

Introduction



Feuille de route

« *L'avenir ne se prévoit pas, il se construit* ». C'est sur la base de cet aphorisme que s'est élaboré le Livre Blanc de l'endocrino-diabétologie, que vous avez désormais entre les mains. Il procède d'un vaste travail de réflexion prospective qui a mobilisé plusieurs centaines d'entre nous depuis un an, ... et depuis deux ans pour le noyau le plus actif.

L'idée de départ de cet ouvrage revient au SEDMEN, Syndicat national des spécialistes en Endocrinologie, Diabète, Maladies métaboliques Et Nutrition, qui a initié le chantier sous la responsabilité des co-signataires de cette préface. Ils représentent les différents modes d'exercice de la discipline à l'image du syndicat, ce qui constitue, dans le paysage médical, une originalité et une chance que nous entendons cultiver : en période de crise, notre unité est le garant de notre pérennité.

Mais cette entreprise du Livre Blanc a été rejointe – et nous leur en savons gré – par toutes les autres composantes représentatives de la spécialité :

- La SFE (Société Française d'Endocrinologie) et la SFD (Société Francophone du Diabète), les deux sociétés savantes,
- La FENAREDIAM (Fédération Nationale des Associations Régionales d'Endocrinologie, Diabétologie et Métabolisme), l'association des libéraux,
- Le CODEHG (Collège des Diabétologues et Endocrinologues des Hôpitaux Généraux),
- Le CNU (Conseil National des Universités), section Endocrinologie, Diabète, Maladies Métaboliques,
- Le Conseil National Professionnel d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques, dernier né qui fédère déjà les structures représentatives de la spécialité dans la démarche qualité,
- L'AFD (Association Française des Diabétiques), la principale association de patients.

Pourquoi une telle mobilisation ? Sans doute parce que l'objectif ne prêtait guère à polémique, consistant à doter la spécialité d'une boussole commune, sorte de « feuille de route » pour les années à venir. Ce Livre Blanc avait vocation initiale à faire l'inventaire de nos forces et faiblesses, des opportunités et des risques qui caractérisent notre environnement, et à nous permettre d'élaborer une stratégie de moyen terme dans un contexte très évolutif.

Ceux d'entre nous qui terminent leur carrière professionnelle peuvent témoigner que leur exercice a beaucoup évolué depuis l'époque où ils travaillaient à bâtir les fondations de la spécialité. Ceux qui s'appêtent à l'entamer – nous pensons ici aux internes qui nous ont livré leur opinion – savent qu'ils devront se mouvoir dans un contexte statutaire, économique, professionnel assez radicalement différent de celui que leurs aînés ont connu. Car c'est bien « le mouvement » qui caractérise notre horizon partagé : l'épidémiologie évolue, les malades évoluent, nos interlocuteurs évoluent, le métier évolue... comment rester inertes dans un tel paysage ?

Autant dire – et c'est la règle commune dans cet exercice de réflexion prospective auquel se sont précédemment livrées d'autres spécialités – que nous avons voulu nous appuyer sur des expertises externes - celles de Jean-Pol Durand, journaliste et consultant et, successivement, les économistes Claude Le Pen et Roland Cash - qui nous ont confié leur évaluation. L'essentiel des pages qui suivent est donc leur diagnostic sur notre spécialité, sorte de miroir qu'ils nous tendent où nous sommes invités à lire le portrait sans doute imprécis que nous renvoie la société non médicale. Le

résultat est surprenant – il sera sans doute contesté car tel est le lot des évaluations externes – mais l'essentiel est ailleurs. Il est dans les propositions que nous avons discutées ensemble. Elles sont au nombre de huit, évidemment pas « coulées dans le marbre » ni opposables à quiconque, encore largement amendables dans l'action mais conformes au « cahier des charges » que nous nous étions fixé en début de processus : faire entrer de plain-pied la spécialité dans le débat citoyen.

C'est là une ambition qui n'était sans doute pas à notre portée dans un passé récent. Officiellement datée de 1987, notre discipline est finalement assez jeune et toujours en phase de croissance. Elle a les attributs et les défauts de la jeunesse, toujours en quête identitaire, un peu à l'étroit entre la médecine générale officiellement préposée à la totalité du « premier recours » et les spécialités techniques spontanément portées à revendiquer le monopole du « second recours ». Pour autant sa démographie – c'est une découverte à mettre au compte de ce Livre Blanc – est dynamique quand celle de toutes les autres est à la décline. Ce qui n'empêche qu'il nous faudra, pour imposer notre légitimité dans le débat politique, nouer des alliances avec les autres disciplines attelées, comme nous, à la prise en charge des maladies chroniques.

