

Chapitre IV - Organisation de la discipline

4.1 Démographie pour l'ensemble de la gastroentérologie

Selon les estimations du SESI (ministère de l'Emploi et de la Solidarité) en 1997, l'hépatogastroentérologie fait partie des spécialités dont la baisse de démographie n'est prévue qu'au-delà de 2010 : les effectifs médicaux de cette spécialité deviendraient inférieurs à leur niveau actuel qu'en 2015. Par ailleurs, la densité moyenne des hépatogastroentérologues français est la plus élevée des pays européens (densité voisine de 5/100 000 habitants, pouvant varier néanmoins du simple au double selon les régions *figures 3 et 4*). Le modèle de projection démographique élaboré en 1989, revu en 1992 et 1997 par le SESI, reposait notamment sur l'hypothèse que les postes d'internes étaient maintenus à leur niveau de 1996 par discipline. La Collégiale des hospitalo-universitaires d'hépatogastroentérologie, après plusieurs enquêtes insuffisantes quant aux taux de réponses obtenus en 1996, 1997 et 1998, attirait néanmoins l'attention sur une assez forte diminution du nombre de DES ; elle a diligenté, dans le cadre de cet ouvrage, une nouvelle enquête en 2001 : sur 58 services universitaires recevant régulièrement des DES d'hépatogastroentérologie, 55 réponses ont été obtenues (Province, Paris et région parisienne). Sur 173 emplois de DES affectés, 146 et 135 ont été pourvus respectivement lors des semestres de novembre 2000-mai 2001 et mai 2001-novembre 2001. Ces résultats correspondent à une diminution de 25 % de l'effectif par rapport à celui de 1996. Ce taux correspond bien à la diminution du nombre d'étudiants inscrits en 3^e année de DES : 58 en 2000, contre 79 en 1996 (données d'enquête). Les taux de diminution sont très inégaux sur le territoire national.

À la lumière de cette enquête, il est donc logique de proposer une modification de la tendance vers une réduction très sensible du nombre d'hépatogastroentérologues (*figure 72*) à partir de 2010.

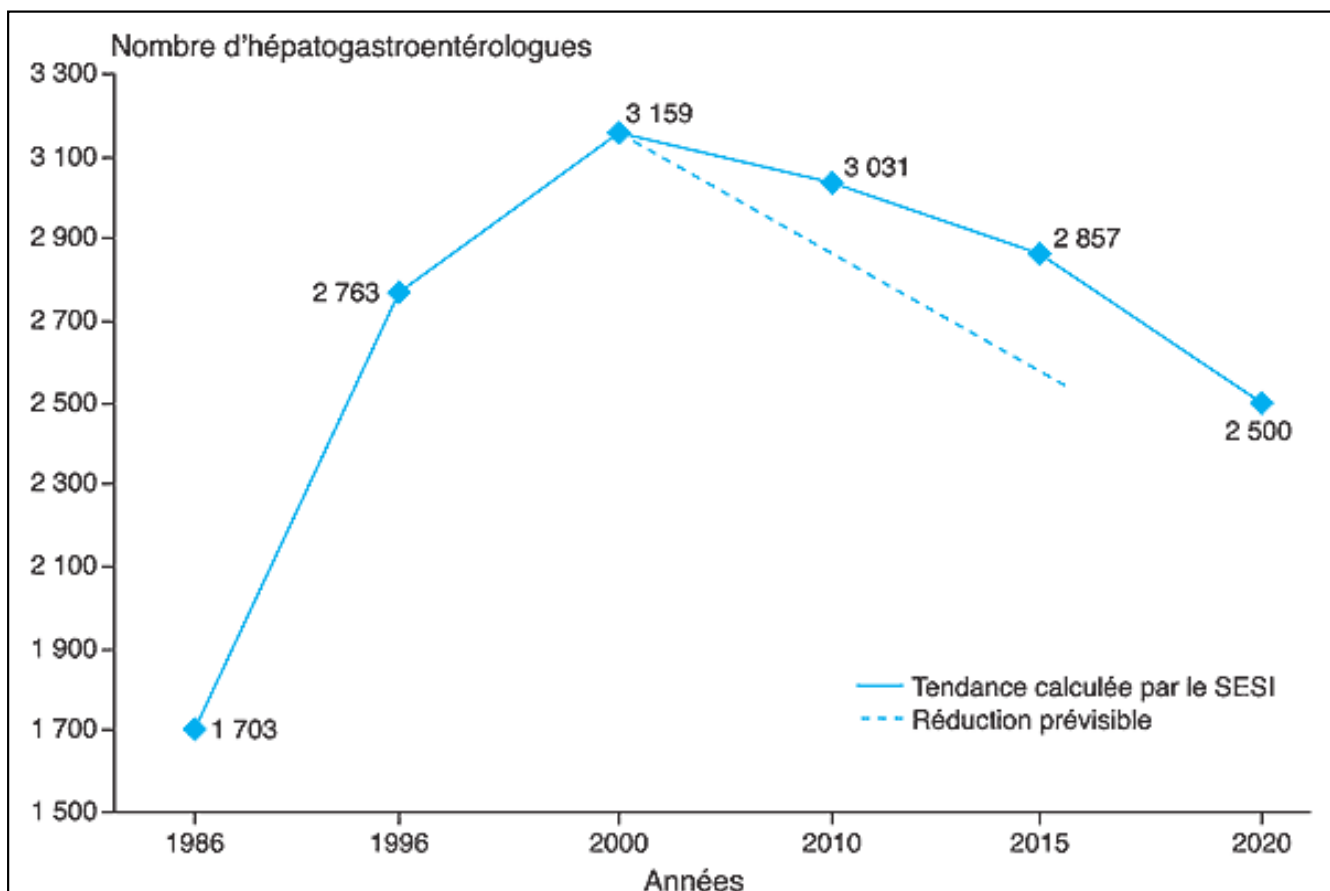


Figure 72. Démographie des hépato-gastroentérologues. Tendence calculée par le SESI (Service des statistiques des études et des systèmes d'informations, ministère de l'Emploi et de la Solidarité) en 1996, estimant constant le nombre de DES dans la discipline. Réduction prévisible (en pointillé) compte tenu de la diminution de 25 % du nombre de DES observée après 1996 (données d'enquête) et donc non prise en compte dans les projections démographiques du SESI.

Démographie comparative pour les hépato-gastroentérologues libéraux et hospitaliers

La diminution de l'offre de soins a des conséquences inégales dans les deux secteurs. En effet, l'étude de la pyramide des âges des hépato-gastroentérologues libéraux (*tableau 17*) montre bien que, dans les dix prochaines années, environ 10 % d'entre eux seulement partiront en retraite. Ce n'est donc qu'au-delà de 2010 que se posera le problème réel de la compensation des départs : l'inégalité des densités régionales est, dans l'immédiat, le seul problème de la discipline, en gardant néanmoins à l'esprit la durée des formations médicales spécialisées pour l'avenir à moyen terme.

	Nombre de praticiens	Pourcentage %
< 35 ans	99	4,8
De 35 à 39 ans	311	15
De 40 à 44 ans	536	25,8
De 45 à 49 ans	472	22,8
De 50 à 54 ans	385	18,6
De 55 à 59 ans	177	8,5
60 ans et plus	93	4,5

Les problèmes démographiques immédiats concernent les hôpitaux. En l'absence de données nationales actualisées disponibles sur la pyramide des âges de l'ensemble des hépato-gastroentérologues hospitaliers, les données issues de l'enquête personnelle sur les médecins hospitaliers hépato-gastroentérologues, effectuée dans le cadre de cet ouvrage, permettent une estimation et mettent à jour une tendance inquiétante. L'enquête réalisée comporte un taux élevé de réponse (40 %), mais sans possibilité de vérification rigoureuse de représentativité, si ce n'est une répartition géo-graphique harmonieuse des réponses sur l'ensemble du territoire. La *figure 40* montre bien que, dans les dix ans à venir, environ 25 % des hépato-gastroentérologues de CHU (PU-PH et PH temps plein et temps partiel) et environ 20 % des hépato-gastroentérologues de CHG (PH temps plein et temps partiel) cesseront leurs activités. Cette constatation a deux conséquences : l'une immédiate et l'autre pour la décennie à venir.

- Dans l'immédiat, la diminution de DES entraîne une réduction du potentiel fonctionnel médical, compte tenu des modalités d'organisation médicale des hôpitaux français notamment en CHU, mais également en CHG. La nouvelle répartition régionale des internes à partir de 2002 favorisera certaines régions, mais aggravera ailleurs certaines situations précaires. Une compensation par une seniorisation adéquate est à mettre en œuvre rapidement au prorata des déficits largement prévisibles dans certains centres.
- Très rapidement et pour la décennie à venir, on peut redouter une réelle difficulté à compenser les départs des médecins hospitaliers. En effet, « le vivier » nécessaire au recrutement sur des emplois vacants va être faible. En 1996, pour toutes disciplines confondues, 3 204 spécialistes étaient formés. En 2011, en fonction du *numerus clausus* en vigueur et du taux de spécialistes fixé, 1 432 spécialistes seront formés. En 1996, il fallait compenser en CHU 150 départs (5 % des 3 204 spécialistes formés) ; en 2011, il faudra compenser 443 départs en CHU (31 % des 1 432 spécialistes formés). Il n'est pas crédible de penser qu'un tiers des spécialistes formés choisiront une carrière en CHU ; le même raisonnement, avec une moindre précision sur les chiffres, peut être tenu en CHG. Il se dessine, par ailleurs, actuellement une crise de la vocation hospitalière pour l'ensemble des disciplines, compte tenu des constatations sur les charges de travail et les astreintes. L'hépatogastroentérologie

peut se trouver particulièrement pénalisée dans le secteur hospitalier. En effet, d'une part les choix des internes sont actuellement orientés vers des disciplines plus en danger immédiat que l'hépatogastroentérologie, d'autre part le taux de féminisation reste faible dans cette discipline assez peu attractive pour les médecins femmes. Les services d'hépatogastroentérologie, compte tenu de l'importante charge clinique, de la fréquence des urgences et de la gestion du secteur médico-technique sont connus pour relever d'une discipline à charge de travail et temps de présence élevés.

Il est urgent d'entamer un dialogue avec les autorités sanitaires nationales et régionales pour régler le déficit prévisible à court et à moyen terme dans les hôpitaux et à plus long terme en secteur libéral.

Chapitre IV - Organisation de la discipline

4.2 La formation initiale

La formation médicale initiale dans le domaine de l'hépatogastroentérologie (HGE) comporte la formation initiale générale des médecins et la formation initiale des spécialistes en gastroentérologie et en hépatologie : Diplôme d'études spécialisées (DES).

La formation initiale des médecins en hépatogastroentérologie

Les affections digestives constituent une forte part de l'activité des médecins généralistes. Ceux-ci doivent acquérir une compétence pour la prise en charge des malades atteints des affections courantes de l'appareil digestif. Ils doivent également connaître l'épidémiologie et les modalités de la prévention de ces affections.

Les enseignants universitaires, responsables de la formation en hépatogastroentérologie dans les facultés de médecine, ont conjugué leurs efforts pour réaliser depuis plus de dix ans un document consensuel définissant les objectifs pédagogiques. Ce document comporte d'une part l'énoncé précis de ces objectifs et d'autre part le contenu des connaissances minimales à acquérir pour une formation générale de 2^e cycle.

Ce document, actualisé tous les deux ans, est disponible sous forme papier et sur le site Internet de la SNFGE [<http://www.snfge.org>].

Les enseignants et les étudiants disposent d'un outil pratique et adapté pour construire leurs connaissances en vue de leur futur exercice. Les enseignants considèrent que ces données sont nécessaires et suffisantes pour la préparation au concours de l'internat dans le domaine de l'hépatogastroentérologie. Toutefois, il a été décidé de vérifier

l'adéquation du programme des objectifs à celui contenu dans l'arrêté d'octobre 2000 paru au journal officiel du 17.10.2000.

La formation initiale des médecins spécialistes en hépatogastroentérologie

Cette formation initiale a pour objectif de préparer les étudiants à l'exercice de la médecine spécialisée en gastroentérologie et hépatologie. Les modalités générales de réalisation et de validation du DES d'hépatogastroentérologie et Hépatologie sont fixées par des textes réglementaires.

