



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Dossier de demande d'évaluation d'un acte par une organisation professionnelle

A retourner à M. le Pr Jean-Luc HAROUSSEAU, Président de la HAS, avec copie à :

- Mme le Dr Sun Hae LEE-ROBIN, Chef du service Évaluation des actes professionnels (has.seap.secretariat@has-sante.fr) ;
- M. Frédéric van ROECKEGHEM, Directeur général de l'Uncam (50, avenue du Pr André Lemierre – 75020 Paris).

Un formulaire à remplir par acte	
Intitulé de l'acte :	Séance d'Education Thérapeutique du Patient
A faire parvenir à la HAS au plus le 10 septembre 2012 au plus tard	

- NB :
- Cette demande concerne exclusivement l'évaluation d'un acte réalisé par un professionnel de santé en vue de son inscription à une liste d'actes pris en charge par l'Assurance maladie, de sa radiation ou des modifications de ses conditions d'inscription.
 - Si besoin, vous pouvez contacter le service Évaluation des actes professionnels pour remplir ce formulaire au 01 55 93 71 21 – has.seap.secretariat@has-sante.fr

ATTENTION : pour être recevable, le dossier doit être dûment rempli et contenir des éléments d'information nécessaires pour comprendre rapidement le sujet ou la technique.

Nom de l'organisation professionnelle

ANFIIDE
(Association Nationale Française des infirmières
et Infirmiers Diplômés et Etudiants)

Adresse Secrétariat de l'ANFIIDE
5 Rue Blaise Pascal
94 440 VILLECRESNES

Téléphone : **06.03.58.57.37** Fax : **xxxxxxx** E-mail : secretariat@anfiide.com

Votre organisation a-t-elle passé une convention avec la HAS ?

oui non Si oui, à quelle date ?

Nature de l'organisation (Conseil national professionnel, Fédération, Société savante, Collège, ...) :

Association Nationale Infirmière, créée en 1924, reconnue d'utilité publique depuis 1932, ayant mandat international à représenter les infirmières françaises, affiliée au Conseil International des Infirmières (CII).

Responsable de la demande

Nom **Brigitte LECOINTRE (Présidente)**

Adresse **5 Rue Blaise Pascal
94 440 VILLECRESNES**

Téléphone : **06.03.58.57.37** Fax : **xxxxxxx** E-mail : lecointre.inf@wanadoo.fr

Informations sur le contexte

Quelle est la nomenclature concernée ?

- Classification commune des actes médicaux (CCAM) : actes techniques, diagnostiques ou thérapeutiques, réalisés par les médecins et les chirurgiens
- Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) : actes diagnostiques réalisés par les laboratoires de biologie médicale
- Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : actes réalisés par les autres professions de santé (chirurgiens-dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, orthoptistes, orthophonistes, podologues, ...)

S'agit-il d'une demande pour une :

- inscription d'un nouvel acte ?
- modification des conditions d'inscription ?
- radiation d'un acte ?

Si votre demande concerne l'inscription d'un nouvel acte :**En quoi cet acte est-il nouveau ?**

La pratique éducative fait aujourd'hui l'objet de nombreuses recommandations et priorités en Santé Publique. L'officialiser dans la NGAP serait de nature à la rendre plus opérationnelle, mieux coordonnée, et évaluable. Cet acte introduirait de manière explicite dans la NGAP une pratique déjà implicitement prise en charge par l'Assurance Maladie via la lettre-clé AIS 3.

S'il existe un acte proche dans la nomenclature, préciser lequel :

- Séance de Soins Infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou définitive (AIS 3).

- Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou définitive (AIS 4).

Cet acte comporte :

- le contrôle des principaux paramètres servant à la prévention et à la surveillance de l'état de santé du patient ;
- la vérification de l'observance du traitement et de sa planification ;
- le contrôle des conditions de confort et de sécurité du patient ;
- le contrôle de l'adaptation du programme éventuel d'aide personnalisée ;
- la tenue de la fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant ;
- la tenue de la fiche de liaison et la transmission des informations à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue.

- Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention chez un patient insulino-traité de plus de 75 ans (AMI 4).

Cette cotation inclut :

- l'éducation du patient et/ou de son entourage
- la vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire, le dépistage du risque d'hypoglycémie
- le contrôle de la pression artérielle
- la participation au dépistage et le suivi des éventuelles complications, en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées
- la prévention de l'apparition de ces complications, en particulier par le maintien d'une hygiène correcte des pieds
- la tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications
- la tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue.

