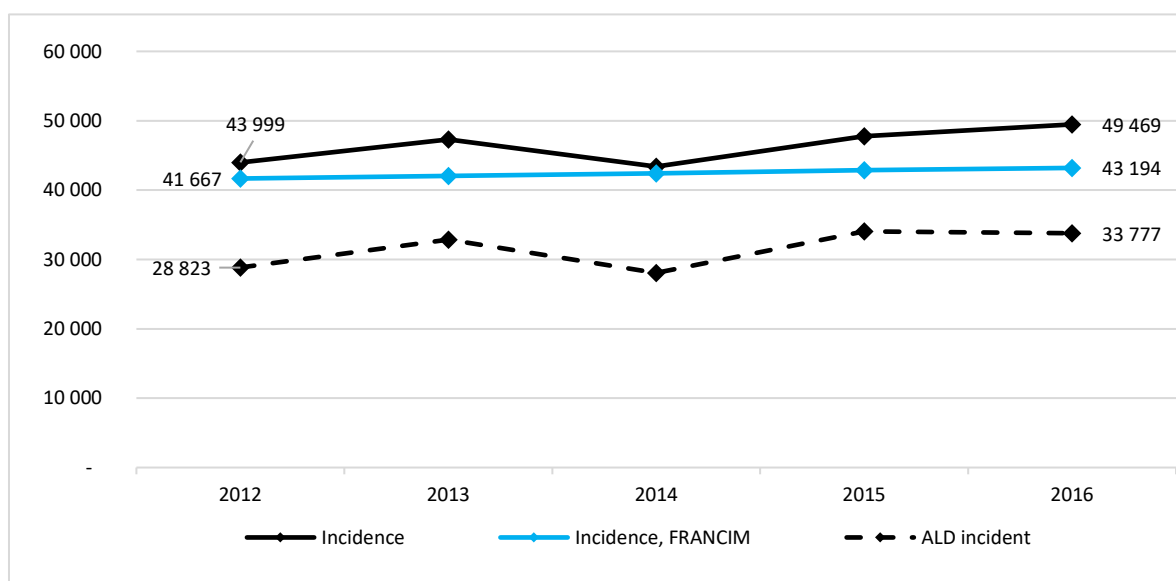


Figure 24 : Evolution de l'incidence du cancer colorectal

Les projections permettent d'estimer une progression de 1% et de 17% pour la prévalence et l'incidence respectivement entre 2016 et 2024.

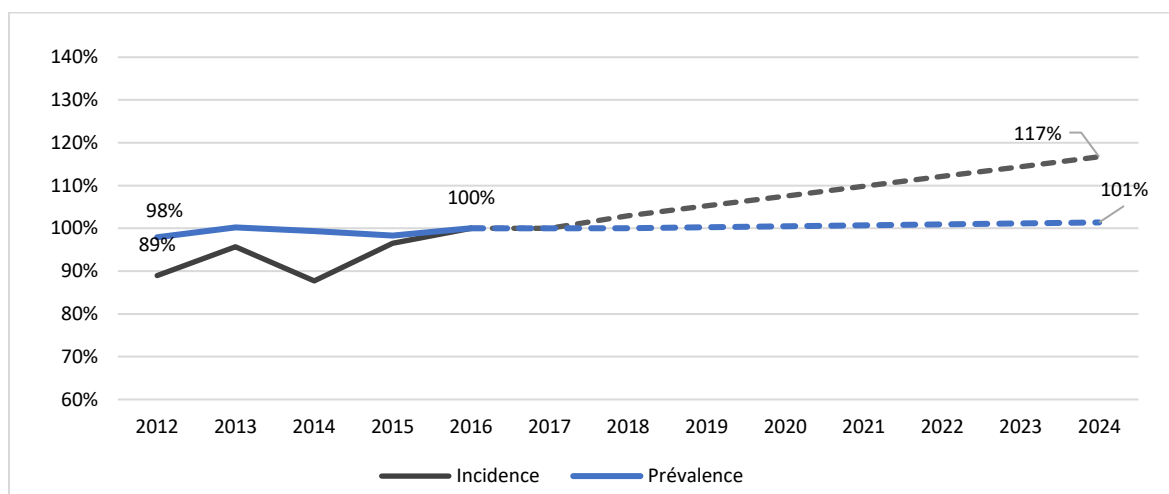


Figure 25 : Evolution de la prévalence et de l'incidence des tumeurs malignes du côlon et du rectum

Journées d'hospitalisation et séjours

Il y a eu 2 millions de journées d'hospitalisation en 2016 dans cette population.

Il y a eu environ 150 000 séjours d'hospitalisation complète en 2016 pour les patients avec cancer colorectal, dont 93 000 dans le public. **Le nombre de séjours a presque doublé par rapport à 2014.**

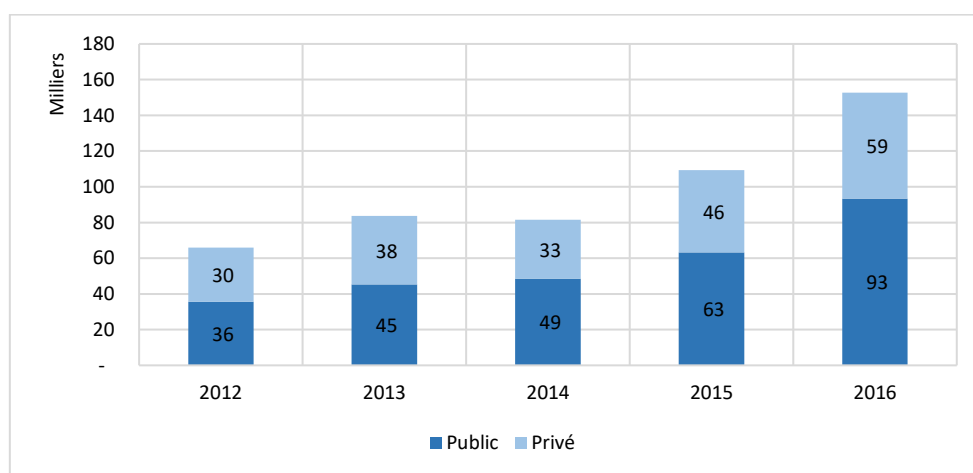


Figure 26 : Évolution du nombre d'hospitalisations complètes, par secteur

Il y a eu environ 470 000 séjours d'hospitalisation de jour en 2016 pour les patients avec cancer colorectal, dont 300 000 dans le public. De la même façon que les hospitalisations

complètes, le nombre à presque doublé par rapport à 2014. Cette augmentation est principalement liée à l'augmentation des hospitalisations en séance pour chimiothérapie