La Collégiale des professeurs des universités spécialistes en gastroentérologie et hépatologie a mené une réflexion en 1999 et 2000 pour harmoniser la formation et la validation au niveau national. Cette réflexion a abouti à la rédaction d'un document qui est remis aux étudiants en vue de l'obtention du DES le plus précocement au cours de leur internat. Le règlement est mis en application depuis novembre 2000 dans toutes les inter-régions de France.

Les principales caractéristiques de la formation en vue de l'obtention du DES de gastroentérologie et d'hépatologie sont les suivantes :

L'inscription en hépatogastroentérologie

L'inscription définitive des internes doit intervenir au plus tard à la fin du quatrième semestre d'internat de la spécialité, dont la durée totale est de huit semestres.

Les stages hospitaliers en hépatogastroentérologie

Les internes doivent effectuer durant leur internat cinq semestres validants en hépato-gastroentérologie. Deux semestres sont effectués hors de la spécialité, si possible dans des disciplines complémentaires. Deux semestres durant la formation devront être effectués hors d'un CHU et les internes sont fortement encouragés à une mobilité hors de leur CHU pendant au moins un semestre.

Le tutorat en hépato-gastroentérologie

Chaque interne est conseillé et suivi par un tuteur (médecin spécialiste en hépato-gastroentérologie, titulaire universitaire ou non universitaire), dès son inscription officielle en vue de l'obtention du DES.

Le cahier de stage en hépato-gastroentérologie

Chaque interne en formation doit tenir à jour un cahier de stage décrivant semestre par semestre les diverses formations théoriques auxquelles il aura participé et colliger les diplômes ou certificats de maîtrise obtenus et les travaux scientifiques acceptés pour présentation ou publication. Ce cahier comporte en annexe l'ensemble des comptes rendus des examens pratiqués, laissant apparaître le nom de l'interne comme acteur ainsi que la liste des travaux scientifiques effectués. L'interne est responsable de ce cahier et doit à la fin de chaque semestre le soumettre au responsable du service où il est affecté pour la validation du stage.

Validation du DES d'hépato-gastroentérologie

Elle intervient à la fin du dernier semestre de stage. Elle est sous la responsabilité de la commission interrégionale qui se réunit deux fois par an à l'initiative du coordonnateur régional. La validation repose sur les éléments contenus dans le cahier de stage, incluant les pièces justificatives, la rédaction et la présentation orale d'un mémoire, la liste des titres et travaux et la participation à des séminaires de formation ou à une éventuelle formation complémentaire.

La commission attribue une mention (passable, honorable, bien, très bien). La non validation impose une formation complémentaire et/ou la soumission d'un nouveau mémoire.

Formation complémentaire en hépato-gastroentérologie

La durée actuelle de formation des spécialistes, limitée par des textes réglementaires, conduit à conseiller aux futurs spécialistes de compléter leur formation dans certains domaines spécifiques en fonction de leur projet d'exercice futur. Cette formation complémentaire peut se faire au cours de l'internat ou au cours du clinicat qui n'est pas accessible à tous.

Ces formations complémentaires peuvent se faire dans le cadre d'un diplôme universitaire (DU) ou d'un diplôme inter-universitaire (DIU) (exemple : DIU de proctologie, d'échographie, d'endoscopie interventionnelle), ou d'un diplôme d'études spéciales complémentaire (DESC), par exemple de cancérologie, de nutrition ou d'addictologie.

Pour les internes souhaitant une formation scientifique plus complète, la première étape pouvant conduire à une thèse de science consiste à préparer, si possible durant une année complémentaire d'internat (année recherche), un diplôme d'études approfondies (DEA).

Réflexions et perspectives sur la formation en hépato-gastroentérologie

Pour une formation professionnelle moderne adaptée aux besoins

L'évolution rapide des connaissances et de la technologie pose un problème pour la formation des futurs spécialistes. En réponse à cette question, certains établissements publics et privés ont constitué des équipes d'hépato-gastroentérologues complémentaires ayant chacun un niveau d'expertise élevé, centrés sur un organe (hépatologues), une maladie (cancérologie digestive, MICI, proctologie) ou une technique (endoscopie

interventionnelle). Parallèlement, il existe un besoin de spécialistes hépato-gastroentérologues « généralistes » suffisamment compétents dans l'ensemble de la spécialité pour répondre aux besoins de l'exercice dans les hôpitaux de dimension moyenne et dans le secteur libéral notamment dans les petites villes de 20 à 30 000 habitants.

La formation hautement spécialisée devrait se faire dans les centres français et/ou étrangers comportant un environnement humain et matériel adéquat. Ces centres doivent être répertoriés et reconnus par l'université et la profession.

La formation des spécialistes optant pour un exercice plus classique, en particulier libéral, devrait plus spécifiquement concerner les pathologies courantes, moins représentées dans les lieux de formation hospitaliers. Cette formation pourrait se faire en partie au cours de stages chez des hépato-gastroentérologues, comme pour les médecins généralistes durant le troisième cycle.

Selon l'avis majoritaire des enseignants, la formation devrait durer six années, les deux premières étant consacrées à une formation clinique ou biologique hors de la spécialité. Les quatre années suivantes de formation spécifique en hépato-gastroentérologie pourraient inclure une formation technique ou clinique plus poussée dans des domaines particuliers, par exemple dans le cadre de la préparation d'un DESC ou d'un DEA ou de DIU.

Les démarches faites auprès du ministre de l'Education pour allonger la durée de l'internat pour l'obtention du DES de gastroentérologie et d'hépatologie (demande formulée par d'autres disciplines confrontées à la même problématique) se sont heurtées jusqu'à maintenant à un rejet. L'un des arguments de ce rejet est le fait que les internes ont la possibilité de compléter leur formation au cours d'un clinicat. Cet argument est discutable car d'une part le clinicat n'est pas accessible à tous les internes, en raison d'une insuffisance de postes et d'une répartition inégale en France, et d'autre part le DES est délivré à la fin de l'internat, ce qui implique que la formation soit achevée.

Pour une adéquation de la formation des spécialistes aux exigences européennes

La libre circulation des médecins au sein de l'Union européenne, avec l'équivalence des diplômes, implique d'harmoniser le cursus de formation et les critères de validation des Diplômes au sein des différents pays.

Une analyse comparative du cursus en France et dans les pays voisins fait apparaître une exception française. Les principales différences sont pour la France la durée plus courte de la formation et une formation spécialisée plus

précoce. Il est probable que, dans un avenir proche, les instances officielles soient amenées (et ce pour toutes les disciplines) à définir les critères européens en vue d'une harmonisation. Les hépato-gastroentérologues universitaires et non universitaires sont prêts à participer activement aux travaux sur ce thème. La demande formulée auprès des instances ministérielles d'allongement de la durée de formation et d'harmonisation du cursus et des critères de validation détaillés ci-dessus témoignent de notre engagement d'un rapprochement avec les autres pays d'Europe.

La formation à la médecine basée sur les preuves

La médecine basée sur les preuves (*evidence-based medicine*) constitue un nouveau paradigme dont les promoteurs considèrent qu'il sera un pilier dans l'exercice médical futur. La médecine basée sur les preuves privilégie les savoirs issus de la recherche clinique sur les savoirs issus de l'expérience et du raisonnement clinique.

Une réflexion s'impose à tous les responsables de la formation des futurs hépato-gastroentérologues pour leur apprendre à utiliser d'une manière optimale cette nouvelle ressource de l'exercice médical. Il est probable que de nouveaux modes d'apprentissage vont s'imposer progressivement. Ils devraient changer les modalités didactiques en rendant l'étudiant plus autonome. L'enseignant perdra en partie son rôle de dispensateur de

savoir au profit d'un rôle de guide, de modèle et de vérificateur. La participation à des travaux de recherche clinique a un rôle formateur pour l'apprentissage de la méthodologie et de la rigueur du suivi.

Les enseignants et les futurs spécialistes doivent être conscients du changement profond qui intervient dans la relation médecin-malade, engendré notamment par une diffusion de l'information dans le public. Cette nouvelle donne implique l'acquisition d'une maîtrise de l'information dans cette relation.

Nouvelles technologies de la formation et de l'information

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication ont envahi le domaine de la pédagogie. Chaque étudiant en médecine, chaque interne au cours de la préparation du DES de spécialiste, est désormais familier sinon expert dans le maniement des outils informatiques. Il est nécessaire de profiter de cette opportunité pour modifier la pédagogie en utilisant la capacité à accéder aux données disponibles. Cela doit permettre de développer parallèlement les autres composants de la compétence clinique et en particulier le raisonnement clinique et l'aptitude à prendre des décisions en fonction non seulement de la maladie, mais aussi du malade, des impératifs éthiques et de l'environnement économique.

Chapitre IV - Organisation de la discipline

4.3 Les sociétés scientifiques

La Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE) a pour vocation de fédérer tous les spécialistes en pathologie digestive et du foie, les hépatogastroentérologues, mais aussi les chirurgiens, les radiologues, les anatomo-pathologistes et les chercheurs.

À ses côtés, existent des sociétés spécifiques d'un organe (Association française pour l'étude du foie : AFEF, Société nationale française de colo-proctologie : SNFCP, pour l'anus, le rectum et le côlon), d'un champ de la discipline (Fédération française de cancérologie digestive : FFCD, pour la cancérologie digestive), des méthodes médico-techniques d'investigation (Société française d'endoscopie digestive : SFED, pour l'endoscopie). Une présentation de ces sociétés est faite dans les pages suivantes, sachant qu'il existe aussi de nombreuses autres sociétés ou clubs dans la discipline (également indiqués).

La Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE)

Lorsqu'elle fut fondée en 1947, la Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE) faisait suite à la Société de gastroentérologie de Paris, club de gastroentérologues de l'hôpital Saint-Antoine. Par décret du 25 novembre 1969, la SNFGE a été reconnue établissement d'utilité publique.

Au 1^{er} janvier 2001, la SNFGE compte 1 444 membres, dont 936 membres associés nationaux, 134 associés étrangers, 227 membres titulaires et 100 membres honoraires. Parmi les membres actifs de nationalité française, on dénombre environ 1 100 hépatogastroentérologues, 127 chirurgiens et 51 biologistes ou chercheurs.

Le conseil d'administration de la SNFGE est actuellement composé de 20 membres élus, issus du collège des membres titulaires. Les critères de titularisation, d'ordre scientifique, ont été récemment élargis afin d'impliquer les praticiens du secteur libéral dans le fonctionnement de la Société. Les administrateurs ne peuvent effectuer statutairement plus de 2 mandats consécutifs de 3 ans. La durée du mandat du président est de un an celle du secrétaire général est habituellement de 5 ans.

Les objectifs de la SNFGE sont ceux de toute société scientifique, ou plus exactement ceux d'une société scientifique et professionnelle, attachée non seulement à soutenir la recherche, mais aussi à renforcer la compétence professionnelle de ses membres.

Le soutien de la recherche en hépatogastroentérologie s'exerce en premier lieu par le fonds de recherche de la SNFGE, qui finance chaque année, depuis 1990, des projets de recherche à hauteur de 1,2 million de francs. Les projets sont sélectionnés par un conseil composé de représentants de toutes les sociétés participant aux Journées francophones de pathologie digestive (JFPD). Les projets ayant trait à l'évaluation de la qualité des soins sont subventionnés par le Fonds d'aide à l'évaluation de la qualité des soins, doté quant à lui d'une somme de 300 000 francs. La SNFGE finance aussi, au travers de la bourse Robert Tournut, le déplacement d'un jeune médecin dans un service ou un laboratoire à l'étranger pour une somme de 150 000 francs. À ces subventions, il faut ajouter les deux prix « Jeunes chercheurs » d'un montant de 10 000 francs chacun, destinés à récompenser les auteurs des deux meilleures communications scientifiques dans le cadre des JFPD. À ces subventions directement octroyées par la SNFGE, il faut ajouter les nombreuses bourses de l'industrie pharmaceutique dans les jurys desquelles les membres de la SNFGE se trouvent largement impliqués. L'objectif prioritaire de toutes ces aides est très clairement la défense de la recherche clinique, insuffisamment prise en compte par les aides institutionnelles.