- Education à l'auto-sondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances (AMI 3,5).

Préciser en quoi cet acte proche diffère de l'acte demandé ?

Tout patient nécessitant des interventions en éducation thérapeutique doit être considéré comme « dépendant » au sens des théories infirmières, des définitions de l'OMS relative au handicap¹, et des références conceptuelles sur le sujet². A l'heure actuelle, cette pratique est intégrée de manière plus ou moins adaptée dans les pratiques infirmières, prise en charge par l'Assurance Maladie sous couvert du dispositif « Démarche de Soins Infirmiers (DSI) »³, lequel est amené à être réformé avant le 31 Décembre 2012 sans que les professionnels

¹ http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf, page 5.

² ANAES. Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile. Service des recommandations professionnelles. Mai 2004.

³ « Expliquer... Le recours à l'AIS 3 pour la prise en charge de patients en situation de dépendance » : http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/expliquer-recours-ais-3-pour-pri_654.pdf

infirmiers aient la moindre idée de ce que deviendra ce dispositif, ni de la façon dont les interventions éducatives seront traitées dans ce nouveau dispositif.

Par ailleurs, concernant les « séances hebdomadaires » précédemment citées, elles ne répondent aux nécessités de la démarche éducative ni par leur contenu ni par leur fréquence.

Enfin, l'acte d'éducation à l'auto-sondage trouve sa limite dans le fait qu'il constitue une intervention dissociée de l'ensemble de la démarche éducative telle que décrite par les références scientifiques, et qu'elle est limitée à 10 séances là où certains patients pourraient nécessiter plus.

Si votre demande concerne une modification des conditions d'inscription, précisez la raison :

(Nouvelle indication, nouvelle technologie, nouvelle voie d'abord, etc.)

XX

Si votre demande concerne une radiation, précisez la raison :

(Acte obsolète, dangereux, remplacement total par un autre acte, etc.)

XX

Nom et coordonnées d'au moins un professionnel référent de l'acte à évaluer (réalisateur)

Nom **Philippe Bordieu (Vice-Président)**
 Adresse Villa N°11 - 22, Rue Louis Plana - 31500 Toulouse
 Téléphone : **06.82.69.65.13** Fax : **xxxxxxx** E-mail : bordieu.philippe@free.fr

Pour les actes diagnostiques, nom et coordonnées d'au moins un clinicien prescripteur

XX

Spécialité(s) concernée(s) par l'acte (dont prescripteur) :

Médecine Générale. Médecine spécialisée (Endocrinologie, Cardiologie, Pneumologie, Néphrologie, Rhumatologie,...). Soins Infirmiers.

Estimation du nombre d'actes réalisés en France / an :

Selon le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, on estime que 15 millions de personnes, soit près de 20 % de la population française, sont atteintes de maladies chroniques. Ces maladies constitueront la principale source d'incapacités physique, mentale et sociale dans le monde d'ici 2020, selon l'OMS. De fait, le nombre d'acte dépend du type de pathologie concernée, de la phase de la maladie dans l'histoire médicale de la personne, et du type d'intervention utile (éducation pour la santé en prévention primaire, éducation thérapeutique en prévention secondaire, tertiaire, voire quaternaire).

De fait, il est difficile à ce jour de chiffrer le nombre d'interventions sauf à limiter l'acte à des pathologies et/ou des populations et/ou des phases de la maladie identifiées comme répondant favorablement aux interventions éducatives (Cf. bibliographie). Seule certitude, le nombre de patients concernés ne fait que croître.

Selon les données de l'Assurance Maladie⁴, les pathologies présentant la plus forte croissance annuelle en matière de prise en charge en affection de longue durée sont : les insuffisances médullaires (13,6 %), les collagénoses (12,3 %), la sclérose en plaque (10 %), les maladies du foie et les cirrhoses (9,9 %), les maladies inflammatoires chroniques intestinales (8,9 %), l'épilepsie et les affections neuromusculaires (8,6 %), la spondylarthrite ankylosante (7,9 %), les cancers (6,3 %), et le diabète (6,2 %).

Sur le plan économique, la prise en charge des maladies chroniques est un défi majeur pour notre système d'assurance maladie. Ce sont chaque année 84 milliards d'euros qui sont consacrés à la prise en charge des 7,5 millions de personnes qui bénéficient du régime d'affection de longue durée. En 2010, la croissance de ces charges était évaluée à 1,25 points de

⁴ Ministère de la santé et des solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. Avril 2007.

CSG, sachant que les dépenses courantes de santé ont représenté cette même année 9% du PIB⁵.

