

ÉTUDES et RÉSULTATS

décembre 2025
n° 1359

Endoscopies digestives : moins de recours pour les plus modestes et des délais qui s'allongent

Examen essentiel, l'endoscopie digestive permet de diagnostiquer et de prévenir les maladies du tube digestif, notamment le cancer colorectal, troisième cancer le plus fréquent en France. Entre 2014 et 2023, près de 2,1 millions de séjours hospitaliers avec endoscopie digestive ont eu lieu chaque année. Parmi eux, 41 % concernent une coloscopie seule, 25 % une endoscopie œso-gastro-duodénale seule (EOGD) et 30 % associent les deux examens. La majorité des patients sont pris en charge en ambulatoire (77 %), le plus souvent dans le secteur privé (71 %).

Le recours à l'endoscopie est resté globalement stable sur ces dix ans, hors période Covid-19, mais demeure toutefois marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales. En 2023, le taux de recours à la coloscopie atteint 256 personnes pour 10 000 habitants parmi les plus aisés, contre 157 parmi les plus modestes et varie du simple au double selon les départements.

Les délais d'accès se sont nettement allongés. En 2023, le délai médian entre une consultation de médecine générale et celle de gastro-entérologie s'élève à 33 jours (contre 21 jours en 2014), et à 40 jours entre la consultation spécialisée et l'examen (contre 22 jours en 2014). Une fois l'indication confirmée par le spécialiste, il faut compter 55 jours pour réaliser l'examen dans le secteur public contre 37 jours dans le privé lucratif.

Wilfried Bara et Diane Naouri (Drees),
avec la collaboration de Pr Robert Benamouzig (APHP, Conseil national professionnel d'hépato-gastro-entérologie)

L'endoscopie digestive intervient à toutes les étapes du parcours médical : du diagnostic (visualisation directe des muqueuses, détection de lésions, réalisation de biopsies) à la surveillance de maladies chroniques telles que les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI), notamment la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique, en passant par des interventions thérapeutiques peu invasives comme la résection de polypes¹. Parmi les techniques endoscopiques, l'endoscopie œso-gastro-duodénale (EOGD) et la coloscopie (**encadré 1**) jouent

un rôle central, notamment pour le dépistage et le diagnostic des cancers digestifs. Le cancer colorectal et le cancer gastrique sont respectivement la deuxième et la quatrième cause de mortalité par cancer dans le monde (Sung, et al., 2021). En France, le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent et le deuxième le plus létal, avec 48 000 nouveaux cas diagnostiqués et 17 000 décès en 2023 (INCa, 2023 ; Godet, et al., 2025). Malgré le fardeau de cette maladie, le taux de participation au programme national de dépistage organisé du cancer colorectal reste faible : en 2022, 34 % des ...

1. Traitement consistant à retirer complètement des polypes (excroissances anormales des tissus de la muqueuse) qui peuvent se former sur la paroi interne du tube digestif, notamment dans le côlon, le rectum ou l'estomac. Ces polypes sont généralement bénins, mais certains peuvent dégénérer en cancer s'ils ne sont pas enlevés.

••• personnes éligibles² y ont eu recours, un taux bien inférieur à ceux observés en Finlande (77 %), aux Pays-Bas (68 %), en Estonie (55 %) ou en Belgique (52 %) [Eurostat, 2025].

De nombreuses études ont démontré l'efficacité de la coloscopie dans la détection précoce du cancer colorectal et la réduction de la mortalité associée, grâce à l'ablation des lésions précancéreuses (polypes) [Wang, et al., 2024 ; Seitz, et al., 2022]. L'EOGD présente une efficacité similaire dans la prévention des cancers gastro-œsophagiens, en permettant notamment de détecter la bactérie *Helicobacter pylori*, impliquée dans plus de 80 % des cancers gastriques (Zhang, et al., 2025).

Dans ce contexte, l'accès aux endoscopies digestives reste un problème de santé publique. Il dépend à la fois de l'offre de soins spécialisés en gastro-entérologie et des caractéristiques socio-territoriales des patients, qui influent sur leur capacité à accéder à une consultation spécialisée (localisation géographique, recours aux structures privées, etc.). Si la répartition inégale des ressources médicales sur le territoire est bien documentée, son impact sur le recours à l'endoscopie digestive reste encore peu exploré. Cette étude vise à analyser les inégalités sociales et territoriales de recours aux endoscopies digestives en France. Elle décrit également l'évolution des délais d'accès à ces examens.

Coloscopie et EOGD, les principaux actes d'endoscopie digestive

Entre 2014 et 2023, 29 millions d'actes d'endoscopie digestive ont été réalisés en France, au cours de 21 millions de séjours hospitaliers (plusieurs actes pouvant être réalisés durant la même hospitalisation). Ils concernent 13,3 millions de patients et représentent en moyenne 2,1 millions de séjours par an, soit 8 % de l'ensemble des hospitalisations dans les unités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) [tableau 1]. Parmi les patients pris en charge avec une endoscopie, quatre sur dix ont bénéficié d'une coloscopie seule, un sur quatre d'une endoscopie œso-gastro-duodénale (EOGD) seule, et trois sur dix des deux examens, souvent réalisés au cours de la même anesthésie générale. Dans les séjours comportant une coloscopie, près de quatre patients sur dix nécessitent également un geste thérapeutique, principalement une résection de polype.

