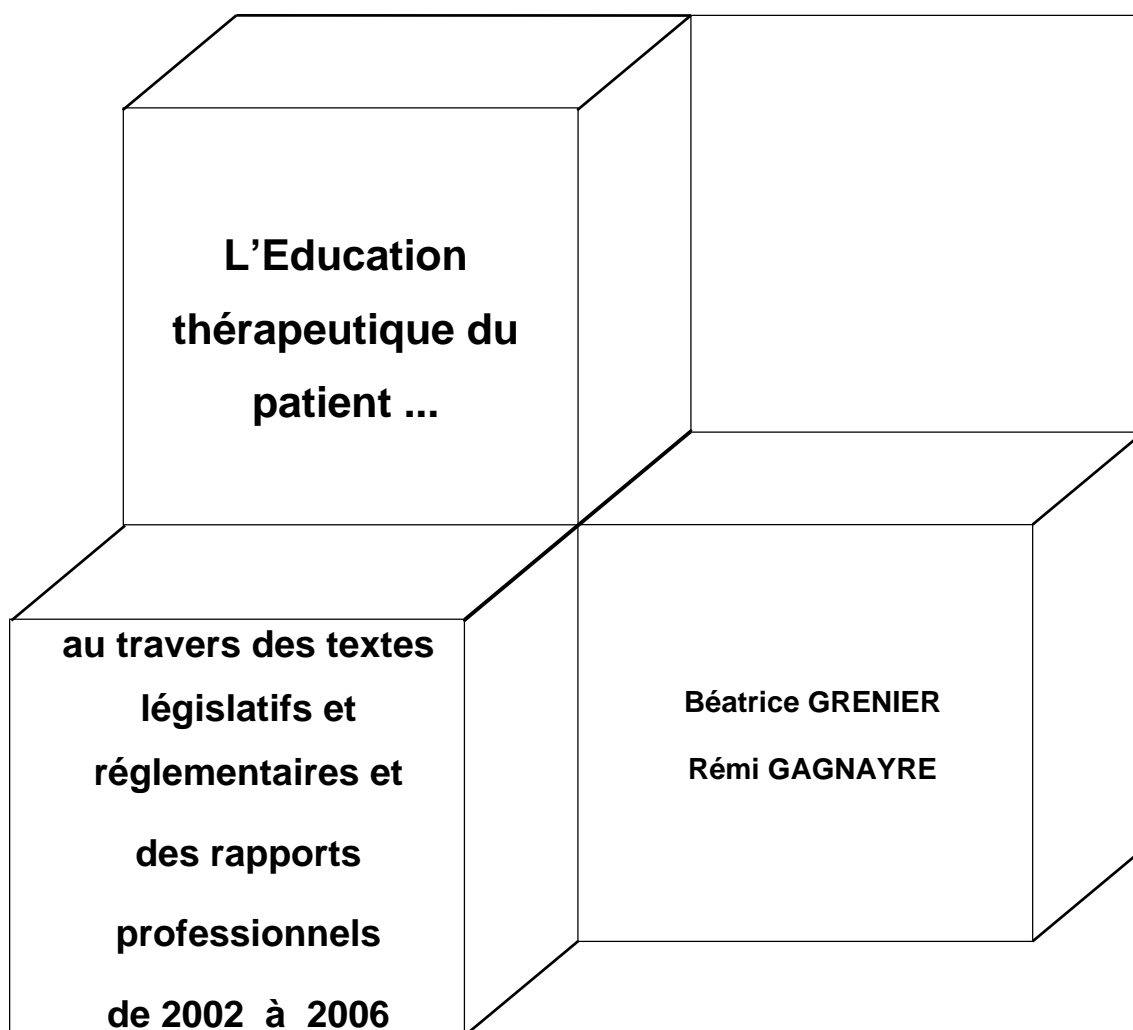




laboratoire de Pédagogie de la Santé :  
Education et Observance EA 3412



2006©

## Introduction

Alors que de nombreuses études scientifiques ont montré depuis plusieurs années, l'importance d'intégrer l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des patients atteints de maladie chronique, ce n'est qu'en 2001 que la direction générale de la santé (DGS) apporte sous forme d'un rapport, une réflexion portant sur cette activité. La mission qui avait été confiée préalablement à un groupe de travail était de formuler des propositions et des recommandations pour le développement de l'éducation thérapeutique en France.

En Mars 2003, une première synthèse des principaux textes de référence qui ont participé au développement de l'activité d'éducation thérapeutique en France durant les années 1998 à 2002 a été publiée par le département de pédagogie des sciences de la santé de Bobigny (DPSS). Le rapport de 1998 du groupe OMS-Europe est apparu comme le texte initiateur et fondamental pour l'orientation de l'éducation thérapeutique en France au moment où le haut comité de santé publique soulignait les problèmes majeurs liés à l'importance des maladies chroniques et à leur poids économique dans un contexte de baisse de la démographie médicale et faisait le constat d'une surmortalité et d'inégalités de santé dans la population. Dans la continuité du rapport européen auquel était associé le centre collaborateur de Bobigny, des travaux de recherche ont permis de préciser ultérieurement, au niveau conceptuel et méthodologique, quelles étaient les exigences qualitatives pour les démarches éducatives mises en œuvre tant au plan des programmes mis en place, qu'au plan des formations psychopédagogiques des soignants ou encore des compétences attendues chez les patients.

Les principaux textes recensés à l'issue des deux premiers rapports fondateurs de 1998 et 2001, ont concerné des recommandations par l'ANAES pour la prise en charge du patient asthmatique, la mise en place d'un plan national d'éducation pour la santé et de sa déclinaison en schémas régionaux (SREPS), l'élaboration d'une typologie descriptive de l'activité d'éducation thérapeutique par les pôles de nomenclature de la CNAMTS et PERNNS, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les appels à projets et aides au financement de mesures de santé publique et d'organisation des soins et enfin le rapport Berland sur la démographie des professions de santé.

## Méthode et limites

Le document actuel se situe dans la continuité de ce premier bilan. Il cherche à présenter de manière chronologique depuis 2002 jusqu'à 2006, à travers une revue de la littérature, les principaux textes de référence qui ont contribué aux diverses orientations en faveur du développement de l'éducation thérapeutique en France. Comme précédemment, il tente de mettre en exergue les aspects qui ont participé à l'essor de cette activité, à partir des principes fondateurs et des valeurs de l'éducation thérapeutique que sont l'autonomie solidaire, l'éducabilité et intelligibilité, la qualité de vie et la décision partagée, la coopération pluriprofessionnelle et compétences du patient, l'efficacité des traitements et de la relation thérapeutique. Par ailleurs, en raison de la position particulière de l'éducation thérapeutique située à l'intersection des systèmes de la prévention, des soins et de la santé publique, il est apparu nécessaire de compléter l'approche chronologique par un éclairage transversal et

systémique appréhendant l'évolution de ces trois domaines où de nombreuses réformes sont intervenues ces dernières années.

Ce deuxième recueil s'est donc attaché à présenter différents textes élaborés d'une part, par les organismes de tutelle (Etat, Assurance maladie) et d'autre part, par des sociétés savantes, organismes scientifiques ou experts médicaux. La sélection de ces textes a été effectuée en fonction de la relation identifiée avec les mesures adoptées ou préconisées en faveur de l'amélioration du système de soins et en particulier de la prise en charge des malades porteurs d'affections chroniques. Seuls les textes portant sur des aspects stratégiques, fondamentaux et/ou conceptuels susceptibles d'influencer le développement de l'activité d'éducation thérapeutique, ont été retenus.

Il convient de souligner néanmoins, qu'à côté de cette sélection volontairement restrictive, il apparaît important de faire état de l'essor de nombreux projets ou démarches d'éducation du patient qui se sont multipliées depuis la reconnaissance en 2002 de l'éducation thérapeutique par les organismes de tutelles. En effet, qu'elles concernent les programmes mis en place, les outils pédagogiques, les méthodes ou techniques utilisées, les diverses communications contribuent par elles-mêmes, au développement de l'éducation thérapeutique en apportant des témoignages et expériences sur les diverses déclinaisons opérationnelles intéressant tantôt certaines pathologies, territoires de santé, coopération professionnelle, ou encore des associations de patients. Cette littérature de plus en plus abondante, à laquelle nous invitons le lecteur à se référer, vient par elle-même, nourrir et enrichir en permanence les approches conceptuelles et les recommandations des experts. Parallèlement à l'impact de ces publications, il convient de citer également le développement de nouvelles organisations dédiées à la prise en charge des malades chroniques telles que les réseaux de santé, maisons du souffle ou du diabète, écoles de l'asthme, associations, etc. ainsi que la multiplication des cursus de formation professionnelle qualifiante (certificats, DU, master..) ou non qualifiante (modules, séminaires). Celles-ci permettent de promouvoir au plan qualitatif le développement de l'éducation thérapeutique par la professionnalisation des compétences attendues chez les professionnels de santé, tant dans le secteur hospitalier qu'ambulatoire.

## Présentation

Le rapport actuel se présente sous forme de deux grands chapitres précédés d'un tableau général. Ce tableau récapitulatif a pour objectif de permettre, par une première vision synthétique et chronologique des textes, d'appréhender longitudinalement dans le temps et selon la source, les diverses orientations qui ont pu influencer sur le développement de l'éducation thérapeutique en France.

Secondairement, chaque partie présente successivement et de manière plus détaillée, les différents textes de référence qui ont été identifiés en fonction des critères de sélection mentionnés. La première partie est consacrée aux textes réglementaires émanant des organismes de tutelle : Etat, Assurance maladie. La seconde partie présente des publications réalisées par des experts ou sociétés savantes, à l'exclusion des référentiels portant directement sur l'activité de l'éducation thérapeutique auxquels le lecteur pourra avoir accès sur les sites spécialisés.

## Tableau récapitulatif des principaux textes de référence classés par ordre chronologique et selon leur source

N°	Dates	Organismes de tutelle	Experts médicaux Sociétés savantes	Nature des textes de référence
1	Janvier 2002	Etat DGS		Circulaire DGS relative à la mise en œuvre du Programme National Nutrition Santé (PNNS)
2	Février 2002	Etat Ministère de la santé		Programme national de réduction des risques cardiovasculaires 2002-2005
3	2002	Etat Ministère de la santé		Programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2, 2002-2005
4	Décembre 2002	Etat DHOS CNAMTS		Circulaire DHOS/ CNAMTS relative aux réseaux de santé
5	2003		INSERM et Université	Site EsPer pour la prévention et le dépistage des risques en santé
6	Mars 2003		ANAES	Complément au manuel d'accréditation des établissements de santé. Hospitalisation à domicile
7	Juin 2003		ADELFI ALFEDIAM	Education diététique du diabétique de type 2
8	Juillet 2003		ANAES	Information et éducation du patient hypertendu non diabétique ( <i>version expérimentale</i> )
9	Octobre 2003	Etat Ministère		Rapport du Pr. Berland sur la coopération des professions de santé
10	Novembre 2003		ANAES	Manuel d'accréditation des établissements de santé – Deuxième procédure ( <i>version expérimentale</i> )
11	Décembre 2003		INSERM	Rapport d'étape COMPAQH : « Lutter contre les troubles nutritionnels »
12	Décembre 2003		CREDES	Evaluation des rappels informatiques dans l'instauration et le suivi de l'éducation diététique de patients diabétiques de type 2

13	Février 2004		FNLCC	Comprendre la chimiothérapie. Guide d'information et de dialogue à l'usage des personnes malades et de leurs proches
14	Mars 2004	Etat DHOS		Circulaire DHOS relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS 3)
15	Avril 2004		ANAES	Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Bases méthodologiques
16	Mai 2004		ANAES	« Mieux vivre avec votre asthme. L'éducation thérapeutique pour bien gérer votre asthme au quotidien »
17	Juin 2004		SFMG	Recherche en médecine générale : Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale
18	Juin 2004	Etat		Loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
19	Juillet 2004		ANAES	Réseau de santé. Guide d'évaluation
20	Août 2004	Etat		Loi relative à la politique de santé publique (LOSP)
21	Août 2004	Etat		Loi relative à l'Assurance maladie
22	Septembre 2004		ANAES AFSSAPS	Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents
23	Septembre 2004		ANAES	Manuel d'accréditation des établissements de santé. Version 2
24	Septembre 2004		ANAES	Céphalées chroniques quotidiennes : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge
25	Octobre 2004	Etat DHOS/DGS		Circulaire relative à l'élaboration du SROS de l'enfant et de l'adolescent
26	Octobre 2004	Etat		Décret créant la haute autorité de Santé (HAS)

27	Décembre 2004	Etat DGS		Actes du séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques
28	Décembre 2004	Etat		Arrêté relatif à la coopération entre les professionnels de santé
29	Janvier 2005		INPES	Thésaurus en éducation pour la santé
30	Janvier 2005		DREES	La prise en charge et les conditions de vie des patients atteints d'hépatite C chronique
31	Février 2005	Etat		loi pour l'égalité des droits et des chances, participation et la citoyenneté des personnes handicapées
32	Mars 2005		HAS	Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé
33	Avril 2005	Etat Ministère		Arrêté du 12 avril 2005 fixant la liste des missions d'intérêt général ... ...(dotation MIGAC)
34	Avril 2005	Etat Ministère		Décret relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
35	Juin 2005		Etats généraux	Livre blanc de la douleur. Quinze propositions d'amélioration
36	Juillet 2005		HAS	Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle - Actualisation 2005
37	Juillet 2005		HAS	Rapport d'élaboration de référentiel EPP. Education thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille en pédiatrie
38	Juillet 2005	Etat Ministère		Dossier de presse concernant le bilan du programme diabète 2002-2005
39	Septembre 2005		HAS	Prise en charge de la drépanocytose chez l'enfant et l'adolescent

40	Septembre 2005		INVS	Résultats de l'Etude ENTRED Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques 2002 – 2005
41	Septembre 2005	Etat		Décret du 26 septembre 2005 portant sur la création des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP)
42	Novembre 2005	Etat Ministère		Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie obstructive (BPCO) 2005- 2010
43	Décembre 2005		INSERM COMPAQH	Elaboration de critères de qualité concernant la prise en charge des troubles nutritionnels au sein d'un établissement de santé
44	Décembre 2005	Assurance Maladie <i>URCAM de Franche Comté</i>		Unités transversales d'éducation thérapeutique du patient atteint de maladies chroniques. Recommandations d'organisation et cahier des charges
45	Décembre 2005	Etat		Loi pour le financement de la sécurité sociale (LFSS)
46	Janvier 2006	Assurance maladie		Parcours de soins coordonné autour du médecin traitant, modification du protocole ALD : mise en vigueur du nouveau dispositif
47	Janvier 2006		SPLF	Rapport d'activité du groupe de travail d'éducation thérapeutique de la société de pneumologie de langue française
48	Février 2006		Pr. S. Hercberg Université, INSERM	Rapport sur les éléments de bilan du PNNS et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS 2
49	Mars 2006	Assurance maladie		Arrêté portant approbation de l'avenant n°12 à la convention médicale
50	Mars 2006		Pr. J. Ménard Université Paris V	Rapport sur la consultation périodique de prévention ( <i>rapport 2005 diffusé en 2006</i> )
51	Avril 2006		Pr. Duroux et Coll	Mieux vivre avec l'asthme Editions Odile Jacob

52	Mai 2006		HAS	Liste des actes et prestations nécessaires au suivi et au traitement du diabète
53	Mai 2006		HAS	Liste des actes et prestations nécessaires au suivi et au traitement de l'hépatite C
54	Mai 2006	Etat		Plans Régionaux de Santé Publique Le PRSP d'Ile de France
55	Juin 2006		CNGPO	Livre blanc officine 2010 : « Réflexions et propositions sur missions du pharmacien de demain
56	Juin 2006		Pr. Y. Berland Dr Y. Bourgueil	Rapport « cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé »
57	Juin 2006	Etat DGS		Rapport sur l'évaluation des écoles de l'asthme en France
58	Juin 2006	Etat Ministère		Plan National Solidarité - Grand âge
59	Juillet 2006	Assurance maladie		Rapport sur la prévention du risque médicamenteux évitable
60	2006 - 2007 (en cours)	Assurance maladie		Classification commune des actes médicaux cliniques (« CCAM clinique »)

**Mots clés** : système de soins, maladies chroniques, thérapeutique, prévention, information, éducation, autonomie, qualité de vie, pratiques professionnelles, coordination, formation, coopération professionnelle, compétences

**Abréviations utilisées dans le document** (cf. glossaire page 46)

## Première partie : les textes des organismes de tutelles

Cette première partie présente par ordre chronologique, les principaux textes issus des organismes de tutelles que sont d'une part, l'Etat, ses ministères et directions (direction de l'hospitalisation (DHOS), direction générale de la santé (DGS) et d'autre part, l'Assurance maladie (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM)).

