

Partie 3. Propositions



Proposition n°1

■ **Faire exister médiatiquement**

la Spécialité Endocrinologie-Diabète-Maladies Métaboliques

Principe

■ Organiser une manifestation, sous forme d'une « Journée » de sensibilisation/dépistage pour rendre la spécialité plus « lisible » par l'opinion publique.

Objectifs

■ Sensibiliser le grand public à la spécificité, à la diversité et à la valeur ajoutée de l'endocrino-diabétologie sur tout le champ de la prise en charge : de la prévention au soin en passant par l'éducation thérapeutique.

Contexte

■ Cette proposition procède d'un double constat :

1/ l'isolement relatif de la spécialité du fait de sa faible démographie (1 % des effectifs médicaux), de sa jeunesse relative (elle est une des dernières à avoir été officiellement reconnue) et de l'importance de ses « frontières » qui la pousse à travailler en bonne intelligence avec plus d'une quinzaine d'autres spécialités, toutes dotées d'une légitimité scientifique et/ou historique ;

2/ l'endocrino-diabétologie reste une spécialité largement méconnue du grand public... sauf sans doute des patients qui y ont eu recours. Les « endocrinos » ne sont pas spontanément identifiés comme des spécialistes de la nutrition alors que leur formation les désigne à cette mission. Le système hormonal qui les fédère est assez péjorativement connoté auprès du public (glandes, hormones, dopage, ...).

■ Le diagnostic, comme la proposition, ont recueilli un fort degré d'adhésion* au cours des réunions régionales de concertation... après avoir été beaucoup discutés, en particulier la thématique de la « diabésité » (ciblant les jeunes obèses à risque de développer un diabète) suggérée pour servir de support à la première édition de cette « Journée de sensibilisation ». De toute évidence, la prise en charge de l'obésité, et – au-delà – de tout problème de nutrition ne recueille pas un niveau de consensus suffisant... quand il ne s'avère pas « clivant ».

Le consensus se (re)fait en revanche, assez spontanément, sur l'aspect « médiatiquement mobilisateur » du sujet et sur l'opportunité de tester la formule sur ce premier thème, lequel pourra varier au fil des ans. La thyroïde apparaît très vite comme un autre candidat à une campagne didactique auprès du public.

■ Une autre partie de la discussion a porté sur le point de savoir quel type de partenariat devait être noué avec les associations de patients, dont la sensibilité particulière au sujet les désigne au rang d'« alliés naturels ». Eux-mêmes disposent de leurs propres canaux, de leur propre « Journée », et le risque de confusion existe, qu'il conviendra d'explorer avec elles en fonction des intérêts respectifs et communs. Des expériences existent, qui doivent être rétro-évaluées, à l'aune du nouvel objectif : faire

* Cette proposition a été classée en tête à la faveur d'un questionnaire interactif conduit lors de la session « web » de concertation autour du projet Livre Blanc.

connaître l'existence et la spécificité de la spécialité. Ce sera la première mission du groupe de travail qui doit être structuré sur le sujet.

Modalités

- Une Journée annuelle de sensibilisation/information médiatique.
- Un seul thème annuel, éventuellement « tournant », devant intéresser simultanément la santé publique, les médias et la spécialité.
- Une campagne de sensibilisation auprès des journalistes des médias grand public, nationaux et régionaux (télévision, radios et quotidiens régionaux), et des médias santé.

Moyens

- Constituer une « cellule projet ».
- S'attacher les services d'une agence de communication.
- Former 25 communicants/relais en région.
- Concevoir des outils autour du thème retenu.
- Mobiliser les associations de patients concernées.

Proposition N°2

■ Initier ou accompagner une action politique sur le thème des maladies chroniques

Principe

- Sensibiliser la classe politique et les acteurs économiques au coût des maladies chroniques (70 % de la dépense finale versus 30 % pour l'aigu) et de leur impact sur la « soutenabilité » d'un taux de croissance des dépenses de santé supérieur à celui du PIB.
- Mettre en évidence les gains d'efficacité médico-économique liés à une organisation mieux concertée et coordonnée de la prise en charge*.

