

SEDMEN

Syndicat National des Spécialistes en Endocrinologie, Diabète, Maladies Métaboliques et Nutrition
www.sedmen.org

Schiltigheim, le 29/10/2020

Conseil d'Administration

Président

Dr. F. MOREAU

Secrétaire Générale

Dr. E. VINCENT-TASSIN

Trésorière

Dr. J. M'BEMBA

Vice-Présidentes

Pr. B. DELEMER

Dr. M. ROCHEZ-FRAIBERG

Secrétaire Adjointe

Dr. C. CHABROLLE

Trésorier Adjointe

Dr. H. MONPEYSSEN

Membres du Conseil

Dr. A. CARREAU

Dr. J. EL FARKH

Dr. N. GERVAISE

Pr. V. KERLAN

Dr. A. NAVARRANNE-ROUMEC

Dr. I. RAYNAUD

Dr. S. PICARD

Dr. D. SANDRE-BANON

Dr. C. SEMON

Anciens Présidents du SEDMEN

Présidents d'honneur du SEDMEN

Dr. G. CHABRIER

Dr. JC VIEIRA

Dr. MH BERNARD

Dr. P. BOUILLOT

Représentant SFD

Représentant SFE

Représentant FENAREDIAM

Dr. M. ROCHEZ-FRAIBERG

Représentant CODEHG

Dr. D. GOUET

Représentant CNPEDMM

Dr. P. SERUSCLAT

Chers confrères

Comme vous le savez, notre spécialité clinique reste en bas de l'échelle des rémunérations.

En 2018, selon les chiffres de l'UNASA (Union Nationale des Associations Agréées), les endocrinologues libéraux occupaient la dernière place en termes de BNC moyen annuel avec une moyenne de 52 673 euros, déjà loin derrière des moyennes de plus de 60 000 ou proches de 70 000 euros pour les psychiatres et pédiatres libéraux, autres spécialités cliniques comme la nôtre.

En mai 2018, Nicolas REVEL, alors directeur général de la CNAM, écrivait au SEDMEN en indiquant « A cet égard un ensemble de mesures conventionnelles a permis de revaloriser significativement la profession des endocrinologues, lors de la négociation de la convention 2016. L'ensemble des rémunérations issues de la convention 2016 des endocrinologues va être bientôt connu et je vous communiquerai les chiffres correspondants dès qu'ils seront disponibles. » Nous attendons toujours cette communication dédiée.

Certes, toujours selon l'UNASA, les revenus des endocrinologues libéraux ont progressé de + 2.4% entre 2017 et 2018, contre des augmentations bien plus fortes de plus de 4% pour d'autres spécialités, essentiellement techniques.

Selon les chiffres de la CARMF, le BNC moyen des 285 endocrinologues exerçant en secteur 1 est le seul de toutes les spécialités (51 gériatres libéraux mis à part) à être sous le seuil des 50 000 euros avec ainsi un revenu moyen de 4108 euros par mois alors que la moyenne de l'ensemble des médecins en secteur 1 est de 7164 euros.

Si certaines de pathologies dont nous sommes les praticiens de second recours, et pour la première desquelles le diabète de type 2, avec plus de 15 milliards de dépenses de santé annuels directes et indirectes en France chaque année, on ne pourra au moins pas dire que le coût de soins liés à celles-ci soit plombé par les actes de consultations de notre spécialité, dont un nouvel avenant à la Convention est en négociation.

Cette faible rémunération persiste alors que nos consultations sont de plus en plus complexes et donc de plus en plus longues.

Le développement de la mesure continue du glucose, progrès majeur en termes d'auto-surveillance quotidienne pour le patient et d'aide à l'équilibration et à la stabilisation des personnes diabétiques sous insuline multi injections ou pompe à insuline, amène à recueillir et traiter de nombreuses données dont le temps d'analyse demande temps et expertise, qui doivent être reconnus. Il en est exactement de même pour les pompes à insuline couplées à la mesure du glucose.

Le diabète de type 2 survient en grande majorité sur un terrain d'obésité, et la gestion du diabète en regard d'une prise en charge conjointe de l'obésité, d'autant plus quand elle est sévère ou morbide, est complexe et chronophage, archétype d'une activité d'éducation thérapeutique non reconnue en consultation seule dans le monde libéral.

Les personnes précaires socialement et fragiles psychologiquement ou atteints de maladies psychiatriques sont plus à risque de développer un diabète de type 2 et d'en avoir les complications. De même, le diabète de type 2 touche de plus en plus de personnes très âgées s'associant à des personnes en perte d'autonomie ou souffrant de troubles cognitifs. Et pourtant, ces personnes doivent être correctement pris en charge et nos avis de second recours montrent la complexité de celle-ci avec souvent des insulinothérapies nécessaires sur ces terrains fragiles. Là encore notre expertise doit pouvoir être reconnue et le temps incompressible que nous dédions à ces personnes, correctement rémunéré.

