

Annexes



- ADELI (Répertoire)** – Automatisation Des Listes
- AFSSAPS** – Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- AFD** – Association Française des Diabétiques
- AGA** – Association de Gestion Agréée
- ALD** – Affection de Longue Durée
- AMC** – Assurance Maladie Complémentaire
- AMO** – Assurance Maladie Obligatoire
- AMM** – Autorisation de Mise sur le Marché
- ANAP** – Agence Nationale d'Appui à la Performance
- ARH** – ex-Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ARS** – Agence Régionale de Santé
- ATIH** – Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- ATU (forfait)** – Accueil et Traitement des Urgences
- BNC** – Bénéfice Net Comptable
- CAP** – Contrat d'Amélioration de la Performance Individuelle
- CARMF** – Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
- CCA** – Chef de Clinique Assistant
- CCAM** – Classification Commune des Actes Médicaux
- CEE** – Communauté Economique Européenne
- CES** – Certificat d'Études Spécialisées
- CGAAER** – Conseil Général de l'Alimentation, de l'Agriculture et des Espaces Ruraux
- CHAP** – Commission de Hiérarchisation des Actes et Prestations (ex « Nomenclature »)
- CHG** – Centre Hospitalier Général
- CH(R)U** – Centre Hospitalier (Régional) Universitaire
- CISS** – Collectif Inter-associatif sur la Santé
- CME** – Commission Médicale d'Établissement
- CMH** – Coordination des Médecins Hospitaliers
- CNAM** – Caisse Nationale d'Assurance Maladie (des Travailleurs Salariés)
- CNDPC** – Conseil National du Développement Professionnel Continu
- CNG** – Centre National de Gestion (*des carrières hospitalières, Ndlr*)
- CNIPI** – Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat
- CNOM** – Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CNP** – Conseil National Professionnel
- CNPS** – Centre National des Professions de Santé
- CNRS** – Centre National de la Recherche Scientifique
- CNU** – Conseil National des Universités
- CODEHG** – Collège des Diabétologues et Endocrinologues des Hôpitaux Généraux
- COMEX** – Comité Exécutif (du Livre Blanc)
- COPIL** – Comité de Pilotage (du Livre Blanc)
- CP** – Comité Permanent (des médecins européens)
- CPS** – Carte de Professionnel de Santé
- CRSA** – Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
- CSC** – Consultation Spécialisée de Cardiologie
- CSP** – Catégorie Socio-Professionnelle
- CSMF** – Confédération des Syndicats Médicaux Français
- CSI** – Commission Scientifique Indépendante
- DAM** – Délégués de l'Assurance Maladie
- DDASS (ex)** – Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DES** – Diplôme d'Études Spécialisées
- DESC** – Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire
- DGCCRF** – Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
- DCEM** – Deuxième Cycle des Études Médicales
- DGS** – Direction Générale de la Santé
- DHOS** – Direction Générale de l'Organisation des Soins
- DIU** – Diplôme Inter-Universitaire
- DM** – Dispositif Médical ou Disease Management
- DMP** – Dossier Médical Personnel
- DOM** – Département d'Outre-Mer
- DP** – ex Droit Permanent à Dépassement
- DPC** – Développement Professionnel Continu
- DRASS** – ex-Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DU** – Diplôme d'Université
- DREES** – Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- ECG** – Electrocardiogramme
- ECN** – Epreuves Classantes Nationales
- ENNS** – Etude Nationale Nutrition Santé
- EPP** – Évaluation des Pratiques Professionnelles
- EPODE** – « Ensemble, Prévenons l'Obésité des Enfants »
- EPST** – Etablissement Public à caractère Scientifique et Technologique
- ENTRED** – Échantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques
- ERASME** – Extraction, Recherches, Analyses pour un Suivi Médico-Economique
- ESPIC** – Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
- ETP** – Éducation Thérapeutique du Patient
- FEHAP** – Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privée
- FENAREDIAM** – Fédération Nationale des Associations Régionales d'Endocrinologie, Diabétologie et Métabolisme
- FF-MG** – Fédération Française des Médecins Généralistes, dite « MG-France »
- FFSA** – Fédération Française des Sociétés d'Assurance

- FHF** – Fédération Hospitalière de France
FHP – Fédération de l’Hospitalisation Privée
FMC – Formation Médicale Continue
FNMF – Fédération Nationale de la Mutualité Française
FSH (*terme anglais*) – Hormone Folliculo-Stimulante
FSM – Fédération des Spécialités Médicales
GHM – Groupe Homogène de Malades
GCS – Groupement de Coopération Sanitaire
GHS – Groupe Homogène de Séjour
HAS – Haute Autorité de santé
HCSP – Haut Comité de la Santé Publique
HMO – *Health Maintenance Organization* (USA)
HPST (loi) – Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HTA – Hypertension Artérielle
IGAS – Inspection Générale des Affaires Sociales
IGAENR – Inspection Générale de l’Administration de l’Education Nationale et de la Recherche
IMC – Indice de Masse Corporelle
INPES – Institut National de Prévention et d’Éducation pour la Santé
INSERM – Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INVS – Institut National de Veille Sanitaire
IRDES – Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la santé
IVA – Indice de Valorisation de l’Activité
JO – *Journal Officiel*
LCA – Lecture Critique d’Article
LPP – Liste des Produits et Prestations
MCE – Majoration Consultation Endocrinologie
MCO – Médecine Chirurgie Obstétrique
MEDICAM – MEDICaments remboursés par l’Assurance Maladie
MEP – Mode d’Exercice Particulier
MIGAC – Mission d’Intérêt Général et d’Aide à la Contractualisation
MRS – ex-Mission Régionale de Santé
MSC – Majoration de Soins Coordinés
NHS – *National Health Service* (Service National de santé britannique)
NMR – Nouveaux Modes de Rémunération
OGC – Organisme Gestionnaire Conventionnel
ONDAM – Objectif National des Dépenses d’Assurance Maladie
ONDPS – Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PAC – Praticien Adjoint Contractuel
PAE – Procédure d’Autorisation d’Exercice
P4P – *Payment For Performance*
PCEM – Premier Cycle des Etudes Médicales
PH – Praticien Hospitalier
PLFSS – Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMSI – Programme de Médicalisation du Système d’Information
PNNS – Plan National Nutrition Santé
PO – Plan Obésité
PRAPS – Programme Régional pour l’Accès à la Prévention et aux Soins
PRIAC – PRogramme Interdépartemental d’ACcompagnement des handicaps et de la perte d’autonomie
PRGDR – Plan Régional de Gestion du Risque
PRS – Projet Régional de Santé
PRT – Plan Régional de Télémedecine
PSRS – Plan Stratégique Régional de Santé
PU-PH – Praticien Universitaire - Praticien Hospitalier
RPPS – Répertoire Partagé des Professions de Santé
RQE – Reconnaissance de Qualité en Endocrinologie
SAE – Statistique Annuelle des Établissements
SCM – Société Civile de Moyen
SEDMEN – Syndicat national des spécialistes en Endocrinologie, Diabète, Maladie métaboliques Et Nutrition
SFD – Société Francophone du Diabète
SFE – Société Française d’Endocrinologie
SFSP – Société Française de Santé Publique
SISA – Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SML – Syndicat des Médecins Libéraux
SNPADHUE – Syndicat National des Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne
SNIR – Statistique Nationale Inter-Régimes
SROS – Schéma Régional d’Organisation Sanitaire
SSIAD – Services de Soins Infirmiers À Domicile
SSR – Soins de Suite et Réadaptation
SUVIMAX – Supplémentation en Vitamines et Minéraux Anti-Oxydants
SYMHOP – Syndicat des Médecins de l’Hospitalisation Privée
TZA – Tarification À l’Activité
UEMS – Union Européenne des Médecins Spécialistes
UMESPE – Union des Médecins Spécialistes (CSMF)
UNCAM – Union Nationale des Caisses d’Assurance Maladie
UNOCAM – Union Nationale des Organismes d’Assurance Maladie complémentaire
UNR – Union Nationale des Réseaux (de Santé)
URCAM – ex-Union Régionale de Caisses d’Assurance Maladie
URPS-ML – Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux
VAE – Validation des Acquis de l’Expérience.

Référentiel « métier et compétences » du Collège National des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques

(avec la participation de la SFD, la SFE, le SEDMEN, la FENAREDIAM) (mars 2011)

I - Situations de soins types : Le métier

Huit situations de soins types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants :

- faire partie du coeur de métier du médecin spécialisé en Endocrinologie-Diabète et Maladies Métaboliques ;
- représenter une variété suffisante de situations ;
- représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un médecin, peuvent permettre d'inférer que ce médecin peut être qualifié de compétent.

Ces situations types sélectionnées sont les suivantes :

1. Prise en charge d'une aménorrhée
2. Prise en charge de l'hyperthyroïdie
3. Diagnostic d'un nodule thyroïdien et suivi d'un cancer
4. Prise en charge d'un incidentalome surrénalien
5. Prise en charge du diabète au cours de la grossesse
6. Mise en route de l'insulinothérapie et suivi d'un diabétique de type 1
7. Traitement et suivi d'un diabétique de type 2
8. Prise en charge d'une obésité compliquée.

Situation 1 : Prise en charge d'une aménorrhée

1 - Conduire le bilan étiologique d'une aménorrhée

- en menant l'interrogatoire pour connaître la date de début, les signes associés et les antécédents
- en procédant à l'examen clinique : évaluation du développement des caractères sexuels secondaires, recherche de signes associés...
- en vérifiant d'abord qu'il ne s'agit pas d'une grossesse par un dosage d'hCG
- en déclinant des examens complémentaires adaptés
- en estimant la hiérarchie dans laquelle doivent être menés les examens et en estimant leur coût.

2 - Adapter en fonction du contexte les explications données à la patiente

- en situant le contexte
- en n'évoquant de pronostic de fertilité qu'après avoir mené l'enquête étiologique
- en insistant sur l'importance de substituer la carence œstrogénique pour assurer une sexualité satisfaisante et prévenir l'ostéoporose.

3 - Décider de l'indication et d'une stratégie

- après avoir mené le bilan étiologique
- d'abord adaptée à l'étiologie si l'aménorrhée a été le mode de découverte d'une pathologie quelconque

- en expliquant la différence entre le traitement substitutif et le traitement hormonal de la ménopause en terme de risque... et en insistant sur l'importance de la durée de ce traitement, au moins jusqu'à la ménopause, après avoir vérifié les contre-indications
- si un traitement inducteur de l'ovulation est proposé, expliquer les tenants et aboutissants, les procédures, le suivi...

4 - Effectuer un suivi au long cours, afin de prendre en charge les problèmes associés

Situation 2 : Prise en charge de l'hyperthyroïdie

(Basée aussi sur les recommandations de l'ANAES 2000)

1 - Réaliser un diagnostic, en deux étapes

- D'abord le diagnostic positif d'hyperthyroïdie
 - En menant l'interrogatoire
 - En procédant à l'examen clinique sans oublier de prendre en compte les signes de gravité et de rechercher les complications (en particulier cardiaques)
 - En prescrivant les explorations biologiques nécessaires.
- Puis le diagnostic étiologique de l'hyperthyroïdie
 - En menant l'interrogatoire à la recherche d'antécédents personnels ou familiaux, de prises médicamenteuses pouvant être des causes iatrogènes
 - En procédant à l'examen clinique pour rechercher et apprécier les caractéristiques d'un éventuel goitre et rechercher les signes associés, en particulier en sachant reconnaître une ophtalmopathie et juger de sa gravité
 - En prescrivant les explorations complémentaires jugées utiles
 - En sachant reconnaître les causes plus rares d'hyperthyroïdie (adénome à TSH, résistance aux hormones thyroïdiennes).

Ces approches doivent permettre de poser le diagnostic d'hyperthyroïdie, d'en reconnaître la cause, d'apprécier sa sévérité, et l'éventuelle urgence à la mise en route du traitement.

2 - Mettre en œuvre le traitement de l'hyperthyroïdie : choix de l'indication et de la stratégie thérapeutique

- Savoir traiter en urgence les complications aiguës : cardiomyopathie, complications musculaires...
- Connaître les bases du traitement symptomatique
- Savoir discuter la stratégie thérapeutique en fonction de la cause et du terrain
- Connaître les avantages/inconvénients/contre-indications des différentes options thérapeutiques
- Être capable de discuter les différentes options avec le patient, les partenaires (chirurgien, isotopiste, cardiologue, ophtalmologiste)
- Connaître les modalités de suivi en fonction de la stratégie thérapeutique choisie.

3 - Adapter au contexte les explications données au patient

- Différencier le pronostic (risque de récurrence ou non) et le type de suivi au long cours en fonction de l'étiologie
- Informer sur les éventuelles précautions concernant les grossesses ultérieures.

Situation 3 : Diagnostic d'un nodule thyroïdien et suivi d'un cancer

1 - Confirmer le diagnostic positif de nodule thyroïdien

- En procédant à un examen clinique comprenant une palpation de la glande thyroïde, des aires ganglionnaires, et précisant le caractère douloureux ou non du nodule et la présence ou non de signes de gravité
- En menant un interrogatoire à la recherche de :
 - de symptômes et de signes éventuels associés de dysthyroïdie ou de fièvre
 - d'antécédents personnels ou familiaux de maladie thyroïdienne ou d'endocrinopathie associée.
- En prescrivant les examens de première intention
- En connaissant les bases de l'interprétation d'une échographie thyroïdienne
- En distinguant un nodule symptomatique ou un incidentalome thyroïdien.

2 - Prise en charge étiologique

- En recherchant à l'interrogatoire des facteurs de risque de cancer thyroïdien ou un contexte de dysthyroïdie, ou une prise médicamenteuse pouvant interférer avec la fonction thyroïdienne
- En mesurant la calcitonine dans un contexte héréditaire connu de cancer thyroïdien médullaire ou de symptômes évocateurs, en cas de suspicion de malignité et, de principe, avant toute intervention pour goitre ou nodule
- En recherchant à l'échographie des signes évocateurs de certaines étiologies
- En prescrivant une scintigraphie thyroïdienne en cas d'hyperthyroïdie documentée dont il faut connaître le principe, les indications et contre-indications et comprendre l'interprétation du compte rendu
- En prescrivant (ou en réalisant) une cytoponction du nodule thyroïdien en cas d'eu- ou d'hypothyroïdie dont il faut connaître la classification (classification cytologique de Bethesda)
- En sachant prescrire d'autres explorations jugées utiles.

Ces approches doivent permettre de poser le diagnostic de nodule, d'éliminer ou suspecter un cancer ou une hyperthyroïdie et d'apprécier le degré d'urgence de la situation.

3 - Prise en charge thérapeutique

- Savoir traiter en urgence un nodule compressif ou un volumineux hématoçèle
- Savoir indiquer un traitement chirurgical du nodule thyroïdien et en connaître les complications et les contraintes, en informer le patient
- Savoir indiquer un traitement par l'iode radioactif et connaître les contraintes et effets secondaires d'un tel traitement, en informer le patient
- Connaître le rythme et les modalités de la surveillance en cas d'abstention thérapeutique
- Savoir discuter de la stratégie thérapeutique en fonction de la cause et du terrain
- savoir participer au suivi d'un cancer de la thyroïde opéré et traité par IRAtérapie.

Situation 4 : Prise en charge d'un incidentalome surrénalien

1 - Savoir mener l'enquête étiologique de l'incidentalome surrénalien

Celle-ci a pour but d'identifier les lésions nécessitant une exérèse chirurgicale ou pour lesquelles l'intervention doit être impérativement discutée. Elle est articulée en deux étapes. Elle suppose la connaissance des étiologies des incidentalomes, de leur prévalence respective et des moyens nécessaires à leur diagnostic.

- La première étape implique :
 - De mener un interrogatoire recherchant des antécédents néoplasiques, une pathologie familiale

ou associée orientant vers un syndrome de prédisposition génétique aux tumeurs des surrénales

- De mener un examen clinique recherchant en particulier des signes cliniques évoquant une pathologie maligne sous-jacente ou une hypersécrétion surrénalienne
 - De savoir analyser de manière critique l'imagerie ayant mené à la découverte de l'incidentalome ; sinon, un nouvel examen tomodensitométrique de référence sera demandé
 - De savoir prescrire et interpréter un bilan biologique endocrinien minimal, avec les précautions méthodologiques nécessaires à sa validité.
- Au terme de cette première étape les éléments recueillis seront analysés. Une deuxième série d'examens complémentaires morphologiques ou biologiques sera discutée afin de préciser la nature de la lésion.
 - Enfin le retentissement somatique de l'incidentalome devra être apprécié.

2 – Mener la discussion pluridisciplinaire de l'indication de l'exérèse chirurgicale de l'incidentalome

L'endocrinologue devra confronter les données de l'enquête étiologique, les incertitudes diagnostiques et pronostiques, l'état général, les avantages et bénéfices d'une chirurgie d'exérèse, l'indication et l'accessibilité à une coelochirurgie et animer le débat entre les différents protagonistes de la prise en charge. Les données de cette confrontation pluridisciplinaire seront expliquées au patient.

3 - Organiser et encadrer la prise en charge chirurgicale d'exérèse de l'incidentalome lorsque celle-ci est jugée utile

4 - Organiser la surveillance

- En veillant à une analyse pertinente de l'histopathologie de l'incidentalome
- En prenant en compte les spécificités liées à l'étiologie de l'incidentalome s'il est opéré, en lien avec un Centre de référence des Maladies Rares, le cas échéant
- En mettant en place un suivi clinique, biologique et morphologique adapté si l'abstention chirurgicale a été décidée
- En adaptant la prise en charge, la nature et la fréquence de la surveillance ultérieure de manière pertinente en fonction des résultats individuels obtenus et de l'état des connaissances.

Situation 5 : Prise en charge du diabète au cours de la grossesse

1 - Décider d'une stratégie diagnostique et thérapeutique

- en collaboration pluridisciplinaire : en obtenant les compte rendus détaillés des autres spécialités et en transmettant les conclusions endocrinologiques
- en analysant le risque spécifique de la patiente pour proposer un dépistage du diabète gestationnel et le bilan du diabète pré-existant en fonction notamment du type de diabète (y compris dépistage de l'hypothyroïdie en cas de DT1), de l'ancienneté, en prenant le temps d'un interrogatoire précisant l'intégralité des antécédents personnels et familiaux, de l'histoire médicale et des traitements en cours
- en effectuant le bilan spécifique adéquat avant le début de la grossesse
- en adaptant les thérapeutiques avant la grossesse si nécessaire
- en informant à l'avance la patiente sur la conduite à tenir en cas de désir de grossesse, et en tout début de grossesse.

2 - Planifier l'intervention thérapeutique

- en maîtrisant les recommandations en vigueur concernant le risque spécifique de la patiente (traitements antidiabétiques oraux et grossesse, traitements des facteurs de risques associés et grossesse, supplémentation spécifique en acide folique), l'éducation thérapeutique de la patiente, la prise en charge diététique spécifique, l'optimisation de l'autosurveillance et les objectifs spécifiques en cours de grossesse, la technique d'utilisation des différentes modalités d'insulinothérapie (y compris pompe à insuline sous-cutanée)
- en programmant le suivi rapproché clinico-biologique pluridisciplinaire (surveillance obstétricale spécifique, surveillance ophtalmologique, cardiologique et néphrologique en fonction du bilan initial).

3 - Effectuer un suivi immédiat

- en évaluant l'efficacité clinique, l'adhésion aux recommandations diététiques et à l'intervention thérapeutique de manière précoce (une semaine pour le diabète gestationnel, suivi endocrinobstétrical bi-mensuel pour le diabète préexistant).

4 - Effectuer un suivi en temps différé

- en collaboration pluridisciplinaire :
- en évaluant l'efficacité clinique (autosurveillance) et biologique (HbA1c) au cours de la grossesse
- en dépistant ou surveillant les complications en fonction du bilan initial
- en effectuant le bilan post-natal de dépistage glycémique et l'éducation de prévention primaire en cas de diabète gestationnel
- en effectuant le bilan complet post-natal du diabète et en adaptant la thérapeutique à l'évolution et aux modalités d'allaitement.

Situation 6 : Mise en route d'une insulinothérapie et suivi chez un diabétique de type 1

1 - Réaliser un diagnostic

- Réaliser le diagnostic de diabète, en recherchant les signes cliniques évocateurs, en évaluant leur rapidité d'installation et leur intensité, en confirmant l'hyperglycémie suivant les critères diagnostiques habituels
- Réaliser le diagnostic du type de diabète (type 1), en recherchant les éléments d'interrogatoire qui le différencient du diabète de type 2, même s'ils ne sont pas spécifiques, en recherchant les signes cliniques d'hyperglycémie franche mais surtout d'insulinopénie, en recherchant la présence d'auto-anticorps
- Evaluer la gravité en recherchant les signes cliniques d'acidocétose et en recherchant les signes biologiques de gravité.

2 - Débuter le traitement

- Savoir traiter un coma acidocétosique (hospitalisation, insuline, réhydratation, apport potassique)
- Connaître les bases du traitement du diabète de type 1 et les mettre en œuvre, en prenant en compte les habitudes de vie (alimentaires, activité physique, horaires de vie, travail), en ajustant l'apport calorique, la quantité et la qualité des glucides, en initiant une insulinothérapie aussi proche que possible de la sécrétion physiologique d'insuline, en mettant en place une auto-sur-

veillance glycémique

- Mettre en place une éducation thérapeutique initiale, en visant les compétences de sécurité, d'auto-soin et d'adaptation : maîtrise de la technique des injections et de l'autosurveillance, tenue du carnet, connaissance des objectifs glycémiques, méthodes d'ajustement des doses d'insuline, conduite à tenir en cas d'hypoglycémie
- Connaître les bases de l'insulinothérapie fonctionnelle.

3 - Mettre en place le suivi

- en mettant en place une surveillance trimestrielle de l'HbA1c
- en organisant des consultations spécialisées périodiques
- en organisant régulièrement les examens de dépistage des complications du diabète
- en anticipant sur les situations particulières à venir (grossesse...)
- en informant sur les diverses modalités de traitement et de surveillance
- en sachant mettre en œuvre des modifications de schéma thérapeutique si les objectifs ne sont pas atteints
- en sachant faire face aux situations d'urgence (hypoglycémies sévères, acidocétoses)
- en organisant une éducation thérapeutique continue
- en connaissant les indications des traitements par pompe à insuline, en en connaissant le maniement et en étant capable de travailler avec un centre initiateur pour les poses de pompe à insuline.

Situation 7 : Traitement et suivi d'un diabétique de type 2

1 - Réaliser un diagnostic

- Réaliser le diagnostic de diabète :
 - en recherchant les signes cliniques évocateurs
 - en confirmant l'hyperglycémie : glycémie > 1,26 g/l confirmée sur un second dosage ou glycémie > 2g/l avec symptômes.
- Réaliser le diagnostic du type de diabète (type 2) :
 - en recherchant les éléments cliniques évocateurs : antécédents familiaux de diabète, surcharge pondérale, antécédents de diabète gestationnel ou temporairement induit
 - en éliminant un diabète de type 1, secondaire, ou monogénique.

2 - Evaluer les facteurs de risque cardiovasculaire associés et les complications chroniques qui peuvent déjà être présentes

- en maîtrisant les recommandations de bonne pratique en vigueur.

3 - Débuter le traitement

- Savoir prendre en compte les éléments nécessaires aux choix thérapeutiques (poids, HbA1c, contre-indications aux traitements).
- Connaître les bases du traitement du diabète de type 2 et les mettre en œuvre
 - en prenant en compte les habitudes de vie
 - en ajustant l'apport calorique, la quantité et la qualité des glucides
 - en encourageant l'activité physique.
- Savoir dans quelles conditions et comment débuter une insulinothérapie.
- Mettre en place une éducation thérapeutique initiale :
 - en visant les compétences de sécurité, d'auto-soin et d'adaptation : maîtrise des bases de l'hygiène de vie, connaissance et organisation des examens de suivi, gestion du traitement.

4 – Mettre en place le suivi

- en mettant en place une surveillance trimestrielle de l'HbA1c
- avec chacun des acteurs de santé dans la prise en charge multiprofessionnelle
- avec la réalisation annuelle des examens de dépistage des complications
- en traitant les facteurs de risque associés et les complications.

5 - Graduer la prise en charge thérapeutique

- en maîtrisant les différentes classes thérapeutiques
- en intensifiant le schéma thérapeutique si les objectifs ne sont pas atteints
- en individualisant les stratégies d'associations thérapeutiques en fonction des situations des patients
- en anticipant sur les situations particulières à venir (désir de grossesse, changement de mode de vie...)
- en identifiant les situations à risque de déséquilibre
- en organisant une éducation thérapeutique continue.

Situation 8 : prise en charge d'une obésité compliquée

1 - Décider d'une stratégie diagnostique et thérapeutique

- en collaboration pluridisciplinaire : le patient présentant une obésité compliquée sera évalué par les différents acteurs de la prise en charge de l'obésité, en collaboration avec le médecin traitant
- en analysant la gravité de l'obésité par le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), par l'ancienneté du surpoids, par un interrogatoire précisant l'intégralité des antécédents personnels et familiaux, de l'histoire médicale et des prises en charge précédentes du surpoids, des co-morbidités connues et des traitements en cours
- en recherchant des troubles du comportement alimentaire qui justifieront une prise en charge spécifique
- en recherchant les circonstances vécues comme traumatisantes et considérées par le sujet comme importantes dans la genèse et/ou le maintien de la prise pondérale et qui justifieront une prise en charge spécifiquement psychologique
- en effectuant le bilan du retentissement de l'obésité sur l'autonomie, la vie sociale et l'état thymique ;
- en procédant à l'examen clinique qui s'attachera à dépister les conséquences de l'obésité ainsi que des signes éventuels orientant vers une cause endocrinienne ou génétique
- en déclinant des examens complémentaires adaptés
- en ayant recours à une enquête génétique en cas de signes évocateurs et après obtention du consentement du patient.

2 - Planifier la prise en charge thérapeutique

- après l'évaluation clinico-biologique, psychologique et après la recherche de comorbidités associées
- après avoir fixé des objectifs pondéraux à atteindre réalistes et individualisés ayant des effets favorables sur la santé
- après avoir programmé le suivi rapproché clinico-biologique pluridisciplinaire
- comportera des modifications du mode de vie, des améliorations de l'équilibre alimentaire, une prise en charge psychologique et sociale
- comportera également une prise en charge spécifique des co-morbidités en collaboration avec les médecins spécialistes concernés et le médecin traitant
- comportera parfois la discussion d'une chirurgie de l'obésité en cas d'absence de perte de poids suffisante ou de non maintien de la perte de poids après 6 à 12 mois de prise en charge médi-

cale, nutritionnelle, diététique et psycho-thérapeutique bien conduite, en cas d'IMC > 40 ou en présence de co-morbidités

- si la chirurgie de l'obésité est proposée, le programme sera mis en place chez un patient informé et acceptant la nécessité d'un suivi post-chirurgical à long terme, après une évaluation préopératoire pluridisciplinaire, après un accord collégial mesurant les risques et bénéfices de la chirurgie ; la chirurgie sera suivie d'une adaptation des traitements des co-morbidités et, en particulier, des traitements hypoglycémiant du fait de l'amélioration parfois rapide de l'équilibre glycémique.

II - Les ressources en connaissances et compétences

1- Les ressources spécifiques à la spécialité en Endocrinologie-Diabète et Maladies Métaboliques

A - Pré-requis de base

- Participer à la Formation Continue
- Assister aux Congrès de la Spécialité.

B - Savoirs scientifiques et techniques, validés

- Avoir acquis les connaissances théoriques et techniques concernant* :
 - Anatomie, embryologie, développement et physiologie des glandes endocrines
 - Biosynthèse et mode d'action des hormones
 - Grandes régulations physiologiques : reproduction, masse osseuse, masse grasse, équilibre hydro-minéral, croissance, régulation de la glycémie, des lipides circulants, de l'homéostasie phospho-calcique, rôle des hormones gastro-intestinales...
 - Principes de génétique, d'immunologie et d'oncologie appliqués à l'endocrinologie
 - Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en endocrinologie
 - Explorations morphologiques, histologiques et fonctionnelles en endocrinologie
 - Bases physiologiques de la nutrition et de l'alimentation
 - Épidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des maladies des glandes endocrines : insuffisances antéhypophysaires et syndromes d'hypersécrétion hypophysaire, insuffisances thyroïdiennes et hyperthyroïdies, hypo-, pseudo-hypo- et hyperparathyroïdies, insuffisances surrénaliennes et hypercorticismes, hypogonadismes, hyperandrogénie, dysgénésies gonadiques, troubles héréditaires de l'hormono synthèse, tumeurs sécrétantes et non sécrétantes, tumeurs neuro-endocrines*
 - Épidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des troubles du métabolisme et des pathologies de la nutrition : diabète, hypoglycémies, obésité et troubles du comportement alimentaire, dyslipoprotéïnémies
 - Épidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des états intersexués, des troubles pubertaires et de la reproduction
 - Organisation et prise en charge des urgences en endocrinologie
 - Principes généraux, indications et suivi de la chirurgie et des transplantations en endocrinologie
 - Education Thérapeutique des Patients (ETP).

* Repris du B.O. n°11 du 13 Mars 2008 : « Sommaire DES Endocrinologie, Diabète, Maladies métaboliques », avec quelques rajouts en italique.

■ Principales modalités d'acquisition :

- Cours d'apport théorique et enseignements qualifiants
- Congrès et enseignements spécifiques
- Stages de courte durée
- Formation qualifiante (40 heures) pour l'ETP si cette activité est revendiquée par le praticien (loi HPST).

C - Expérience pratique validée

■ Avoir acquis la maîtrise des pratiques suivantes :

- Interrogatoire et examen clinique (dans l'ensemble des pathologies, selon le terrain : enfant, adolescent, adulte, femme enceinte)
- Prise en charges des urgences endocriniennes et métaboliques
- Interprétation des dosages biologiques et connaissance des facteurs d'interférence
- Interprétation des données d'imagerie (Echographie, Radiographies, TDM, IRM, Scintigraphies)
- Interprétation des données de cytologie (nodule de la thyroïde...), et d'anatomo-pathologie
- Prescription d'un régime diététique (obésité, diabète, dyslipidémie)
- Evaluation d'un état nutritionnel (Anorexie)
- ETP (Diabète, Obésité, Insuffisance surrénale, ...)
- Encadrement des activités infirmières spécifiques (Education, tests dynamiques...)
- Activités de liaison dans l'établissement hospitalier
- Participation aux activités hospitalières transversales (CLAN...)
- Prescription d'examen génétiques et information au patient en vue d'un recueil de consentement éclairé.

■ Modalités d'acquisition pratique :

- Dans les Services Agréés, participation aux activités de diagnostic et de soins, présentation et discussion de dossiers au staff, participation aux RCPs (Réunions de Concertations Pluridisciplinaires) locales, régionales, et nationales dédiées à la spécialité, suivi des malades hospitalisés, supervision des observations, activité de consultation, astreintes ou gardes de spécialité, enseignement du personnel paramédical, sensibilisation à l'éducation thérapeutique des patients, base de la relation patient-médecin, collaborations avec les diététiciennes, collaborations avec les partenaires des prises en charge multidisciplinaires (chirurgien, biologiste, imageur, isotopiste...)
- Stages de mise en pratique validés par un carnet de stage.

2- Les ressources communes à toutes les spécialités

A - Les pré-requis de base

- Maîtrise de la langue française
- Reconnaissance par l'Ordre des Médecins du titre de Docteur en médecine, des qualifications et des compétences
- Connaissances en déontologie professionnelle et éthique médicale.

B - Les savoirs médicaux scientifiques et techniques validés

- Avoir acquis les connaissances de base théorique et technique concernant :
 - l'anatomie et la physiologie
 - la pathologie générale
 - les urgences médicales.

C - Savoir-faire de raisonnement clinique et de décision

■ Être capable de :

- effectuer une synthèse clinique et para-clinique dans les démarches de diagnostic
- prendre des décisions individuellement et collectivement
- adopter en cours de procédure diagnostique, thérapeutique ou de suivi des changements de stratégie apparaissant nécessaires
- mener des actions dans l'urgence.