Objectifs

- Cinq types d'affections, toutes remboursées à 100 %, absorbent 80 % de la croissance annuelle de l'ONDAM : les maladies cardiovasculaires, le diabète, les affections psychiatriques, les affections neuro-dégénératives et les maladies inflammatoires sévères (rhumatismales et digestives). La prise en charge des affections chroniques coûteuses doit concentrer la réflexion des acteurs et faire l'objet d'une réforme à la mesure de l'enjeu économique.

Contexte

- L'émergence du débat sur les maladies chroniques, leur inflation annoncée à périmètre de remboursement constant et la nécessaire réforme de leur prise en charge, est difficile à dater ; il est pourtant appelé à un fort développement à la faveur des scrutins de 2012 et au-delà avec la question du « bouclier sanitaire ».

* A titre d'exemple, une récente étude officielle estimait à 17,5 % le pourcentage de lits hospitaliers de médecine occupés de manière « inadéquate » : 15,2 % en CHU, 16,9 % dans le privé et 17,9 % en public/non-CHU (Source : Panorama des Etablissements de Santé - édition 2011 édité par la DREES).

Propositions

Le diabète constitue un parfait « modèle » pour ce débat, légitimement exposé à des initiatives diverses ou déjà concertées. L'expérience Sophia de Disease Management est ainsi soutenue par l'AFD (Association Française des Diabétiques) mais elle ignore la spécialité d'endocrino-diabétologie, que tout désigne pourtant au rôle d'expert-référent de second recours.

Pour mobiliser toutes les parties, et soumettre des propositions consensuelles à la puissance publique, il convient d'élargir le périmètre politique du problème à l'ensemble des maladies chroniques, d'initier ou d'accompagner toute initiative qui s'en ferait le vecteur utile.

Modalités

- Implication active – initiation ou accompagnement - de la spécialité organisée dans toutes les actions politiques appelant à un investissement organisationnel et financier dans la prise en charge des maladies chroniques.
- Mise en avant des innovations organisationnelles dans lesquelles les endocrino-diabétologues ont joué un rôle de pionniers.

Moyens

- Mobilisation des responsables de la spécialité organisée, notamment à l'occasion de colloques ou de campagnes médiatiques.
- Concertation entre les différentes spécialités pour mettre en place une plate-forme commune de propositions dans ces domaines.

Proposition N°3

■ Structurer la « démarche qualité » de la spécialité sur sa propre base de données

Principe

- Adosser la démarche qualité de la profession au développement de sa propre base de données permettant une évaluation indépendante à partir d'indicateurs choisis.

Objectifs

- Parce qu'il n'est pas de démarche qualité pérenne sans instrument de mesure de la performance, individuelle et collective, et parce que la spécialité organisée d'endocrino-diabétologie entend demeurer « maître d'ouvrage » de cette démarche, elle affirme le besoin de se doter de sa propre base de données, à l'instar de la base ENTRED qui mesure les résultats cliniques en pratique courante (indifféremment, avec ou sans intervention d'un spécialiste).
- Faire évoluer le P4P (Payment For Performance ou paiement sur objectifs de santé publique) à partir de cette base, l'instrument de mesure de la performance étant actuellement largement défaillant.

Contexte

- C'est parce que le cadre réglementaire de la double obligation – liée au DPC (Développement Professionnel Continu) et à la mise à niveau informatique – apparaissait incertain au moment de

« boucler » ce Livre Blanc qu'il est apparu pertinent à ses auteurs de conjuguer les deux approches, au demeurant complémentaires.

■ L'écueil est à la fois économique et technologique :

- Economique, parce que son élaboration relève d'une ingénierie hors de portée d'une spécialité médicale, fut-elle particulièrement motivée.
- Technologique, parce que le parc logiciel équipant la spécialité, tant en ville qu'à l'hôpital, est parfaitement hétérogène et n'évoluera qu'au gré du processus d'interopérabilité avec le DMP. Or, celui-là a pris du retard et, avec lui, le système d'informations partagées requis par l'éthique et l'économie du système de soins.

Modalités

■ Le suivi des pratiques individuelles et collectives d'une spécialité transite par plusieurs instruments (la base de données exhaustive, l'observatoire, le registre) sur des thématiques et des marqueurs définis à cet effet. Dès lors qu'elle est éligible à la rémunération sur objectifs, et qu'ils sont partagés entre signataires de la Convention, les objectifs « conventionnels » deviennent candidats naturels au statut de marqueurs de qualité.