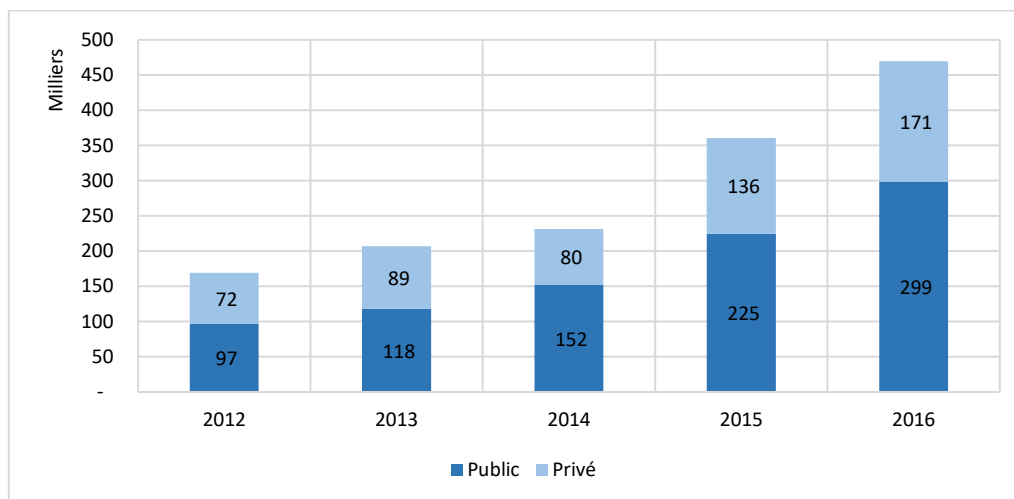


Figure 27 : Évolution du nombre d'hospitalisations de jour, par secteur

Motifs des séjours

Les interventions majeures (chirurgie colorectale) représentent 16% des séjours d'hospitalisation complète, suivi des séjours de très courte durée pour chimiothérapie pour autre tumeur groupe qui représentent 7%.

Les chimiothérapies pour tumeur en séance représentent 66% des hospitalisations de jour, suivi des endoscopies de diagnostic (12%).

Actes

En 2016, il y a eu 87 000 actes réalisés en hospitalisation complète autant qu'en hospitalisation de jour chez des patients avec cancer colorectal. La tendance est à une augmentation du nombre d'actes pour les deux types d'hospitalisation.

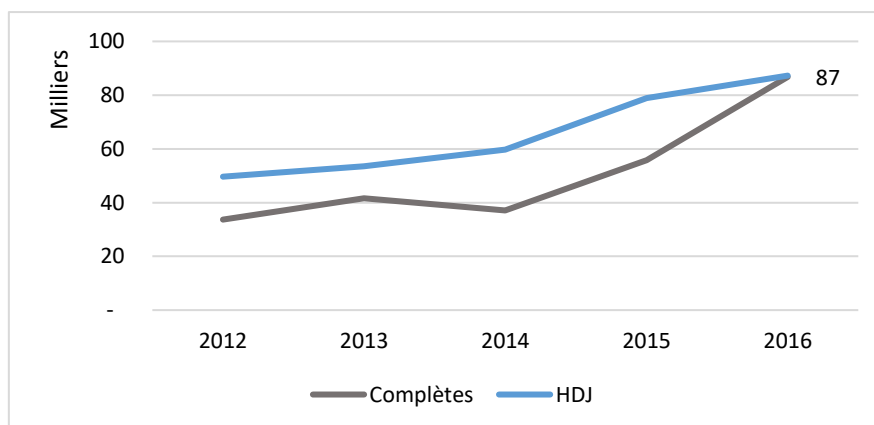


Figure 28 : Évolution des actes réalisés à l'hôpital en 2016, par type d'hospitalisation

Les actes sont essentiellement des endoscopies diagnostiques :

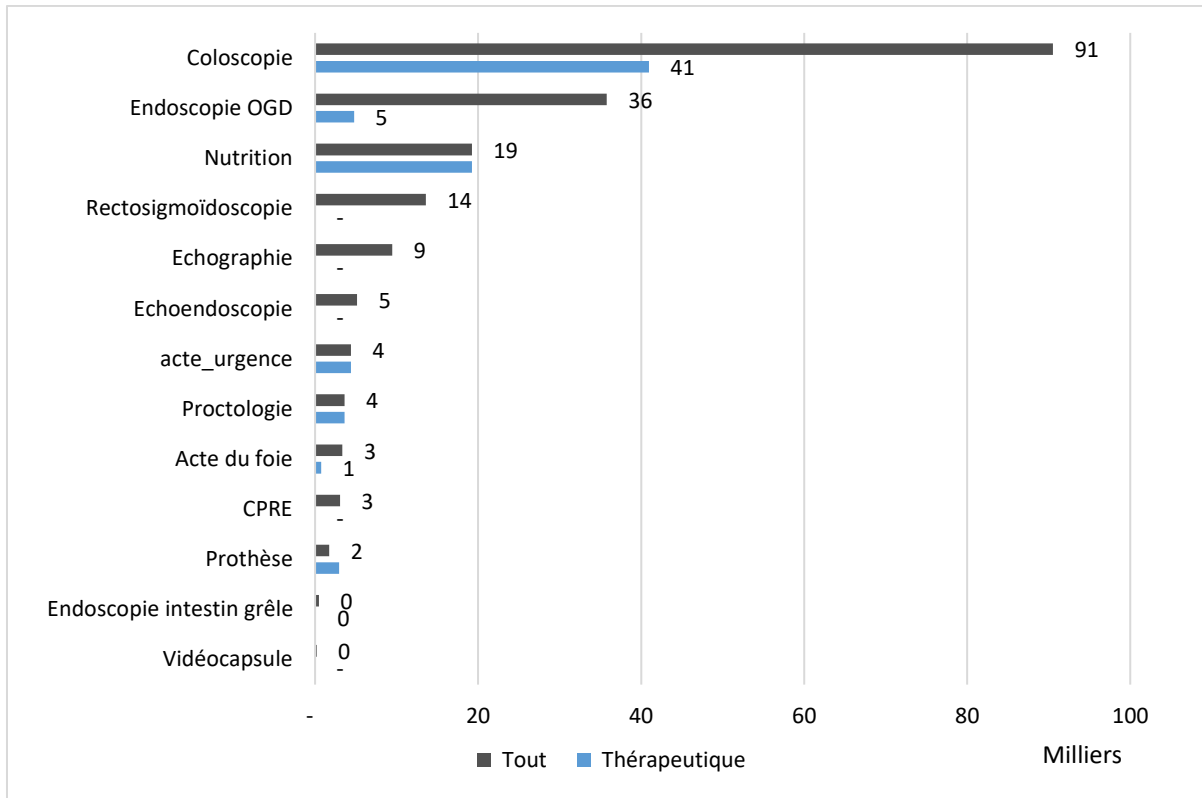


Figure 29 : Répartition des actes réalisés à l'hôpital en 2016, par phase

Prescriptions

En 2016, il y a eu 160 séjours avec administrations de médicaments de la liste en sus pour CCR en légère augmentation par rapport à 2012. Ces séjours représentent 60% des séjours toutes pathologies confondues.