Enfin, il persiste pour notre spécialité, une aberration de ne pouvoir coter en une seule séance consultation et échographie thyroïdienne, sous prétexte de l'Assurance Maladie de ne pouvoir associer acte clinique et acte technique. Mais pourtant, comme pour l'échographie cardiaque ou l'échographie gynécologique ou obstétricale, l'expertise clinique du spécialiste de la thyroïde qu'est l'endocrinologue permet en un temps une décision thérapeutique voire une étude cytologique secondaire. Ainsi, la possibilité, pourtant évidente et de bon sens, d'un acte combiné clinique et échographique thyroïdien, n'a pour notre spécialité que trop attendue et doit être permise.

Ainsi, nous demandons

- une revalorisation de la MCE à 20 euros

- l'extension de la MCE à toute consultation pour

- suivi de diabète sous au moins 3 injection d'insuline ou pompe à insuline avec mesure continue du glucose
- prise en charge femme diabétique enceinte, en remplacement de la MCG cotable que 4 fois
- suivi de patient diabétique en ALD conjointe pour troubles psychiatriques
- suivi de patient diabétique en ALD pour troubles cognitifs
- suivi de patient diabétique en ALD chez sujet transplanté
- plaie du pied diabétique
- diabétique et obèse sévère
- orbitopathie basedowienne
- troubles de l'identité sexuelle
- TCA / obésité

- la possibilité de pouvoir coter en une même séance consultation et échographie thyroïdienne

- réduction des coûts globaux parallèle à l'amélioration des soins
- garantie d'une qualité intrinsèque des soins par le volume d'activité
- réduction du nombre de déplacements (donc du risque de contamination COVID et des bons de transport)
- réduction des délais d'attente du fait de ne pas être obligé de revenir 2-3 fois

Concernant la télémédecine, **la téléexpertise doit être revue dans ses règles de réalisation**. Le cadre actuel est trop rigide et ne permet pas la plasticité et la réactivité de l'échange téléphonique traditionnel et pratiqué de longue date, sans reconnaissance numéraire... Il faut que la demande puisse être adaptée à ce qu'attend le praticien de second recours, soit par la mise en place de formulaire dédié contenant les éléments clés attendus, en quelques items et imaginer ensuite une possibilité d'un échange téléphonique bref inter-praticien, reconnu financièrement et pour cela, pour rassurer l'Assurance Maladie de sa réalité...celle-ci ne sachant souvent que douter envers nous praticiens.... Ainsi cet échange pourrait se faire sur des plate formes numériques sécurisées enregistrées mais non d'emblée accessible à l'Assurance Maladie. Une telle téléexpertise ne pourrait être alors que de niveau « 2 » et valorisée à juste valeur et nous demandons une revalorisation à 30 euros soit l'équivalent de 3/5 d'APC pour le médecin de 2^e recours requis et de 15 euros soit 3/5 d'une CS. Cette juste valorisation permettra de lutter contre l'inertie diagnostique et thérapeutique et les surcouts de la morbidité qui en découle.

Pour l'entrée d'ETAPES dans le soin courant, pour la diabétologie, les critères d'HbA1C seuls ne sont plus du tout adaptés pour le diabète de type 1 et le diabète de type 2 sous multi-insulinothérapie complexe et doivent inclure le critère de variabilité glycémique ou d'instabilité hypo ou hyperglycémique facilement objectivable par la mesure continue du glucose en temps réel. Les critères actuels qui ne sont pas le reflet de la diabétologie de 2020 et aussi là encore la trop faible rémunération au forfait du praticien explique le peu d'inclusion. Nous demandons une revalorisation de 30% du forfait médecin praticien incluant. Pourquoi d'après vous, tant de sociétés développent en diabète des plateformes de télémédecine, peut-être parce que le forfait technique prestataire est sans doute bien plus attractif que le minime forfait médecin. De plus les entrées des patients en télémédecine et les accords ARS doivent se faire de façon rapide, dématérialisée bien évidemment. Là encore, cela montre que les cadres de remboursement et de mise en place ne sont pas en phase avec la pratique quotidienne du cabinet de médecine libéral.

Nous rappelons aux pouvoirs publics :

- **que nous sommes des praticiens experts de la prise en charge des pathologies chroniques comme le diabète**, bien en amont des hospitalisations et des complications qui grèvent tant le budget de l'Assurance Maladie ;
- **que notre prise en charge est complexe et chronophage** mais injustement sous-estimée et donc faiblement rémunérée ;
- **que notre expertise clinique doit être urgemment reconnue et valorisée** à la hauteur d'une spécialité technique.

Dr François MOREAU président du SEDMEN