Ces textes élaborés dans le cadre des réformes ou des nouveaux dispositifs portant sur l'amélioration du système de santé, susceptibles d'influer sur le développement de l'éducation thérapeutique, peuvent se regrouper en quatre axes que sont les réformes législatives, les plans stratégiques nationaux, les mesures en faveur de l'évolution des pratiques professionnelles et enfin la régulation médicoéconomique. Les différents thèmes relatifs à ces quatre axes sont indiqués schématiquement ci-dessous. Chacun des textes, précédé de son chiffre de référence [ ] figurant au tableau général, est ensuite présenté selon l'ordre de parution.

- Les réformes législatives
  - l'Autonomie des personnes âgées,
  - la Santé publique
  - l'Assurance maladie
  - les Personnes handicapées
- Les plans et schémas stratégiques en réponse aux besoins de santé de la population
  - Plans nationaux (PNNS 1 et 2, cardiovasculaires, diabète, qualité de vie des maladies chroniques, BPCO, plan Solidarité- grand âge)
  - SROS 3 et les annexes opposables (qualité d'une offre polyvalente sanitaire et sociale dans chaque territoire de santé)
  - Plans régionaux de santé publique (PRSP)
- Les mesures et dispositifs en faveur de l'évolution des pratiques professionnelles
  - Développement des réseaux de santé
  - Evaluation des écoles de l'asthme
  - Expérimentations de coopération professionnelle
  - Création de la Haute Autorité de Santé (HAS)
  - Création d'un financement spécifique pour les missions d'intérêt général (MIGAC), en parallèle à la mise en place de la T2A dans les hôpitaux
- Les moyens de régulation médicoéconomique
  - Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS)
  - Parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant, protocole ALD
  - Convention médicale (contractualisation avec les professionnels libéraux)
  - Prévention du risque évitable (Assurance maladie)
  - Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM): mise en place du volet technique et élaboration du volet clinique

### **[1] Circulaire DGS du 9 janvier 2002 relative à la mise en œuvre du Programme National Nutrition Santé (PNNS)**

Cette circulaire porte sur les directives relatives à la mise en œuvre du Programme National Nutrition Santé (PNNS) lancé le 31 janvier 2001. Elle concerne les différents aspects de sa mise en œuvre : organisation et pilotage, mise en place de structures régionales, mise en œuvre et instauration d'un système de suivi. Elle rappelle que le PNNS a fixé des objectifs

prioritaires ainsi que des objectifs particuliers relatifs à des populations spécifiques afin d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un des déterminants majeurs qu'est la nutrition.

L'une des fiches techniques qui accompagnent la circulaire concerne spécifiquement les actions au niveau des établissements de santé. Il s'agit de :

- la mise en place de réseaux ville-hôpital centrés sur la prévention
- le traitement de l'obésité de l'enfant, avec expérimentation de différentes modalités d'organisation et de prise en charge financière
- le dépistage de la dénutrition, le soutien nutritionnel

Ces actions se situent dans le cadre d'une volonté affirmée depuis 2001 de développer une politique nutritionnelle dans les établissements de santé. Ce développement a été marqué par la création en mars 2002 par Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, d'un comité national de l'alimentation et de la nutrition des établissements. Les missions de ce comité portent sur l'élaboration de référentiels professionnels, de recommandations sur le contenu pédagogique des formations continues destinées aux professionnels.

Le soutien de ces actions est réaffirmé en 2003 par Jean François Mattéi qui souligne l'importance de développer une activité clinique portant sur la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés comprenant recherche clinique et « éducation thérapeutique » au sein de certains établissements. Il revient sur l'importance de la prise en charge de l'obésité de l'enfant, en terme de santé publique, en préconisant la mise en place des expérimentations citées dans le rapport de mission du Pr. Ricour en 2001.

## **[2] Programme national 2002-2005 de réduction des risques cardiovasculaires, Février 2002**

En 2002, en raison de l'importance des maladies cardiovasculaires qui représentent la première cause de mortalité en France, Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, lance un programme national articulé autour de six objectifs qui sont :

- Affiner le suivi épidémiologique des facteurs de risques et des pathologies cardiovasculaires
- Promouvoir la prévention cardiovasculaire en agissant sur les facteurs de risque
- Encourager les patients à être acteurs de leur santé, notamment en facilitant l'accès à l'éducation thérapeutique
- Apprendre à porter secours
- Améliorer l'organisation des soins et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux
- Inciter au respect des bonnes pratiques cliniques et thérapeutiques

***L'éducation thérapeutique fait l'objet d'un chapitre spécifique*** dont les points portent sur quatre aspects :

- Son enjeu par rapport au défaut d'observance dans les traitements au long cours. (*« Il apparaît donc nécessaire que les soignants s'impliquent davantage dans l'éducation des patients afin d'obtenir une amélioration tangible des résultats de leur prise en charge globale. Cette implication passe par l'éducation thérapeutique (cf. annexe 5) qui vise à aider le patient et son entourage à comprendre la maladie, son traitement et les modalités de coopération avec les soignants. Elle repose sur l'acquisition de compétences en partenariat avec les soignants. Elle est reconnue comme capitale pour l'observance thérapeutique et permet de diminuer l'incidence des complications à court, moyen et long terme »*).
- l'inégalité d'accès à l'éducation sur le territoire national tant sous la forme individuelle en cabinet libéral que collective en milieu hospitalier
- les mesures prises pour son développement avec le plan national d'éducation pour la santé en février 2001, la circulaire DGS 2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé, la loi relative au droit des malades et à la

qualité du système de santé, élaboration d'une typologie de l'activité d'éducation thérapeutique (CNAMTS, pôle d'expertise et de référence nationale des nomenclatures de santé (PERNNS), Ministère de la santé).

- la volonté de développer l'éducation thérapeutique de groupe en ambulatoire, à l'hôpital, en ville, dans les réseaux

### **[3] Programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2, 2002-2005**

C'est également en 2002 que Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé lance un programme national d'actions de prise en charge et de prévention du diabète de type 2 pour réduire la fréquence et la gravité des complications, notamment les complications cardiovasculaires.

Le plan est articulé autour de cinq objectifs qui sont :

- Prévenir le diabète par le développement d'une politique nutritionnelle
- Renforcer le dépistage du diabète
- Garantir à tous les diabétiques la qualité des soins
- Améliorer l'organisation des soins
- Aider les diabétiques à être acteurs de leur santé

***L'éducation thérapeutique y fait également [2] l'objet d'un chapitre spécifique*** portant sur quatre points :

- la définition de l'éducation thérapeutique et son enjeu (« *L'éducation thérapeutique vise à aider le patient et son entourage à comprendre la maladie diabétique, son traitement et les modalités de coopération avec les soignants. Elle repose sur l'acquisition de compétences en partenariat avec les soignants. Elle est reconnue comme capitale pour l'observance thérapeutique et permet de diminuer l'incidence des complications à court, moyen et long terme* »).
- L'inégalité de l'offre et de sa réalisation sur le territoire national, l'absence de modalité de financement en pratique libérale
- Les objectifs fixés :
  - o Développer l'éducation thérapeutique de groupe ambulatoire : à l'hôpital, en ville en commençant dans les réseaux diabètes
  - o Proposer aux professionnels de santé une typologie de l'éducation thérapeutique de groupe selon la typologie élaborée par la CNAMTS et le PERNS
- Les mesures envisagées
  - o Attribution de moyens en personnels pour les services à orientation diabétologie qui souhaitent développer une éducation thérapeutique collective pour les diabétiques suivis en ambulatoire
  - o Attribution de moyens en personnels pour les services à orientation diabétologie qui souhaitent développer une éducation thérapeutique collective pour les diabétiques suivis en ambulatoire

### **[4] Circulaire DHOS/CNAMTS du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé**

La circulaire du 19 décembre 2002 concerne les réseaux de santé. Elle a pour objet d'accompagner la mise en œuvre des nouvelles dispositions prévues dans la loi sur le droit du malade et la qualité du système de santé et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Elle réforme le cadre des réseaux de santé par une définition unifiée et des procédures administratives de création et de financement simplifiées.

Selon les termes de la loi du 4 mars 2002, les réseaux de santé ont pour objet "de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires...». Ils sont ainsi interdisciplinaires et multiprofessionnels, centrés sur le patient dont ils assurent une prise en charge adaptée à ses besoins tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils contribuent à l'évolution du système de santé, afin qu'il soit moins cloisonné et qu'il s'ouvre à la coopération et à la complémentarité entre structures sanitaires, établissements de santé publics et privés, secteur libéral et structures médico-sociales et sociales.

La circulaire précise les modalités opérationnelles de mise en œuvre des réseaux à savoir :

- les principes généraux communs aux réseaux en terme de structuration et organisation, coordination, système d'information, qualité et évaluation, financement
- l'instruction régionale avec un dispositif commun ARH/ URCAM de décision conjointe pour un financement sur la dotation régionale de développement des réseaux (DRDR).

### **[9] Rapport sur la « coopération des professions de santé : transfert de compétences » du Pr. Yvon Berland, Octobre 2003**

Le Pr. Berland présente en octobre 2003 un nouveau rapport en réponse à la mission confiée par J.F. Mattéi sur « la coopération des professions de santé : le transfert des compétences ». Ce rapport fait suite aux propositions sur l'organisation des soins et la coopération entre professionnels de santé figurant dans le précédent rapport de décembre 2002 portant sur la démographie des professions de santé.

Concernant le suivi des pathologies chroniques, l'état des lieux fait état de l'existence d'une pratique éprouvée dans différents pays avec des consultations dédiées pour l'asthme, les maladies cardiovasculaires, les pathologies gastro-intestinales. Il indique qu'en France les pratiques recensées sont rares, souvent non reconnues, se retrouvant essentiellement en milieu hospitalier notamment pour l'éducation de patients diabétiques, asthmatiques, colostomisés ou dialysés. Le rapport fait état de la volonté des acteurs d'organiser le transfert des tâches et le transfert des compétences pour le suivi des pathologies chroniques

Les propositions faites par le Pr. Berland portent d'une part, sur la nécessaire mise en perspective de nouveaux métiers de soins et d'autre part, sur le respect de principes pour la délégation de tâches. Ces principes sont :

- L'acquisition de compétences par une formation professionnelle
- la formalisation d'une relation entre médecins et paramédicaux laissant la responsabilité des actes et de la prescription aux médecins
- la définition du champ de compétences des paramédicaux
- la formation continue
- la valorisation de l'investissement intellectuel par rapport aux actes médicotéchniques

Parmi les nouveaux métiers évoqués figure celui d'infirmière clinicienne spécialisée (ICS). Celui-ci serait accessible par une formation supplémentaire de niveau Master, et permettrait aux infirmières de pouvoir accéder au suivi en consultation des malades chroniques, dans le cadre d'une prise en charge protocolisée

## **[14] Circulaire DHOS du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS 3)**

Le schéma régional d'organisation sanitaire de 3<sup>ème</sup> génération s'inscrit dans un cadre juridique rénové, marqué par la suppression de la carte sanitaire ainsi que des indices de besoins. Le SROS 3 devient l'outil unique de planification sanitaire. Son champ d'intervention s'élargit vers l'offre de soins non strictement hospitalière, la prévention et plus largement la santé publique, l'action médico-sociale et sociale. Il a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs. Il doit également prendre en compte les objectifs de santé publique tels qu'ils sont définis, notamment, dans le plan régional de santé publique (PRSP).

L'évolution du nouveau SROS porte sur le renforcement de l'approche territoriale, le développement de la concertation avec les professionnels, les usagers et les élus. Son élaboration donne aux patients, usagers du système de soins, la place d'acteurs de santé qui leur revient, telle qu'elle est définie dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, avec notamment la reconnaissance du rôle des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique. L'amélioration de la prise en charge globale et organisée de la population passe par la concertation avec et entre les professionnels, c'est-à-dire les établissements de santé mais aussi les professionnels libéraux médecins et paramédicaux et les professionnels du champ médico-social et social

La circulaire introduit la notion nouvelle de projet médical de territoire (PMT). Celui-ci a vocation à servir de support pour mener une démarche contractuelle afin de mutualiser les réponses apportées aux besoins de santé de la population du territoire pour ce qui concerne les activités de soins de proximité. Ce projet médical de territoire est élaboré à l'issue du SROS.

Par ailleurs, chacun des SROS comporte une annexe qui précise d'une part, les objectifs quantifiés (OQ) pour chaque territoire de santé, par activités de soins et équipements matériels lourds et d'autre part, les évolutions nécessaires à la réalisation de ces objectifs (créations et suppressions d'activités ou d'équipements, transformations, regroupements et coopérations d'établissements). L'offre de soins hospitalière doit s'organiser en continuité et de façon articulée et coordonnée avec la médecine de ville (permanence des soins notamment) et les secteurs médico-social et social (personnes âgées, personnes handicapées, personnes en situation de précarité). D'ici le printemps 2007, les objectifs quantifiés seront déclinés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et chaque établissement de santé.

## **[18] Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées**

Suite à la canicule de l'été 2003, et compte tenu des difficultés constatées dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées, le gouvernement a décidé de réformer les conditions de cette prise en charge. La loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées vise à atteindre cet objectif à travers la mise en place dans chaque département, d'un plan d'alerte et d'urgence en faveur des personnes âgées et handicapées en cas de risques exceptionnels et d'un financement spécifique

## **[20] Loi N°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique (LOSP)**

La loi relative à la politique de Santé Publique en France est promulguée le 9 août 2004. Elle affirme pour la première fois la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique. Il revient ainsi à l'Etat d'élaborer des programmes en définissant des objectifs pluriannuels et de coordonner la mise en œuvre de ces programmes.