Estimation du nombre de centres réalisant l'acte en France :

En terme de NGAP, et en référence aux seules pratiques des infirmières libérales, ce sont plus de 50 000 professionnelles qui sont concernées par cet acte. Pour autant, les interventions éducatives concernent également, et de manière croissante, les établissements hospitaliers, même si ces actes ne figurent pas encore à la CCAM ou au PMSI.

Dans tous les cas, les professionnelles ne répondent pas toutes aux dispositions des textes issus de la Loi HPST (en particulier ceux du 02 Août 2011 relatifs aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient)⁶, l'inscription de cet acte encadrerait ces pratiques tant au niveau de la qualité que de la coordination (remboursement lié à la prescription obligatoire par un médecin). Par ailleurs, pour ce qui concerne l'exercice libéral, ce projet s'inscrit pleinement dans la réorientation des compétences infirmières initiée en 2003 avec la mise en œuvre par l'Assurance Maladie du dispositif « Démarche de Soins Infirmiers (DSI) ».

Coordonnées de 2 ou 3 centres :

Ce point n'est pas descriptible tant que les interventions d'éducation thérapeutiques seront limitées aux Programmes d'ETP des ARS et aux pratiques plus ou moins singulières des professionnels de santé libéraux et, dans une moindre mesure, des réseaux (lesquels se rattachent de plus en plus aux dispositifs pilotés par les ARS).

Références bibliographiques* (2 – 3 minimum ; revues systématiques, méta-analyses ou articles récents) :

Haute Autorité de santé. Analyse économique et organisationnelle de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Analyse critique de la littérature. 1980-2007 :

- Résultats de la méta-analyse Cochrane sur l'asthme de l'enfant et de l'adolescent (variables cliniques) d'après Wolf *et al.* {2005 1948}
- Analyse des résultats en fonction de la sévérité de l'asthme, d'après Wolf *et al.* {2005 1948}
- Résultats de la méta-analyse Cochrane sur l'asthme de l'enfant et de l'adolescent (variables de recours aux soins), d'après Wolf *et al.* {2005 1948}
- Analyse des résultats en fonction de la sévérité de l'asthme, d'après Wolf *et al.* {2005 1948}
- Caractéristiques des études économiques sur le coût des programmes éducatifs destinés aux enfants asthmatiques
- Evolution des recours aux soins avant et après un programme d'éducation destiné à des enfants asthmatiques
- Résultats de la méta-analyse Cochrane sur l'asthme de l'adulte (variables cliniques), d'après Gibson *et al.*, 2002 {2002 88}
- Résultats de la méta-analyse Cochrane sur l'asthme de l'adulte (variables économiques), d'après Gibson *et al.*, 2002 {2002 88}
- Caractéristiques des programmes destinés à des adultes asthmatiques dans les études économiques
- Calcul du bénéfice net par patient des programmes structurés d'éducation thérapeutique versus pas de programme structuré
- Bénéfices nets dans les études de Lahdensuo et Néri (1994)
- Impact de l'éducation thérapeutique sur le contrôle glycémique, d'après Norris *et al.* 2002 {Norris 2002 2520}
- Caractéristique des programmes analysés dans les essais retenus
- Modélisation de l'effet à 10 ans d'un programme structuré (traitement et éducation) dans le diabète de type 1 sur une cohorte de 100 personnes, d'après Shearer *et al.* {Shearer 2004 2271}
- Evaluations économiques et mesures d'impact sur le recours aux soins. Analyse de la littérature relative à l'asthme, aux broncho-pneumopathies chroniques obstructives, au diabète, à la rhumatologie, à la cardiologie, **et documents de la Haute Autorité de Santé s'y afférant** (Asthme, Polyarthrite Rhumatoïde, Autisme et troubles envahissants du comportement).

⁵ Fenina A, Le Garrec M-A, Koubi M (DREES). Comptes nationaux de la santé 2010. Série Statistiques N° 161, Septembre 2011.

⁶ Décret N°2010-906 et Arrêté du 02 Août 2010 relatifs aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

Haute Autorité de santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques (Juin 2007) et documents relatifs.

Haute Autorité de santé. Documents relatifs au Parcours Personnalisé de Soins (2012)⁷ : Insuffisance cardiaque, Maladie rénale chronique, Maladie de Parkinson, BPCO.

Haute Autorité de Santé. Documents relatifs aux Programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient issus de l'article 84 de la Loi HPST. (2012).

Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. Avril 2011.