■ Modalités de validation : présentation de cas cliniques

- en staff : présentation de cas
- en réunions scientifiques ou pédagogiques
- en séminaires ou en congrès.

D - Savoir-faire d'information et de communication avec les patients

■ Être capable de :

- établir une relation d'écoute empathique avec un patient
- délivrer une information claire et adaptée aux caractéristiques (personnelles, sociales, culturelles...) du patient, de sa famille et de son entourage
- annoncer avec tact et humanité des pronostics ou des événements négatifs (handicap, décès, tumeur cancéreuse...)
- reformuler (une demande, des symptômes, un diagnostic, une stratégie d'intervention...) dans les mots du patient pour s'assurer de sa compréhension
- vérifier ce qui a été communiqué à un patient avant d'engager un dialogue avec lui
- respecter le discours d'un patient, notamment en cas d'échec thérapeutique
- respecter l'intimité des patients
- aider un patient à prendre sa décision en lui présentant la balance des bénéfices et des risques.

E- Savoirs et savoir-faire de communication avec les collègues et les divers acteurs intervenant dans les lieux de soins

■ Être capable de :

- partager et diffuser dans les délais appropriés les informations utiles concernant le patient, en fonction de l'intérêt du patient et indépendamment des liens hiérarchiques
- prendre des décisions en concertation avec les collègues et le personnel de soins
- rendre compte, par oral et par écrit, des résultats d'un diagnostic et des traitements ou opérations réalisés
- assurer la traçabilité des informations, en particulier la mise à jour du dossier médical
- actualiser sa formation et son information en étudiant les consignes, les informations, les dossiers.

F- Savoirs et savoir-faire de coopération

■ Avoir acquis la connaissance :

- de l'organisation et du fonctionnement de la consultation, des urgences et des unités de soins.

■ Être capable de :

- se situer dans une équipe en situant bien son rôle et en prenant en compte et respectant le rôle des autres membres de l'équipe
- travailler en coopération avec les autres professionnels de la santé
- participer à des activités ou projets transversaux au sein de l'établissement et dans le cadre de réseaux

Référentiel métier et compétences

- reconnaître ses limites
- adresser un patient à un autre collègue, en fonction de ses limites de compétence, des moyens du plateau technique disponible ou de la relation médecin-malade.

G- Savoirs et savoir-faire procéduraux

- Avoir acquis la connaissance :
 - des protocoles d'organisation des soins
 - des recommandations concernant les pratiques cliniques.
- Être capable de :
 - mettre en œuvre avec discernement les protocoles d'organisation des soins
 - mettre en œuvre avec discernement les recommandations sur les pratiques cliniques
 - vérifier que les protocoles sont réactualisés, diffusés et connus de l'ensemble des acteurs intervenant sur le parcours de soins.

H- Savoirs et savoir-faire en méthodologie de recherche clinique

- Avoir acquis la connaissance :
 - des principes élémentaires de la recherche clinique, en particulier pour la gestion des données cliniques.
- Être capable de :
 - développer une autoévaluation et une réflexion critique sur sa pratique en vue de l'améliorer.
- Principales modalités d'acquisition :
 - les séances de bibliographie avec analyse critique des articles
 - les staffs de présentation de dossier, avec confrontation de points de vue et d'opinions
 - l'enseignement aux stagiaires, avec évaluation de sa qualité pédagogique
 - les publications supervisées dans un esprit pédagogique par des aînés
 - les rencontres intercentres (« professeur invité »...).

I- Savoirs de base concernant l'environnement professionnel et institutionnel

- Avoir acquis la connaissance :
 - du contexte institutionnel dans lequel se déroule la pratique
 - du rôle des diverses institutions et instances intervenant sur les parcours de soins
 - des bases de la gestion hospitalière, de la gestion des ressources humaines, de la gestion des réclamations et des plaintes
 - du coût des examens et des appareillages préconisés
 - de l'existence de Centres de Référence et de Centres de Compétence de Maladies Rares qui organisent, avec les Praticiens, la prise en charge de maladies rares dans les meilleures conditions pour le patient.

Le “Document de Louvain”

UEMS charter on training of medical specialists in the E.U.

Requirements for the specialty of Endocrinology, Diabetes and Metabolism

Article 1

Central monitoring authority for Endocrinology at E.U.

- The monitoring authority for Endocrinology in the European Union will be the European Board of Endocrinology (E.B.E.) as created and supervised by the Specialist Section of Endocrinology of the UEMS.
- The European Board of Endocrinology (E.B.E.) will define and if necessary periodically modify the general standards for recognition of institutions (centers) and teachers in the specialty of endocrinology.
- The European Board of Endocrinology will define a programme for quality assurance of training in endocrinology.
- The European Board of Endocrinology will define and monitor the system for recognition of quality in endocrinology.
- The European Board of Endocrinology will monitor the system for manpower planning in the field of endocrinology.

Article 2

General aspects of training in Endocrinology

■ The specific rules are:

2.1. Only a medical doctor who has successfully completed his/her training of at least 2 years in the common trunk of internal medicine will be eligible for access to further specialist training in endocrinology.

Apart from possible selection and limitation of candidates for specialist training before the start of the common trunk, the EBE will monitor the access to training in Endocrinology and if necessary advise selective limitation of candidates by the local training center and/or by the national/regional Authority.

2.2. The duration of the specialist training in Endocrinology, Diabetes, Metabolism and Nutrition will be 4 years of which one year can be dedicated to clinical or research experience related to either general internal medicine or endocrinology, cfr. § 8.2. of the document drafted by the (Mono)Specialist Section of Endocrinology in Louvain on 27.04.1991, approved by the U.E.M.S. (October 1991), entitled “Definition of Endocrinology and Outline of Training Needs of Endocrinologists” (called hereafter the Louvain Document), and modified according to the subsequent resolution passed by all Internal Medicine Specialties at the Brussels meeting 1993, April 3 (D 9330).

2.3. The common trunk preceding the training of endocrinology is defined by the Internal Medicine Speciality and can be adapted in agreement with the other specialties related to the field of Internal Medicine.

2.4. The specific training programme in endocrinology will cover the fields of Endocrinology, Diabetes, Metabolism and Nutrition and the Laboratory of Endocrinology, as defined in the Louvain Document, § 5 and 6, summarized as follows:

Core Training

This should involve the following:

■ Background

A thorough modern grounding in the normal physiology of the endocrine system, including the physiology and biochemistry of hormones, and their actions.

■ Endocrinology

Extensive first-hand practical experience in a recognised training centre, of the management of diseases primarily involving the endocrine system. These should include disorders of the following :

- the thyroid gland
- the neuroendocrine system, hypothalamus and pituitary gland
- the adrenal glands
- gastrointestinal hormones
- endocrine function of the gonads
- the parathyroid glands
- hormonal control of blood pressure
- the endocrine system in pregnancy, growth and development.

■ Diabetes

Extensive practical experience in all aspects of diabetes mellitus and its complications. This includes:

- retinal, neurological, vascular and kidney diseases
- diabetes foot care
- diabetic pregnancy and antenatal care
- care of diabetic children and adolescents
- care of the diabetic patient undergoing surgery
- diabetes education.

■ Metabolism and Nutrition

Extensive first-hand practical experience in a range of metabolic and nutritional disorders including the following:

- metabolic bone disease and calcium disorders
- lipid disorders
- obesity and anorexia nervosa
- fluid and electrolyte disorders.

■ Laboratory Endocrinology

An understanding of the principles and practice of hormone assay methods and the use of diagnostic tests is essential. To the practising endocrinologist, laboratory measurement of circulating hormone levels is as crucial as is the availability of endoscopy to the gastroenterologist or of lung function tests to the respiratory physician. Training should therefore include practical experience in an endocrine laboratory and the endocrinologist should have access to an up-to-date hormone assay service, to which if appropriately trained he can contribute himself.

Multidisciplinary Training

This is particularly important in the following areas:

- Reproductive endocrinology and the endocrine basis of infertility including use of gonadotrophic stimulation therapy and assisted reproduction.
- Growth disorders, intersex, short and excessive stature (jointly with paediatric endocrinologists).
- Surgical endocrinology: involvement in pre- and post-operative management of pituitary di-

sease, diabetes and thyroid disease etc.

- Radioisotopes: diagnostic and therapeutic uses.
- Imaging techniques relevant to endocrinology.
- Endocrinology of oncology.
- Hormone pharmacology and treatment.
- Research.

2.5. A system of quality control and assessment of training in endocrinology shall be established by the National Authority. The European Board of Endocrinology has the authority to monitor these systems.

2.6. The European Board of Endocrinology will observe the number of trainees and number of specialists in endocrinology in all countries of the E.U.

2.7. The European Board of Endocrinology will encourage the facilitation of training periods abroad (in other countries of the E.U.) during specialist training.

Article 3

Requirements for Training Institutions

3.1. The recognition of the training institutions for endocrinology will be the responsibility of the National Authority.

3.2. A training center can be a single institution or a group of related establishments. This center must provide adequate experience in all fields of endocrinology. The number of activities must be sufficient to provide at least the minimum experience for a trainee, see the Louvain document (summarized above).

The center must have easy access and close relationships with other relevant specialties (such as Nuclear Medicine, Imaging Facilities, Surgery and Laboratories...). The center must provide evidence of ongoing clinical research and access to basic research.

The center is responsible for:

- (1) regular clinical staff-seminar teaching,
- (2) periodic regional/national meetings.

Basic textbooks on endocrinology/diabetes should be immediately available and there should be easy access to a comprehensive reference library.

3.3. The National Authority should organise in a structural manner a quality assurance of the recognized centers at periodic intervals (at least every 10 years).

Article 4

Requirements for teachers in Endocrinology

4.1. The chief of training must have been practising Endocrinology for at least 5 years since specialist accreditation. There should be additional teaching staff. The teacher and the staff should provide training in all aspects of the specialty. When an aspect of training cannot be provided in one center it will be necessary for the trainee to be taught elsewhere by a teacher approved for that purpose.

4.2. The teacher should work out a training programme for the trainee in accordance with the trainee's own qualities and the available facilities of the institution, which also complies with national rules and E.U. Directives and considers UEMS/European Board of Endocrinology recommendations.

4.3. To provide a close personal monitoring of the trainee during his/her training the number of trainees cannot exceed the number of teachers in the centers.

Article 5

Requirements for trainees

5.1. Experience. To build up his/her experience, the trainee should be actively involved in the management care of a sufficient diversity of patients during the whole period of his/her specially training. This should include the care of outpatients and inpatients and patients with endocrine emergencies.

5.2. The trainee should have sufficient linguistic ability to communicate with patients and to study international literature and communicate with foreign colleagues.

5.3. The trainee should keep his/her personal log-book or equivalent up to date according to national rules and E.U. directives and the recommendations of the Board. The log-book must be endorsed by his/her teacher or authorized deputy.

Charte d’Ethique de Sanofi-Aventis France en matière de partenariat

Application au parrainage du « Livre Blanc de l’Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques »

Le présent document est destiné à exposer les principes déontologiques que Sanofi-Aventis France entend appliquer dans le cadre des partenariats développés avec des institutions professionnelles de santé et tout particulièrement avec celles impliquées dans le projet de « Livre Blanc de l’Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques », initié en 2011 par le Syndicat national des spécialistes en Endocrinologie, Diabète, Maladies métaboliques Et Nutrition (SEDMEN).

Le Projet de « Livre Blanc »

Le projet de « Livre Blanc » a pour objectif d’établir un état des lieux de l’endocrinologie, libérale et hospitalière et de formuler des propositions pour accompagner l’évolution de la spécialité, dans un contexte marqué par la montée de la prévalence des maladies métaboliques (et notamment le diabète), l’évolution et la transformation de la démographie médicale ainsi que par les changements des modes de régulation des soins (« médecin traitant », CAPI, etc.).

Initiée par le SEDMEN, la réflexion associe la Société Française d’Endocrinologie, le CODEHG, la FENAREDIAM, la Société Francophone du Diabète, le CNU, le Conseil National Professionnel d’EDMM ainsi que des associations de patients.

La réflexion sera menée sous l’égide d’un Comité de Pilotage composé de représentants des institutions précitées. Des groupes de travail ad hoc seront mis sur pied pour élaborer les principales thématiques du « Livre Blanc ». La réflexion s’appuiera également sur une enquête auprès d’un large échantillon d’endocrinologues destinée à mieux connaître leurs conditions d’exercice et leur vision de l’avenir de la spécialité. Une large consultation des endocrinologues sera organisée à l’occasion de réunions décentralisées.

Deux experts, le Pr Claude Le Pen et M. Jean-Pol Durand, assureront la coordination des travaux et la charge éditoriale du « Livre Blanc ».

L’agence Affinités Santé assurera l’organisation opérationnelle du projet.

La société IMS Health conduira l’enquête évoquée plus haut auprès d’un large échantillon des membres de la spécialité.

Le soutien de Sanofi-Aventis France

Sanofi-Aventis France considérant :

- Que cette démarche collective de réflexion sur l’avenir d’une spécialité traitant de pathologies considérées comme étant des priorités de santé publique, sert l’intérêt des patients et constitue une contribution à l’amélioration de la qualité des soins en France ;
- Que les résultats de cette réflexion lui seront utiles pour comprendre l’évolution de la prise en charge du diabète et autres maladies métaboliques en France ;

- Qu'une action de partenariat exclusif sur ce projet est conforme à sa mission et à son image d'acteur engagé dans le domaine de la santé et du diabète ;

a décidé d'apporter un soutien financier à cette initiative. Ce soutien couvre :

- Les honoraires des deux experts mandatés et de l'Agence Affinités santé ;
- Le coût de l'enquête conduite par la société IMS Health ;
- Le défraiement des membres du Comité de Pilotage relatif à leurs déplacements et leurs pertes d'activité.

Aucune subvention au titre du « Livre Blanc » n'est versée au SEDMED, ni à aucune autre des institutions participant à la réflexion sur le Livre Blanc ou à leurs représentants.

Le budget de l'opération s'établit à 473 000 euros répartis sur les trois années 2010, 2011 et 2012.

Les conditions de la participation Sanofi-Aventis France

Le soutien de Sanofi-Aventis France au « Livre Blanc » s'effectue dans le respect de principes d'indépendance, de transparence et de propriété intellectuelle.

■ Indépendance

Le Livre Blanc est réalisé sous la seule direction et sous la seule responsabilité du SEDMEN. Sanofi-Aventis France n'interviendra ni dans la conception, ni dans la rédaction ni dans la validation du « Livre Blanc ».

Les experts mandatés pour coordonner la réflexion et assurer la rédaction ont déclaré n'exercer aucune fonction publique susceptible d'interférer d'une quelconque manière avec les intérêts de l'entreprise ou avec la politique de prise en charge des maladies métaboliques en France. Ils se sont engagés à mentionner cette collaboration dans les déclarations d'intérêt qui pourraient leur être demandées dans l'exercice d'un futur mandat.

■ Transparence

Sanofi-Aventis France a souhaité rendre publiques, à travers cette Charte, les conditions de sa participation au projet de « Livre Blanc ». Le texte de cette Charte sera référencé dans tout document relatif au projet. Il sera annexé au « Livre Blanc ».

L'ensemble des documents administratifs relatifs au soutien de Sanofi-Aventis France – à savoir les contrats avec l'agence Affinités Santé, avec les experts, avec IMS-Health pour la réalisation de l'enquête et avec le SEDMED – peut être communiqué à quiconque, sur demande adressée à l'entreprise. Ils sont disponibles auprès du Département d'information médicale et scientifique Sanofi-Aventis France au numéro vert suivant : 0 800 394 000.

■ Propriété Intellectuelle

Le « Livre Blanc » et tous les documents qui seront issus de son processus d'élaboration seront la propriété exclusive du SEDMEN. Ce dernier est titulaire de l'ensemble des droits de propriété intellectuelle sur cette œuvre. Il est responsable de sa diffusion qu'il pourra déléguer, pour partie mais en exclusivité, à Sanofi-Aventis France.

Pour toute information relative à la Charte et/ou à sa mise en œuvre ainsi que pour toute réclamation, il convient de s'adresser au Département d'information médicale et scientifique Sanofi-Aventis France au numéro vert suivant : 0 800 394 000.

Résultats du questionnaire auprès des internes de la spécialité

En collaboration avec le Collège des Enseignants

Fiche technique

Le questionnaire conduit auprès des internes de la spécialité Endocrinologie, Diabète, Maladies Métaboliques sur leur situation et leur évaluation de leur futur métier, a été mené l'initiative conjointe des auteurs du Livre Blanc et du Collège des enseignants de la spécialité.

Le questionnaire ayant servi de support à l'enquête avait été élaboré par le Pr Philippe Chanson, Vice-Président du Collège et Coordinateur national du DES et Jean-Pol Durand, journaliste-consultant.

Il a été adressé sous pli postal à 150 internes, identifiés pour avoir participé une journée d'information en février 2011. Les destinataires en avaient été préalablement prévenus par mèl.

57 réponses ont été retournées aux organisateurs, dont deux n'ont pu être techniquement exploitées. L'enquête s'est déroulée du 13 juillet au 31 août. Les fiches de réponse ont fait l'objet d'une exploitation manuelle.

La représentativité de l'échantillon ne saurait être invoquée selon les critères habituels (sexe, âge/ancienneté, situation de famille, domicile,) mais le taux de retour de 37,3 % atteste du haut degré de mobilisation de la cible concernée par ce travail.

Les commentaires de cette présentation sont de Jean-Pol Durand

Identité

Sexe		
Homme	4	7,3 %
Femme	51	92,7 %
Age moyen	27 ans, 7 mois	
Ville d'internat	Paris (9), Dijon, Nancy (4) Grenoble, Lyon (3), Amiens, Angers, Bordeaux, Caen, Lille, Rennes, Strasbourg, Toulouse (2), Besançon, Clermont-Ferrand, Marseille, Montpellier, Nantes, Nice, Poitiers, Reims, Saint-Etienne (1)	
Statut familial		
Célibataire	20	36,3 %
En couple sans enfant	26	47,3 %
En couple avec enfant	8	14,5 %
NA	1	1,8 %

Base = 55 répondants

Commentaire

Avec 7 % seulement de répondants masculins (4 sur 55), l'échantillon mobilisé par notre questionnaire est représentatif de la population concernée et de la spécialité dans quelques décennies.

A noter que deux des quatre garçons manifestent l'intention de préparer une thèse de science accréditant l'idée qu'ils se prépareraient à une carrière universitaire.

Sur le statut marital, on observera que 7 répondantes ont déjà des enfants ; elles ont,

pour ce faire, dû mettre entre parenthèse leur formation avant d'en reprendre le cours plus tard.

A noter encore qu'il n'a pas été possible d'exploiter la question relative à l'année d'entrée dans l'internat (mal comprise, pour avoir été sans doute imprécisément formulée). Ce déficit sera préjudiciable aux tris croisés qui auraient pu s'avérer intéressants dans l'exploitation des questions suivantes.

Cursus d'internat

Q2. Dans le choix que vous avez réalisé à l'Amphi de Garnison, quel critère a été déterminant ?

La spécialité d'endocrinologie	44	80 %
La ville universitaire	22	40 %
Une autre raison*	5	9,1 %
j'ai choisi l'endocrinologie « par défaut », mon premier choix n'étant plus disponible	1	1,8 %

Base = 55 répondants

* motifs le plus souvent invoqués : choix du conjoint (5), « droit au remords » (2) et proximité de Paris (1)

Commentaire

La somme des citations est supérieure à 100 % dès lors que des réponses cumulées étaient possibles (notamment spécialité + ville) mais leur hiérarchie est instructive : le choix « positif » de la spécialité réalise un score sans appel, témoignant d'une solide vocation pour l'endocrinologie.

A l'entrée ou au décours de l'internat, car il convient de rappeler ici que seule la promotion 2010 a eu l'occasion d'exprimer un choix direct pour la spécialité, ses aînés devant transiter par l'option préalable des « spécialités médicales ».

On verra plus loin que ce choix apparaît stable dans le temps avec, seulement, deux intentions explicites d'exercer le « droit au remords » (Q.4) : l'un (sortant) en faveur de la médecine générale et l'autre (entrant) venant de la médecine interne.

En tout état de cause, et même en cas d'option liée à celle du conjoint, le choix de la spécialité est rarement exercé « par défaut ».

Q2bis. Si vous avez choisi la spécialité d'Endocrinologie-Diabète et Maladies métaboliques, pourquoi ? (sélectionnez les trois critères majeurs)

Intérêt intellectuel (raisonnement,...)	50	90,9 %
Intérêt de pouvoir suivre des malades chroniques	27	49,1 %
Interactions fortes avec les autres spécialités	27	49,1 %
« Mordu » par la spécialité lors d'un de mes stages d'externes	21	38,2 %
Peu de situations vitales urgentes stressantes	18	32,7 %
Diversité des modes d'exercice possibles (on peut ne pas se décider trop vite pour un mode d'exercice professionnel ultérieur)	18	32,7 %
Sentiment de rendre service au patient (pas de malades incurables, traitements efficaces,...)	13	23,6 %
Spécialité ne nécessitant pas d'avoir à prendre des gardes après l'internat	8	14,5 %
Peu de gestes techniques nécessitant un apprentissage (spécialité intellectuelle)	4	7,2 %

Base = 55 répondants

Commentaire

Les motifs de choix d'un métier sont toujours intimes, multifactoriels et parfois non explicités. Nous avons suggéré ici trois critères mais beaucoup de répondants ont « débordé » de ce cadre.

Se dégage toutefois un classement mettant largement en tête la dimension « intellectuelle » de la spécialité, sa « valeur ajoutée » pour le patient (suivi de malades chroniques, sentiment de « rendre service ») et son interaction avec les autres familles de la communauté médicale.

Le confort de l'exercice, à l'abri des contraintes de l'urgence et/ou des gardes, ou hors de toute technicité est évidemment cité, mais en deuxième analyse seulement, loin derrière les critères de choix « positifs ».

A noter enfin – message destiné au corps enseignant – que le recrutement de la spécialité se fait aussi, et pour une large part, à la faveur des stages de second cycle.

Le compagnonnage d'un interne passionné peut s'avérer efficacement contagieux !

Q3. Pour votre internat, avez-vous été obligé de déménager par rapport à la ville où vous avez terminé le deuxième cycle ?

- Oui	27	49,1 %
- Non	28	50,9 %

Base = 55 répondants

Commentaire

On savait l'exigence de mobilité liée au choix de poste d'internat (et de carrière). Mais il n'était pas acté que le déménagement était un exercice aussi répandu : près d'un étudiant sur deux y a été contraint pour se former dans la spécialité de son choix !

Q4. Etes-vous finalement satisfait de ce choix ou comptez-vous exercer votre « droit au remords » ?

- Oui	46	83,6 %
- Non	9	16,3 %

Base = 55 répondants

Commentaire

Majoritairement, les internes sont satisfaits de leur choix ... Et ce score ressemble à un plébiscite.

Il sera évidemment opportun de continuer de surveiller, dans les deux sens (entrée/sortie) l'exercice du « droit au remords » qui, dans la nouvelle configuration de la filière, continue de pouvoir s'exercer au décours des deux premières années.

Pour autant l'ambiguïté relative de la question n'autorise pas d'exégèse particulière.

Résultats du questionnaire auprès des internes de la spécialité

Q5. Pensez-vous que vous serez amené à prolonger votre période d'internat ?		
- Oui	47	85,5 %
- Non	4	7,3 %
- NSP	4	7,3 %

Base = 55 répondants

Q5 bis. Si oui, dans quelle voie		
Clinicat	34	68 %
DESC*	11	22 %
Master 2	4	8 %
Thèse de sciences	4	8 %
Stage à l'étranger	1	2 %
Année Médaille	0	0
Autre (préciser**)	7	14 %
NSP	7	14 %

Base = 50 répondants

* Cité (dans l'ordre) : nutrition, médecine de la reproduction, Oncologie, Gériatrie

Base = 47 répondants

** Cité (dans l'ordre) : grossesse (5) remplacements (2) ... souvent associés (sans doute en cas d'échec de candidature au CCA)

Commentaire

Questionnaire transmis au groupe attelé à la réforme du post-internat : deux internes sur trois signent leur intention de postuler pour un clinicat. Et un sur quinze s'interroge sur cette opportunité !

De toute évidence, le besoin apparaît largement partagé d'un complément de formation initiale. Le clinicat en est le support « naturel » mais le DESC s'invite en seconde position.

Au nombre des diplômes complémentaires, celui de nutrition arrive en tête des intentions, témoignant d'un déficit dans le cursus « normal » pour des futurs professionnels qui ont bien identifié le potentiel de développement de la discipline (Q.16bis).

Enfin, il convient de souligner l'aspiration des jeunes femmes à s'octroyer un « sas » familial – très clairement des « intentions de grossesse » – avant l'entrée dans la vie active. Plusieurs répondantes précisent d'ailleurs leur intention de conjuguer grossesse avec post-internat ou une période transitoire à base de « remplacements », conférant un embryon de statut social.

Cette intention assumée devra être plus précisément mesurée pour être prise en compte par les tutelles au moment de réaliser les études démographiques prospectives. C'est pourtant une des surprises (relatives) de cette enquête.

La proportion de « NSP » atteste enfin du degré d'interrogations des internes sur leur avenir professionnel. Le même questionnement s'exprime encore dans les réponses aux questions suivantes.

Q6. Avez-vous le projet de pratiquer des remplacements pendant votre internat ?		
Oui	11	20 %
Non	28	50,9 %
NSP	16	29,1 %

Base : 55 répondants

Entrée dans la vie professionnelle active

Q7. A l'heure actuelle, avez-vous une idée de votre entrée dans la vie active ?		
Oui	44	80 %
Non	6	10,9 %
NSP	5	9,1 %

Base : 55 répondants

Q7 bis Si oui, votre choix se portera-t-il sur :		
Exercice Hospitalier Public	26	52 %
Exercice Mixte	23	46 %
Exercice Libéral	5	10 %
Exercice salarié dans le privé (centre de santé, clinique privée,..)	3	6 %
Je verrai ce que je trouverai à ce moment-là .»	7	14 %

Base : 50 répondants (mais plusieurs réponses possibles)

Commentaire

Verdict sans appel : 1 interne sur 2 apparaît déterminé en faveur pour une carrière dans le secteur hospitalier public. A l'inverse, l'exercice libéral ne fait pas recette.

En fait, les internes ne sont que 10 % à afficher ostensiblement leur intention d'exercer leur profession sous statut libéral, les autres revendiquant un statut « mixte » avec une partie salariée et une autre d'essence plus libérale, en cabinet ou clinique.

Ce constat impose une interrogation collective du secteur libéral de l'endocrino-diabétologie : en l'état des intentions professionnelles des internes, « la relève » est loin d'être assurée et ne laisse guère augurer que de 5 à 7 installations annuelles sur tout le territoire (sous l'hypothèse d'une promo de 50 à 70 internes).

L'équilibre démographique n'est à portée que sous condition de temps partiel libéral de ceux qui expriment leur intérêt pour l'exercice mixte.

A noter enfin, le potentiel de pragmatiques, constitué par ceux qui affichent leur disponibilité pour occuper un poste accessible « au moment où » ... Mais, même en ville, le tropisme va plutôt vers le salariat que vers la rémunération à l'acte. Certains commentaires sont d'ailleurs explicites en ce sens.

Et un autre motif de surprise nous attend à la Q.12.

Q8 Si votre choix est plutôt en faveur d'un statut hospitalier, pouvez-vous préciser votre préférence ?		
PU-PH	3	5,4 %
PH en CHU	12	21,8 %
PH en CHG	14	25,5 %
Tout dépend de ce qui sera disponible à ce moment-là ...	8	14,5 %

Base = 49 répondants (se destinant à une carrière hospitalière temps-plein ou en exercice mixte)

Résultats du questionnaire auprès des internes de la spécialité

Q9. Pensez-vous privilégier une installation ?		
Dans une grande métropole (capitale de région)	26	50,9 %
- si possible là où j'ai fait mon internat	5	9,8 %
- autre ville de CHU	8	15,7 %
- indifférent	12	23,5 %
Dans une ville moyenne (préfecture)	22	35,3 %
Dans une petite ville (50 000 habitants)	3	5,4 %
A la campagne	0	0 %
NSP	4	7,3 %

Base = 55 répondants

Q10. Quels sont les critères qui dicteront votre choix d'installation ?		
Diversité de la pratique/Recrutement de la patientèle	40	72,7 %
Qualité de la vie personnelle (mer/montagne, vie culturelle)	36	65,4 %
Possibilités professionnelles du (de la) conjoint(e)	29	52,7 %
Charge de travail (horaire hebdomadaire)	27	49,1 %
Conditions d'exercice : statut fiscal et social (niveau d'imposition, couverture sociale, retraite,)	7	12,7 %
Proximité du CHU de formation	6	12,7 %
Opportunité après un remplacement	3	5,4 %

Base = 55 répondants (3 réponses possibles)

Q11. Comptez-vous exercer la spécialité ?		
A temps plein	37	67,3 %
A temps partiel moins de 50 %	7	12,7 %
mi-temps plus de 50 % :	(6)	(10,9 %)
NSP	11	20 %

Base = 55 répondants

Commentaire

Pas de réelle surprise dans ce panorama de la vision que les futures générations ont de leur prochain exercice.

C'est finalement la hiérarchie des motifs de choix d'implantation qui nous importera encore ici car leur classement est instructif : en pôle position la « patientèle », dont on attend qu'elle soit « diverse » (sans autre détail, qui n'était d'ailleurs pas demandé).

En deuxième position viennent – à égalité – les deux items que sont la « charge de travail » et les opportunités professionnelles du conjoint. On attendait évidemment ce critère mais pas forcément à cette place !

L'enquête ne dit pas si les conjoints se recrutent majoritairement dans, ou hors, corps médical, dans ou hors spécialité. Mais ceci explique aussi sans détours qu'en dehors des rangs des « pragmatiques », qui attendent de voir ce que leur proposera le marché du travail au moment d'y entrer (et qui peuvent être, a priori, considérés comme plus mobiles que les autres), les intentions professionnelles privilégient les très grandes villes. La proximité du CHU d'origine n'est plus un critère discriminant. La qualité de la vie en revanche est ostensiblement revendiquée.

Q 12. Si, par choix ou par obligation, vous deviez finalement vous installer en ville, quelle forme d'exercice seriez-vous tenté de privilégier ?

Exercice libéral solitaire en cabinet	0	0 %
Exercice libéral au sein d'une clinique privée	13	23,6 %
Exercice en groupe monodisciplinaire (avec d'autres endocrinologues)	8	14,5 %
Exercice en groupe pluridisciplinaire (avec d'autres spécialistes)	30	54,5 %
Exercice en maison pluridisciplinaire de santé (avec des généralistes et paramédicaux)	22	40 %

Base = 55 répondants (mais plusieurs réponses possibles)

Q 13. Seriez-vous disposé à envisager transitoirement un statut de « collaborateur » (= salarié d'un confrère installé en cabinet) ?

Oui	41	74,50 %
Non	5	9,1 %
NSP	9	16,4 %

Base = 55 répondants

Commentaire

Les deux dernières questions, destinées à baliser l'éventuel « retour en grâce » de l'installation libérale, éclairent d'un jour nouveau cette modalité d'exercice.

D'une part – et à l'inverse sans doute d'une majorité des anciens – la perspective d'un statut de collaborateur salarié d'un endocrinologue installé ne rebute pas, par principe. (3 internes sur 4 se disent disposés à l'envisager). Tout dépend sans doute du montant de salaire proposé mais la formule a sans doute un avenir.

L'exercice isolé ne présente, en revanche, plus aucun intérêt pour la jeune génération ! Aucun des 55 internes de notre panel n'en a exprimé l'intention. La palme est remportée par l'exercice en commun de plusieurs spécialités, des « plateaux cliniques » en quelque sorte comme il existe des « plateaux techniques » sous le toit des cliniques. Grosse surprise : lorsqu'on leur soumet le choix (théorique) entre un exercice en MSP (maison de santé pluridisciplinaire), regroupant généralistes et paramédicaux, la formule emporte plus d'adhésion que le groupe d'endocrinologues « entre eux ».

