

Contribution au plan stratégique médical 2020-2024

Assistance publique – Hôpitaux de Paris

Nom de la spécialité :

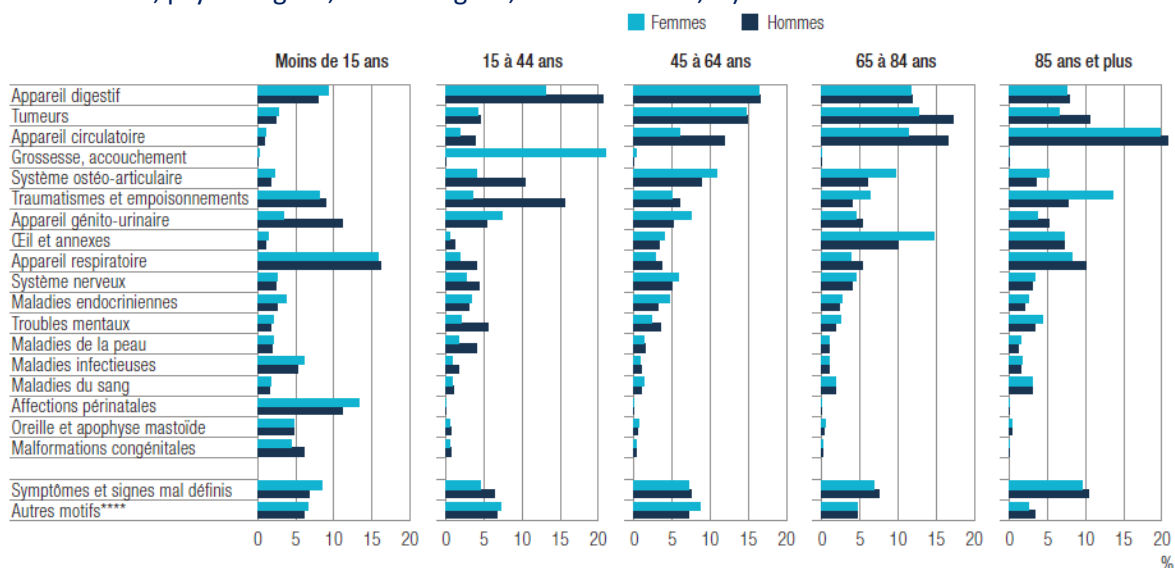
Hépatogastroentérologie (HGE)

Principaux rédacteurs :

Pr Aurélien AMIOT, Dr Anne BOURRIER, Pr Thomas APARICIO, Pr Nathalie GANNE-CARRIE, Dr Marika RUDLER, Dr Carmen STEFANESCU, pour la collégiale des HGE de l'AP-HP
 Pr Yoram BOUHNİK, Pr Stanislas CHAUSSADE, Pr Francois DURAND, Pr Philippe LEVY, Pr Iradj SOBHANI, Pr Ariane MALLAT, Pr Didier SAMUEL, Pr Franck CARBONNEL, Pr Dominique LAMARQUE, Pr Gabriel PERLEMUTER, Pr Robert BENAMOUZIG, Dr Hakim BECHEUR, Pr Stanislas POL, Pr Christophe CELLIER, Pr Laurent BEAUGERIE, Pr Philippe MARTEAU, Pr Olivier CHAZOUILLERES, Pr Benoit COFFIN, Pr Matthieu ALLEZ, Pr Dominique THABUT, Dr Xavier AMIOT, chefs de département d'HGE à l'AP-HP

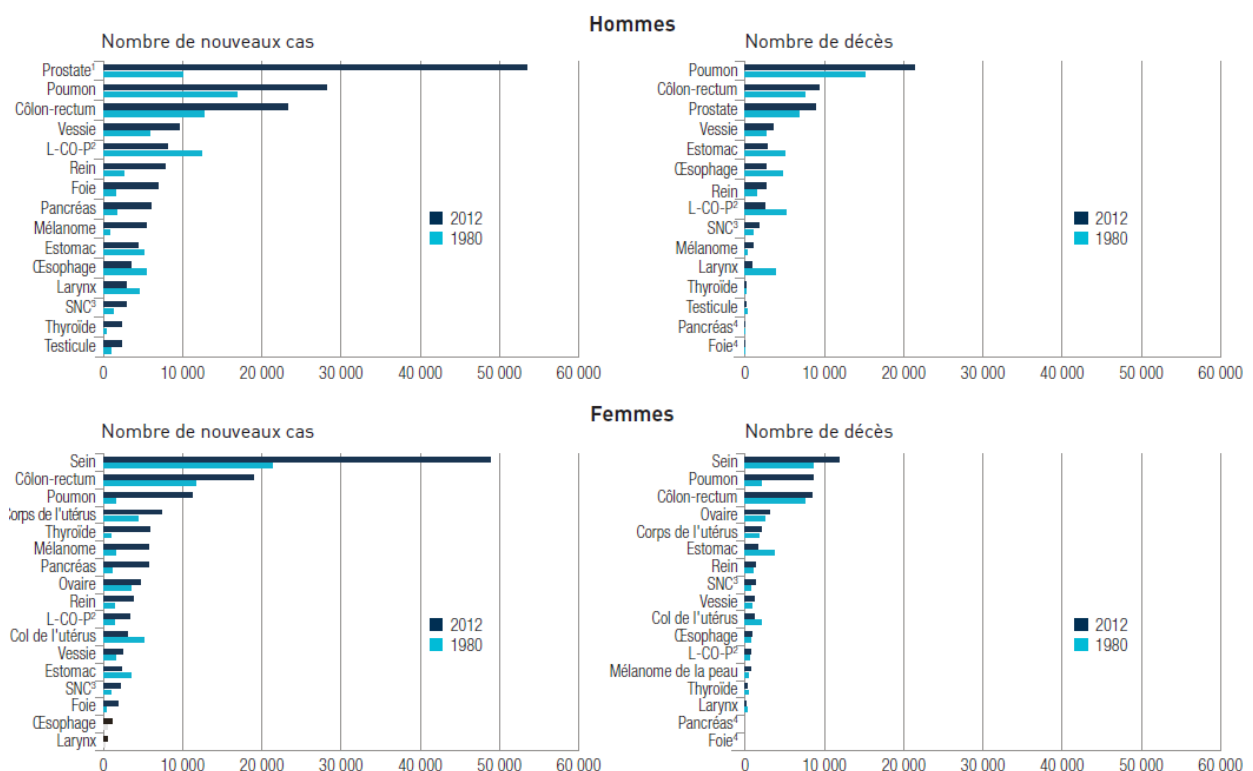
Q1. Contexte général de la spécialité

L'HGE est une spécialité médico-chirurgicale qui assure le diagnostic et la prise en charge des maladies de l'appareil digestif qu'elles soient tumorales ou non. Les maladies de l'appareil digestif recouvrent de nombreuses maladies comprenant les maladies tumorales (cancer, syndrome de prédisposition au cancer et lésions préneoplasiques), les maladies du foie et des voies biliaires (cirrhose, transplantation hépatique, hépatites virales, stéatopathie métabolique, Hépatites autoimmunes, pathologie lithiasique, maladies cholestatiques, ...) l'endoscopie digestive conventionnelle et interventionnelle, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique), les maladies pancréatiques, les maladies proctologiques, les maladies liées à l'alcool (maladie alcoolique du foie, pancréatite chronique alcoolique, addictologie, ...), la dénutrition et les maladies digestives fonctionnelles (reflux gastro-oesophagien, syndrome de l'intestin irritable. L'activité d'HGE étant extrêmement diverse, nous présenterons souvent un argumentaire prenant en compte ces différentes composantes. En terme d'épidémiologie, les maladies de l'appareil digestif sont la principale cause de séjour hospitalier en court séjour MCO (rapport DREES 2017) et la 4^{ème} et 5^{ème} cause de consultation ambulatoire pour les 25-64 et >65 ans. L'HGE est également une spécialité pivot quotidiennement en interaction avec les unités de chirurgie digestive, de réanimation et d'imagerie médicale ainsi qu'avec des PNM divers (diététiciennes, psychologues, addictologues, nutritionnistes, ...)



Q2. Évolution épidémiologique des maladies de la spécialité

- **Maladies digestives tumorales** : le cancer colorectal représente la 2^{ème} cause de cancer chez la femme et la 3^{ème} chez l'homme. L'augmentation d'incidence du cancer colorectal tend à se stabiliser ces dernières années de même que pour les cancers de l'œsophage et de l'estomac (respectivement 10^{ème} et 11^{ème} et 13^{ème} et 16^{ème} chez les hommes et les femmes). Les cancers du pancréas (8^{ème} et 7^{ème}) et du foie (7^{ème} et 15^{ème}) sont actuellement en forte augmentation d'incidence. Des données récentes tendent à placer les cancers du pancréas comme la seconde cause de mortalité par cancer derrière les cancers broncho-pulmonaires. Le cholangiocarcinome intrahépatique est en augmentation d'incidence. Les cancers de l'appareil digestif représentent actuellement 25% des séjours hospitaliers et de séances de chimiothérapie en MCO en 2015 (Données INCa 2016). Les séances de chimiothérapie en MCO sont majoritairement réalisées au sein des services d'HGE à compétence en oncologie digestive (DESC oncologie médicale)



- **Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin** : environ 200 000 patients en France en augmentation modérée et constante. Indication de plus en plus fréquente à des biothérapies avec 13% et 34% des patients, 5 ans après le diagnostic pour la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn (Données SNIIRAM) en milieu hospitalier complet ou en tandem ville-hôpital.
- **Endoscopie digestive** : elle représente une part importante de l'activité des services d'HGE (ICR 2015 : 7 256 541) réparti entre l'endoscopie interventionnelle (CPRE, ponction échoguidée, pose de prothèse, résection à risque de polypes ...) et l'endoscopie diagnostique notamment dans le cadre des campagnes de dépistage organisé du CCR
- **maladies du foie et des voies biliaires** : le taux standardisé de prise en charge des maladies du foie et des voies biliaires est estimée entre 9 et 10 % en Ile-de-France. La prévalence de la cirrhose en France est actuellement estimée à 200 000 patients dont un tiers présente une pathologie décompensée nécessitant une prise en charge hospitalière. La stéatopathie non alcoolique et sa forme agressive la NASH sont en expansion forte parallèlement à l'augmentation de prévalence de l'obésité et du diabète de type 2 ce qui est responsable

d'une augmentation considérable de la prévalence de la cirrhose dont l'incidence devrait poursuivre à l'augmentation. Le carcinome hépatocellulaire est en augmentation en parallèle à l'augmentation des cas de cirrhose et à l'épidémie des hépatites virales. On estime l'incidence du carcinome hépatocellulaire à environ 10 000 nouveaux cas par an avec une mortalité élevée constituant le premier motif de recours à la transplantation hépatique. La maladie alcoolique du Foie reste actuellement très présente et la première cause de cirrhose et ne semble plus diminuer en incidence depuis quelques années. Sur le plan des hépatites virales, 150 000 patients sont toujours suivis pour des hépatites B avec un risque de réactivation et un risque de développement de carcinome hépatocellulaire. Bien que l'avènement des traitements de l'hépatite C ait permis de traiter un grand nombre de patients sur les 200 000 recensés, les efforts sont à poursuivre pour permettre l'éradication de ce virus. En parallèle, la surveillance de ces patients reste importante du fait d'une augmentation du risque de carcinome hépatocellulaire même après éradication du virus.

- maladies pancréatiques : les maladies pancréatiques sont en augmentation. La pancréatite aiguë est passée de 28 000 séjours en MCO en 2008 à 38 000 en 2014 (+36%). On estime la prévalence de la pancréatite chronique à 26.4 / 100 000. La fréquence du cancer pancréatique a été multiplié par 3 et 2 respectivement chez les femmes et les hommes en trente ans.
- Maladies liées à l'alcool : on estime que 7% des décès chez les plus de 15 ans sont attribuables à l'alcool (données InVS 2015) essentiellement liés à des maladies dans la sphère de l'HGE
- Maladies fonctionnelles digestives : Les maladies fonctionnelles digestives sont extrêmement fréquentes dans la population générale (reflux gastro-oesophagien : 10 % de la population générale ; syndrome de l'intestin irritable : 6%). La prise en charge est néanmoins beaucoup plus ambulatoire qu'hospitalière.

Q3. Contexte en matière de démographie médicale

Il y a actuellement 490 HGE en exercice en Ile-de-France dont 48% exercent en majorité ou en totalité en exercice libéral. La pyramide des âges indique que les départs à la retraite ne seront pas compensés dans les années qui viennent impliquant un report supplémentaire de l'activité libérale sur les structures hospitalières. Il est à noter qu'il existe à l'heure actuelle une augmentation des départs de l'AP-HP de praticiens titulaires spécialisés en endoscopie interventionnelle vers le privé qui est inquiétante alors que la démographie médicale en HGE apparaît sous un jour défavorable.

Q4. Positionnement de l'AP-HP par rapport à la concurrence

Les services d'HGE de l'AP-HP sont actuellement en grande partie centrés sur des secteurs très spécifiques et dotés d'une grande expertise et/ou l'utilisation d'un plateau technique spécialisé. Les maladies plus légères ou nécessitant une expertise moindre sont majoritairement suivies en ville du fait de problèmes structurels et logistiques (délai de consultation d'HGE, délai de consultation d'anesthésie pour l'endoscopie digestive, notamment). La concurrence des CHG est généralement faible du fait sauf rare exception de l'absence de doublon local CHU / CHG au niveau local. La concurrence des établissements de soins à but non lucratif et lucratif est importante dans les secteurs de l'endoscopie digestive et de l'endoscopie digestive interventionnelle du fait des problèmes structurels et logistiques précédemment cités). Dans le domaine de l'endoscopie, l'inadéquation entre les investissements et l'usure concernant les parcs d'endoscope est également un frein à une augmentation significative de l'activité. A l'heure actuelle, les centres libéraux spécialisés en endoscopie interventionnelle recrutent un nombre important de patient pris en charge au sein de l'APH-HP faute de possibilité de réaliser des gestes d'endoscopie interventionnelle dans des délais standards.

Si les CHU ont longtemps été marqué par une offre de soins de type tertiaire, très spécifique et très marquée par les prises en charge interventionnelle (endoscopie, radiologie, chirurgie), une

augmentation très significative des maladies dites courantes (hémorragie digestive, complications des maladies biliaires lithiasiques, complications de la diverticulose colique, troubles de la motricité satellites des affections neurologiques, ...) est actuellement observées au sein des services d'HGE s'expliquant par le vieillissement et la précarisation de la population et l'augmentation des patients présentant des polyopathologies. Cette augmentation des maladies digestives dites classiques est associée à des séjours MCO généralement plus long du fait de décompensation de polyopathologies associées et à des nécessités de départ en SSR après l'hospitalisation.

Enfin, il a été noté depuis plusieurs années, un mouvement de départ de praticien sénior de l'AP-HP vers des structures libérale ou hospitalière à but lucratif. Ces départs concernent notamment les endoscopistes interventionnels. Les motifs évoqués sont principalement des contraintes organisationnelles et logistiques quotidiennes et une inadéquation entre l'activité quotidienne et les moyens alloués.

Q5. Modalités d'amélioration de l'attractivité

- Pour les patients et les correspondants de ville : amélioration de l'accès au soin nécessitant la mise en place de coordination pour le lien ville-hôpital et la gestion des cohortes de patients ; obtention de poste d'infirmière coordinatrice et d'infirmière en pratique avancée ; développement de la télémédecine
- Pour le PM et le PNM :
 - Endoscopie digestive : réduction des délais de consultation d'anesthésie ; augmentation des vacations d'anesthésie pour l'endoscopie digestive ; renouvellement et maintien dans un état d'usure satisfaisant des parcs d'endoscope. Mise en place de structures dynamiques et réactives d'endoscopie interventionnelle. Brancardage fonctionnel et réactif. Elargissement des plages d'endoscopie.
 - Pour les autres disciplines de l'HGE : mise en place de PNM type coordination ou professions émergente en santé pour assurer la gestion des cohortes de patients et les liens ville – hôpital ; possibilité de dégager du temps pour l'éducation thérapeutique (ETP) et la mise en place de circuit de suivi via la téléconsultation ; mise à disposition comme prévu des fonds prévus pour la prescription de biosimilaires dans le cadre de l'article 51 aux services et non aux hôpitaux et aux DMUs. Valorisation des avis externes. Récupération par les services des fonds alloués par les points SIGAPS.
 - La question de la rémunération des PM et des PNM à compétence renforcée (coordinatrice, infirmière d'endoscopie, ...) est un sujet d'actualité notamment en comparaison au secteur libéral et hospitalier à but non lucratif. Il est d'autant plus problématique pour les professions spécialisées où la compétence spécifique notamment en endoscopie digestive n'est pas ou peu reconnue.
 - Titularisation plus rapide des PNM et secrétaires performants

Q6. Marge de progression du virage ambulatoire

La majeure partie des patients suivis dans nos services est pris en charge de façon ambulatoire. Les hospitalisations conventionnelles servent essentiellement à l'hospitalisation des formes sévères notamment au moment du diagnostic ou lors de la prise en charge de complications évolutives. Une optimisation d'environ 20% des séjours ambulatoires est envisageable notamment grâce à une amélioration du dimensionnement des structures ambulatoires en termes de place et en termes d'amélioration de la disponibilité des actes d'imagerie et d'anesthésie. Un meilleur accès à ces techniques diagnostiques permettrait un meilleur rendement pour les dépistages des maladies tumorales, notamment. La diminution de la tarification des actes d'hôpital de jour est néanmoins problématique. Il existe également de réelle difficulté pratique (logistique dans la prise de rendez-vous) à l'organisation d'hôpitaux de jour dans le cadre de la circulaire frontière faisant intervenir

différents intervenant (diététicienne, psychologue, ETP, addictologue, ...). Enfin, si le passage à l'ambulatoire apparaît nécessaire en général, il reste illusoire pour les patients présentant des âges extrêmes et/ou des polyopathologies qui impose des prise en charge hospitalière classique avec parfois des séjours d'hospitalisation plus long du fait du manque de lit d'aval.

Q7. Innovations diagnostiques à venir dans les 5 à 10 ans

- Maladies tumorales et hépatobiliaires: Dans la sphère des maladies tumorales colorectales, le dépistage organisé du cancer colorectal a récemment été modifié avec l'introduction des tests immunologiques (FIT). Les délais d'accès à la coloscopie diagnostique dans ce cadre sont à l'heure actuelle incompatible avec cet objectif de dépistage. Une amélioration du circuit et de la disponibilité de la coloscopie sous anesthésie générale est nécessaire pour répondre à cet enjeu. Concernant les maladies tumorales biliopancréatiques, le développement de circuit diagnostique notamment en termes d'imagerie multimodale est nécessaire pour pouvoir répondre à la demande et à la concurrence des structures libérales
- MICI : les principales innovations au niveau du diagnostic et du suivi sont actuellement basé sur les tests non invasifs (calprotectine fécale, IRM, vidéocapsule endoscopique) et sur le monitoring pharmacologiques des traitements. La plupart de ces dispositifs ont un remboursement limité en ville et pourrait être plus largement utilisés en cas de remboursement par la CPAM et en cas de réduction des délais d'obtention des examens d'endoscopie et d'imagerie.

Q8. Innovations thérapeutiques à venir dans les 5 à 10 ans

- Maladies tumorales, pancréatiques et MICI : utilisation croissante de thérapies ciblées en oncologie digestive, du carcinome hépatocellulaire, en pancréatologie et au cours des MICI. L'utilisation de ces thérapies ciblées va continuer d'augmenter dans les 10 années à venir permettant d'améliorer la prise en charge, la survie et la qualité de vie de nos patients. Ces traitements sont extrêmement coûteux nécessitant le maintien d'un système de prescription spécifique et une utilisation croissante des biosimilaires dans le cadre de l'article 51.
- Endoscopie digestive : L'endoscopie digestive thérapeutique est un pôle fort de l'innovation en HGE permettant désormais la résection de lésions tumorales du tube digestif et le traitement d'affection habituellement vouée à une solution chirurgicale (sténoses, troubles de la motricité digestive, endoscopie bariatrique, ...). Une poursuite de cette innovation est à prévoir ainsi qu'une augmentation du nombre de patients traités représentant un élément extrêmement important notamment dans le cadre de la concurrence avec le secteur privé.
- Maladies du foie et des voies biliaires : Poursuite de l'innovation en terme de prise en charge interventionnelle des maladies du foie et du voie biliaire via les procédures interventionnelles de shunt intra-hépatique porto-systémique (TIPS), le traitement des lésions hépato-biliaires per-cutané et les chimio/radio-embolisation en collaboration avec les services de radiologie. Endoscopie interventionnelle de l'obésité. Place croissance des immunothérapies et de la radiologie interventionnelle dans le traitement du carcinome hépatocellulaire. Sur le plan de la transplantation (defatting, régénération) et des maladies fibrosantes (traitement spécifiques de la NASH, médicaments antifibrosants, ...) des progrès thérapeutiques importants sont en cours d'évaluation.
- Maladies fonctionnelles digestives : recours croissant à des solutions de traitement endoscopique chez les patients réfractaires aux traitements médicaux et nécessité de pris en charge de maladies fonctionnelles par des approches mutlidisciplinaires (hypnose, thérapie cognitivo-comportementale, prise en charge diététique, ...)

Q9. Innovations globales dans les prises en charge dans les 5 à 10 ans

- Poursuite du passage à l'ambulatoire qui passera par une amélioration par l'accès (rapidité

- et volume) pour les prises en charge diagnostique et les actes thérapeutiques ponctuels
- A l'inverse renforcement des places d'hospitalisation et des moyens alloués pour la prise en charge des pathologies sévères et la prise en charge des patients âgés et/ou polypathologiques
- Prise en compte du maintien d'un parc de lit d'hospitalisation classique pour répondre aux patients âgés et/ou polypathologiques impossible à gérer en ambulatoire avec développement de structure d'aval gériatrique ou non permettant une prise en charge en relai des patients une fois le problème HGE réglé
- Utilisation de la télé-médecine et de tous les outils permettant un meilleur suivi ambulatoire des patients (infirmière de pratique avancée, coordinatrice, ETP, ...)

Q10. Recherche clinique et translationnelle

- En cours : la quasi-totalité des services d'HGE de l'AP-HP est activement impliquée dans la recherche clinique et translationnelle au travers d'études académiques et/ou industrielles et d'équipes de recherche universitaires. Ainsi, nos services sont massivement représentés dans les structures associatives et les sociétés savantes impliquées dans la recherche clinique (GETAID, AFEF, SNFGE, SFNCP, GFNG, ...) et sont à l'origine d'inclusion dans les protocoles de recherche clinique et souvent à l'origine de leur conception. L'ensemble des services participe à des essais industriels pour le développement de nouvelles molécules ou sur des essais industriels stratégiques. Nos services sont également affiliés à des structures de recherche translationnelle.
- À venir : développement de la recherche clinique basée sur les cohortes notamment via l'ouverture des outils épidémiologiques locaux (ORBIS) et nationaux (SNDS) dans toutes les disciplines de l'HGE ; implication croissante dans la recherche translationnelle et la participation à des essais industriels souvent conditionné à la mise à disposition de personnels dédiés (TEC, ARC, coordinatrice, ...) via les URCs mais également au sein des services. Recherche fondamentale sur la carcinogénèse, hépatique, biliaire. Recherche sur le microbiote et son lien avec les maladies digestives, cancéreuse et hépatobiliaires. Recherche sur le cycle de réplication du VHB visant à éliminer le VHB. Il existe à l'heure actuelle une réduction des études industrielles notamment liés à des conditions d'habilitation par l'ANSM et le ralentissement des progrès pharmaceutiques ciblés devant renforcer le soutien institutionnel (PHRC notamment) et les délais d'obtention de financement

Q11. Aspects universitaires de la spécialité

En terme d'ETP, les praticiens universitaires titulaires (MCU / PU) et temporaires (CCA / AHU) représentent un tiers des effectifs des services d'HGE de l'AP-HP. Ils assurent à la fois une offre de soins, d'enseignement et de recherche. Cette proportion n'est a priori pas soumise à une évolution à court terme.

Sur le plan de l'enseignement, ils encadrent les internes dans le cadre de leurs stages de DES d'HGE au quotidien (45 places pour 22 services soit environ 2 internes DES par stage). Il a récemment été rapporté la volonté de déplacer une certaine proportion des postes d'interne DES des CHU vers les CHG ce qui pourrait impliquer une augmentation de la charge de travail quotidienne pour les personnels U et non U. En effet, bien que les internes soient en formation dans les services, ils assurent une charge de travail importante au quotidien notamment dans la gestion des salles d'hospitalisation en binôme avec une CCA / AHU. Le recrutement d'interne étranger est actuellement extrêmement complexe et opaque via le système actuel des DFMS/DFMSA qui pourrait être amélioré notamment en passant par les accords de collaboration passé entre un CHU de l'AP-HP et une université étrangère hors UE qui ne nécessite pas de passer par l'organisation de Strasbourg. Une connaissance des conventions toujours actives pourrait améliorer ce circuit. Une diminution des postes de CCA / AHU est également pressentie sans qu'il ne soit connu de décision

claire à ce sujet dans un futur proche. Là encore, il s'agit d'une charge de travail qui sera reportée sur les personnels des services.

Au niveau national, la réforme de l'internat a été marquée par une remise en cause d'un certain nombre d'acquis de l'HGE : l'endoscopie digestive au profit des chirurgiens digestifs, la chimiothérapie en oncologie digestive au profit des oncologues médicaux, notamment. Il apparaît essentiel que l'AP-HP se positionne pour maintenir cet équilibre au sein de la spécialité au risque d'amplifier les vagues de départ des praticiens concernés.

Q12. Modalités d'évaluation de la pertinence de soins dans la spécialité

Synthèse

L'HGE est une spécialité forte en termes de volume de prise en charge ambulatoire et hospitalière et marquée par une grande polyvalence. Elle cumule à la fois des activités de premier recours via les SAU et les différents services hospitaliers en nette augmentation du fait du vieillissement de la population et des activités de recours tertiaires fortement spécialisées pour la prise en charge médicale, interventionnelle et médico-chirurgicale des maladies digestives. Elle est également un acteur de santé publique notamment dans le dépistage des cancers digestifs et la prise en charge et le dépistage des maladies liées à l'alcool. La démographie médicale et les politiques hospitalières laissent entrevoir une augmentation forte de l'activité au sein de la spécialité. Cette augmentation d'activité quotidienne nécessitera un réajustement des effectifs de la spécialité pour ne pas altérer les capacités d'innovation et de recherche de la spécialité. Un renouvellement et une augmentation du parc d'endoscopie et la mise en adéquation des capacités en anesthésie générale en endoscopie digestive sont également nécessaires dans cette optique. La confirmation des activités phares de l'HGE comme l'endoscopie digestive et l'oncologie digestive est essentielle au sein de l'AP-HP pour éviter d'amplifier les vagues de départ récemment observées. Enfin, il apparaît nécessaire de développer les nouvelles professions de santé (coordinatrice, infirmière de pratique avancée, ...) et des moyens de télémédecine pour permettre le maintien du suivi des cohortes de patients en HGE.