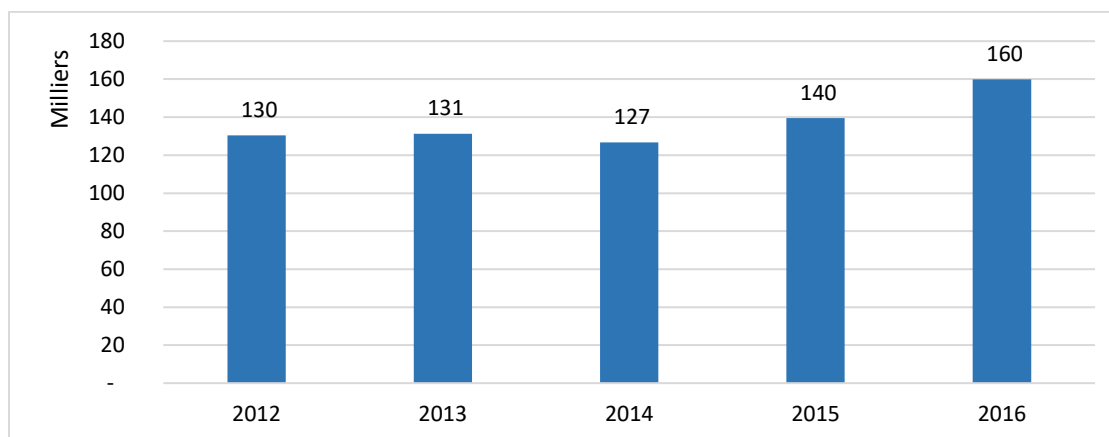


Figure 30 : Évolution du nombre de séjours « digestifs » avec délivrance de produit sur la liste en sus

Le tableau suivant donne le détail des DCI et le coût total pour l'assurance maladie. Au total, les médicaments de la liste en sus pour les séjours « digestifs » représentent environ 430 millions d'euros en 2016.

Tableau 8 : Prescription des traitements présents sur la liste en sus, en 2016

DCI	Nombre de patients	Nombre de séjours	Nombre de délivrances	Montant
Bevacizumab	7 942	70 711	270 788	216 203 247 €
Panitumumab	1 914	15 884	59 229	86 956 590 €
Aflibercept	4 402	29 949	67 458	48 074 727 €
Cetuximab	2 583	23 156	33 107	45 548 379 €
Infliximab	2 296	10 621	13 109	18 908 238 €
Trastuzumab	574	6 794	7 655	7 361 895 €
Rituximab	478	2 583	3 636	3 025 890 €
Adalimumab	765	3 158	5 454	2 802 467 €
Total	20 955	162 856	460 436	428 881 433 €

ETABLISSEMENTS DE SANTE ET DEMOGRAPHIE DES HEPATO-GASTROENTEROLOGUES

Etablissements de santé

La figure suivante présente le nombre d'établissements avec une activité HGE.

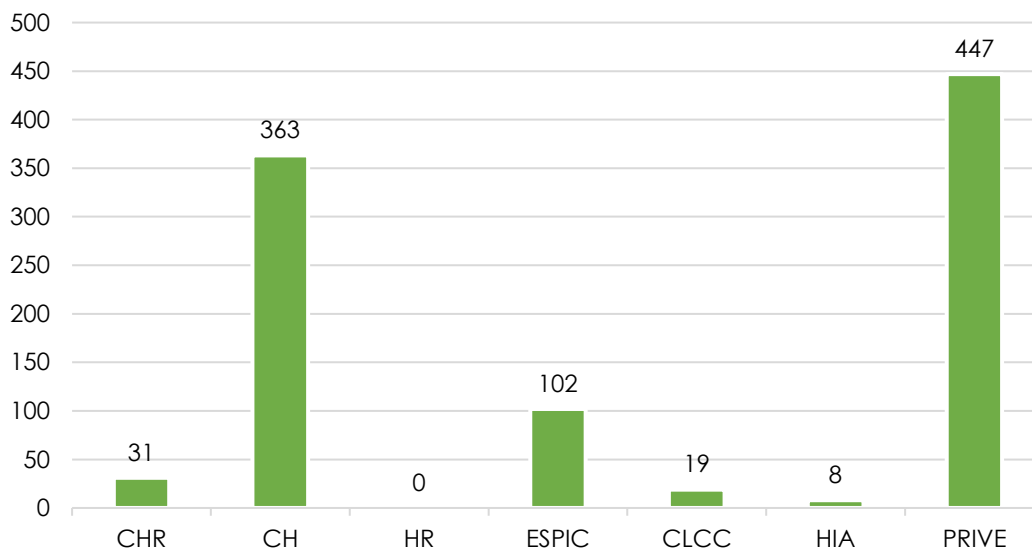


Figure 31 : Répartition des établissements avec une activité de HGE

La moitié des séjours « digestifs » a lieu dans des CH (46% et 45% respectivement des séjours complets et HDJ), et un quart dans les CHR/CHU.

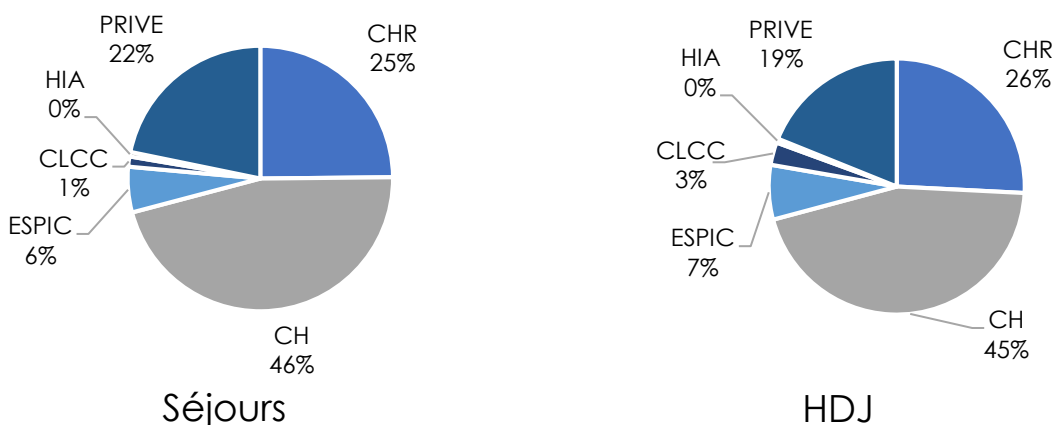


Figure 32 : Répartition du nombre de séjours complets et HDJ par type d'établissement, en 2016

Démographie

Les données concernent l'année 2018. Elles ont été obtenues auprès de la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) qui est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux.