Cette option, encore une fois théorique, signe une aspiration délibérée à ne plus travailler isolément dans un cabinet de ville à la manière des générations passées.

Le pronostic de la disparition annoncée de la médecine libérale « traditionnelle » n'est ni spécifique de l'endocrinologie ni particulièrement précoce parmi les spécialités médicales : il condamne toutefois tous ceux exerçant actuellement leur métier sous ce statut à renoncer à jamais trouver de « repreneur »...

Q 14. Le secteur 2 (honoraires libres) est actuellement fermé à l'adhésion au moment de l'installation (réservé aux anciens CCA). Est-ce un frein à votre éventuelle installation libérale ?

Oui	21	38,2 %
Non	25	45,4 %
NSP	9	16,4 %

Base = 55 répondants

Q15. Estimez-vous disposer à ce jour de suffisamment d'informations sur les avantages et inconvénients des différentes modalités d'exercice ?

Oui	11	20 %
Non	42	76,4 %
NSP	2	3,6 %

Base = 55 répondants

Commentaire

Trois internes sur quatre estiment ne pas disposer d'informations utiles sur les avantages et inconvénients respectifs des différentes modalités d'exercice. Il ne semble pas pourtant que la libéralisation du secteur 2 soit un préalable à leur intérêt pour l'exercice libéral.

Ce déficit d'information sera – du moins peut-on l'espérer – pour partie pallié par cet ouvrage. Qui ne peut toutefois y suffire. Un effort de pédagogie sur ce terrain apparaît important au moment où, les effectifs étant appelés à augmenter et les différents statuts à évoluer, la nécessité du « choix éclairé » devient impérative.

Extension du champ de l'endocrinologue

Q 16. Selon vous, le champ de la spécialité est-il amené à s'élargir ?

- Oui	45	81,8 %
- Non	4	7,3 %
- NSP	6	10,9 %

Base = 55 répondants

Q 16 bis. sur quelles pathologies ?

- Nutrition	37	82,2 %
- Maladies métaboliques	22	48,8 %
- Reproduction	17	37,7 %
- Tumeurs endocrines	16	35,5 %
- Cancérologie	9	20 %
- Maladies rares	5	11,1 %
- Autres*	4	8,9 %

*Préciser = géronto-endocrinologie, andropause, retard de croissance, TCA (avec psys)

Base = 45 répondants (ayant répondu oui à la Q16)

Commentaire

Résolument optimistes, les internes voient donc s'élargir, à terme, leur champ professionnel. Venant des futures forces vives de la spécialité, le contraire inquiéterait.

Le pronostic de l'extension du champ de la nutrition relève pour eux du constat largement partagé (quatre sur cinq). Cette problématique précède respectivement les maladies métaboliques et les maladies de la reproduction.

Pour autant, il y a aussi une forme de « pari » dans ces prévisions des internes et ceux qui « misent » sur la cancérologie, les problèmes de croissance ou les maladies rares ont sans doute une idée de formation derrière la tête.

On notera que sollicités sur le même item, les aînés déjà installés dans la vie active, livrent un « podium » légèrement différent en plaçant les maladies métaboliques devant la nutrition et les tumeurs endocrines.

Les nuances sur ce registre restent finalement marginales entre seniors et juniors, témoignant d'une même foi en un métier dont la permanence réside justement dans la diversité.

Démographie, revenus : le pronostic des juniors

Q 17. Selon-vous et dans les dix prochaines années les effectifs d'endocrinologues (tous statuts confondus) sont-ils amenés à :

- plutôt à diminuer	14	25,5 %
- plutôt à augmenter	21	38,2 %
- rester stables	15	27,2 %
- NSP	5	9,1 %

Base = 55 répondants

Q 18. Selon-vous et dans les dix prochaines années les revenus des endocrinologues (tous statuts confondus) sont-ils amenés à :

- plutôt à diminuer	19	34,5 %
- plutôt à augmenter	10	18,2 %
- rester stables	0	0 %
- NSP	26	47,3 %

Base = 55 répondants

Commentaire

Les internes sont plutôt convaincus que les effectifs de leur spécialité sont appelés à s'accroître. Majorité toute relative au demeurant. Ce qui prouve bien l'incertitude régnant sur le sujet.

Concernant les revenus, c'est également l'incertitude qui prévaut sur fond de pessimisme.

Etude IMS auprès des endocrinologues

Etat des lieux et perspectives

Table des matières

■ Préambule et contexte	267
■ Méthodologie	268
Première phase : réalisation d'une série d'entretiens préliminaires	
Deuxième phase : réalisation d'une enquête par questionnaire	
auprès de l'ensemble de la profession	
- Constitution du questionnaire	
- Recrutement des endocrinologues participant à l'étude	
- Réalisation de l'étude.....	269
- Calendrier général	
■ Résultats	270
Le taux de réponse	
Le type d'exercice	271
La taille de l'agglomération	273
La spécialité d'origine	
Le statut conventionnel	274
- Une forte proportion des endocrinologues ont une multiplicité de lieux d'exercice	
- Les endocrinologues ont des amplitudes horaires importantes.....	276
- Une forte activité en cabinet.....	279
- L'exercice en cabinet	
- Un mode d'exercice salarié dans un hôpital public qui attire les jeunes.....	281
- Le mode d'exercice mixte principalement fondé sur le statut de vacataire	282
- Une activité de consultation également essentielle à l'hôpital	
- Le statut hospitalier	283
- Les déterminants de l'installation	284
Activité de soins	285
- Une multiplicité des pathologies prises en charge avec une prédominance du diabète et de la thyroïde	
- Une activité centrée sur les pathologies chroniques et le diabète	290
- L'endocrinologue, un rôle d'expertise important.....	292
- Une activité caractérisée par des temps de consultation longs.....	294
- Une cotation essentiellement en CS.....	296
- Des interactions fortes avec les autres spécialités médicales et paramédicales.....	298
- Des relations satisfaisantes instaurées avec les autres professionnels.....	302
- Des délégations de tâches possibles mais dans des domaines de prise en charge spécifiques....	303

L'éducation thérapeutique :	
une place importante dans l'activité des endocrinologues	306
- Une activité importante	
- Une activité non spécifique à un lieu d'exercice	307
- Les actions d'éducation de groupe sont inscrites dans les pratiques	
- Une éducation qui requiert un investissement de l'endocrinologue	
à tous les niveaux de l'éducation	308
- L'éducation thérapeutique n'est pas limitée à une sous population particulière	309
- Une activité en lien avec des structures d'éducation de proximité	
Des attentes fortes vis à vis des recommandations et référentiels	
dont l'utilité est reconnue	311
Une spécialité engagée dans la formation professionnelle	316
La télémédecine un outil qui reçoit l'adhésion des endocrinologues	322
La politique menée par l'Assurance Maladie décrite par la spécialité	325
Un mode de rémunération non satisfaisant	328
- Rémunération de l'activité de consultation	
- Rémunération des hospitalisations	333
Un avenir incertain pour une spécialité à laquelle les endocrinologies sont attachés	334
■ Conclusion	77

Préambule et contexte

L'endocrinologie est aujourd'hui une spécialité très spécifique avec des enjeux particuliers. Relativement peu nombreux comparativement à d'autres spécialités médicales, les endocrinologues sont particulièrement exposés aux enjeux de démographie médicale. Spécialité prenant en charge des maladies chroniques majeures, telle que le diabète, elle est aussi une spécialité touchée par les réformes du système de santé de ces dernières années, tel qu'en premier lieu la mise en place du parcours de soins. Spécialité clinique, elle est également très singulière avec un niveau de rémunération très en deçà du niveau des autres spécialités.

Avec le soutien de 2 experts, le Pr Claude Le Pen et Jean-Pol Durand, le SEDMEN a décidé d'élaborer un Livre Blanc de l'Endocrinologie, Diabète, Maladies Métaboliques et Nutrition, visant notamment à montrer que les endocrinologues sont indispensables au système car à la fois spécifiques et complémentaires des autres professionnels de santé.

Dans la perspective de l'élaboration du Livre Blanc, le SEDMEN et les 2 experts ont mandaté une étude auprès d'IMS visant à apporter par une enquête auprès de l'ensemble des endocrinologues en France, une image :

- de l'activité (actes et prescriptions) des endocrinologues en France dans chacun des quatre grands domaines (Diabète, Maladies métabolique, Obésité - Nutrition, Endocrinologie générale),
- de l'exercice des endocrinologues par domaine d'activité, lieu et statut d'exercice (libéral, hospitalier, mixte),
- du positionnement actuel et à venir de l'endocrinologie dans le système de santé au regard de la politique publique actuelle (loi HPST, éducation thérapeutique...).

L'objectif est à la fois de fournir des données permettant d'étayer la réflexion autour du Livre Blanc mais aussi d'impliquer à travers cette étude l'ensemble de la profession, de lui donner l'occasion de s'exprimer.

Méthodologie

La méthodologie d'étude a procédé en deux phases :

Première phase : réalisation d'une série d'entretiens préliminaires

Cette première étape a eu pour objectif d'identifier/valider auprès de quelques professionnels les tendances relatives à l'activité (actes et prescriptions) des endocrinologues, à leur exercice par domaine d'activité et lieu d'exercice et à leur positionnement actuel et à venir dans le système de santé.

Pour cela, un guide d'entretien semi-dirigé a été élaboré et a structuré la conduite de 9 entretiens téléphoniques (non rémunérés) avec des endocrinologues libéraux, hospitaliers et mixtes.

Ces entretiens ont permis d'identifier les enjeux organisationnels de la profession, de mieux appréhender son positionnement et d'anticiper les grandes tendances à valider auprès d'un plus grand nombre par le questionnaire.

Deuxième phase : réalisation d'une enquête par questionnaire auprès de l'ensemble de la profession

L'enquête par questionnaire auprès de l'ensemble des endocrinologues poursuit un double objectif : d'une part valider et recueillir les points de vue des endocrinologues sur les enjeux identifiés de la profession et d'autre part à caractériser l'activité d'endocrinologie par une enquête un jour donné.

Constitution du questionnaire

Sur la base des entretiens semi-directifs qui ont permis d'affiner les thématiques relatives aux enjeux de l'endocrinologie, un questionnaire a été élaboré par *IMS Health*.

Ce questionnaire a été par la suite soumis à l'ensemble des membres du comité de pilotage pour relecture et validation lors de la réunion du 10 février 2011. Les membres du comité de pilotage ont été invités à renseigner (à blanc) un questionnaire de manière à tester les modalités de réponse proposées.

Le questionnaire était constitué de deux parties : une première partie relative à la perception qu'ont les endocrinologues de leur spécialité et de son avenir dans le système de santé, une deuxième partie dédiée à la réalisation d'une enquête d'activité un jour donné.

Afin de ne pas limiter la participation à l'étude à un certain type de professionnels et au vu de la longueur de ce dernier, le choix a été fait de diffuser ce questionnaire sous format papier avec une enveloppe de retour pré-affranchie.

Recrutement des endocrinologues participant à l'étude

Un fichier d'adresses d'endocrinologues a été construit à partir des fichiers transmis par :

- le SEDMEN (Syndicat National des Spécialistes en Endocrinologie, Diabète, Maladies Métaboliques et Nutrition),
- la Société Française d'Endocrinologie (SFE),
- la FENAREDIAM (Fédération Nationale des Associations Régionales d'Endocrinologie Diabétologie et Métabolisme),
- la SFD (Société Francophone du Diabète).

Lorsque différentes adresses étaient indiquées dans les différents fichiers, l'adresse retenue a été soit l'adresse du cabinet de ville, soit l'adresse qui était retrouvée plusieurs fois.

Un courrier a ainsi été envoyé à l'ensemble des endocrinologues constituant le fichier final (1289 au total), courrier signé par les coprésidents du comité de pilotage, le Dr Patrick BOUILLLOT et le Pr Brigitte DELEMER et par la présidente du SEDMEN, le Dr Marie Hélène BERNARD.

L'objet de ce courrier, accompagné d'un coupon réponse et d'une enveloppe pré affranchie de retour, était de solliciter les endocrinologues pour participer à l'enquête par questionnaire.

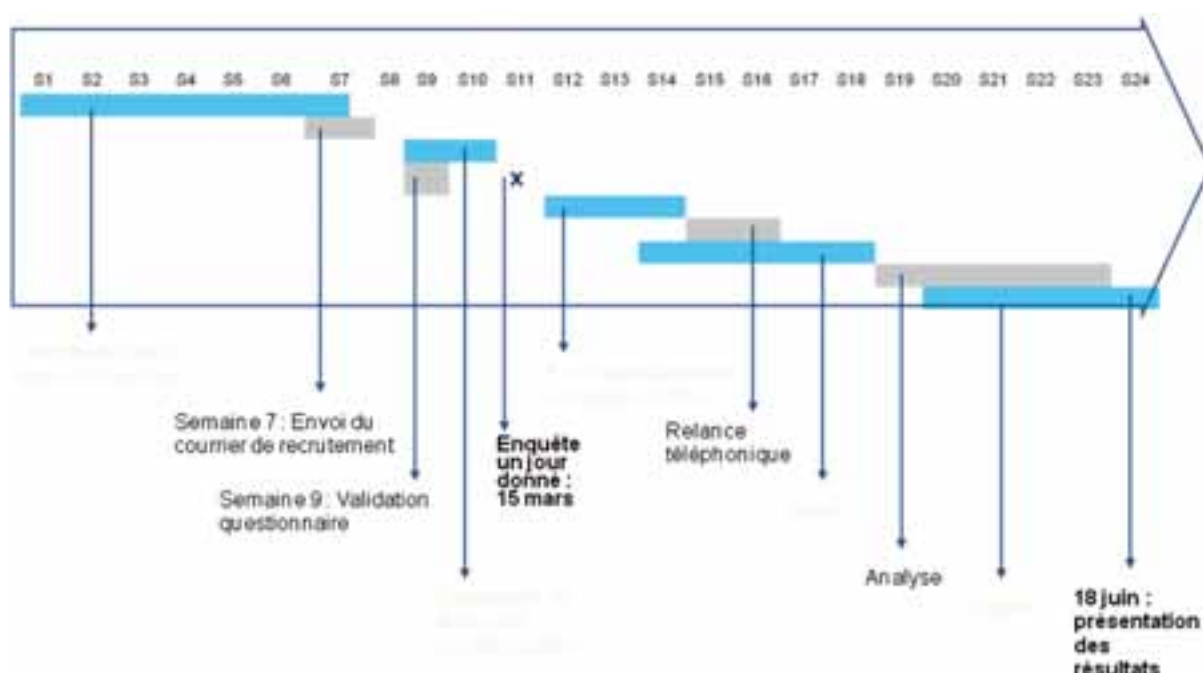
Réalisation de l'étude

Un deuxième courrier, accompagné du questionnaire, a été envoyé par la suite à l'ensemble des endocrinologues ayant accepté de participer à l'enquête (499 endocrinologues).

Une relance téléphonique a été enfin réalisée auprès de 164 endocrinologues ayant accepté de participer mais n'ayant pas renvoyé le questionnaire (cf. calendrier d'étude présenté ci-après).

Calendrier général

L'étude s'est déroulée sur 6 mois. Le calendrier de réalisation de l'étude a été le suivant :



Résultats

Un taux de réponse élevé traduisant une forte attente des endocrinologues quant aux enjeux de leur spécialité

Le taux de réponse, 19,5 %, a été particulièrement élevé pour ce type d'enquête non rémunérée et fondée sur un questionnaire relativement lourd à remplir. Renseigner le questionnaire mobilisait de 45 minutes à 1 heure du temps du médecin.

■ Envoi de 1300 courriers de recrutement (initiaux + relances réalisées en mars 2011).

- 499 accords de participation.
- 259 questionnaires retournés.

■ Dont :

- 196 réponses complètes ,
- 63 réponses partielles (questionnaire renseigné hors partie activité).

• **Les endocrinologues ayant répondu sont assez représentatifs de l'ensemble de la spécialité sur les critères âge, sexe.**

■ **Sexe** : 65 % des répondants sont des femmes contre 72 % pour l'ensemble des endocrinologues (Atlas de la démographie médicale, situation au 1^{er} janvier 2011).

■ **Age** : la moyenne d'âge des endocrinologues ayant répondu est de 51,3 ans versus 48 ans en population générale (Atlas de la démographie médicale, situation au 1^{er} janvier 2011).

Tableau 1. Répartition par groupe d'âge des endocrinologues interrogés

(Base : Ensemble)

	Total
Ensemble	259 (100 %)
Moins de 45 ans	55 (21 %)
45 - 54 ans	102 (39 %)
55 - 64 ans	86 (33 %)
65 ans et plus	11 (4 %)
Nsp	5 (2 %)
Base répondant	254
Moyenne	51,3
Ecart-type	8,54

Tableau 2. Répartition par sexe des endocrinologues

(Base : Ensemble)

	Total
Ensemble	259 (100 %)
Féminin	169 (65 %)
Masculin	89 (34 %)
Nsp	1 (0 %)

- **Le taux de réponse important a permis de faire des analyses en sous groupes en fonction de différents critères :**

Le type d'exercice

Quatre catégories ont été définies par croisement de différentes variables du questionnaire (cf. tableau ci-après) :

- Les endocrinologues exerçant uniquement en cabinet.
- Les endocrinologues exerçant en clinique seulement ou en cabinet et clinique.
- Les endocrinologues salariés exerçant en hôpital public.
- Les endocrinologues mixtes (c'est-à-dire exerçant à la fois en hôpital public et en ville (clinique ou cabinet)).

Les autres endocrinologues : médecins ayant un autre exercice (exemple : salarié d'un réseau de santé) ou n'ayant pas pu, au vu des réponses apportées, être classés dans l'une ou l'autre des catégories précédentes.

Remarque : le croisement de différentes variables relatives au lieu et statut d'exercice déclaré a donné lieu à un travail de recodage lorsque celui-ci apparaissait évident au regard des réponses apportées. Dans certains cas, malgré la cohérence sur l'ensemble des items retenus pour définir ces différentes catégories, des réponses non cohérentes avec le statut ont tout de même été constatées sur d'autres questions que celles retenues dans l'algorithme de classement, traduisant vraisemblablement des situations très particulières ou des erreurs de remplissage que l'on peut retrouver dans la présentation de certains tableaux ci-après.

Les endocrinologues ayant participé à l'enquête sont en grande partie des professionnels à exercice mixte. Ils représentent presque la moitié de l'échantillon. Les salariés sont moins représentés avec 21 % de l'ensemble de l'échantillon. Les libéraux représentent quant à eux 32 % de l'échantillon.

Tableau 3. Statut des endocrinologues

(Base : Ensemble)

	Total		Total
Ensemble	259 (100 %)	Mixte	120 (32 %)
Médecin libéral	82 (46 %)	Nsp	3 (1 %)
Médecin salarié	54 (21 %)		

Aucun fichier ayant servi au mailing de l'étude ne permettant une telle classification, il n'a pas été possible de calculer un taux de réponse par type d'exercice.

Il est certain au vu des données démographiques récemment publiées dans l'atlas de la démographie médicale que l'échantillon de répondants n'est pas représentatif de la population générale des endocrinologues sur un double critère :

- sous représentation des médecins hospitaliers,
- sur représentation relativement forte des endocrinologues libéraux.

Tableau 4. Répartition des endocrinologues par statut

(source CNOM – Atlas démographique 2010)

	Libéral	Salarié hôpital	Mixte (Hôpital + cabinet et clinique + cabinet + hôpital)	Autre
Endocrinologie/ Diabétologie	466 (29,10 %)	836 (52,20 %)	299 (18,70 %)	0 (0 %)
Total	91 924 (45,96 %)	85 011 (42,51 %)	22911 (11,46 %)	141 (0,07 %)

L'échantillon n'est pas représentatif sur ce critère de la spécialité. Une analyse systématique des réponses par type d'exercice a donc été réalisée afin de tenir compte autant que possible des risques d'interprétation liés à l'échantillon de répondants.

Les 174 endocrinologues exerçant dans le secteur public, exercent pour plus de 7 sur 10 d'entre eux dans des services d'endocrinologie/diabétologie.

Environ 20 % des endocrinologues hospitaliers exercent dans un service de médecine. Les autres endocrinologues peuvent exercer dans des lieux divers : pédiatrie, médecine nucléaire...).

Tableau 5. Statut des endocrinologues

(Base : Ensemble)

	Salarié hôpital / PUPH	Mixte (Hôpital + cabinet et clinique + cabinet + hôpital)	Autre
Ensemble	51 (100 %)	99 (100 %)	22 (100 %)
Endocrinologie/Diabétologie	40 (78 %)	70 (71 %)	16 (73 %)
Médecine	9 (18 %)	21 (21 %)	3 (14 %)
Autre	2 (4 %)	19 (19 %)	2 (9 %)
Nsp	2 (4 %)	0 (0 %)	2 (9 %)

51 % d'entre eux exercent dans un CHU et 40 % dans un CH. Ces mêmes proportions sont observées chez les médecins salariés et chez les médecins ayant un exercice mixte.

Tableau 6. Lieu d'exercice des médecins exerçant dans le secteur public

Base : Exercent dans le secteur public

	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	51 (100 %)	99 (100 %)	22 (100 %)
CHU	26 (51 %)	50 (51 %)	12 (55 %)
CH	23 (45 %)	39 (39 %)	8 (36 %)
Les deux	1 (2 %)	4 (4 %)	1 (5 %)
Nsp	1 (2 %)	6 (6 %)	1 (5 %)

La taille de l'agglomération

Par ailleurs la répartition des endocrinologues interrogés montre que plus 60 % exercent dans des agglomérations de plus de 100 000 habitants. Les endocrinologues qui exercent dans des petites agglomérations sont plus souvent des médecins libéraux exerçant en cabinet.

Tableau 7. Répartition des endocrinologues par taille d'agglomération

(Base : Ensemble)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique + cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 (100 %)	49 (100 %)	28 (100 %)	51 (100 %)	99 (100 %)	32 (100 %)
Grande agglomération > 500 000 habitants	72 (28 %)	14 (29 %)	10 (36 %)	16 (31 %)	24 (24 %)	8 (25 %)
Agglomération de 100 000 à 500 000 habitants	86 (33 %)	14 (29 %)	10 (36 %)	19 (37 %)	28 (28 %)	15 (47 %)
Agglomération de 50 000 à 100 000 habitants	54 (21 %)	8 (16 %)	5 (18 %)	7 (14 %)	31 (31 %)	3 (9 %)
Agglomération < 50 000 habitants	39 (15 %)	12 (24 %)	2 (7 %)	7 (14 %)	15 (15 %)	3 (9 %)
Nsp	8 (3 %)	1 (2 %)	1 (4 %)	2 (4 %)	1 (1 %)	3 (9 %)

La spécialité d'origine

L'endocrinologie étant une spécialité récente, nombre d'entre eux ont une spécialité d'origine qui n'est pas l'endocrinologie mais peut être notamment « médecine interne ».

7 % de l'échantillon exerce avec le statut « médecine interne à orientation endocrinologie ».

Tableau 8. Répartition des endocrinologues selon le statut d'exercice

(Base : Ensemble)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique + cabinet	Salarié hôpital / PUPH I	Mixte	Autre
Ensemble	259 (100 %)	49 (100 %)	28 (100 %)	51 (100 %)	99 (100 %)	32 (100 %)
Endocrinologie	238 (92 %)	48 (98 %)	25 (89 %)	46 (90 %)	92 (93 %)	27 (84 %)
Médecine interne à orientation endocrinologie	17 (7 %)	1 (2 %)	3 (11 %)	4 (8 %)	7 (7 %)	2 (6 %)
Nsp	4 (2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	0 (0 %)	3 (9 %)

Le statut conventionnel

Par ailleurs, 2/3 des médecins libéraux ayant répondu à l'enquête exercent en secteur 2.

Tableau 9. Secteur conventionnel des médecins libéraux

(Base : Médecins libéraux)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique +cabinet	Mixte	Autre
Ensemble	202 (100 %)	49 (100 %)	28 (100 %)	99 (100 %)	26 (100 %)
Secteur 1	63 (31 %)	21 (43 %)	7 (25 %)	34 (34 %)	1 (4 %)
Secteur 2	120 (59 %)	27 (55 %)	21 (75 %)	64 (65 %)	8 (31 %)
Nsp	19 (9 %)	1 (2 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	17 (65 %)

Le mode d'exercice

Une forte proportion des endocrinologues ont une multiplicité des lieux d'exercice

L'analyse du profil des endocrinologues ayant répondu au questionnaire met en évidence l'importance de la proportion de professionnels exerçant sur plusieurs sites. Il s'observe d'une part par la forte représentation (près de 4 endocrinologues sur 10) du mode d'exercice mixte, c'est-à-dire des professionnels à la fois en libéral et en établissement hospitalier public.

D'autre part, par le nombre de professionnels libéraux exclusifs (35 %) qui exercent à la fois en cabinet et en clinique.

La multiplicité des lieux d'exercice est également mise en évidence par l'analyse de l'activité de la semaine des praticiens.

Même si l'activité de consultation en cabinet est très importante pour les praticiens à exercice libéral, la répartition du temps moyen de travail met en évidence la multiplicité des lieux d'exercice pour un même type de professionnel.

Tableau 10. Répartition du temps de travail hebdomadaire par lieu d'exercice

(Base : Ensemble)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique + cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Cabinet	240	42	27	49	97	25
	25,36	38,24	38,85	0	34,94	1,72
	19,22	10,8	13,04	0	10,82	7,84
Clinique	240	42	27	49	97	25
	1,98	0,02	9,96	0	1,8	1,2
	5,37	0,15	10,21	0	3,43	5,88
Hôpital public	240	42	27	49	97	25
	14,61	0,71	0	39,41	7,54	32,56
	18,42	2,82	0	14,25	7,6	18,59
Université	240	42	27	49	97	25
	1,79	0	0	7,18	0,03	3
	6,29	0	0	11,59	0,22	6,09
Réseau	240	42	27	49	97	25
	0,33	0,05	0,15	0,57	0,18	1,12
	1,67	0,3	0,76	2,35	1,24	2,9
Structure d'éducation thérapeutique	240	42	27	49	97	25
	0,38	0,45	0,52	0,47	0,25	0,4
	1,61	2,47	1,5	1,91	0,94	1,17
Activité institutionnelle (URPS, syndicat, ordre...) ou associative	240	42	27	49	97	25
	0,37	0,24	0,19	0,35	0,45	0,48
	1,74	0,92	0,77	1,38	2,13	2,35
Université	240	42	27	49	97	25
	1,79	0	0	7,18	0,03	3
	6,29	0	0	11,59	0,22	6,09
Autre	240	42	27	49	97	25
	1,71	1,4	0,78	1,8	1,7	3,12
	5,51	4,93	3,97	6,89	4,51	7,63
Total	240	42	27	49	97	25
	46,52	41,12	50,44	49,78	46,89	43,6
	12,76	11,4	18,63	10,8	10,97	13,4

Remarque : notons que certains médecins identifiés et auto-déclarés comme libéraux et n'exerçant pas à l'hôpital ont tout de même mentionné des heures d'exercice à l'hôpital public. Cette incohérence peut s'expliquer par une intervention qui serait réalisée de façon informelle sans rémunération spécifique associée.

Les endocrinologues ont des amplitudes horaires importantes

En moyenne, les endocrinologues déclarent travailler 46,5 heures par semaine, tout mode d'exercice confondu. L'amplitude est relativement importante avec environ 14 % d'entre eux qui travaillent moins de 35 heures et 14 % plus de 60 heures. Faute de détails sur l'organisation du temps de travail, il est difficile d'apprécier le temps partiel au sein de la profession. Le temps partiel apprécié par la proportion de professionnels exerçant moins de 35h ou moins de 39h représenterait entre 14 % et 23 % de la profession.

Un quart des endocrinologues en revanche ont des semaines avec une forte activité et réalise plus de 50 heures par semaine.

Tableau 11. Temps de travail hebdomadaire total (ie. tous lieux d'exercice confondus)
(Base = Ensemble)

	n	%	n cumulé	% cumulé
Moins de 35h	34	14,29	34	14,29
35h à moins de 39h	22	9,24	56	23,53
39h à moins de 50h	87	36,55	143	60,08
50h à moins de 60h	62	26,05	205	86,13
60h et plus	33	13,87	238	100,00

Globalement, la répartition d'endocrinologues travaillant par tranche de nombre d'heures travaillées par semaine est similaire entre hommes et femmes excepté sur les tranches extrêmes. Les femmes sont plus nombreuses avec un temps de travail partiel (< 35 heures et < 39 heures) alors qu'à l'inverse la proportion d'homme travaillant plus de 60 heures apparaît plus grande.

Tableau 12. Temps de travail hebdomadaire total - selon le sexe
(Base = Ensemble) ($p=0.004$)

Temps de travail hebdomadaire total	Sexe		
	Féminin	Masculin	Total
<i>n</i>			
<i>% horizontal</i>			
<i>% vertical</i>			
Moins de 35h	27 79,41 17,65	7 20,59 8,24	34
35h à moins de 39h	15 68,18 9,80	7 31,82 8,24	22
39h à moins de 50h	56 64,37 36,60	31 35,63 36,47	87
50h à moins de 60h	43 69,35 28,10	19 30,65 22,35	62
60h et plus	12 36,36 7,84	21 63,64 24,71	33
Total	153	85	238

En revanche, la classe d'âge n'est globalement pas un élément de différenciation en termes de nombre d'heures total hebdomadaires travaillées. Les moins de 54 ans et tout particulièrement les moins de 45 ans semblent être relativement plus nombreux à travailler moins de 35 heures, voire moins de 39h que les endocrinologues âgés entre 55 et 64 ans. Au-delà de 65 ans, le temps partiel semble en revanche plus développé. Mais globalement, aucune différence significative ne ressort entre classes d'âge.

Tableau 13. Temps de travail hebdomadaire total - selon la classe d'âges

(Base = Ensemble) ($p=0,052$)

Temps de travail hebdomadaire total	Classes d'âges				
	< 45 ans	45-54 ans	55-64 ans	≥ 65 ans	Total
<i>n</i>					
% horizontal					
% vertical					
Moins de 35h	9 27.27 18.00	11 33.33 12.09	9 27.27 10.98	4 12.12 36.36	33
35h à moins de 39h	3 13.64 6.00	12 54.55 13.19	7 31.82 8.54	0 0.00 0.00	22
39h à moins de 50h	23 26.74 46.00	34 39.53 37.36	27 31.40 32.93	2 2.33 18.18	86
50h à moins de 60h	14 22.95 28.00	23 37.70 25.27	22 36.07 26.83	2 3.28 18.18	61
60h et plus	1 3.13 2.00	11 34.38 12.09	17 53.13 20.73	3 9.38 27.27	32
Total	50	91	82	11	234

Frequency Missing = 25

Le mode d'exercice apparaît plus déterminant dans le volume horaire hebdomadaire.

Le nombre d'heures hebdomadaires travaillé s'élève entre 41 et 50 heures par semaine en moyenne selon le type d'exercice considéré. Le nombre d'heures déclaré par les praticiens hospitaliers apparaît supérieur aux autres modes d'exercice. Il est cependant fort possible que les médecins aient renseigné une semaine type et ne tiennent donc pas compte des temps de récupération (RTT) qui existent dans le secteur public et qui empêchent toute conclusion hâtive entre les différents modes d'exercice.

Au sein des établissements hospitaliers, le temps de travail hebdomadaire est élevé pour l'ensemble des médecins quelque soit leur statut d'exercice. Il est tout de même à noter que le statut de PUPH entraîne un nombre d'heures hebdomadaires travaillées supérieur au statut de praticiens hospitaliers (59 heures versus 47 heures). Ceci résulte d'un temps important à l'université (> 17heures) qui n'est que partiellement compensé par un moindre temps de travail à l'hôpital.