La loi de Santé Publique réforme l'organisation régionale de la santé publique. Le préfet se voit confier la responsabilité de la conduite de la politique régionale de santé publique. Il instaure des consultations périodiques de prévention, modernise les règles relatives à la politique vaccinale, renforce la gestion des menaces sanitaires graves et les systèmes d'information sanitaire sont renforcés. Des groupements régionaux de santé publique (GRSP) sont créés [41], sous forme de groupement d'intérêt public (GIP), pour fédérer les acteurs de terrain.

Le Programme Régional de Santé Publique (PRSP) devient l'élément principal encadrant la politique de santé publique en région. Son élaboration se fait sous l'autorité du préfet de région, en étroite collaboration avec de nombreux partenaires, notamment l'agence régionale de l'hospitalisation, les organismes d'assurance maladie, le conseil régional et les autres collectivités territoriales, les partenaires économiques et sociaux, les observatoires régionaux de santé, les professionnels du secteur sanitaire et social, les associations d'usagers du système de santé, les associations familiales, les associations de consommateurs et les associations de protection de l'environnement. Ce PRSP définit les objectifs et les priorités de santé publique dans chaque région, met en cohérence et coordonne les Programmes Régionaux de santé (PRS), le PRAPS ainsi que le Schéma Régional d'Education Pour la Santé (SREPS). Le 24 septembre 2004, une circulaire de la DGS apporte des directives pour l'élaboration du PRSP. Par cette première circulaire, une nouvelle politique de prévention se met en place pour que l'ensemble du territoire puisse définir au niveau régional ses priorités, en débattre démocratiquement et mettre en œuvre avec l'ensemble des partenaires les actions les plus appropriées

La loi de santé Publique, qui vise à réduire la mortalité et la morbidité évitables, et à diminuer les disparités régionales en matière de santé, fixe une centaine d'objectifs à atteindre.

Cinq plans nationaux sont fixés pour la période 2004-2008. Ils portent sur :

- la lutte contre le cancer
- la lutte contre la violence, les comportements à risques et les pratiques addictives
- la santé et l'environnement
- la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (\*)
- la prise en charge des maladies rares

(\*) « La qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » constitue un plan national spécifique. *« Ce plan est motivé par l'allongement de l'espérance de vie, le nombre croissant de personnes souffrant de maladies chroniques engendrant un poids économique considérable. Il prend en considération les déterminants dans l'environnement physique, social, économique et culturel qui contribuent à créer des conditions favorables pour améliorer l'état de santé, pour prévenir la survenue ou l'aggravation des maladies, pour réduire leurs conséquences sur les capacités fonctionnelles, l'activité et la qualité de vie des personnes touchées par la maladie. Il cherche à favoriser des changements comportementaux chez les patients et à favoriser l'accès des patients aux services rendus par les professionnels de santé ».*

Enfin, la loi de santé publique généralise l'obligation de formation continue à l'ensemble des professions de santé (articles 98 et suivants) en indiquant que pour chacune des professions, *"l'évaluation des compétences et des pratiques est un moyen de satisfaire à l'obligation de formation continue"*.

## **[21] LOI N° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie**

La loi du 13 août 2004 définit la mise en œuvre d'une réforme structurelle de l'assurance maladie, en concertation avec l'ensemble des acteurs. Cette réforme vise à sauvegarder le régime d'assurance maladie, en préservant et en consolidant ses principes fondamentaux que sont l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. La réforme repose sur trois axes principaux qui sont l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement du système de soins, le partage de responsabilités, et enfin des mesures de financement pour assurer la pérennité et réduire le déficit des dépenses de santé

Le titre premier porte sur l'amélioration de l'organisation des soins. Une effective coordination des soins sera favorisée par la mise en place du dossier médical personnel (DMP) \* et par le développement de parcours de soins coordonnés [46] autour d'un médecin traitant ou dans le cadre des réseaux de santé [4]. Les liens entre médecine de ville et hôpitaux seront renforcés au travers d'un pilotage cohérent au niveau régional conduisant à rapprocher les agences régionales de l'hospitalisation et les unions régionales des caisses d'assurance maladie. Le développement des réseaux est un des éléments stratégiques fondamentaux pour permettre une meilleure coordination des patients atteints de maladie chronique

Les principaux objectifs déclarés du futur dossier médical personnel (D.M.P.) sont le partage d'informations entre professionnels de santé, une meilleure organisation et efficacité des soins, la maîtrise des dépenses de santé. Tout professionnel de santé quelque soit son mode d'exercice, libéral ou hospitalier, aura l'obligation de reporter dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque consultation ou acte, les informations diagnostiques, thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins. Le DMP inclura les protocoles de soins des patients admis dans le dispositif des « affections de longue durée » (ALD). L'article L 161-36-1 du code de la sécurité sociale prévoit que le DMP comportera un volet prévention conformément aux objectifs de prévention et d'éducation à la santé contenus dans la loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [20].

Le titre II du projet de loi répartit les responsabilités. L'État reste le garant des principes fondamentaux du système de soins et d'assurance maladie, en particulier en matière de santé publique et pour les équilibres économiques. L'assurance maladie se voit confier une délégation de gestion élargie. Elle est ainsi associée à la définition de la politique hospitalière et de la politique du médicament. Elle se voit confier des pouvoirs nouveaux dans le domaine des soins ambulatoires.

Une Haute Autorité de santé (HAS) est créée [26] afin de se prononcer sur l'efficacité thérapeutique des produits, des actes et des protocoles de soins utilisés ou appliqués par les médecins. D'autre part, l'obligation de la formation des professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sont inscrites dans la loi (l'Article 14 institue l'obligation d'EPP à l'ensemble des médecins) [34]. Ces mesures doivent contribuer à promouvoir une utilisation accrue des bonnes pratiques validées

## **[25] Circulaire DHOS/DGS/DGAS du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent**

La circulaire relative à l'élaboration du SROS de l'enfant et de l'adolescent vise à prendre en compte les spécificités de leur prise en charge. Elle répond à une volonté de structuration de façon à répondre au mieux aux principaux enjeux de santé publique de ces classes d'âge, en lien avec les programmes de santé publique, aux enjeux posés par la nécessaire coordination des différents acteurs impliqués dans cette prise en charge et par les difficultés de la démographie en pédiatrie.

Un paragraphe spécifique concerne la prise en charge des pathologies chroniques et de l'éducation thérapeutique.

*« L'organisation de la prise en charge des pathologies chroniques doit faire l'objet d'une structuration en réseau de façon prioritaire. L'éducation thérapeutique du patient constitue une priorité de santé publique et doit être soutenue. Le SROS doit soutenir le développement de l'activité d'éducation thérapeutique de groupe, au sein des établissements de santé, pour les patients suivis en milieu hospitalier et en médecine libérale, ainsi que les consultations et hôpitaux de jour d'éducation thérapeutique. L'organisation définie par le SROS prend en compte les prises en charges d'éducation thérapeutique organisées par la médecine libérale et s'articule avec elles »*

## **[26] Décret du 26 octobre 2004 créant la Haute Autorité de Santé (HAS)**

Le décret du 26 octobre 2004 apporte des précisions sur la Haute Autorité de Santé (HAS), instance instituée par la loi sur la réforme l'assurance maladie [21]. L'HAS contribuera par ses avis à définir le périmètre des soins remboursables. Elle est ainsi chargée d'évaluer l'utilité médicale des produits, actes ou prestations de santé et de diffuser les «bonnes pratiques» auprès des professionnels de la santé, après les avoir définies.

Les missions fixées à cet organisme d'expertise scientifique, consultatif, public et indépendant sont :

- d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie ;
- de mettre en œuvre la certification des établissements de santé ;
- de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et du grand public.

## **[27] Actes du séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Direction générale de la santé, Paris, 8 décembre 2004**

Un plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques a été fixé par la loi de santé publique [20] motivé par la fréquence de ces pathologies (15 millions de personnes en France souffrent d'une ou plusieurs maladies chroniques) et leurs conséquences individuelles et collectives.

Le séminaire du 8 décembre 2004 souligne les particularités de la prise en charge des personnes atteints de maladies chroniques qui nécessite une approche différente de celle des maladies aiguës, s'inscrivant dans le temps, prenant en compte la dimension curative et préventive avec l'objectif d'une meilleure qualité de vie au quotidien. Quel que soit l'affection présentée, ces pathologies se caractérisent outre leur durée, par l'ampleur de leurs répercussions sur la vie quotidienne des patients et de leur entourage.

Ce plan, constituant l'un des cinq plans nationaux stratégiques définis dans la loi relative à la politique de santé publique, est articulé autour de 6 objectifs généraux :

- améliorer les connaissances épidémiologiques de maladies chroniques
- améliorer la connaissance, l'observation et la recherche concernant la qualité de vie des malades
- garantir à tous les patients un droit à une éducation pour la santé de qualité
- développer la formation des professionnels de santé et des aidants
- assurer une coordination et une prise en charge des personnes malades
- faciliter l'intégration sociale et professionnelle des malades

Le séminaire a apporté un éclairage sur les concepts d'éducation du patient et d'éducation thérapeutique. Il a présenté les principales attentes des patients porteurs de maladie chroniques au travers de la réalisation d'une étude Delphi. L'éducation figure parmi les dix premiers objectifs opérationnels jugés prioritaires qui ont été hiérarchisés dans l'ordre suivant :

- prendre en charge la douleur
- développer l'intégration ou la réintégration dans la vie professionnelle
- former les professionnels médico-sociaux
- développer les recherches
- prendre en charge les aspects psychologiques
- **éduquer les patients à mieux vivre au quotidien avec leur maladie**
- organiser la coordination des soins et le travail en réseau
- soutenir les associations
- **éduquer les patients pour une conduite thérapeutique adaptée**
- conseiller et soutenir les patients et leurs familles
- permettre une meilleure prise en charge financière des soins
- améliorer l'accès aux soins
- faciliter les démarches administratives et juridiques
- développer l'intégration des enfants malades
- rompre l'isolement

*Ce plan est en cours de finalisation*

## **[28] Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre les professionnels de santé**

Cet arrêté fixe la liste des expérimentations relative à la coopération entre professionnels de santé. Chaque expérimentation fait l'objet d'une évaluation par le promoteur.

Trois expérimentations portent sur une coopération entre un médecin et un paramédical pour le suivi en consultation hospitalière, de malades chroniques. Elles concernent :

- des patients diabétiques de type 2 (Nantes, Angers) : le patient est confié au diététicien dans le cadre d'un forfait de 3 à 5 consultations. Une consultation médicale finale est effectuée
- des patients insuffisants rénaux, en centre d'hémodialyse (Lisieux) : les modalités de prise en charge du patient par l'infirmier sont prévues par un protocole médical
- des patients porteurs du virus de l'hépatite C, stabilisés (Montélimar) : L'infirmier assure certaines consultations intermédiaires dans le cadre d'un protocole médical en collaboration avec le médecin

Il est à noter par ailleurs, qu'un nouvel arrêté publié en mars 2006, prolonge d'un an les tests en cours et élargit le nombre des sites expérimentateurs au nombre de dix en France dont un concernant le secteur libéral (réseau oncologique)

### **[31] loi N° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, participation et la citoyenneté des personnes handicapées**

Cette nouvelle loi conforte les droits reconnus par les lois fondatrices de 1975 et 1987 et élargit leurs domaines d'application. Elle s'appuie sur le principe de non discrimination pour adapter le droit commun aux besoins spécifiques des personnes handicapées et garantir ainsi le plein exercice de leur citoyenneté.

La loi propose un certain nombre de mesures issues des concertations des différents ministères, pour améliorer l'accessibilité : scolarisation des élèves et des étudiants handicapés, accès à la cité , accès aux transports , accès aux information et formation , à l'emploi , aux activités culturelles , sportives et loisirs, prévention, recherche , réinsertion, afin d'améliorer la vie quotidienne des personnes handicapées et garantir les conditions de leur pleine participation à la vie en société . Enfin, elle met en place un droit à la compensation de la dépendance des personnes âgées.

### **[33] Arrêté du 12 avril 2005 fixant la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins donnant lieu à financement spécifique (dotation MIGAC)**

La dotation nationale des MIGAC (mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) est destinée à financer la part des activités des établissements publics et privés qui ne peut pas être tarifée à l'activité (TAA ou T2A).

L'arrêté du 12 avril détaille, sous forme de quatre articles successifs, la liste des missions générales concernées.

Il précise dans son article 5, les modalités d'attribution d'un tel financement conditionné par un engagement contractualisé entre l'établissement et l'ARH, dans la limite du respect de l'enveloppe régionale.

L'alinéa 2 de l'article 1 porte sur « les missions d'enseignement et de formation des personnels médicaux et paramédicaux ».

L'alinéa 6 de l'article 2 concerne « les missions de prévention et d'éducation pour la santé, les actions de prévention et d'éducation relatives à la nutrition, à l'asthme et au diabète »

### **[34] Décret du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (JO du 15 avril 2005).**

Le décret du 14 avril 2005 précise les modalités de mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et en rappelle l'enjeu. Celle-ci a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.

L'EPP consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé [26] et inclut la mise en oeuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue rendue obligatoire à l'ensemble des professions de santé par la Loi de santé publique [20].

### **[38] Dossier de presse de juillet 2005 concernant le bilan du programme diabète 2002-2005**

Le bilan du programme diabète 2002-2005 a fait l'objet d'une présentation à la presse en juillet 2005, suite au rapport du comité de suivi, présidé par le Pr. Bringer.

Les principales actions mentionnées dans ce bilan sont :

- L'établissement en février 2003 de recommandations en matière de dépistage du diabète (dépistage ciblé des sujets de plus de 45 ans ayant au moins un facteur de risque de diabète et auprès des sujets de plus de 45 ans en situation de précarité, avec ou sans autre facteur de risque associé, tous les 3 ans).
- La création par arrêté de février 2003, d'un nouvel acte infirmier relatif à une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour les patients diabétiques de plus de 75 ans insulino-traités associé à une campagne d'information auprès des médecins et des infirmières pour faire connaître ce nouveau dispositif de suivi
- L'adoption de mesures spécifiques pour l'éducation thérapeutique qui est un élément important de la qualité du suivi des maladies chroniques, à savoir :
  - o Appel d'offre national auprès des hôpitaux, commun pour le diabète, les maladies cardio-vasculaires et l'asthme assortie d'une enveloppe de 3,5 millions d'euros en 2002.
  - o Financements forfaitaires pris en charge par l'assurance maladie sur les fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) pour des expériences dans les réseaux de santé.
  - o Elaboration d'un forfait de prise en charge podologique des diabétiques ayant des lésions des pieds de grades 2 et 3 par un groupe de travail composé d'experts, d'institutionnels, des représentants des pédicures podologues et d'associations de malades. Ce forfait comporte un examen initial et 5 séances de soins adaptés aux risques des patients ayant des lésions de grades 2 et 3. (l'enquête sur la prise en charge podologique réalisée en décembre 2003 auprès des réseaux de santé diabète montre que le forfait de prise en charge podologique n'est cependant appliqué que dans peu de structures).

### **[41] Décret du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique (GRSP)**

Ce décret fait suite à la Loi de santé publique [20] et au décret portant sur l'élaboration du plan régional de santé publique.