■ Cette base de données a donc vocation à servir à la fois les intérêts scientifiques et économiques de la spécialité et de la santé publique à l'occasion des discussions avec les tutelles et/ou les interlocuteurs de la profession.

Moyens

■ Créer un groupe projet.

■ Etablir des partenariats avec :

- les syndicats médicaux transversaux représentatifs et négociateurs pour le P4P et la CCAM clinique,
- les éditeurs de logiciels,
- l'Assurance Maladie et les assurances complémentaires,
- l'industrie.

Proposition N°4

■ Réunir des États Généraux de la spécialité par région autour d'un Projet Concerté

Principe

■ Réunir, dans chaque région, des représentants de tous les modes d'exercice de la spécialité pour une réflexion prospective et collaborative sur l'amélioration de la prise en charge des patients au niveau des territoires, et particulièrement des plus vulnérables.

Objectifs

■ Rechercher et développer la complémentarité des différents modes d'exercice.

■ Elaborer un « Projet Régional Concerté » pour améliorer l'offre de soins dans la spécialité, la rendre plus efficiente en termes médico-économiques, répondre aux défis de la démographie médicale, sur la base des instruments de planification arrêtés par l'ARS.

Propositions

Contexte

■ Les ressources publiques à disposition des régulateurs étant contraintes par le contexte économique, l'ensemble des acteurs a intérêt à avoir une attitude pro-active et concertée entre toutes les composantes de la discipline.

Qu'on s'en réjouisse ou qu'on s'en afflige, l'échelle régionale est durablement inscrite dans le paysage de l'administration médico-sociale. Même si leurs moyens d'action sont aujourd'hui encore relativement limités, un consensus politique désigne les ARS (Agences Régionales de Santé) à un rôle accru dans les prochaines années.

Ce rôle n'est aujourd'hui qu'émergent : depuis leur installation en avril 2010, les ARS ont consenti un travail de planification qui se traduit par l'existence des « Projets Régionaux de Santé » où la prise en charge des affections chroniques, et notamment du diabète, apparaît pourtant soigneusement balisée.

Modalités

■ Toutes les composantes régionales de la spécialité, associées aux jeunes en formation, ont vocation à intégrer cette réflexion commune en partenariat avec l'ARS, l'Ordre des Médecins, l'URPS-ML (Union Régionale des Professions de Santé-Médecins Libéraux), l'Université...

■ L'endocrino-diabétologie est la seule spécialité à disposer d'une représentation syndicale mixte, commune aux praticiens hospitaliers et aux libéraux, ce qui lui permet de nourrir l'ambition de devenir « force de proposition » au niveau des Agences Régionales de Santé.

Moyens

■ Construire la représentation régionale de la spécialité sur le modèle du Conseil National Professionnel réunissant toutes les composantes de la spécialité.

■ Organiser une session de formation de 2 à 3 cadres/région à l'organisation de la santé.

Proposition n°5

■ ***Doter le Syndicat (ou le Conseil National Professionnel) d'une cellule d'ingénierie de projets***

Principe

■ Doter le Syndicat (ou le CNP) d'une compétence en ingénierie de projets.

■ Mutualiser les ressources humaines existantes, le plus souvent éparées, non coordonnées et soumises à la bonne volonté et/ou au bénévolat.

Objectifs

■ Le mode de contractualisation exposé dans cet ouvrage – et singulièrement aux deux chapitres précédents – laisse augurer une demande croissante en « ingénierie/gestion de projets ». L'expérience démontre assez précisément l'ampleur de la tâche et l'exigence de professionnalisation. Sélectionner quelques prestataires, les former aux thématiques particulières de la spécialité - problèmes, expériences, besoins – pour les agréer.

Contexte

■ Bien que le métier de l'ingénierie de santé soit émergent et peu enseigné* à ce jour, il est pratiqué par une quinzaine de petites entreprises de services actuellement en France.

La montée en charge des ARS et de l'administration déconcentrée de la santé comporte – encore une fois de manière inéluctable et opposable aux acteurs – une part d'administration et de bureaucratie. Pour ne pas se laisser distancer, la spécialité, qui a des projets à faire valoir, n'a pas forcément les compétences ad hoc (à chacun son métier !). Citons : ETP, télémédecine, réseaux/coopérations, plateaux cliniques, maisons de spécialistes, nouveaux modes de rémunération,...

Si l'ingénierie est affaire de techniciens, un authentique « nouveau métier », la maîtrise d'ouvrage politique ne doit pas échapper à la profession. Dans les appels d'offre (qui, demain, réguleront sans doute le processus de prestation de l'ETP) le succès ira au tandem gagnant du promoteur éloquent et du dossier convaincant !

Modalités

■ L'idéal consisterait, pour le Syndicat ou le Conseil National Professionnel, à pouvoir procéder à un recrutement direct mais les ressources de l'un ou de l'autre n'y suffiront pas. La voie privilégiée sera donc celle du partenariat avec des sociétés agréées. Souvent insérées dans le tissu médico-social régional, elles sont d'une incontestable « valeur ajoutée » pour les promoteurs de projets, notamment dans la gestion des relations institutionnelles (ARS, collectivités locorégionales, établissements, unions ou fédérations professionnelles, acteurs de l'assurance complémentaire,...).

Moyens

■ Ces sociétés sont généralement habituées à se financer elles-mêmes sur des fonds fléchés à cet effet par les agences régionales lorsque le « porteur du projet » se montre convaincant...

■ Il appartiendra donc au SEDMEN (ou au CNP) de les rencontrer sur la base de son cahier des charges et de sélectionner les opérateurs qu'il aura « qualifiés ».

* Sinon, à notre connaissance, sous forme de master à l'IUP de Montpellier (axé « produits »), à l'ILIS de Lille (UFR d'Ingénierie et Management de la santé, axé environnement, gestion des risques, industrie) ; on pourrait ajouter l'enseignement, à Besançon, de la coordination dans le domaine de la santé ou la licence professionnelle « management des services de santé » de l'IFIS de Marne-la-Vallée.

Proposition n°6

■ Restaurer l'attractivité de l'exercice libéral de proximité

Principe

■ Organiser l'exercice libéral de proximité et travailler à sa revalorisation pour prévenir sa disparition.

■ Structurer l'accueil des internes dans des « stages de découverte » de la pratique ambulatoire en cabinet de ville.

Objectifs

■ L'analyse fine des résultats du questionnaire conduit auprès des internes atteste qu'il ne faut

Propositions

pas désespérer des vocations libérales... sous conditions d'en modifier profondément les codes. La pratique ambulatoire de demain sera nécessairement « coopérative », soit au sein de cabinets de groupes mono-spécialistes (regroupement « vertical »), soit dans des cabinets multi-spécialistes (regroupement « horizontal »), soit à base de vacations salariées de consultation ou de prestation (ETP, télé-expertise,...). Il convient de préparer cette échéance.

La génération en fin de cursus initial plébiscite la « communauté de soins », et souhaite la pratiquer en pôles ou MSP (Maisons de Santé Pluridisciplinaires) réunissant médecins et paramédicaux. Autre avis unanime, et requête publiquement exprimée dans les réunions ayant prélué à cette publication : conscients de ne connaître, à l'hôpital, qu'un seul versant de l'exercice de la spécialité, les internes aspirent à découvrir la pratique libérale.

Contexte

- L'endocrino-diabétologie est confrontée à un énorme paradoxe démographique :
 - c'est la seule spécialité promise à une croissance prévisible de ses effectifs ;
 - caractérisée par un taux de féminisation inédit (90 % des internes), la relève apparaît pourtant incertaine en ville, la carrière hospitalière concentrant la majorité des intentions d'exercice ;
 - ... exposant ainsi la spécialité à une perspective parfaitement déséquilibrée où le second recours de ville, c'est-à-dire le spécialiste de proximité, serait appelé à disparaître.

« Lanterne rouge » des revenus, toutes spécialités confondues, l'endocrino-diabétologie libérale a besoin d'être financièrement et statutairement revalorisée pour redevenir attractive. La récente convention médicale, avec la perspective d'accéder au paiement sur objectifs de qualité, ou la redéfinition des règles d'application du C2, l'élargissement de l'application de la MCE, lui laissent augurer un début de rétablissement économique. Mais, faute de « CCAM » des actes cliniques, difficile à envisager à un « horizon lisible », il convient de mieux rétribuer les actes cliniques longs qui caractérisent l'activité de la discipline.