L'exercice libéral semble permettre plus facilement des horaires plus limités (temps partiel) : 21 % des médecins exerçant uniquement en cabinet par exemple travaillent moins de 35h par se-

maine, contre seulement 6 % à l'hôpital. L'analyse par sous-groupes ne permet pas pour certains d'entre eux (libéral, clinique, autre) de tirer des enseignements du fait des faibles effectifs.

Tableau 14 : Temps moyen de travail hebdomadaire total par type d'exercice
(Base = Ensemble)

	Libéral cabinet	Libéral clinique ± Libéral	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre	Total
Temps moyen de travail hebdomadaire total	41,12	50,44	49,78	46,89	46,6	46,52
	11,4	18,63	10,8	10,97	13,4	12,76

Tableau 15. Temps de travail hebdomadaire total par type d'exercice
(Base = Ensemble)($p=0,006$)

Temps de travail hebdomadaire total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± Libéral	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre	Total
Moins de 35h	9 26,47 21,43	5 14,71 20,00	3 8,82 6,12	12 35,29 12,37	5 14,71 20,00	34
35h à moins de 39h	8 36,36 19,05	1 4,55 4,00	3 13,64 6,12	9 40,91 9,28	1 4,55 4,00	22
39h à moins de 50h	14 16,09 33,33	8 9,20 32,00	11 12,64 22,45	41 47,13 42,27	13 14,94 52,00	87
50h à moins de 60h	8 12,90 19,05	9 14,52 36,00	23 37,10 46,94	19 30,65 19,59	3 4,84 12,00	62
60h et plus	3 9,09 7,14	2 6,06 8,00	9 27,27 18,37	16 48,48 16,49	3 9,09 12,00	33
Total	42	25	49	97	25	238

Frequency Missing = 21

Parmi les professionnels libéraux, aucun effet âge n'est apparu statistiquement significatif. Pour l'exercice libéral, il semblerait tout de même que l'âge pourrait influencer sur le nombre d'heures travaillées, les moins de 45 ans travaillant moins longtemps. Le nombre d'heures moyennes travaillées par semaine s'étale de 37 heures (moins de 45 ans) à 46,5 heures (55-64 ans) selon les classes d'âges considérées. Cependant, aucune différence significative n'a été mise en évidence, peut être du fait d'effectifs réduits dans certaines classes d'âges.

Tableau 16. Temps de travail hebdomadaire total par type d'exercice

(Base = endocrinologues libéraux)($p=0,606$)

Fréquence % horizontal % vertical	Classe d'âges				
	< 45 ans	45-54 ans	55-64 ans	65 ans et plus	Total
Moins de 35h	3 20.00 50.00	7 46.67 20.00	3 20.00 13.04	2 13.33 40.00	15
35h à moins de 39h	1 11.11 16.67	6 66.67 17.14	2 22.22 8.70	0 0.00 0.00	9
39h à moins de 50h	1 4.35 16.67	12 52.17 34.29	9 39.13 39.13	1 4.35 20.00	23
50h à moins de 60h	1 5.88 16.67	9 52.94 25.71	6 35.29 26.09	1 5.88 20.00	17
60h et plus	0 0.00 0.00	1 20.00 2.86	3 60.00 13.04	1 20.00 20.00	5
Total	6	35	23	5	69

Frequency Missing = 13

Une forte activité en cabinet

■ L'exercice en cabinet

Les professionnels libéraux ou à activité mixte exercent quasiment tous en cabinet : sur 202 médecins exerçant en libéral, 179 (soit 89 %) sont installés en cabinet.

Seulement un médecin libéral sur trois exerce en clinique.

Tableau 17. Type d'exercice en cabinet

(Base : Exercent en cabinet)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique + cabinet	Mixte	Autre
Ensemble	179 100 %	49 100 %	27 100 %	98 100 %	5 100 %
Un cabinet en ville	157 88 %	47 96 %	18 67 %	89 91 %	3 60 %
Un cabinet indépendant au sein d'un établissement privé	19 11 %	2 4 %	7 26 %	8 8 %	2 40 %
Nsp	3 2 %	0 0 %	2 7 %	1 1 %	0 0 %

La majorité des endocrinologues exerçant en cabinet ont choisi des cabinets en ville plutôt que des cabinets indépendants au sein d'un établissement privé : 88 % exercent dans un cabinet en ville et 19 % seulement dans un cabinet indépendant au sein d'un établissement privé.

Concernant l'exercice en cabinet, aucun type de cabinet ne prédomine : il y a en effet autant d'endocrinologues en cabinet isolé que d'endocrinologues exerçant en cabinet de groupe.

Notons aussi qu'une plus grande proportion de ceux qui exercent uniquement en libéral exerce en cabinet isolé tandis que la majorité des médecins interrogés ayant un exercice mixte sont installés en cabinet de groupe.

Tableau 18. Type d'exercice en cabinet

(Base : Exercent en cabinet)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique +cabinet	Mixte	Autre
Ensemble	179 100 %	49 100 %	27 100 %	98 100 %	5 100 %
Seul	87 49 %	30 61 %	12 44 %	40 41 %	5 100 %
En groupe	92 51 %	19 39 %	15 56 %	58 59 %	0 0 %

Parmi ceux qui exercent en cabinet de groupe, 63 % sont dans des cabinets pluridisciplinaires.

Tableau 19. Type de cabinet de groupe selon le type d'exercice

(Base : Exercent en cabinet de groupe)

	Total	Libéral cabinet	Libéral cabinet +clinique	Mixte	Autre
Ensemble	92 100 %	19 100 %	15 100 %	58 100 %	0 0 %
Monodisciplinaire	34 37 %	9 47 %	7 47 %	18 31 %	0 0 %
Pluridisciplinaire	58 63 %	10 53 %	8 53 %	40 69 %	0 0 %

Les cabinets de groupe pluridisciplinaires sont partagés avec d'autres médecins spécialistes (en moyenne entre deux et trois autres spécialistes) et très rarement avec des médecins généralistes. Les paramédicaux sont aussi peu présents dans ce type de cabinet de groupe.

Le type d'exercice (mixte ou en cabinet seul) n'a pas d'impact sur la composition des cabinets de groupe comme l'illustre le *tableau suivant*.

Tableau 20. Nombre de professionnels exerçant au sein du cabinet de groupe

(Base : Exercent en cabinet de groupe pluridisciplinaire)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique +cabinet	Mixte	Autre
Autres médecins spécialistes	52	10	7	35	0
	2,62	2,8	2,43	2,6	0
	2,44	1,83	2,72	2,53	0
Médecins généralistes	58	10	8	40	0
	0,19	0,2	0,13	0,2	0
	0,54	0,6	0,33	0,56	0
Professionnels paramédicaux	58	10	8	40	0
	0,36	0,4	0,5	0,32	0
	0,99	0,8	1,32	0,96	0

■ Un exercice en clinique relativement limité

Comme nous l'avons déjà évoqué, un médecin libéral sur 3 de l'échantillon exerce en clinique. L'exercice en clinique a les caractéristiques suivantes :

- L'actionnariat reste peu modifié : 7 % seulement de ceux qui exercent en clinique sont actionnaires de la structure.
- Le paiement à l'acte reste le mode de rémunération principal : 85 % des endocrinologues (57 sur les 67) exerçant en clinique sont rémunérés à l'acte.
- 40 % des endocrinologues exerçant en cliniques disposent de lits dédiés à l'endocrinologie. Ces services s'intègrent dans l'activité générale de l'établissement : dans 60 % des cas, ces établissements privés ont également un service de cardiologie (60 %), une maternité (51 %). Les autres services sont moins répandus : service de néphrologie (39 %), ophtalmologie (25 %) et chirurgie (24 %).

Un mode d'exercice salarié dans un hôpital public qui attire les jeunes

Alors que les endocrinologues de plus de 45 ans étaient essentiellement des libéraux exerçant en cabinet et/ou à exercice mixte, les moins de 45 ans sont désormais proportionnellement plus nombreux à exercer à l'hôpital. Un recul relatif de la part de professionnels exerçant en libéral est observé.

Ainsi, dans notre échantillon, la proportion d'endocrinologues de moins de 45 ans est plus importante parmi les médecins salariés publics : 35 % des endocrinologues interrogés qui optent pour un exercice hospitalier ont moins de 45 ans contre 13 % de médecins libéraux.

L'ancienneté moyenne d'installation en cabinet est aujourd'hui de 19,5 ans pour les libéraux ; seulement 10 % des médecins libéraux se sont installés depuis moins de 10 ans.

Tableau 21. Type d'exercice selon l'âge

Base : Ensemble (n, % horizontaux, % verticaux)

	Total	Libéral	Salarié	Mixte	Autre
Ensemble	259	77	51	99	32
< 45 ans	55 100 % 21 %	10 18 % 13 %	18 33 % 35 %	20 36 % 20 %	7 13 % 22 %
45 - 54 ans	102 100 % 39 %	37 36 % 48 %	16 16 % 31 %	36 35 % 36 %	13 13 % 41 %
55 - 64 ans	86 100 % 33 %	24 28 % 31 %	13 15 % 25 %	41 48 % 41 %	8 9 % 25 %
≥ 65 ans	11 100 % 4 %	5 45 % 6 %	2 18 % 4 %	2 18 % 2 %	2 18 % 6 %
Nsp	5 100 % 2 %	1 20 % 1 %	2 40 % 4 %	0 0 % 0 %	2 40 % 6 %
Base répondant	254 100 %	76 30 %	49 19 %	99 39 %	30 12 %

Le mode d'exercice mixte principalement fondé sur le statut de vacataire

Les endocrinologues ayant un exercice mixte ont pour la plupart (84 %) un statut de vacataire. 11 % seulement ont un statut de praticiens hospitaliers.

Tableau 22. Statut des médecins exerçant dans le secteur public

Base : Exercent dans le secteur public

	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	51 100 %	99 100 %	22 100 %
Vacataire	2 4 %	83 84 %	3 14 %
Praticien hospitalier	30 59 %	11 11 %	10 45 %
PUPH	11 22 %	0 0 %	6 27 %
Chef de clinique	3 6 %	1 1 %	1 5 %
Autres	5 10 %	7 7 %	3 13 %

Remarque : le croisement sur cette variable a mis en évidence quelques anomalies (exemple : chef de clinique / mixte) qui n'ont pas pu être corrigées au regard des réponses apportées aux autres questions.

Sur les 259 endocrinologues interrogés, 240 ont renseigné la répartition du temps de travail hebdomadaire.

Une activité de consultation également essentielle à l'hôpital

L'activité de consultation à l'hôpital est également très importante et caractérise cette spécialité. En moyenne, un endocrinologue salarié en établissement public réalise 3,15 demi-journées par semaine de consultation ; 25 % d'entre eux faisant plus de 3 demi-journées.

Les endocrinologues ayant un exercice mixte font quant à eux 1,8 demi-journées par semaine, la plupart (40 %) consacrant 1 demi-journée à cette activité.

Tableau 23. Nombre de demi-journées de consultation par semaine

(Base : Exercent dans le secteur public)

	Total	Salarié hôpital / PUPH	Mixte Hôpital
Ensemble	174 100 %	51 100 %	99 100 %
1 demi journée	43 25 %	3 6 %	40 40 %
2 demi journées	43 25 %	13 25 %	26 26 %
3 demi journées	36 21 %	18 35 %	10 10 %
Plus de 3 demi journées	27 16 %	13 25 %	6 6 %
Nsp / Pas d'exercice hospitalier	25 14 %	4 8 %	17 17 %
Base répondant	149	47	82
Moyenne	2,52	3,15	1,84
Ecart-type	1,57	1,47	1,15

Le nombre de demi-journées diffère peu entre CH et CHU et est proche de 2,5 consultations en moyenne par semaine.

Tableau 24. Le nombre de demi-journées de consultation par semaine selon le lieu d'exercice
(Base : Exercent dans le secteur public)

	Total	CHU	CH	Les deux
Ensemble	174 100 %	88 100 %	70 100 %	7 100 %
1 demi journée	43 25 %	21 24 %	19 27 %	1 14 %
2 demi journées	43 25 %	24 27 %	15 21 %	2 29 %
3 demi journées	36 21 %	21 24 %	12 17 %	2 29 %
Plus de 3 demi journées	27 16 %	12 14 %	12 17 %	2 29 %
Nsp / Pas d'exercice hospitalier	25 14 %	10 11 %	12 17 %	0 0 %
Base répondant	149	78	58	7
Moyenne	2,52	2,49	2,52	3,14
Ecart-type	1,57	1,56	1,61	1,64

Le statut hospitalier

En termes de statut, les hospitaliers du secteur public sont assez partagés pour juger des conditions de travail, la moitié d'entre eux se disant satisfaits et l'autre moitié insatisfaits. En termes de gouvernance du système hospitalier, les endocrinologues du secteur public sont très largement (8 endocrinologues / 10) insatisfaits. Les professionnels mixtes sont un peu moins durs et plus nombreux à ne pas se prononcer. Ils sont tout de même plus de la moitié parmi ceux s'étant exprimés à penser que la gouvernance est insatisfaisante.

En revanche, les endocrinologues du secteur public à temps plein se projettent relativement dans le futur avec des perspectives de carrière qui semblent satisfaisantes à 2/3 d'entre eux. Pour les professionnels mixtes avec un temps partiel en hôpital public, cet optimisme est moins évident. Parmi ceux qui se sont prononcés (38 % des professionnels mixtes ayant répondu), le rapport est inversé avec 7 professionnels sur 10 s'étant déclarés insatisfaits. Ceci se retrouve également dans la perception qu'ont les professionnels de leur rémunération avec les mêmes divergences de situation entre praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel.

Globalement, le secteur public est reconnu comme plus attractif que le secteur libéral pour l'exercice de leur spécialité, point de vue partagé par 8 praticiens hospitaliers publics sur 10 et près de 2/3 des endocrinologues mixtes s'étant exprimés.

Derrière ce consensus, diverses raisons sont invoquées selon les types de professionnels considérés. Tous reconnaissent l'attractivité des services hospitaliers publics de par la plus grande accessibilité des structures d'éducation thérapeutique. La rémunération et les meilleures conditions de travail sont deux arguments moins bien perçus par les praticiens du public que par les autres pour lesquels il est un argument qui compte. 8 professionnels mixtes sur 10 considèrent que c'est un

élément qui explique la plus grande attractivité du public. Les arguments avancés plus spécifiquement par les médecins du secteur public sont la facilité de coopération avec les autres spécialités et la dimension « enseignement ».

En revanche, aucune distinction de perception de l'attractivité de l'hôpital public n'est observée globalement entre endocrinologues de sexe ou de classes d'âges différents.

Tableau 25. Motifs avancés comme expliquant la plus grande attractivité du secteur public par les endocrinologues partageant ce point de vue

	Total	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte
Ensemble	87 100 %	10 100 %	34 100 %	43 100 %
Des structures d'éducation thérapeutique plus accessibles	67 77 %	9 90 %	28 82 %	30 70 %
Une meilleure rémunération	55 63 %	6 60 %	15 44 %	34 79 %
Une facilité de coopération avec les autres spécialités	41 47 %	2 20 %	22 65 %	17 40 %
De meilleures conditions de travail	41 47 %	5 50 %	12 35 %	24 56 %
La dimension d'enseignement	38 44 %	3 30 %	19 56 %	16 37 %
La dimension recherche développée (pour les CHU)	37 43 %	1 10 %	20 59 %	16 37 %
Autres	14 16 %	5 50 %	5 15 %	4 9 %

Les déterminants de l'installation

■ **Le choix du mode d'exercice semble être peu en lien avec le sexe de l'endocrinologue**

Alors que l'influence du lieu d'exercice et son impact sur l'organisation du temps de travail auraient pu laisser supposer que le sexe de l'endocrinologue influençait ses choix d'installation, la répartition des professionnels au sein de l'échantillon de répondants par type d'exercice varie peu selon le sexe. La proportion de femmes exerçant en libéral ou exercice mixte est tout de même un peu plus importante que parmi les hommes qui ont un exercice plus hospitalier public.

Tableau 26. Type d'exercice selon le sexe

Base : Ensemble

	Total	Libéral	Salarié	Mixte	Autre
Féminin	169	52 30,8 %	28 16,6 %	68 40,2 %	21 12,4 %
Masculin	89	25 28,1 %	23 25,8 %	31 34,8 %	10 11,2 %
Ensemble	258	77 29,8 %	51 19,8 %	99 38,4 %	31 12,0 %

■ L'âge à l'installation n'évolue pas

L'âge à l'installation ou au début d'exercice varie légèrement selon le lieu considéré. L'âge au début d'exercice en clinique semble plus élevé que l'âge à l'installation en cabinet, lui-même plus élevé que l'âge lors du début d'exercice à l'hôpital (période d'internat exclue).

Aucune différence significative entre ces différents âges chez les endocrinologues de différentes classes d'âges n'est observée. Ces âges n'ont pas ou peu évolué au cours du temps et ne constitue pas un élément discriminant des plus jeunes générations.

Tableau 27. Age au début d'exercice selon les types d'exercice

(Base : Ensemble)

	Ensemble	Moyenne	Médiane	Ecart type
Age à l'installation en libéral	182	33,12	33	4,21
Age au début exercice en clinique	64	36,64	34	7,25
Age au début exercice en hôpital public	171	31,74	30	5,8

Activité de soins

Une multiplicité des pathologies prises en charge avec une prédominance du diabète et de la thyroïde

L'endocrinologie se caractérise par la multiplicité des pathologies prises en charge. Il s'agit d'une spécialité large qui requiert des domaines de compétences multiples.

Cette spécialité se caractérise par deux pathologies clés que sont le diabète et la thyroïde qui sont pris en charge par la quasi-totalité des endocrinologues. Tous les endocrinologues libéraux déclarent prendre en charge en cabinet des patients présentant des troubles de la thyroïde et des patients diabétiques.

Les endocrinologues déclarent aussi pour la quasi-totalité d'entre eux (96 %) prendre en charge des patients diabétiques et des pathologies thyroïdiennes. Selon leur lieu d'exercice, les patients et le poids des pathologies dans la patientèle ne sont pas identiques. Ainsi, la proportion d'endocrinologues hospitaliers prenant en charge ces deux pathologies est moins élevée en consultations externes. Elle s'élève à $\frac{3}{4}$ des médecins en hôpital public. La prise en charge du diabète en hospitalisation est de loin la pathologie la plus habituellement prise en charge (90 % des endocrinologues hospitaliers déclarant cette pathologie comme habituellement prise en charge). En deuxième position par ordre d'importance se trouve la thyroïde (55 %) et l'obésité nutrition (47 %).

Deux autres pathologies sont également prises en charge par plus de 7 endocrinologues sur 10, à savoir l'obésité/nutrition et la lipidologie. Les activités hospitalière et ambulatoire semblent légèrement différentes, la prise en charge de l'obésité et de la lipidologie semblant être plus fréquente en libéral qu'à l'hôpital (88 % et 92 % respectivement pour obésité/nutrition et lipidologie en cabinet versus 33 % et 37 % en consultation externe en hôpital public).

Ainsi, l'activité en hospitalisation apparaît avant tout centrée sur la prise en charge du diabète, de l'obésité/nutrition et de la thyroïde ; les autres pathologies étant plus prises en charge dans le cadre des consultations externes ou en ambulatoire.

Au-delà des quatre principales pathologies qui constituent le trait commun de l'activité de l'ensemble des endocrinologues, les prises en charge des patients atteints d'autres pathologies semblent limitées à une partie de ces spécialistes témoignant ainsi d'une certaine sous-spécialisation. Les endocrinologues se spécialisent dans des prises en charge spécifiques et ne couvrent pas tous le même champ d'intervention.

Tableau 28. Pathologie prise en charge par les endocrinologues par statut d'activité
(base ensemble 259)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± Libéral	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
Thyroïde	254 98 %	49 100 %	28 100 %	49 96 %	97 98 %	31 97 %
Diabète	247 95 %	49 100 %	28 100 %	49 96 %	92 93 %	29 91 %
Obésité / nutrition	201 78 %	43 88 %	26 93 %	29 57 %	84 85 %	19 59 %
Lipidologie	188 73 %	45 92 %	23 82 %	27 53 %	74 75 %	19 59 %
Andrologie	95 37 %	19 39 %	17 61 %	15 29 %	36 36 %	8 25 %
Gynécologie	53 20 %	12 24 %	6 21 %	8 16 %	22 22 %	5 16 %
Reproduction	47 18 %	9 18 %	8 29 %	13 25 %	11 11 %	6 19 %
Ostéoporose	47 18 %	9 18 %	9 32 %	6 12 %	21 21 %	2 6 %
Pédiatrie	42 16 %	6 12 %	9 32 %	6 12 %	19 19 %	2 6 %
Autre endocrinologie générale	201 78 %	40 82 %	21 75 %	40 78 %	75 76 %	25 78 %
Nsp	3 1 %	0 0 %	0 0 %	1 2 %	2 2 %	0 0 %

Notons qu'en cabinet, la grande majorité des professionnels prennent en charge diabète, thyroïde, obésité/nutrition et lipidologie de façon habituelle. Les autres prises en charge relèvent d'une partie des endocrinologues seulement mais ne constituent pas en soit des domaines exclusifs de spécialisation. L'endocrinologie est une spécialité avec des domaines de compétence élargis avec une concentration sur 4 pathologies.

Tableau 29. Pathologies prises en charge en cabinet par les endocrinologues déclarant prenant en charge habituellement diverses pathologies

	Diabète	Thyroïde	Obésité / nutrition	Lipidologie	Gynécologie	Reproduction	Pédiatrie	Ostéoporose	Andrologie	Autre endocrino. générale	Autres
Ensemble	178 100 %	182 100 %	159 100 %	149 100 %	35 100 %	28 100 %	35 100 %	40 100 %	75 100 %	142 100 %	11 100 %
Thyroïde	177 99 %	182 100 %	159 100 %	149 100 %	35 100 %	28 100 %	35 100 %	40 100 %	75 100 %	142 100 %	9 82 %
Diabète	178 100 %	177 97 %	156 98 %	147 99 %	32 91 %	28 100 %	33 94 %	39 97 %	75 100 %	139 98 %	9 82 %
Obésité / nutrition	156 88 %	159 87 %	159 100 %	137 92 %	30 86 %	27 96 %	31 89 %	35 88 %	69 92 %	124 87 %	7 64 %
Lipidologie	147 83 %	149 82 %	137 86 %	149 100 %	27 77 %	23 82 %	31 89 %	35 88 %	67 89 %	120 85 %	7 64 %
Andrologie	75 42 %	75 41 %	69 43 %	67 45 %	21 60 %	21 75 %	23 66 %	23 57 %	75 100 %	64 45 %	4 36 %
Ostéoporose	39 22 %	40 22 %	35 22 %	35 23 %	20 57 %	13 46 %	14 40 %	40 100 %	23 31 %	29 20 %	2 18 %
Gynécologie	32 18 %	35 19 %	30 19 %	27 18 %	35 100 %	15 54 %	14 40 %	20 50 %	21 28 %	26 18 %	2 18 %
Pédiatrie	33 19 %	35 19 %	31 19 %	31 21 %	14 40 %	13 46 %	35 100 %	14 35 %	23 31 %	32 23 %	1 9 %
Reproduction	28 16 %	28 15 %	27 17 %	23 15 %	15 43 %	28 100 %	13 37 %	13 32 %	21 28 %	17 12 %	1 9 %

La spécialisation au niveau des consultations externes et hospitalisations apparaît plus forte avec une diversité moindre des pathologies prises en charge.

Tableau 30. Pathologies prises en charge en consultation externe hospitalière par les endocrinologues déclarant prenant en charge habituellement diverses pathologies

	Diabète	Thyroïde	Obésité / nutrition	Lipidologie	Gynécologie	Reproduction	Pédiatrie	Ostéoporose	Andrologie	Autre endocrino. générale	Autres
Ensemble	121 100 %	115 100 %	64 100 %	49 100 %	19 100 %	17 100 %	9 100 %	9 100 %	26 100 %	73 100 %	18 100 %
Diabète	121 100 %	98 85 %	56 88 %	46 94 %	13 68 %	15 88 %	7 78 %	9 100 %	22 85 %	67 92 %	14 78 %
Thyroïde	98 81 %	115 100 %	58 90 %	48 98 %	16 84 %	16 94 %	8 89 %	9 100 %	25 96 %	72 99 %	15 83 %
Obésité / nutrition	56 46 %	58 50 %	64 100 %	35 71 %	8 42 %	6 35 %	3 33 %	4 44 %	15 58 %	41 56 %	6 33 %
Lipidologie	46 38 %	48 42 %	35 55 %	49 100 %	5 26 %	5 29 %	6 67 %	5 56 %	15 58 %	39 53 %	8 44 %
Andrologie	22 18 %	25 22 %	15 23 %	15 31 %	4 21 %	7 41 %	2 22 %	6 67 %	26 100 %	18 25 %	5 28 %
Gynécologie	13 11 %	16 14 %	8 13 %	5 10 %	19 100 %	7 41 %	3 33 %	3 33 %	4 15 %	9 12 %	5 28 %
Reproduction	15 12 %	16 14 %	6 9 %	5 10 %	7 37 %	17 100 %	1 11 %	4 44 %	7 27 %	9 12 %	4 22 %
Pédiatrie	7 6 %	8 7 %	3 5 %	6 12 %	3 16 %	1 6 %	9 100 %	2 22 %	2 8 %	7 10 %	2 11 %
Ostéoporose	9 7 %	9 8 %	4 6 %	5 10 %	3 16 %	4 24 %	2 22 %	9 100 %	6 23 %	4 5 %	3 17 %
Autre endocrinologie générale	67 55 %	72 63 %	41 64 %	39 80 %	9 47 %	9 53 %	7 78 %	4 44 %	18 69 %	73 100 %	11 61 %

Tableau 31. Pathologies prises en charge en hospitalisation par les endocrinologues déclarant prendre en charge habituellement diverses pathologies

	Diabète	Thyroïde	Obésité / nutrition	Lipidologie	Gynécologie	Reproduction	Pédiatrie	Ostéoporose	Andrologie	Autre endocrino. générale	Autres
Ensemble	137 100 %	69 100 %	54 100 %	22 100 %	7 100 %	13 100 %	8 100 %	5 100 %	11 100 %	67 100 %	18 100 %
Diabète	137 100 %	64 93 %	52 96 %	22 100 %	6 86 %	11 85 %	7 88 %	5 100 %	11 100 %	64 96 %	17 94 %
Thyroïde	64 47 %	69 100 %	32 59 %	19 86 %	5 71 %	7 54 %	6 75 %	4 80 %	9 82 %	44 66 %	13 72 %
Obésité / nutrition	52 38 %	32 46 %	54 100 %	20 91 %	2 29 %	4 31 %	3 38 %	3 60 %	9 82 %	29 43 %	5 28 %
Lipidologie	22 16 %	19 28 %	20 37 %	22 100 %	1 14 %	2 15 %	1 13 %	4 80 %	7 64 %	16 24 %	4 22 %
Reproduction	11 8 %	7 10 %	4 7 %	2 9 %	2 29 %	13 100 %	2 25 %	2 40 %	3 27 %	7 10 %	2 11 %
Andrologie	11 8 %	9 13 %	9 17 %	7 32 %	0 0 %	3 23 %	1 13 %	3 60 %	11 100 %	9 13 %	3 17 %
Insuffisance hypophysaire / hypophyse	9 7 %	7 10 %	2 4 %	3 14 %	1 14 %	2 15 %	1 13 %	0 0 %	2 18 %	4 6 %	9 50 %
Pédiatrie	7 5 %	6 9 %	3 6 %	1 5 %	2 29 %	2 15 %	8 100 %	1 20 %	1 9 %	5 7 %	2 11 %
Gynécologie	6 4 %	5 7 %	2 4 %	1 5 %	7 100 %	2 15 %	2 25 %	1 20 %	0 0 %	3 4 %	3 17 %
Ostéoporose	5 4 %	4 6 %	3 6 %	4 18 %	1 14 %	2 15 %	1 13 %	5 100 %	3 27 %	4 6 %	0 0 %

Une activité centrée sur les pathologies chroniques et le diabète

L'importance des pathologies identifiées par les déclarations de pathologies habituellement prises en charge par les endocrinologues se retrouve dans l'analyse des patients effectivement pris en charge en consultation le jour de l'enquête d'activité un jour donné.

Les maladies chroniques ont une place essentielle dans l'activité des endocrinologues. Le diabète de type 2 représente à lui seul 30 % de l'activité totale, tout particulièrement en consultation externe où il représente 36 % des actes totaux réalisés. L'importance de cette pathologie à l'hôpital est portée par les patients diabétiques de type 2 insulino-traités.

En ville, la prise en charge des problèmes thyroïdiens occupe également une place essentielle où ils représentent 40 % des actes réalisés.

L'obésité / nutrition en ville est également un segment d'activité qui compte et représente 13 % de l'ensemble des actes réalisés.

Tableau 32. Pathologies prises en charge par les endocrinologues

	Total	Lieu	
		Cabinet	Consultation externe hospitalière
Ensemble	2705 100 %	2095 100 %	477 100 %
Diabète type 2 insulino-traité	399 15 %	278 13 %	105 22 %
Diabète type 2 sous ADO	388 14 %	303 14 %	66 14 %
Obésité / nutrition	325 12 %	281 13 %	24 5 %
Hypothyroïdie	308 11 %	266 13 %	28 6 %
Thyroïde nodulaire	301 11 %	244 12 %	40 8 %
Hyperthyroïdie	215 8 %	185 9 %	19 4 %
Diabète type 1	181 7 %	133 6 %	43 9 %
Gynécologie	105 4 %	95 5 %	7 1 %
Diabète type 2 non traité	82 3 %	54 3 %	19 4 %
Cancer thyroïde	82 3 %	63 3 %	18 4 %
Hypophyse	63 2 %	39 2 %	21 4 %
Lipidologie	41 2 %	32 2 %	5 1 %
Reproduction	19 1 %	15 1 %	3 1 %
Andrologie	17 1 %	13 1 %	2 0 %
Ostéoporose	5 0 %	5 0 %	0 0 %
Autres endocrinologie	126 5 %	91 4 %	29 6 %
Autres thyroïde	82 3 %	60 3 %	16 3 %
Autres	44 2 %	26 1 %	16 3 %
Nsp	54 2 %	30 1 %	22 5 %

Ces pathologies confèrent ainsi quelques caractéristiques à la population de patients vus en endocrinologie. Les patients pris en charge par un endocrinologue sont des patients :

- Agés : près d'un tiers ont plus de 65 ans, 60 % plus de 50 ans
- Des femmes : 70 % des patients pris en charge sont des femmes
- En ALD : 45 % des patients sont en ALD avec une proportion allant jusqu'à 62 % en consultations externes. (Pour rappel, la proportion de patients en population générale est de 14,5 %). La proportion de patients en ALD est encore plus importante à l'hôpital (62 %).

Tableau 33. Répartition des patients par classe d'âges

	Total	Lieu	
		Cabinet	Consultation externe hospitalière
Ensemble	2 705 100 %	2 095 100 %	477 100 %
Moins de 25 ans	170 6 %	135 6 %	28 6 %
25 - 34 ans	316 12 %	244 12 %	61 13 %
35 - 49 ans	584 22 %	460 22 %	93 19 %
50 - 64 ans	865 32 %	664 32 %	159 33 %
65 ans et plus	761 28 %	587 28 %	134 28 %
Nsp	9 0 %	5 0 %	2 0 %
Base répondant	2696	2090	475
Moyenne	52,97	52,81	53,22
Ecart-type	17,85	17,84	17,89

Tableau 34. Répartition des patients par sexe

	Total	Lieu	
		Cabinet	Consultation externe hospitalière
Ensemble	2 705 100 %	2 095 100 %	477 100 %
Homme	793 29 %	561 27 %	185 39 %
Femme	1894 70 %	1527 73 %	290 61 %
Nsp	18 1 %	7 0 %	2 0 %

Tableau 35. Répartition des patients par statut ALD

	Total	Lieu	
		Cabinet	Consultation externe hospitalière
Ensemble	2 705 100 %	2 095 100 %	477 100 %
Oui	1209 45 %	860 41 %	295 62 %
Non	1457 54 %	1215 58 %	177 37 %
Nsp	39 1 %	20 1 %	5 1 %

L'importance des patients diabétiques est responsable de la forte proportion de patients sous ALD. En effet, plus de 9 patients diabétiques traités sur 10 vus par un endocrinologue sont en ALD.