La figure suivante présente la pyramide des âges des HGE en 2013 et 2018.

3 900 HGE ont été recensés par la DRESS avec une moyenne d'âge de 50,5 ans.

Environ 10% ont plus de 65 ans, 26% ont plus de 60 ans et 44% ont plus de 55 ans

La féminisation de la profession médicale se confirme chez les HGE principalement chez les plus jeunes puisque les femmes sont majoritaires chez les moins de 45 ans. Elles sont 2 fois plus nombreuses que les hommes chez les moins de 35 ans. Ces tendances sont identiques à celles observées dans la profession médicale en général.

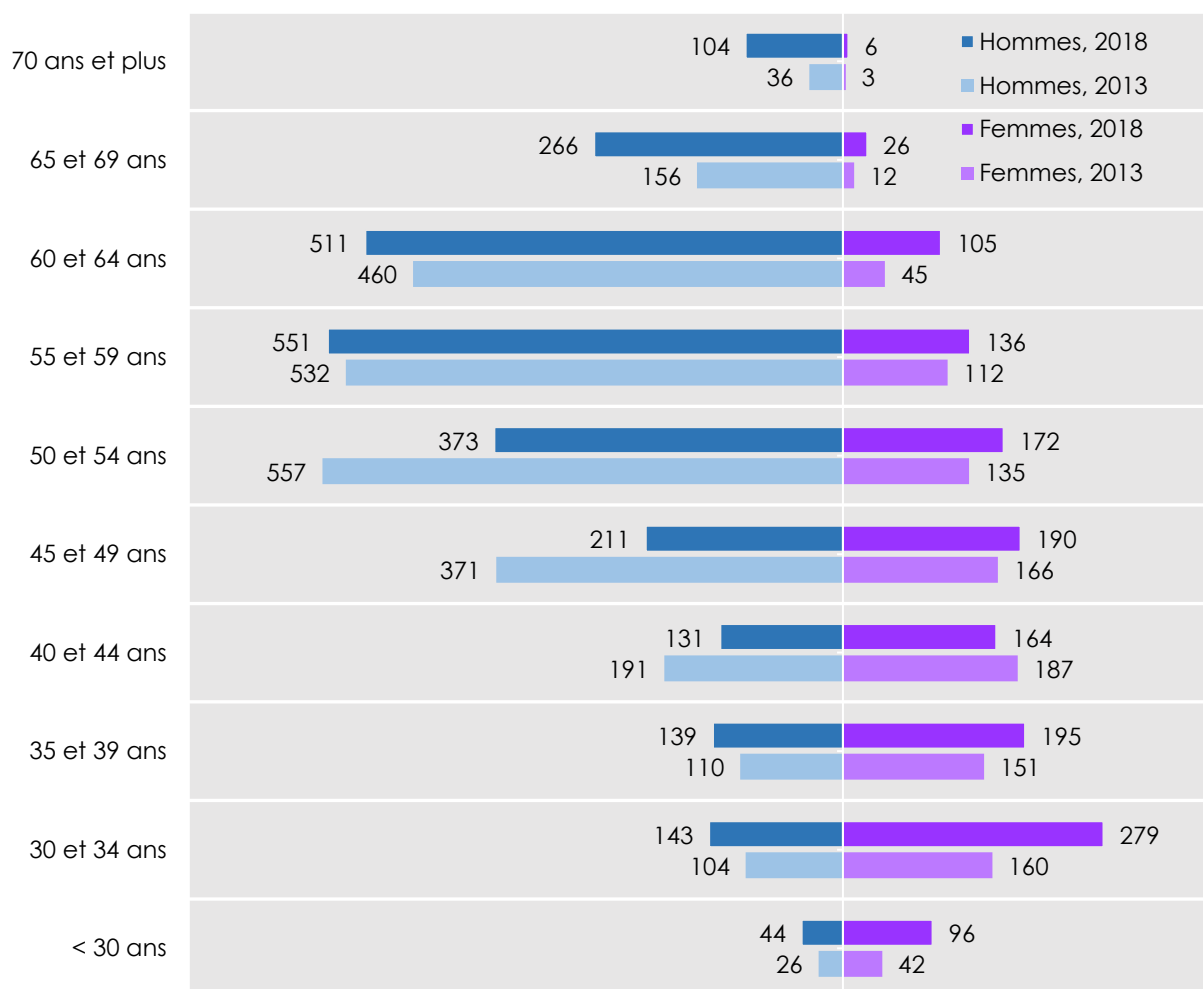


Figure 33 : Pyramides des âges, comparaison 2013 et 2018 (DREES)

La figure suivante présente le mode d'exercice des HGE et son évolution entre 2013 et 2018.

Environ 40% ont une activité salariée, hospitalière publique ou privée à but non lucratif. Un tiers a une activité libérale exclusive et 21% une activité mixte. On observe plus de femmes parmi les HGE salariés, sans modification de tendance entre 2013 et 2018.

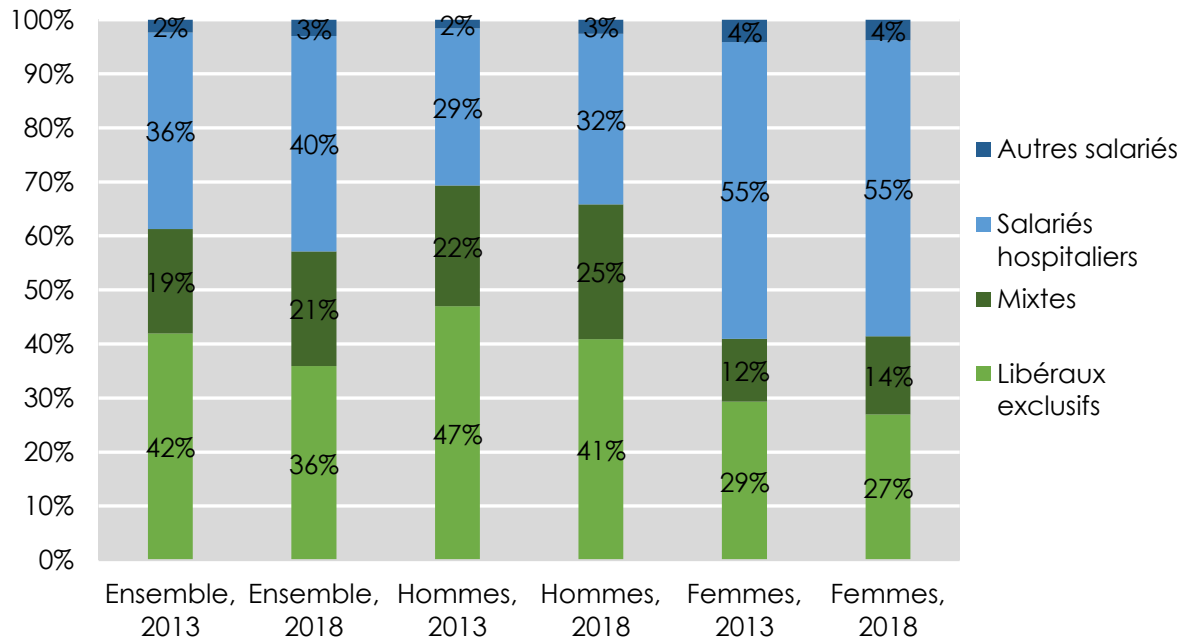


Figure 34 : Évolution du mode d'exercice, 2013-2018 (DRESS)

La figure suivante montre une grande variation de la densité des HGE allant de 1 à 10 en fonction des départements. 56% des hommes et 65% des femmes travaillent à Paris ou dans des villes de plus de 200 000 habitants.