Haute Autorité de Santé. Publications relatives aux Affections Longue Durée.

Cet acte fait-il appel à une ou plusieurs spécialité(s) pharmaceutique(s) ?

oui non Si oui, préciser la ou lesquelles :

XX

La ou les spécialités pharmaceutiques ont-elles reçu :

- une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) ?
 un avis favorable de la CT (Commission de la Transparence) ?

Si oui, veuillez indiquer la date et le nom de la spécialité ainsi que les avis correspondants :

XX

La ou les spécialités pharmaceutiques sont-elles actuellement prises en charge par l'Assurance maladie ?

oui non Si oui, par quelle modalité ? :

XX

Cet acte fait-il appel à un dispositif médical ?

oui non Si oui, lequel :

Un dispositif médical n'est pas en soi constitutif d'une condition de mise en oeuvre d'une séance d'ETP. La séance éducative peut avoir ou non pour objectif l'utilisation d'un dispositif médical de type lecteur de glycémie, Peak-Flow, ou sonde urinaire, par exemple.

Le dispositif médical a-t-il reçu :

- un marquage CE ? un avis favorable de la CNEDiMTS ?

Si oui, veuillez indiquer la date et le nom du dispositif ainsi que les avis correspondants :

Le dispositif médical est ici à prendre au sens générique.

Le dispositif est-il actuellement pris en charge par l'Assurance maladie ?

oui non Si oui, par quelle modalité ? Prise en charge au titre d'une ALD.

⁷ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241701/prise-en-charge-des-maladies-chroniques.

Informations sur l'acte

Description technique de l'acte :

Cet acte répond aux critères scientifiques de la démarche éducative décrite par des auteurs comme J.-F. D'Ivernois, R. Gagnayre, A. Golay, J.-P. Assal, A. Lacroix, B. Sandrin-Berthon, A. Deccache ou F. Gatto, pour ne citer qu'eux.

Trois catégories de séances sont à distinguer :

- une première séance permet le recueil de données qui amène à la pose du diagnostic éducatif et à la négociation avec le patient du contrat éducatif, idéalement à partir des orientations thérapeutiques proposées par le médecin traitant,
- un certain nombre de séances (pouvant être limité dans le temps en regard des références bibliographiques) permettent de mettre en œuvre les actions pédagogiques et leur suivi,
- Enfin, une dernière séance permet l'évaluation et le réajustement si nécessaire, voire la programmation d'une prolongation du programme éducatif au regard des résultats de l'évaluation.

Au final, il est possible de planifier des séances d'évaluation à distance sur le modèle actuel de l'acte « Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention (AIS 4) » du dispositif « Démarche de Soins Infirmiers (DSI) », lequel pourrait être limité à une séance mensuelle, ou trimestrielle, et à condition d'en adapter le contenu.

Indication(s) à évaluer :

Ce dispositif éducatif est utile et efficace dans le cas des patients chez lesquels a été diagnostiquée une pathologie chronique (diabétiques par exemple).

Les indicateurs qui pourraient servir de critères d'inclusion dans ce dispositif éducatif sont à considérer en regard des différentes pathologies concernées :

- indicateurs biocliniques (Hémoglobine glyquée chez le diabétique, prise de poids incontrôlée +/- bilan biologique anormal chez le patient dialysé,...),
- indicateurs comportementaux (mauvaise observance du suivi médical, comportements à risque identifiés,...),
- indicateurs sociaux (score EPICES⁸,...),
- indicateurs HAS relatifs aux programmes d'ETP⁹.

Population(s) concernée(s) :

D'une manière générale, c'est l'ensemble des personnes prises en charge au titre d'une maladie chronique qui pourrait bénéficier de ce dispositif.

En regard des données épidémiologiques, sociales et culturelles actuelles, il pourrait être décidé de réserver en priorité ces interventions à des patients en situation de précarité sociale, et/ou repérés comme ayant des difficultés d'accès aux services de soins, et/ou ayant des parcours de soins complexes (Cf. Parcours Personnalisés de Soins)¹⁰.

Pathologie(s) concernée(s) (données relatives à l'épidémiologie, morbi/mortalité, handicap, qualité de vie) :

Les principales maladies chroniques, avec une estimation des personnes touchées, sont les suivantes¹¹ :

diabète : 2,5 millions • bronchite chronique : 3 millions • asthme : 3,5 millions • psychose : 890 000 • polyarthrite rhumatoïde : 300 000 • maladie de Parkinson : 100 000 • insuffisance rénale chronique : 2,5 millions • SIDA : 30 000 • maladie rares (drépanocytose, sclérose latérale amyotrophique, mucoviscidose, myopathies, leucodystrophie) : 3 millions • maladie d'Alzheimer : 900 000 • épilepsie : 500 000 • cancer : 700 000 • sclérose en plaque : 50 000 • maladie de Crohn et rectocolite ulcéro-hémorragique : 100 000.