La majorité des patients bénéficiaires d'endoscopies digestives sont pris en charge en ambulatoire, c'est-à-dire sur une seule journée, sans nuitée à l'hôpital (77 %). Une hospitalisation conventionnelle (avec nuitée) est nécessaire pour 15 % des patients, tandis que 8 % des endoscopies sont réalisées dans un contexte d'urgence avec une admission directe aux urgences ou en unités de soins intensifs ou de réanimation.

Dans l'ensemble, 84 % des actes d'endoscopie sont effectués sous anesthésie générale : 88 % pour les coloscopies et 84 % pour les EOGD. En ambulatoire, presque tous les patients (97 % pour la coloscopie et 98 % pour les EOGD) en bénéficient, principalement pour le confort et pour faciliter la réalisation de l'examen (tableau complémentaire A)³. En revanche, dans les contextes d'hospitalisation conventionnelle ou d'urgence, l'utilisation de l'anesthésie générale est moins fréquente. Elle est administrée dans 52 % des endoscopies réalisées en cours d'hospitalisation et seulement dans 26 % de celles effectuées en situation d'urgence. Ce moindre recours à l'anesthésie s'explique probablement par l'urgence de

Encadré 1 Définitions

L'endoscopie digestive est un examen médical qui permet de visualiser l'intérieur du tube digestif à l'aide d'un endoscope, un tube souple équipé d'une mini-caméra. Cet examen est le plus souvent réalisé dans une indication diagnostique pour rechercher la cause de symptômes digestifs (ulcères, hémorragies, inflammations), détecter des lésions précancéreuses (comme les polypes), effectuer des biopsies à des fins d'analyse ou surveiller des maladies digestives chroniques. L'endoscopie peut également avoir une visée thérapeutique, notamment pour retirer des polypes, traiter des saignements ou dilater des sténoses. L'examen est généralement réalisé en milieu hospitalier, en salle dédiée ou au bloc opératoire, le plus souvent sous anesthésie générale. Dans la majorité des cas, il s'effectue en ambulatoire, avec un retour à domicile quelques heures après l'intervention. On distingue deux grands types d'endoscopie digestive : l'endoscopie œso-gastro-duodénale (EOGD), qui explore la partie haute du tube digestif, et la coloscopie, qui permet d'en examiner la partie basse.

Tableau 1 Hospitalisation des patients bénéficiaires d'actes d'endoscopie, de 2014 à 2023

	2014	2023	Moyenne 2014-2023
Séjours avec au moins un acte d'endoscopie (en %)			
Coloscopie seule	41	40	41
Coloscopie et EOGD ¹	29	32	30
EOGD seule	26	23	25
Autres	4	5	5
Âge médian (en années) [1^{er} quartile ; 3^e quartile]	61 [49-71]	62 [51-72]	62 [50-71]
Mode de prise en charge (en %)			
Ambulatoire	73	81	77
Hospitalisation	17	12	15
Urgence	10	7	8
Nombre de séjours avec actes d'endoscopie	2 026 310	2 203 735	2 100 822
Parts des séjours avec actes d'endoscopie par an (en %)	8	7	8

1. EOGD : endoscopie œso-gastro-duodénale.

Lecture > En 2023, 2,2 millions de patients ont été admis au moins une fois dans les unités de soins de courte durée (MCO) pour une procédure d'endoscopie digestive. Parmi eux, 40 % ont bénéficié d'une coloscopie seule. De plus, la moitié d'entre eux avaient entre 51 et 72 ans et la moitié, moins de 62 ans.

Champ > France, hors Mayotte.

Source > Système national des données de santé (SNDS), données PMSI-MCO, de 2014 à 2023.

> Études et Résultats n° 1359 © Drees

la procédure, comme en cas d'hémorragie digestive, qui nécessite une prise en charge rapide (sans possibilité d'une préparation anesthésique préalable), ou par l'état clinique du patient, pouvant contre-indiquer une anesthésie générale.

Sept endoscopies sur dix ont lieu dans le secteur privé

En France, la majorité des patients ayant recours à l'endoscopie digestive relèvent du secteur privé, qui concentre 71 % de l'activité totale : 61 % pour le privé à but lucratif et 9 % pour le privé à but non lucratif, contre 29 % pour les hôpitaux publics, dont 9 % dans les

2. Personnes âgées de 50 à 74 ans ne présentant ni symptômes ni antécédents de coloscopie de dépistage récente (dans les deux années précédentes) et considérées à risque moyen de cancer colorectal (sans antécédents personnels ou familiaux).

3. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à cette étude (lien en fin de publication).

centres hospitaliers universitaires (CHU) [tableau complémentaire B]. Les conditions de prise en charge diffèrent sensiblement selon le type d'établissement. Les patients accueillis dans le secteur privé lucratif bénéficient le plus souvent d'une endoscopie ambulatoire (89 %), alors que le cas est nettement moins fréquent dans les hôpitaux publics (52 %). L'âge des patients varie aussi fortement en fonction des établissements. Dans le secteur privé lucratif, ils sont plus jeunes que dans le secteur public, avec un âge médian inférieur de quatre ans (60 ans, contre 64 ans), et sont moins représentés aux tranches d'âge extrêmes (3 %, contre 4 % chez les moins de 25 ans, et 14 %, contre 24 % chez les 75 ans ou plus).