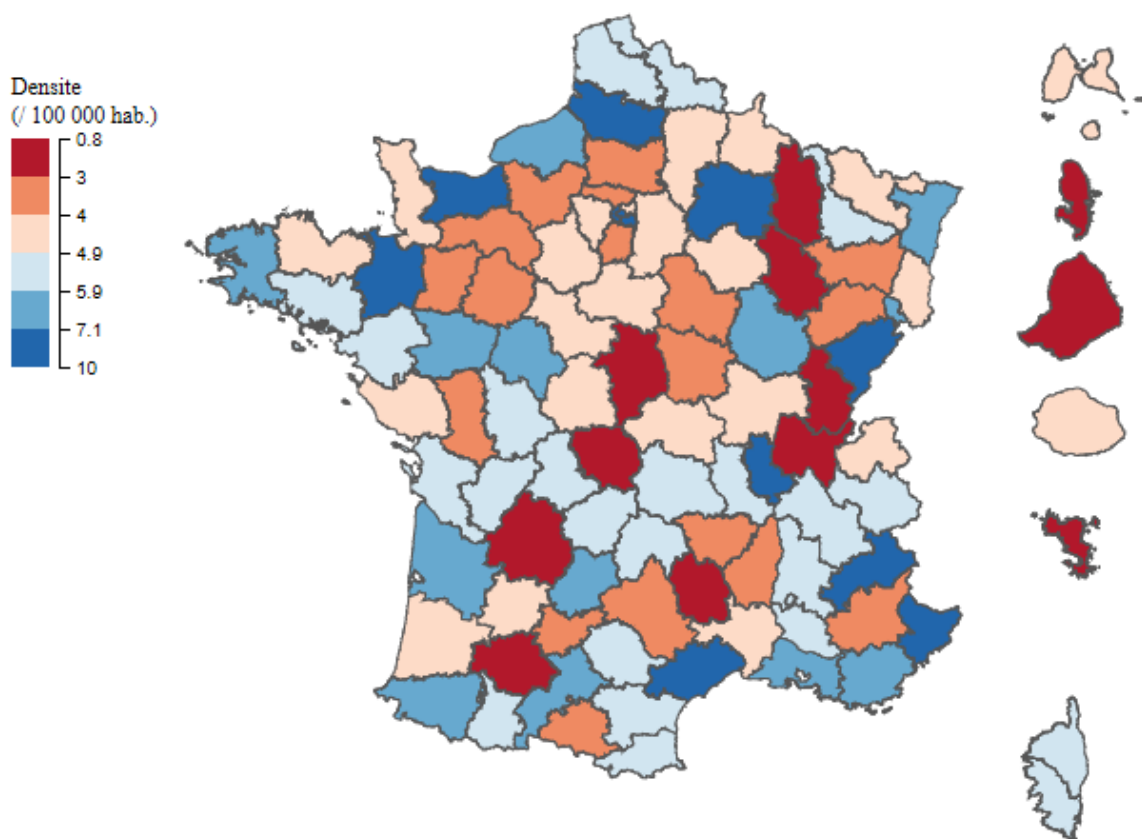


Figure 35 : Densité de HGE, en 2018 (pour 1000 000 hab) [DRESS]

La figure suivante présente l'évolution attendue du nombre d'HGE, en faisant l'hypothèse d'un nombre de nouveaux entrants stable sur la période. Cette extrapolation permet d'estimer une augmentation de 5% des HGE entre 2018 et 2028, soit 0,5% par an. Cette extrapolation risque d'être modifiée dans le futur en raison de la fin du numérus clausus et les réformes de l'internat toutefois, elle devrait rester suffisante pour les 6 années à venir en raison de la durée de formation des HGE. En revanche, compte tenu de la pyramide des âges, si le taux de renouvellement restait identique, il est probable que le nombre des HGE soit en diminution au-delà de 2028.

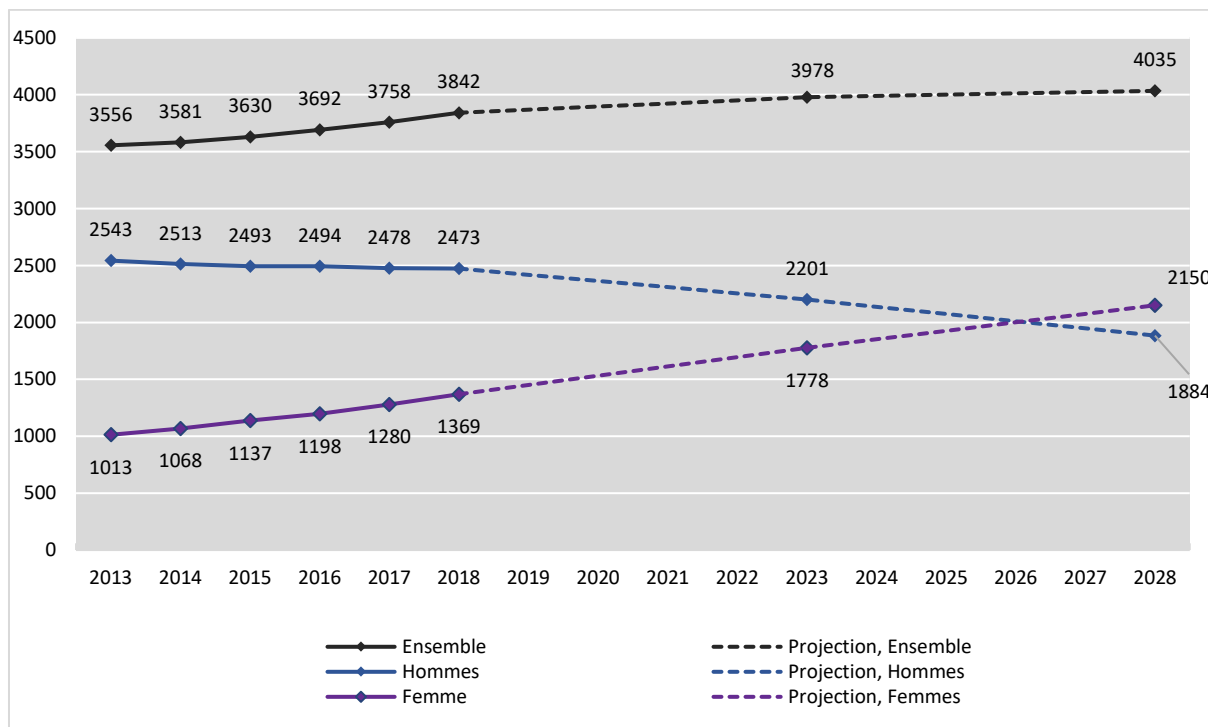


Figure 36 : Projection du nombre d'HGE sur la période 2013-2028 à partir des tendances observées entre 2013 et 2018

RESULTATS DE L'ENQUETE REALISEE AUPRES DE 1 065 HEPATO-GASTROENTEROLOGUES

Une enquête en ligne a été effectuée auprès des HGE entre février et mai 2019. Les résultats obtenus sont déclaratifs.