Modalités

- Il n'existe pas de « modèle unique », prêt à l'emploi universel pour tout type de territoire de santé. Les réponses susceptibles de convaincre les jeunes à faire le choix de la pratique ambulatoire doivent donc être préparées « sur mesure » par la génération actuellement installée en ville.
- Si le territoire de santé, tel que défini par les ARS (et selon des modalités qui leurs sont propres) est l'échelle obligée de la réflexion, la proposition d'action incombe aux « États Généraux » suggérés dans une autre proposition (n°4).
- Elle suppose d'être élaborée sans préjugé de statut (privé ou mixte), de rémunération (à l'acte, au forfait, à la vacation salariée), de leviers (alliances, coopérations, télémédecine, réseaux...).

Moyens

- Renouer avec une perspective d'exercice dit « libéral » (dénué de toute connotation idéologique professionnelle) est d'autant moins un problème pour les jeunes qu'ils savent pouvoir y trouver leurs avantages (intérêt professionnel, diversité de la patientèle, souplesse d'organisation, ...). Ils doivent pour cela être sécurisés sur deux points :
 - financier, par l'amélioration des conditions économiques d'exercice qui ne doivent plus « pénaliser » les spécialités cliniques ; si le système du paiement à l'acte trouve ici ses limites, il convient de diversifier la rémunération en tenant mieux compte du temps passé.
 - organisationnel, par la garantie d'une réorganisation du parcours de soins, en nouant des alliances locales concernant à la fois l'amont et l'aval de la spécialité.

Proposition N°7

■ **Moderniser l'activité hospitalière par le rééquilibrage volontaire et progressif entre hospitalisation complète et prise en charge en ambulatoire**

Principe

Soutenir deux axes de réforme :

- Faire évoluer le système de tarification (TZA) au bénéfice de la prise en charge « au long cours » des pathologies chroniques.
- Restaurer les conditions de pérennité structurelle et de développement des formules alternatives à l'hospitalisation complète.

Objectifs

Pour renouer avec une dynamique de réforme... constructive, l'endocrino-diabétologie hospitalière a besoin de lisibilité : si le cap est mis sur la prise en charge ambulatoire des patients, les conditions économiques doivent y être adaptées.

L'activité hospitalière d'endocrino-diabétologie doit être replacée dans une réflexion globale tenant compte des contraintes prévisibles :

- Flux attendu de patientèle,
- Positionnement dans la gamme des autres activités du pôle : service dédié et/ou « transversalité » (y compris équipe mobile),
- GCS (Groupement de Coopération Sanitaire) avec le secteur privé.

Contexte

■ La place de l'endocrino-diabétologie en établissement obéit toujours (théoriquement) à une directive de 1999, pourtant rendue obsolète par le système de financement hospitalier à l'activité. Ce texte a néanmoins servi – et souvent à tort – de référentiel à la planification de l'activité à horizon 2016 au sein des SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire) en cours de publication.

Si la pratique hospitalière recueille l'essentiel des suffrages des internes questionnés sur leurs intentions de carrière, la réponse apparaît aussi imputable aux conditions de travail – diversité du recrutement, exercice d'équipe, perspectives de carrière – qu'à la connaissance de la précarité économique de l'exercice libéral.

La pérennité de l'exercice hospitalier est mal assurée dans le contexte de la TZA qui sous-tarifie certaines activités cliniques spécialisées : bilans, prises en charge spécifiques (DT1 notamment) ; dans le même temps, la reconnaissance/promotion de l'activité ambulatoire est pénalisée dès lors que la cotation des actes obéit aux mêmes règles de tarification à l'acte qu'en ville.

Modalités

- Il n'existe pas de solution universelle valable partout et la réponse aux besoins doit être élaborée au niveau de chaque territoire de santé, en tenant compte des besoins des plus démunis, et le plus souvent de manière concertée avec le secteur libéral lui-même soumis à reconfiguration pour redevenir attractif.
- Le risque, à vouloir impérativement doter des postes de PH « non pourvus » d'un titulaire, est

Propositions

de l'attribuer dans des conditions de qualification non établies. Aucune structure d'Endocrino-Diabétologie, sous la responsabilité d'un médecin non qualifié dans la spécialité, ne devrait plus être autorisée.