Un autre paradoxe de notre spécialité est qu'elle est méconnue alors même que sa légitimité de compétence est immense, peu perçue du grand public, évidemment, mais également de nos confrères, de nos pairs spécialistes dans la quinzaine de disciplines que nous sommes quotidiennement amenés à côtoyer et qui certes, sollicitent notre expertise, mais parfois tardivement. Comme si la spécialité d'organe ou d'appareil était la seule redevable des lettres de noblesse scientifique. Il faut dire que nous avons collectivement accumulé les obstacles sur le chemin de notre reconnaissance : un intitulé académique tellement exhaustif qu'il en devient confus, un champ d'intervention entré par la mauvaise porte dans l'inconscient collectif (les « glandes » ou les hormones n'ont jamais vraiment eu « bonne presse »). La proposition d'intervention dans le champ médiatique vise à pallier ce déficit d'image, évidemment préjudiciable à la reconnaissance de notre valeur ajoutée.

Est également assimilable à cette entreprise de reconnaissance de notre valeur ajoutée, le fait de l'asseoir sur une authentique démarche qualité, à notre seule initiative comme il sied à une spécialité mature. La qualité est la seule hypothèse recevable aux yeux de l'opinion et de la puissance publique et il nous faut donc y sur-investir, au-delà sans doute du cadre réglementaire régissant le déploiement du DPC (Développement Professionnel Continu, hybridation administrée de la FMC et de l'EPP). Et nous devons nous y impliquer individuellement et collectivement avec la volonté de garder la maîtrise d'ouvrage de nos outils, notamment informatiques. L'indépendance est à ce prix. Nous voulons avancer sur ce terrain en prenant appui sur nos propres forces : les registres, observatoires et autres bases de données doivent être demain les leviers de cette démarche qualité sans laquelle notre compétence ne saurait être démontrée puisque telle est désormais la règle.

Car – et c'est sans doute une autre découverte de cette démarche du Livre Blanc –, il va nous falloir imposer notre présence dans le débat public sur les questions qui nous concernent et qui concernent surtout nos patients. Il existe deux lieux de pouvoirs sur ces sujets : à Paris et dans nos provinces. A Paris où se concentrent les tutelles et où se débattent des sujets aussi capitaux que

Introduction

la tarification des actes et des GHS (Groupes Homogènes de Séjour, tarifant les frais d'hospitalisation), les conditions d'accès au C2, au C3, à la MCE. Mais aussi en régions où s'élabore, en ce moment-même, la « déconcentration » (barbarisme pour signifier qu'il s'agit d'une étape préalable à la vraie « décentralisation ») à l'enseigne de quelques acronymes baroques : PRS, SROS, plans et autres schémas qui – si nous n'y prenons garde – dicteront bientôt et à notre insu les clauses et conditions financières de l'exercice de tous les jours. Nous étions jusqu'à présent habitués au « trou de la Sécu », arrive maintenant le « P4P », dernière invention conventionnelle connue pour nous rétribuer partiellement sur objectifs...

Parce que la spécialité a largement contribué à défricher, en leur temps, ces innovations médico-sociales majeures qui ont noms « réseaux » ou « ETP », la conviction des co-auteurs du Livre Blanc est que nous sommes également armés pour investir les prochaines : elles s'appellent déjà « télé-médecine », délégation/transfert de tâches (ou de compétences, mais nous y préférons par expérience la notion de « communauté de soins »), parcours de soins « revisité », « Disease Management » et accompagnement personnalisé du patient. Nous ne revendiquons, sur tous ces sujets, ni exclusivité ni monopole, mais partenariat sincère à l'image de celui que nous avons noué avec les associations de patients à la faveur de ce Livre Blanc. Et notre ambition nouvelle est très clairement de revendiquer sur tous ces sujets le statut d'acteur engagé, pouvant exciper de quelques expériences validées.

Parce que la manœuvre était obligée, nous nous sommes également attelés à explorer les voies et moyens pour restaurer notre attractivité économique tant en ville qu'à l'hôpital, la première composante se retrouvant dans une situation nettement plus critique puisqu'abonnée au sort peu envié de « lanterne rouge » du peloton des revenus. Dans les deux cas, la situation diffère dans ses conséquences mais trouve une source commune : la scandaleuse sous-tarification de l'expertise clinique. Et singulièrement de cet acte intellectuel de « consultant de proximité » qui fait l'essence, la singularité et – pourquoi ne pas le dire ? – la noblesse de notre métier. Autant en convenir, le combat n'est proche ni de son début... ni de sa fin et occupera sans doute encore la prochaine génération de syndicalistes, en ville et à l'hôpital.