Profil des répondants

1 065 médecins HGE ont répondu à l'enquête, dont la majorité (61,6%) sont des hommes, avec un âge moyen d'environ 48 ans. Les médecins sondés exercent majoritairement une activité libérale (37,8%) ou un temps plein hospitalier sans activité libérale (26,5%) et dans une moindre mesure une activité mixte (12,4%). Les médecins conventionnés de secteur 1 représentent 32,9% de l'échantillon total, les salariés exclusifs représentant quant à eux 36,3% de l'ensemble. L'échantillon est donc représentatif de la démographie nationale.

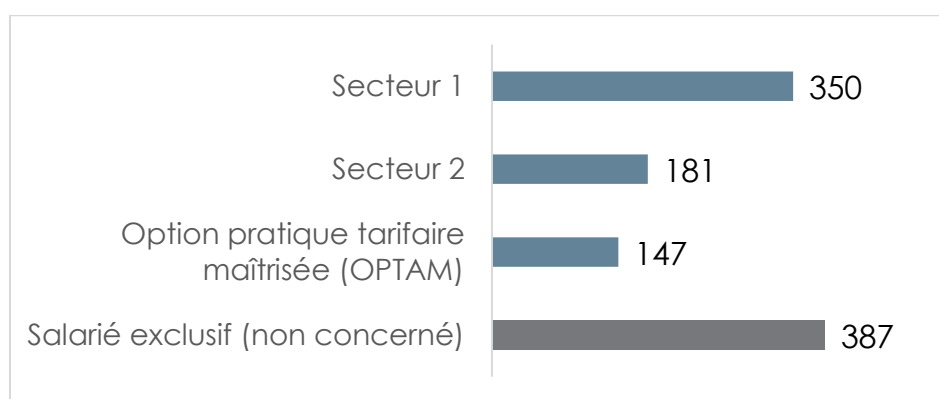


Figure 37 : Répartition des répondants à l'enquête selon leur convention

Vie institutionnelle

Majoritairement, les répondants à l'enquête adhèrent à la **SNFGE (62,5%)** et dans une moindre mesure à la **SFED (36%)**. Ils sont **15%** à n'adhérer à **aucune société savante**.

Les médecins sont près de **41%** à être membres d'une **CME**.

41% sont membres d'un **réseau de cancérologie** et plus de **15%** d'un **réseau hépatite**.

Presque **70%** des médecins déclarent participer à des **actions DPC**, parmi eux, la **moitié** participent à des **RMM** et **46%** à des **EPP**.

39,2% des médecins déclarent exercer une **activité de recherche clinique**.

Activités

Les médecins travaillent en moyenne un peu plus de **9 demi-journées par semaine** (9,4 pour les hommes et 9,2 pour les femmes), représentant un peu plus de 50 heures par semaine en moyenne.

Plus de 90% des médecins indiquent pratiquer de la **gastro-entérologie générale**, **70%** de **l'hépatologie**, **60%** de la **proctologie** et **60%** de **l'oncologie digestive**.

En ce qui concerne les actes, 93,6% des médecins font de l'endoscopie et ce, environ 3 demi-journées par semaine en moyenne.

94% des médecins pratiquent des actes de gastroscopie et 94% des actes de coloscopie, représentant en moyenne respectivement **42 et 49 actes par mois** (ces chiffres sont cohérents avec ceux obtenus à partir des données de l'EGB). On notera que 13% font de l'exploration fonctionnelle, 10% de la proctologie chirurgicale, 32% de l'échographie, 6% des dissections sous muqueuses.

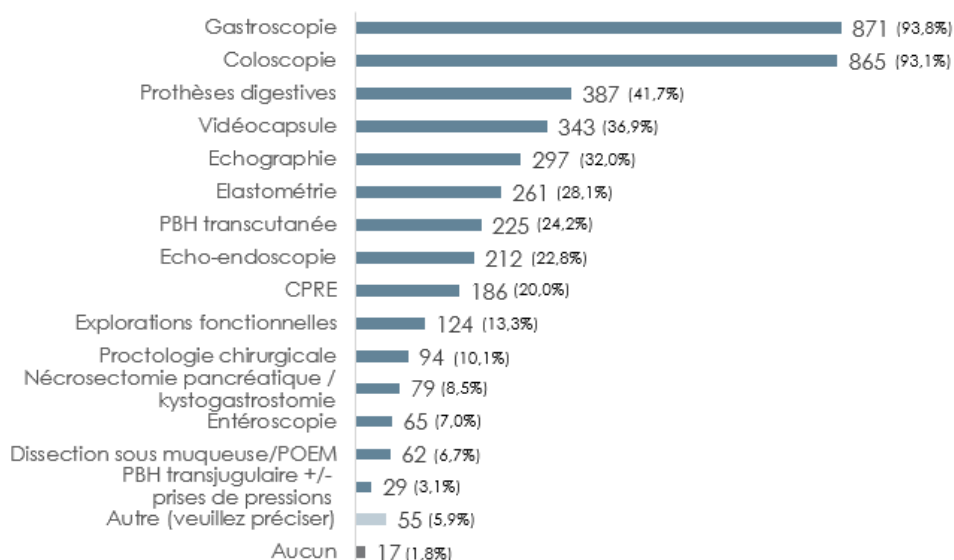


Figure 38 : Pratique des actes par mois

Les **prescriptions et initiations de biothérapie pour MICI** sont les spécificités de pratique les plus réalisées par les médecins (respectivement **82%** et **près de 80%**).

32% des médecins sont titulaires d'un **DESC d'oncologie** ou d'une **compétence en cancérologie digestive**.

Près de 90 % des médecins participent en moyenne à **3 ou 4 RCP chaque mois** : **82%** pour des **RCP d'oncologie** et près de **30%** pour des **RCP de MICI**.

En moyenne, les médecins réalisent près de **134 consultations par mois**, d'une **durée moyenne d'environ 22 minutes**.

