

Mots clés :

Education thérapeutique
Education du patient
Maladie chronique
Disease management

Education du patient : le *Disease Management* est-il la réponse ?

On parle beaucoup des programmes de *Disease Management* (DM), fondés sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP), mis en place par les compagnies d'assurance des USA dès 1990 pour améliorer le suivi de maladies chroniques, en termes d'efficacité médicale et d'efficacité économique. Le Royaume Uni, l'Allemagne s'en sont inspirés en les adaptant à leur contexte. La Sécurité Sociale française est très intéressée et une mission de l'IGAS a analysé ces données pour proposer des solutions conformes au système de santé français¹. Quels enseignements pouvons nous en tirer ?

Disease Management américain

Ce programme d'ETP concerne les patients atteints de certaines maladies chroniques : diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque ou coronarienne. Des infirmières salariées par l'assureur téléphonent régulièrement aux patients durant 20 minutes environ pour discuter de leur état, de leur prise de médicaments, leurs difficultés et leur proposer ensuite des objectifs de soin. Ces interventions sont fondées sur les recommandations de bonne pratique. Le succès sanitaire paraît consensuel, les retombées économiques plus débattues. Le modèle s'est développé parallèlement aux soins usuels, sans véritable interaction avec les médecins. Les données recueillies leur sont transmises. En cas d'écart des pratiques face aux recommandations, les infirmières peuvent conseiller aux patients d'en parler avec leur médecin ou le contactent directement, le médecin restant seul décideur en matière de traitement. Les médecins ne rejettent pas le DM mais considèrent en général les données transmises comme inutiles et envahissantes, des tensions sont perceptibles. L'*American College of Physicians* promeut un modèle alternatif où ces fonctions seraient assurées au sein des cabinets médicaux, avec une rémunération adaptée. Dans certaines structures assurancielles, comme la *Kaiser permanente* (8,2 millions d'assurés), les médecins, salariés en partie à la performance, dirigent une équipe (d'infirmières et autres professionnels de santé) qui met en œuvre le DM.

Disease Management anglais

Le NHS poursuit depuis quelques années les mêmes objectifs en centrant la démarche sur le médecin traitant. Ce programme est soutenu par le développement d'une rémunération à la performance, en fonction de l'atteinte d'indicateurs prédéterminés. Il a réduit le taux d'hospitalisation. Les généralistes peuvent faire intervenir des infirmières spécialement formées.

Disease Management allemand

Le programme allemand semble plus centré sur les pratiques des médecins que sur le soutien aux patients. Les médecins transmettent aux caisses des données sur les soins réalisés et proposent aux patients de participer à des sessions d'ETP organisées par les caisses. Les résultats sanitaires ou économiques sont incertains. La surcharge bureaucratique imposée aux médecins a suscité des conflits avec les caisses.

Disease Management français ?

Un scénario est proposé par l'IGAS pour des patients atteints de certaines maladies, sélectionnés à partir des données des caisses. Les actions d'ETP seraient confiées à des organismes après appel d'offre des caisses, avec agrément du projet par la HAS ; ceci confère à l'assurance maladie un rôle initiateur, avec un objectif économique apparemment dominant. Les actions prototypes seraient évaluées par rapport à des groupes témoins. Les auteurs soulignent que la question la plus sensible dans ce projet est celle du rôle des médecins. Le DM ne peut se faire « ni sans eux, ni contre eux »...

Que conclure pour notre pratique ?

Les expériences de DM et de l'ETP qu'il organise sont riches d'enseignements :

Le DM, et l'ETP qu'il propose, doivent il être dissociés des soins ou intégrés à ceux ci ? Les difficultés de l'expérience américaine, les autres expériences montrent l'importance de l'intégration de l'ETP aux soins, avec la participation effective du médecin traitant habituel.

L'ETP peut-il être réalisé à l'initiative des assureurs ? Le risque de rendre dominant (ou de faire percevoir comme tel) l'objectif économique face à l'objectif qualité des soins peut rendre plus difficile l'acceptation de l'ETP par les soignants.

L'ETP nécessite une adaptation du mode de rémunération du médecin. La solution anglaise de la rémunération à la performance a prouvé son efficacité pour certaines situations pathologiques, mais avec le risque de privilégier chez le médecin ces situations aux dépens de situations plus courantes^{2,3}.

La mise en œuvre de l'ETP bénéficie de la participation d'infirmières et autres professionnels, mais celle-ci doit être reliée aux soignants habituels.

Nous analyserons les expériences françaises dans un prochain Bibliomed pour tenter de conclure.

Références

- 1- Bras PL, Duhamel G, Grass E. Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de Disease Management. *Prat Org Soins*. 2006; 37(4): 341-56.
- 2- Heath I et al. Measuring performance and missing the point. *BMJ*. 2007; 335: 1075-6.
- 3- Mannion R, Davies H. Payment for performance in health care. *BMJ*. 2008; 336: 306-8.