

Un rapport officiel et la future Loi-Bachelot donnent un fondement juridique et financier à l'éducation du patient, « partie intégrante » de la prise en charge

Jean Pol DURAND

Des rapports officiels, il en va souvent comme des discours ministériels : une double lecture s'impose entre les propos explicitement formulés et les sujets, les questions délibérément évités, mais pas explicitement « interdits ». Ainsi en va-t-il du récent rapport consacré à l'éducation thérapeutique du patient sous la plume de 3 experts : Christian Saout, président de la principale association de patients, (le CISS, Collectif Inter-Associatif sur la Santé), Bernard Charbonnel, professeur de diabétologie (Nantes) et Dominique Bertrand, professeur de santé publique (Paris). On en retiendra d'abord et surtout qu'au grand chantier de l'ETP, toutes les bonnes volontés -têtes, bras et mécènes- sont les bienvenues, sous condition d'agrément

Le rapport obéit à un plan d'un classicisme éprouvé : après un bilan des programmes actuellement en cours, les auteurs concluent à une féconde multiplicité et à une extrême hétérogénéité qu'il convient donc d'organiser. D'abord autour d'une consécration législative -l'ETP va ainsi rentrer, par la loi, dans l'arsenal de la prise en charge thérapeutique (voir encadré)- et ensuite par une batterie de propositions, 24 au final, d'un intérêt inégal.

En devant un « droit » reconnu par la loi, l'ETP (c'est ainsi qu'on dit en langage désormais consacré), peut également être refusé par le malade ; il se distingue stricto-sensu de « l'accompagnement », démarche plus ciblée de « l'observance » et dont la Caisse nationale d'assurance maladie prétend aujourd'hui se faire l'artisan principal au nom du nouveau concept à la mode de « gestion du risque ». En tout cas, l'ETP devient une authentique « priorité de santé publique » ; on en attendait pas moins d'auteurs missionnés sur le sujet.

La définition de l'ETP inscrite à la Loi HPST

La Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire, encore appelée « Loi Bachelot » car postulant au statut de « grande loi-santé » du quinquennat comporte, en son actuel article 22, les dispositions suivantes sur l'ETP :

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge du patient et de son parcours de soins

Les pathologies donnant lieu à des programmes d'ETP sont fixés par arrêté du ministre [...] Ces programmes sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration sont définies par décret.

L'Agence régionale de santé vérifie que les programmes d'ETP répondent au cahier des charges national [...]. L'ARS est également chargée de l'évaluation de ces programmes préalablement au renouvellement des conventions. [...] L'ARS s'assure du maillage territorial de l'offre en ETP tant en ville qu'à l'hôpital et finance les programmes [...] au regard de la couverture géographique et des populations ciblées. [...]

Classiquement encore, le trio d'experts milite pour la reconnaissance d'un nouveau métier d'« éducateur thérapeutique », ou du moins et plus prosaïquement d'une compétence, ouverte sur validation « des acquis de l'expérience » ou au terme d'une formation initiale ad-hoc à des professionnels de santé. Il y aura donc un « marché » de la formation à l'éducation thérapeutique. On retiendra encore des grands principes aujourd'hui édictés le parti pris de remettre l'organisation de l'ETP à un double niveau de gouvernance : l'ARS (Agence Régionale de Santé) pour le financement et la logistique fonctionnelle, au plus près du terrain. Elles auront charge notamment de « labelliser » et d'évaluer des programmes et acteurs régionaux sur la base d'un « cahier des charges » national placé sous la responsabilité d'un organisme officiel, l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé). Le rapport prévoit également que l'État pourra, en matière d'ETP comme d'accompagnement du malade, s'appuyer sur l'expertise d'une sous-commission de la Conférence Nationale de Santé, instance justement présidée par M. Christian Saout.

Cette formation aura pour première tâche d'organiser le partage d'information entre les organismes de pilotage et les Caisses dans le cadre de l'évaluation des actions et acteurs. Ce qui donne à penser que seront spécifiquement analysées les données de consommation des patients éduqués comme il apparaît d'ailleurs normal de le faire dans une évaluation bien conçue.

C'est au chapitre des structures et des financements que le rapport se montre le plus frustrant : au niveau des premières notamment, il cite explicitement les structures hospitalières, avec une préférence marquée pour les activités de soins de suite plutôt que de court séjour, et, en ambulatoire, en consentant a priori une prime aux hôpitaux locaux et aux futures maisons de santé pluridisciplinaires. Une recommandation (n°18) se prononce pour le « *décloisonnement des compétences* », façon de signifier que des équipes hospitalières pourront faire bénéficier le monde ambulatoire de leur compétence ... « et réciproquement » nous dit le texte qui reconnaît également la légitimité des réseaux à pratiquer l'ETP.

Plus elliptique, le financement évoque deux sources potentielles : une extension de la tarification à l'activité hospitalière qui pourrait intégrer cette mission, notamment sur le champ des soins de suite où le chantier de la T2A est en cours et une rémunération forfaitaire par séance (ou programme) et par patient en ambulatoire. Concernant le médecin traitant (le spécialiste n'est pas cité), le rapport se prononce en faveur d'une intégration à la future CCAM des actes cliniques. Enfin les budgets d'origine publique (et privée, s'il s'en manifeste l'intention) devront transiter par un fonds décentralisé et mutualisé au niveau des ARS. Ce qui ne semble pas exclusif a priori l'industrie pharmaceutique si elle consent à la labellisation des ses initiatives. Mais on est ici dans l'exégèse puisque l'hypothèse n'en est pas explicitement formulée.