Le **délai moyen** pour obtenir une consultation est de **55 jours**, près de **11%** déclarant un **délai moyen supérieur à 4 mois**.

Pour réaliser une **coloscopie de surveillance**, le **délai moyen d'attente des patients** s'établit à presque **44 jours**.

Plus de 75 % des médecins prennent des **astreintes**, mais ils ne sont qu'un peu plus de 10% à prendre des **gardes** et 20% à n'en prendre **aucune**.

Démarche qualité

36% des médecins sont **impliqués** dans un **groupe de travail sur la démarche qualité** au sein de leur structure principale, près de 35% d'entre eux ont entre **50 et 60 ans**.

64% des médecins exercent dans une **structure principale** qui dispose d'une **accréditation d'équipe validée par la HAS** vis-à-vis de la **démarche qualité**.

ETP

19% des médecins sont **impliqués** dans un **groupe d'éducation thérapeutique** au sein de leur structure principale, dont près de 40% ont un exercice à **temps plein hospitalier**.

Revenus

Plus de 40% des médecins ont un revenu net mensuel moyen avant impôts **supérieur à 7 500 €**, tandis qu'un **quart** gagne **moins de 4 500 €** nets par mois (essentiellement les plus jeunes, encore à l'hôpital pour la plupart)

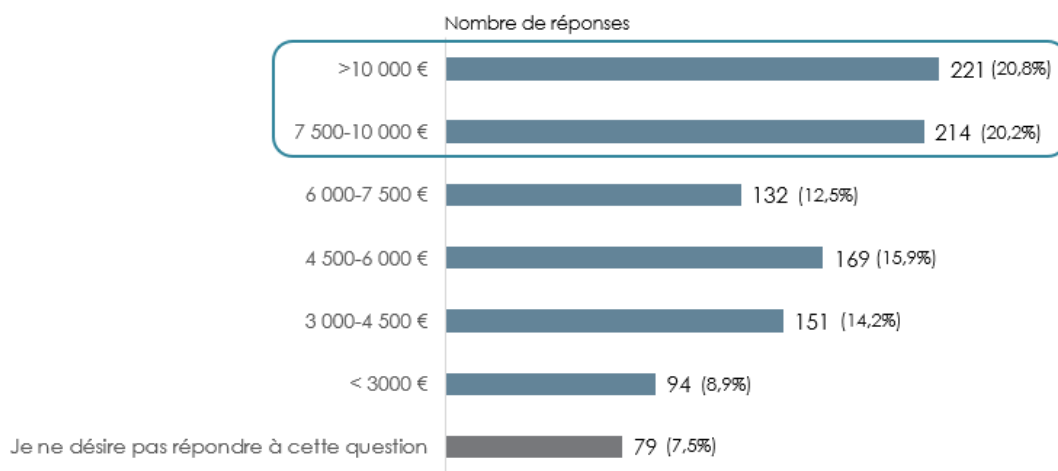


Figure 39 : Répartition des répondants à l'enquête selon leur rémunération nette mensuelle

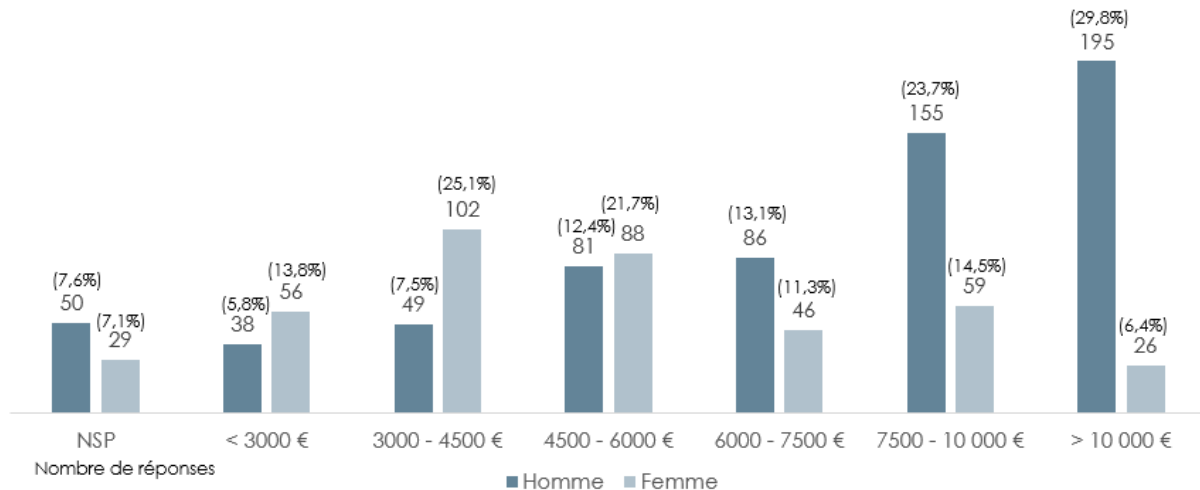


Figure 40 : Répartition des répondants à l'enquête selon leur sexe et leur rémunération nette mensuelle

CONCLUSIONS

Les pathologies digestives chroniques graves : des projections inquiétantes

Ce travail démontre le poids des pathologies digestives qui concernent plus de 5 millions de français, dont 1 million sont atteints de pathologies chroniques graves, principalement les cancers digestifs (44%), les pathologies hépatiques (26%) et les MICI (22%), à l'origine de plus de 700 000 ALD. Les projections suggèrent une augmentation de 40%, 23% et 8% respectivement pour les pathologies en lien avec la nutrition, les MICI et les cancers digestifs. L'impact financier de ces pathologies chroniques graves est majeur : sur les 6 milliards d'euros que coutent ces pathologies à l'assurance maladie, les cancers digestifs comptent pour 1,1 milliard, les maladies du foie (dont l'hépatite C) pour 1 milliard, et les MICI pour 500 millions. Pour les maladies du foie, si à terme le problème de l'hépatite C sera en grande partie résolu, celui des hépatopathies métaboliques deviendra un vrai défi pour les HGE compte tenu de l'épidémiologie de l'obésité et du syndrome métabolique en France. Ces pathologies hépatiques n'apparaissent pas encore dans les données obtenues car elles ne sont que rarement identifiées en tant que telles.

Une grande proportion de patients pris en charge sans cause identifiable

Pour les 4 millions de patients restants, identifiés par une hospitalisation, un acte ou une consultation de spécialiste, il n'a pas été possible de définir avec précision la pathologie en cause chez une grande majorité pour des raisons d'ordre méthodologique, soit parce que les séjours n'ont pas été codés avec précision, soit parce qu'il s'agissait d'actes « isolés » ou de consultations externes par un HGE dont il n'est pas possible d'identifier le motif. C'est parmi ces patients que l'on retrouvera ceux avec symptômes digestifs divers, pathologies fonctionnelles digestives, reflux gastro-œsophagien, anomalies du bilan hépatique non étiquetées, etc. Bien sûr, le poids des pathologies digestives vues uniquement hors du champ

de l'HGE (médecine générale, autre spécialités) ne peut apparaître dans ce travail, et il est probablement très important en volume.