Tableau 36. Pathologies prises en charge par les endocrinologues et statut ALD des consultations

	Ensemble	Oui			Non			Nsp		
		n	%		n	%		n	%	
Total	2705	1209	45 %		1457	54 %		39	1 %	
Diabète type 1	181	175	97 %	+++	5	3 %	---	1	1 %	
Diabète type 2 non traité	82	32	39 %		48	59 %		2	2 %	
Diabète type 2 sous ADO	388	350	90 %	+++	33	9 %	---	5	1 %	
Diabète type 2 insulino-traité	399	390	98 %	+++	8	2 %	---	1	0 %	--
Hypothyroïdie	308	39	13 %	---	262	85 %	+++	7	2 %	
Hyperthyroïdie	215	26	12 %	---	186	87 %	+++	3	1 %	
Thyroïde nodulaire	301	17	6 %	---	280	93 %	+++	4	1 %	
Cancer thyroïde	82	61	74 %	+++	20	24 %	---	1	1 %	
Autres thyroïde	82	9	11 %	---	71	87 %	+++	2	2 %	
Obésité / nutrition	325	30	9 %	---	289	89 %	+++	6	2 %	
Lipidologie	41	9	22 %	---	30	73 %	++	2	5 %	+
Hypophyse	63	31	49 %		30	48 %		2	3 %	
Gynécologie	105	10	10 %	---	92	88 %	+++	3	3 %	
Reproduction	19	8	42 %		10	53 %		1	5 %	
Ostéoporose	5	0	0 %	--	5	100 %	++	0	0 %	
Andrologie	17	5	29 %		12	71 %		0	0 %	
Autres endocrinologie	126	31	25 %	---	92	73 %	+++	3	2 %	
Autres	44	12	27 %	--	32	73 %	++	0	0 %	

L'endocrinologue, un rôle d'expertise important

L'endocrinologue joue avant tout un rôle d'expert coordonnant la prise en charge et définissant les axes de prise en charge et la stratégie de suivi du patient à long terme. Ce rôle est revendiqué par près de 8 professionnels sur 10 sur l'ensemble des pathologies excepté pour le diabète de type 2 non insulino-traité et les maladies métaboliques/nutrition-obésité. Cette spécificité se retrouve également dans le niveau d'expertise reconnu. Alors que pour la plupart des pathologies, les endocrinologues reconnaissent devoir jouer le rôle d'expert de premier recours pour initier la prise en charge thérapeutique, ils ne sont qu'un peu plus d'un tiers à le croire pour ces deux pathologies. Pour le diabète de type 2 non insulino-traité et les maladies métaboliques/nutrition-obésité, ils se positionnent plutôt en expert ponctuel de second recours pouvant adapter/modifier la prise en charge thérapeutique.

Les endocrinologues ne pensent pas devoir être responsables du suivi continu des patients, excepté pour les patients diabétiques de type 1 ou type 2 insulino traités. Ils ne pensent pas non plus devoir jouer le rôle de médecin traitant, y compris pour ceux dont ils souhaitent être le responsable du suivi (diabétique de type 1).

Les endocrinologues revendiquent un rôle de formateur pour les autres spécialistes (MG, cardiologues...) et professionnels paramédicaux, principalement dans la prise en charge du diabète. Ils sont près de 8 sur 10 à reconnaître ce rôle à leur spécialité et la positionne ainsi en interaction forte avec les autres spécialités médicales et paramédicales.

Tableau 37. Perception du positionnement de l'endocrinologue dans les différentes pathologies prises en charge

(Base ensemble 259)

	Diabète de type 1	Diabète de type 2 non insulino traité	Diabète de type 2 insulino traité	Maladie métabolique / obésité - nutrition	Thyroïde	Autre endocrinologie générale
Expert coordonnant la prise en charge et définissant les axes de prise en charge et la stratégie de suivi du patient à long terme	225 87 %	176 68 %	213 82 %	149 58 %	202 78 %	202 78 %
Expert de premier recours pour initier la prise en charge thérapeutique	212 82 %	96 37 %	184 71 %	96 37 %	194 75 %	199 77 %
Expert ponctuel de second recours pouvant adapter/modifier la prise en charge thérapeutique	79 31 %	199 77 %	151 58 %	182 70 %	170 66 %	141 54 %
Le responsable du suivi continu des patients	184 71 %	41 16 %	109 42 %	39 15 %	79 31 %	112 43 %
Un formateur pour les autres spécialistes (MG, cardiologues...) et professionnels paramédicaux	200 77 %	209 81 %	208 80 %	165 64 %	187 72 %	171 66 %
Médecin traitant	37 14 %	16 6 %	21 8 %	10 4 %	12 5 %	14 5 %
Nsp	8 3 %	9 3 %	10 4 %	18 7 %	9 3 %	19 7 %

Des différences de perception entre médecins libéraux et hospitaliers sont également constatées. Globalement, les positionnements perçus sont similaires mais quelques distinctions peuvent être observées. De façon transversale à l'ensemble des pathologies, le rôle de formateur apparaît perçu de façon encore plus prégnante chez les hospitaliers. Dans le diabète de type 1, le rôle d'expertise et de coordination de la prise en charge est encore plus marqué chez les hospitaliers alors que ces derniers ne sont qu'une minorité à penser que ceci est leur rôle dans le diabète de type 2 non insulino-traité. Ainsi, le rôle d'expertise semble plus relié à une prise en charge sous insuline à l'hôpital qu'en ville. Aussi, le rôle dans la prise en charge du diabète de type 2 est différemment perçu entre médecins de ville et hospitalier, les premiers semblant plus investis en tant qu'expert coordonnant la prise en charge et définissant la stratégie globale de prise en charge.

Une différence du rôle à jouer est également observée dans la prise en charge des maladies métaboliques et de l'obésité-nutrition. Même si hospitaliers et libéraux partagent le même point

de vue, à savoir, qu'ils sont avant tout des experts ponctuels de second recours, les libéraux sont légèrement plus nombreux à penser qu'ils doivent se positionner comme un expert de premier recours.

Avec une activité caractérisée par des temps de consultation longs

La consultation d'endocrinologie est une consultation longue : 24,66 minutes en moyenne (médiane 25 minutes).

La réalisation d'un acte d'éducation est déterminante dans la longueur de la consultation. La durée est significativement plus longue dès lors qu'un acte d'éducation thérapeutique est réalisé.

Tableau 38. Durée de la consultation (en minutes)

Education Thérapeutique réalisée	N Obs	N	N Miss	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	Median	25th Pctl	75th Pctl
Non	1633	1611	22	22,96	8,04	5,00	75,00	20,00	16,00	30,00
Oui	1028	1026	2	27,33	8,56	10,00	90,00	30,00	20,00	30,00

Le deuxième élément de différenciation du temps de la consultation est la rédaction d'un courrier pour un correspondant. Celle-ci rallonge de 2 minutes 30 en moyenne (5 minutes en médiane) le temps de la consultation.

Tableau 39. Durée de la consultation (en minutes) associée ou non à la rédaction d'un courrier pour correspondant

Courrier pour correspondant	N Obs	N	N Miss	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	Median	25th Pctl	75th Pctl
Non	927	922	5	22.97	7.81	10.00	60.00	20.00	18.00	30.00
Oui	1742	1724	18	25.60	8.70	10.00	90.00	25.00	20.00	30.00

La durée de consultation varie également en fonction du diagnostic avec une moyenne s'étalant de 18 à 29 minutes. Les consultations les plus longues concernent les consultations consacrées à la prise en charge des patients diabétiques de type 1.

Tableau 40. Durée de la consultation (en minutes)- en fonction du ou des Diagnostics posé(s)

(Base = Ensemble)

Diagnostic (s)	N Obs	N	N Miss	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	Median	25th Pctl	75th Pctl
Andrologie	16	16	0	24,69	5,62	15,00	30,00	25,00	20,00	30,00
Autres	40	40	0	26,13	10,95	15,00	45,00	25,00	15,00	32,50
Autres endocrinologie	112	110	2	24,48	7,70	10,00	45,00	22,50	20,00	30,00
Autres thyroïde	77	74	3	21,76	7,04	10,00	45,00	20,00	15,00	30,00
Cancer thyroïde	72	66	6	24,88	7,64	10,00	45,00	25,00	20,00	30,00
Diabète type 1	179	179	0	28,74	10,39	10,00	90,00	30,00	20,00	30,00
Diabète type 2 insulino-traité	391	389	2	26,18	7,53	10,00	45,00	30,00	20,00	30,00
Diabète type 2 non traité	69	68	1	25,75	7,91	10,00	45,00	27,50	20,00	30,00
Diabète type 2 sous ADO	356	352	4	25,11	8,02	10,00	60,00	25,00	20,00	30,00
Diagnostics multiples	111	111	0	27,74	10,13	10,00	75,00	30,00	20,00	30,00
Gynécologie	86	86	0	23,43	9,37	10,00	75,00	20,00	20,00	30,00
Hyperthyroïdie	208	205	3	21,73	7,78	10,00	60,00	20,00	15,00	30,00
Hypophyse	58	55	3	23,73	9,49	10,00	50,00	20,00	15,00	30,00
Hypothyroïdie	263	260	3	21,26	6,75	10,00	45,00	20,00	15,00	30,00
Lipidologie	23	23	0	23,65	7,49	15,00	45,00	20,00	18,00	30,00
Obésité / nutrition	291	290	1	26,06	9,25	10,00	60,00	25,00	20,00	30,00
Ostéoporose	3	3	0	18,33	2,89	15,00	20,00	20,00	15,00	20,00
Reproduction	18	18	0	24,72	5,81	15,00	30,00	27,50	20,00	30,00
Thyroïde nodulaire	278	277	1	23,58	7,78	10,00	50,00	20,00	20,00	30,00

L'analyse des motifs de consultations pré-codés permet également de distinguer deux types de consultations : les consultations de suivi ou simple consultations et les autres. Dès lors que les consultations concernent un motif bien particulier, le temps moyen est considérablement allongé. Ainsi, une consultation pour anorexie mentale, une consultation pour pied diabétique peuvent prendre plus de 30 minutes en moyenne.

Tableau 41. Durée de la consultation (en minutes)- en fonction du ou des Motifs de consultation

(Base = Ensemble)

Motif (s)	N Obs	N	N Miss	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	Median	25th Pctl	75th Pctl
Consultation "anorexie mentale"	14	14	0	30.29	10.84	15.00	52.00	30.00	25.00	35.00
Consultation "obésité"	96	96	0	26.79	9.28	10.00	60.00	30.00	20.00	30.00
Consultation avec acte technique	64	63	1	24.27	9.39	5.00	45.00	30.00	20.00	30.00
Consultation d'annonce	17	15	2	27.20	8.48	15.00	40.00	30.00	20.00	35.00
Consultation de 3 ^e recours	13	12	1	32.08	10.54	20.00	55.00	30.00	25.00	37.50
Consultation de passage à l'insuline	35	34	1	31.88	8.36	20.00	60.00	30.00	30.00	35.00
Consultation de suivi	1662	1644	18	23.32	7.78	10.00	75.00	20.00	20.00	30.00
Consultation pour femme diabétique enceinte	60	60	0	25.62	8.22	15.00	45.00	25.00	20.00	30.00
Consultation pour pieds diabétiques	34	34	0	30.53	9.04	10.00	45.00	30.00	25.00	35.00
Consultation suivi de patient sous pompe	47	47	0	26.19	9.57	10.00	60.00	25.00	20.00	30.00
Motifs multiples	21	20	1	30.50	15.04	10.00	80.00	30.00	20.00	30.00
Première consultation	392	389	3	27.78	8.90	10.00	90.00	30.00	20.00	30.00
Simple consultation	165	164	1	24.69	8.09	10.00	60.00	25.00	20.00	30.00

Les consultations d'endocrinologie se caractérisent enfin par une grande disparité du temps de consultation, les temps retrouvés allant de 5 minutes à 90 minutes. Cette amplitude est plus ou moins importante selon le diagnostic ou le motif de consultation mais elle reste dans tous les cas importante.

Une cotation essentiellement en CS

L'analyse des cotations utilisées dans la facturation des consultations souligne bien le caractère clinique de la spécialité et l'enjeu de la tarification du CS pour ces spécialistes dont elle est le déterminant principal du niveau de revenus.

Les consultations en endocrinologie sont essentiellement cotées en CS.

- Les consultations cotées CS représentent à elles seules 52 % de l'ensemble des consultations. Cette proportion ne diffère pas entre les consultations en cabinet et à l'hôpital.
- La cotation C2, cotation correspondant, est la deuxième cotation utilisée et représente 15 % des consultations.
- La troisième principale forme est une cotation combinant un CS avec différentes majorations (MPC - majoration forfaitaire transitoire et MCS - majoration de coordination).

Les consultations avec un acte en CCAM ne représentent que 2,6 % du total. Un seul acte représente près de la moitié de l'ensemble des actes cotés : KCQM001 : Échographie transcutanée de la glande thyroïde.

Les autres cotations sont multiples (plus de 31 combinaisons au total) et très éclatées, chacune ne représentant qu'un faible pourcentage (moins de 2,6 %). Notons d'ailleurs que la cotation MCE est peu utilisée.

Tableau 42. Cotation par Lieu d'activité -> Classement par ordre de fréquence (et % lignes)

(Base = Ensemble)

Combinaison de cotations <i>n</i> % total % horizontal % vertical	Lieu			
	Manquant	Cabinet	Consultation externe hospitalière	Total
CS	67	1083	259	1409
	2.48	40.04	9.57	52.09
	4.76	76.86	18.38	
	50.38	51.69	54.30	
C2	30	310	68	408
	1.11	11.46	2.51	15.08
	7.35	75.98	16.67	
	22.56	14.80	14.26	
CS + MPC (majoration forfaitaire transitoire) + MCS (MCS : majoration de coordination)	7	340	19	366
	0.26	12.57	0.70	13.53
	1.91	92.90	5.19	
Acte CCAM	5.26	16.23	3.98	
	2	58	11	71
	0.07	2.14	0.41	2.62
	2.82	81.69	15.49	
CS + MPC + MCS + MCE (majoration pour les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétent en diabétologie)	1.50	2.77	2.31	
	2	68	1	71
	0.07	2.51	0.04	2.62
	2.82	95.77	1.41	
CS + MCE	1.50	3.25	0.21	
	1	65	1	67
	0.04	2.40	0.04	2.48
	1.49	97.01	1.49	
CS + MPC	0.75	3.10	0.21	
	3	37	13	53
	0.11	1.37	0.48	1.96
	5.66	69.81	24.53	
C3	2.26	1.77	2.73	
	3	2	35	40
	0.11	0.07	1.29	1.48
	7.50	5.00	87.50	
CS+ MCS	2.26	0.10	7.34	
	5	5	20	30
	0.18	0.18	0.74	1.11
	16.67	16.67	66.67	
Autres combinaisons	3.76	0.24	4.19	
	2	30	1	33
	0.08	1.12	0.04	1.23
	0.06	0.91	0.03	
Non renseignés	1.5	1.45	0.21	
	5	24	41	70
	0.18	0.89	1.52	2.59
	7.14	34.29	58.57	
Total	3.76	1.15	8.60	
	133	2095	477	2705
	4.92	77.45	17.63	100.00

Tableau 43. Détail des Actes CCAM - tous lieux

(Base = Ensemble avec une cotation « Acte CCAM » mentionné)

Acte CCAM	Fréquence	%
KCQM001 : Échographie transcutanée de la glande thyroïde	41	42,708
KCHJ001 : Ponction ou cytoponction d'une lésion de la glande thyroïde, par voie transcutanée avec guidage échographique	13	13,542
KCHB001 : Ponction ou cytoponction de la glande thyroïde, par voie transcutanée sans guidage	5	5,208
KCHJ004 : Ponction ou cytoponction de plusieurs lésions de la glande thyroïde, par voie transcutanée avec guidage échographique	5	5,208
Autres et non renseignés	32	33,333
Total	96	100,000

Des interactions fortes avec les autres spécialités médicales et paramédicales

Les endocrinologues exercent en forte interaction avec les autres spécialités médicales et paramédicales. Près de 8 sur 10 déclarent être souvent ou très souvent en relation avec :

- Les cardiologues,
- Les médecins généralistes,
- Les ophtalmologues,
- les infirmiers,
- la médecine nucléaire.

Deux tiers d'entre eux disent également collaborer souvent ou très souvent avec :

- Néphrologues,
- Radiologues,
- Podologues,
- Gynécologues,
- Diététiciennes,
- Chirurgiens.

Ce qui caractérise ainsi la spécialité est à la fois le nombre d'acteurs avec lesquels ils interagissent et la fréquence de ces interactions. Ceci correspond à la complexité de la spécialité et à la nécessaire pluridisciplinarité des prises en charge.

Tableau 44. Niveau de collaboration perçu par les endocrinologues avec les différents autres professionnels médicaux et paramédicaux

(Base ensemble, $n = 259$)

	Jamais ou peu souvent		Souvent ou très souvent		Nsp	
	N	%	n	%	n	%
Cardiologues	12	5 %	237	92 %	10	4 %
MG	17	7 %	234	90 %	8	3 %
Ophthalmologues	17	7 %	231	89 %	11	4 %
Infirmières	31	12 %	219	85 %	9	3 %
Médecine nucléaire	37	14 %	212	82 %	10	4 %
Néphrologues	50	19 %	198	76 %	11	4 %
Radiologue	60	23 %	188	73 %	11	4 %
Podologues	74	29 %	175	68 %	10	4 %
Gynécologues	80	31 %	170	66 %	9	3 %
Diététiciennes	83	32 %	169	65 %	7	3 %
Chirurgiens	80	31 %	169	65 %	10	4 %
Psychologues	142	55 %	106	41 %	11	4 %
Sages femmes	149	58 %	98	38 %	12	5 %
Pharmaciens	153	59 %	94	36 %	12	5 %
Autres spécialistes	45	17 %	71	27 %	143	55 %
Dentistes	211	81 %	34	13 %	14	5 %

L'analyse d'activité un jour donné illustre également cette forte interaction entre endocrinologues et autres professionnels de santé. 40 % des patients sont orientés vers un médecin généraliste à l'issue de la consultation (en cabinet ou consultation externe) et un quart vers un laboratoire d'analyse médicale. Pour le diabète, principale pathologie prise en charge (39 % des consultations renseignées), l'interaction est encore plus élevée : l'interaction avec les médecins généralistes est importante. 41 % des patients diabétiques sont orientés vers un médecin généraliste, 29 % vers un laboratoire d'analyse et 9 % vers un ophtalmologue.

Aujourd'hui, environ 2/3 des consultations en cabinet et consultations externes donnent lieu à un courrier pour un correspondant (62 % en cabinet et 76 % en consultations externes).

L'interaction peut également s'apprécier par l'origine de la consultation. 38 % des patients ayant consulté ont été adressés par un médecin généraliste, 11 % par un spécialiste. Seuls 14 % des patients sont venus de leur propre initiative ; les autres consultations (44 %) étant des consultations de suivi.

Tableau 45. Devenir du patient à l'issue de la consultation

	Total	Diagnostic							
		Diabète type 1	Diabète type 2 non traité	Diabète type 2 sous ADO	Diabète type 2 insulino-traité	Hypothyroïdie	Hyperthyroïdie	Thyroïde nodulaire	Cancer thyroïde
Ensemble	2 705 100 %	181 100 %	82 100 %	388 100 %	399 100 %	308 100 %	215 100 %	301 100 %	82 100 %
Fixation d'un nouveau rendez-vous	1438 53 %	132 73 %	40 49 %	231 60 %	254 64 %	143 46 %	110 51 %	91 30 %	34 41 %
MG	1081 40 %	53 29 %	35 43 %	172 44 %	173 43 %	150 49 %	91 42 %	149 50 %	35 43 %
Laboratoire d'analyses médicales	660 24 %	51 28 %	22 27 %	135 35 %	92 23 %	90 29 %	62 29 %	71 24 %	22 27 %
Ophthalmologue	110 4 %	17 9 %	3 4 %	45 12 %	31 8 %	2 1 %	4 2 %	1 0 %	0 0 %
Radiologue	108 4 %	5 3 %	2 2 %	4 1 %	4 1 %	6 2 %	11 5 %	42 14 %	6 7 %
Hôpital pour autres motifs	80 3 %	6 3 %	5 6 %	17 4 %	17 4 %	2 1 %	7 3 %	4 1 %	6 7 %
Spécialiste de 3 ^e recours	43 2 %	0 0 %	3 4 %	3 1 %	7 2 %	2 1 %	7 3 %	5 2 %	2 2 %
Diététiciens	37 1 %	4 2 %	2 2 %	7 2 %	4 1 %	1 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1 %
Structure d'éducation thérapeutique/réseau	28 1 %	9 5 %	4 5 %	5 1 %	6 2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Hôpital pour Holter glycémique	15 1 %	8 4 %	0 0 %	0 0 %	3 1 %	0 0 %	1 0 %	0 0 %	1 1 %
Nsp	139 5 %	4 2 %	0 0 %	16 4 %	19 5 %	20 6 %	12 6 %	13 4 %	5 6 %

Tableau 45 (suite). Devenir du patient à l'issue de la consultation

	Total	Diagnostic									
		Autres thyroïde	Obésité / nutrition	Lipidologie	Hypophyse	Gynécologie	Reproduction	Ostéoporose	Andrologie	Autres endocrinologie	Autres
Ensemble	2 705	82	325	41	63	105	19	5	17	126	44
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Fixation d'un nouveau rendez-vous	1438	30	220	19	31	52	11	2	8	47	24
	53 %	37 %	68 %	46 %	49 %	50 %	58 %	40 %	47 %	37 %	55 %
MG	1081	43	77	17	24	30	1	2	7	48	11
	40 %	52 %	24 %	41 %	38 %	29 %	5 %	40 %	41 %	38 %	25 %
Laboratoire d'analyses médicales	660	18	49	10	15	17	6	1	9	33	3
	24 %	22 %	15 %	24 %	24 %	16 %	32 %	20 %	53 %	26 %	7 %
Ophthalmologue	110	0	2	1	7	1	0	0	0	1	1
	4 %	0 %	1 %	2 %	11 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	2 %
Radiologue	108	4	4	4	9	2	0	1	2	8	0
	4 %	5 %	1 %	10 %	14 %	2 %	0 %	20 %	12 %	6 %	0 %
Hôpital pour autres motifs	80	1	11	0	3	0	0	0	0	6	2
	3 %	1 %	3 %	0 %	5 %	0 %	0 %	0 %	0 %	5 %	5 %
Spécialiste de 3 ^e recours	43	1	4	0	0	2	1	0	1	5	1
	2 %	1 %	1 %	0 %	0 %	2 %	5 %	0 %	6 %	4 %	2 %
Diététiciens	37	0	17	1	0	2	1	0	0	0	1
	1 %	0 %	5 %	2 %	0 %	2 %	5 %	0 %	0 %	0 %	2 %
Structure d'éducation thérapeutique/réseau	28	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Hôpital pour Holter glycémique	15	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %

Des relations satisfaisantes instaurées avec les autres professionnels

Globalement, le niveau de satisfaction perçue des relations entre acteurs libéraux/hospitaliers est plutôt favorable avec 64 % des médecins qui sont assez ou tout à fait d'accord pour dire que les relations sont aujourd'hui satisfaisantes, sans distinction entre professionnels libéraux et hospitaliers. Mais ce constat général ne doit pas occulter qu'à l'inverse 34 % d'entre eux sont peu ou pas d'accord, ce qui à l'échelle d'une profession n'est pas négligeable et témoigne d'une marge de progrès.

Tableau 46. Niveau de satisfaction perçue des relations libéral/hospitalier

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± clinique	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
S/T Pas d'accord	89 34 %	17 35 %	9 32 %	14 27 %	39 39 %	10 31 %
Pas du tout d'accord	14 5 %	2 4 %	3 11 %	0 0 %	7 7 %	2 6 %
Peu d'accord	75 29 %	15 31 %	6 21 %	14 27 %	32 32 %	8 25 %
S/T D'accord	157 61 %	30 61 %	17 61 %	35 69 %	56 57 %	19 59 %
Assez d'accord	126 49 %	25 51 %	14 50 %	30 59 %	44 44 %	13 41 %
Tout à fait d'accord	31 12 %	5 10 %	3 11 %	5 10 %	12 12 %	6 19 %
Nsp	13 5 %	2 4 %	2 7 %	2 4 %	4 4 %	3 9 %
Base répondant	246	47	26	49	95	29
Moyenne	2,71	2,7	2,65	2,82	2,64	2,79
Ecart-type	0,76	0,71	0,83	0,59	0,79	0,85

Le niveau de satisfaction des collaborations établies avec les autres professionnels de santé est particulièrement bon parmi les endocrinologues ayant mentionné interagir souvent ou très souvent avec ces derniers. Dans la plupart des cas, plus de 80 % se disent assez ou très satisfaits quelque soit leur lieu d'exercice (ville et/ou hôpital).

Notons que les deux principaux contacts des endocrinologues (MG et infirmiers) partagent le même niveau de satisfaction des endocrinologues.

Le niveau de satisfaction est particulièrement important avec une forte proportion de professionnels déclarant être assez ou très satisfaits et une faible proportion de professionnels déclarant être peu ou pas satisfaits (ex : diététicien, podologue, gynécologue, chirurgien...). D'autres ont également un fort taux de satisfaction avec un nombre de professionnels non satisfaits un peu plus important : infirmiers, médecins généralistes, cardiologues, ophtalmologues... avec des niveaux variables entre ces derniers (ex : les MG ont un taux de non satisfaits plus important que les cardiologues bien que tout deux soient non différents du niveau intermédiaire des infirmiers).

Psychologues, pharmaciens et sages-femmes obtiennent eux aussi de bons niveaux de satisfaction mais légèrement moins bons (autour de 80 %) et un taux de non satisfaction compris entre 6 % et 11 %.

Tableau 47. Niveau de satisfaction perçue des relations avec les autres professionnels de santé

	Total	Pas du tout ou peu satisfaisante		Assez ou très satisfaisante		Nsp	
	n	n	%	n	%	n	%
Infirmières	219	27	12 %	176	80 %	16	7 %
Diététiciennes	169	7	4 %	149	88 %	13	8 %
Podologues	175	15	9 %	142	81 %	18	10 %
Psychologues	106	12	11 %	81	76 %	13	12 %
Pharmaciens	94	9	10 %	73	78 %	12	13 %
Dentiste	34	3	9 %	21	62 %	10	29 %
MG	234	40	17 %	171	73 %	23	10 %
Cardiologue	237	20	8 %	198	84 %	19	8 %
Ophthalmologue	231	24	10 %	186	81 %	21	9 %
Gynécologue	170	14	8 %	141	83 %	15	9 %
Sage femmes	98	6	6 %	78	80 %	14	14 %
Néphrologues	198	12	6 %	170	86 %	16	8 %
Chirurgiens	169	11	7 %	144	85 %	14	8 %
Médecine nucléaire	212	9	4 %	188	89 %	15	7 %
Radiologue	188	16	9 %	152	81 %	20	11 %
Autre spécialiste	71	3	4 %	63	89 %	5	7 %

Des délégations de tâches possibles mais dans des domaines de prise en charge spécifiques

L'éducation thérapeutique constitue indéniablement l'activité pour laquelle les endocrinologues sont les plus favorables à une délégation de tâche. D'ailleurs, la délégation vers une partie des professionnels existe déjà selon près de la moitié des personnes ayant répondu : infirmiers, diététiciennes, prestataires à domicile. L'autre moitié étant dans sa quasi totalité favorable à une telle délégation. A l'hôpital, la délégation vers les infirmiers et les diététiciennes est aujourd'hui plus développée, l'unité de lieu et le travail en équipe devant faciliter ce type de délégation.

La délégation possible vers le pharmacien est en revanche aujourd'hui peu reconnue et l'intérêt semble moins évident aux endocrinologues que pour les autres professionnels, principalement parmi les libéraux (les hospitaliers étant tout de même majoritairement favorables).

3 groupes peuvent être ainsi identifiés et associés à des niveaux de délégation envisageables variables :

- Infirmier et diététicien : délégation possible + + +
- Prestataire à domicile : délégation possible + +
- Sages-femmes/psychologues : délégation possible +
- Pharmaciens : délégation possible +/-

Tableau 48. Education thérapeutique et possibilité de délégation de tâches perçues par les endocrinologues

(Base = ensemble – n = 259)

	Infirmières	Diététicienne	Psychologues	Prestataires à domicile	Pharmaciens	Sage-femmes
Non	3 1 %	8 3 %	47 18 %	53 20 %	93 36 %	37 14 %
Existent déjà	115 44 %	107 41 %	47 18 %	86 33 %	22 8 %	42 16 %
Oui	117 45 %	118 46 %	114 44 %	80 31 %	98 38 %	137 53 %
Nsp	24 9 %	26 10 %	51 20 %	40 15 %	46 18 %	43 17 %

L'implication des infirmiers dans le suivi régulier de la prise en charge (suivi glycémique...) est aujourd'hui reconnue et/ou souhaitée par une large majorité des endocrinologues. La délégation sur cet aspect est déjà effective pour près d'un professionnel sur deux. Les autres professionnels pensent que ces délégations devraient être développées.

Cette délégation serait également souhaitée vers les sages-femmes quelque soit leur statut d'exercice mais ne l'est pas pour l'ensemble des autres professionnels.

Diététiciens et prestataires à domicile n'ont ni l'un ni l'autre de rôle à jouer selon les endocrinologues dans le suivi régulier.

Tableau 49. Suivi régulier de la prise en charge et possibilité de délégation de tâches perçues par les endocrinologues

(Base = ensemble – n = 259)

	Infirmières	Diététicienne	Psychologues	Prestataires à domicile	Pharmaciens	Sage-femmes
Non	15 6 %	119 46 %	172 66 %	85 33 %	166 64 %	57 22 %
Existent déjà	124 48 %	37 14 %	15 6 %	68 26 %	9 3 %	38 15 %
Oui	95 37 %	58 22 %	27 10 %	65 25 %	50 19 %	121 47 %
Nsp	25 10 %	45 17 %	45 17 %	41 16 %	34 13 %	43 17 %

La délégation de l'adaptation de la prescription médicamenteuse aux infirmiers est déjà une réalité pour 35 % des endocrinologues ayant répondu à l'enquête. Ce constat global cache en réalité des points de vue divergents entre médecins libéraux et hospitaliers. La moitié des médecins libéraux s'étant exprimés sont défavorables à une telle délégation. Dans le cadre d'une organisation d'un service hospitalier, ceci semble différent et près de la moitié des médecins hospitaliers estime que ceci existe déjà. Ce point de vue est également partagé par les professionnels à exercice mixte.

La délégation de l'adaptation de la prescription aux sages-femmes n'est pas à écarter non plus, notamment selon les praticiens hospitaliers.

En revanche, ils sont tous quelque soit le statut d'exercice très majoritairement contre une délégation à tout autre professionnel (diététiciens, psychologue, prestataires à domicile, pharmaciens). Notons tout de même qu'une délégation aux pharmaciens bien que non souhaitée par la majorité est plébiscitée par un plus grand nombre de praticiens à l'hôpital comparativement à la ville.