⁸ EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité.

⁹ Auto-évaluation annuelle d'un programme d'ETP. Guide pour les coordonnateurs et les équipes. HAS 2012.

¹⁰ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241701/prise-en-charge-des-maladies-chroniques.

¹¹ Ministère de la santé et des solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. Avril 2007.

Dans un premier temps, il paraît pertinent de travailler sur les pathologies déjà repérées par la Haute Autorité de Santé comme éligibles aux interventions éducatives¹² :

- **Diabète :**
La prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France est estimée par l'Assurance maladie à 4,39 % en 2009. Ce pourcentage correspond en 2007 à 2,9 millions de personnes diabétiques traitées, dont 700 000 traitées par insuline. En 2006, parmi les certificats de décès de personnes résidant en France, 32 156 mentionnent un diabète parmi les causes multiples de décès (6,1 %) et 11 498 identifient le diabète comme la cause initiale du décès (2,2 %).
- **Asthme :**
L'Enquête santé et protection sociale effectuée en 1998 estimait la prévalence de l'asthme en France métropolitaine, tous âges confondus, à 5,8 %, soit environ 3,5 millions de personnes dont la moitié souffrait d'asthme persistant. Lors de la vague d'enquête de 2006, avec un questionnaire légèrement différent de celui utilisé en 1998, la prévalence de l'asthme actuel était estimée à 6,7 %. Entre 2000 et 2008, l'asthme a représenté en moyenne 1 200 décès par an, et à généré 52 534 séjours hospitaliers pour la seule année 2008. Les résultats de l'étude AIRE (Asthma Insight and Reality in Europe), la plus vaste étude jamais réalisée sur l'asthme en Europe, a mis en évidence qu'à peine 5 % des asthmatiques européens seraient soignés selon les recommandations internationales en vigueur.
- **BPCO :**
Si l'on considère qu'environ 20 % des bronchitiques chroniques sont porteurs d'une BPCO, la France compte pas loin de 3 millions de personnes atteintes de BPCO. La morbidité liée à cette pathologie est fréquente et coûteuse avec un fort retentissement sur la qualité de vie : dépression fréquente et peu traitée chez ces malades (Fan, 2007), 1.7 exacerbations/patient vu en consultation/an (soit entre 70.000 et 110.000 séjours hospitaliers en 2007, et 19 % du coût total des soins. Furhman, 2010), 2^{ème} cause d'invalidité, prise en charge onéreuse (coût direct (soins) : 289 à 530 €/an ; coût indirect (perte de productivité) : 1078 à 2882 €/an ; selon le stade de la maladie).
- **Maladie rénale chronique :**
En France, il y a environ 1.74 à 2.5 millions de personnes en insuffisance rénale chronique avant le stade terminal. Le nombre de personnes ayant débuté un traitement de suppléance en 2008 était d'environ 9 300. Pour les neuf régions contribuant au registre « Réseau Epidémiologique et Information en Néphrologie (REIN) » depuis cinq ans, on note une augmentation d'environ 3% par an de la prévalence des cas dialysés et de 5% par an des patients greffés.
- **Insuffisance cardiaque :**
En France le nombre d'insuffisants cardiaques s'élevait en 2001 à 500 000 personnes, avec 120 000 nouveaux cas chaque année. Il y a 3,5 millions de consultations et 150 000 hospitalisations pour insuffisance cardiaque par an, avec une durée moyenne de séjour de 11 jours. Plus de 32 000 décès annuels sont attribuables à l'insuffisance cardiaque. Les dépenses liées à l'insuffisance cardiaque représentent plus de 1 % des dépenses médicales totales¹³.

Place dans la stratégie diagnostique ou thérapeutique (et pour les actes diagnostiques, impact sur la prise en charge thérapeutique du patient) :

Sur la base des publications de la HAS concernant les pathologies listées, les interventions éducatives relèvent :

- o du « Parcours Personnalisé de Soins (PPS) » pour la BPCO¹⁴, l'Insuffisance cardiaque¹⁵, la Maladie rénale chronique¹⁶, et la Maladie de Parkinson¹⁷,
- o des pratiques thérapeutiques prises en charge au titre des « Affections Longue Durée » pour l'Asthme (ALD N°14)¹⁸ et le Diabète (ALD N°8)¹⁹.