Les pathologies digestives : un des motifs d'hospitalisation les plus fréquents

Avec 1,1 million d'hospitalisations complètes (9% de l'ensemble des séjours) et 2,7 millions de séjour « 0 nuit » (HDJ/ambulatoire) (16% de l'ensemble des séjours), les pathologies digestives représentent un des motifs les plus fréquents de recours à l'hospitalisation. Si les hospitalisations complètes sont restées stables entre 2012 et 2106, l'augmentation a été forte (4% chaque année) pour l'hospitalisation de jour qui est portée par l'endoscopie ambulatoire (majoritairement dans le privé), et les chimiothérapies/biothérapies (majoritairement dans le public). Ces évolutions témoignent clairement d'une évolution des prises en charge médicales en particulier dans le domaine du cancer et des MICI qui comptent certainement pour beaucoup dans l'augmentation de 63% entre 2012 et 2016 des prescriptions de traitements de la « liste en sus » associés à des séjours hospitaliers. Le développement de nouveaux traitements (immunothérapie des cancers, biothérapies sous-cutanées et orales dans les MICI) peut laisser entrevoir d'autres évolutions dans les années à venir. Ces structures étant très consommatrices de ressources humaines médicales, et compte tenu de la démographie médicale annoncée, il est probablement utile que les équipes développent à court/moyen terme des alternatives à la prise en charge exclusivement médicale de ces pathologies en s'appuyant sur les nouvelles dispositions réglementaires concernant les infirmières en pratique avancée. En hépato-gastroentérologie, ces dispositions ne concernent actuellement que l'oncologie, mais il est important que la profession milite pour étendre ce dispositif à d'autres pathologies digestives telles que les MICI ou l'hépatologie voire l'endoscopie.

L'endoscopie : le cœur du métier des hépato-gastroentérologues

Les 93% des HGE qui pratiquent l'endoscopie ont réalisé 1,4 millions de gastroscopies et 1,4 millions de coloscopies dont 40% thérapeutiques, essentiellement des polypectomies. Ces coloscopies ont un rôle majeur dans la prévention et le dépistage des cancers colorectaux, 2^{ème} cause de cancer tous sexes confondus. Il est donc essentiel, compte tenu de la démographie médicale et de la désertification de certains départements, de maintenir un niveau acceptable d'accès aux soins (à la coloscopie) sur tout le territoire pour répondre aux exigences de santé publique (campagne de dépistage du CCR).

Le cancer colorectal : une forte augmentation des hospitalisations

Le cancer colorectal est un enjeu majeur de santé publique. Les chiffres obtenus montrent que le nombre de patients avec un cancer colorectal en 2016 est estimé à environ 318 000 cas, dont environ 150 000 sont des cancers actifs. L'incidence en 2016 est estimée à 65 640 cas. Les projections permettent d'estimer une progression de 3% et de 26% pour la prévalence et l'incidence respectivement entre 2016 et 2024. Il est difficile d'évaluer l'impact éventuel de la campagne de dépistage avec le test immunologique fécal (avril 2015) pour expliquer cette augmentation. Surtout les chiffres d'hospitalisation montrent que les hospitalisations ont

doublé entre 2014 et 2016, tant les hospitalisations complètes que les hospitalisations de jour (portées essentiellement par les séances de chimiothérapie) qui traduisent des évolutions importantes dans la prise en charge de ce cancer. Ces chiffres montrent que l'hépatogastroentérologie et l'oncologie digestive doivent être soutenues (particulièrement en termes d'effectifs) pour répondre aux besoins de la population, tant pour le diagnostic que le traitement de ce cancer.

Une démographie pas catastrophique à court terme, très inquiétante à moyen terme

Les données démographiques montrent que l'hépatogastroentérologie suit les mêmes évolutions que la profession médicale dans son ensemble avec certes une féminisation croissante tout particulièrement dans les classes d'âge les plus jeunes (avant 45 ans) où les femmes deviennent majoritaires mais aussi, ce qui inquiète, un vieillissement de la population des HGE. En effet, 44% avaient plus de 55 ans en 2018, et seront probablement retraités ou proches de la retraite dans les 10 ans à venir. Si les prévisions à moyen terme (6 ans) sont plutôt rassurantes avec une augmentation de 1,5% des HGE en 2024, il est difficile de ne pas considérer que ce chiffre va fortement diminuer par la suite en raison du nombre de postes proposés par nos tutelles qui n'est probablement pas en mesure d'assurer un renouvellement satisfaisant de la population des HGE. Les enjeux sont majeurs, non seulement en termes de chiffres « bruts », mais aussi pour la répartition des HGE sur le territoire national pour répondre à la demande de soins de la population et aux enjeux de santé publique comme la campagne de dépistage du cancer colorectal. Déjà aujourd'hui, les « déserts gastroentérologiques » existent, et risquent de se multiplier dans les années à venir. La suppression du numérus clausus, la réforme des épreuves classantes nationales (ECN) et de l'internat, sont autant d'opportunités à saisir par la profession qui peut faire valoir ses arguments grâce aux données accumulées dans son Livre Blanc, afin d'obtenir une augmentation très significative du nombre d'hépatogastroentérologues en formation.

Rendre la spécialité encore plus attractive

L'hépatogastroentérologie ne figure pas dans le peloton de tête des spécialités choisies par les étudiants à l'issue des ECN (13ème sur 44 en 2019). Les raisons sont multiples, pas toujours justifiées, mais on peut citer (dans le désordre) la diversité des pathologies (qui peut effrayer), la charge de travail considérée comme importante par les jeunes médecins à l'hôpital, des rémunérations plus faibles que dans d'autres disciplines etc. La spécialité doit probablement travailler auprès des plus jeunes, en amont de l'ECN, pour promouvoir la profession. Cette démarche avait été initiée par le CNU il y a plusieurs années avec un certain succès, en insistant sur la diversité des pathologies, les aspects médico-techniques, une recherche dynamique. Les rémunérations ne doivent pas être un sujet tabou : 40% des HGE gagnent plus de 7 500 euros par mois, certes pas forcément en début de carrière. Les femmes et les plus jeunes, à l'hôpital (souvent les 3 critères sont associés) ont incontestablement des niveaux de revenus plus faibles. L'HGE est probablement moins rémunératrice que beaucoup de spécialités très prisées, mais ce n'est peut-être pas le principal motif de choix des étudiants :



si la première spécialité choisie est la chirurgie plastique, l'imagerie médicale n'arrive qu'en 10eme position dans le classement. Quoiqu'il en soit, la spécialité (et son syndicat) doit se mobiliser pour maintenir un niveau de rémunération qui la rende attractive.