Il précise les six missions du groupement régional ou territorial de santé publique (GRSP) qui sont :

- Arrêter les conditions de réalisation des programmes de santé du plan régional de santé publique (PRSP) dont il assure la mise en œuvre et préciser la nature et l'échéancier des actions envisagées, leurs modalités de suivi et d'évaluation, ainsi que les partenariats et financements
- Décider des projets éligibles à un financement du groupement et fixer le montant de ce financement
- Développer les coopérations et mettre en œuvre les conventions nécessaires à la réalisation des programmes de santé du plan régional de santé publique
- Favoriser le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale et mettre en place les moyens nécessaires au suivi et à l'évaluation des actions qu'il mène
- Contribuer à l'évaluation des programmes du plan régional de santé publique et mener des actions de communication sur ce plan et sa mise en œuvre

- Rendre compte de son activité et des résultats obtenus à la conférence régionale ou territoriale de santé

#### **[42] Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie obstructive 2005- 2010 : connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO**

Un programme national d'action en faveur de la broncho pneumopathie obstructive (BPCO) est mis en place en Novembre 2005 en raison de son importance en terme de morbidité et de dépendance (6-8 % de la population adulte en France, 16000 décès par an), du poids économique et de l'insuffisance de prévention.

Les deux objectifs généraux du programme sont de :

- Diminuer la fréquence de la BPCO dans la population générale
- Diminuer la mortalité évitable, les hospitalisations, réduire le handicap, améliorer la qualité de la vie et l'insertion socioprofessionnelle des malades

Le programme est articulé autour de six axes stratégiques qui sont :

- Développer les connaissances épidémiologiques sur la BPCO
- Soutenir la recherche sur la BPCO
- Prévenir la BPCO dans la population générale
- Renforcer la formation et l'information des professionnels de santé sur la BPCO
- Améliorer l'accès aux soins, le diagnostic précoce et la qualité de la prise en charge des malades atteints de BPCO
- Développer l'information, l'accompagnement et le des malades et de leur entourage, en lien avec les associations de patients (\*)

(\*) Ce dernier axe concerne plus spécifiquement la prise en charge des malades. « *Le développement de l'accompagnement et le soutien des malades et de leur entourage en lien avec les professionnels et les associations de patients en est l'objectif général. Il apparaît indispensable pour favoriser l'insertion socioprofessionnelle, de réduire les troubles psychologiques et dépressifs associés et de lutter contre l'isolement. L'implication croissante des professionnels de santé et sociaux et des associations de patients permet de développer des initiatives innovantes, comme celle du « patient formateur » qui aide à sensibiliser les soignants aux difficultés rencontrées, au quotidien, par les malades et aux moyens d'y faire face »*

Une des mesures préconisée est ainsi celle de soutenir et de renforcer les programmes de formation avec la participation de « patient formateurs » dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels de santé et de l'éducation thérapeutique des malades. Cette proposition s'appuie sur le concept de « programme patient partenaire » (PPP) initialement créé aux Etats-Unis, faisant intervenir des patients atteints de maladie chronique en tant qu'« enseignants » (« patients formateurs ») auprès des étudiants en médecine, venant ainsi enrichir le regard du soignant sur le malade et sa prise en charge.

Le programme national prévoit par ailleurs, une déclinaison de cette pratique dans la BPCO avec une adaptation des outils pédagogiques à la problématique de la BPCO, pour former des patients partenaires. « *Des séminaires nationaux devront être organisés pour former les patients partenaires : formation sur la BPCO, son évolution, ses traitements ainsi qu'une formation à la communication pour aboutir à la mise en situation du travail d'enseignant »*. De tels projets visant à intégrer les patients formateurs dans les programmes d'éducation thérapeutique, en collaboration avec les professionnels de santé, sont en cours d'élaboration.

## **[44] Unités transversales d'éducation thérapeutique du patient atteint de maladies chroniques : recommandations d'organisation et cahier des charges**

*Ce document n'a pas fait l'objet d'une publication officielle. Il est en accès libre dans la base documentaire de l'assurance maladie, sur le site internet de l'URCAM de Franche Comté.*

L'assurance maladie a engagé en 2005 une réflexion sur le développement de l'éducation thérapeutique en raison de l'importance des maladies chroniques et de leur poids économique. Une note d'orientations sur la prévention du conseil de la CNAMTS du 1.9.05 précise « *la nécessité de développer l'accompagnement des pathologies lourdes en favorisant une offre en éducation thérapeutique ciblée dans un premier temps sur cinq pathologies (asthme, diabète, pathologies cardiovasculaires, insuffisance rénale et obésité)* »

Quatre URCAM se sont positionnées pour être référentes sur la question. Elles ont centré leur travail autour de deux objectifs :

- promouvoir l'éducation thérapeutique dans la CCAM (classification commune des actes médicaux)
- développer une offre d'éducation thérapeutique structurée selon des principes d'organisation

C'est dans ce cadre, que l'URCAM de Franche Comté a proposé un cahier des charges pour la mise en place d'une unité transversale d'éducation thérapeutique (UTEP). Les cinq principes organisationnels préconisés pour la mise en place d'une telle structure sont :

- 1- Développement à l'échelle d'un territoire de santé (logique du SROS 3)
- 2- Transversalité ville-hôpital et au sein de l'hôpital : structure hospitalière transversale ouverte aux patients récemment hospitalisés
- 3- Multiprofessionnalité avec des professionnels formés à l'éducation thérapeutique
- 4- Multidisciplinarité : ciblage sur plusieurs pathologies chroniques les plus fréquentes où l'effet de l'éducation est démontré (diabète, asthme, insuffisance cardiaque..)
- 5- Evaluation

Les préconisations de trame de cahier des charges pour la mise en place d'une telle unité sont les suivantes :

- 1 - Etat des lieux et besoins
- 2 - Missions de l'UTEP : coordination, formation, conseil méthodologique, documentation, éducation du patient
- 3 - Organisation et fonctionnement (pilotage, coordination, structure juridique, lien avec les autres services)
- 4 - Locaux et équipement
- 5 - Programmes d'éducation
- 6 - Modalités de coopération (formalisation des liens, mutualisation des moyens)
- 7 - Evaluation (critère et indicateurs)
- 8 - Budget
- 9 - Stratégie de développement

Etant donné que l'activité d'éducation thérapeutique n'est pas reprise dans la T2A (tarification à l'activité) ni à la CCAM technique (classification commune des actes médicaux), le groupe de travail préconise de solliciter les financements existants tels que la DRDR (Dotation régionale des réseaux) pour l'ambulatoire, ou l'enveloppe MIGAC (mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) pour l'hôpital [33], tout en formulant le souhait de l'inscription de l'éducation thérapeutique à la CCAM clinique [60].

## **[45] Loi du 19 Décembre 2005 pour le financement de la sécurité sociale en 2006 (LFSS)**

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 [20] a défini un nouveau cadre d'action en matière de santé publique, construit autour de trois principes : l'affirmation du rôle de l'Etat en matière de prévention, la coordination des moyens sanitaires au niveau régional et la publication de cent objectifs prioritaires assortis de tableaux de bord permettant de suivre et d'évaluer les politiques menées. L'affirmation du rôle majeur de l'Etat en matière de pilotage de la politique de santé publique, notamment pour les actions de prévention, constitue l'une des avancées majeures de ce texte.

La mise en oeuvre de la LOLFSS (loi organique relative à la loi de financement de la sécurité sociale) à partir du projet de loi de finances pour 2006, traduit ce recentrage avec le rassemblement des crédits dévolus aux actions de santé publique financées par l'Etat dans le nouveau programme intitulé « Santé publique et prévention ». La LOLFSS fixe des indicateurs de performance pour mesurer l'efficacité des actions conduites.

Les crédits alloués au programme « Santé publique et Prévention » se partagent très inégalement entre les quatre champs qui le composent :

- Pilotage de la politique de santé publique
- Déterminants de santé
- Pathologies à forte morbidité/mortalité
- Qualité de la vie et handicaps (\*)

(\*) L'éducation thérapeutique figure explicitement dans la déclinaison des actions inscrites dans le dernier domaine portant sur la qualité de vie et le handicap ( pathologies chroniques notamment le diabète, les maladies respiratoires , l'insuffisance rénale chronique) .

A compter de 2006, c'est dans ce cadre budgétaire que les promoteurs de projets d'action de santé publique pourront demander une participation financière sur des crédits régionalisés du Programme Annuel de Performance « Santé Publique Prévention » (PAP – SPP) et sur le fonds national de prévention et d'information sanitaires (FNPEIS).

## **[46] Entrée en vigueur des nouveaux dispositifs en rapport avec la réforme de l'Assurance maladie : le parcours de soins coordonnés, le nouveau protocole de soins des Affections de longue Durée (ALD)**

### **1- Le parcours de soins coordonné autour du médecin traitant**

La loi du 13 août 2004 invite les assurés sociaux à choisir un « médecin traitant » qui leur permet de s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés.

Le parcours de soins coordonnés repose d'une part, sur le médecin traitant car c'est lui qui coordonne l'intervention des autres médecins pour un meilleur suivi qualitatif et d'autre part , sur le dossier médical personnel (DMP) , outil qui retrace les principales informations nécessaires au suivi du patient. Le médecin traitant assure les soins courants du patient et dans certaines situations, peut orienter le patient vers un autre praticien selon quatre modalités régies par la convention médicale. Selon l'accord conventionnel, des majorations de coordination viennent s'ajouter au tarif habituel des consultations

## 2- Le nouveau protocole de soins ALD

Depuis la fin 2005, a été mis en place un nouveau « protocole de soins » pour toutes les personnes faisant une nouvelle demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD). Ce protocole doit être établi par le « médecin traitant », en concertation avec les médecins spécialistes intervenant dans la prise en charge, avant d'être validé par le médecin conseil. La haute autorité de santé (HAS) a pour mission d'établir des référentiels de soins (un par pathologie ALD) qui doivent servir de base à l'élaboration des protocoles de soins par les médecins [52,53].

Un volet du protocole de soins est remis au patient qui doit le signer et le présenter à chaque médecin qui le suit dans le cadre de son ALD. Ce nouveau dispositif doit permettre au patient d'être mieux informé sur son traitement et sur ce qui est pris en charge à 100%. Cela doit permettre d'assurer une meilleure circulation de l'information et une meilleure coordination des soins entre les différents médecins qui suivent le patient.

### **[49] Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n°12 à la convention médicale**

La nouvelle convention médicale de 2005 entre les médecins libéraux et l'assurance maladie avait introduit une rémunération spécifique de 40 euros par an et par patient pour prendre en compte les besoins de coordination et de suivi particulier des patients porteurs d'une affection de longue durée (ALD) dans le cadre d'un protocole de soins.

L'avenant n°12 à la convention médicale du 30 mars 2006 formalise un nouvel accord portant d'une part, sur des revalorisations des actes et d'autre part, sur la contractualisation d'un nouveau programme de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et trois missions de prévention pour les médecins traitants.

Les missions de prévention qui ont été fixées pour 2006 concerneront

1. Le dépistage du cancer du sein des patients âgées de 50 à 74 ans
2. La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées de plus de 65 ans consommant de façon répétée sept médicaments et plus, de classes thérapeutiques différentes.
3. Les risques cardiovasculaires des patients diabétiques

(2) « Cette action de prévention s'adresse en priorité au 1,2 million de patients de plus de 65 ans qui consomment quotidiennement sept médicaments ou plus de classes thérapeutiques différentes. En moyenne, 30 patients par médecin traitant sont dans cette situation. En pratique, à l'occasion d'une consultation, le médecin traitant réalise une revue des médicaments consommés (prescriptions et automédication) par son patient. Il analyse les interactions médicamenteuses et les risques de iatrogénie, puis adapte, si besoin, les prescriptions en concertation avec les médecins correspondants concernés. Le médecin traitant renseigne le dossier médical et sensibilise son patient sur les risques encourus. ».

(3) « Le diabète touche 2 millions de personnes en France. Il constitue un facteur de risques majeur de complications cardiovasculaires. Un suivi optimal, conforme aux recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé, permet de limiter le risque de leur apparition. Il requiert la pratique régulière d'examen complémentaires et implique plusieurs professionnels de santé. En charge de la coordination des soins, le médecin traitant peut jouer un rôle primordial dans l'amélioration de la prise en charge des patients diabétiques et la prévention des complications de leur maladie. Le médecin traitant assure, seul ou avec l'appui des spécialistes et des structures adéquates, l'éducation de son patient autour d'objectifs définis conjointement (taux d'hémoglobine glyquée, poids, activité physique...). Il s'assure de l'atteinte de ces objectifs et met en œuvre, si besoin, des mesures correctrices. Il vérifie régulièrement l'absence de survenue de nouveaux facteurs de risques et/ou de nouvelles complications ».

## [54] Plan régional de santé publique (PRSP). PRSP Ile de France, Mai 2006

Après avoir fait l'objet d'une longue élaboration concertée puis de l'avis de la conférence régionale de santé, les plans de santé publique ont été tour à tour finalisés dans chaque région de France, en faisant référence d'une part, aux objectifs prioritaires nationaux décrits dans la loi de santé publique [20] et d'autre part, aux priorités de santé régionale identifiées. L'importance de travailler ensemble sur les territoires, avec des logiques de complémentarités en définissant un projet local de santé y est soulignée. Les établissements de santé ont vocation à être promoteurs de santé sur un territoire.

### Le PRSP Ile de France

*(Il est présenté à titre d'exemple – Chaque région ayant élaboré son propre PRSP)*

Le PRSP de la région Ile de France a été publié le 23 mai 2006 après validation de la conférence sanitaire. Il comporte cinq axes prioritaires qui sont :

- 1- Lutter contre le cancer
- 2- Accompagner les phases de fragilisation au cours du parcours de vie ou à la suite d'évènements de santé fragilisants (\*)
- 3- Promouvoir les comportements favorables à la santé (\*\*)
- 4- Promouvoir la santé auprès des personnes en situation de vulnérabilité sociale
- 5- réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux

Chacun de ces axes se décline en plusieurs objectifs

Dans l'axe 2 (\*), l'éducation thérapeutique représente une action prioritaire à développer, reprise explicitement dans le cadre de l'objectif 16 :

- « développer et rendre plus visibles les formations en éducation thérapeutique » :
  - identifier et valoriser des pôles de compétence en éducation thérapeutique
  - développer l'offre de stage dans les services ayant une pratique reconnue
  - mobiliser les partenaires sur des programmes d'éducation thérapeutique
- « promouvoir les pratiques d'éducation thérapeutique »
  - renforcer les compétences des hospitaliers en matière d'éducation thérapeutique, reconnaître les temps dédiés aux activités d'éducation des paramédicaux, encourager la formation de pôles de compétence au sein de chaque territoire
  - Soutenir les structures ou dispositifs proposant des programmes d'éducation thérapeutique à visée collective hors établissements (réseaux, médecine libérale)
- « Développer les soins de support » (tous les soins que requiert une prise en charge globale en dehors des traitements spécifiques, tout au long de la maladie (accompagnement social, éducation thérapeutique, ...))