¹² Les informations mentionnées en suivant sont issues des publications de l'INVS, du site www.respir.com, ainsi que des références bibliographiques présentées pages 5 et 6 du présent document.

¹³ Delahaye F, Roth O, Aupetit JF, de Gevigney G, Epidemiology and prognosis of cardiac insufficiency, Arch Mal Cœur Vaiss, 2001;94:1393-403.

¹⁴ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242507/parcours-de-soins-de-la-bronchopneumopathie-chronique-obstructive

¹⁵ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242988/parcours-de-soins-de-l-insuffisance-cardiaque

¹⁶ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241102/parcours-de-soins-de-la-maladie-renale-chronique-de-l-adulte

¹⁷ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242645/parcours-de-soins-de-la-maladie-de-parkinson

¹⁸ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_irc_asthme_actualisee_ald_14_web.pdf

¹⁹ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_diab_actualis_3_juillet_07_2007_07_13_11_43_37_65.pdf

Ces interventions doivent être coordonnées au sein d'une équipe pluridisciplinaire, idéalement Médecin-Infirmière, ainsi que l'a récemment rappelé l'IGAS concernant la prise en charge du Diabète²⁰ : « *L'adaptation des soins primaires aux maladies chroniques, qui est débutante, doit connaître une amplification, en particulier avec une plus grande coopération des professions de santé, notamment entre les médecins et les infirmiers* ».

Principaux résultats d'efficacité (morbi/mortalité, qualité de vie,... et pour les actes diagnostiques : performances diagnostiques, impact clinique,...) :

Plusieurs études montrent le retentissement de la maladie chronique sur la qualité de vie²¹, et donc sur la morbidité, ce qui a amené les politiques à proposer pour la période 2007-2011 un « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ». Ce plan en quatre axes et quinze objectifs décline l'importance de la prévention. Les quatre objectifs de l'axe 2 sont les suivants :

- Intégrer à la formation médicale l'éducation thérapeutique du patient,
- Rémunérer l'activité d'éducation du patient à l'hôpital et en ville,
- Mettre des outils d'éducation thérapeutique à disposition des médecins traitants,
- Reconnaître de nouveaux acteurs de prévention.

Ainsi, en optimisant les interventions éducatives, c'est bien la réduction de la morbidité qui est recherchée.

Au plan scientifique, parmi les finalités et objectifs du programme d'éducation thérapeutique du patient, il est proposé d'identifier comment les professionnels de santé ou l'équipe tiennent compte dans le programme d'éducation thérapeutique, de la perception par le patient et ses proches de sa qualité de vie, et de son niveau de risque en santé²². L'un des objectifs de l'ETP est ainsi de « *permettre au patient d'exprimer son vécu de la maladie chronique, sa manière de gérer au quotidien sa maladie* » ce qui suppose d'explorer avec le patient son bien-être et sa qualité de vie, en utilisant comme points de repères les domaines de la qualité de vie proposés par exemple par l'OMS (projet WHOQOL, OMS 1996) :

- santé physique : énergie et fatigue, douleur et inconfort, sommeil et repos ;
- domaine psychologique : image corporelle et apparence, existence de sentiments négatifs et de sentiments positifs, estime de soi, réflexion, apprentissages, mémoire et concentration ;
- niveau d'indépendance: mobilité, activités de la vie quotidienne, médicaments, aide médicale, capacité à travailler ;
- relations sociales : relations personnelles, soutien social concret (soutien affectif, partage d'informations, ressources matérielles et de services, dont les individus et les groupes peuvent bénéficier au sein de l'environnement proche. Ce soutien social peut atténuer les effets négatifs d'événements de la vie et de conditions de vie, et constituer une ressource positive pour l'amélioration de la qualité de la vie), activité sexuelle ;
- environnement : ressources financières, liberté, sécurité, accessibilité et qualité des soins de santé et d'aide sociale, environnement de la maison, opportunité d'acquérir de nouveaux savoirs, loisirs, environnement physique (pollution, bruit, climat), transport ;
- convictions personnelles et spiritualité : sens de l'existence, religions, croyances.

D'autres outils sont mobilisables comme par exemple l'Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham (ISPN)²³ ou la SF36²⁴.