L'organisation des JFPD est de la responsabilité de la SNFGE, en partenariat, sur le plan scientifique, avec 8 ou 9 autres sociétés scientifiques. Ce congrès constitue une excellente tribune pour la présentation des travaux de recherche en hépatogastroentérologie. De même, la revue *Gastroentérologie clinique et biologique*, organe officiel de la SNFGE, a pour vocation de publier les travaux originaux. La revue a notablement évolué au cours

de ces dernières années et s'est enrichie de cahiers de Formation Médicale Continue. Elle constitue indiscutablement l'une des meilleures revues scientifiques françaises, toutes disciplines confondues, et la meilleure des revues d'hépatogastroentérologie qui ne soient pas en langue anglaise.

Vouloir renforcer la compétence professionnelle de ses membres implique pour la SNFGE de développer des actions de formation continue de qualité. Ainsi, la SNFGE organise chaque année à l'automne un séminaire de formation de 48 heures. Ce séminaire donne lieu à une enquête de satisfaction et à une évaluation rigoureuse par pré-tests et post-tests, dont les résultats sont publiés chaque année. Il est fréquenté par 350 à 450 hépatogastroentérologues, issus pour 60 % d'entre eux du secteur libéral. Les textes des intervenants sont colligés dans un syllabus et également publiés dans un numéro supplémentaire de *Gastroentérologie clinique et biologique*.

La SNFGE constitue aussi avec le syndicat des maladies de l'appareil digestif l'une des deux composantes de l'Association paritaire nationale de formation continue, qui est en charge des 2 journées de FMC dans le cadre des JFPD. Au titre de la FMC, la SNFGE est membre de la Fédération des sociétés nationales de spécialité médicale.

En tant que société professionnelle, la SNFGE répond aux sollicitations de divers organismes. Elle a ainsi participé récemment aux travaux de révision de la nomenclature coordonnés par la CNAMTS. La SNFGE est également représentée dans divers groupes de travail mis en place par l'ANAES pour l'élaboration de référentiels à l'usage des

médecins généralistes ou spécialistes en hépatogastroentérologie. Ces dernières années, la SNFGE a promu un certain nombre de conférences de consensus et de recommandations de pratique clinique (RPC). Quelle que soit la méthode utilisée, elle regroupe pour chaque référentiel des professionnels motivés et bénévoles, aux modes d'exercice variés. Les textes de ces référentiels sont largement diffusés, notamment par le canal de *Gastroentérologie clinique et biologique* et du site Internet de la SNFGE [<http://www.snfge.org>].

En termes de communication, la SNFGE dispose depuis juillet 1996 d'un site Internet d'accès libre et régulièrement enrichi. Ce site enregistre actuellement plus de 8 000 connections mensuelles et 30 000 pages y sont imprimées chaque mois. La mise en place de Forum et de listes de diffusion est à l'étude. Tous les membres de la SNFGE bénéficient aussi du bulletin trimestriel « La Lettre de la Société ».

Conscients de leur responsabilité dans les missions de santé publique, les responsables de la SNFGE sont intervenus auprès des pouvoirs publics, et continuent de le faire, sur le thème du dépistage du cancer colorectal en France. Pour cette même raison, ils se proposent de développer un site Internet destiné à l'information du grand public sur l'appareil digestif et ses maladies.

Dans le contexte international, et au niveau européen, la SNFGE est membre de l'ASNEMGE, une des sept sociétés constituant la Fédération européenne de gastroentérologie (UEGF). À ce titre, la SNFGE a organisé le congrès européen (UEGW) à Paris en 1996 et fait à nouveau acte de candidature pour 2006. La SNFGE est aussi membre de l'Organisation mondiale de gastroentérologie (OMGE). Indépendamment de ces organisations, la SNFGE tisse des liens privilégiés avec certaines sociétés étrangères de gastroentérologie, notamment au Maghreb avec le Maroc et la Tunisie, et aussi le Mexique avec lequel elle a signé en 2000 un accord de coopération.

La Société française d'endoscopie digestive (SFED)

La Société française d'endoscopie digestive (SFED) a été créée en 1970. Elle comprend actuellement 1 185 membres et elle est administrée par un conseil de 15 membres élus, hépatogastroentérologues libéraux et hospitaliers, renouvelés par tiers tous les deux ans. L'alternance entre médecins libéraux et hospitaliers est la règle pour les postes de président et de secrétaire du conseil d'administration, sachant que leur durée de mandat est de deux ans.

La SFED a pour objectifs : 1) d'étudier les maladies de l'appareil digestif sur le plan endoscopique ; 2) de

développer les techniques d'imagerie appliquées à l'endoscopie ; 3) de promouvoir toutes les recherches thérapeutiques en endos-copie ; 4) de promouvoir un enseignement pratique et théorique de l'endoscopie digestive diagnostique et thérapeu-tique.

Les principales actions récentes sont les suivantes :

- dans le domaine de la formation initiale, un diplôme inter-universitaire d'endoscopie interventionnelle a été créé. La SFED participe actuellement à l'évaluation du simulateur d'endoscopie Symbionix, en partenariat avec les responsables hospitalo-universitaires du DES d'hépatogastroentérologie, et avec l'industrie ;
- dans le domaine de la formation continue, la SFED organise, chaque année à l'automne, le cours intensif « Vidéodigest » qui dure 2 jours, et dans le cadre des Journées francophones de pathologie digestive, un symposium de 2 heures sur le thème de l'endoscopie. L'inscription à la SFED donne droit à l'abonnement à la revue européenne *Endoscopy*. Enfin, la SFED élabore des CD-Rom consacrés aux aspects endoscopiques des principales maladies diges-tives ;
- dans le domaine de la qualité des soins, la SFED évalue chaque année les pratiques en France des hépatogastroentérologues grâce à l'enquête « 2 jours d'endoscopie en France » ; elle essaie d'optimiser aussi les pratiques en participant à l'organisation de conférences de consensus, en réalisant et en diffusant à l'ensemble de la profession des fiches de recommandations de bonne pratique. Elle élabore aussi des fiches d'informations pour les patients en vue de la réalisation des actes d'endoscopie digestive.

La SFED soutient la recherche clinique par la mise en place d'études prospectives et multicentriques, et au travers

de diverses bourses de recherche, telle la bourse IRMAD*-SFED. Elle participe aussi, avec l'ANAES, à l'évaluation des nouvelles technologies, telle la coloscopie virtuelle. Pour cela, elle a mis en place des études multicentriques en collaboration avec la Société française de radiologie.

La SFED est aussi l'interface scientifique entre la profession et les tutelles et à ce titre, elle a participé pleinement à la refonte générale de la nomenclature aux côtés de la SNFGE. La SFED a d'autres interfaces scientifiques avec la Direction générale de la Santé concernant le problème de la désinfection des endoscopes et du petit matériel, et elle mène des discussions avec la CNAMTS pour préserver une activité de qualité dans les centres d'hospitalisation privée.

L'Association française pour l'étude du foie (AFEF)

Historique et buts de l'AFEF

L'AFEF a été créée en 1975. Cette association a pour buts principaux :

- de rassembler l'essentiel des connaissances sur le foie et les voies biliaires et leurs maladies ;
- de diffuser les informations de façon objective et non partisane, notamment lors de réunions scientifiques ;
- de partager cette compétence avec les autres institutions, réseaux ou instituts s'intéressant au foie et aux maladies du foie ;
- de coordonner les actions des équipes cliniques et de recherche ;
- de participer à la formation continue des médecins, des personnels paramédicaux et des chercheurs en France et à l'étranger plus spécialement dans les pays en voie de développement.

Composition de l'AFEF

Le conseil d'administration est composé de 9 membres élus pour une durée de 3 ans dont 5 médecins cliniciens, 2 chercheurs, 1 chirurgien et 1 anatomopathologiste.

L'AFEF compte à ce jour 336 membres.

Activités de l'AFEF

• Activités scientifiques

Deux réunions scientifiques de deux jours chaque année.

- Procédures de mise sous égide des études cliniques ou épidémiologiques.

• Activités cliniques

- Groupes de réflexion et de prospective dans les thèmes suivants : virus, alcool, cancer, transplantation hépatique, épidémiologie.

- Programme national de lutte contre l'hépatite C.

• Information et formation

- Fiches d'information du patient sur la ponction biopsie hépatique, la cirrhose, l'hépatite C.

- Site web : <http://www.go.to/afef>

- Vademecum : brochure de 52 pages résumant les activités et textes de l'AFEF.

* Institut de recherche des maladies de l'appareil digestif.

• Cours fondamental

Une demi-journée et FMC d'une journée chaque année.

• Bourses de recherche

Bourse « Jean-Pierre Benhamou » de 100 000 francs, bourse Cochrane de 40 000 francs, bourse Schering-Plough de 170 000 francs, bourses Jeunes chercheurs 1 500 francs, prix posters.

Perspectives de l'AFEF

• Activités cliniques

- Recommandations de pratique clinique : ponction biopsie hépatique, diagnostic de l'hépatite C, dépistage de l'hépatite C.

- Conférence de consensus : hypertension portale, traitement de l'hépatite C.

• Recherche

- Les thématiques soutenues prioritairement sont : alcool, carcinome hépatocellulaire, transplantation.

- Création d'un club francophone pour l'étude du carcinome hépatocellulaire.

- Création d'une Fondation française des maladies du foie.
- Charte de déontologie en recherche clinique.

Liens de l'AFEF avec les autres sociétés ou associations

L'AFEF est une société filiale de la SNFGE. L'AFEF a créé:

- le Club francophone pour l'étude de l'hypertension portale en 1996.
- la Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites en 1999 afin de coordonner l'« action des pôles et des réseaux Hépatites ».

Enfin, l'AFEF a des liens étroits avec l'Association française des infirmier(es) d'hépatologie (AFIH) et les associations de patients telles que « SOS hépatites et Transhépate ».

La Fondation française de cancérologie digestive (FFCD)

La Fondation française de cancérologie digestive (FFCD) a été créée en 1981 pour favoriser la recherche et l'enseignement en cancérologie digestive.

Buts de la FFCD

1. Développer la recherche
 - Réaliser des essais cliniques multicentriques en cancérologie digestive.
 - Permettre la participation de tous les hépato-gastroentérologues à la recherche, quels que soient le type ou la taille de la structure d'exercice.
 - Couvrir au maximum l'éventail des situations cliniques en cancérologie digestive.
2. Développer l'enseignement par des réunions scientifiques et des cours intensifs.
3. Améliorer la pratique quotidienne de la cancérologie digestive.

Organisation de la FFCD

- 1 012 membres (hépato-gastroentérologues 58 % ; chirurgiens 26 % ; radiothérapeutes 7 % ; oncologues 8 %) en l'an 2000,
- 140 centres investigateurs participant aux essais,
- 79 relais régionaux faisant connaître les essais et organisant des réunions régionales,
- Conseil Scientifique de 43 membres concevant et mettant en place les essais,
- Conseil d'Administration de 18 membres.

Réalisations de la FFCD

• Les essais thérapeutiques

- 19 essais en cours dont 17 essais de phase III randomisés,

- 13 essais terminés dont 10 publiés ou présentés.

• **Les actions de formation**

- 2 cours intensifs annuels de cancérologie digestive (3 jours, 70 participants),

- 2 journées scientifiques d'hiver (Paris, 200 participants) et de printemps (province, 200 participants),

- 1 symposium propre et 1 symposium en association avec une autre société lors des Journées francophones de pathologie digestive,

- 1 séminaire fondamental de cancérologie digestive (en 2001 pour 50 participants).

• **L'amélioration de la pratique**

- Les recommandations de la FFCD « Que faire devant un cancer digestif en... » actualisées tous les 2 ans (pro-chaine édition 1^{er} trimestre 2001),

- 1 CD-Rom de cas cliniques interactifs réalisé en 1999 (2^e édition en 2002),

- Participation aux conférences de consensus et aux référentiels en pratiques cliniques (RPC) de l'ANAES.

Actions de la FFCD en cours

- Avec la SNFGE, la FNLCC, le GERCOR : rédaction d'un thésaurus national de bonnes pratiques en cancérologie digestive, qui sera disponible sur Internet et en version papier fin 2001.

- Coordination d'un projet d'étude européenne sur le traitement adjuvant des cancers coliques au stade 2, intégrant une étude exhaustive des facteurs pronostiques biologiques (PETACC4).

La Société nationale française de colo-proctologie (SNFCP)

Description de la SNFCP

Créée en 1959, la Société nationale française de colo-proctologie (SNFCP) est par essence hétéro-disciplinaire et médico-chirurgicale. Elle regroupe les praticiens de différentes spécialités confrontés dans leur pratique de soins par le traitement des maladies du côlon, du rectum et de l'anus.

Organisation de la SNFCP

L'organisation de la SNFCP est assurée par douze membres qui constituent le conseil d'administration. Ces membres sont élus pour une période de trois ans par l'ensemble des sociétaires. Les principales fonctions au sein du

conseil d'administration sont assumées pour une période de deux (présidence, vice-présidence) et trois ans (secrétariat et trésorerie) par des candidats élus par le conseil d'administration.

Principales actions de la SNFCP

• **Enseignement**

La SNFCP assure une formation continue dans le cadre de deux journées annuelles qui lui sont propres, mais aussi à l'occasion des journées de l'Association française de chirurgie et des Journées francophones de pathologie digestive pour lesquelles elle est sociétéco-organisatrice. La SNFCP a mis en place un enseignement national inter-universitaire et hétérodisciplinaire de colo-proctologie afin d'offrir une formation initiale théorique intensive centralisée (90 heures) et une formation pratique régionale (85 maîtres de stage). Une procédure de reconnaissance européenne du diplôme national est entreprise auprès de l'union européenne des médecins spécialistes. La SNFCP propose et élabore des recommandations pour la pratique clinique en collaboration avec d'autres sociétés scientifiques et l'ANAES.

• **Recherche**

Un groupe de recherche en proctologie a pour mission de susciter des travaux de recherche clinique multicentriques. Ce groupe est un outil utile à l'élaboration des protocoles, à la recherche d'un financement et à l'établissement de partenariats avec d'autres groupes institutionnels (sociétés scientifiques) et les industriels. La SNFCP assure la pro-motion des travaux et la gestion financière des crédits d'étude.

• **Adhérents**

La SNFCP est composée de 418 membres dont 54 membres actifs étrangers. Elle est principalement composée de gastro-entérologues (80 %), ayant pour la plupart une pratique de la chirurgie proctologique, et de chirurgiens (15 %) ayant une activitéde chirurgie colorectale. Les nouveaux membres sont élus annuellement par l'ensemble des sociétaires.

• **Clubs sous-spécialisés placés sous l'égide de la SNFCP**

- Groupe de recherche en proctologie (GREP),
- Groupe de pilotage du DIU de colo-proctologie.

Prospective de la SNFCP

Accentuer les efforts de communications entre les sociétaires. Deux supports sont élaborés pour atteindre cet objectif : le site Internet et le courrier de colo-proctologie. Ce dernier a une parution trimestrielle. Il offre des rubriques de formation, d'échanges et d'informations. Le contenu est maîtrisépar des comités scientifiques, de lecture et de rédaction. Il affiche une forte volontéhétéro-disciplinaire tournée vers les autres spécialités du périnée et offre une plate-forme de communication originale en matière d'éthique et de psychosomatique.

Site Internet <http://www.med.univ-rennes1.fr/uv/snfcp/>

Mis en place en 1998, il est riche aujourd'hui de près de 24 000 visites. Il offre la production de référentiels pour la pratique clinique, les supports de la formation initiale et continue (texte des communications, diapositives), les supports photographiques et filmés utiles à la formation continue (fiches chirurgicales), deux vastes portails référençant et critiquant les sites utiles aux sociétaires et aux malades. Il permet l'expression des malades et des médecins dans des forums distincts, aujourd'hui très actifs. Des projets de dépêches scientifiques et d'envois bibliographiques *in extenso* des articles du mois de la presse internationale sont à l'étude.

Autres sociétés et clubs en hépato-gastroentérologie

Tableau 74. Les autres sociétés et clubs

SFCD	Société française de chirurgie digestive

ACHBT	Association de chirurgie hépato-biliaire et transplantation hépatique
SIAD	Société d'imagerie abdominale et digestive
CHDH	Club d'histopathologie digestive et hépatique
CFP	Club français du pancréas Club français d'échoendoscopie
CFEHTP	Club francophone pour l'étude de l'hypertension portale
GFHGNP	Groupe francophone d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatriques Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites
CFMD	Club français de motricité digestive
GETAID	Groupe d'études thérapeutiques des affections inflammatoires digestives

Chapitre IV - Organisation de la discipline

4.4 Les Journées francophones de pathologie digestive

Les Journées francophones de pathologie digestive

En mars 2001, les Journées francophones de pathologie digestive (JFPD) ont fêté leur 25^e anniversaire au Palais des Congrès de Paris. Comme le montre l'histogramme (*figure 73*), la fréquentation du Congrès a régulièrement augmenté jusqu'en 1992. Depuis cette date, le nombre de congressistes, hors industrie pharmaceutique et biomédicale, est relativement stable, variant entre 2 400 et 2 700, à Paris comme en province. À Paris en 1998, plus de 3 700 participants étaient enregistrés, chiffre exceptionnel probablement lié à la parution récente de textes réglementaires sur la formation médicale continue (FMC) obligatoire.

Les villes susceptibles de recevoir aujourd'hui les JFPD sont, en dehors de Paris, Nantes, Nice, Strasbourg et Lille, et peut-être Lyon après la restructuration, en cours, du Palais des Congrès. L'indice de fréquentation élevé à Paris en mars 2001 conforte les responsables de la SNFGE dans leur intention d'organiser le congrès à Paris, le plus souvent possible.

Les JFPD rassemblent tous les professionnels de l'hépatogastroentérologie. Aux JFPD de Nice en 2000, l'analyse des 1 247 fiches d'identification correctement remplies sur les 2 423 participants, a montré qu'à côté des hépatogastroentérologues majoritaires (80 %), le congrès accueille aussi les chirurgiens digestifs (8 %), les chercheurs (5 %) et les anatomo-pathologistes (3 %), et d'autres encore. Cette même enquête montrait que 47 % des congressistes exercent en secteur libéral, 31 % en CHU (chiffres incluant les DES, DIS et CCA) et 22 % en CHG. Il faut insister aussi sur la forte proportion de médecins étrangers (près de 20 % des participants à Nice en 2000), principalement originaires de Belgique, du Maroc, de Suisse, de Tunisie et d'Algérie.

Les JFPD se déroulent sur 5 jours consécutifs, soit 2 journées de FMC suivies par 3 journées scientifiques. Le contenu des 2 journées de FMC, effectives depuis 1982, est sous la responsabilité de l'Association nationale de formation continue en hépatogastroentérologie (FMC-HGE). Environ la moitié des congressistes suit la FMC et 12 % seulement participent exclusivement à la FMC.

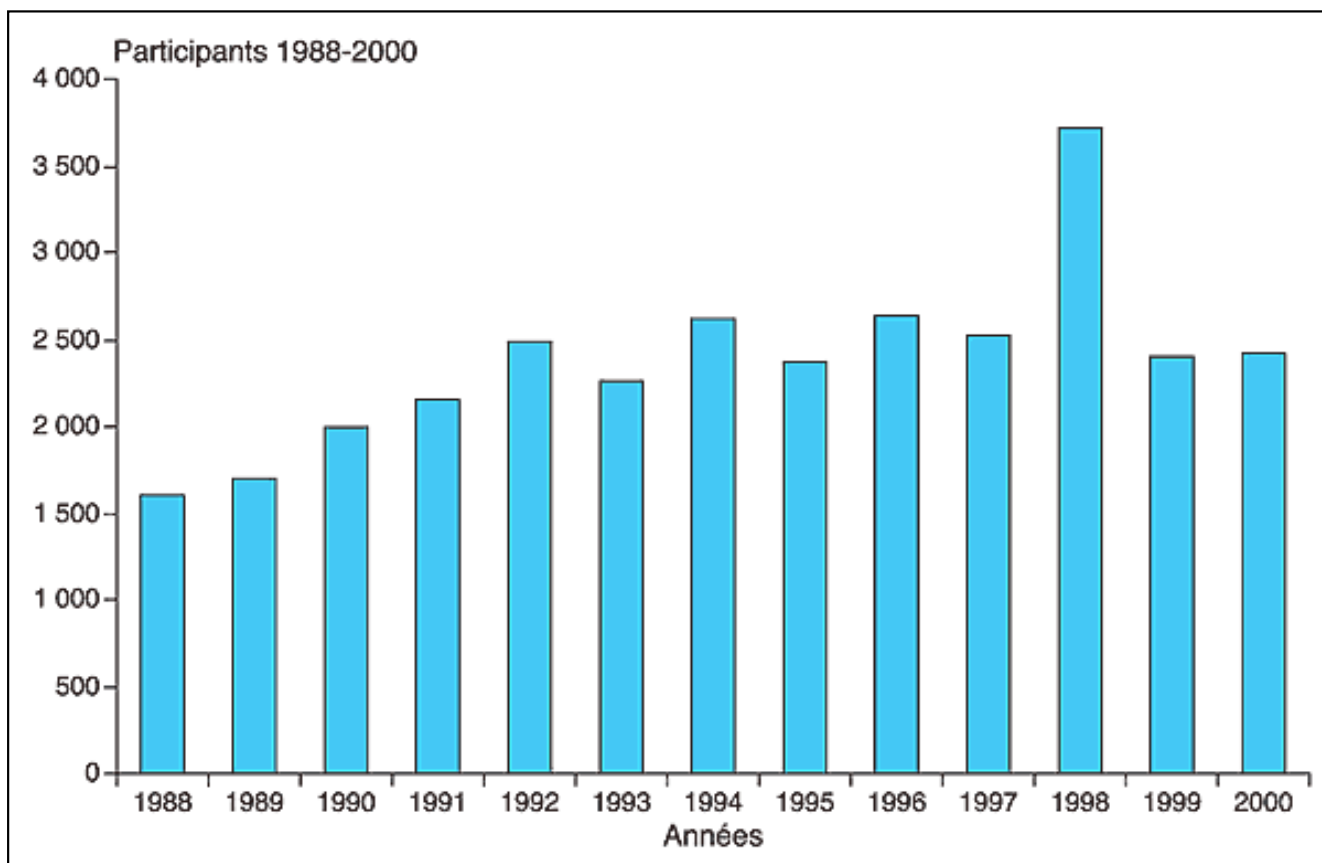


Figure 73. Journées francophones de pathologie digestive. Nombre de participants de 1988 à 2000.

Le programme des Journées scientifiques est établi par un conseil scientifique réunissant des représentants de toutes les sociétés scientifiques impliquées dans le congrès. Le président du conseil scientifique est désigné par le conseil d'administration de la SNFGE pour un mandat de 3 ans. Neuf sociétés scientifiques (SNFGE, FFCD, SFED, SNFCP, SIAD, CHDH, AFEF, SFCD, ACHBT) sont présentes chaque année aux JFPD et une dixième (GFHGNP) tous les trois ans (*tableau 75*).