Dans ce même axe 2, les actions pour « faciliter le maintien à domicile » sont recommandées notamment des actions directes auprès des malades et de leur familles : « former les aidants : comprendre la maladie, savoir réaliser les gestes complémentaires aux soins, savoir aider à l'observance thérapeutique, connaître les signes d'alerte..) »

Dans l'axe 3 (\*\*), L'objectif 22 porte sur « l'amélioration de la qualité de vie, l'induction d'une observance accrue des traitements des personnes séropositives et malades du SIDA et une réduction des prises de risque ». Un des objectifs spécifiques est d'agir auprès des professionnels pour intégrer les enjeux de la prévention et mettre en place de meilleures réponses aux contraintes de la maladie chronique (observance, éducation thérapeutique)

## [57] Evaluation des écoles de l'asthme. Rapport de la DGS, Juin 2006

Le rapport d'évaluation des écoles de l'asthme, présenté par la DGS en juin 2006, s'inscrit dans le cadre des mesures visant une meilleure prise en charge d'une maladie chronique touchant plus de 3 millions de personnes en France, responsable de 600 000 journées d'hospitalisation. L'éducation thérapeutique, inscrite dans les référentiels ANAES de pratique clinique, est un élément majeur de la prise en charge. Elle constituait un des objectifs du plan asthme 2002- 2005 et figure dans les priorités identifiées au cours des travaux préparatoires du plan national en faveur de la qualité de vie des malades atteints d'une maladie chronique [27].

L'analyse bibliographique confirme l'efficacité des programmes d'éducation thérapeutique dans l'asthme. Ceux-ci entraînent une amélioration des résultats de santé concernant le nombre d'hospitalisations, de passages aux urgences, l'absentéisme, l'observance du traitement, la qualité de vie... » Les facteurs de réussite cités le plus souvent sont :

- la personnalisation de l'approche
- l'interactivité des méthodes pédagogiques, dans une stratégie de changement de comportement
- la poursuite des efforts dans le temps
- l'implication de l'ensemble des acteurs de la prise en charge »

L'enquête réalisée dans les sites a permis de dresser un certain nombre de constats en dégagant non seulement les points forts mais aussi les points faibles tels que la « méconnaissance générale de ce qu'est l'éducation thérapeutique ».

Les propositions qui ont été formulées à la suite de ces différents constats portent d'une part, sur le renforcement des structures existantes et d'autre part, sur le développement d'actions parallèles

### 1. Le renforcement des structures existantes

- o Cahier des charges (labellisation de la structure) comportant
  - Exigences de formation
  - Socle minimal d'éducation (nombre de sessions)
  - Recueil d'informations homogène minimal (observatoire de suivi)
  - Ouverture vers la ville (médecins et pharmaciens)
  - Seuil minimal de fonctionnement (100 patients par an)
  - Evaluation selon critères préalablement définis
- o Financement adapté
  - Forfait spécifique pour les structures hospitalières « labellisées »
  - Financement de type « réseau de santé » ou spécifique à la CCAM clinique, pour la ville
- o Obligation de formation (organismes reconnus ou cursus universitaire)
- o Niveau de preuve apporté (actions, public)
- o Synergies d'activités éducatives pour disposer de moyens dédiés

### 2. le développement d'actions parallèles, à plusieurs niveaux :

- o Médecin traitant
- o Pharmacien
- o Services d'urgences (repérage et suivi éducatif organisé des patients)
- o Médecine scolaire, centres de PMI, médecine du travail
- o Outil téléphonique (suivi, renforcement du message éducatif)
- o Nouvelles technologies (Internet, forum patients, CD Rom)
- o Assurance maladie (information sur les structures d'éducation lors d' ALD)

Un tableau récapitulatif présente les différentes phases identifiées pour l'activité d'éducation. Elles se répartissent en une phase de sensibilisation destinée au grand public et d'autre part,

à trois autres phases qui s'adressent au patient asthmatique et s'inscrivent dans l'histoire évolutive de la maladie (initiale, aggravation, suivi)

Ces trois phases identifiées pour l'activité d'éducation du patient (*reprenant intégralement celles présentées dans « synthèse du rapport »*) sont :

Phases	Acteurs	Formation nécessaire des acteurs	Contenu de la séance	Besoins de Financement
Sensibilisation, orientation du patient	Médecins Pharmacies Services d'urgences	Niveau « sensibilisation »	10 à 15 mn dédiées à la sensibilisation, explication des démarches d'éducation, les objectifs Voire délivrance du plan d'action	Acte spécifique ?
Sessions d'éducation du patient	Structures d'éducation, en ville ou à l'hôpital, voire cabinets de groupe	Niveau intermédiaire (6 à 10 jours de formation)	Au moins 2 sessions de 2 heures, individuelles ou collectives	Financement spécifique : forfait ?
Suivi, Renforcement	Médecin traitant si existe ou structure d'éducation elle-même ou suivi téléphonique ou pharmacie d'officine	Niveau « Sensibilisation »	A chaque contact, revenir sur un aspect du programme éducatif pendant 10 à 15 mn	Peut passer dans un acte de consultation

**[58] Plan Solidarité – Grand âge. Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, handicapées et à la famille. Juin 2006**

Le plan Solidarité Grand âge, diffusé en juin 2006, s'articule autour de cinq axes qui sont :

- Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester au domicile
- Inventer la maison de retraite de demain (qualité de vie, augmentation du personnel, maîtrise des prix)
- Adapter l'hôpital aux personnes âgées (développer la filière gériatrique, resserrer le lien entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital)
- Assurer le financement solidaire de la dépendance
- Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention (programme de recherche sur les maladies du grand âge, consultation gratuite systématique de prévention à 70 ans)

**[59] Dossier de presse « Prévention du risque médicamenteux évitable ». Assurance Maladie, Juillet 2006**

Dans un dossier de presse paru en juillet 2006, l'Assurance maladie déclare s'engager « dans la prévention du risque médicamenteux évitable en sensibilisant les assurés et en accompagnant les médecins ». Le communiqué de presse indique que le programme de prévention de l'assurance maladie a pour objectif de diminuer le nombre de situations à risques en s'appuyant d'une part, sur le médecin traitant (dispositif conventionnel, entretiens

confraternels sur le risque iatrogène) et d'autre part, en sensibilisant les assurés aux risques d'effets indésirables (spots radio, lettres d'information). Il précise également que l'instauration du dispositif « médecin traitant » permet à celui-ci de « disposer d'une vision globale de ses patients et de l'ensemble de ses traitements »

La CNAMTS identifie quatre situations à risque « pour lesquelles la vigilance s'impose en priorité » :

- Prescription de médicaments à élimination lente
- Potentialisation ou compétition entre les médicaments
- Majoration des effets indésirables en cas de polymédication
- Comportement des patients (non respect d'ordonnance et/ou automédication)

Le Pr. Allemand, médecin conseil national de la CNAMTS, propose une liste de six recommandations sous le libellé « Patients : quels bons réflexes adopter pour limiter les risques au maximum ? ».

Ce sont : respecter scrupuleusement l'ordonnance, informer son médecin de l'ensemble de ses médicaments, contacter son médecin en cas d'effets indésirables, ne jamais modifier les doses de son propre chef, ne jamais donner ou conseiller un proche sur un médicament, accepter qu'un médicament soit retiré de l'ordonnance.

### **[60] Classification commune actes médicaux cliniques (« CCAM clinique »)** *(Non parue)*

La Nomenclature Générale des Actes Médicaux (NGAP) étant devenue obsolète, l'Assurance Maladie s'est engagée, en partenariat avec les sociétés savantes, dans l'élaboration d'une nouvelle classification correspondant aux pratiques professionnelles actuelles.

Le volet technique (premier volet) de la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM technique) est entré en application fin mars 2005, conformément aux accords conclus entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats médicaux.

La CCAM clinique (deuxième volet), correspondant aux actes de consultation, devrait entrer en vigueur d'ici 2007. Elle privilégiera une rémunération des actes cliniques qui tiendra compte du contenu et de la nature de l'acte réalisé en écartant la référence à la discipline du médecin.

L'analyse préalable menée pour l'élaboration de la CCAM clinique consiste en une hiérarchisation des consultations selon deux critères qui sont le travail médical d'une part, et le coût de la pratique, d'autre part. Ainsi, les consultations pourraient être différenciées en plusieurs niveaux qui rémunèreraient de façon identique l'acte sans tenir compte de la formation initiale de celui qui l'effectue.

Le groupe d'experts sur les actes cliniques, composé d'administratifs et de représentants des sociétés savantes, s'attache actuellement à l'élaboration d'une typologie des consultations en respectant les principes de la CCAM qui sont la notion d'acte « global » (pathologie interdite dans le libellé). Les consultations à visée préventive feraient l'objet d'une identification particulière dans cette hiérarchisation des actes.

*(La CCAM clinique est en cours d'élaboration)*

## Deuxième partie : les références scientifiques

Cette deuxième partie est consacrée à une présentation par ordre chronologique de différents textes émanant des sociétés savantes (ALFEDIAM, SFMG, SPLF.), d'organismes scientifiques (HAS, INPES, INSERM, CREDES..) ou de groupements professionnels (FNCLCC, CNPGPO). Elle tente de mettre en évidence, comme la première partie, les aspects qui ont pu participer aux orientations pour le développement de l'éducation thérapeutique

Cette sélection porte plus directement sur les aspects d'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques. Elle se décline en quatre axes qui sont la qualité du suivi recommandé, l'information des patients et des professionnels, les pratiques professionnelles et la prévention de la maladie. Les principaux sujets qui sont abordés dans chacun de ces quatre axes, figurent ci-dessous :

- Qualité du suivi des malades chroniques
  - Recommandations nationales pour l'asthme, HTA, céphalées chroniques, drépanocytose, diabète (HAS)
  - Diabète type 2 (ADELF, ALFEDIAM)
  - Etude ENTRED (diabète), étude DREES (hépatite chronique C)
  - Recommandations pour les ALD, diabète et hépatite chronique C (HAS)
  - Rapport Hercberg sur la nutrition
- Information des patients, des usagers, des professionnels
  - Elaboration de document écrit d'information (HAS)
  - Communication au grand public (ouvrage, livre blanc)
  - Thésaurus en éducation pour la santé (INPES)
  - Guide d'information et de dialogue pour la chimiothérapie (FNCLCC)
- Pratiques professionnelles
  - Evaluation des pratiques, des réseaux de santé (HAS)
  - Critères de qualité des programmes d'éducation thérapeutique (INSERM)
  - Accréditation des établissements de santé (HAS)
  - Typologie des actes en médecine générale (SFMG)
  - Rappel informatique pour le suivi des patients diabétiques (CREDES)
  - Livre blanc Officine 2010 (CNGPO)
  - Coopération et délégation de tâches entre professions de santé
- Prévention du risque de maladie
  - Site EsPeR (estimation personnalisée des risques en santé)
  - Consultation périodique de prévention (rapport J.Ménard)

Les différents textes, sont présentés ci-après , accompagnés du chiffre de référence [ ] figurant au tableau général, dans l'ordre de parution, avec de larges extraits en italique.

## **[5] Site EsPeR pour la prévention et le dépistage des risques en santé**

*Bien qu'il soit différent des autres textes de par son mode de communication, le site EsPeR figure dans cette sélection puisqu'il représente également une forme d'expression et qu'il porte sur les aspects conceptuels qui ont été ciblés.*

Le site EsPeR a été conçu sous la direction des équipes scientifiques universitaires de Paris V et Marseille et de l'INSERM. Il repose sur des financements de l'Assurance maladie justifiés par une volonté de soutenir les actions de prévention vis-à-vis du risque maladie.

Il propose une estimation quantifiée et individualisée des risques en santé reliée à l'utilisation des recommandations pour la pratique (ANAES, AFSSAPS), en valorisant la démarche de la médecine fondée sur le niveau de preuves (évidence Based Médecine) dans l'utilisation des données épidémiologiques et des résultats des essais thérapeutiques. Il met à disposition un logiciel d'Estimation Personnalisée des Risques (EsPeR) d'aide à la prévention et au dépistage.

Ses objectifs sont :

- Améliorer chez les médecins et les sujets consultants la connaissance des risques en santé dans une population donnée
- Permettre une estimation quantifiée et individualisée du risque des deux principales causes de décès dans la population française dont les cancers et les maladies cardiovasculaires
- Proposer une aide à la décision en prévention en fonction du profil de risque du sujet, grâce à l'informatisation des recommandations de bonnes pratiques médicales
- Mettre à la disposition des médecins un outil de communication sur le risque et une base de négociation pour la mise en œuvre d'actions de prévention.

L'utilisation de cet outil vise à « amener le patient à prendre conscience que certaines de ses habitudes de vie constituent des comportements à risque pour sa santé et qu'il peut lui-même agir pour modifier ses comportements afin de préserver et maintenir son état de santé ».

## **[6] Complément au manuel d'accréditation. Hospitalisation à domicile, Mars 2003. ANAES**

En Mars 2003, l'ANAES publie une adaptation au manuel d'accréditation qui fait suite à la première parution du manuel et au lancement de la procédure d'accréditation (1999) destinés à l'ensemble des établissements de santé. Ce complément porte exclusivement sur les référentiels qui ont fait l'objet d'une adaptation spécifique pour l'hospitalisation à domicile (HAD).

En raison du caractère particulier que représentent les soins hospitaliers pratiqués dans le cadre de vie du patient couplés à une intervention pluridisciplinaire et coordonnée des professionnels de santé (infirmière, aide soignante, diététicienne, psychologue, assistante sociale...), les références du chapitre sur l'organisation de la prise en charge des patients (« OPC ») y sont nombreuses .

La référence 5 portant sur « les besoins spécifiques du patient » stipule que « le patient bénéficie des actions d'éducation concernant sa maladie et son traitement (5.d.) », que « *le patient bénéficie des actions d'éducation pour la santé correspondant à ses besoins (5.e.)* ». Il est précisé par rapport à ces deux références que : « *les actions d'éducation favorisent l'autonomisation par rapport aux thérapeutiques employées, l'adaptation à la réalité quotidienne et au handicap du patient, la formation en matière de nutrition. Les actions d'éducation concernent aussi la gestion de l'environnement. Ces actions sont destinées aux patients et à leur entourage* ».

## **[7] Education diététique du diabétique de type 2. ADELFF, ALFEDIAM Paramédical**

L'association des diététiciens de langue française (ADELF) en partenariat avec l'association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (ALFEDIAM) publie en juin 2003 des recommandations de bonne pratique concernant l'éducation du diététique de type 2. Ce rapport comprend quatre chapitres portant successivement sur l'organisation entre les professionnels, les objectifs et les stratégies d'éducation diététique, la planification d'un programme d'éducation diététique et enfin, la formation continue.

S'appuyant sur les nombreux textes portant sur la qualité de prise en charge des diabétiques, le rapport rappelle en préambule que « *Quel que soit son principe d'organisation, la prise en charge diététique se réfère à différents programmes planifiés et définis autour d'un groupe pluriprofessionnel formé en diététique et en éducation du patient. L'entourage des patients doit pouvoir y participer. Cette prise en charge doit être intégrée au processus éducatif global du patient* ».