D'un point de vue social, les prises en charge diffèrent, tant en matière de structure d'accueil que de contexte : secteur privé par rapport au secteur public dans le premier cas, prise en charge programmée ou en urgence dans le deuxième. Entre 2014 et 2021, les patients les plus aisés⁴ se sont dirigés plus souvent vers des établissements privés à but lucratif (73 %) que les patients les plus modestes (54 %). Ils sont également plus nombreux à bénéficier d'une prise en charge ambulatoire (88 %, contre 69 %). À l'inverse, les patients les plus modestes ont davantage recours aux endoscopies dans un contexte de prise en charge en urgence (11 %, contre 4 % parmi les plus aisés), traduisant des parcours de soins plus tardifs et parfois moins anticipés (tableau 2).

Un recours à l'endoscopie stable depuis dix ans, hors période de Covid-19

Le nombre de séjours avec endoscopie est passé de 2,0 millions en 2014 à 2,2 millions en 2023, soit une hausse de 9 %. Cette évolution reflète avant tout le vieillissement de la population, car le taux de recours standardisé sur l'âge et le sexe (encadré 2) est resté globalement stable, autour de 270 personnes pour 10 000 habitants. Les coloscopies concernent en moyenne 200 personnes pour 10 000 habitants et les EOGD, 153 personnes pour 10 000 habitants

sur la période. Selon l'âge, le recours à la coloscopie varie fortement : un pic est atteint entre 50 et 74 ans (463 pour 10 000 habitants), avec une augmentation progressive du taux de recours par tranche d'âge quinquennale allant de 344 pour 10 000 habitants chez les 50-54 ans à 590 personnes pour 10 000 habitants chez les 70-74 ans (tableau complémentaire C).

L'année 2020 représente une exception : l'activité d'endoscopie a reculé de 16 % dans les services de gastro-entérologie par rapport à la période 2018-2019. Cette diminution s'inscrit dans une tendance de baisse généralisée des actes et procédures peu invasifs observée durant cette année (Naouri, 2021), en raison des déprogrammations massives et de la réorientation des capacités hospitalières vers la prise en charge de la pandémie de Covid-19. Elle représenterait environ 250 000 coloscopies non réalisées au cours des six premiers mois de la crise sanitaire en France (Meyer, et al., 2021). L'activité reprend en 2021, mais ne retrouve son niveau d'avant-crise sanitaire qu'en 2023.

Des taux de recours territoriaux allant du simple au double

Les taux de recours aux endoscopies digestives présentent de fortes disparités géographiques, avec des écarts territoriaux allant du simple au double selon le département de résidence du bénéficiaire. Après standardisation sur l'âge et le sexe, les taux de recours les plus élevés sont observés dans les Alpes-Maritimes (409 endoscopies pour 10 000 habitants), la Haute-Corse (401), les Bouches-du-Rhône (355) et la Corse-du-Sud (351), tandis que les plus faibles sont constatés en Guyane (169), en Charente (170), en Martinique (173), dans l'Orne (179) ou encore dans le Haut-Rhin (188) [carte 1]. Ces écarts sont plus marqués pour les EOGD que pour les coloscopies (respectivement de 66 pour 10 000 habitants en Charente à 300 en Haute-Corse et de 99 en Guyane à 292 dans les Alpes-Maritimes) [tableau complémentaire D].

Tableau 2 Répartition par dixièmes de niveau de vie des patients ayant bénéficié d'une endoscopie digestive selon le type d'établissement, le mode de prise en charge et l'acte réalisé, de 2014 à 2021

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Ensemble
Statut juridique de l'établissement											
Privé lucratif	54	52	53	57	59	61	64	66	69	73	62
Privé non lucratif	9	9	9	9	9	9	9	9	9	10	9
Public	37	39	38	35	32	30	27	25	22	17	29
CHU ¹	13	12	11	10	9	8	8	7	7	6	9
Mode de prise en charge											
Ambulatoire	69	65	67	71	75	77	80	82	85	88	77
Hospitalisation conventionnelle	21	23	22	19	17	15	14	13	11	9	15
Hospitalisation d'urgence	11	12	12	10	8	7	7	6	5	4	8
Acte d'endoscopie réalisé											
Coloscopie seule	30	33	36	39	41	42	44	45	47	48	41
Coloscopie et EOGD ²	30	30	30	30	30	30	30	30	30	31	30
EOGD seule	35	33	29	27	25	23	22	21	19	18	24
Autres	5	5	5	5	4	5	4	4	4	3	4
Coloscopie	60	62	66	69	71	73	74	75	77	79	72
EOGD	65	62	59	57	55	53	52	51	49	49	54

1. CHU : centre hospitalier universitaire

2. EOGD : endoscopie céso-gastro-duodénale.

Note > La répartition s'effectue ici par dixièmes de niveau de vie, qui classent la population selon ses revenus, du 1^{er} dixième (D1), soit les 10 % de ménages aux revenus les plus faibles, au dernier dixième (D10), les 10 % aux revenus les plus élevés.

Lecture > 73 % des personnes les plus aisées (D10) ayant bénéficié d'une endoscopie digestive ont été prises en charge dans un établissement privé à but lucratif, contre 17 % dans le public.

Champ > Patients ayant effectué au moins un séjour avec endoscopie sur la période 2014-2021. France, hors Mayotte.

Sources > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1359 © Drees

4. Les patients les plus aisés appartiennent à la catégorie des 10 % de la population au niveau de vie le plus élevé, les plus modestes aux 10 % de la population ayant le niveau de vie le plus faible.