C'est dans, et pour, ce combat-là que nous appelons à une stratégie d'alliance avec les autres composantes sociales et professionnelles avec qui nous partageons précarité actuelle... et intérêts à agir. Notre conviction est que le contexte nous est d'ailleurs favorable : ce sont les mêmes maladies chroniques qui constituent notre quotidien et représentent 80 à 90 % de l'inflation annuelle des dépenses. La crise économique a rendu incontournable une réforme du système des ALD et le diabète servira forcément de modèle applicable à toutes les autres pathologies. Nous avons, sur ce dossier, des idées à faire valoir avec la certitude affichée que cette réforme-là ne se gagnera qu'avec les acteurs et pas contre eux !

La démarche du Livre Blanc nous a également familiarisés avec la politique et l'économie de santé qui impactent tellement notre quotidien sans qu'on n'ait jamais pu envisager une autre posture que la soumission. Le trou de la Sécu, l'inflation administrative, le primat de la technocratie n'étaient pour nous que concepts sans que, jamais, nous n'ayons eu la velléité de nous rebeller. Une autre attitude est sans doute possible, plus pro-active sans rien céder de notre identité médicale. L'analyse médico-économique originale qu'on lira plus loin sur l'évaluation des coûts générés par le seul diabète va du simple au ... quadruple selon la méthode de calcul macro-éco-

nomique retenue. Entre les deux : les coûts des maladies intercurrentes sur lesquels nous sommes démunis mais aussi la facture des complications pour lesquelles notre rôle est incontournable ! Leur évaluation économique reste à explorer. Peut-être notre estimation sera-t-elle qualifiée de rustique par nos interlocuteurs et d'autres économistes de la santé. Mais nous sommes disposés à approfondir le problème avec eux : quel sujet de recherches conjointes plus opportun au moment où l'on fait appel au sens des responsabilités médicales ? Sans doute nous faudra-t-il trouver, à la faveur d'un tel chantier, un langage commun – ou du moins un « médiateur » pouvant utilement servir d'interface entre notre spécialité et les tutelles et financeurs – mais quel challenge !

Enfin une proposition est consacrée aux études et aux jeunes en passe d'intégrer la carrière. Celle-ci est d'autant plus consensuelle qu'elle a reçu l'assentiment des internes qui étaient souvent représentés dans les différentes étapes du « tour de France » et que nous avons voulu associer à la concertation. Cette proximité entre les différents membres de la spécialité est aussi un agréable revers de la modestie de nos effectifs et nous devons ici nous faire les interprètes de toute l'équipe qui a piloté ce Livre Blanc pour dire notre gratitude à ceux qui ont accepté d'y contribuer.

Il y manque quelques chapitres que nous aurions voulu densifier : l'état de la recherche et de son éventuel impact sur les pratiques, le sort fait au médicament et les nouvelles contraintes affectant la prescription, le calendrier de mise en œuvre des modestes avancées conventionnelles pour les libéraux, les facilités qui seront consenties aux regroupements, et notamment les collaborations public/privé ... Mais ces sujets sont très évolutifs et appartiennent autant à la tactique syndicale ordinaire qu'à la réflexion stratégique caractéristique d'un Livre Blanc.

Certaines de nos propositions sont urgentes, d'autres moins ; certaines sont à portée d'une décision rapide, d'autres méritent d'être encore amendées, infléchies ; d'autres encore doivent être négociées ... En un mot, il nous reste la charge de hiérarchiser nos priorités.

Nous avons pourtant la conviction d'être aujourd'hui mieux armés dans cette entreprise qui nous concerne individuellement, dans la construction de notre perspective de carrière, et collectivement, dans la négociation de nos conditions de travail, nationales et loco-régionales.

Vaste chantier auquel nous vous convions avec confiance.
Ne laissons pas l'avenir s'écrire sans nous !

Dr Marie-Hélène Bernard (Lyon)
Présidente d'honneur du SEDMEN

Dr Patrick Bouillot (Nevers)
Président du SEDMEN

Pr Brigitte Delemer (Reims)
Vice-Présidente du SEDMEN

Dr Nathalie Gervaise (Tours)
Secrétaire Générale du SEDMEN