Au final, l'acquisition de compétences d'autosoins et leur réelle mise en œuvre, l'adaptation du patient à sa situation, le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie, qui représentent les finalités spécifiques de l'ETP, relèvent de types de mesure d'ordre subjectif qui sont le plus souvent assujetties à des définitions et à un support théorique qu'il convient de définir explicitement pour minimiser une hétérogénéité liée à la congruence de ce support théorique et à l'instrument de mesure²⁵. L'intérêt d'inscrire les interventions éducatives à la NGAP répond donc bien à cet objectif puisqu'il permet d'assujettir ces interventions aux priorités de santé publique comme aux références conceptuelles et scientifiques qui y sont liées.

Complications (nature, fréquence et gravité) :

²⁰ Jourdain-Menninger D, Dr. Lecoq G, Morel A. Evaluation de la prise en charge du diabète. Inspection générale des affaires sociales. France. 2012.

²¹ Nombreux exemples sur le site de l'INVS :

http://www.invs.sante.fr/search_fr/search_fr?afs%3Aquery=qualité+de+vie&search=Valider

²² http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_.pdf

²³ http://formathon.fr/formation_cres/o_peda.htm

²⁴ <http://www.sf-36.org>

²⁵ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_.pdf

Il n'existe pas à ce jour de complications connues aux interventions éducatives. Au contraire, les pratiques éducatives trouvent leur place dans la prévention de toutes les complications des maladies chroniques.

Conditions de réalisation (établissement / cabinet ; bloc / salle d'intervention / salle de consultation ; hospitalisation / ambulatoire ; plateau technique [équipement, matériel] ; personnel / formation ...) :

Une enquête réalisée en 2011 par l'ANFIIDE sur la pratique de la consultation infirmière en France montre que le lieu de pratique de la consultation infirmière est globalement conforme aux secteurs étudiés, soit au sein de l'établissement ou de l'entreprise pour 73% des salariés, soit au cabinet libéral et/ou à domicile pour 100 % des libéraux. On observe une tendance quasi similaire à la mixité d'ouverture dans l'exercice de consultation infirmière déclarée puisque 10,5 % des salariés pratiquent hors établissement (à domicile, au cabinet d'un confrère, en réseau associatif) et que 7,4% des libéraux signalent travailler en établissement.

La pratique de la consultation infirmière dans le cadre d'un réseau est davantage développée chez les libéraux (2,6 % en secteur salarié versus 44,4 % en secteur libéral).

Notre enquête révèle par ailleurs que 23,6% des salariés et 36,9% des libéraux dédient leurs consultations à des interventions éducatives *stricto sensu*.

Existe-t-il un cadre réglementaire spécifique ? (ex : radiothérapie, transfusion sanguine, procréation médicalement assistée, activités soumises à autorisation [ex. chirurgie cardiaque, neurochirurgie...])

L'article 84 de la Loi HPST définit aujourd'hui l'Education Thérapeutique du Patient et insère un nouveau chapitre dans le Code de la Santé Publique. Les textes d'application sont parus en 2010 :

- Décret N°2010-904 du 02 Août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient
- Décret N°2010-906 du 02 Août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient
- Arrêté du 02 Août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation
- Arrêté du 02 Août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'Éducation thérapeutique du patient

Ces textes ont à leur tour été complétés par des publications de la Haute Autorité de Santé, dans un premier temps relatifs aux seuls Programmes d'ETP :

- Programme d'Education Thérapeutique du patient : Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient - Guide pour les coordonnateurs et les équipes (HAS 2012)
- Programme d'Education Thérapeutique du patient : L'auto-évaluation annuelle en 10 questions-réponses (HAS 2012)
- Programme d'Education Thérapeutique du patient : Rapport synthétique d'auto-évaluation annuelle (HAS 2012)

En regard de ces textes, les infirmières ont depuis 1993, puis 2004, pleine et entière compétence à pratiquer des interventions éducatives dans le cadre du rôle propre octroyé par la réglementation :

- Art. R.4311-1 du CSP - L'exercice de la profession d'infirmier comporte [...] la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. [...].
- Art. R.4311-2 du CSP. - Les soins infirmiers, [...] ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :
 - 1 - De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
 - 4 - De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- Art. R.4311-5 du CSP - Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes

ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : - Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; vérification de leur prise ; surveillance de leurs effets et éducation du patient ;

- Art. R.4311-15 du CSP - Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :
 - Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
 - Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité
 - Education à la sexualité

Dans la version actuelle de la NGAP des infirmières, seuls deux domaines font explicitement référence à la prévention et à l'éducation :

- Education à l'auto-sondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances (Chapitre 1 – Soins Courants – Article 6 – Soins portant sur l'appareil génito-urinaire)
- Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulinotraité de plus de 75 ans (Chapitre 2 – Soins Spécialisés – Article 5 bis – Prise en charge à domicile d'un patient insulinotraité). Cette cotation inclut l'éducation du patient et/ou de son entourage.