Onze références regroupées autour de quatre grandes actions constituent le référentiel cité en annexe 2 du rapport :

- Obtenir une organisation efficace (prise en charge organisée, programme d'éducation, documents et protocoles)
- Garantir aux professionnels l'acquisition de compétences (formation sur la diététique, formation sur l'éducation du patient)
- Assurer la qualité de l'éducation diététique centrée sur le patient (évaluation des besoins du patient, objectifs éducatifs individualisés, méthodes et techniques adaptées, suivi)
- Evaluer l'efficacité de la prise en charge diététique (versus patient, versus professionnel)

## **[8] Information et éducation du patient hypertendu non diabétique. Version expérimentale. ANAES, Juillet 2003**

L'ANAES publie en juillet 2003, un premier outil d'autoévaluation destiné aux médecins généralistes concernant la prise en charge de leurs patients hypertendus. Les objectifs de qualité à évaluer font référence aux recommandations publiées par l'ANAES en mai 2000 :

- *Le patient est informé sur sa maladie et les complications possibles liées à l'hypertension*
- *Les objectifs d'éducation du patient sur la prévention par des mesures hygiéno-diététiques ont été atteints*

La grille d'autoévaluation comporte quatre critères qui sont :

- 1- le patient connaît des complications de l'HTA
- 2- le patient connaît son objectif tensionnel
- 3- le patient connaît des mesures hygiéno-diététiques qui peuvent réduire l'HTA
- 4- le patient applique des mesures hygiéno-diététiques qui peuvent réduire l'HTA

## **[10] Manuel d'accréditation des établissements de santé – Deuxième procédure d'accréditation Version expérimentale, Novembre 2003**

L'ANAES publie en Novembre 2003 une seconde procédure d'accréditation reprenant les principes généraux de la première version tout en renforçant l'appréciation sur la qualité du service médical rendu au patient. L'accent est mis en particulier, sur les démarches d'évaluation et les dynamiques de qualité.

Les références applicables à la prise en charge du patient sont regroupées selon six types de prise en charge qui sont la médecine-chirurgie, la périnatalité, la psychiatrie, les soins de suite et réadaptation, les soins de longue durée et l'hospitalisation à domicile.

L'éducation du patient (référence 49) est reprise dans chacun de ces six types de prise en charge avec l'intitulé suivant : « *l'éducation du patient sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique le concernant est assurée* ».

Cette référence 49 est déclinée en quatre points qui sont :

- 49. a. « *Un programme d'éducation adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient* » (\*)
- 49. b. « *L'entourage est associé aux actions d'éducation, le cas échéant* »
- 49. c. « *Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient selon le cas* »
- 49. d. « *Le patient est informé des stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses d'aide à l'arrêt des conduites addictives* »

(\*) « Le programme d'éducation est adapté au traitement, à la prévention des complications et des rechutes éventuelles. Il prend en compte les conséquences au quotidien de la maladie du patient sur sa vie familiale, professionnelle. Le programme d'éducation est essentiel pour une participation efficace du patient à son traitement et à la reconnaissance des symptômes prédictifs de complications et/ou de rechutes. Le programme d'éducation porte, par exemple, sur des pathologies (diabète, asthme, etc.) ou des suites opératoires (colostomie, trachéostomie, etc.) ou sur des actions de rééducation (phonique, physique, etc.) »

#### **[11] Rapport d'étape COMPAQH. Lutter contre les troubles nutritionnels. INSERM, Décembre 2003**

Le rapport d'étape COMPAQH (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière) portant sur la lutte contre les troubles nutritionnels, s'inscrit dans un vaste projet élaboré à l'initiative de la DHOS, en collaboration avec l'ANAES. Ce projet, mis en œuvre par l'INSERM, a pour but de développer des indicateurs de qualité dans des établissements de santé publics et privés pendant la période 2003-2005. A partir d'une méthode de travail participative par consensus (DELPHI) et d'une sélection reposant sur des critères de validité et de faisabilité, une série d'indicateurs a été retenue par un comité de pilotage courant décembre 2003, afin de mener une expérimentation dans plusieurs établissements de santé volontaires de 2004 à fin 2005 sur les thèmes considérés.

La lutte contre les troubles nutritionnels fait partie des huit objectifs prioritaires du projet COMPAQH. L'élaboration des indicateurs (structure et processus) portant sur la prise en charge nutritionnelle s'est centrée sur les deux domaines jugés prioritaires en terme de santé publique que sont l'obésité et la dénutrition. Elle a été réalisée à partir de l'analyse de la littérature concernant les trois étapes de la prise en charge des patients qui sont le dépistage, la surveillance et l'éducation thérapeutique.

#### **[12] Evaluation des rappels informatiques dans l'instauration et le suivi de l'éducation diététiques de patients diabétiques de type 2, obèses ou en surpoids. Rapport d'étude CREDES, Décembre 2003**

Le centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) publie en décembre 2003 une étude avant/après contrôlée visant à expérimenter et évaluer l'impact d'un rappel informatique concernant l'instauration et le suivi de l'éducation de patients diabétiques de type 2 sur la pratique médicale (délivrance de conseils diététiques,

édition de la courbe de poids) et les résultats de soins (diminution du poids, prescription d'antidiabétiques oraux).

Il est observé une modification réelle de la pratique des médecins, suite au rappel informatique se manifestant davantage par l'impression d'une fiche de conseils diététique que par celle d'une courbe de poids. Chez les patients, il est constaté un impact favorable en terme de variation négative du poids mais ces diminutions sont de faible ampleur et non significativement différentes du groupe témoin

### **[13] Comprendre la chimiothérapie. Guide d'information et de dialogue à l'usage des personnes malades et de leurs proches. FNLCC, Février 2004**

Un programme intitulé SOR SAVOIR PATIENT est mené depuis 1998 par la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNLCC), les centres régionaux de lutte contre le cancer en collaboration avec la ligue nationale contre le cancer, la fédération hospitalière de France (FHF), la fédération nationale de cancérologie des centres hospitaliers.

Les Standards, Options et Recommandations (SOR), documents scientifiques élaborés par des experts spécialistes du cancer, portant sur les traitements existants dans les différents cancers, ont servi de référence pour le SOR SAVOIR PATIENT. C'est dans le cadre de ce programme qu'ont été élaborés des guides d'information pour différents cancers à destination des personnes malades et leurs proches en ayant pour objectif de :

- mettre à la disposition des personnes malades une information médicale validée, compréhensible et régulièrement actualisée
- faire mieux comprendre la maladie et ses traitements
- faciliter le dialogue entre les patients, leurs proches, le médecin et l'équipe soignante
- permettre aux patients de participer aux choix de leurs traitements

Le guide « comprendre la chimiothérapie » en est un exemple. Il a été réalisé par une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels de santé spécialistes du cancer, de chargés de missions en santé, de spécialistes du langage et de patients.

### **[15] Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles. Bases méthodologiques pour la réalisation en France. ANAES, Avril 2004**

L'ANAES publie en avril 2004 un rapport portant sur les bases méthodologiques pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). L'EPP s'inscrit dans une démarche d'amélioration des pratiques et de la qualité de prise en charge des patients. Elle concerne la pratique médicale et paramédicale, aussi bien en ambulatoire qu'en établissement de santé.

L'annexe 7 du document présente un plan-type pour le rapport d'élaboration du référentiel (processus durant environ 8 mois) dont les étapes identifiées sont les suivantes :

- Présentation du thème, de la cible, des textes professionnels ou réglementaires, justification de l'intérêt de la démarche
- Identification du promoteur et sources financières
- Liste et qualification des participants
- Stratégie de recherche documentaire, argumentation du choix des textes de référence
- Critères de sélection des recommandations par rapport aux exigences de qualité retenues, avec le niveau de preuve scientifique
- Résultats-test du référentiel d'évaluation

**[16] Mieux vivre avec votre asthme. L'éducation thérapeutique pour bien gérer votre asthme au quotidien. ANAES, Mai 2004**

L'ANAES diffuse à l'intention des patients asthmatiques une information sur l'éducation thérapeutique. Cette publication est disponible en ligne (Site ANAES) ou auprès de l'association Asthme et allergie.

Il y est indiqué que :

« *L'éducation thérapeutique s'organise en quatre étapes :*

- 1- *une rencontre privilégiée pour mieux vous connaître : le diagnostic éducatif*
- 2- *un partenariat pour vous aider à développer des comportements les plus utiles dans votre cas*
- 3- *des séances pour développer vos compétences*
- 4- *un bilan régulier pour faire le point sur vos progrès*

*Des séances d'éducation personnalisées »*

**[17] Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? Recherche en médecine générale. SFMG, Juin 2004**

En France, les médecins libéraux sont rémunérés sur le mode du paiement à l'acte. La cotation des honoraires des médecins généralistes est basée sur une nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) qui n'apparaît plus répondre actuellement à la diversification des techniques et des diverses prises en charge.

L'étude sur la typologie des actes en médecine générale a été menée dans le cadre des travaux de la CNAMTS sur la future classification des actes médicaux [60]. Elle a eu pour objectif de définir des indicateurs facilement identifiables pour qualifier différents types d'actes en médecine générale.

L'étude réalisée à partir de plus de 3400 actes a permis de décrire en détail le contenu de ceux-ci ainsi que les différentes tâches réalisées par le généraliste. L'analyse des modalités observées dans la partition en onze classes de consultations, a permis d'individualiser une liste de dix indicateurs de caractérisation des consultations en médecine générale qui sont :

- classe d'âge du patient
- connaissance du patient,
- prise en charge de la prévention
- prise en charge des pathologies aiguës
- prise en charge des problèmes chroniques simples
- prise en charge des problèmes chroniques lourds
- prise en charge psychologique
- nombre de diagnostics
- réalisation de gestes techniques
- recours à des compétences externes

Les auteurs précisent qu'il conviendrait de poursuivre l'étude en prenant en considération la combinaison de ces indicateurs ; ils évoquent également l'intérêt d'une autre approche qui passerait par une cotation des pathologies.

**[19] Réseau de santé. Guide d'évaluation. ANAES, Juillet 2004**

L'ANAES édite en septembre 2004 un guide d'évaluation des réseaux de santé visant à mettre à la disposition d'une part, des professionnels membres de réseaux de santé et d'autre part, des évaluateurs externes, les outils concrets de l'évaluation sous forme de grilles qualitatives et quantitatives d'évaluation.

Ce guide méthodologique a été élaboré en s'appuyant sur l'expérience de plusieurs réseaux de santé (cardiologie, cancérologie, diabète, précarité, soins palliatifs, etc.) et en faisant référence à l'article 632. 1 du code de santé publique qui précise les missions des réseaux de santé : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies, ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur la prise en charge de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ».

La grille d'autoévaluation se décompose en quatre parties qui portent sur les critères de jugement suivants :

- 1- Présentation du réseau (objectifs, actions mises en place..)
- 2- Intégration des usagers et des professionnels dans le réseau
- 3- Fonctionnement du réseau
- 4- Qualité de la prise en charge (*aspect essentiel visant à préciser l'intérêt du réseau par rapport à des modalités organisationnelles traditionnelles*)
- 5- Evaluation économique

Le cahier des charges, destiné à l'évaluation externe, porte sur quatre aspects :

- A. Appréciation de la réalité du réseau (*versus professionnels, versus patients*)
- B. Sécurité et qualité de la prise en charge (*protocoles de soins, formation des professionnels, information des usagers, traçabilité du parcours de soins, meilleure organisation de la prise en charge, etc.*)
- C. Optimisation des ressources
- D. Adaptabilité du dispositif

## **[22] Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. ANAES, AFSSAPS, Septembre 2004**

L'ANAES publie en septembre 2004 des recommandations pour la pratique clinique (RPC) concernant le suivi de l'asthme. La stratégie de prise en charge de l'asthmatique se fonde sur un trépied, à savoir, la pharmacopée, l'éducation thérapeutique et l'éviction des facteurs déclenchants, en particulier environnementaux.

Dans le chapitre V du rapport, consacré à l'observance, il est indiqué que « l'éducation est le principal moyen d'améliorer l'observance » ; « *L'éducation thérapeutique peut améliorer l'observance (niveau 2)* », ce qui correspond à une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve.

Il est précisé au niveau de ces recommandations, qu'elles n'abordent pas le thème de l'éducation du patient qui a été traité en 2001 dans un autre rapport de l'ANAES

## **[23] Manuel d'accréditation version 2. ANAES, Septembre 2004**

L'ANAES publie en septembre 2004 la version 2 (V2) définitive de la procédure d'accréditation destinée aux établissements de santé. Elle accorde, comme l'avait déjà souligné la version expérimentale de novembre 2003 [10], une place centrale au patient avec une centration des références sur la prise en charge du patient.

« La prise en charge du patient » (chapitre trois du rapport) est évaluée en fonction de cinq types (au lieu de six [10]) de prise en charge différents qui sont les soins de courte durée (médecine – chirurgie - obstétrique), la psychiatrie et santé mentale, les soins de suite et rééducation, les soins de longue durée et l'hospitalisation à domicile.

La référence 40 concerne « l'éducation du patient sur son état de santé, son traitement, et les questions de santé publique susceptibles de le concerner ». Trois recommandations (au lieu de 4 [10] lui sont indexées :

- 40 a « *Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état de santé est mis en place en veillant à la compréhension du patient* »  
« *Le programme d'éducation thérapeutique est adapté au traitement et à la prévention des complications et des rechutes éventuelles. Il prend en compte les conséquences au quotidien de la maladie du patient sur sa vie familiale et professionnelle. Le programme d'éducation thérapeutique est essentiel pour une participation efficace du patient à son traitement et à la reconnaissance des symptômes prédictifs de complications et/ou de rechutes. Ce programme porte par exemple sur des pathologies chroniques (diabète, asthme, etc.) ou des suites opératoires (colostomie, trachéostomie etc.) ou sur des actions de rééducation (phonique, physique) »*
- 40 b « *L'entourage du patient est associé aux actions d'éducation, le cas échéant* »  
(*En hospitalisation à domicile : « sont systématiquement destinées au patient et à son entourage »* )
- 40 c « *Une éducation aux questions de santé publique est délivrée au patient selon le cas* »  
« *Les questions de santé publique sont, par exemple, la prévention du risque vasculaire par l'hygiène alimentaire et l'exercice physique, le tabagisme, les infections sexuellement transmissibles, la contraception, etc..*

Certaines précisions pour la référence 40 a (programme d'éducation thérapeutique) sont indiquées selon le type de prise en charge considérée :

- **Psychiatrie** : « le programme d'éducation thérapeutique contribue à l'alliance médecin-patient. Il comporte une information sur la maladie et les traitements au long cours, médicamenteux et non-médicamenteux : bénéfice attendu, délai d'action, respect des posologie, horaires de prise, et de la durée de traitement, effets secondaires et éventuellement signes de sevrage, de dépendance, de rechute. En ce qui concerne les actions d'éducation conduites en partenariat avec l'entourage et les associations d'usagers en psychiatrie, on peut citer l'information sur les droits en psychiatrie, sur les possibilités de recours en cas de détresse psychique afin de réduire le risque de suicide notamment ».
- **Soins Suite et Réadaptation** : « l'éducation du patient est surtout axée sur l'atteinte du plus haut niveau possible d'autonomie »
- **Soins de Longue Durée** : « le programme est adapté au traitement , à la prévention des complications et des rechutes éventuelles. Il prend en compte les conséquences au quotidien de la maladie du résident sur sa vie »
- **Hospitalisation A Domicile** : « Les actions d'éducation favorisent l'autonomisation par rapport aux thérapeutiques employées, l'adaptation à la réalité quotidienne et au handicap du patient, la formation en matière de nutrition et en matière d'entretien du matériel médical. Elles concernent également la gestion de l'environnement (respect des condition d'hygiène, élimination des déchets, etc.) »

**[24] Céphalées chroniques quotidiennes : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge. ANAES, Septembre 2004**

En raison de leur prévalence ainsi que de la méconnaissance de l'entité nosologique que constituent les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) par les professionnels de santé et le grand public exposant les patients à une prise en charge inadaptée, l'ANAES publie en 2004 des recommandations complétant celles sur la prise en charge de la migraine, parues en 2002.