Tableau 75. Sociétés scientifiques participant aux Journées francophones de pathologie digestive

SNFGE : Société nationale française de gastro-entérologie

FFCD : Fondation française de cancérologie digestive

SFED : Société française d'endoscopie digestive

SNFCP : Société nationale française de colo-proctologie

SIAD : Société française d'imagerie abdominale et digestive

CHDH : Club d'histopathologie digestive et hépatique

AFEF : Association française pour l'étude du foie

SFCD : Société française de chirurgie digestive

ACHBT : Association de chirurgie hépato-biliaire et de transplantation hépatique

GFHGNP : Groupe francophone d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatriques

L'appel à communications est fait chaque année, par voie postale au début de l'été et par Internet un peu plus tard. Pour le congrès de 2001, 75 % des résumés ont été soumis par Internet, modalité qui sera unique à court terme. La totalité des résumés est reçue au secrétariat de la SNFGE, qui assume la responsabilité de leur gestion. Le nombre des résumés soumis est relativement stable d'une année à l'autre (693 pour l'année 2001 qui accueille les pédiatres). Pour la sélection des résumés, 6 sociétés savantes (SNFGE, FFCD, SFED, SNFCP, SIAD, CHDH) sont rassemblées

dans un tronc commun, qui reçoit 65 à 70 % de la totalité des résumés. Au sein de ce tronc commun, les résumés sont sélectionnés par 7 comités totalisant plus de 40 représentants des 6 sociétés, chacun étant désigné pour un mandat de 3 ans (*tableau 76*). Les autres sociétés (AFEF, SFCD, ACHBT, GFHGNP) assurent la sélection de leurs propres résumés. Le choix des communications orales pour les séances plénières des JFPD est de la responsabilité du conseil scientifique. Le taux d'acceptabilité, d'environ 60 %, est peu différent chaque année. On peut déplorer la faible proportion de travaux soumis par des auteurs étrangers.

Tableau 76. Les 7 comités de sélection du tronc commun des Journées francophones de pathologie digestive*

• Biologie cellulaire et moléculaire – Recherche (6 %)

• Cancérologie (21 %)

• Œsophage – Estomac (9 %)

• Intestin – Nutrition – Coloproctologie (20 %)

• Motricité et sensibilité digestives (8 %)

• Pancréas – Foie – Voies biliaires (20 %)

• Endoscopie et imagerie digestives (16 %)

* Entre parenthèses figurent les pourcentages de résumés soumis à chaque comité par

rapport à la totalité des résumés soumis (mars 2001).

Comme l'a montré l'enquête réalisée par les responsables de la SNFGE, le niveau scientifique des JFPD est élevé. En effet, 37 % des résumés soumis aux JFPD de 1996 ont donné lieu, par la suite, à la publication d'un ou plusieurs articles dans des journaux avec impact factor, dont 80 % de langue anglaise. Le taux de publication et le facteur d'impact moyen variaient selon le type de présentation : communication orale en séance plénière (respectivement 53 % et 5,4), communication orale (53 % et 3,5), poster (39 % et 2,6), résumé refusé (27 % et

2,4). Ces données viennent également conforter la qualité de la sélection effectuée. Ce constat favorable doit être tempéré par l'absence de nombreux jeunes chercheurs, qui ont préféré ces dernières années d'autres tribunes pour s'exprimer, telle que celle du CECED. L'intégration du congrès du CECED au sein des JFPD permettrait de renouer les échanges entre cliniciens et chercheurs ; ce projet est à l'étude.

Outre les communications orales et posters issus de la sélection des résumés, le programme des JFPD comprend aussi une dizaine de conférences et des symposiums organisés par les diverses sociétés scientifiques. En 2001, des symposiums satellites organisés par l'industrie pharmaceutique, dont le contenu a été validé par le conseil scientifique, ont vu le jour. L'actuelle maquette des trois journées scientifiques des JFPD assure une totale lisibilité du programme, établissant notamment une distinction claire entre les communications scientifiques du matin et la formation de haut niveau, donnée au travers des conférences et des symposiums de l'après-midi. La visite des posters, suivie des deux séances de synthèses de posters, effectives depuis trois ans, établissent, à la mi-journée, une sorte de passerelle entre les deux genres.

Les JFPD donnent lieu aussi à une vaste exposition de l'industrie pharmaceutique et biomédicale, occupant près de 2 000 m² de stands de grande qualité architecturale. Cette exposition, lieu de convivialité et d'échanges entre tous les professionnels, contribue largement au succès des JFPD.

Chapitre IV - Organisation de la discipline

4.5 La formation médicale continue en hépatogastroentérologie

Les actions de formation médicale continue (FMC) s'inscrivent dans une démarche qualité. L'accréditation des établissements de soins et la certification des praticiens travaillant dans ces établissements vont dans le sens de cette démarche qualité.

Le code de déontologie médicale a prévu dans son article 11 (décret 95-1000-6 sept. 1995) que « *tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances et doit prendre toute disposition nécessaire pour participer à des actions de FMC* ».

Après la formation initiale, la FMC est donc une obligation déontologique. Elle participe au processus d'amélioration de la qualité des soins, tout en améliorant le rapport coût-efficacité des soins dispensés.

La FMC revêt un caractère d'autant plus indispensable qu'elle devrait être rendue obligatoire pour les spécialistes en 2002. Ce chapitre décrit successivement : 1) l'état des lieux de la FMC dans la discipline, 2) l'organisation et la communication, 3) l'évaluation de la FMC.

Etat des lieux de la FMC en hépatogastroentérologie

Pionnière en la matière, l'Association nationale française de formation continue en hépatogastro-entérologie (FMC-HGE) organise depuis 1983, ses journées annuelles qui rassemblent aujourd'hui 1 400 praticiens (dont 300 étrangers francophones) en ouverture des journées francophones au début de chaque printemps. Ces journées sont complétées toute l'année par différentes actions de formation continue, comme le séminaire thématique de la SNFGE, celui de l'AFEF, de la SNFCP, de Vidéo Digest, les différents séminaires AFORSPE et par les diverses réunions des associations régionales, parisiennes et provinciales.

Cette diversité d'actions de formation témoigne de la vitalité et de la maturité de la profession dans ce domaine. Ces actions sont fédérées par une coordination suffisamment souple pour laisser place à des initiatives néanmoins recensées.

La formation continue organisée par la discipline

• L'Association FMC-HGE

Elle a été fondée en 1983 par la SNFGE et le Syndicat national des médecins de l'appareil digestif (SYNMAD). Son conseil d'administration est paritaire et représentatif (10 libéraux, 7 universitaires, 1 PH non universitaire de CHU et 2 praticiens de CHG).

Elle organise les 2 journées de FMC des journées francophones en mars de chaque année (1 400 participants) : actualités pratiques ; mises au point brèves, questions-réponses, mini-conférences, ateliers et espace enseignement électronique, carnet pédagogique d'auto-évaluation.

Elle coordonne et rassemble des associations régionales.

Elle est l'interlocuteur de la fédération des spécialités.

• La SNFGE

La société organise un séminaire d'automne thématique de 2 journées (350 à 400 participants) avec syllabus de 400 pages remis aux participants. Quatre thèmes par an, de type cours post-gradués sont traités de façon approfondie.

• **La SFED**

Elle organise de nombreuses réunions :

- 1 journée technique en janvier à Paris (50 experts).
- Le séminaire thématique lors des Journées francophones de pathologie digestive (800 participants).
- Les journées régionales de la SFED et du club d'écho-endoscopie.
- Les cours de techniques avancées en endoscopie Vidéo Digest en novembre à Paris (450 participants), comportant des interventions avec vidéotransmission en direct, des mini-conférences et des mises au point.

• **L'AFEF**

Elle organise une journée de FMC lors des journées annuelles en automne (200 participants).

• **La SNFCP**

Elle organise :

- 1 journée de FMC en proctologie en automne (300 participants),
- 1 journée satellite des Journées francophones de pathologie digestive en mars de chaque année,
- de nombreux enseignements post-universitaires et réunions thématiques sur le territoire.

• **La FFCD**

Les cours intensifs de la FFCD, organisés 2 fois par an dans différentes régions, durent 2 jours et demi, pour 60 à 70 inscrits, et donnent lieu à l'édition d'un recueil des cours. Le programme est centré sur les nouveautés dans la connaissance et la prise en charge des cancers digestifs.

- La journée spécifique d'hiver et la journée de printemps de la FFCD sont davantage centrées sur les essais de la FFCD (200 à 300 participants).
- Le séminaire fondamental de la FFCD aura pour thème en 2001 les mécanismes de la cancérogenèse et les nouvelles approches thérapeutiques qui en découlent.
- Le cours intensif de chimiothérapie de l'Institut Gustave Roussy ; il dure 2 semaines, regroupe 100 personnes chaque année et porte sur la chimiothérapie et les autres formes de traitements médicaux (soins palliatifs, nouvelles approches...).
- Le séminaire de formation en hépato-gastroentérologie de la SNFGE, annuel, comporte une demi-journée (sur les 4) sur la cancérologie digestive.
- Certaines formations continues régionales sont réalisées par les relais régionaux de la FFCD.

• **L'Association nationale des hépato-gastroentérologues des hôpitaux généraux (ANGH)**

Elle organise 1 journée annuelle (100 participants).

L'AFORSPE (Association de FMC pour les médecins spécialistes)

Association de formation et d'évaluation en médecine spécialisée, elle regroupe plus de 50 associations de formation de spécialistes.

Elle a pour activités :

- organisation de séminaires financés par le Fonds d'aide à la formation (FAF) entrant dans le cadre de la formation médicale conventionnelle ;
- séminaires organisés de manière autonome ou en partenariat avec les différentes structures de formation.

Deux types d'objectifs de formation

- Formations professionnelles (responsabilité médicale, accréditation, formation informatique, maîtrise de l'anglais médical, communication).
- Formations scientifiques. Le choix des thèmes retenus pour les séminaires scientifiques soit correspondent à des problèmes de santé publique identifiés par le financeur, soit sont laissés au libre choix des différentes spécialités, promoteurs d'actions de formation.

Un comité pédagogique sélectionne au niveau du FAF les actions ouvrant droit à financement.

Pour être agréées, les actions doivent répondre à un cahier des charges précisant la nature des besoins de formation

ainsi que les moyens mis en œuvre pour identifier l'objectif pédagogique spécifique de la formation et les moyens pédagogiques mis en œuvre pour atteindre cet objectif.

Les diplômes inter-universitaires (DIU)

Un diplôme inter-universitaire d'endoscopie digestive interventionnelle a été mis en place (Pr Boyer, Angers).

- Objectifs : assurer une formation approfondie théorique et pratique en endoscopie digestive interventionnelle pour les médecins spécialistes diplômés en hépato-gastroentérologie ou en formation.
- Organisation : l'organisation du DIU est placée sous la responsabilité d'un conseil de coordination comprenant 1 PU-PH en hépato-gastroentérologie responsable de l'enseignement pratique dans chaque région ; 1 maître de stage de chaque centre formateur dépendant de chacune des régions ; 1 représentant du conseil d'administration de la SFED ; 1 représentant du conseil d'administration de la SNFGE.

La formation pratique est assurée dans les centres de formation par les maîtres de stage sous la responsabilité du directeur d'enseignement. Pour être habilités à valider la formation pratique, les centres de formation doivent répondre aux critères suivants :

- disposer de 2 médecins appelés maîtres de stage ayant une expérience reconnue en endoscopie digestive interventionnelle et qui ont pris l'engagement auprès du conseil national de coordination d'assurer la formation pratique des étudiants ;
- avoir un recrutement défini par un nombre annuel minimum d'actes :
 - . 200 CPRE dont 150 sphinctérotomies,
 - . 50 prothèses biliaires et/ou pancréatiques,
 - . 20 prothèses digestives,
 - . 50 destructions endoscopiques de tumeurs.

Un seul centre d'endoscopie publique ou privé peut constituer un centre de formation à condition qu'il réponde

aux critères requis ; sinon, 2 ou 3 unités d'endoscopie peuvent se regrouper pour répondre aux critères ; l'une de ces unités doit obligatoirement être située dans un centre hospitalo-universitaire.

Des diplômes inter-universitaires de cancérologie digestive ont pour but d'assurer une formation complémentaire aux médecins spécialistes. L'enseignement est réparti sur une année universitaire et en 5 à 6 sessions de 2 jours. Le nombre d'inscrits est de 40 à 50. Comme ces DIU assurent une formation approfondie dans la spécialité d'hépatogastroentérologie, ils sont complémentaires du DESC, bien qu'à l'origine, les DIU devaient être provisoires.

Actuellement, 4 DIU sont ouverts :

- Région est, coordinateur Pr L. Bedenne,
- Région nord-ouest, coordinateur Pr R. Colin,
- Région ouest, coordinateur, Pr E. Dorval,
- Région Île-de-France, coordinateur Pr P. Rougier.

En région sud-est, un cinquième doit ouvrir en 2001, coordinateur Pr J.F. Seitz. En Rhône-Alpes, un sixième doit ouvrir en 2002.

Un diplôme inter-universitaire de proctologie a été mis en place par la Société nationale française de coloproctologie dans le courant de l'année 2000. Ce DIU assure une formation théorique et pratique. L'enseignement théorique se déroule sous forme de séminaires, regroupant l'ensemble des champs d'intérêt de la proctologie médico-chirurgicale. La formation pratique repose sur le compagnonnage, sur l'acquisition par le candidat de gestes de pratiques procto-logiques courantes instrumentales. L'enseignement de la chirurgie proctologique n'est pour l'instant pas formalisé. Cet enseignement s'adresse aussi bien aux hépatogastroentérologues qu'aux chirurgiens digestifs. Ce diplôme est en cours de reconnaissance au niveau de l'union européenne des médecins spécialistes et a déjà été approuvé par le « board » de gastroentérologie. L'enseignement théorique fait appel à des enseignants de niveau national, aussi bien du secteur universitaire que du secteur libéral, permettant un enseignement de qualité, sans souci de régionalisme.

Un diplôme inter-universitaire d'exploration fonctionnelle digestive (Pr Dapoigny, Clermont-Ferrand).

Cette formation s'adresse aux hépatogastroentérologues, aux pédiatres et aux chercheurs impliqués dans le domaine de la motricité et de la sensibilité digestive, en formation initiale ou en formation continue.

Objectifs de la formation :

- Connaître les bases théoriques de la motricité et de la sensibilité digestive.
- Connaître les contraintes techniques (en particulier de sécurité) à l'utilisation des matériels nécessaires à la réalisation des différentes explorations.
- Savoir pratiquer les explorations fonctionnelles digestives les plus courantes : pH-métrie œsophagienne, manométrie œsophagienne et manométrie anorectale, ainsi qu'une exploration choisie dans la liste de tous les tests possibles (temps de transit aux marqueurs radio-opaques, manométrie du grêle ou du côlon, électromyographie colique, électromyographie périnéale, tests respiratoires, scintigraphie gastrique ou colique, barostat).
- Connaître les indications des différentes explorations fonctionnelles digestives.

- Savoir interpréter les manométries œsophagiennes et ano-rectales et la pH-métrie.
- Connaître les conséquences des résultats des différentes explorations fonctionnelles digestives sur la prise en charge des patients.
- Connaître les différents outils permettant une recherche clinique ou fondamentale en motricité et/ou sensibilité digestive. Organisation de la formation :
- Durée totale : 110 heures. 70 heures d'enseignement universitaire et 40 h de formation pratique (10 demi-journées).
- Participation obligatoire aux journées annuelles du Club français de motricité digestive ou à une réunion européenne de motricité.

Plusieurs DU et DIU dans les domaines de la nutrition et de l'alcoologie existent sur le territoire national.

Les associations régionales de FMC en hépato-gastroentérologie

On compte en France 61 associations à vocation loco-régionale. Elle organisent pour la plupart une journée annuelle.

Hôpitaux universitaires parisiens et de province

1 à 2 journées par an (ou deux fois par an) pour les plus importants.

Industrie pharmaceutique

Symposiums satellites au cours des Journées francophones de pathologie digestive. Symposiums annuels pour certains laboratoires, nationaux et internationaux.

Organisation et communication de la FMC en hépato-gastroentérologie

Principes d'organisation de la FMC en hépato-gastroentérologie

Les conseils de FMC et notamment le conseil scientifique des Journées francophones de pathologie digestive, composé de représentants de chacune des sociétés scientifiques et de la FMC-HGE, le conseil d'administration de la FMC-HGE, paritaire et représentatif des différents modes d'exercice de la profession, et le conseil d'administration de la SNFGE respectent les principes d'organisation suivants :

- identification des besoins de formation après enquête auprès des utilisateurs,
- existence d'un comité d'organisation scientifique de sélection,
- choix des experts en fonction des objectifs fixés,
- évaluation avec critères :
 - . QCM à l'entrée et à la sortie et carnets d'auto-évaluation FMC-HGE,
 - . cotation de la valeur pédagogique des intervenants et de l'action de FMC,
- publications des interventions et présentation sur site internet.

Calendrier de la FMC en hépato-gastroentérologie

Un calendrier des manifestations vise à homogénéiser et à éviter les doublons régionaux. Les actions sont recensées par la FMC-HGE.

Un annuaire des associations est tenu à jour par la FMC-HGE : ces données sont éditées depuis 1992 dans chaque post-U, la revue de l'association.

Communication autour de la FMC en hépato-gastroentérologie

La communication des actions de la FMC se fait par les moyens suivants :

• La presse

- Lettres de post-U (4 numéros/an), revue de la FMC-HGE,
- 2 suppléments post-U (résumés des journées et bulletin de l'ANGH),
- Syllabus du séminaire thématique de la SNFGE,
- *Gastroentérologie clinique et biologique* ; organe d'expression de la SNFGE ; la revue publie les cahiers de FMC 4 fois par an dans ses numéros mensuels,
- Les *Actualités en Gastroentérologie*,
- La revue *Hépatogastro*,
- *Acta endoscopica*,
- Plusieurs revues d'initiative privée.

• Les sites web

- SNFGE (séminaire thématique, cas cliniques, image de la semaine, recommandations de pratiques cliniques, conférence de consensus),
- FMC-HGE,
- SFED,
- AFEF,
- SNFCP.

• Les actions multimédia

- CD-Rom,
- DVD-Rom.

Evaluation la FMC en hépato-gastroentérologie

Enquête d'évaluation sur la formation continue

En 1997, une enquête d'évaluation à partir d'un échantillon représentatif d'hépatogastroentérologues libéraux a été réalisée. 2 000 hépatogastroentérologues référencés sur le listing national ont été contactés. 249 ont été sélectionnés pour constituer un échantillon national représentatif par un sondage aléatoire après stratification.

Résultats des actions de formation continue en hépatogastroentérologie

- 87 % des hépatogastroentérologues appartenait à une société scientifique et professionnelle de la discipline ;
- 95 % souscrivaient un abonnement à une revue (73 % à *Gastroentérologie clinique et biologique*, 16% à *Gastroenterology*, 7% à *the New England Journal of Medicine*). D'autres revues de gastroentérologie pratique étaient consultées régulièrement ;
- 94 % avaient participé à un congrès national dans les 3 ans ;
- 91 % avaient participé à une réunion régionale au moins et 64 % à un congrès international ;
- le temps moyen consacré à la FMC était de 10 jours, avec une implication financière de 15 160 francs (+ 3 622 francs),
- les attentes étaient l'augmentation des formations pratiques au cours des stages, le développement de CD-ROM et de banques de données médicales par le réseau internet.

D'après l'enquête d'évaluation réalisée en 1997, il apparaît que 86 % des hépatogastroentérologues satisfont aux critères définis par la FMC obligatoire.

Chapitre IV - Organisation de la discipline

4.6 L'évaluation de la qualité des soins et des pratiques

Evaluation de la qualité des soins en hépatogastroentérologie

Contribuer à ce que les pratiques de soins assurent aux malades atteints de maladies de l'appareil digestif et du foie le meilleur résultat possible est l'un des objectifs majeurs de la Société nationale française de gastroentérologie (SNFGE) et de ses filiales.

La nécessité de développer une approche de la qualité dans le système de santé s'est faite progressivement durant la décennie 1980-1990 pour 4 raisons principales : 1) la croissance continue des dépenses de santé, alors qu'on traversait une période de récession économique ; 2) la mise en évidence de variations parfois importantes des pratiques professionnelles ; 3) le poids croissant des innovations technologiques, tant au plan diagnostique que thérapeutique ; 4) la prise de conscience chez les usagers du système de santé et dans le champ sociétal des risques parfois importants associés aux soins médicaux.

Sous l'influence de certains responsables de la discipline, les hépatogastroentérologues ont découvert, comme les autres médecins, qu'ils ne pouvaient souvent pas justifier leurs décisions sur la base d'une évaluation scientifique de leurs résultats. Il en était d'ailleurs de même pour les décideurs qui ne pouvaient pas justifier, en terme de coût-efficacité, les dépenses médicales engagées.

L'évaluation des activités de soins est devenue ainsi au début des années 1990 une nécessité. Elle a abouti à la création de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM), devenue en 1997 l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

C'est dans ce contexte qu'il est apparu nécessaire aux responsables de l'hépatogastroentérologie de contribuer à recentrer la thématique de l'évaluation des activités de soins sur une perspective plus professionnelle, ciblée sur l'évaluation de la qualité des pratiques médicales. Ce retour à une perspective professionnelle de l'évaluation a cherché à s'enrichir des apports de l'approche sociétale, notamment en termes de qualité de vie et de satisfaction des malades.

L'engagement de la discipline s'est fait selon 4 axes principaux :

- réaliser des enquêtes de pratique,
- élaborer des outils de bonne pratique clinique,
- en favoriser l'appropriation par les professionnels de santé,
- développer une recherche clinique en évaluation.

Enquêtes de pratique en hépatogastroentérologie

Des enquêtes de pratiques ont été réalisées dès le début des années 1990. La mise en évidence des variabilités des pratiques médicales était le moyen le plus efficace pour amener les professionnels à découvrir les raisons de cette variabilité. Cela leur permettrait aussi de prendre conscience des effets qui pouvaient en résulter en terme d'efficacité des soins délivrés. D'abord réalisées dans le cadre d'initiatives régionales, ces enquêtes de pratique ont été étendues à l'échelon national. Il a été ainsi réalisé en 1992, sous l'égide de la SNFGE, une enquête sur la pratique de l'endoscopie digestive haute en France et sur l'opinion des malades chez lesquels cet examen était réalisé. Des études analogues ont été effectuées les années suivantes, portant sur d'autres domaines de la pratique clinique en hépatogastroentérologie, comme celle réalisée en 1996 par l'Association nationale des gastroentérologues des hôpitaux non universitaires sur les conditions de réalisation et les résultats des coloscopies. La variabilité des pratiques a été mise en évidence en cancérologie digestive grâce aux données des

registres.

Recommandations médicales et professionnelles en hépato-gastroentérologie

La SNFGE a été une des premières sociétés scientifiques à s'engager dans leur élaboration. Ces recommandations, basées sur un niveau de preuve scientifique ou sur un accord professionnel fort, ont été développées selon les règles méthodologiques établies par l'ANAES. Ont été ainsi réalisées, depuis 1995, cinq conférences de consensus (maladie ulcéreuse gastro-duodénale et *Helicobacter pylori*, hépatite C, cancer du côlon, reflux gastro-œsophagien, pancréatite aiguë), toutes labellisées par l'ANAES. La SNFGE a été également impliquée comme partenaire dans la réalisation d'autres conférences de consensus, comme celles concernant le cancer du rectum, le sevrage du malade alcoolo-dépendant et tout récemment les modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo-dépendant après un sevrage. De nombreuses recommandations pour la pratique clinique ont été par ailleurs rédigées, recommandations établies sous l'égide ou en association avec d'autres sociétés : anti-ulcéreux, échographie abdominale, manométrie œsophagienne, recommandations sur le traitement de l'ensemble des cancers digestifs par la FFCD, incontinence anale de l'adulte, procédures de désinfection des endoscopes (SFED), pH-métrie œsophagienne, traitement de la maladie hémorroïdaire (SNFCP). Consciente de la nécessité d'actualiser régulièrement les recommandations, la SNFGE a effectué en 1999 une révision des conclusions de la conférence de consensus de 1995 sur maladie ulcéreuse gastro-duodénale et *Helicobacter pylori*, en employant une méthodologie apparentée à celle utilisée pour les recommandations. Sont en cours d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique concernant la ponction-biopsie du foie (en co-promotion avec l'AFEF) et les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Des fiches d'information concernant chaque acte d'endoscopie diagnostique ou thérapeutique et destinées aux malades ont été établies par la SFED ; des recommandations sur les indications de la coloscopie et de l'endoscopie digestive haute ont été également publiées.

Appropriation par les professionnels de santé des recommandations en hépato-gastroentérologie

Différentes actions ont été menées dans ce sens. L'intégralité des recommandations établies a été diffusée à l'ensemble de la profession par l'intermédiaire de *Gastroentérologie clinique et biologique* et d'autres revues médicales de langue française. Les conférences de consensus et les recommandations pour la pratique clinique ayant le label de l'ANAES ont bénéficié des moyens de communication de cette agence. L'évaluation de la qualité des soins a par ailleurs été introduite dans les actions de formation médicale continue à l'échelon national. Un des 4 modules du séminaire annuel de formation continue organisé par la SNFGE en 1997 a été consacré à cette thématique et notamment à la

méthodologie d'élaboration des recommandations médicales et professionnelles. L'évaluation de la qualité de vie après la chirurgie digestive a été le thème retenu pour l'un des 4 modules du séminaire organisé en 1999. L'ensemble des textes des conférences de consensus et des recommandations de pratique clinique est disponible sur le site Internet de la SNFGE [<http://www.snfge.org>].

Recherche clinique en évaluation en hépato-gastroentérologie

Afin de développer des projets de recherche dans le domaine de l'évaluation, un Fonds d'aide à l'évaluation de la qualité des soins a été créé en 1997. L'appel d'offre concerne particulièrement les enquêtes de pratiques, l'élaboration et la validation d'outils de mesure de résultats (comme les questionnaires de qualité de vie ou de satisfaction), la mesure d'impact des recommandations médicales et professionnelles, la mise au point d'indicateurs de qualité des soins et l'évaluation des réseaux de soins. Une somme de 300 000 francs est allouée chaque année par le conseil scientifique de ce fonds d'aide, ce qui a permis de soutenir 12 projets depuis sa création. Les résultats des études financées par le fonds d'aide sont présentés aux Journées francophones de pathologie digestive, puis publiés dans *Gastroentérologie clinique et biologique*.

La SNFGE a également décidé la création en 1999 d'une commission de la qualité des soins. Le principal objectif que s'est donnée cette commission a été de développer les moyens pour faciliter l'appropriation par les médecins des recommandations médicales et professionnelles. Les mesures d'impact, comme celle qui vient d'être réalisée à la suite de la conférence de consensus sur le reflux gastro-œsophagien, montre en effet qu'une large

diffusion des recom-mandations modifie peu les pratiques.

Le moyen d'intervention qui paraît le plus efficace pour aider les professionnels de santé à modifier leurs pratiques est représenté par les rappels au moment de la prise de décision. Différents types de support de rappel peuvent être utilisés : le papier et surtout l'outil informatique. Les rappels informatiques ont l'avantage de mettre à la disposition des professionnels, au moment où ils en ont besoin, toutes ces procédures recommandées dans une situation clinique donnée. Deux actions sont actuellement menées dans ce domaine :

- la rédaction d'un thésaurus de bonnes pratiques en cancérologie digestive,
- la mise au point d'un compte rendu informatisé pour les comités pluridisciplinaires en oncologie digestive.

Elaboré à partir des recommandations actuellement disponibles, le thésaurus de bonnes pratiques en cancérologie digestive, apportera un outil pour la pratique et la recherche clinique régulièrement actualisé, aisément accessible sur le site Internet de la SNFGE [<http://www.snfge.org>]. Les procédures diagnostiques et thérapeutiques utilisables pour les malades atteints de cancers digestifs seront ainsi mises à la disposition des cliniciens, sous une forme conviviale et sur un site sécurisé. Une mise à jour annuelle de ce thésaurus sera effectuée.

Un fichier informatique, développé depuis plus d'un an par un comité pluridisciplinaire en oncologie digestive au CHU de Bordeaux, est en cours de finalisation technique. Cet outil permet d'obtenir un compte-rendu immédiat des décisions prises en unité de concertation pluridisciplinaire. Il devrait permettre ultérieurement, par l'intermédiaire d'un serveur national, d'effectuer une gestion statistique et épidémiologique des données sur les malades atteints de cancer digestif pris en charge par la communauté médico-chirurgicale hépato-gastroentérologique en France.

Perspectives de qualité en hépato-gastroentérologie

Le bilan des actions réalisées depuis 1990 permet d'identifier les limites et les insuffisances de ces actions. L'évaluation doit être développée dans cinq directions qui sont complémentaires les unes des autres.

- Les recommandations médicales et professionnelles doivent être complétées par des documents à la fois simples et valides, concernant notamment le suivi des traitements et des pathologies chroniques, destinés aux hépato-gastroentérologues et surtout aux médecins généralistes. Développer cette action est prioritaire car on sait que la qualité des soins dépend avant tout de leur suivi et de leur coordination et que dans ce domaine la place des médecins généralistes est prépondérante. Soixante-dix pour cent des médicaments sont en effet utilisés pour des pathologies chroniques et plus de 80 % des prescriptions sont effectuées par les médecins généralistes. Afin que les recommandations soient disponibles en temps réel, il faut mettre au point des rappels informatiques disponibles en ligne et donc développer des systèmes de communication sécurisés entre des serveurs nationaux et les différents lieux d'exercice professionnel. L'effort d'actualisation des recommandations doit être par ailleurs poursuivi. Chaque acteur de la discipline doit se sentir responsable de la diffusion de ces recommandations dans le cadre de la formation universitaire et de la formation médicale continue, ce qui est encore loin d'être le cas.

- Il faut se donner les moyens de mesurer l'impact des différents outils de bonne pratique clinique sur l'amélioration de la qualité des soins en termes d'organisation et surtout de résultats. Cela passe par l'élaboration d'indicateurs de qualité des soins. De ce fait, en vue d'en favoriser la maîtrise conceptuelle et méthodologique, le thème des indicateurs a fait l'objet d'une conférence lors des Journées francophones de pathologie digestive 2000, accessible comme toutes les recommandations médicales et professionnelles établies depuis 1995, sur le site Internet de la SNFGE.

- Il y a eu quelques expériences de démarche qualité dans certains services d'hépatogastroentérologie au sein des établissements hospitaliers publics et privés. Cet effort est insuffisant. Il faut que la discipline saisisse l'occasion de l'accréditation pour mettre en place de telles actions. C'est en effet la meilleure méthode pour agir sur les facteurs organisationnels qui sont les principales causes de la non-qualité dans les activités de soins.

C'est par ailleurs le meilleur moyen pour construire des indicateurs de qualité impliquant les acteurs du terrain.

- Il faut intégrer positivement dans la discipline la dimension médico-économique de l'évaluation, qui en est à l'heure actuelle pratiquement totalement absente. La prise en compte du rapport coût-efficacité des procédures diagnostiques et thérapeutiques doit être développée dans les années à venir.

- La recherche en évaluation doit enfin continuer à être soutenue, en suscitant tout particulièrement des travaux concernant la qualité de vie et la satisfaction des malades, les indicateurs de qualité et le fonctionnement des réseaux de soins.

Evaluation des pratiques en cancérologie digestive

Les référentiels en cancérologie digestive

On compte trois référentiels nationaux :

- Les recommandations de la FFCD envisagent les différentes situations cliniques pour chaque organe digestif. Elles privilégient l'inclusion dans les essais thérapeutiques. Hors essai, les recommandations sont fondées sur l'analyse de la littérature ou les conclusions d'éventuelles conférences de consensus (evidence based medicine). Les options sont des pratiques acceptables mais fondées sur des données de moindre qualité ou des accords d'experts. Ces recommandations envisagent le bilan et le suivi après traitement. Elles sont mises à jour tous les deux ans.

- Les recommandations du GERCOR, plus succinctes, abordent pour chaque organe l'épidémiologie, les méthodes et stratégies thérapeutiques en quelques lignes, et citent à la fin de chaque chapitre les essais thérapeutiques du GERCOR (et les essais d'autres groupes pour l'œsophage, le rectum et l'anus). Il s'agit d'un aide mémoire à usage interne. La mise à jour est annuelle.

- Les Standard Options Recommendations (SOR) de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) poursuivent un but différent. Pour chaque localisation traitée (en digestif : côlon, rectum, pancréas, œsophage, foie), une large revue de la littérature est effectuée, comprenant des articles sur l'épidémiologie, les explorations et les traitements (phases II et III). Une large place est faite aux méthodes thérapeutiques et à l'historique des traitements, résumés sous forme de tableau. Les recommandations proprement dites (textes et arbres décisionnels) sont courtes et ne mentionnent pas les différents essais en cours.

En 1995, le chapitre sur le cancer de l'œsophage avait 37 pages avec 158 références et 11 tableaux ; celui sur le cancer du côlon, 75 pages, 362 références et 13 tableaux. Ce caractère encyclopédique fait la force et la faiblesse de cet ouvrage qui procure une vue d'ensemble sur l'évolution des traitements mais est d'un abord plus difficile que les deux précédents référentiels. On doit cependant souligner le caractère très rigoureux de la méthodologie, précisant pour chaque recommandation son niveau de preuve. La mise à jour des SOR de 1995 a été faite en 1998 ; une deuxième mise à jour est en cours.

Des référentiels régionaux ont été élaborés à partir des référentiels nationaux (Champagne-Ardenne, Bourgogne, Centre). Ces référentiels retiennent une ou deux possibilités thérapeutiques lorsqu'un choix est possible entre plusieurs essais multicentriques.

Les référentiels nationaux sont-ils discordants ?

Le *tableau 77* reprend les principaux éléments de comparaison entre les référentiels existants sur 5 localisations.

Tableau 77. Comparaison entre référentiels nationaux de cancérologie digestive

	Concordance des recommandations	Remarques de méthode
Cancer de l'œsophage	Les 3 référentiels sont concordants	Seuls la FFCD et le GERCOR font mention des essais thérapeutiques
Cancer de l'estomac	Dans les formes résécables, la FFCD ne recommande aucun traitement adjuvant contrairement au GERCOR qui le discute dans certaines formes. Dans les formes avancées et/ou métastatiques, concordance en faveur de la chimiothérapie palliative	Deux référentiels citent certains des essais en cours Le SOR n'est pas disponible
Cancer du pancréas	Les 3 référentiels sont concordants pour recommander l'exérèse chirurgicale des formes localisées résécables et la chimiothérapie palliative des formes avancées et/ou métastatiques ; le type de chimiothérapie varie	La FFCD cite les essais thérapeutiques disponibles en France et le GERCOR certains d'entre eux Seuls les SOR détaillent le bilan pré-thérapeutique
Cancer du côlon	Pour les 3 référentiels, la chimiothérapie adjuvante (FUFOL) est un standard dans les stades III. Dans les stades II, c'est une option pour les SOR et le GERCOR, pas pour la FFCD. La chimiothérapie palliative est recommandée par les 3 référentiels	Les 3 référentiels recommandent la classification TNM sur la pièce d'exérèse, les SOR laissant le choix avec les classifications de Dukes et d'Astler-Coller Les SOR détaillent les modalités du traitement chirurgical, la FFCD renvoie au texte de la conférence de consensus de 1998 La FFCD cite les essais disponibles en France, le GERCOR cite ses propres essais
Cancer du rectum	En accord avec la conférence de consensus (1994), les 3 référentiels proposent une radiothérapie préopératoire pour les lésions T3, T4 et/ou N+ Les 3 référentiels citent la chimiothérapie adjuvante après traitement radiochirurgical comme une option. Ils proposent tous les 3 une chimioradiothérapie dans les formes jugées inextirpables	Les SOR et la FFCD abordent la question de la qualité de l'exérèse et les traitements locaux des petits cancers du rectum Seule la FFCD cite les essais disponibles en France

Conférences de consensus, recommandations de pratique clinique en cancérologie digestive

Deux cancers digestifs ont fait l'objet d'une conférence de consensus en France :

- le cancer du rectum : Paris, décembre 1994,

- le cancer du côlon : Paris, janvier 1998.

L'impact de ces conférences sur les pratiques a commencé à être évalué (voir plus loin).

Des recommandations de l'ANAES ont été éditées en 1997 concernant l'utilisation des marqueurs sériques dans

les cancers colorectaux et la coloscopie.