Un troisième acte est implicitement utilisé par les infirmières : la Séance de Soins Infirmiers (AIS 3) du dispositif « Démarche de Soins Infirmiers (DSI) ». La DSI formalise la Démarche Clinique Infirmière telle que décrite dans l'Article R.4311-3 du Code de la Santé Publique. Elle contient des éléments relatifs au recueil de données, à l'identification de problèmes, au diagnostic infirmier, lequel se décline ensuite en objectifs de soins et en interventions qui seront finalement évaluées. En ce sens, cette démarche diffère peu du modèle habituel de la démarche systémique. La DSI est également le support de la « nature qualitative et quantitative de la prescription »²⁶ infirmière. En ce sens, elle peut-être considérée comme une véritable ordonnance. Sa finalisation n'a été rendue possible que grâce à une circulaire de 2000 modifiant la définition de la prescription médicale, et retirant au médecin le monopole de préciser la nature « qualitative et quantitative » des actes prescrits²⁷, ainsi que le proposait déjà le rapport Brocas en 1998.

Ces différentes références légales et réglementaires nous permettent aujourd'hui de dire que le cadre de l'Education Thérapeutique se généralise, et se précise en même temps, offrant aux infirmières l'occasion d'optimiser par la qualité, et en les coordonnant, leurs interventions éducatives.

Cet acte fait-il actuellement l'objet d'un financement public ou privé ? oui non

Si oui, lequel (MIGAC, MERRI, PHRC, STIC, plateforme INCa/DGOS, grille Montpellier, autre...)

L'enquête réalisée en 2011 par l'ANFIIDE montre que, à une exception près, l'intégralité des postes équivalent temps plein (ETP) dédiés à cette pratique concerne le secteur salarié. Bien que parcellaire, l'échantillon répondant (n=12/21) permet d'observer une moyenne de 0,47 ETP dédié.

Les sources de financement semblent à la fois mieux identifiées et mieux utilisées par les libéraux que les salariés. Au total, les libéraux mobilisent des financements plus variés : 8 sources de financement différentes en libéral versus 4 en salariat. Ainsi, par ordre décroissant, les libéraux utilisent les ressources de l'Assurance Maladie pour 59,2 % d'entre eux (dont 37 % via le dispositif DSI) ainsi que celles des réseaux pour 40,7% d'entre eux. Quant aux salariés répondants, s'ils se déclarent financés seulement pour 5,3% d'entre eux par les réseaux et pour 2,6% d'entre eux par les ARS, ils utilisent en revanche des modes de financement propres aux établissements hospitaliers tels que les MIGAC pour 10,5 % des répondants, ainsi que d'autres financements dont l'enquête ne permet pas de préciser la nature.

²⁶ Cf. formulaires CERFA N°12103*01 (modèle S 3741) et N°12104*01 (modèle S 3742).

²⁷ Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins (NOR: MESP0020654A).

En l'état et d'une manière générale, 65,8 % des salariés qui pratiquent la consultation infirmière ne disposent pas - ou n'identifient pas - de financement propre à l'activité versus 45% en exercice libéral.

Pour les STIC et les PHRC, préciser le stade d'avancement de l'étude et joindre le protocole :

Voir avec Evy ?

Technique de référence ou alternative

(une feuille à remplir pour chaque technique)

Existe-t-il une technique de référence ou une alternative ?

Oui Non Si oui, laquelle ?

Indication concernée :

Si la technique de référence ou l'alternative est un acte, est-il déjà inscrit dans une nomenclature ?

Oui Non Si oui, dans laquelle ?

Sous quel libellé ?

Si la technique de référence ou l'alternative est une spécialité pharmaceutique, a-t-elle reçu :

- une AMM ?
- un avis favorable de la CT ?
- une prise en charge par l'Assurance maladie ?

Si la technique de référence ou l'alternative est un dispositif médical, a-t-il reçu :

- un marquage CE ?
- un avis favorable de la CNEDiMTS ?
- une prise en charge par l'Assurance maladie ?

Avantages de l'acte à évaluer par rapport à la technique de référence ou l'alternative :

XX

Inconvénients de l'acte à évaluer par rapport à la technique de référence ou l'alternative :

XX

Références bibliographiques* sur le traitement de référence (2 – 3 minimum, récentes) :

XX

* joindre les articles svp