Encadré 2 Sources et méthode

Les données mobilisées pour cette étude proviennent du système national des données de santé (SNDS). Elles regroupent les informations individuelles issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les établissements publics et privés, ainsi que l'ensemble des remboursements de soins de ville disponibles dans le datamart de consommation inter-régime (DCIR). Pour un échantillon de la population, ces données ont été enrichies par des variables socio-économiques provenant de l'échantillon démographique permanent (EDP) produit par l'Insee. L'appariement entre le SNDS et l'EDP constitue la base EDP-Santé (Dubost, Leduc, 2020), qui couvre environ 4,4 % de la population résidant en France sur la période de 2008 à 2021.

Champ d'étude

Cette étude s'appuie sur plusieurs périmètres d'observation, définis en fonction des sujets traités. L'analyse de l'activité et du recours aux endoscopies digestives prend en compte l'ensemble des séjours comportant au moins un acte d'endoscopie digestive réalisé entre 2014 et 2023. Celle des disparités sociales s'appuie sur les données de l'EDP-Santé, qui permettent de croiser le recours aux endoscopies avec le niveau de vie des patients. Ces données ne sont cependant disponibles que jusqu'en 2021 et ne permettent pas de détailler ces analyses par année compte tenu des effectifs (4 % de la population). Enfin, l'analyse des délais d'accès aux endoscopies digestives est réalisée pour les seuls nouveaux patients, définis comme n'ayant eu aucun acte d'endoscopie au cours des cinq années précédentes et ayant subi une endoscopie en ambulatoire entre 2014 et 2023.

Typologie des actes d'endoscopie

Les actes d'endoscopie digestive ont été identifiés par les codes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) réalisés lors des séjours hospitaliers (*tableau complémentaire J*). L'étude intègre tous les actes d'endoscopie du tube digestif à visée diagnostique et/ou thérapeutique, à l'exception des coloscopies de surveillance post-opératoire (HHQE003). Les actes ont été regroupés par sections anatomiques le plus souvent explorées : endoscopies œsophago-gastro-duodénales (EOGD), actes sur le pancréas et les conduits biliaires, actes sur l'intestin grêle (entéroscopie), coloscopies.

Calcul et standardisation des taux de recours

Le taux brut annuel de recours a été calculé en rapportant le nombre de patients ayant bénéficié d'au moins une endoscopie à la population résidente, exprimé pour 10 000 habitants.

Pour permettre des comparaisons dans le temps et entre territoires,

un taux de recours standardisé a été calculé par la méthode de standardisation directe selon l'âge et le sexe, obtenu en appliquant les taux spécifiques à une population de référence (population au 1^{er} janvier de l'année considérée). Ce taux standardisé permet ainsi de mettre en évidence les inégalités sociales et territoriales d'accès indépendamment des différences de structure démographique.

Analyse des délais avant exploration endoscopique

Pour évaluer les potentielles difficultés d'accès à l'endoscopie digestive, plusieurs délais s'inscrivant dans le parcours de soins ont été calculés. L'examen est le plus souvent à l'initiative du médecin généraliste, qui en pose la première indication. Il est ensuite confirmé par le gastro-entérologue lors d'une consultation préalable indispensable avant l'exploration. Ainsi, pour chaque patient, trois délais ont été calculés :

- entre la dernière consultation avec un gastro-entérologue et la date d'endoscopie, afin d'estimer le temps d'attente après confirmation de l'indication par le spécialiste ;
- entre la dernière consultation de médecine générale (MG) précédant la consultation gastro-entérologique (HGE) et cette dernière, pour mesurer le délai d'accès à un spécialiste après la première indication d'endoscopie posée par le généraliste ;
- entre la dernière consultation de médecine générale avant la consultation en gastro-entérologie et la date de l'endoscopie, reflétant le temps total écoulé depuis l'entrée du patient dans le parcours d'accès à l'examen.

Ces délais constituent des estimations minimales, car les consultations (MG ou HGE) sans lien avec l'indication d'endoscopie peuvent conduire à sélectionner une consultation plus récente, réduisant mécaniquement les délais calculés. Les délais sont exprimés en médianes, en raison d'une forte asymétrie de leur distribution : si la majorité des patients attendent quelques semaines, certains connaissent des délais très longs (plusieurs mois). Dans ce contexte, une moyenne serait fortement influencée par ces valeurs extrêmes et ne refléterait pas l'expérience la plus courante. La médiane, qui correspond au délai au-dessous duquel se situent 50 % des patients, constitue une mesure plus robuste de la tendance centrale. En conséquence, les délais médians ne sont pas additifs : la somme du délai médian entre la consultation de MG et celle de HGE et du délai médian entre la consultation HGE et l'endoscopie ne correspond pas au délai médian entre la consultation de MG et l'endoscopie, ces indicateurs décrivant des distributions distinctes.

Ces disparités territoriales reflètent en partie l'hétérogénéité de l'offre de soins locale. Elles sont corrélées à la démographie médicale et, dans une moindre mesure, à la disponibilité des équipements hospitaliers, tels que le nombre de salles dédiées aux endoscopies. Plus la densité de gastro-entérologues est élevée dans un territoire, plus le taux de recours à l'endoscopie tend à être important, et ce même une fois prises en compte les différences de structure par âge entre départements. Cette corrélation apparaît encore plus marquée lorsqu'on considère uniquement les gastro-entérologues exerçant en libéral ou de façon mixte (activité salariée et exercice libéral cumulés).

Un recours à la coloscopie en ambulatoire deux fois plus fréquent chez les plus aisés

Entre 2014 et 2021, alors que le taux de recours standardisé aux EOGD diffère peu selon la situation socio-économique des bénéficiaires, celui à la coloscopie augmente avec le niveau de vie : il s'établit à 157 pour 10 000 habitants pour les plus modestes et atteint 256 pour 10 000 habitants chez les plus aisés, soit un recours de 63 % plus élevé (*tableau complémentaire E*). Cette disparité est particulièrement marquée lorsqu'il s'agit de coloscopie programmée en ambulatoire (dans un cadre planifié et non en urgence). Dans ce

cas, les patients les plus aisés passent proportionnellement deux fois plus cet examen que les moins favorisés.

Chez les personnes de 50 à 74 ans, principales cibles du dépistage organisé du cancer colorectal (*encadré 3*), le taux de recours à la coloscopie en ambulatoire est estimé à 511 pour 10 000 chez les plus aisés, contre 225 pour 10 000 parmi les plus modestes, soit un recours 2,3 fois plus important (*graphique 1*). Dans la tranche d'âge des plus de 75 ans, la différence est encore plus marquée, avec un taux de recours trois fois supérieur chez les patients les plus favorisés par rapport aux plus modestes.

Ces écarts suggèrent d'importantes inégalités sociales dans l'accès aux soins de prévention. En effet, aucune donnée épidémiologique ne suggère que les besoins d'examen endoscopique, et de coloscopie en particulier, sont substantiellement plus élevés chez les patients aisés. Les différences observées semblent donc davantage relever de l'accès aux soins que de besoins médicaux distincts. Elles traduisent vraisemblablement un accès inégal au dépistage organisé et individuel. De plus, la surreprésentation des patients aisés parmi les bénéficiaires des coloscopies programmées en ambulatoire renforce cette hypothèse. La prise en charge ambulatoire concerne en effet majoritairement des patients stables

dans un parcours de prévention, de dépistage ou de surveillance, avec des symptômes légers ou absents. À l'inverse, les patients les plus modestes bénéficient plus fréquemment d'une coloscopie au cours d'une hospitalisation complète ou d'urgence, révélatrice de symptômes plus avancés ou d'un recours plus tardif au système de soins. Cette différence de modalité de prise en charge suggère que les inégalités portent non seulement sur le recours, mais également sur le moment et les conditions d'accès à l'examen.

Dans plus de neuf cas sur dix, l'endoscopie est précédée d'une consultation de gastro-entérologie

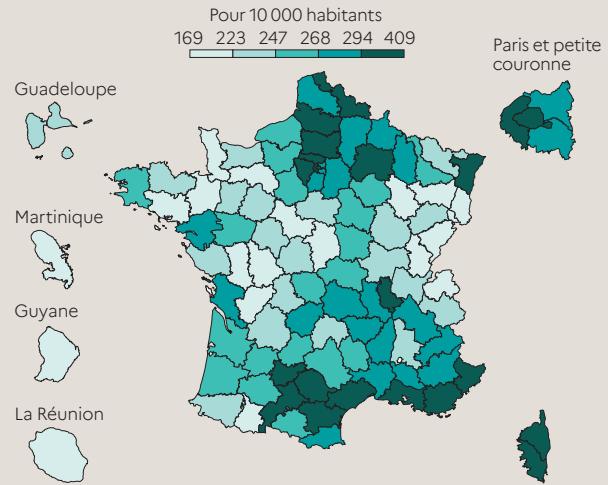
Dans l'ensemble, 94 % des nouveaux patients⁵ ayant subi une endoscopie digestive en ambulatoire avaient eu une consultation de gastro-entérologie dans les douze mois précédents. Cette proportion est similaire pour les coloscopies et les endoscopies œso-gastro-duodénales. Dans la suite de cette étude, l'analyse est restreinte aux actes réalisés en ambulatoire, afin de mieux rendre compte du parcours de soins habituel (*encadré 3*). En effet, les endoscopies réalisées en urgence ou au cours d'une hospitalisation (hors ambulatoire) répondent souvent à des indications immédiates et sont moins souvent précédées d'une consultation spécialisée. Elles mobilisent par ailleurs des circuits hospitaliers spécifiques, généralement plus rapides, qui ne reflètent pas les délais d'accès depuis la médecine de ville. Certaines endoscopies peuvent même être décidées et effectuées au cours d'une hospitalisation sans démarche préalable du patient.

Dans la majorité des cas, cette consultation spécialisée est précédée d'un passage chez le médecin généraliste : 96 % des patients ayant vu un gastro-entérologue en amont de leur endoscopie ambulatoire avaient eu une consultation de médecine générale dans les douze mois précédents. Si le motif de cette consultation n'est pas précisé dans les données, elle marque très probablement le point de départ du parcours d'accès au spécialiste, puis à l'endoscopie.

Un allongement significatif des délais avant la réalisation de l'endoscopie

En 2023, pour les nouveaux patients, le délai médian entre la dernière consultation de médecine générale et celle de gastro-entérologie s'établit à 33 jours pour l'ensemble des endoscopies

Carte 1 Taux standardisé de recours aux endoscopies digestives par département de résidence du patient, en 2023



Note > Les taux sont standardisés par âge et par sexe ; ils sont exprimés pour 10 000 habitants, selon le département de résidence du patient.

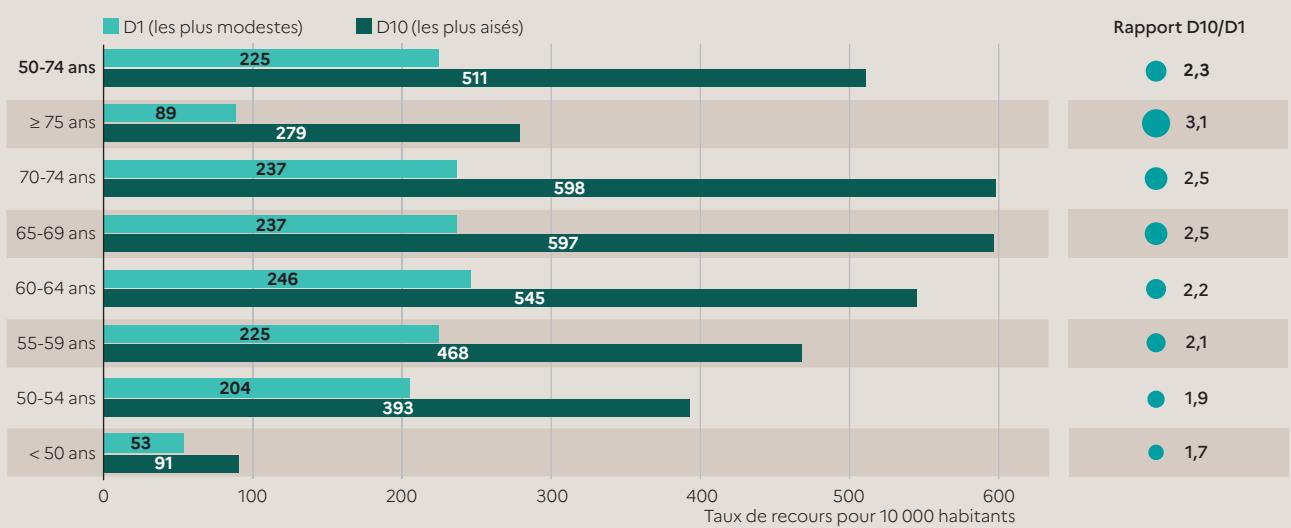
Lecture > En 2023, les départements des Alpes-Maritimes (409), de Corse (401) ou de Paris (322) présentent des taux de recours aux endoscopies digestives supérieurs à la moyenne nationale (274). À l'inverse, la Guyane (169), la Charente (170), la Martinique (173) ou l'Orne (179) affichent des taux nettement inférieurs à cette moyenne.

Champ > France, hors Mayotte.

Source > Système national des données de santé (SNDS), données PMSI-MCO, 2023.

> Études et Résultats n° 1359 © Drees

Graphique 1 Inégalités de recours à la coloscopie en ambulatoire selon l'âge



Notes > D10 : 10^e dixième, correspondant aux 10 % de la population aux revenus les plus élevés ;

D1 : 1^{er} dixième, correspondant aux 10 % aux revenus les plus modestes.

Rapport D10/D1 : rapport des taux de recours standardisés à la coloscopie (pour 10 000 habitants) entre D10 et D1. Ce ratio exprime combien de fois le taux de recours à la coloscopie des plus aisés est supérieur à celui des plus modestes.

Lecture > Chez les 50-74 ans, les personnes les plus aisées ont une probabilité 2,3 fois plus élevée de recourir à une coloscopie en ambulatoire que celles les plus modestes.

Champ > Personnes ayant recours à la coloscopie sur la période 2014-2021. France, hors Mayotte.

Source > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1359 © Drees

5. Personnes subissant pour la première fois un acte d'endoscopie digestive, sans antécédent de cet examen enregistré au cours des cinq années précédentes. Elles représentent en moyenne 70 % de l'ensemble des bénéficiaires de coloscopie chaque année.

(34 jours pour les coloscopies) [graphique 2 et tableau complémentaire F]. Une fois l'indication confirmée par le gastro-entérologue, le délai médian jusqu'à la réalisation effective de l'endoscopie est de 40 jours pour l'ensemble des endoscopies (43 jours pour les coloscopies).

Ces délais ont connu une hausse progressive et significative au cours des dix dernières années. Entre 2014 et 2023, le délai médian d'accès à une consultation spécialisée de gastro-entérologie après orientation par le médecin généraliste s'est allongé de 12 jours (passant de 21 à 33 jours). Parallèlement, celui entre la consultation de gastro-entérologie et la réalisation de l'examen a augmenté de 18 jours sur la même période.

Cette évolution révèle une double difficulté d'accès à l'endoscopie digestive : d'une part, à la consultation spécialisée de gastro-entérologie après orientation par le médecin généraliste, et d'autre part, à la programmation effective de l'acte d'endoscopie une fois l'indication confirmée. Cette tendance reste vérifiée, même après exclusion des patients ayant nécessité une hospitalisation ou un passage aux urgences entre les deux consultations (3 % environ), ce qui suggère une dégradation structurelle des délais d'accès en dehors des situations urgentes.

Les disparités territoriales sont importantes : en 2023, le délai médian entre la consultation de gastro-entérologie et la réalisation de l'endoscopie varie de 21 à 76 jours selon le département de résidence du bénéficiaire. Les plus longs délais sont observés dans le Loir-et-Cher (76 jours), la Haute-Vienne (74 jours), la Vienne (74 jours), la Creuse (71 jours), les Deux-Sèvres (70 jours) et le Jura (70 jours). À l'inverse, certains territoires présentent des délais inférieurs à un mois : la Guyane (21 jours), la Seine-Saint-Denis (25 jours), les Alpes-Maritimes (27 jours), la Meuse (27 jours), le Val-d'Oise (30 jours) et La Réunion (30 jours) [tableau complémentaire G]. Enfin, le lien entre délais et taux de recours n'apparaît pas univoque : certains territoires présentent un recours élevé et des délais courts, pendant que d'autres affichent faible recours et délais également réduits, suggérant que des facteurs organisationnels ou contextuels non observés influencent ces résultats.

Cinquante-cinq jours d'attente entre la programmation et l'examen dans le public, trente-sept dans le privé

L'analyse des délais d'accès aux endoscopies digestives selon le statut juridique des établissements révèle des écarts structurels marqués. L'attente entre la consultation de médecine générale et celle de gastro-entérologie reste relativement comparable entre secteurs (26 jours en moyenne lorsque l'endoscopie est réalisée dans le privé lucratif, contre 28 jours dans le public sur la période étudiée). En revanche, c'est au moment de la programmation de l'examen que des différences apparaissent. En 2023, le délai médian entre la consultation de gastro-entérologie et la réalisation de l'endoscopie atteint 55 jours dans le public, contre 37 jours dans le secteur privé lucratif (graphique 3).

Cet écart, déjà présent il y a dix ans, s'est progressivement creusé. En 2014, le délai médian s'élevait à 30 jours dans un hôpital public, contre 20 jours dans un établissement privé à but lucratif, soit une différence de 10 jours. Dix ans plus tard, ces délais ont augmenté dans les deux secteurs, mais plus fortement dans le public : 25 jours de plus (près de quatre semaines), contre 17 jours de plus (plus de deux semaines), portant l'écart à 18 jours en 2023. Quel que soit le type d'endoscopie (œso-gastro-duodénale ou coloscopie), les patients accueillis dans le secteur public voient donc leurs délais s'allonger davantage comparativement à ceux relevant du privé lucratif.

La dégradation de l'accès à l'endoscopie ambulatoire est particulièrement nette dans les hôpitaux publics (qui assurent 18 % de l'activité) à partir de 2021. Les déprogrammations massives de soins pendant la crise sanitaire ont eu un impact sur ces établissements, notamment ceux dont le plateau technique a été fortement mobilisé pour l'accueil des patients atteints de Covid-19, ce qui a pu entraîner des listes d'attente plus importantes et des difficultés à rattraper le retard en sortie de crise.

Encadré 3 | Le dispositif de dépistage du cancer colorectal et le parcours des patients

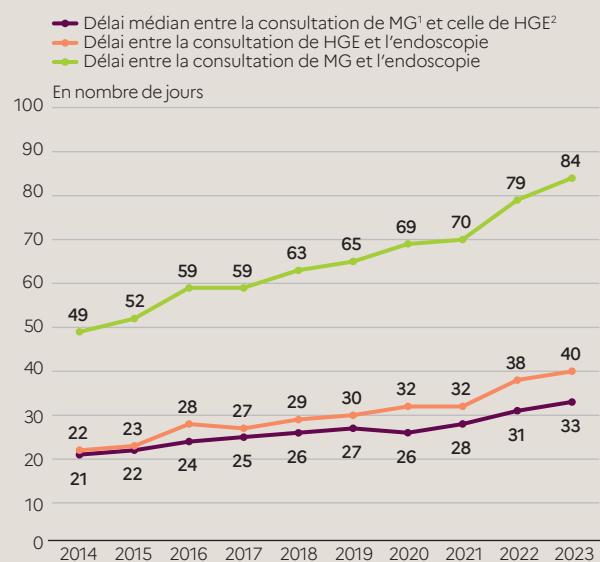
En France, la stratégie de dépistage du cancer colorectal s'organise selon trois niveaux de risque (moyen, élevé ou très élevé). Le dépistage organisé est proposé sur invitation, tous les deux ans, aux personnes asymptomatiques* âgées de 50 à 74 ans considérées comme présentant un risque moyen. Il repose sur un test immunologique (*fecal immunochemical test*) [FIT] de recherche de sang occulte dans les selles, puis, en cas de résultat positif (anormal), sur la réalisation d'une coloscopie de diagnostic. Pour les personnes à risque élevé ou très élevé (antécédents familiaux de cancer colorectal, maladie de Crohn, etc.), le dépistage relève directement d'une coloscopie sans test immunologique.

En pratique, l'accès à la coloscopie nécessite généralement une consultation préalable avec un gastro-entérologue. Dans ce parcours, le délai d'accès à la consultation de gastro-entérologie, puis à la coloscopie doit être optimisé. Les recommandations nationales** préconisent un délai de 31 jours entre la consultation de gastro-entérologie et la réalisation de l'examen.

* Absence de signe ou de symptôme de cancer colorectal.

** Critères de qualité de la coloscopie. Recommandations du CNP-HGE et de la SFED (2019).

Graphique 2 | Évolution des délais d'accès à l'endoscopie digestive en France de 2014 à 2023



1. MG : médecine générale.

2. HGE : hépato-gastro-entérologue ou gastro-entérologue.

Note > Les délais présentés ici correspondent à des médianes et ne s'additionnent pas.

Lecture > Le délai médian entre la consultation de gastro-entérologie et l'endoscopie s'établit à 40 jours en 2023, contre 22 jours en 2014.

Champ > Nouveaux bénéficiaires d'endoscopie digestive en ambulatoire, définis comme des patients sans antécédent d'endoscopie enregistrée au cours des cinq années précédentes. France, hors Mayotte.

Source > Système national des données de santé (SNDS), données PMSI-MCO, de 2014 à 2023.

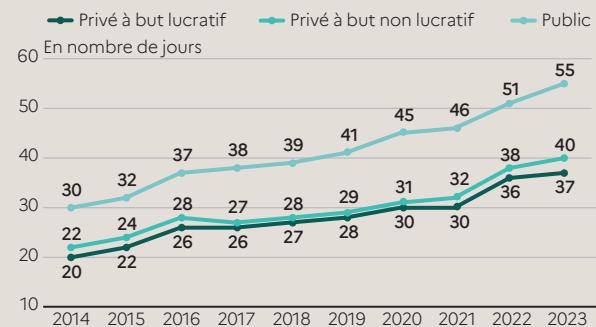
> Études et Résultats n° 1359 © Drees

Une attente globalement plus courte pour les patients issus des milieux les plus défavorisés

Entre 2016⁶ et 2023, environ 570 000 nouveaux patients âgés de 50 à 74 ans ont subi chaque année une coloscopie ambulatoire. Ces nouveaux patients représentent en moyenne 70 % des personnes ayant recours à cet examen sur la période. Parmi eux, 35 % avaient réalisé un test FIT (*fecal immunochemical test*, ou test immuno-logique fécal) dans les deux ans et demi précédent la coloscopie [tableau complémentaire H].

L'analyse des délais pour l'ensemble de ces nouveaux patients révèle des écarts inattendus selon le niveau de vie. Entre 2016 et 2021, le délai médian entre la consultation de médecine générale et celle de gastro-entérologie est plus court pour les personnes appartenant aux 10 % de ménages les plus modestes (21 jours) que pour celles appartenant aux 10 % les plus aisés (32 jours) [tableau complémentaire I]. Ce résultat, apparemment en faveur des plus modestes, pourrait s'expliquer par une priorisation clinique en présence de symptômes potentiellement plus avancés chez ces derniers. À l'inverse, les patients aisés peuvent bénéficier plus souvent de la coloscopie dans un cadre préventif ou de surveillance (avec des symptômes bénins), ce qui conduirait à des délais plus longs. Une fois la consultation spécialisée obtenue, l'écart se réduit mais persiste : le délai médian pour réaliser la coloscopie est de 30 jours pour les plus modestes, contre 36 jours pour les plus aisés. Ces tendances se confirment en restreignant l'analyse aux personnes ayant participé au dépistage organisé dans les deux ans et demi

Graphique 3 Délai entre une consultation de gastro-entérologie et la réalisation d'une endoscopie selon le statut de l'établissement, entre 2014 et 2023



Lecture > En 2023, le délai médian entre une consultation de gastro-entérologie et la réalisation d'une endoscopie est de 37 jours dans les établissements privés à but lucratif, contre 55 jours dans le public.

Champ > Nouveaux bénéficiaires d'endoscopie digestive en ambulatoire, définis comme des patients sans antécédent d'endoscopie enregistrée au cours des cinq années précédentes. France, hors Mayotte.

Source > Système national des données de santé (SNDS), données PMSI-MCO, de 2014 à 2023.

> *Études et Résultats* n° 1359 © Drees

précédant leur coloscopie. Ces éléments suggèrent que, dans un parcours engagé après des symptômes, la gravité clinique prime sur les caractéristiques socio-économiques du patient. ●



[Télécharger les données](#)

6. Les données relatives au dépistage du cancer colorectal ne sont disponibles dans le système national des données de santé (SNDS) qu'à partir d'avril 2015. L'analyse a donc été restreinte à partir de l'année 2016, première année calendaire complète exploitables.

Mots clés : Accès aux soins | Inégalités sociales de santé | Délais d'attente | Coloscopie

Pour en savoir plus

- > Des tableaux détaillés sur la répartition par profession des ressources médicales sur le territoire sont disponibles sur l'espace open data de la Drees.
- > Bulletin. Dépistages des cancers (2024, juillet). Indicateurs de performance du programme national de dépistage organisé du cancer colorectal, période 2020-2021 – Édition nationale. Saint-Maurice, France : Santé publique France.
- > Dubost, C.-L., Leduc, A. (2020, septembre). L'EDP-Santé : un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au système national des données de santé. Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 66.
- > Eurostat (2025, juillet). Cancer screening statistics.
- > Godet, F., et al. (2025, juillet). Causes de décès en France en 2023 : des disparités territoriales. Drees, *Études et Résultats*, 1342.
- > Institut national du cancer (INCa) [2025, juin]. Panorama des cancers en France.
- > Meyer, A., et al. (2021, janvier). Colonoscopy in France during the Covid-19 pandemic. *International Journal of Colorectal Disease*, 36, pp. 1073–1075.
- > Naouri, D. (2021, septembre). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. Drees, *Études et Résultats*, 1204.
- > Seitz, J. F., et al. (2022, avril). Colorectal cancer screening by fecal immunochemical test or colonoscopy in France: how many people are actually covered? Focus on the Provence-Alpes-Côte d'Azur region. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 34(4).
- > Sung, H., et al. (2021, mai). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71(3).
- > Wang, D., et al. (2024, février). Effects of sigmoidoscopy screening (including colonoscopy) on colorectal cancer: A meta-analysis based on randomized controlled trials. *Preventive Medicine Reports*, 39.
- > Zhang, X., et al. (2025, juin). Single-cell dissection of prognostic architecture and immunotherapy response in *Helicobacter pylori* infection-associated gastric cancer. eLife.

> Publications
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Open Data
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Nous contacter
drees-infos@sante.gouv.fr

> Contact presse
drees-presse@sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Thomas Wanecq

Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet

Chargee d'édition : Laureen Guhur

Composition et mise en pages : Julie Eneau

Conception graphique : Drees

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la Drees d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la Drees. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : Drees - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@sante.gouv.fr