Moyens

- Parce qu'elle est, par nature, appelée à collaborer avec toutes les autres activités de l'établissement, le mode d'organisation de l'endocrino-diabétologie est intrinsèquement « transversal » mais cette spécificité doit être également reconnue, valorisée par le management qui apparaît aujourd'hui surtout mobilisé par les contraintes comptables. Cela passe par une revalorisation de la rémunération de certaines activités (consultations longues, ETP, bilans complexes, hôpital de jour) ce qui relève d'arbitrages nationaux et locaux.
- La pratique hospitalière doit être modernisée dans le sens de la diminution des hospitalisations de plusieurs jours, mais en respectant les populations fragiles, et par l'encouragement des pratiques ambulatoires dont la tarification actuelle, alignée sur la tarification de la ville sans les avantages connexes (MCE, P4P...), est peu rentable pour l'hôpital. Le système des forfaits, consentis à des activités identifiées/protocoles (cas de la mise à l'insuline), devrait être utilement exploré.

Proposition N°8

■ Réorganiser la formation initiale de la spécialité

Principe

Moderniser la formation des jeunes spécialistes pour l'adapter aux pratiques qui les attendent et aux enjeux médicaux, économiques et sociaux de demain.

Objectifs

Ils sont au nombre de six :

- Tenir compte de la maquette européenne,
- Intégrer une formation complète en nutrition,
- Intégrer une formation en ETP (notamment le « module 40 heures » exigé pour répondre aux appels d'offre officiels),
- Intégrer un stage de découverte de l'exercice ambulatoire/libéral,
- Intégrer une formation médico-économique, une autre sur l'organisation institutionnelle et sur les différentes modalités d'exercice,
- Doter la spécialité de repères et référentiels opposables pour les demandes de qualification (diplômes étrangers en particulier).

Contexte

Deux éléments donnent à penser qu'une prochaine réforme des études médicales sera rapidement programmée :

- La révision du post-internat, rendue peu ou prou incontournable par la croissance du numérus clausus, et qui a d'ailleurs été annoncée en 2011 par le gouvernement sans que la suite donnée en soit encore connue ;

- Le contexte européen qui privilégie une formation « longue » (6 ans) dans les spécialités médicales.
- Le pronostic d'une révision de la durée du DES apparaît donc réaliste. Il convient d'en tirer profit au bénéfice de la qualité d'autant que les internes sont quasi-unanimes à dire leur détermination à poursuivre leur internat par un clinicat ou un DESC.

Cette réforme devrait être également l'occasion de donner à la spécialité un intitulé plus sobre que l'actuel, au risque de manquer d'exhaustivité. Les termes d'endocrinologie, d'endocrino-diabétologie sont candidats.

Modalités

■ Il n'appartient pas à une entreprise du type de ce Livre Blanc de statuer pour autrui et notamment pour le compte des institutions ayant charge légitime de piloter, ou co-piloter, la réforme, tutelles et corps universitaire notamment. Mais il lui appartient de formuler les suggestions débattues à la faveur de la concertation.

■ Le principe du stage de « découverte de l'exercice libéral » fait ainsi consensus sans que la durée ou les modalités précises aient pu être définies, l'hypothèse la plus communément admise privilégiant un stage en plusieurs séquences sur un site « agréé » (établissement, cabinet de groupe). La formation en nutrition a été fortement débattue, comme d'une manière générale tous les sujets afférents à cette pratique. L'hypothèse de créer un statut de « maître de stage », à l'instar de ce qui se pratique en médecine générale, n'a pas été discutée mais apparaît recevable.

De même se dessinait une tendance assez structurée pour militer en faveur d'un renforcement des semestres indifférenciés en début d'internat pour acquérir une vraie culture médicale.

Moyens

■ Si le principe de la réforme a bien été acté entre gouvernement, Doyens et organisations d'étudiants, il est difficile de mésestimer sa composante économique et singulièrement le budget consacré à la rétribution des internes. Toutefois, si le post-internat restructuré entre dans le cursus normal d'un DES allongé, il était sans doute dans l'intention du gouvernement de discuter d'une réforme à enveloppe constante.