Tableau 50. Adaptation de la prescription médicamenteuse et possibilité de délégation de tâches perçues par les endocrinologues

(Base = ensemble – n = 259)

	Infirmières	Diététicienne	Psychologues	Prestataires à domicile	Pharmaciens	Sage-femmes
Non	75 29 %	184 71 %	199 77 %	149 58 %	152 59 %	80 31 %
Existent déjà	90 35 %	18 7 %	6 2 %	58 22 %	25 10 %	56 22 %
Oui	69 27 %	29 11 %	18 7 %	23 9 %	54 21 %	80 31 %
Nsp	25 10 %	28 11 %	36 14 %	29 11 %	28 11 %	43 17 %

La délégation en termes de prescription d'un dispositif médical n'est également pas plébiscitée par la spécialité, même si ce point de vue semble moins massif parmi les praticiens hospitaliers que chez les libéraux. Notons tout de même que les praticiens hospitaliers sont en revanche majoritairement contre une délégation de la prescription d'un dispositif médical aux prestataires (59 % d'entre eux sont hostiles). De même que pour l'adaptation de la prescription médicamenteuse, la délégation vers les sages femmes est moins décriée.

Tableau 51. Prescription d'un dispositif médical et possibilité de délégation de tâches perçues par les endocrinologues

(Base = ensemble – n = 259)

	Infirmières	Diététicienne	Psychologues	Prestataires à domicile	Pharmaciens	Sage-femmes
Non	93 36 %	191 74 %	195 75 %	121 47 %	153 59 %	82 32 %
Existent déjà	44 17 %	6 2 %	4 2 %	56 22 %	21 8 %	31 12 %
Oui	72 28 %	15 6 %	8 3 %	46 18 %	50 19 %	92 36 %
Nsp	50 19 %	47 18 %	52 20 %	36 14 %	35 14 %	54 21 %

L'éducation thérapeutique : une place importante dans l'activité des endocrinologues

Une activité importante

Aujourd'hui, l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la pratique des endocrinologues et constitue une des caractéristiques de cette spécialité. Plus de 9 endocrinologues sur 10 déclarent aujourd'hui faire de l'éducation thérapeutique sans distinction selon le statut d'exercice. Parmi les 7 % d'endocrinologues n'en faisant pas, environ 2/3 souhaiterait en revanche ne pas en faire. Seule une petite minorité de la profession reste ainsi réfractaire.

Aujourd'hui, près de 4 consultations en cabinet ou consultations externes sur 10 donnent lieu à une action d'éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique du patient constitue une part essentielle de la prise en charge en endocrinologie.

Notons que l'importance et la fréquence des actes d'éducation réalisée témoignent vraisemblablement de définition individuelle de ce qu'est l'éducation thérapeutique. L'activité désignée comme telle par les endocrinologues ne répond certainement pas aux critères définis par la HAS.

Tableau 52. Place de l'éducation thérapeutique dans les consultations d'endocrinologue en cabinet et consultations externe

	Total	Lieu	
		Cabinet	Consultation externe hospitalière
Ensemble	2 705 100 %	2 095 100 %	477 100 %
Oui	1 028 38 %	786 38 %	187 39 %
Non	1633 60 %	1280 61 %	281 59 %
Nsp	44 2 %	29 1 %	9 2 %

Une activité non spécifique à un lieu d'exercice

Aujourd'hui, les principaux lieux de réalisation de l'éducation thérapeutique des patients restent le cabinet médical, les consultations externes et l'hospitalisation. Seule une faible part (un tiers ou moins) des endocrinologues disent aujourd'hui développer ce type d'activité dans le cadre d'une structure dédiée à l'éducation thérapeutique (21 %) ou au sein d'un réseau de santé (14 %).

Tableau 53. Lieu de réalisation de l'éducation thérapeutique

(Base = font de l'éducation thérapeutique, n = 238)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	238 100 %	43 100 %	25 100 %	48 100 %	94 100 %	28 100 %
En cabinet	140 59 %	40 93 %	19 76 %	2 4 %	74 79 %	5 18 %
Au cours d'une hospitalisation	88 37 %	3 7 %	13 52 %	35 73 %	26 28 %	11 39 %
En consultation externe	73 31 %	6 14 %	5 20 %	28 58 %	24 26 %	10 36 %
En hôpital de jour	59 25 %	3 7 %	6 24 %	25 52 %	20 21 %	5 18 %
Dans le cadre de votre activité au sein d'une structure dédiée à l'éducation thérapeutique	50 21 %	4 9 %	8 32 %	10 21 %	20 21 %	8 29 %
Dans le cadre de votre activité au sein d'un réseau de santé	33 14 %	3 7 %	2 8 %	7 15 %	17 18 %	4 14 %
Nsp	1 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1 %	0 0 %

Les actions d'éducation de groupe sont inscrites dans les pratiques

Les actions d'éducation thérapeutique de groupe sont aujourd'hui inscrites dans les activités des endocrinologues. 94 % de ceux qui réalisent des actions d'éducation disent en effet réaliser des actions thérapeutiques de groupe. Ceci est vrai quel que soit le type de médecin et le statut d'exercice.

Tableau 54. Participation des endocrinologues réalisant de l'éducation thérapeutique à des actions d'éducation de groupe

(Base = font de l'éducation thérapeutique, n = 238)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	238 100 %	43 100 %	25 100 %	48 100 %	94 100 %	28 100 %
Oui	224 94 %	38 88 %	23 92 %	45 94 %	90 96 %	28 100 %
Non	13 5 %	4 9 %	2 8 %	3 6 %	4 4 %	0 0 %
Nsp	1 0 %	1 2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %

Une éducation qui requiert un investissement d'un endocrinologue à tous les niveaux de l'éducation

Les endocrinologues estiment leur rôle assez ou très important sur l'ensemble des niveaux et étapes requises dans la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique, de l'établissement du diagnostic éducatif du patient jusqu'à l'évaluation du programme. Un endocrinologue intervient à tous les niveaux et est acteur de la réalisation de l'éducation individuelle du patient. Seul leur rôle de coordination du programme d'éducation semble légèrement moins important, reflétant peut être ainsi le fait que l'éducation se centralise aujourd'hui principalement à leur niveau.

Enfin, les praticiens hospitaliers bien que reconnaissant, à hauteur de 7 professionnels sur 10, leur rôle dans la réalisation de l'éducation individuelle comme essentielle, ont un taux qui apparaît légèrement inférieur à celui observé chez les autres professionnels. Ceci peut avoir différentes explications, notamment la pluridisciplinarité des équipes hospitalières permettant des relais dans l'étape de réalisation de l'éducation à proprement parlée.

Tableau 55. Qualification par les endocrinologues de leur rôle dans l'éducation thérapeutique individuelle

(Base = font de l'éducation thérapeutique, n = 238)

	Etablissement du diagnostic éducatif du patient	Définition du programme d'éducation thérapeutique	Initiation du programme d'éducation thérapeutique du patient	Réalisation de l'éducation thérapeutique individuelle du patient	Orientation du patient vers des structures d'éducation thérapeutique	Coordination du programme d'éducation thérapeutique du patient	Evaluation du programme d'éducation thérapeutique du patient
S/T Pas important	27 11 %	24 10 %	25 11 %	26 11 %	36 15 %	56 24 %	61 26 %
Pas important	9 4 %	5 2 %	8 3 %	5 2 %	10 4 %	16 7 %	18 8 %
Peu important	18 8 %	19 8 %	17 7 %	21 9 %	26 11 %	40 17 %	43 18 %
S/T Important	192 81 %	195 82 %	193 81 %	194 82 %	177 74 %	160 67 %	154 65 %
Assez important	71 30 %	72 30 %	84 35 %	70 29 %	80 34 %	73 31 %	63 26 %
Très important	121 51 %	123 52 %	109 46 %	124 52 %	97 41 %	87 37 %	91 38 %
Nsp	19 8 %	19 8 %	20 8 %	18 8 %	25 11 %	22 9 %	23 10 %
Base répondant	219	219	218	220	213	216	215
Moyenne	3,39	3,43	3,35	3,42	3,24	3,07	3,06
Ecart-type	0,81	0,75	0,78	0,76	0,84	0,94	0,98

L'éducation thérapeutique n'est pas limitée à une sous population particulière.

Elle est proposée à l'ensemble des patients diabétiques, y compris chez les patients diabétiques de type 2 non traités. La proposition est cependant plus ou moins systématique selon les populations de patients. Elle est légèrement moins souvent proposée chez les patients diabétiques non traités comparativement aux patients diabétiques traités alors que la fréquence semble plus proche entre patients insulino-traités (type 1 et 2, avec ou sans pompe) et femmes enceintes.

Les populations ciblées par les endocrinologues ne varient pas selon le type d'exercice ; cependant, une légère différence est observée dans la fréquence de propositions faites aux patients, les hospitaliers ayant tendance à proposer plus souvent.

Tableau 56 : Populations auxquelles les endocrinologues proposent des programmes d'éducation thérapeutique

(Base = font de l'éducation thérapeutique, n = 238)

	Patients diabétiques de type 2 non traités	Patients diabétiques de type 2 traités par ADO	Patients diabétiques de type 2 insulino traités	Patients diabétiques de type 1	Patients diabétiques traités par pompe à insuline	Femmes enceintes	Autres
Jamais	35 15 %	12 5 %	8 3 %	8 3 %	14 6 %	18 8 %	44 18 %
Proposent le programme	195 82 %	222 93 %	226 95 %	225 95 %	207 87 %	210 88 %	177 74 %
Peu souvent	87 37 %	55 23 %	17 7 %	23 10 %	21 9 %	41 17 %	86 36 %
Souvent	62 26 %	93 39 %	80 34 %	46 19 %	27 11 %	52 22 %	55 23 %
Très souvent	46 19 %	74 31 %	129 54 %	156 66 %	159 67 %	117 49 %	36 15 %
Nsp	8 3 %	4 2 %	4 2 %	5 2 %	17 7 %	10 4 %	17 7 %

Une activité en lien avec des structures d'éducation à proximité des endocrinologues

L'interaction des endocrinologues avec des structures dédiées est importante. 7 endocrinologues sur 10 déclarent avoir recours à une structure d'éducation à proximité de leur lieu d'exercice, avec un taux supérieur au sein des acteurs ayant des lieux d'exercice mixtes.

Tableau 57. Niveau de recours à une structure d'éducation à proximité de leur lieu d'exercice

(Base = font de l'éducation thérapeutique, n = 238)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	238 100 %	43 100 %	25 100 %	48 100 %	94 100 %	28 100 %
Oui	164 69 %	24 56 %	16 64 %	32 67 %	72 77 %	20 71 %
Non	49 21 %	14 33 %	7 28 %	11 23 %	10 11 %	7 25 %
Nsp	25 11 %	5 12 %	2 8 %	5 10 %	12 13 %	1 4 %

Ces structures sont essentiellement des structures dédiées au sein d'un (ou de leur) établissement de santé (77 % des professionnels). Viennent ensuite les structures type réseau de santé (39 %), les structures ambulatoires (28 %) ou les organisations informelles d'un réseau de professionnels de santé (23 %) et enfin les structures dédiées au sein d'un établissement de santé privé (18 %).

Ces structures n'offrent pas toutes le même service. Des infirmières sont très largement représentées dans tous les types de structures, excepté dans les structures déployées par l'assurance maladie obligatoire ou complémentaire. Il en est de même, mais à moindre niveau, des diététiciens qui sont présents dans au moins 8 cas sur 10, excepté, là aussi, dans les structures d'Assurance Maladie. Les psychologues sont présents dans une structure sur 2. Enfin, l'accès à un éducateur médico-sportif semble aujourd'hui limité aux réseaux de santé.

Tableau 58. Caractérisation des structures d'éducation à proximité des lieux d'exercice des endocrinologues

	Organisation informelle d'un réseau de professionnels libéraux	Réseau de santé	Structure dédiée au sein d'un établissement de santé privé	Structure dédiée au sein d'un établissement de santé public	Structure ambulatoire	Structure de l'assurance maladie obligatoire ou complémentaire
Ensemble	38 100 %	64 100 %	29 100 %	126 100 %	46 100 %	8 100 %
Diététiciens	30 79 %	60 94 %	28 97 %	118 94 %	43 93 %	4 50 %
Psychologues	22 58 %	37 58 %	15 52 %	74 59 %	17 37 %	2 25 %
Educateurs médico-sportifs	6 16 %	44 69 %	9 31 %	37 29 %	7 15 %	1 13 %
Infirmiers	35 92 %	55 86 %	28 97 %	117 93 %	40 87 %	4 50 %
Autre	4 11 %	15 23 %	2 7 %	23 18 %	7 15 %	1 13 %
Nsp		2 3 %	1 3 %	6 5 %	2 4 %	1 13 %

La plupart de ces structures proposent quasi systématiquement des séances d'éducation de groupe qui, quelque soit le type de structure le service, sont le plus systématiquement proposé. Certes dans une moindre mesure, ils proposent également de façon très répandue des séances d'éducation individuelle dans 7 à 9 cas sur 10. La singularité du réseau informel est cependant à noter. Il se caractérise par une offre essentiellement d'éducation individuelle et beaucoup plus limitée en éducation collective comparativement aux autres modes d'organisation.

Parmi les endocrinologues ayant recours à une organisation informelle, 4 sur 10 pensent qu'une formalisation serait nécessaire et seul un quart estime que ceci n'est pas requis (le dernier quart ne s'étant pas prononcé). La première raison avancée expliquant pourquoi aucune formalisation n'a été possible pour l'instant est l'absence de financement existant (52 %) et en second lieu le besoin précisément d'aide au montage de demande de financement. Le manque d'identification des fi-

nancements existants ou de moyens pour l'obtenir apparaissent ainsi être deux freins aujourd'hui au développement plus important de structure d'éducation thérapeutique.

Tableau 59. Caractérisation des structures d'éducation à proximité des lieux d'exercice des endocrinologues

	Ensemble	Education de groupe	Education individuelle
Organisation informelle d'un réseau de professionnels libéraux	38	4 11 %	33 87 %
Réseau de santé	64	59 92 %	35 55 %
Structure dédiée au sein d'un (de votre) établissement de santé privé	29	25 86 %	19 66 %
Structure dédiée au sein d'un (de votre) établissement de santé publique	126	124 98 %	95 75 %
Structure ambulatoire	46	33 72 %	36 78 %
Structure de l'assurance maladie obligatoire ou complémentaire	8	5 63 %	6 75 %

Des attentes fortes vis-à-vis des recommandations et référentiels dont l'utilité est reconnue

L'utilité des référentiels est aujourd'hui globalement reconnue

Ces référentiels sont aujourd'hui considérés comme utiles pour tous les acteurs intervenant dans la prise en charge des pathologies de leur spécialité y compris pour les médecins généralistes et les professionnels paramédicaux.

Ils sont également perçus comme utiles à leur pratique puisque près de 6 endocrinologues sur 10 les reconnaissent comme tels. Ce point de vue n'est tout de même pas vraiment consensuel, un tiers des médecins n'ayant pas la même perception.

Tableau 60. Perception des endocrinologues de l'utilité des référentiels pour les différents acteurs partie prenante

(Base : Ensemble)

	MG	Endocrinologues	Autres spécialistes	Professionnels paramédicaux
Ensemble	259 100 %	259 100 %	259 100 %	259 100 %
S/T Pas d'accord	47 18 %	86 33 %	74 29 %	53 20 %
Pas du tout d'accord	10 4 %	26 10 %	16 6 %	13 5 %
Peu d'accord	37 14 %	60 23 %	58 22 %	40 15 %
S/T D'accord	173 67 %	148 57 %	129 50 %	148 57 %
Assez d'accord	114 44 %	94 36 %	85 33 %	112 43 %
Tout à fait d'accord	59 23 %	54 21 %	44 17 %	36 14 %
Nsp	39 15 %	25 10 %	56 22 %	58 22 %
Base répondant	220	234	203	201
Moyenne	3,01	2,75	2,77	2,85
Ecart-type	0,79	0,93	0,88	0,78

Mais leur application apparaît plus controversée

L'application des référentiels est par contre plus controversée et différemment perçue d'un type de professionnel à l'autre. Alors que la majorité des endocrinologues estime que leur spécialité applique globalement les référentiels, ils ne sont respectivement que 19 % et 23 % à penser que les autres spécialités (médecine générale et autres spécialistes) les appliquent.

Tableau 61. Perception des endocrinologues de l'application des référentiels par les différents acteurs partie prenante

(Base : Ensemble)

	MG	Endocrinologues	Autres spécialistes	Professionnels paramédicaux
Ensemble	259	259	259	259
	100 %	100 %	100 %	100 %
S/T Pas d'accord	166	43	124	82
	64 %	17 %	48 %	32 %
Pas du tout d'accord	44	9	25	14
	17 %	3 %	10 %	5 %
Peu d'accord	122	34	99	68
	47 %	13 %	38 %	26 %
S/T D'accord	48	175	59	88
	19 %	68 %	23 %	34 %
Assez d'accord	46	132	52	74
	18 %	51 %	20 %	29 %
Tout à fait d'accord	2	43	7	14
	1 %	17 %	3 %	5 %
Nsp	45	41	76	89
	17 %	16 %	29 %	34 %
Base répondant	214	218	183	170
Moyenne	2,03	2,96	2,22	2,52
Ecart-type	0,68	0,72	0,72	0,76

Les recommandations ne doivent pas pour autant être plus contraignantes

En revanche, environ la moitié des répondants pense que les référentiels sont suffisamment contraignants (contre 27 % qui pensent qu'ils ne le sont pas). Ils souhaitent que ces derniers soient plus précis sur différents aspects mais ils ne souhaitent pas qu'ils puissent être plus contraignants. Ainsi in fine le pouvoir décisionnel doit rester aux médecins sur le fondement de ces référentiels. Ces médecins ne souhaitent pas que ces référentiels puissent être un outil plus structurant en leur donnant un caractère plus contraignant.

Tableau 62. Perception des endocrinologues des contraintes des référentiels

(Base : Ensemble)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique + cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
S/T Pas d'accord	70 27 %	10 20 %	8 29 %	19 37 %	26 26 %	7 22 %
Pas du tout d'accord	18 7 %	5 10 %	2 7 %	3 6 %	6 6 %	2 6 %
Peu d'accord	52 20 %	5 10 %	6 21 %	16 31 %	20 20 %	5 16 %
S/T D'accord	126 49 %	22 45 %	15 54 %	27 53 %	44 44 %	18 56 %
Assez d'accord	83 32 %	15 31 %	7 25 %	19 37 %	28 28 %	14 44 %
Tout à fait d'accord	43 17 %	7 14 %	8 29 %	8 16 %	16 16 %	4 13 %
Nsp	63 24 %	17 35 %	5 18 %	5 10 %	29 29 %	7 22 %
Base répondant	196	32	23	46	70	25
Moyenne	2,77	2,75	2,91	2,7	2,77	2,8
Ecart-type	0,89	0,97	0,97	0,83	0,9	0,8

Des améliorations sont attendues

Les endocrinologues aujourd'hui estiment majoritairement que les référentiels existants ne définissent pas très bien le rôle des acteurs (point de vue partagé par près de 6 endocrinologues /10).

Tableau 63. Perception de la définition dans les référentiels des rôles spécifiques des différents acteurs les uns par rapport aux autres

(Base : Ensemble)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
S/T Pas d'accord	147 57 %	29 59 %	15 54 %	30 59 %	54 55 %	19 59 %
Pas du tout d'accord	55 21 %	12 24 %	8 29 %	6 12 %	25 25 %	4 13 %
Peu d'accord	92 36 %	17 35 %	7 25 %	24 47 %	29 29 %	15 47 %
S/T D'accord	77 30 %	13 27 %	10 36 %	17 33 %	29 29 %	8 25 %
Assez d'accord	64 25 %	12 24 %	7 25 %	15 29 %	24 24 %	6 19 %
Tout à fait d'accord	13 5 %	1 2 %	3 11 %	2 4 %	5 5 %	2 6 %
Nsp	35 14 %	7 14 %	3 11 %	4 8 %	16 16 %	5 16 %
Base répondant	224	42	25	47	83	27
Moyenne	2,16	2,05	2,2	2,28	2,11	2,22
Ecart-type	0,86	0,82	1,02	0,74	0,91	0,79

La majorité pense également que les référentiels ne définissent pas suffisamment les conduites à tenir par les acteurs dans des situations spécifiques (point de vue partagé par 47 % de l'ensemble des endocrinologues et 55 % de ceux s'étant exprimés).

Tableau 64. Perception de la définition de la conduite à tenir pas les acteurs dans des situations spécifiques

(Base : Ensemble)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
S/T Pas d'accord	122 47 %	28 57 %	10 36 %	24 47 %	47 47 %	13 41 %
Pas du tout d'accord	39 15 %	11 22 %	6 21 %	4 8 %	16 16 %	2 6 %
Peu d'accord	83 32 %	17 35 %	4 14 %	20 39 %	31 31 %	11 34 %
S/T D'accord	100 39 %	14 29 %	13 46 %	22 43 %	37 37 %	14 44 %
Assez d'accord	75 29 %	13 27 %	9 32 %	18 35 %	25 25 %	10 31 %
Tout à fait d'accord	25 10 %	1 2 %	4 14 %	4 8 %	12 12 %	4 13 %
Nsp	37 14 %	7 14 %	5 18 %	5 10 %	15 15 %	5 16 %
Base répondant	222	42	23	46	84	27
Moyenne	2,39	2,1	2,48	2,48	2,39	2,59
Ecart-type	0,9	0,81	1,06	0,77	0,95	0,83

Les endocrinologues pensent également majoritairement et sans vraie différence selon leur mode d'exercice que les référentiels souffrent d'une insuffisance de mise à jour au regard des innovations (contre 31 % qui pensent qu'ils sont actualisés).

Tableau 65. Perception des endocrinologues de la mise à jour des référentiels existants

(Base : Ensemble)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
S/T Pas d'accord	139 54 %	21 43 %	13 46 %	30 59 %	58 59 %	17 53 %
Pas du tout d'accord	53 20 %	8 16 %	6 21 %	8 16 %	24 24 %	7 22 %
Peu d'accord	86 33 %	13 27 %	7 25 %	22 43 %	34 34 %	10 31 %
S/T D'accord	79 31 %	20 41 %	9 32 %	17 33 %	24 24 %	9 28 %
Assez d'accord	60 23 %	15 31 %	7 25 %	15 29 %	17 17 %	6 19 %
Tout à fait d'accord	19 7 %	5 10 %	2 7 %	2 4 %	7 7 %	3 9 %
Nsp	41 16 %	8 16 %	6 21 %	4 8 %	17 17 %	6 19 %
Base répondant	218	41	22	47	82	26
Moyenne	2,21	2,41	2,23	2,23	2,09	2,19
Ecart-type	0,91	0,94	0,95	0,78	0,91	0,96

La mise à jour des référentiels est attendue avant tout pour les médecins généralistes et endocrinologues. Plus de la moitié des endocrinologues (55 %) estiment qu'une mise à jour des référentiels est souhaitable pour eux-mêmes et 64 % le pensent pour les médecins généralistes.

Tableau 66. Proportion d'endocrinologues souhaitant une mise à jour des référentiels à destination des différents acteurs intervenants

(Base : Ensemble)

	Total
Ensemble	259 100 %
Des MG	165 64 %
Des endocrinologues	143 55 %
Des professionnels paramédicaux	120 46 %
Des autres spécialistes	97 37 %
Nsp	56 22 %

Une communication à développer

En revanche, communiquer leur paraît important et le niveau de communication actuel leur paraît insuffisant. Seulement moins d'un tiers pense que le niveau actuel est suffisant.

Tableau 67. Perception des endocrinologues de la communication autour des référentiels

(Base : Ensemble)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
S/T Pas d'accord	149 58 %	31 63 %	14 50 %	33 65 %	53 54 %	18 56 %
Pas du tout d'accord	41 16 %	10 20 %	4 14 %	4 8 %	19 19 %	4 13 %
Peu d'accord	108 42 %	21 43 %	10 36 %	29 57 %	34 34 %	14 44 %
S/T D'accord	75 29 %	13 27 %	10 36 %	13 25 %	30 30 %	9 28 %
Assez d'accord	55 21 %	10 20 %	7 25 %	11 22 %	21 21 %	6 19 %
Tout à fait d'accord	20 8 %	3 6 %	3 11 %	2 4 %	9 9 %	3 9 %
Nsp	35 14 %	5 10 %	4 14 %	5 10 %	16 16 %	5 16 %
Base répondant	224	44	24	46	83	27
Moyenne	2,24	2,14	2,38	2,24	2,24	2,3
Ecart-type	0,85	0,84	0,9	0,67	0,93	0,85

Une spécialité engagée dans la formation professionnelle

Formation personnelle

L'activité de formation des endocrinologues est importante ; près d'un sur deux ayant suivi un DU ou DIU et 16 % ayant suivi un DESC.

1 professionnel sur 10 a complété sa formation initiale par un master. Les endocrinologues hospitaliers publics sont particulièrement nombreux à avoir suivi un master (33 %).

Tableau 68. Proportion d'endocrinologues ayant suivi des enseignements diplômants complémentaires à leur formation initiale

(Base : Ensemble)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
DU/DIU	107 41 %	12 24 %	16 57 %	26 51 %	37 37 %	16 50 %
DESC	41 16 %	4 8 %	6 21 %	10 20 %	16 16 %	5 16 %
Master	28 11 %	2 4 %	1 4 %	17 33 %	4 4 %	4 13 %
Autre	50 19 %	7 14 %	1 4 %	10 20 %	24 24 %	8 25 %
Nsp	100 39 %	29 59 %	10 36 %	12 24 %	39 39 %	10 31 %

90 % de la profession a suivi une formation validante (FMC, congrès...) au cours de la dernière année. L'implication des libéraux est également importante mais légèrement en deçà de l'ensemble de la spécialité (80 %). Le nombre moyen de demi-journées est très important : 13,6 demi-journées. Les endocrinologues ont consacré en moyenne presque 7 jours à suivre des formations validantes. Pour un tiers de la profession, ce temps est particulièrement important puisqu'il représente plus de 15 demi-journées (dont plus de 20 demi-journées pour 20 % des endocrinologues).

Tableau 69. Proportion d'endocrinologues ayant suivi des formations validantes au cours de la dernière année

(Base : Ensemble)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
Oui	233 90 %	39 80 %	24 86 %	48 94 %	94 95 %	28 88 %
Non	14 5 %	7 14 %	1 4 %	0 0 %	3 3 %	3 9 %
Nsp	12 5 %	3 6 %	3 11 %	3 6 %	2 2 %	1 3 %

Tableau 70. Nombre moyen de demi-journées de formations validantes au cours de la dernière année par endocrinologue*(Base : Ensemble)*

	Total		Total
Ensemble	233	Ensemble	233
	100 %		100 %
Moins de 5	22 9 %	20 et plus	49 21 %
5 à 9	40 17 %	Nsp	22 9 %
10 à 14	74 32 %	Base répondant	211
15 à 19	26 11 %	Moyenne	13,61
		Ecart-type	9,17

La formation passe également par la lecture de revues médicales. 9 endocrinologues sur 10 déclarent lire régulièrement des revues médicales. Le nombre de revues lues est important et seules 5 d'entre elles sont lues par plus de 15 % d'entre eux. Le profil des lecteurs varie d'une revue à l'autre, certaines étant apparemment plus lues à l'hôpital (ex : *JCEM*, *Diabète Care*), d'autres étant à l'inverse plus souvent lues en libéral (ex : *Abstract Diabetology*).

Tableau 71. Liste des principales revues nomées par plus de 2 % des endocrinologues*(Base : Ensemble)*

	Total		Total
Ensemble	230	Ensemble	230
	100 %		100 %
JCEM (Journal of Clinical Endocrinology & metabolism)	48 21 %	Diabète	10 4 %
Médecine clinique endocrino-diabète	51 22 %	Nutrition et diabète	10 4 %
Médecine des maladies métaboliques	37 16 %	European journal of endocrinology	15 7 %
Diabète & métabolisme	36 16 %	Lancet	9 4 %
Diabète et obésité	35 15 %	Nutrition	7 3 %
Abstract diabétologie	33 15 %	EMC	6 3 %
MHDN (Métabolismes Hormones Diabètes & Nutrition)	29 13 %	Réalité en nutrition et diabète	5 2 %
NEJM	28 12 %	Diabétologia	5 2 %
Annale d'endocrinologie	25 11 %	Le quotidien du médecin	5 2 %
DiabèteCare	24 10 %	Prescrire	4 2 %
Nutrition & endocrinologie	20 9 %		

Evaluation des pratiques professionnelles (EPP)

L'évaluation des pratiques professionnelles est depuis la loi HPST (août 2009) pleinement intégrée dans le nouveau dispositif de Développement Professionnel Continu.

La démarche d'évaluation se poursuit néanmoins selon des modalités variées selon les lieux d'exercice. Au total 50 % des endocrinologues ont participé à des actions d'EPP. Ce taux est plus important parmi les acteurs hospitaliers (63 %) et plus faible chez les libéraux n'exerçant qu'en cabinet où il atteint tout de même un tiers des professionnels.

Tableau 72. Endocrinologue et participation à des actions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

(Base : Ensemble)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
Oui	126 49 %	15 31 %	17 61 %	32 63 %	47 47 %	15 47 %
Non	126 49 %	33 67 %	10 36 %	17 33 %	50 51 %	16 50 %
Nsp	7 3 %	1 2 %	1 4 %	2 4 %	2 2 %	1 3 %

Le taux de participation important à l'hôpital résulte du fait notamment d'une forme d'EPP spécifique aux établissements dans le cadre de la certification V2010 des établissements de santé.

La certification V2010 comporte un renforcement de ses exigences en termes de déploiement des démarches ou programmes EPP. Le caractère contraignant de la certification confère ainsi une obligation de développement de la démarche d'EPP aux établissements de santé. Elle peut prendre la forme de revues de morbi-mortalité, de staffs EPP, de protocoles de prise en charge évalués, de registres (ou base de données/observatoires), de programmes informatisés d'aide à la décision comportant un suivi d'indicateurs, de réseaux de santé...

En ville à l'inverse, la principale participation à l'EPP se fait dans le cadre d'Action d'EPP réalisée par les Unions Régionales des Médecins Libéraux.

Tableau 73. Types d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) réalisées par les endocrinologues

(Base : Ensemble)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	126 100 %	15 100 %	17 100 %	32 100 %	47 100 %	15 100 %
EPP dans le cadre de la certification V2010 des établissements	50 40 %	1 7 %	11 65 %	21 66 %	9 19 %	8 53 %
Des actions ponctuelles d'amélioration de la qualité (évaluation des pratiques individuelles ou collectives, tests de connaissance/compétences, bilan de compétence, audit clinique)	48 38 %	5 33 %	6 35 %	14 44 %	16 34 %	7 47 %
Action d'EPP réalisée dans le cadre des unions régionales des médecins libéraux	40 32 %	9 60 %	7 41 %	1 3 %	20 43 %	3 20 %
Participation à un mode d'organisation des soins impliquant un exercice protocolé et évalué (réseaux de soins...)	24 19 %	2 13 %	1 6 %	9 28 %	7 15 %	5 33 %
Groupe d'analyse de pratique entre pairs, groupe de qualité	16 13 %	2 13 %	2 12 %	5 16 %	7 15 %	0 0 %
Autres	13 10 %	0 0 %	0 0 %	1 3 %	2 4 %	1 7 %
Nsp	1 1 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 2 %	0 0 %

Formation à l'éducation thérapeutique

Le niveau de formation spécifique à l'éducation thérapeutique lors de la formation initiale reste relativement limité. 30 % ont été spécifiquement formés dont seulement 11 % se déclarant tout à fait bien formés.

La formation repose ainsi beaucoup sur la formation continue et les programmes postuniversitaires, même si la majorité estime que ce mode de formation n'a permis de les former que partiellement.

L'auto-apprentissage constitue ainsi le principal mode de formation. Celui-ci a été le mode de formation déclaré par plus de 7 endocrinologues sur 10. Il reste cependant sous-optimal puisque là aussi 52 % des professionnels reconnaissent que ce mode ne les a que partiellement formés.

Tableau 74. Formation à l'éducation thérapeutique

(Base : Ensemble)

	Formation initiale	Formation continue	Programmes post universitaires	Auto-apprentissage
Ensemble	259 100 %	259 100 %	259 100 %	259 100 %
Non	157 61 %	77 30 %	81 31 %	37 14 %
Oui	75 29 %	151 58 %	160 62 %	187 72 %
Oui, mais partiellement	46 18 %	106 41 %	158 61 %	135 52 %
Oui, tout à fait bien formé	29 11 %	45 17 %	2 1 %	52 20 %
Nsp	27 10 %	31 12 %	18 7 %	35 14 %

Les formations postuniversitaires étaient qualifiantes dans un tiers des cas.

Les formations postuniversitaires citées étaient réalisées dans des cadres multiples et dispensées par différents acteurs. Trois formations proposées par 3 acteurs représentent tout de même à elles seules 73 % des formations citées :

- 50 % des formations ont été dispensées par l'IPCEM, structure de formation des soignants à l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques.
- 24 % des formations dispensées par le DELF, (Association « Diabète–Education de Langue Française »), anciennement DESG, (« Diabete–Education Group »).

Tableau 75. Formations postuniversitaires qualifiantes

(Base : Ensemble)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	55 100 %	5 100 %	5 100 %	14 100 %	26 100 %	5 100 %
IPCEM	27 49 %	1 20 %	5 100 %	3 21 %	17 65 %	1 20 %
DU éducation thérapeutique	5 9 %	0 0 %	0 0 %	4 29 %	0 0 %	1 20 %
DELF	5 9 %	0 0 %	0 0 %	2 14 %	3 12 %	0 0 %
Congrès DELF, DELF (sp)	3 5 %	1 20 %	0 0 %	0 0 %	2 8 %	0 0 %
DESG LF	3 5 %	1 20 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 40 %
DESG	3 5 %	1 20 %	0 0 %	0 0 %	2 8 %	0 0 %
Formation génèse université	2 4 %	1 20 %	0 0 %	1 7 %	0 0 %	0 0 %
CRES (programme EDUTHEP)	2 4 %	0 0 %	1 20 %	1 7 %	0 0 %	0 0 %
CEGGA Bordeaux	1 2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 4 %	0 0 %
Comité régional d'éducation pour la santé	1 2 %	0 0 %	0 0 %	1 7 %	0 0 %	0 0 %
DIU tumeurs endocrines	1 2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 20 %
DU hypophyse	1 2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 20 %
Formation au sein du réseau REUCARE	1 2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 4 %	0 0 %
DU Paris	1 2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 20 %
CERFEM DIU	1 2 %	0 0 %	0 0 %	1 7 %	0 0 %	0 0 %
ECE Prague	1 2 %	1 20 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
SFE Deauville	1 2 %	1 20 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
ZINAL	1 2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 4 %	0 0 %
Cours post-gradué «Maladies-chroniques»	1 2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 4 %	0 0 %
Formation à la pédagogie de l'adulte	1 2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 4 %	0 0 %
Réseau DIAMIP	1 2 %	0 0 %	0 0 %	1 7 %	0 0 %	0 0 %
Cadre de réseau pour prise en charge diabète	1 2 %	1 20 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
ARH	1 2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 4 %	0 0 %
Nsp	8 15 %	0 0 %	0 0 %	3 21 %	5 19 %	0 0 %

Formation à destination d'autres professionnels

L'investissement des endocrinologues dans des formations à destination des MG, d'autres spécialistes ou professionnels paramédicaux au cours de la dernière année est important. Près de 8 d'entre eux sur 10 ont participé à de telles actions. Pour les médecins exerçant en cabinet, ce taux est légèrement plus faible mais reste pour autant élevé : 63 %.

Cette proportion est d'autant plus importante que le nombre moyen de formations réalisées par médecin ayant participé à ce type d'actions est lui aussi important : 5,7 formations (et ceci quelque soit le type d'exercice).

Tableau 76. Implication des endocrinologues dans des formations à destination des MG, d'autres spécialistes ou professionnels paramédicaux au cours de la dernière année

(Base : Ensemble)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
Oui	203 78 %	31 63 %	22 79 %	43 84 %	79 80 %	28 88 %
Non	47 18 %	16 33 %	4 14 %	6 12 %	18 18 %	3 9 %
Nsp	9 3 %	2 4 %	2 7 %	2 4 %	2 2 %	1 3 %

La télémédecine, un outil qui reçoit l'adhésion des endocrinologues

Selon les endocrinologues, le développement de la télémédecine serait intéressant à plusieurs titres. Ils se déclarent tout particulièrement favorables au déploiement de la télémédecine afin de faciliter la participation de médecins à des staffs dédiés à des pathologies spécifiques (staff obésité...). Deux autres objectifs obtiennent également un niveau comparable d'intérêt pour la télémédecine : faciliter le conseil donné à distance au patient et contribuer à ce que les endocrinologues apportent leur expertise de spécialistes pour médecins généralistes. L'utilisation de la télémédecine pour accéder à une expertise de spécialistes pour des médecins généralistes est cependant aujourd'hui différemment perçue par les médecins libéraux et hospitaliers. Alors que les premiers sont majoritairement contre, les seconds y sont largement favorables.

Selon 1 endocrinologue sur 2, la télémédecine doit faciliter le monitoring à distance des patients. Ce point de vue est cependant porté par les hospitaliers qui y sont majoritairement favorables alors que les libéraux sont plus partagés (seulement 1 endocrinologue libéral sur 2 s'étant exprimés y est favorable).

De même, le positionnement de la télémédecine dans l'éducation thérapeutique apparaît moins évident aux libéraux alors que les hospitaliers s'avèrent y être plus favorables. Globalement, les avis sur ce point sont balancés entre les médecins quelque soit le type d'exercice considéré.

Selon les endocrinologues, et plus particulièrement selon les médecins libéraux, la télémédecine

ne doit également pas être un outil pour la réalisation de consultation à distance. Plus de 7 endocrinologues sur 10 y sont opposés.

Plus globalement, notons que même si la majorité des endocrinologues se déclarent favorables, seule une minorité se dit très favorable à son déploiement. Le soutien à la télémédecine peut de ce point de vue apparaître « timide ».

Tableau 77. Perception par les endocrinologues de la place de la télémédecine dans leur exercice

(Base = ensemble ; n = 259)

	Conseil au patient donné à distance	Consultation à distance	Expertise de spécialistes pour médecins généralistes	Education thérapeutique	Participation de médecins appelant à des staffs dédiés à des pathologies spécifiques (staff obésité...)	Monitoring à distance
S/T Pas favorable	97 37 %	188 73 %	100 39 %	128 49 %	52 20 %	89 34 %
Pas du tout favorable	45 17 %	107 41 %	50 19 %	64 25 %	23 9 %	28 11 %
Peu favorable	52 20 %	81 31 %	50 19 %	64 25 %	29 11 %	61 24 %
S/T Favorable	149 58 %	53 20 %	141 54 %	105 41 %	183 71 %	141 54 %
Assez favorable	114 44 %	44 17 %	108 42 %	84 32 %	122 47 %	105 41 %
Très favorable	35 14 %	9 3 %	33 13 %	21 8 %	61 24 %	36 14 %
Nsp	13 5 %	18 7 %	18 7 %	26 10 %	24 9 %	29 11 %
Base répondant	246	241	241	233	235	230
Moyenne	2,57	1,81	2,51	2,27	2,94	2,65
Ecart-type	0,95	0,86	0,97	0,96	0,88	0,89

Etude IMS auprès des endocrinologues

Les endocrinologues, quelque soit leur type d'exercice, considèrent avoir déjà une activité de télé-médecine, notamment dans le cadre d'une activité de conseil au patient donné à distance et dans une moindre mesure d'expertise de spécialistes pour médecins généralistes.

Ceci est d'ailleurs corrélé à un temps passé à donner des conseils à d'autres médecins ou aux patients qui s'avère conséquent. En moyenne, les endocrinologues déclarent passer près de 2h par semaine à donner des conseils à d'autres médecins et près de 5 heures directement aux patients. Ce temps important caractérise à la fois l'activité libérale et hospitalière.

De manière identique, consultation à distance, éducation thérapeutique et la participation de médecins appelant à des staffs dédiés à des pathologies spécifiques (staff obésité...) ne sont pas aujourd'hui développés.

Tableau 78. Niveau de participation actuelle des endocrinologues à une activité de télémédecine

(Base = ensemble ; n = 259)

	Conseil au patient donné à distance	Consultation à distance	Expertise de spécialistes pour médecins généralistes	Education thérapeutique	Participation de médecins appelant à des staffs dédiés à des pathologies spécifiques (staff obésité...)	Monitoring à distance
Jamais	100 39 %	172 66 %	123 47 %	186 72 %	179 69 %	149 58 %
Pratiquent l'activité	146 56 %	70 27 %	124 48 %	58 22 %	60 23 %	88 34 %
Peu souvent	42 16 %	49 19 %	57 22 %	38 15 %	35 14 %	43 17 %
Souvent	58 22 %	17 7 %	50 19 %	17 7 %	16 6 %	32 12 %
Très souvent	46 18 %	4 2 %	17 7 %	3 1 %	9 3 %	13 5 %
Nsp	13 5 %	17 7 %	12 5 %	15 6 %	20 8 %	22 8 %

La politique menée par l'assurance maladie décriée par la spécialité

Globalement, les endocrinologues sont négatifs sur la réforme du parcours de soins instaurant le médecin traitant. Il y a cependant un grand clivage entre médecins libéraux et praticiens hospitaliers qui ont deux visions très différentes de cette réforme. Alors que 57 % des médecins exerçant uniquement en cabinet et 68 % des médecins exerçant également en clinique n'y sont pas favorables, les praticiens hospitaliers y sont pour moitié d'entre eux favorables.

Tableau 79. Perception de la réforme du parcours de soins instaurant le médecin traitant

(Base = ensemble ; n = 259)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
S/T Pas favorable	123 47 %	28 57 %	19 68 %	14 27 %	52 53 %	10 31 %
Défavorable	50 19 %	10 20 %	6 21 %	4 8 %	25 25 %	5 16 %
Peu favorable	73 28 %	18 37 %	13 46 %	10 20 %	27 27 %	5 16 %
S/T Favorable	100 39 %	16 33 %	6 21 %	26 51 %	37 37 %	15 47 %
Assez favorable	82 32 %	14 29 %	4 14 %	24 47 %	27 27 %	13 41 %
Très favorable	18 7 %	2 4 %	2 7 %	2 4 %	10 10 %	2 6 %
Nsp	36 14 %	5 10 %	3 11 %	11 22 %	10 10 %	7 22 %
Base répondant	223	44	25	40	89	25
Moyenne	2,3	2,18	2,08	2,6	2,25	2,48
Ecart-type	0,91	0,83	0,84	0,73	0,99	0,9

Ce clivage est certainement corrélé à l'impact de la réforme sur l'activité. Celle-ci a eu un impact important sur l'activité des médecins libéraux : près d'un sur deux a déclaré avoir eu dans l'année qui a suivi la mise en place du parcours de soins une baisse de son activité, dont 19 % une baisse supérieure à 10 %. A l'inverse, cette réforme n'a eu que peu d'incidence sur l'activité hospitalière (7 médecins hospitaliers sur 10 disent ne pas avoir connu de modification de leur activité).

Bien que meilleure que la perception de la réforme du parcours de soins, la perception globale de la politique de l'assurance maladie est mauvaise. La majorité des professionnels se prononçant ne sont pas favorables à la politique conduite actuellement par l'assurance maladie sur l'ensemble de son domaine de compétence. Elle est tout particulièrement mauvaise sur le programme de disease management SOPHIA pour lequel seuls 16 % sont favorables alors que 48 % n'y sont pas favorables.

La politique du médicament et d'encouragement du générique, enjeu majeur actuel notamment au regard de l'actualité, est particulièrement décriée.

A noter que la proportion d'endocrinologues ne s'étant pas exprimés sur ces items, y compris sur celui de SOPHIA est important ce qui traduit certainement un éloignement important de l'assurance maladie des préoccupations des professionnels.

Ceci se vérifie également par la question « connaissez-vous le programme SOPHIA ? » à laquelle 30 % des médecins répondent par la négative. Seulement 16 % de ceux ayant répondu le connaître y ont effectivement participé. Au total, seul 11 % des endocrinologues y ont aujourd'hui participé. Notons que les échanges confraternels avec les médecins-conseils bénéficient d'une perception plutôt moins négative que les autres items dont ils se distinguent, même si le taux de non réponse est de ce fait relativement élevé.

Tableau 80. Perception de la politique conduite par l'assurance maladie

(Base = ensemble ; n = 259)

	Politique maîtrise médicalisée	Politique du médicament	Politique d'encouragement du générique	Instauration des délégués de l'Assurance Maladie (DAM)	Mise en place des CAPI	Echanges confraternels	Edition des profils prescripteurs	Programme de disease management (SOPHIA)
Ensemble	259 100 %	259 100 %	259 100 %	259 100 %	259 100 %	259 100 %	259 100 %	259 100 %
S/T Pas favorable	97 37 %	126 49 %	155 60 %	113 44 %	115 44 %	67 26 %	116 45 %	124 48 %
Défavorable	41 16 %	58 22 %	77 30 %	56 22 %	61 24 %	22 8 %	49 19 %	64 25 %
Peu favorable	56 22 %	68 26 %	78 30 %	57 22 %	54 21 %	45 17 %	67 26 %	60 23 %
S/T Favorable	133 51 %	96 37 %	91 35 %	37 14 %	47 18 %	98 38 %	59 23 %	42 16 %
Assez favorable	115 44 %	89 34 %	71 27 %	33 13 %	39 15 %	73 28 %	52 20 %	34 13 %
Tout à fait favorable	18 7 %	7 3 %	20 8 %	4 2 %	8 3 %	25 10 %	7 3 %	8 3 %
Nsp	29 11 %	37 14 %	13 5 %	109 42 %	97 37 %	94 36 %	84 32 %	93 36 %
Base répondant	230	222	246	150	162	165	175	166
Moyenne	2,48	2,2	2,14	1,9	1,96	2,61	2,1	1,92
Ecart-type	0,87	0,86	0,95	0,83	0,9	0,9	0,85	0,88

Au global, les endocrinologues ne perçoivent pas l'impact potentiel de SOPHIA. Près d'un sur six ne s'est ainsi pas prononcé sur l'impact de ce programme. Seul 5 % pensent que le programme de disease management peut avoir assez ou beaucoup d'impact en termes d'amélioration de l'état de santé et de prise en charge sur les patients. Ce taux est à peine plus élevé si l'on ne considère que les endocrinologues qui connaissent SOPHIA. Ces derniers sont moins de 8 % à penser que le programme a « assez » ou « beaucoup » d'impact. Même constat parmi ceux qui y ont participé : sur les 28 endocrinologues, seul un pense qu'il a un impact.

L'avis est d'autant plus critique qu'ils estiment majoritairement que l'implication des endocrinologues dans ce programme est insuffisante (90 % de ceux s'étant exprimés trouvant leur implication insuffisante ou très insuffisante).

La perception du programme Sophia par les endocrinologues a également été étudiée en comparant les résultats dans les départements qui ont été concernés par la première vague du programme SOPHIA et les autres.

Tableau 81. Répartition des médecins selon les départements concernés ou non par le programme SOPHIA

(Base = Médecins des départements concernés par Sophia)

	N	%
Inconnu (Dpt NR)	7	2.70
Départements avec SOPHIA	30	11.58
Départements sans SOPHIA	222	85.71
Total	259	100.00

Tableau 82. Répartition des médecins par départements participants au programme

(Base = Médecins de départements participants au programme SOPHIA)

Dpt	N	%
06 - Alpes Maritimes	8	26.67
31 - Haute-Garonne	7	23.33
32 - Gers	1	3.33
45 - Loiret	1	3.33
63 - Puy-de-Dôme	2	6.67
65 - Hautes-Pyrénées	2	6.67
81 - Tarn	3	10.00
93 - Seine-St-Denis	6	20.00
Total	30	100.00

Les plus faibles effectifs d'endocrinologues exerçant dans les 10 départements initiaux de SOPHIA n'ont pas permis de mettre en évidence de différence significative de perception avec celle des endocrinologues des autres départements. Une tendance se dégage pourtant qui suggère que leur point de vue serait encore plus défavorable, ces derniers étant plus nombreux à s'exprimer. Parmi les endocrinologues des 10 départements 43 % sont défavorables et 27 % peu favorables. Ils sont encore plus nombreux à déclarer que le programme n'a que peu ou pas d'impact (73 %), la plupart des autres (20 %) ne s'étant pas prononcée.

La plupart d'entre eux (93 %) connaît SOPHIA et un tiers y ont participé. 40 % estiment enfin que l'implication des endocrinologues y est insuffisante.

Tableau 83. Perception du programme SOPHIA des endocrinologues appartenant ou non aux départements de la première vague SOPHIA

(Base = Médecins au Dpt connu) (Chi-Square : 0.0520)

N % vertical	Départements avec SOPHIA	Départements sans SOPHIA	Total
Nsp	4 13.33	85 38.29	89
Assez favorable	4 13.33	29 13.06	33
Défavorable	13 43.33	50 22.52	63
Peu favorable	8 26.67	52 23.42	60
Tout à fait favorable	1 3.33	6 2.70	7
Total	30	222	252

Un mode de rémunération non satisfaisant

Rémunération de l'activité de consultation

Les endocrinologues sont aujourd'hui insatisfaits par leur mode de rémunération, tant en ville qu'à l'hôpital et les professionnels mixtes sont encore un peu plus désabusés que les autres et les hospitaliers au contraire un peu plus satisfaits.

Tableau 84 : Perception du mode de rémunération

(Base = ensemble ; n = 259)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
S/T Insatisfait	166 64 %	32 65 %	18 64 %	18 35 %	79 80 %	19 59 %
Insatisfait	83 32 %	21 43 %	8 29 %	11 22 %	37 37 %	6 19 %
Peu satisfait	83 32 %	11 22 %	10 36 %	7 14 %	42 42 %	13 41 %
S/T Satisfait	72 28 %	16 33 %	9 32 %	19 37 %	18 18 %	10 31 %
Assez satisfait	60 23 %	14 29 %	9 32 %	14 27 %	16 16 %	7 22 %
Très satisfait	12 5 %	2 4 %	0 0 %	5 10 %	2 2 %	3 9 %
Nsp	21 8 %	1 2 %	1 4 %	14 27 %	2 2 %	3 9 %
Base répondant	238	48	27	37	97	29
Moyenne	2	1,94	2,04	2,35	1,82	2,24
Ecart-type	0,9	0,94	0,79	1,05	0,77	0,9

Le niveau de rémunération par rapport aux autres spécialités est un sujet douloureux pour les endocrinologues qui s'estiment à 86 % dévalorisés. Ceci est tout particulièrement vrai pour les professionnels avec un exercice mixte.

Tableau 85 : Qualification du niveau de rémunération

(Base = ensemble ; n = 259)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
S/T Dévalorisé	224 86 %	42 86 %	24 86 %	37 73 %	95 96 %	26 81 %
Dévalorisé	130 50 %	23 47 %	13 46 %	20 39 %	62 63 %	12 38 %
Peu valorisé	94 36 %	19 39 %	11 39 %	17 33 %	33 33 %	14 44 %
S/T Valorisé	20 8 %	6 12 %	2 7 %	6 12 %	3 3 %	3 9 %
Assez valorisé	12 5 %	3 6 %	2 7 %	4 8 %	1 1 %	2 6 %
Très valorisé	8 3 %	3 6 %	0 0 %	2 4 %	2 2 %	1 3 %
Nsp	15 6 %	1 2 %	2 7 %	8 16 %	1 1 %	3 9 %
Base répondant	244	48	26	43	98	29
Moyenne	1,58	1,71	1,58	1,72	1,42	1,72
Ecart-type	0,73	0,84	0,63	0,82	0,62	0,74

Les endocrinologues estiment que l'ensemble de leur activité n'est aujourd'hui pas assez reconnue. Certes la perception varie d'un type d'activité à l'autre, mais, dans tous les cas, la majorité de ceux s'étant exprimés considère qu'elle n'est pas ou peu reconnue.

La consultation sans acte associé (qui constitue le premier type de consultation d'un endocrinologue) et l'éducation thérapeutique sont les activités qui pâtissent de ce manque de reconnaissance. Près de 9 endocrinologues sur 10 déplorent ce manque de reconnaissance.

Les acteurs hospitaliers déplorent moins que les autres un manque de reconnaissance pour certains actes spécifiques tels que l'échographie ou le holter glycémique.

Tableau 86. Activité et reconnaissance par le mode de rémunération existant

(Base = ensemble ; n = 259)

	Consultation sans acte associé	Education thérapeutique	Cytoponction	Echographie	Holter glycémique	Dépistage apnée du sommeil	Acte de télémedecine
Ensemble	259 100 %	259 100 %	259 100 %	259 100 %	259 100 %	259 100 %	259 100 %
S/T Pas reconnue	224 86 %	241 93 %	104 40 %	61 24 %	174 67 %	96 37 %	171 66 %
Pas reconnue	115 44 %	210 81 %	36 14 %	16 6 %	144 56 %	55 21 %	155 60 %
Peu reconnue	109 42 %	31 12 %	68 26 %	45 17 %	30 12 %	41 16 %	16 6 %
S/T Reconnue	15 6 %	3 1 %	68 26 %	96 37 %	9 3 %	36 14 %	1 0 %
Assez reconnue	13 5 %	3 1 %	59 23 %	76 29 %	9 3 %	29 11 %	1 0 %
Très bien reconnue	2 1 %		9 3 %	20 8 %		7 3 %	
Nsp	20 8 %	15 6 %	87 34 %	102 39 %	76 29 %	127 49 %	87 34 %
Base répondant	239	244	172	157	183	132	172
Moyenne	1,59	1,15	2,24	2,64	1,26	1,91	1,1
Ecart-type	0,63	0,39	0,84	0,83	0,54	0,92	0,32

Le mode de rémunération à l'acte impose aujourd'hui une revalorisation des tarifs de la consultation selon plus de 9 endocrinologues sur 10.

La création d'une CCAM clinique est largement plébiscitée par les endocrinologues. Elle apparaît nécessaire à 8 sur 10 d'entre eux, dont près de 7 la qualifient même d'indispensable.

En revanche, la création de nouveaux actes dans la CCAM technique semble globalement nécessaire mais les avis sont plus partagés, notamment parmi les libéraux et tout particulièrement parmi ceux n'exerçant qu'en cabinet.

Les praticiens restent aujourd'hui attachés au paiement à l'acte. Ils ne sont qu'une minorité à être favorables à l'instauration d'un paiement forfaitaire. Il convient tout de même de mentionner la divergence de point de vue entre praticiens libéraux et hospitaliers, les principaux opposants étant les professionnels libéraux, plus attachés à leur mode de rémunération à l'acte que les autres professionnels qui y ont d'ores et déjà renoncé.

L'instauration d'une rémunération au salaire est également décriée parmi les professionnels libéraux ou mixtes.

Ils sont encore plus opposés à l'introduction d'une rémunération à la performance. Sept professionnels libéraux sur 10 n'y sont en effet pas favorables.

Aucune distinction de perception entre endocrinologues par classe d'âges sur l'ensemble de ces évolutions de rémunération n'est observée. A travers les réponses au questionnaire, aucun clivage générationnel n'est mis en évidence.

Tableau 87. Evolution nécessaire de la rémunération : création de nouveaux actes dans la CCAM technique

(Base = ensemble ; n = 259)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
S/T Pas nécessaire	51 20 %	17 35 %	2 7 %	3 6 %	25 25 %	4 13 %
Pas nécessaire	17 7 %	7 14 %	0 0 %	1 2 %	8 8 %	1 3 %
Peu nécessaire	34 13 %	10 20 %	2 7 %	2 4 %	17 17 %	3 9 %
S/T Nécessaire	142 55 %	19 39 %	15 54 %	39 76 %	47 47 %	22 69 %
Assez nécessaire	39 15 %	5 10 %	6 21 %	7 14 %	14 14 %	7 22 %
Indispensable	103 40 %	14 29 %	9 32 %	32 63 %	33 33 %	15 47 %
Nsp	66 25 %	13 27 %	11 39 %	9 18 %	27 27 %	6 19 %
Base répondant	193	36	17	42	72	26
Moyenne	3,18	2,72	3,41	3,67	3	3,38
Ecart-type	1,01	1,17	0,69	0,68	1,07	0,84

Tableau 88. Evolution nécessaire de la rémunération : création de la CCAM clinique
(Base = ensemble ; n = 259)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique + Libéral cabinet + clinique	Salarié hôpital / PUPH	Mixte (Hôpital + cabinet et clinique + cabinet + hôpital)	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
S/T Pas nécessaire	7 3 %	2 4 %	0 0 %	1 2 %	4 4 %	0 0 %
Pas nécessaire	5 2 %	2 4 %	0 0 %	1 2 %	2 2 %	0 0 %
Peu nécessaire	2 1 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 2 %	0 0 %
S/T Nécessaire	205 79 %	40 82 %	24 86 %	36 71 %	78 79 %	27 84 %
Assez nécessaire	31 12 %	6 12 %	4 14 %	5 10 %	10 10 %	6 19 %
Indispensable	174 67 %	34 69 %	20 71 %	31 61 %	68 69 %	21 66 %
Nsp	47 18 %	7 14 %	4 14 %	14 27 %	17 17 %	5 16 %
Base répondant	212	42	24	37	82	27
Moyenne	3,76	3,71	3,83	3,78	3,76	3,78
Ecart-type	0,58	0,7	0,37	0,58	0,62	0,42

Tableau 89. Perception d'introduction de paiement différent du paiement à l'acte
(Base = ensemble ; n = 259)

	Instauration d'un paiement forfaitaire	Instauration d'une rémunération au salaire	Instauration d'une rémunération à la performance
Ensemble	259 100 %	259 100 %	259 100 %
S/T Pas favorable	116 45 %	117 45 %	176 68 %
Pas favorable	56 22 %	64 25 %	118 46 %
Peu favorable	60 23 %	53 20 %	58 22 %
S/T Favorable	87 34 %	73 28 %	40 15 %
Assez favorable	61 24 %	51 20 %	27 10 %
Très favorable	26 10 %	22 8 %	13 5 %
Nsp	56 22 %	69 27 %	43 17 %
Base répondant	203	190	216
Moyenne	2,28	2,16	1,7
Ecart-type	1	1,02	0,91

Rémunération des hospitalisations

La tarification à l'activité apparaît être un enjeu majeur pour l'activité de l'endocrinologie à l'hôpital. Selon la très large majorité des médecins, la TZA n'est pas adaptée à l'ensemble des pathologies prises en charge (du diabète, de la nutrition, des maladies métaboliques, de l'endocrinologie générale) tant en secteur public qu'en secteur privé. Pour chaque pathologie, environ 8 praticiens hospitaliers sur 10 déclarent que la TZA n'est pas adaptée à la prise en charge des pathologies de leur discipline.

Les trois motifs avancés dans l'étude ont été pour chacun d'entre eux largement validés par les professionnels. La non reconnaissance de l'activité ambulatoire est un des premiers motifs avancés mais la tarification insuffisante des GHS et la non adaptation de la classification des Groupes Homogènes de Malades sont également invoquées par plus de 6 professionnels sur 10.

Tableau 90. Perception de l'adéquation de la tarification hospitalière et des prises en charge en endocrinologie par domaine d'activité

(Base = hospitaliers ; n = 178)

	Diabète	Obésité/nutrition	Maladie métabolique	Endocrinologie générale
Pas du tout adaptée	75 42.13	73 41.01	69 38.76	59 33.15
Partiellement adaptée	28 15.73	24 13.48	27 15.17	36 20.22
Assez adaptée	6 3.37	4 2.25	2 1.12	7 3.93
Très adaptée	1 0.56	1 0.56	1 0.56	1 0.56
Nsp	68 38.20	76 42.70	79 44.38	75 42.13

Ces problèmes sont plus particulièrement soulignés pour le diabète.

Aucune distinction entre praticiens exerçant en secteur public et privé n'est observée traduisant une similitude des difficultés rencontrées dans les deux secteurs d'activité.

Tableau 91. Perception de l'adéquation de la tarification hospitalière et des prises en charge en endocrinologie par domaine d'activité

	Diabète	Nutrition - Obésité	Maladies métaboliques	Endocrinologie générale
Ensemble	103 100 %	97 100 %	96 100 %	95 100 %
Une classification non adaptée des Groupes Homogènes de Malades	71 69 %	52 54 %	52 54 %	54 57 %
Des tarifs de GHS insuffisants	77 75 %	62 64 %	61 64 %	64 67 %
Une non reconnaissance de l'activité ambulatoire	88 85 %	77 79 %	74 77 %	72 76 %
Nsp	9 9 %	17 18 %	18 19 %	16 17 %

Un avenir incertain pour une spécialité à laquelle les endocrinologues sont attachés

Les endocrinologues aiment leur spécialité : 71 % d'entre eux choisiraient à nouveau l'endocrinologie comme spécialité quelque soit leur secteur d'activité.

Ils sont également attachés à leur mode d'exercice actuel. Les médecins confirment au-delà de leur spécialité, le choix du mode d'exercice actuel. Ils referaient les mêmes choix dans le contexte actuel de la spécialité.

Tableau 92. Endocrinologues et confirmation du choix initial de l'endocrinologie comme spécialité

(Base = ensemble ; n = 259)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
Oui	184 71 %	34 69 %	16 57 %	40 78 %	71 72 %	23 72 %
Non	40 15 %	9 18 %	7 25 %	5 10 %	16 16 %	3 9 %
Nsp	35 14 %	6 12 %	5 18 %	6 12 %	12 12 %	6 19 %

Tableau 93. Endocrinologues et choix de lieu d'exercice

(Base = ensemble ; n = 259)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
A l'hôpital public	122 47 %	10 20 %	10 36 %	39 76 %	42 42 %	21 66 %
En cabinet	115 44 %	32 65 %	17 61 %	2 4 %	59 60 %	5 16 %
A l'hôpital privé	34 13 %	3 6 %	8 29 %	7 14 %	11 11 %	5 16 %
Autres (réseau, centre d'éducatons...)	36 14 %	9 18 %	4 14 %	7 14 %	14 14 %	2 6 %
Nsp	47 18 %	9 18 %	4 14 %	7 14 %	20 20 %	7 22 %

Et pourtant, les endocrinologues apparaissent très partagés sur l'avenir de leur spécialité traduisant un certain malaise de la profession.

Près de 60 % pensent que leurs conditions de travail (temps libre, contraintes, liberté d'exercice, etc.) vont se dégrader dans les prochaines années, constat d'autant plus inquiétant qu'aucun n'a déclaré que celles-ci allaient s'améliorer.

Plus de 7 endocrinologues sur 10 estiment que les problèmes démographiques vont s'aggraver. Un tiers pense que l'image de leur spécialité est amenée à se dégrader.

Seul environ un quart des médecins hospitaliers publics estime que selon eux leurs revenus vont d'améliorer dans les prochaines années, tous les autres estimant qu'ils vont rester stables (57 %) ou se dégrader (27 %).

Tableau 94. Perception de l'évolution des revenus dans les 5 prochaines années

(Base = ensemble ; n = 259)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
S'améliorer	28 11 %	5 10 %	2 7 %	12 24 %	4 4 %	5 16 %
Rester stables	147 57 %	27 55 %	14 50 %	36 71 %	52 53 %	18 56 %
Se dégrader	71 27 %	14 29 %	10 36 %	3 6 %	36 36 %	8 25 %
Nsp	13 5 %	3 6 %	2 7 %	0 0 %	7 7 %	1 3 %

Tableau 95. Perception des conditions de travail dans les 5 prochaines années

(Base = ensemble ; n = 259)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
S'améliorer	6 2 %	1 2 %	0 0 %	0 0 %	4 4 %	1 3 %
Rester stables	85 33 %	15 31 %	11 39 %	15 29 %	34 34 %	10 31 %
Se dégrader	153 59 %	29 59 %	15 54 %	35 69 %	54 55 %	20 63 %
Nsp	15 6 %	4 8 %	2 7 %	1 2 %	7 7 %	1 3 %

Tableau 96. Perception de l'évolution de l'image de l'endocrinologie dans les 5 prochaines années

(Base = ensemble ; n = 259)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
S'améliorer	33 13 %	11 22 %	3 11 %	6 12 %	10 10 %	3 9 %
Rester stables	119 46 %	22 45 %	9 32 %	25 49 %	48 48 %	15 47 %
Se dégrader	87 34 %	11 22 %	13 46 %	17 33 %	33 33 %	13 41 %
Nsp	20 8 %	5 10 %	3 11 %	3 6 %	8 8 %	1 3 %

Tableau 97. Perception de l'évolution des problèmes démographiques de l'endocrinologie dans les 5 prochaines années

(Base = ensemble ; n = 259)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
S'améliorer	2 1 %	0 0 %	0 0 %	1 2 %	0 0 %	1 3 %
Rester stables	47 18 %	11 22 %	3 11 %	13 25 %	13 13 %	7 22 %
Se dégrader	191 74 %	32 65 %	23 82 %	36 71 %	77 78 %	23 72 %
Nsp	19 7 %	6 12 %	2 7 %	1 2 %	9 9 %	1 3 %

Tableau 98. Perception de l'évolution du champ d'activité de l'endocrinologie dans les 5 prochaines années

(Base = ensemble ; n = 259)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital / PUPH	Mixte	Autre
Ensemble	259 100 %	49 100 %	28 100 %	51 100 %	99 100 %	32 100 %
Oui	81 31 %	11 22 %	7 25 %	25 49 %	22 22 %	16 50 %
Non	105 41 %	27 55 %	11 39 %	14 27 %	44 44 %	9 28 %
Nsp	73 28 %	11 22 %	10 36 %	12 24 %	33 33 %	7 22 %

L'avenir de l'activité de la spécialité apparaît également incertain avec des évolutions attendues divergentes selon leur lieu d'exercice. Les hospitaliers publics estiment que leur champ d'activité est amené à s'élargir alors que les libéraux et professionnels mixtes ont un avis majoritairement contraire.

L'élargissement toucherait en premier lieu la prise en charge des maladies métaboliques, et dans une moindre mesure la nutrition, l'élargissement à la nutrition semblant moins perçu par les hospitaliers publics. Pour ces derniers les tumeurs endocrines sont un facteur d'évolution plus important.

Tableau 99. Pathologies visées par l'élargissement de la spécialité selon les endocrinologues pensant que le champ de la spécialité est amené à s'élargir

(Base = ensemble ; n = 259)

	Total	Libéral cabinet	Libéral clinique ± cabinet	Salarié hôpital	Mixte	Autre
Ensemble	81 100 %	11 100 %	7 100 %	25 100 %	22 100 %	16 100 %
Maladies métaboliques	57 70 %	9 82 %	5 71 %	16 64 %	18 82 %	9 56 %
Nutrition	48 59 %	9 82 %	6 86 %	9 36 %	14 64 %	10 63 %
Tumeurs endocrines	47 58 %	4 36 %	3 43 %	17 68 %	12 55 %	11 69 %
Cancérologie	34 42 %	4 36 %	2 29 %	11 44 %	7 32 %	10 63 %
Maladies rares	24 30 %	1 9 %	1 14 %	14 56 %	5 23 %	3 19 %
Reproduction	22 27 %	1 9 %	2 29 %	6 24 %	7 32 %	6 38 %
Ménopause	2 2 %	1 9 %	0 0 %	0 0 %	1 5 %	0 0 %
Diabète type 1	2 2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 5 %	1 6 %
Médecine interne	2 2 %	1 9 %	0 0 %	0 0 %	1 5 %	0 0 %
Prévention	1 1 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 5 %	0 0 %
Thyroïde	1 1 %	1 9 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Endocrinologie pédiatrique	1 1 %	0 0 %	0 0 %	1 4 %	0 0 %	0 0 %
Nsp	1 1 %	0 0 %	1 14 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %

Conclusion

L'endocrinologie est aujourd'hui une spécialité atypique au regard des autres spécialités médicales. Cette enquête d'activité menée auprès de l'ensemble des endocrinologues de France aborde successivement les différents aspects de la spécialité « endocrinologie ». Ces résultats vont alimenter la réflexion et la structuration du Livre Blanc qui en tant que tel sera la meilleure conclusion de cette étude.

L'analyse des résultats permet tout de même de mettre en évidence un certain nombre de spécificités qui en font la richesse, imposent un certain nombre de contraintes et soulèvent des enjeux spécifiques à cette profession.

L'endocrinologie, une spécialité d'expertise

L'endocrinologie est une spécialité avec un domaine d'expertise large avec un nombre important de pathologies prises en charge. Le poids des pathologies chroniques est majeur et a développé un savoir faire unique largement répandue au sein de la spécialité en éducation thérapeutique.

L'endocrinologue assume également aujourd'hui un rôle d'expertise important et constitue un référent vis-à-vis des confrères généralistes et/ou spécialistes.

Du fait de l'étendue des pathologies prises en charge, l'endocrinologie impose pour la prise en charge de certaines pathologies des sous-spécialisations (reproduction...). Au-delà des grandes pathologies de la spécialité, les endocrinologues développent des expertises dans des domaines thérapeutiques spécifiques.

Cette valeur ajoutée est aujourd'hui revendiquée par des spécialistes qui, malgré le contexte difficile pour la profession, restent attachés à leur champ d'activité. Les endocrinologues referaient majoritairement le même choix si celui-ci devait être refait aujourd'hui.

L'endocrinologie, une spécialité en interaction forte

La valeur de la spécialité est aussi à l'origine d'un certain nombre de contraintes.

L'endocrinologie est avant tout une spécialité de coordination, imposant des interfaces avec de nombreux professionnels, médecins généralistes, cardiologues, ophtalmologues, professionnels paramédicaux, prestataires... avec lesquels la majorité estime d'ailleurs avoir construit des relations satisfaisantes.

L'endocrinologie requérant des interactions fortes avec les autres professions et un support d'une structure d'éducation de proximité dans un contexte de démographie régionale souvent délicat, se caractérise par une multiplicité des lieux d'exercice des endocrinologues avec un nombre important d'endocrinologues exerçant à la fois en secteur libéral et hospitalier public, en cabinet et en clinique. L'activité salariée au sein d'un établissement hospitalier est aujourd'hui plus attractive qu'un exercice libéral pour diverses raisons (organisation du travail, travail en équipe, accessibilité des structures d'éducation, niveau de rémunération...).

L'endocrinologie, des enjeux à prendre en compte par les pouvoirs publics

L'avenir de la spécialité est aujourd'hui source d'inquiétude pour les endocrinologues. Seule une minorité est confiante dans l'avenir de la profession, avec un contour de l'activité relativement

incertain, des conditions de travail et de rémunération qui ne devraient pas s'améliorer dans les prochaines années. Dans ce contexte, comment se projeter positivement dans l'avenir ?

Pour ce faire, la profession attend des signes forts notamment une meilleure valorisation des actes intellectuels et une rémunération mieux adaptée à l'activité. Deux pistes sont privilégiées : une revalorisation des tarifs et la création d'une CCAM clinique.

Nombre de séjours et dépenses pour les GHM de maladies endocriniennes et métaboliques (en euros) secteur public et secteur privé

(source ATIH, 2010, France entière ; application des tarifs en vigueur au 1^{er} mars 2010)

GHM	Libellé	Tarifs secteur public 1 ^{er} mars 2010	Nb séjours 2010 secteur public	DMS secteur public
10C021	Interventions sur l'hypophyse, niveau 1	5399,70	911	7,03
10C022	Interventions sur l'hypophyse, niveau 2	7065,57	360	9,8
10C023	Interventions sur l'hypophyse, niveau 3	18314,8	84	16,45
10C024	Interventions sur l'hypophyse, niveau 4	31426	28	33,75
10C031	Interventions sur les glandes surrénales, niveau 1	5265,94	759	5,98
10C032	Interventions sur les glandes surrénales, niveau 2	6890,54	343	10,36
10C033	Interventions sur les glandes surrénales, niveau 3	17861,11	107	17,84
10C034	Interventions sur les glandes surrénales, niveau 4	30647,52	35	24,83
10C051	Interventions sur les parathyroïdes, niveau 1	3257,49	3 287	2,97
10C052	Interventions sur les parathyroïdes, niveau 2	4836,91	756	5,61
10C053	Interventions sur les parathyroïdes, niveau 3	12537,85	78	17,23
10C054	Interventions sur les parathyroïdes, niveau 4	21513,44	14	28,64
10C071	Interventions sur le tractus thyroïdienne, niveau 1	2094,68	638	2,69
10C072	Interventions sur le tractus thyroïdienne, niveau 2	2740,91	13	4,46
10C073	Interventions sur le tractus thyroïdienne, niveau 3	7104,78	3	6
10C074	Interventions sur le tractus thyroïdienne, niveau 4	12190,94	2	8
10C081	Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels, niveau 1	3594,42	662	4,37
10C082	Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels, niveau 2	8932,28	267	11,02
10C083	Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels, niveau 3	12768,17	220	23,4
10C084	Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels, niveau 4	21908,66	270	33,33
10C08J	Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels, en ambulatoire	807,78	76	0
10C091	Gastroplasties pour obésité, niveau 1	3904,99	3 957	4,56
10C092	Gastroplasties pour obésité, niveau 2	5109,72	651	6,68
10C093	Gastroplasties pour obésité, niveau 3	13245,01	150	12,32
10C094	Gastroplasties pour obésité, niveau 4	22726,85	40	27,38
10C101	Autres interventions pour obésité, niveau 1	3068	2 809	4,52
10C102	Autres interventions pour obésité, niveau 2	4014,67	352	6,62
10C103	Autres interventions pour obésité, niveau 3	10406,01	121	10,49
10C104	Autres interventions pour obésité, niveau 4	17855,47	12	14,08

	Dépenses secteur public	Tarifs secteur privé 1 ^{er} mars 2010	Nb séjours 2010 secteur privé	DMS secteur privé	Dépenses secteur privé	Total Nb séjours	Total dépenses
	4 919 127	2438,67	47	7,51	114 617	958	5 033 744
	2 543 605	4170,94	14	8,5	58 393	374	2 601 998
	1 538 443	7179,78	4	33,5	28 719	88	1 567 162
	879 928	14374,51	2	40,5	28 749	30	908 677
	3 996 848	2016,71	205	5,74	413 426	964	4 410 274
	2 363 455	3557,65	84	8,88	298 843	427	2 662 298
	1 911 139	7195,74	14	10,07	100 740	121	2 011 879
	1 072 663	8201,19	9	27,44	73 811	44	1 146 474
	10 707 370	1734,23	1 565	3,12	2 714 070	4 852	13 421 440
	3 656 704	2482,32	197	4,96	489 017	953	4 145 721
	977 952	4757,62	13	10,54	61 849	91	1 039 801
	301 188	7429,6	4	33,5	29 718	18	330 907
	1 336 406	918,73	798	2,51	733 147	1 436	2 069 552
	35 632	1315,1	24	4,33	31 562	37	67 194
	21 314	2520,52	5	5,8	12 603	8	33 917
	24 382	3936,1	1	43	3 936	3	28 318
	2 379 506	1492,9	382	3,26	570 288	1 044	2 949 794
	2 384 919	2136,99	87	7,24	185 918	354	2 570 837
	2 808 997	4095,76	31	15,13	126 969	251	2 935 966
	5 915 338	6396,03	28	18,18	179 089	298	6 094 427
	61 391	497,07	126	0	62 631	202	124 022
	15 452 045	1722,9	9 757	3,6	16 810 335	13 714	32 262 381
	3 326 428	2195,76	1 303	5,49	2 861 075	1 954	6 187 503
	1 986 752	4193,43	199	10,01	834 493	349	2 821 244
	909 074	6548,54	31	14,26	203 005	71	1 112 079
	8 618 012	1367,27	5 910	3,69	8 080 566	8 719	16 698 578
	1 413 164	1914,53	869	5,7	1 663 727	1 221	3 076 890
	1 259 127	3679,95	105	10,77	386 395	226	1 645 522
	214 266	5722,5	23	12,91	131 618	35	345 883

Nombre de séjours et dépenses pour les GHM de maladies endocriniennes et métaboliques

GHM	Libellé	Tarifs secteur public 1 ^{er} mars 2010	Nb séjours 2010 secteur public	DMS secteur public	
10C111	Interventions sur la thyroïde pour tumeurs malignes, niveau 1	3853,61	4 017	3,32	
10C112	Interventions sur la thyroïde pour tumeurs malignes, niveau 2	5512,29	575	5,32	
10C113	Interventions sur la thyroïde pour tumeurs malignes, niveau 3	13390,79	79	11,68	
10C114	Interventions sur la thyroïde pour tumeurs malignes, niveau 4	22977	41	29,29	
10C121	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 1	2358,22	20 091	3,16	
10C122	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 2	3419,85	2 101	4,62	
10C123	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 3	8864,65	232	10,12	
10C124	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 4	15210,68	85	25,66	
10C131	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 1	4780,89	2 863	6,25	
10C132	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 2	6255,84	728	7,76	
10C133	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 3	16215,9	231	11,88	
10C134	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 4	27824,54	106	27,4	
10M021	Diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 1	1898,43	31 807	5,23	
10M022	Diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 2	3110,97	19 542	7,45	
10M023	Diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 3	4328,4	8 675	11,19	
10M024	Diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 4	7616,59	799	18,07	
10M02T	Diabète, âge supérieur à 35 ans, très courte durée	480,7	15 568	0,17	
10M031	Diabète, âge inférieur à 36 ans, niveau 1	2149,4	8 804	5,16	
10M032	Diabète, âge inférieur à 36 ans, niveau 2	3390,87	1 503	7,04	
10M033	Diabète, âge inférieur à 36 ans, niveau 3	4484,9	189	9,6	
10M034	Diabète, âge inférieur à 36 ans, niveau 4	6772,11	27	9,22	
10M03T	Diabète, âge inférieur à 36 ans, très courte durée	454,45	3 829	0,23	
10M071	Autres troubles endocriniens, niveau 1	1788,9	5 249	3,82	
10M072	Autres troubles endocriniens, niveau 2	3464,91	3 277	7,84	
10M073	Autres troubles endocriniens, niveau 3	5338,92	2 434	13,22	
10M074	Autres troubles endocriniens, niveau 4	8061,91	202	21,72	
10M07T	Autres troubles endocriniens, très courte durée	622,47	17 522	0,1	
10M081	Acidocétose et coma diabétique, niveau 1	2438,81	6 073	6,54	

	Dépenses secteur public	Tarifs secteur privé 1 ^{er} mars 2010	Nb séjours 2010 secteur privé	DMS secteur privé	Dépenses secteur privé	Total Nb séjours	Total dépenses
	15 479 951	1679	2 141	3,4	3 594 739	6 158	19 074 690
	3 169 567	2126,11	227	4,58	482 627	802	3 652 194
	1 057 872	4074,91	22	8,64	89 648	101	1 147 520
	942 057	6363,46	13	19,85	82 725	54	1 024 782
	47 378 998	1441,5	14 519	3,21	20 929 139	34 610	68 308 137
	7 185 105	1828,09	1 209	4,25	2 210 161	3 310	9 395 266
	2 056 599	3503,72	91	6,46	318 839	323	2 375 437
	1 292 908	5471,47	19	12,11	103 958	104	1 396 866
	13 687 688	3650,7	4 525	5,63	16 519 418	7 388	30 207 106
	4 554 252	5224,86	1 546	6,57	8 077 634	2 274	12 631 885
	3 745 873	10012,05	275	12,74	2 753 314	506	6 499 187
	2 949 401	15633,97	97	20,21	1 516 495	203	4 465 896
	60 383 363	909,21	3 015	5,3	2 741 268	34 822	63 124 631
	60 794 576	1429,93	1 913	6,92	2 735 456	21 455	63 530 032
	37 548 870	2114,46	741	10,13	1 566 815	9 416	39 115 685
	6 085 655	3277,08	47	20,68	154 023	846	6 239 678
	7 483 538	174,59	675	0,28	117 848	16 243	7 601 386
	18 923 318	700,02	265	4,23	185 505	9 069	19 108 823
	5 096 478	1190,95	62	6,45	73 839	1 565	5 170 317
	847 646	1672,28	5	6	8 361	194	856 008
	182 847	2591,99	4	13,75	10 368	31	193 215
	1 740 089	158,39	72	0,28	11 404	3 901	1 751 493
	9 389 936	742,81	361	3,74	268 154	5 610	9 658 091
	11 354 510	1297,88	214	7,14	277 746	3 491	11 632 256
	12 994 931	1822,72	162	11,91	295 281	2 596	13 290 212
	1 628 506	2824,7	11	14,91	31 072	213	1 659 578
	10 906 919	187,09	283	0,44	52 946	17 805	10 959 866
	14 810 893	810,74	195	4,98	158 094	6 268	14 968 987

Nombre de séjours et dépenses pour les GHM de maladies endocriniennes et métaboliques

GHM	Libellé	Tarifs secteur public 1 ^{er} mars 2010	Nb séjours 2010 secteur public	DMS secteur public
10M082	Acidocétose et coma diabétique, niveau 2	3189,47	3 248	8,73
10M083	Acidocétose et coma diabétique, niveau 3	4434,36	2 875	12,81
10M084	Acidocétose et coma diabétique, niveau 4	7879,21	600	22,06
10M08T	Acidocétose et coma diabétique, très courte durée	598,53	1 982	0,64
10M091	Obésité, niveau 1	1519,65	6 598	3,06
10M092	Obésité, niveau 2	2774,04	2 200	6,07
10M093	Obésité, niveau 3	3669,06	388	12,89
10M094	Obésité, niveau 4	5540,21	90	20,91
10M09T	Obésité, très courte durée	518,86	10 353	0
10M101	Maladies métaboliques congénitales sévères, niveau 1	2404,35	314	3,47
10M102	Maladies métaboliques congénitales sévères, niveau 2	6646,41	300	7,56
10M103	Maladies métaboliques congénitales sévères, niveau 3	8636,89	89	13,96
10M104	Maladies métaboliques congénitales sévères, niveau 4	13041,52	36	21,39
10M10T	Maladies métaboliques congénitales sévères, très courte durée	770,28	761	0,19
10M111	Autres maladies métaboliques congénitales, niveau 1	1727,48	1 248	2,61
10M112	Autres maladies métaboliques congénitales, niveau 2	5302,54	635	7,58
10M113	Autres maladies métaboliques congénitales, niveau 3	7013,45	220	14,35
10M114	Autres maladies métaboliques congénitales, niveau 4	10589,89	48	18,25
10M11T	Autres maladies métaboliques congénitales, très courte durée	481,07	6 255	0
10M121	Tumeurs des glandes endocrines, niveau 1	1894,91	4 559	3,16
10M122	Tumeurs des glandes endocrines, niveau 2	3200,43	1 184	6,42
10M123	Tumeurs des glandes endocrines, niveau 3	6100,92	307	13,26
10M124	Tumeurs des glandes endocrines, niveau 4	9444,23	134	21,1
10M12T	Tumeurs des glandes endocrines, très courte durée	635,22	4 226	0,2
10M13Z	Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques	718,54	64 233	0,33
10M14T	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 10, très courte durée	673,71	7 365	0
10M14Z	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 10	1762,19	3 805	2,89
10M151	Troubles métaboliques, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	1618,99	6 592	2,84
10M152	Troubles métaboliques, âge inférieur à 18 ans, niveau 2	2952,8	706	5,09
10M153	Troubles métaboliques, âge inférieur à 18 ans, niveau 3	5056,9	199	9,43
10M154	Troubles métaboliques, âge inférieur à 18 ans, niveau 4	7827,98	57	17,16
10M15T	Troubles métaboliques, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	556,39	4 370	0,7
10M161	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	1238,47	4 989	3,24
10M162	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	2533,36	7 715	6,81
10M163	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	3710,46	17 903	11,69

	Dépenses secteur public	Tarifs secteur privé 1 ^{er} mars 2010	Nb séjours 2010 secteur privé	DMS secteur privé	Dépenses secteur privé	Total Nb séjours	Total dépenses
	10 359 399	1247,3	166	9,17	207 052	3 414	10 566 450
	12 748 785	1683,5	128	13,63	215 488	3 003	12 964 273
	4 727 526	2555,18	37	19,84	94 542	637	4 822 068
	1 186 286	152,17	118	0,57	17 956	2 100	1 204 243
	10 026 651	845,01	2 175	3,42	1 837 897	8 773	11 864 547
	6 102 888	1476,18	1 210	7,49	1 786 178	3 410	7 889 066
	1 423 595	2072,79	117	9,32	242 516	505	1 666 112
	498 619	3212,76	12	14,67	38 553	102	537 172
	5 371 758	191,35	1 909	0	365 287	12 262	5 737 045
	754 966	218,07			-	314	754 966
	1 993 923	617,64	2	4	1 235	302	1 995 158
	768 683	912,91	1	4	913	90	769 596
	469 495	1406,89			-	36	469 495
	586 183	99,04	2	0	198	763	586 381
	2 155 895	357,48	85	2,07	30 386	1 333	2 186 281
	3 367 113	624,6	26	5,38	16 240	661	3 383 353
	1 542 959	877,04	4	8,25	3 508	224	1 546 467
	508 315	1359,39	2	6	2 719	50	511 034
	3 009 093	203,8	440	0	89 672	6 695	3 098 765
	8 638 895	574,57	104	3,27	59 755	4 663	8 698 650
	3 789 309	1419,01	47	8,13	66 693	1 231	3 856 003
	1 872 982	2889,01	13	11,46	37 557	320	1 910 540
	1 265 527	4503,51	6	24,33	27 021	140	1 292 548
	2 684 440	154,66	132	0,39	20 415	4 358	2 704 855
	46 153 980	398,29	606	2,14	241 364	64 839	46 395 344
	4 961 874	247,29	160	0	39 566	7 525	5 001 441
	6 705 133	676,7	132	2,17	89 324	3 937	6 794 457
	10 672 382	516,98	33	2,58	17 060	6 625	10 689 442
	2 084 677	1004,79	4	3,75	4 019	710	2 088 696
	1 006 323	1681,08			-	199	1 006 323
	446 195	4407,7			-	57	446 195
	2 431 424	228,69	26	0,77	5 946	4 396	2 437 370
	6 178 727	510,43	609	2,91	310 852	5 598	6 489 579
	19 544 872	1340,35	1 138	6,24	1 525 318	8 853	21 070 191
	66 428 365	1863,54	2 220	10,6	4 137 059	20 123	70 565 424

Nombre de séjours et dépenses pour les GHM de maladies endocriniennes et métaboliques

GHM	Libellé	Tarifs secteur public 1 ^{er} mars 2010	Nb séjours 2010 secteur public	DMS secteur public	
10M164	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	5296,46	1 591	18,4	
10M16T	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	569,6	12 010	0,6	
10M171	Troubles nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	2029,73	1 905	4,58	
10M172	Troubles nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans, niveau 2	5109,59	874	9,85	
10M173	Troubles nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans, niveau 3	10074,27	322	20,41	
10M174	Troubles nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans, niveau 4	15594,77	147	20,39	
10M17T	Troubles nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	671,37	1 695	0,49	
10M181	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	1923,48	1 987	4,83	
10M182	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	4154,61	7 379	10,38	
10M183	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	6012,68	4 247	14,93	
10M184	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	7430,02	1 557	19,74	
10M18T	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	638,86	4 215	0,21	

	Dépenses secteur public	Tarifs secteur privé 1 ^{er} mars 2010	Nb séjours 2010 secteur privé	DMS secteur privé	Dépenses secteur privé	Total Nb séjours	Total dépenses
	8 426 668	2888,23	141	16,27	407 240	1 732	8 833 908
	6 840 896	217,05	1 215	0,51	263 716	13 225	7 104 612
	3 866 636	687,57	24	3,67	16 502	1 929	3 883 137
	4 465 782	1711,18	7	6,57	11 978	881	4 477 760
	3 243 915	2400,37	1	22	2 400	323	3 246 315
	2 292 431	3699,21			-	147	2 292 431
	1 137 972	282,39	54	0,26	15 249	1 749	1 153 221
	3 821 955	1020,88	1 719	4,05	1 754 893	3 706	5 576 847
	30 656 867	1668,3	2 235	7,19	3 728 651	9 614	34 385 518
	25 535 852	2346	675	12,57	1 583 550	4 922	27 119 402
	11 568 541	3631,84	208	19,62	755 423	1 765	12 323 964
	2 692 795	221,22	1 487	0,13	328 954	5 702	3 021 749

Les associations de patients

L'annuaire des associations de patients (www.annuaire-aas.com) recense près de 300 associations de patients vouées aux pathologies prises en charge par les endocrinodiabétologues mais, pour nombre d'entre elles, il s'agit d'antennes locales ou départementales de structures nationales ; il est toutefois possible d'extraire les suivantes :

Diabète

Association Française des Diabétiques

Objet : « accompagner, informer, défendre la qualité et l'accès aux soins »

- 107 associations fédérées ; 130 000 membres revendiqués ;
- représentation institutionnelle des diabétiques depuis 1938 (*voir en pages précédentes*) ;
- dispose d'une plate-forme téléphonique : « Allodiabète » (3260), d'une revue bimestrielle (Equilibre), organise des Salons du Diabète, à Paris en province.

Président : M. Gérard Raymond

Siège : 88 rue de la Roquette, 75544 Paris Cédex

Site : www.afd.asso.fr

Aide aux Jeunes Diabétiques

Objet : L'association édite des « cahiers » didactiques destinés aux jeunes sous forme imprimée ou audiovisuelle et un carnet de suivi, di@bcarnet ; elle organise également des sessions d'éducation thérapeutique et des séjours pédagogiques « parents/enfants »

Président : Pr. Jean-Jacques Robert

Siège : 9 Avenue Pierre de Coubertin, 75013 Paris

Site : www.diabete-france.net

Les Maisons du diabète

Les « Maisons du Diabète » ont vu le jour dans les années 80, la première dans le Nord, à l'initiative de la Ligue des Diabétiques de France également fondée avant-guerre par des diabétiques.

■ On compte aujourd'hui 14 maisons en France métropolitaine : à Nice (06), Caen (14), Lucciana (20), Dreux (28), Toulouse (31), Bordeaux (33), Tours (37), Reims (51), Marcq en Barœul (59), Strasbourg (67), Le Mans (72), Hyères (83), Saint-Maur des Fossés (94), Osny (95) ; une autre à La Réunion, une en Belgique et une autre encore au Luxembourg.

■ La mission d'une maison est d'aider les patients à mener une vie normale, en évitant les complications de la maladie. Elle est aussi d'accueillir les associations de diabétiques et de leur donner des moyens logistiques, ainsi que d'informer les professionnels de santé. C'est donc un centre de documentation où les visiteurs peuvent trouver, gratuitement, des livres et des brochures sur la maladie et la nutrition et où ils peuvent bénéficier de prêts de matériel médical. Des séances d'information s'y tiennent et peuvent même être organisées « hors les murs ».

Union des Maisons du diabète

Siège : 124 rue Raymond-Derain, 59700 Marcq-en-Barœul

Site : www.maison-diabete.info

Association Randonnée & Diabète

Objet : Partage et rencontres par le sport

Président : M. Piers

Siège : 20 rue Renard, 94700 Maisons-Alfort

Site : <http://randonneediabete.canalblog.com>

Association OSE

Objet : Vivre et faire partager les mêmes émotions aux diabétiques

Président : Dr Claude Colas

Siège : 107 rue de l'Université, 75007 Paris

Site : <http://ose.asso.fr>

Mouvement Ouverture et Bénévolat

Objet : Documentation écrite et audiovisuelle sur le diabète, en français et en arabe

Président : M. Marc Bonvalot

Siège : 13 Square Gabriel Fauré, 75017 Paris

Thyroïde

Vivre sans thyroïde

Objet : informer les malades et proches, mutualiser les expériences, gestion du forum de discussion animé par des malades

Président : Mme Béate Bartès

Siège : 2 avenue d'Expert, 31490 Léguevin

Site : www.forum-thyroïde.net

Association Française des Malades de la Thyroïde

Objet : réseau d'aide et amitié entre les malades ; soutien à la recherche ; édition d'un journal semestriel

Président : Mme Chantal L'Hoir

Siège : Mairie, BP 1, 82700 Bourret

Site : www.asso-malades-thyroïde.org

Maladies rares

Alliance Maladies Rares

■ Collectif de 200 associations de malades atteints de pathologies rares à l'origine d'un Guide en ligne, en téléchargement sur le site

Objet : Faire connaître et reconnaître les 7000 maladies rares, promouvoir la recherche, aider les associations

Président : Mme Vivianne Viollet

Siège : Plateforme Maladies Rares, 96 rue Didot, 75014 Paris

Site : www.alliance-maladies-rares.org

Association Surrénales

Objet : rompre l'isolement des malades, mieux faire connaître la maladie

Président : Mme Claudine Colin

Siège : 14 rue Anatole France, 76330 Notre-Dame de Gravenchon

Site : www.surrenales.com

Association Française du Diabète Insipide

Membre d'Orphanet, portail des maladies rares et médicaments orphelins

Président : Mme Nathalie Ducasse

Siège : 9 Cité Lesnier, 92140 Clamart

Site : http://asso.orpha.net/AFDI/__PP__0.html

Maladies de la croissance

Association des groupes d'amitié Turner (AGAT)

■ Accompagnement des jeunes filles et familles concernées par le syndrome de Turner

Président : Mme Claire de Montmarin

Siège : 2 rue André Messager, BP 5, 75860 Paris Cédex 18

Site : www.agat-turner.org

Association des personnes de petite taille

Objet : reconnaissance et intégration des personnes de petite taille, défense de leurs droits

Président : Mme Béatrice Roy-Hervouet

Siège : 35 rue d'Alfortville, 94600 Choisy-le-Roi

Site : www.appt.asso.fr

Association des victimes de la maladie de Creutzfeldt-Jacob

Objet : Regrouper et venir en aide aux victimes de toutes les formes de la maladie

Président : M. Daniel Lemaire

Siège : 12 rue de l'Abbé de l'Épée

Association des victimes de l'hormone de croissance

Objet : défense des intérêts des familles des 120 victimes

Président : Mme Jeanne Goerrian

Siège : 13 rue de la Verronière, 42400 Saint-Chamond

Site : www.association-avhc.org/fr/creutzfeldt-jakob.asp

France Nano Sports

Objet : favoriser la pratique sportive par les personnes de petite taille

Siège : 11 place des Halles, 78460 Chevreuse

Site : <http://nanosports.free.fr/>

Association Grandir

Objet : Soutenir les parents d'enfants ayant des problèmes de croissance en difficulté, suivre l'évolution de la recherche et en faire profiter les malades

Président : Mme Béatrice Demaret

Siège : 24 rue Hector G. Fontaine, 92600 Asnières s/Seine

Site : www.grandir.asso.fr

Obésité

Allegro Fortissimo

Objet : lutter contre les discriminations dont sont victimes les personnes de forte corpulence

Président : Mme Viviane Gacquièrre

Siège : Maison des association du XIV^e arrondissement, BP n° 13, 22 rue Deparcieux, 75014 Paris

Site : <http://allegrofortissimo.com>

Action Pour la Prévention du Surpoids et de l'Obésité (A2PSO)

Objet : soutien, en ateliers (marche, sports, groupes de parole, ...) , aux adhérents atteints de troubles du comportement alimentaire ; surtout active dans le Sud-Ouest

Président : M. Yves Duprat

Siège : 8 rue du Béarn, 31270 Cugnaux

Association Autrement, pour un autre regard sur son poids

Objet : aider les patients atteints de troubles du comportement alimentaire

Président : M. Daniel Rigaud

Siège : 9 rue de Metz, 21000 Dijon

Site : www.anorexie-et-boulimie.fr

Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO)

Objet : fédère 23 associations locales, obtenir des tutelles et de l'assurance maladie la reconnaissance de l'obésité au titre des maladies graves

Président : Mme Anne-Sophie Joly

Siège : 38 rue des Blancs manteaux, 75004 Paris

Site : www.cnao.fr