Elles précisent les modalités de sevrage médicamenteux et les mesures d'accompagnement pharmacologiques et psychothérapeutiques ainsi que les modalités de suivi et de prévention des céphalées chroniques quotidiennes. Un agenda permettant au patient de préciser la date de survenue, la durée, les médicaments utilisés est recommandé au stade du diagnostic. L'utilisation de cet agenda est présentée également comme un outil indispensable pour le suivi après sevrage, permettant au patient de comptabiliser conjointement les céphalées et les prises médicamenteuses.

Dans le chapitre consacré à la prévention, il est précisé que « *dans tous les cas, le patient souffrant d'une migraine, d'une céphalée de tension ou des deux, bénéficie d'une éducation concernant la gestion du traitement de ses crises. L'ordonnance doit préciser la nécessité de ne pas dépasser 2 prises par semaine de façon régulière* ».

**[29] Thésaurus en éducation pour la santé. INPES, Janvier 2005**

L'INPES publie en janvier un thésaurus en éducation pour la santé. Une liste numérisée et structurée de termes en rapport avec l'éducation pour la santé a été réalisée pour répondre aux besoins des acteurs de santé et plus particulièrement à ceux des comités d'éducation pour la santé. Elle comprend tous les termes utiles classés par ordre alphabétique avec leur relation sémantique. On y distingue des « termes descripteurs » introduits par le sigle EM, qui sont utilisés pour classer les autres termes.

« L'éducation thérapeutique » est considéré comme un terme non descripteur (EP) entrant sous l'indexation générale de « l'éducation du patient » (terme descripteur) dont le terme générique (TG) retenu est « l'éducation pour la santé »

Dans le paragraphe consacré au terme descripteur « l'éducation du patient », figurent une série de « termes associés » (TA) tels que : observance thérapeutique, relation soignant soigné, suivi du patient, maladie chronique, comportement préjudiciable à la santé, pédagogie centrée sur l'apprenant, processus d'apprentissage, psychologie de santé .....Etc.). Une note d'application (NA) cite, en fin de paragraphe une définition concernant « l'éducation du patient » qui a été donnée par Deccache et Lavendhomme en 1989.

**[30] La prise en charge et les conditions de vie des patients atteints d'hépatite C chronique. DREES, Janvier 2005**

La direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie en janvier un article sur la prise en charge et les conditions de vie des patients atteints d'hépatite C chronique à l'issue d'une enquête réalisée auprès de 3600 patients consultant dans un établissement de santé.

Les principaux résultats portant sur la prise en charge sont :

- Satisfaction par rapport au délai d'obtention de leur consultation
- Annonce de la séropositivité réalisée lors d'un entretien.
- Satisfaction par rapport à l'information reçue sur leur maladie

- Médecin et les proches sont les interlocuteurs privilégiés pour parler de la maladie (1/4 ont eu cependant recours à un psychologue ou à un psychiatre)
- Importance du retentissement de la maladie sur la vie quotidienne
- Fatigue et dégradation du moral sont les difficultés les plus fréquemment éprouvées

**[32] Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. HAS, Mars 2005**

L'HAS publie en mars 2005 un guide méthodologique, rédigé à la demande du conseil scientifique de l'ANAES, pour les besoins de rédaction de documents écrits d'information dans les champs de la prévention, du dépistage, des stratégies diagnostiques, thérapeutiques et de soins.

Ce guide propose la description des étapes d'élaboration d'un document écrit d'information qui vise à mettre à disposition des patients, des usagers du système de santé et de leurs proches, une information écrite compréhensible, reposant sur des sources d'information validée. Il peut être utilisé par les sociétés savantes et les organisations professionnelles qui souhaitent s'engager dans une démarche d'information des patients et des usagers dans laquelle une information écrite peut compléter une information orale, qui s'appuie sur des recommandations professionnelles existantes.

L'éducation thérapeutique est identifiée comme un domaine où le document écrit d'information a sa place. Le but d'un tel document est de « *comprendre l'intérêt et les bénéfices du développement de compétences pour gérer et mieux vivre avec une maladie chronique ou une situation qui nécessite un apprentissage* ».

L'annexe 4 du guide présente un exemple de plan pour un document écrit d'information en *éducation thérapeutique* « *comprendre et mieux vivre avec la situation* » :

- *Combien de personnes sont concernées actuellement par la situation*
- *Gérer la situation, pourquoi ?*
- *Gérer la situation, comment faire ?*
- *Les compétences à développer*
- *Les étapes pratiques*
- *Questions/ réponses*
- *Coût*
- *Contacts utiles*
- *Où obtenir des informations complémentaires ?*

**[35] Livre blanc de la douleur – Etats généraux, Juin 2005**

Le livre blanc de la douleur, émanant d'un ensemble de professionnels et d'usagers vise à renforcer la prise de conscience des professionnels et des citoyens en faveur d'une prise en charge de la douleur mieux adaptée aux besoins de la population et à sensibiliser l'opinion au programme national de lutte contre la douleur.

Parmi les quinze propositions d'amélioration élaborées par le comité d'organisation, et figurant dans ce fascicule, est citée en première ligne, l'information et l'éducation du citoyen. Cette proposition s'accompagne d'une recommandation pour « *la sensibilisation et formation des professionnels de santé à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique* »

**[36] Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle - Actualisation Juillet 2005. HAS**

L'HAS publie en juillet 2005 de nouvelles recommandations qui viennent actualiser les recommandations pour la pratique clinique qui ont été diffusées en 2000. L'objectif est de préciser les modalités de prise en charge d'un patient atteint d'hypertension essentielle. Diverses questions sont abordées, notamment la stratégie de prise en charge non médicamenteuse et médicamenteuse.

Au niveau du paragraphe V portant sur le traitement pharmacologique, il est précisé que « *ces mesures sont d'autant plus efficaces si elles sont proposées dans le cadre d'une éducation thérapeutique destinée à informer le patient sur son HTA et les risques cardiovasculaires associés, et à définir des objectifs précis et réalistes adaptés à chaque patient* »

Au niveau du chapitre X qui concerne la fréquence de suivi, il est précisé « *qu'un suivi des patients les plus à risque dans le cadre d'un programme éducatif et/ou d'un réseau de soins incluant d'autres acteurs (pharmacien, infirmière, diététicienne) constitue une perspective à encourager* »

**[37] – Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles. Education thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille en pédiatrie. HAS, juillet 2005**

Ce rapport présente la démarche d'élaboration d'un référentiel d'autoévaluation effectuée par un groupe de travail composé en majorité de pédiatres à exercice libéral. La méthode suivie fait référence au guide méthodologique de l'ANAES publié en avril 2004 [15].

Le rapport précise que le texte des recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique (2002) a été retenu comme source documentaire principale

Dans un premier temps, le groupe a sélectionné « *les objectifs de qualité pouvant figurer dans le référentiel* :

- *Le patient sait utiliser le matériel d'inhalation*
- *Le patient sait utiliser le débitmètre de pointe*
- *Il dispose d'un plan d'action écrit de traitement de la crise*
- *Il dispose d'un carnet de suivi*
- *Ce suivi est systématisé et mis en place en continu*
- *Il reconnaît les situations à risques de déclenchement ou d'exacerbation de l'asthme*
- *Il sait prévenir ces situations*
- *Il connaît les signes de gravité de la crise*
- *Il comprend la différence entre le traitement de la crise et traitement de fond*
- *L'enfant ou sa famille agissent sur les facteurs environnementaux* »

Dans un deuxième temps, des motifs de sélection de ces objectifs ont été choisis :

- *Utilité pour l'amélioration de la qualité des soins et de vie pour le patient*
- *Gravité pour le patient (objectif de sécurité)*
- *Applicabilité pour le patient*
- *Faisabilité au cabinet pour le médecin*
- *Niveau de preuve : non discriminant dans ce thème car grade C ou accord professionnel*
- *Mesurabilité* »

### **[39] Prise en charge de la drépanocytose chez l'enfant et l'adolescent. HAS**

L'HAS publie en septembre 2005 des recommandations concernant la prise en charge de la drépanocytose chez l'enfant et l'adolescent. « *L'éducation thérapeutique et l'information de l'entourage* » font l'objet d'un des huit principes généraux de la prise en charge. Elle s'adresse à l'enfant et à son entourage ».

Concernant l'éducation thérapeutique des parents, « *il est recommandé d'expliquer aux parents les facteurs favorisant les crises vasomotrices* », de « *leur rappeler la nécessité d'une hydratation abondante* », de *leur apprendre à être attentifs à différents symptômes, à reconnaître les signes précurseurs de la crise...*

L'éducation thérapeutique est également à proposer à l'enfant de manière à « *lui permettre de se familiariser avec la prise en charge de sa maladie* ».

### **[40] Etude Entred 2002-2005. INVS, Septembre 2005**

L'étude Entred (Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques) est le résultat d'une enquête nationale sur la prise en charge du diabète. Elle a été réalisée en partenariat entre l'Association nationale de coordination des réseaux diabète, l'Assurance maladie et l'Institut de veille sanitaire, avec le soutien de l'Association française des diabétiques.

L'étude a eu deux objectifs :

- Décrire, évaluer et surveiller l'état de santé des personnes diabétiques traitées en France, ainsi que les modalités de suivi et l'impact des traitements

- Apporter des données représentatives pour permettre aux réseaux diabète (ANCRED) de s'évaluer avec une comparaison entre les patients suivis dans le cadre des réseaux et ceux suivis en pratique usuelle

La méthode utilisée a consisté en la réalisation d'un échantillonnage de personnes diabétiques tirées au sort à partir des fichiers de remboursements de médicaments de l'assurance maladie, ainsi qu'en l'utilisation conjointe des données de remboursements et de questionnaires individuels permettant une approche globale de la personne diabétique.

Les conclusions de l'étude sont que « *La prise en charge thérapeutique des diabétiques doit être intensifiée* ». Elles indiquent que « *32 % des diabétiques sont traités par un seul antidiabétique oral mais sans metformine comme il l'est recommandé ; le niveau d'HbA1c est mal contrôlé dans plus de la moitié des cas ; le contrôle de la pression artérielle et des niveaux lipidiques est également insuffisant. L'intensification de la prise en charge diététique et du traitement médicamenteux permettrait de mieux contrôler le risque vasculaire et de prévenir les complications du diabète* ».

### **[43] Elaboration de critères de qualité concernant la prise en charge des troubles nutritionnels au sein d'un établissement de santé – projet COMPAQH**

Dans la continuité de la démarche méthodologique décrite dans le rapport d'étape de Décembre 2003 [11] , des critères de qualité d'un programme d'éducation thérapeutique pour les patients présentant des troubles nutritionnels, ont été fixés. Leur détermination qui fait référence aux travaux des Pr Gagnayre et D'Ivernois, a permis l'établissement d'une grille de recueil de données destinée à évaluer des programmes d'éducation thérapeutique nutritionnelle.

Cette grille comporte deux parties selon que l'on considère d'une part, les acteurs ou d'autre part, les supports :

- La première partie (dix critères) concerne les acteurs et le processus (le déroulement du programme avec ses différentes phases de diagnostic éducatif et contrat d'éducation, de mise en œuvre du programme prédéfini, l'évaluation, la formation diplômante en méthodologie de l'éducation thérapeutique) . Le seuil de qualité fixé est de 5 critères sur les 10
- La deuxième partie (cinq critères) porte sur les supports (le dossier éducatif, les supports pédagogiques, les outils d'évaluation, le compte rendu du programme..). Le seuil de qualité retenu est de 3 critères sur les 5

Ces éléments méthodologiques ont été repris au niveau du cahier des charges servant de base au protocole expérimental d'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique nutritionnelle dans les établissements de santé retenus pour l'expérimentation.

#### **[47] Rapport d'activité du groupe de travail d'éducation thérapeutique de la société de pneumologie de langue française. SPLF, Janvier 2006**

Un groupe de travail « ETHER » (Education THERapeutique) de la société française de pneumologie de langue française (SPLF) s'est réuni en Janvier 2006 et a précisé les différentes orientations et projets pour cette activité durant l'année 2006.

Les préoccupations diverses du groupe pluridisciplinaire (pneumologues, allergologues, médecins généralistes et infirmiers), ont amené à constituer quatre groupes de travail portant sur :

- Elaboration d'un guide d'entretien et d'un dossier d'éducation thérapeutique
- Réflexions et analyse des difficultés rencontrées dans les écoles d'asthme
- Intégration des médecins généralistes à l'éducation thérapeutique
- Adaptation de l'éducation thérapeutique aux différentes cultures

*(Travaux non publiés à ce jour)*

#### **[48] Rapport du Pr Hercberg : éléments de bilan du PNNS et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS 2 . Février 2006**

Le PNNS, selon le rapport du Pr Hercberg publié en Février 2006, a montré la nécessité d'un travail permettant d'agir conjointement sur la promotion de la nutrition, le dépistage précoce et la prise en charge des troubles nutritionnels et de leurs conséquences sur la santé. Les propositions du PNNS 2 ne sont plus des recommandations générales mais des propositions d'actions concrètes et pragmatiques.

Le PNNS 2 a pour ambition d'aller au delà du premier plan en privilégiant quatre axes d'action qui sont :

- La prise en charge des populations défavorisées, particulièrement touchées par l'obésité
- La prise en charge par les professionnels de santé, de l'obésité
- La promotion des actions locales en faveur d'un meilleur comportement nutritionnel
- L'amélioration de la qualité et de la présentation de l'offre alimentaire

Un paragraphe spécial est consacré à l'éducation thérapeutique au niveau des actions à développer au plan national dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de l'obésité infantile et adulte (cf. 4.2.2 « *soutenir des expériences d'éducation thérapeutique dans le*

*domaine de l'obésité à partir d'un appel à projets national. Rédiger des protocoles de recommandations en éducation thérapeutique »).*

La mise en place de réseaux, la formation médicale des professionnels, ainsi que la création de centres de référence régionaux font partie de ce même plan d'actions, au niveau régional.

Le rapport indique par ailleurs, qu'au niveau des établissements de soins, devront être intégrés des objectifs liés à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition dans les contrats d'objectifs et de moyens, en lien avec les objectifs nutritionnels du plan régional de santé publique. Ceux-ci seront accompagnés de la mise en place de formations sur la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition.