Hétérogénéité des pratiques en cancérologie digestive

Les registres spécialisés des cancers digestifs ont favorisé la recherche sur les pratiques de soins. En raison de leur fréquence, un intérêt particulier a été porté aux cancers colorectaux.

La prise en charge thérapeutique des cancers du côlon a été étudiée en détail dans 7 départements français en 1990. Elle était homogène en ce qui concerne le traitement principal, c'est-à-dire l'exérèse du cancer. Le taux de résection chirurgicale et endoscopique (91 %) ne variait pas d'un département à l'autre. En revanche, le nombre de ganglions examinés sur la pièce opératoire (8 en moyenne) était significativement différent d'un département à l'autre ; le pourcentage de comptes rendus mentionnant l'examen de moins de 8 ganglions varie de 25 à 80 %. Au vu de ces données, la conférence de consensus a insisté sur le fait qu'au moins 8 ganglions devaient être examinés pour savoir avec une forte probabilité si les ganglions sont ou non envahis. Un nombre insuffisant de ganglions prélevés peut pénaliser le malade dans la mise en œuvre d'un traitement efficace.

De même, le taux de malades opérés en urgence (globalement 15 %) variait significativement d'un département à un autre (5,7 à 20,8 %). Cette hétérogénéité géographique persistait après la prise en compte des autres facteurs (âge, statut métastatique). Le jury de la conférence de consensus a insisté sur le fait qu'une intervention différée de quelques heures peut être préférable à une intervention en urgence. De la même façon, le taux de stomies variait significativement (entre 10 et 25 %), même après la prise en compte des autres facteurs (localisation du cancer, statut métastatique, âge, sexe, chirurgie d'urgence ou élective).

En 1995, 5 ans après la démonstration de l'efficacité de la chimiothérapie en situation adjuvante dans les cancers de stade III, 45 % des malades de moins de 80 ans avaient ce traitement (avec des variations entre 38 et 50 %). Dans les cancers de stade II pour lesquels les traitements évalués n'étaient pas supérieurs à l'abstention thérapeutique, 24 % étaient traités (avec des extrêmes de 10 à 35 %). Une enquête Louis Harris réalisée en 2000 chez 742 malades opérés d'un cancer colique stade C et recevant une chimiothérapie, répartis dans 79 structures publiques ou privées représentatives de la prise en charge du cancer colique en France, montre que 37 % seulement des malades reçoivent un schéma FUFOL tel qu'il était recommandé par la conférence de consensus ; 37 % reçoivent un schéma type LV5FU2 et 26 % un autre schéma.

Les données indiquent qu'il existe une certaine hétérogénéité des pratiques qui ne peut être mesurée que par des enquêtes ponctuelles. Elles permettent de mieux connaître les besoins en formation des spécialistes et des généralistes.

Indicateurs de résultats en cancérologie digestive

Les registres de cancers digestifs représentent un outil privilégié dans ce domaine. Ils permettent de connaître les pratiques réellement en usage.

Les registres français (FRANCIM) et européens (EUROCARE) ont récemment évalué l'évolution du pronostic des cancers au cours du temps. Ainsi, dans le cancer de l'œsophage, la survie relative à 5 ans est passée en Europe de 5 à 9 % entre la fin des années 1970 et la fin des années 1980. Dans les cancers colorectaux, la survie relative à 5 ans est passée en Europe de 40 à 48 % pour le cancer du côlon et de 38 à 46 % pour le cancer du rectum entre la fin des années 1970 et la fin des années 1980. Cette amélioration du pronostic a été plus forte en France où la survie relative à 5 ans est passée de 42 à 58 % pour le cancer du côlon et de 39 à 54 % pour le cancer du rectum. Les résultats témoignent de la qualité de notre système de santé.

Chapitre IV - Organisation de la discipline

4.7 L'hépatogastroentérologie française et l'Europe

Les pays occidentaux sont tous confrontés à une augmentation des dépenses de santé qui croissent plus vite que leurs ressources. Cette augmentation résulte de l'allongement de la durée de vie, du développement des techniques de diagnostic et de soins plus coûteuses et de l'exigence d'un niveau de soins élevé par la population.

Face à cette évolution, chaque pays tente d'apporter sa solution en fonction de l'organisation de son système de soins, de ses ressources et de ses traditions socio-politiques. Un groupe de réflexion d'hépatogastroentérologie euro-péen s'est constitué à l'initiative de médecins francophones (France, Belgique) et publiera sous peu ses conclusions.

Dans ce contexte, une harmonisation européenne de la formation des hépatogastroentérologues est incontournable.

Structure de l'UEMS

L'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS) a été créée en 1958. L'UEMS est une union professionnelle représentant plus de 450 000 médecins spécialistes en activité.

Depuis 1991, l'Union européenne (UE) essaie de promouvoir une qualité des soins médicaux égale pour chacun de ses ressortissants. Elle s'est constituée en sections pour les différentes spécialités et chaque section est constituée de deux à trois membres par pays de l'Union. Pour la France, les membres appartenant à la section d'hépatogastroentérologie sont au nombre de trois : deux sont délégués par le syndicat libéral (le SYNMAAD) et un représente le corps académique nommé par la Collégiale des hépatogastroentérologues universitaires avec l'aval de la Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE). Deux de ces trois membres (l'un libéral et l'autre hospitalo-universitaire) appartiennent au bureau des spécialistes.

La section et le bureau des spécialistes hépatogastroentérologues européens se réunissent deux fois/an dont une fois en même temps que la semaine européenne hépatogastroentérologie (European Digestive Disease Week, EDDW). C'est un hépatogastroentérologue français libéral, le Dr Michel Greff, qui a occupé d'abord le poste de Président de la section d'hépatogastroentérologie de l'UEMS et qui occupe le poste de président du bureau depuis 1998.

Le budget de fonctionnement de la section est assuré par une cotisation payée par le SYNMAAD. Les frais de réunion sont pris en charge par le pays hôte (pour la France, le SYNMAAD et la SNFGE).

Buts de l'UEMS et de son bureau

Ils sont les suivants :

Création d'un cursus commun de formation des hépatogastroentérologues dans toute l'union européenne (UE)

La diversité des systèmes de la formation des médecins spécialistes au sein de l'UE rend la tâche malaisée. Toutefois, un consensus s'est établi pour que la durée de formation soit au minimum de 5 ans : 2 ans de tronc commun (médecine interne) et 3 années de spécialité. Nous avons donc en France une durée de formation plus courte pour les internes de spécialité, sauf s'ils complètent leur internat par un clinat de 2 ans. La formation « à l'Européenne » sera sanctionnée par la délivrance d'un diplôme européen de « Fellow » du Collège européen.

Définition de critères de qualité en hépatogastroentérologie

• **Exigences requises pour l'exercice de l'hépatogastroentérologie**

- le candidat doit avoir satisfait à la formation en hépatogastroentérologie dans son propre pays,
- le centre où cette formation a été acquise doit être reconnu par le Collège européen d'hépatogastroentérologie approuvé par l'UEMS,
- le programme doit comporter une formation de base théorique et pratique, cette dernière incluant la responsabilité de malades hospitalisés et de consultations et la participation aux activités de recherche clinique, y compris les publications.

• **Exigences de base**

- acquisition de la formation médicale de base,
- formation spécialisée incluant l'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie et le traitement selon les critères de qualité élaborés par le Collège européen d'hépatogastroentérologie,
- connaissance pratique et expérience de l'interprétation des examens biologiques, fonctionnels, immunologiques et d'imagerie médicale,
- connaissance de l'éthique et de l'économie de santé et du travail se rapportant à la médecine.

• **Exigences pratiques**

- acquisition de critères de formation sous surveillance appropriée selon deux niveaux :
 - . niveau 1, dit de base, comprenant l'apprentissage des pratiques de base de la spécialité;
 - . niveau 2 comportant les pratiques optionnelles qui ne peuvent être acquises qu'après l'obtention du niveau 1(tableau 78) ;
- un carnet de stage est exigé retenant en détail chaque examen pratique et contresigné par le maître de stage ; le candidat doit faire état :
 - . de deux contributions à une réunion d'une société nationale ou internationale d'hépatogastroentérologie au cours desquelles les résumés sont sélectionnés par un comité d'experts,
 - . d'une participation active à deux publications dans des journaux cités dans les « current contents » ou jugés d'un niveau comparable,
 - . d'une participation à une formation continue en connaissances pratiques et théoriques pour les acquis des deux niveaux.

Agrément des centres formateurs en hépatogastroentérologie

La section et le bureau ont entrepris de « labelliser » les centres de formation en hépatogastroentérologie des spécialistes européens en les accréditant pour l'instant au sein des universités, mais potentiellement en dehors de celles-ci.

Les centres formateurs seront agréés après une visite de deux membres du « board », de nationalité différente de celle du centre visité. Cet agrément sera délivré sur les critères suivants :

- encadrement assuré par au moins deux hépatogastroentérologues seniors ayant une position académique dans un centre ayant une activité clinique suffisante,

- relations de travail étroites assurées avec les chirurgiens digestifs, les radiologues et les anatomo-pathologistes,
- accès à un nombre suffisant de lits d'hospitalisation pour les malades atteints de pathologie digestive assurant en particulier un recrutement en hémorragies digestives, insuffisances hépatiques, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin,
- proposition d'au moins une consultation par semaine au spécialiste en formation,
- présence d'une unité d'endoscopie capable d'assurer les gastroscopies, les coloscopies et les CPRE,
- accès facile à l'échographie abdominale,
- accès à un laboratoire de biologie performant,
- accès facile à une bibliothèque, un site Internet, un bureau,
- participation à des conférences cliniques conjointement avec les radiologues et les anatomo-pathologistes.

À l'inverse des Belges, des Suédois, de quelques Irlandais du Sud et de quelques Italiens et surtout des Anglais, les Français n'ont fait la demande d'accréditation que pour quelques rares centres universitaires. Cette situation est d'autant plus déplorable que la grande majorité, sinon tous les CHU français, ont l'ensemble des conditions requises pour être accrédités d'emblée. Le représentant de l'institution académique a insisté, à plusieurs reprises, lors de son

discours lorsqu'il était président de la SNFGE et lors des réunions de la Collégiale des hépatogastroentérologues universitaires français, sur la nécessité de cette accréditation européenne.

Tableau 78. Niveaux d'exigences requis par le collège européen pour l'acquisition du diplôme européen pour les actes médico-techniques de la discipline

Niveau 1 de base	Nombre requis
Échographie abdominale	300
Ponctions sous échographie	30
Œso-gastroscopie	300
Sclérose des varices œsophagiennes et hémostase du tractus digestif supérieur	30
Coloscopie totale	100
Polypectomies coliques et hémostases du tractus digestif inférieur	50
Proctoscopie	100
Biopsies hépatiques avec ou sans échographie et/ou laparoscopie	50

Niveau 2 de pratique optionnelle	Nombre requis
Endoscopie thérapeutique (laser, dilatation, etc.)	100
Cholangio-pancréatographie endoscopique rétrograde (CPRE) diagnostique et thérapeutique (sphinctérotomie, extraction de calculs, prothèse...)	150
Laparoscopie diagnostique et thérapeutique	50
Manométrie, pHmétrie	50
Échoendoscopie	150
Proctologie instrumentale	80
Hépatologie avancée dans le domaine de la transplantation et des hépatopathies complexes	?

Les hépato-gastroentérologues français sont présents au sein de cette commission d'accréditation. Ils ne sont donc pas restés inactifs au sein de l'UE. Il est dommage que les injonctions formulées par nos représentants soient si mal prises en compte par la communauté française, notamment hospitalo-universitaire. Ce qui n'est actuellement que des recommandations se transformera (peut-être dans un jour proche) en directive européenne.

En ne faisant pas accréditer nos centres de formation initiale en hépato-gastroentérologie, le risque est aussi de voir des « fellows » aller de toute l'Europe, y compris de France, vers les pays scandinaves et l'Angleterre.

Le *Livre blanc de l'hépatogastroentérologie* (au moins sa version synthétique) fera l'objet d'une traduction anglaise et sera diffusé aux responsables intervenant au niveau de l'harmonisation européenne des formations et des pratiques.