#### **[50] Rapport du 31 Mars 2006 sur la consultation périodique de prévention. Pr. Joël Ménard, laboratoire de Santé publique de l'hôpital Broussais, Paris**

Le 31 mars 2006, est diffusé un rapport établi par le Pr Ménard (2005) portant sur le renforcement de la prévention au niveau individuel. Pour y parvenir, cinq pistes d'amélioration sont proposées :

- Evaluer et renforcer ce qui est en voie de réussite (dépistage organisé, vaccination)
- Donner aux professionnels des outils d'aide à la prévention facilement accessibles sur internet offrant ainsi une possibilité de faire évoluer les pratiques quotidiennes de prévention (EsPer) [5]
- Organiser une prévention individuelle structurée périodique fondée sur le dépistage des principaux risques pour la santé en fonction de l'âge
- Organiser une prise en charge systématique des facteurs de risque chez les parents de premier degré devant toute mortalité ou morbidité survenue à un âge anormalement précoce
- Discuter l'accès à une prévention médicamenteuse sur prescription médicale

La « consultation périodique de prévention » est présentée comme un acte prioritaire. *« Celle-ci permet de « hiérarchiser les risques individuels de santé autour des comportements, de la famille, de la biologie et de l'environnement. Elle organise leur réduction par les seules actions dont les rapports bénéfice/risque et bénéfice/coût ont été démontrés favorables : modifications des comportements, programmation des dépistages, traitement préventifs parmi lesquels les vaccinations. L'objectif est de donner à 100 % des français la possibilité de hiérarchiser leurs risques de santé à un moment de leur vie où des méthodes de réduction de ces risques ont été démontrées réalisables ....La trame d'un cadre national sera conçue par une coordination de l'expertise déjà disponible dans les agences de santé, qui sont toutes concernées. Une mise en œuvre régionale est départementale veillera à mobiliser, grâce aux caisses d'assurance maladie, tous les assurés sociaux vers des professionnels de santé préalablement formés... »*

#### **[51] Mieux vivre avec l'asthme Pr Duroux, Pr Michel de Boucaud, Marie Dominique Le Borgne. Odile Jacob, poches pratiques Avril 2006-05-25**

Un groupe de trois auteurs composés d'un pneumologue, d'un psychiatre et d'une asthmatique, présidente d'une association de patients, ont fait paraître un ouvrage « *différent des autres ouvrages sur l'asthme* », destiné aux patients asthmatiques, intitulé « mieux vivre avec son asthme ».

Les auteurs présentent en préambule, leurs quatre objectifs qui sont :

- « vous permettre de vous identifier au travers des témoignages et de trouver une explication médicale et psychologique à ces préoccupations partagées »
- « vous aider à gérer vous-même la maladie en verbalisant vos préoccupations non exprimées »
- « vous faire partager les progrès et les succès acquis par une association locale de patients, pilote en France, fondée sur des groupes de parole »
- « répondre à vos questions et à vos besoins d'information »

Les auteurs précisent à l'intention des patients asthmatiques que « La finalité de l'ouvrage n'est pas de donner des recettes mais simplement de préciser les conditions nécessaires à une amélioration de la prise en charge de cette maladie pour vous permettre d'accéder à une meilleure qualité de vie »

### **[52] ALD 8. Diabète. Liste des actes et prestations. HAS, Mai 2006**

Conformément à ses missions, l'HAS formule des recommandations sur les actes et prestations pour les patients présentant une affection de longue durée (ALD) reprise à l'article L 322.3 du code de la sécurité sociale. Ces recommandations doivent servir de base aux protocoles de soins. L'éducation thérapeutique fait l'objet d'un paragraphe spécifique dans le premier chapitre des recommandations qui porte sur les actes médicaux et paramédicaux.

« L'éducation thérapeutique constitue une dimension de l'activité de certains professionnels. Elle doit veiller à l'implication du patient (et de sa famille chez l'enfant) ayant un diabète : intelligibilité de sa maladie, maîtrise des gestes techniques et adaptation du mode de vie. Elle comporte :

- une information qui porte sur les thérapeutiques disponibles, les effets indésirables possibles du traitement reçu par le patient, la planification des examens de routine ou du dépistage de complications éventuelles et leurs résultats
- un apprentissage des gestes techniques (auto injection d'insuline, auto surveillance glycémique
- un apprentissage alimentaire et une prévention active contre la sédentarité qui représentent des interventions irremplaçables à toutes les étapes de la prise en charge du diabète
- une aide à l'arrêt de la consommation du tabac et d'alcool. Une prise en charge spécialisée est recommandée chez les personnes fortement dépendantes ou souffrant de coaddictions multiples ou présentant un terrain anxiodépressif

Ces actions d'éducation requièrent le concours de différents professionnels de santé, qui peuvent intervenir au moyen d'actes individuels auprès des malades ou par une éducation de groupe. Ces actions peuvent exister aujourd'hui mais avec une organisation insuffisante et sans que leur prise en charge ne soit toujours prévue. Une contractualisation globale autour de l'intervention des différents professionnels est préférable à la juxtaposition d'actes »

A côté du document principal portant sur la liste des actes et des prestations , ont été élaborés des guides à l'attention des médecins (diabète type 1 enfant et ado, type 1 adulte, type 2). L'éducation thérapeutique figure dans chacun de ces trois guides au niveau de la prise en charge thérapeutique.

Le paragraphe qui lui est consacré indique que :

« L'éducation thérapeutique comporte l'apprentissage et l'évaluation des connaissances : intelligibilité de soi et de sa maladie, maîtrise des gestes techniques d'auto surveillance et d'auto traitement, compétence d'autodiagnostic, d'autogestion d'une crise, d'auto adaptation de son cadre et de son mode de vie à sa maladie, d'auto adaptation à une modification des conditions de vie, à l'évolution des thérapeutiques, résultats des dépistages, des complications, planifications des prochains dépistages.. »

### **[53] ALD 6. Hépatite chronique C. Liste des actes et prestations. HAS, Mai 2006**

Conjointement aux recommandations sur le diabète, l'HAS publie des recommandations concernant l'hépatite chronique C pouvant servir de base aux protocoles de soins. L'éducation thérapeutique est également [52] mentionnée, sous la forme d'un paragraphe spécial, au niveau du premier chapitre qui porte sur les actes médicaux et paramédicaux

« L'éducation thérapeutique constitue une dimension de l'activité de certains professionnels. Elle doit veiller à l'implication du patient ayant une hépatite chronique C : intelligibilité de sa maladie, maîtrise des gestes techniques et adaptation du mode de vie. Elle comporte ;

- une information qui porte sur les thérapeutiques disponibles, les effets indésirables possibles du traitement reçu par le patient, la planification des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et leurs résultats
- un apprentissage des gestes techniques (auto injection si traitement par interféron)
- une aide à l'arrêt de la consommation d'alcool et de tabac, associée si besoins à un accompagnement spécialisé
- une prise en charge spécialisée est recommandée chez les personnes fortement dépendantes ou souffrant de coaddictions multiples ou présentant un terrain anxiodépressif
- en cas d'excès de poids, une recherche de réduction pondérale ainsi qu'une normalisation du bilan lipidique et de la glycémie, surtout s'il existe une stéatose hépatique ....

Ces actions requièrent le concours de différents professionnels ... »cf supra

Dans le guide destiné au médecin, l'éducation thérapeutique fait également [52] l'objet d'un paragraphe spécial au niveau de la prise en charge thérapeutique :

« L'éducation thérapeutique doit veiller à la bonne compréhension du patient ayant une hépatite chronique C : intelligibilité de sa maladie, maîtrise des gestes techniques. Elle comporte :

- une information qui porte sur les thérapeutiques disponibles, les effets indésirables possibles du traitement reçu par le patient, la planification des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et leurs résultats
- un apprentissage qui porte sur les gestes techniques (auto injection en cas de traitement par interféron) »

### **[55] Livre blanc du CNPGPO « Officine 2010 : réflexions et propositions sur missions du pharmacien de demain », juin 2006**

Le Collectif national des groupements de pharmaciens d'officine (CNGPO) diffuse en juin 2006 son livre blanc intitulé "Officine 2010 : réflexions et propositions sur missions du pharmacien de demain". Il présente treize propositions, en réponse aux défis de la pharmacie de demain : la compétence, la performance et la qualité de service.

La proposition essentielle concerne la prescription pharmaceutique dont le développement répond à une coopération plus étroite et efficace entre pharmaciens et médecins, souhaitée par les pouvoirs publics dans le cadre de la chaîne de soins. Elle consiste à « autoriser la prescription pharmaceutique pour des maladies bien déterminées, dans un cadre précisément défini » (possibilité évoquée de renouvellement intermédiaire du traitement des maladies chroniques, de traitement des affections et troubles bénins ou courants, ou encore de prescriptions liées à la prévention et au dépistage..) .

Les autres propositions portent sur :

- l'accès du pharmacien au futur dossier médical personnel (DMP)
- l'optimisation de son rôle dans l'observance des traitements par le développement de la consultation pharmaceutique et par la constitution du dossier pharmaceutique
- le renforcement de son rôle de sentinelle et de prévention face aux enjeux de santé publique (sécurité sanitaire)
- le renforcement de son rôle de coordinateur en favorisant sa participation aux réseaux de santé publique

- le partenariat avec les organismes complémentaires pour le développement de la médication officinale et participer à la responsabilisation de l'assuré

**[56] Rapport « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé » Pr. Berland, Dr Bourgueil, juin 2006**

Ce document est un rapport d'étape d'une démarche expérimentale dont le démarrage a été initié en 2003 [9] puis promulgué dans un cadre législatif et réglementaire [28]. Il vise à apporter des éléments de réflexion sur les possibles délégations d'activités et de compétence entre la profession médicale et les autres professions de santé.

Les cinq expérimentations qui sont présentées dans le rapport démontrent « *la faisabilité, en toute sécurité pour les patients, de la délégation de tâches dans les domaines et contextes abordés à travers l'analyse et le bilan de cinq expérimentations. Elles démontrent une très forte motivation des acteurs médicaux et paramédicaux impliqués dans le soins, de voir évoluer nos pratiques vers plus de collaborations entre tous les acteurs de santé* ».

Etant donné les contextes très différents, les résultats sont présentés selon chaque type d'expérimentation, en rappelant la justification, la nature des activités spécifiques confiées en vertu de l'arrêté du 13/12/04 et les modalités d'organisation.

Le tableau ci-dessous reprend ces différents éléments pour les deux expérimentations qui ont concerné le suivi thérapeutique de patients porteurs de maladies chroniques :

- patients porteurs d'une hépatite C (Expérimentation N°2)
- patients diabétiques de type 2 (Expérimentation N°5)

N°	Compétences du soignant	Nature des activités confiées	Modalités de réalisation	Résultats
2	*Diplôme infirmier *Expérience professionnelle associée à des qualités portant sur : - connaissance de la pathologie - écoute et relation d'aide - explicitation - implication dans le réseau ville-hôpital	- Informer sur la pathologie et son traitement - Diagnostic éducatif - Propositions d'ordonnances - Délivrance de documents - Gestion des rendez-vous - Gestion des effets indésirables	Consultation (45 minutes)  Appel téléphonique (15 minutes)	Satisfaction du patient avec absence de perte de chance  Meilleure observance
5	*Diplôme de diététicienne *Formation complémentaire sur la pathologie et/ou en éducation du patient	Consultation nutritionnelle déléguée avec possibilité de modifier la prescription diététique médicale initiale	Protocole associant un forfait de 3 à 5 consultations déléguées encadrées par une prescription initiale et une évaluation finale par médecin Durée 40 minutes	Gain de temps médecin  Meilleurs résultats sur Hb glyquée et poids  Moindre dépense pharmaceutique

## Conclusion

De ce rapport visant à présenter les orientations pour le développement de l'éducation thérapeutique en France entre 2002 et 2006, deux aspects particuliers se dégagent par rapport au précédent bilan.

La première particularité est celle de la multiplicité des textes se rapportant à l'éducation thérapeutique. Ce constat rend compte de la place devenue incontournable de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des patients porteurs d'affections chroniques. Ce constat est renforcé par l'observation de la provenance diverse des différents textes de référence relevés ; ceux-ci émanent à la fois des organismes de tutelles (Etat et directions, Assurance Maladie) ainsi que des sociétés savantes et organismes scientifiques.

La seconde observation est que ce bilan longitudinal met en évidence certains aspects spécifiques du développement de l'éducation thérapeutique qui semblent étroitement liés à la promulgation des lois d'Août 2004 sur la Santé Publique et sur la réforme de l'Assurance maladie. Ces deux lois, qui ont souligné le caractère fondamental de la prévention en matière de Santé, ont favorisé par voie de conséquence, tant à l'égard de la population que des professionnels de santé, un certain nombre de mesures et de dispositifs visant le décloisonnement du système de santé (coopération, aides financières, réseaux de santé, SROS) et participant à l'essor de la promotion de la Santé. Elles ont entraîné également une structuration nationale à la fois au niveau des priorisations des besoins de santé définies par l'Etat ainsi qu'au plan de l'élaboration de recommandations par un organisme expert, l'HAS. Dans ce cadre rénové, on observe que, succédant aux premiers plans stratégiques nationaux portant sur l'importance de l'intégration de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques, sont apparues plus récemment des recommandations ciblées concernant la prise en charge des affections de longue durée visant à responsabiliser les praticiens mais aussi les malades (convention médicale, contractualisations spécifiques, protocoles de soins, etc.) dans un système économique contraint et une médecine fondée sur des faits prouvés (EBM).

Les réflexions menées actuellement par la CNAMTS et les sociétés savantes concernant la nouvelle classification des actes médicaux (CCAM clinique), devraient montrer d'ici quelques mois, à travers la place et la valorisation accordée à l'éducation thérapeutique, quelle est la véritable reconnaissance de celle-ci en tant qu'entité clinique et thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques.

## GLOSSAIRE des abréviations utilisées

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ADELFI	Association des diététiciens de langue française
ALD	Affections de longue durée
ALFEDIAM	Association de langue pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANCRED	Association nationale de coordination des réseaux diabète
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
BPCO	Broncho pneumopathie chronique obstructive
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNGO	Collectif national des groupements de pharmaciens d'officine
COMPAQH	Coordin. pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREDES	Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé
DMP	Dossier médical personnel
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DPSS	Département de pédagogie des sciences de la santé
DRDR	Dotation régionale de développement des réseaux
DREES	Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
EBM	Evidence-based medicine (médecine fondée sur des faits prouvés)
ENTRED	Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FNLCC	Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
FNPEIS	Fonds national de prévention et d'informations sanitaires
GIP	Groupe d'intérêt public
GRSP	Groupe régional de santé publique
HAS	Haute autorité de santé
HAD	Hospitalisation à domicile
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
LFSS	Loi de Financement de la sécurité sociale
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
OMS	Organisation mondiale de la santé
OQ	Objectif quantifié
PAP –SPP	Programme annuel de performance - Santé publique prévention
PERNNS	Pôle d'expertise et de référence nationale des nomenclatures
PMT	Projet médical de territoire
PNNS	Programme national nutrition santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programme régional de santé
PRSP	Programme régional de santé publique
RPC	Recommandations pour la pratique clinique
SFMG	Société française de médecine générale
SOR	Standards options et recommandations
SPLF	Société de pneumologie de langue française
SREPS	Schéma régional d'éducation pour la santé
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
T2A ou TAA	Tarifification à l'activité
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie