

**LIVRE  
BLANC**

Juillet 2010

# **LES PRESTATAIRES DE SANTÉ À DOMICILE**

Acteurs clés dans  
le parcours de  
soins des patients

## Remerciements

*Nous tenons à remercier pour leur contribution à la rédaction de ce document :*

*Christophe Divernet – Synalam*

*Gaël Donadey – Homeperf*

*Dr Fayssal El Hussein – Cardif Assistance*

*Eytan Ellenberg – Orkyn'*

*Jean-Louis Fraysse – Sadir Assistance*

*Olivier Lebouché - Vitalaire*

*Philippe Martinez – Orkyn'*

*Pr. Bernard Paramelle – Agir à Dom*

*Didier Perrin – GDSD*

*Sylvie Proust – Présence Médicale*

## Editorial

**L**es prestataires de santé à domicile (PSAD), indispensable maillon dans la chaîne de soins, ne sont pour autant généralement connus que parce que l'on a recours à eux, un jour, personnellement ou pour un proche, à l'issue d'un parcours parfois complexe dans le système de soins et sur la prescription d'un médecin hospitalier ou libéral. Ce peut être pour quelques jours seulement, à l'occasion de la sortie d'une hospitalisation pour chirurgie ostéo-articulaire par exemple, ou pour des années, en cas d'insuffisance respiratoire chronique, de mucoviscidose ou de diabète insulino-dépendant. Et pourtant, ce sont plus de 800 000 patients qui sont pris en charge à leur domicile tous les jours par les PSAD sur l'ensemble du territoire français.

La définition progressive d'autres organisations de soins à domicile – réseaux de santé, hospitalisation à domicile (HAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) –, l'émergence de l'éducation thérapeutique et de la télé-médecine dont la reconnaissance par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) est toute récente, ont complexifié l'organisation des soins et rendu moins lisible encore le rôle des prestations de santé à domicile par rapport à celui des autres acteurs et celui qu'ils peuvent jouer dans l'évolution de notre système de santé.

Du fait de sa progression constante dans les comptes de l'Assurance maladie, ce métier attire néanmoins l'attention des organismes payeurs de façon croissante. La réforme du TIPS devenu LPPR en 2000 a créé les conditions d'une meilleure définition des prestations associées aux dispositifs médicaux et de leur service rendu. Les responsables sanitaires se sont préoccupés de la qualité des prestations dispensées et le législateur a commencé à imposer des garanties de qualité et de sécurité que de nombreux acteurs avaient d'ailleurs devancées. Les conditions tarifaires sont progressivement révisées dans le sens d'une transparence accrue et d'un équilibre économique raisonnable entre prestataires et financeurs.

L'objet du Livre Blanc est d'apporter, au lecteur avisé mais non averti, les éléments concrets et objectifs qui permettent de mieux connaître l'activité des prestataires de santé à domicile (PSAD), à la fois sur le plan des services rendus et sur ses aspects économiques.

Il pourra ainsi mieux appréhender pourquoi ses principales organisations représentatives souhaitent une meilleure définition par les autorités de santé du rôle du prestataire de santé dans la chaîne de soins et sont prêtes à s'engager à participer davantage à l'élaboration du système de santé de demain, face à ses défis et ses contraintes.


### Olivier Lebouché

Président du Synalam,  
Syndicat national des prestataires  
de santé à domicile



### Professeur Bernard Paramelle

Président du SNADOM,  
Syndicat national des associations  
à domicile



Les prestataires de santé à domicile (PSAD) assurent aux patients en situation de dépendance, de handicap ou de maladie, la mise à disposition des dispositifs médicaux et des services nécessaires à leur prise en charge médicale ou paramédicale à domicile. Ces derniers englobent à la fois des équipements destinés au maintien à domicile des patients (lits médicalisés, matelas d'aide à la prévention des escarres, fauteuils roulants, aides techniques diverses), ainsi que des technologies qui facilitent la mise en œuvre en traitements ambulatoires (systèmes de perfusion, matériels d'assistance respiratoire, systèmes d'insulinothérapie par pompe externe, etc). Ces matériels et prestations sont dans la quasi-totalité des cas délivrés au patient sur prescription médicale et font l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie sur la base des tarifs de responsabilité définis par la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR).

Chaque année, ce sont ainsi plus de 800 000 personnes qui recourent aux services des prestataires de santé à domicile (PSAD) pour bénéficier des technologies et de l'accompagnement sans lesquels un traitement ou un maintien à domicile seraient impossibles. Parmi ceux-ci, on compte environ 400 000 insuffisants respiratoires et apnéiques, 25 000 diabétiques relevant d'un traitement par pompe à insuline, 18 000 malades nécessitant une nutrition entérale ou parentérale, 250 000 personnes âgées et dépendantes, 100 000 personnes handicapées. De même, 30 000 patients bénéficient chaque année de perfusions à domicile.



## Prestataires de santé à domicile: des acteurs clés dans le parcours de soins des patients

### Qui sommes-nous ?

Les prestataires de santé à domicile (PSAD) assurent **la fourniture aux patients en situation de dépendance, de handicap ou de maladie, des services nécessaires à leur prise en charge médicale ou paramédicale à domicile**. Ces services ou prestations accompagnent la mise à disposition de technologies qui facilitent la mise en œuvre en traitements ambulatoires (systèmes de perfusion, matériels d'assistance respiratoire, systèmes d'insulinothérapie par pompe externe, etc.) et des équipements destinés au maintien à domicile des patients. Ces technologies et prestations associées sont dans la quasi-totalité des cas délivrés au patient sur prescription médicale et font l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie sur la base des tarifs de responsabilité définis par la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR).

**Chaque année, ce sont ainsi plus de 800 000 personnes qui recourent aux services des PSAD** pour bénéficier de l'accompagnement sans lequel un traitement ou un maintien à domicile seraient impossibles. Parmi ceux-ci, on compte environ 400 000 insuffisants respiratoires ou apnéiques, 25 000 diabétiques relevant d'un traitement par pompe à insuline, 18 000 malades nécessitant une nutrition entérale et parentérale, 250 000 personnes âgées et dépendantes, 100 000 personnes handicapées. De même, 30 000 patients bénéficient chaque année de perfusions à domicile.

### Un maillon essentiel de la prise en charge à domicile

**Ces dernières années ont été marquées par l'émergence d'une demande croissante en matière de soins à domicile, principalement sous l'influence du vieillissement de la population** - en 2009, les personnes de plus de 60 ans représentaient 22,4% de la population totale et cette proportion devrait atteindre 32% d'ici 2050. Le vieillissement s'accompagne d'une hausse de la prévalence de maladies chroniques et invalidantes, souvent prises en charge au titre des affections de longue durée (cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires, insuffisance respiratoire chronique, maladies neurodégénératives, etc.).

Il implique également un accroissement du nombre de personnes en situation de perte d'autonomie ayant besoin d'assistance pour l'accomplissement des gestes essentiels de la vie quotidienne. Au-delà, le raccourcissement des durées de séjours en soins aigus (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR), la saturation des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des centres de long séjour ou encore des structures de prise en charge des personnes handicapées sont autant de facteurs liés à l'évolution structurelle de notre système de santé qui font apparaître de nouveaux besoins en matière de prise en charge à domicile des patients.

**En réponse à ces nouveaux défis, les prestataires de santé à domicile (PSAD) ont développé depuis trente ans une offre de services qui s'adresse à un large éventail de patients, souvent âgés mais non exclusivement, et qui présentent des pathologies ou des états pathologiques divers.**

Ils mènent auprès des patients trois types d'interventions:

- **les prestations destinées à la prise en charge de pathologies chroniques**, comme le diabète ou la maladie de Parkinson (insulinothérapie et perfusion par pompe externe programmable...), ainsi que les pathologies respiratoires (oxygénothérapie ou ventilation non-invasive pour les patients atteints par exemple d'insuffisance respiratoire chronique, ventilation par pression positive continue dans le traitement de l'apnée du sommeil...);

- **les prestations destinées à la mise en œuvre de traitements ambulatoires** spécifiques qui recouvrent les prestations de perfusion pour l'administration de traitements médicamenteux (chimiothérapies anticancéreuses, antibiothérapies, traitement de la douleur...), ainsi que les prestations de nutrition par voie veineuse ou gastrique à destination des patients présentant un état ou un risque de dénutrition;

- **les prestations visant à permettre le maintien à domicile des personnes en situation de dépendance ou de handicap** (équipement du domicile, aides à la mobilité comme les fauteuils roulants, dispositifs d'aide à la prévention des escarres, prise en charge de l'incontinence...).

**La prise en charge à domicile, qui dans de nombreux cas serait impossible sans l'appui des PSAD, permet une optimisation de l'offre de soins et est un facteur d'efficacité, en permettant d'éviter ou de limiter les recours injustifiés aux prises en charge institutionnelles (en hospitalisation ou en EHPAD) plus coûteuses.** Elle est en même temps source d'une meilleure qualité de vie pour le patient, pris en charge dans son lieu de vie habituel, accompagné de ses proches. Enfin, *via* un accompagnement rapproché du patient et en particulier d'un suivi régulier de l'observance, la prise en charge par les PSAD contribue à l'objectif global d'amélioration de la qualité des soins.

**Le développement du secteur des PSAD, sous l'influence de nouveaux besoins exprimés, s'accompagne logiquement d'une croissance des dépenses pour la collectivité, mais représente moins de 1% des dépenses totales d'assurance maladie et son coût doit être mis en regard des bénéfices, économiques notamment, qui y sont associés.**

Le financement des services et matériels proposés par les prestataires est aujourd'hui principalement assuré par l'Assurance maladie obligatoire (à hauteur de 90% en

moyenne). Si d'autres sources de financement existent (aides et allocations destinées à financer la perte d'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap, financements des assureurs complémentaires et des ménages) ou sont en cours d'émergence (cinquième risque de protection sociale), elles demeurent toutefois marginales à ce jour. Les dépenses associées aux prestations de santé à domicile se concentrent quasi-exclusivement sur les titres I et IV de la LPPR. Pour ces deux titres réunis, les dépenses du régime général (hors sections locales mutualistes) se sont élevées en 2009 à 2,9 milliards d'euros.

### Un métier centré sur les besoins du patient

**La prestation de santé à domicile ne se limite pas à la seule mise à disposition de technologies de santé mais constitue une véritable prestation globale**, qui intègre tout au long de la prise en charge un ensemble de services à destination du patient et des autres acteurs de santé, médicaux ou paramédicaux. L'intervention du prestataire démarre en amont de la mise à disposition du matériel médical, au travers d'un ensemble d'actions destinées à permettre l'initiation du traitement dans les meilleures conditions possibles (coordination avec le prescripteur, conseil et information du patient, prise en charge du dossier administratif, éducation technique du patient à l'utilisation du matériel, etc.). Elle se poursuit ensuite pendant toute la durée d'utilisation du dispositif médical afin de garantir le bon déroulement du traitement, recouvrant à la fois la maintenance du matériel, le contrôle régulier de l'observance, le retour d'informations vers le prescripteur, et pour de nombreuses prestations, l'organisation d'un système d'astreinte téléphonique 7j/7, 24h/24 (technique et/ou infirmier).

**La délivrance de cette offre de prise en charge globale suppose la mobilisation par les PSAD, en interne, de compétences multiples et complémentaires, adaptées à la nature des technologies et des prestations fournies.** Les PSAD emploient de nombreux professionnels de santé, essentiellement paramédicaux : infirmiers (notamment dans les domaines de la prise en charge du diabète, de la perfusion et du respiratoire), kinésithérapeutes (essentiellement dans le domaine du maintien à domicile des personnes en situation de dépendance ou de handicap), diététiciens (dans le cadre de l'accompagnement des patients diabétiques ou bénéficiant de traitements de nutrition entérale) ou encore pharmaciens (notamment en vue de garantir la dispensation de l'oxygène à domicile).

Les PSAD peuvent intervenir auprès du patient, soit de manière directe sur demande du médecin prescripteur (cas le plus fréquent), soit pour le compte d'autres acteurs, le plus souvent des pharmacies d'officine ou des structures d'hospitalisation à domicile (HAD), dans le cadre de contrats de sous-traitance. Dans tous les cas, leur action est étroitement coordonnée avec celles des autres acteurs de la prise en charge, en premier lieu le médecin prescripteur, le médecin traitant

lorsque celui-ci n'est pas le prescripteur, ainsi qu'avec les professionnels libéraux paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes) intervenant auprès du patient.

**Quel que soit leur mode d'intervention, les PSAD s'attachent à proposer des services répondant à des standards de qualité élevés.** Anticipant les exigences de plusieurs textes réglementaires récents, de nombreux PSAD ont mis en place eux-mêmes des procédures qualité, notamment par la voie de la certification ISO. Des formations spécifiques, organisées soit dans le cadre des entreprises ou associations, soit dans le cadre universitaire, ont été mises en place, alors que le chantier réglementaire en la matière reste ouvert au niveau ministériel. Il s'agit de tendre vers une plus grande homogénéité des prestations fournies aux patients et de professionnaliser le métier encore davantage. Enfin, un effort particulier est mené en collaboration avec les représentants des patients, pour assurer la qualité des relations avec le malade, dans le respect de celui-ci. Plus de trente prestataires ont à ce jour adhéré à la «**charte de la personne prise en charge par un prestataire de santé à domicile**» développée en janvier 2008 à l'initiative de la Fédération française des associations et amicales des malades insuffisants ou handicapés respiratoires (FFAAIR) et des trois syndicats professionnels de la branche (Synalam, SNADOM, UNPDM), avec le soutien du Collectif inter-associatif sur la santé (CISS), de la Fédération française de pneumologie, ainsi que du ministère de la Santé (DHOS/DGS).

### Un secteur économique peu connu

**L'offre de prestation de santé à domicile est aujourd'hui assurée par une large diversité d'acteurs, issus principalement du secteur privé et du secteur associatif**, et par certaines pharmacies d'officine. En 2008, si on s'intéresse aux seules entreprises privées, le secteur comptabilisait 808 entités et 9 474 salariés. Le secteur associatif compte quant à lui environ 2 600 personnes. Derrière ces chiffres se cache une grande diversité en termes d'activités, de structures capitalistiques ou encore de choix stratégiques et organisationnels. Surtout, le secteur compte à la fois un nombre important de sociétés de petite taille, à l'implantation régionale ou locale exclusive, ainsi que quelques entités d'envergure nationale ou plurirégionale disposant d'un maillage fin du territoire *via* un réseau d'agences implantées localement et dont les effectifs peuvent dépasser les 500 salariés. Au final, cette diversité permet au secteur de bénéficier de la flexibilité nécessaire pour fournir une offre à la fois adaptée aux besoins des patients et aux exigences associées aux différentes prestations proposées.

À ce jour, les entreprises privées et associations assurent la couverture de l'intégralité du territoire national et permettent d'apporter une réponse à l'ensemble des besoins de prestations de santé à domicile exprimés par les patients, indépendamment de leur localisation géographique, y compris dans les régions caractérisées par les niveaux de densité médicale les plus faibles. Les bénéficiaires de cet ancrage local sont également

d'ordre économique, car ce sont aujourd'hui plus de 12 000 emplois de niveaux de qualification variés qui sont proposés par les entreprises du secteur privé et les associations, ainsi que 800 à 1000 créations d'emplois chaque année<sup>(1)</sup>.

**Sur le plan économique, la réforme de la tarification intervenue en 2000, du TIPS vers la LPPR, s'est révélée un facteur structurant fort pour le secteur de la prestation de santé à domicile en permettant d'encadrer les décisions de tarification par des règles du jeu claires,** et notamment par une appréciation préalable des besoins et du service rendu au patient. La mise en œuvre de ce nouveau système, au travers des phases successives d'évaluation et de fixation des prix et tarifs, s'effectue aujourd'hui dans des conditions satisfaisantes et de manière concertée entre les autorités compétentes (Haute Autorité de Santé, Comité économique des produits de santé) et les professionnels.

**L'équilibre économique du secteur est néanmoins très lié d'une part à l'évolution des coûts d'exploitation, principalement à l'évolution de la masse salariale et des dépenses logistiques, en particulier de carburant, et d'autre part à celle des recettes, essentiellement déterminées par les décisions tarifaires des pouvoirs publics.** C'est pourquoi toute modification tarifaire et tout changement réglementaire envisagés par les pouvoirs publics doivent systématiquement faire l'objet d'une consultation préalable avec les représentants du secteur, dès lors que ces évolutions sont susceptibles d'avoir un impact direct ou indirect sur leur équilibre économique. Pour autant, les PSAD sont prêts à s'engager auprès de l'Assurance maladie dans une démarche de maîtrise médicalisée dans le cadre d'un avenant conventionnel signé en 2010.

### **Un des acteurs de l'innovation dans le système de santé**

**D'ores et déjà engagés dans le développement de nouvelles activités destinées à apporter une réponse de plus en plus complète aux besoins de prise en charge à domicile, les PSAD font partie des acteurs qui contribueront à déployer le futur système de santé.**

Ces innovations sont de quatre ordres:

- le développement des services permettant aux malades **d'accéder aux innovations médicamenteuses et technologiques à leur domicile**, avec toutes les garanties de sécurité requises;
- la conduite d'actions de **recherche destinées au développement et à l'évaluation du service rendu de nouvelles prestations;**
- la mise à disposition des patients de **solutions de télésanté** à domicile;
- et enfin, la participation, dans la limite de leur mission d'éducation technique, aux **programmes d'accompagnement des patients** développés notamment dans le cadre de la prise en charge de maladies chroniques.

Enfin, au-delà du périmètre d'actions aujourd'hui défini, d'autres services, si l'on se réfère aux exemples étrangers, pourraient être envisagés ou reconnus par des aménagements réglementaires nécessaires, comme par exemple le portage de certains médicaments à partir des pharmacies hospitalières au domicile des patients. Les PSAD disposent en effet d'une infrastructure organisationnelle qui pourrait être élargie à un accompagnement rapproché du patient, lorsque l'entourage ne permet pas de le faire. ■

(1) Estimation Synalam.

### **Participer à l'élaboration de notre futur commun**

Acteurs à part entière et vecteurs d'optimisation du système de santé, les PSAD sont prêts à s'engager collectivement sur des obligations fermes, auprès des patients en premier lieu et des professionnels de santé ensuite : poursuivre des efforts de professionnalisation et d'amélioration de la qualité déjà largement engagés, respecter l'éthique professionnelle, développer de nouveaux services s'appuyant sur les technologies innovantes de type télésanté ou sur leur contact direct avec le malade.

À ce titre, leur représentation devrait légitimement être consultée plus largement par les pouvoirs publics pour la préparation des décisions relatives à leur secteur, mais également pour celles qui orientent plus généralement l'évolution de notre système de santé.

Ainsi, la participation des représentants des PSAD au Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie devrait être envisagée, compte tenu de la place qui leur revient dans la chaîne des soins ambulatoires à domicile.

<b>ÉDITORIAL</b>	<b>4</b>
<b>I. LA PRESTATION DE SANTÉ À DOMICILE : UN MAILLON INDISPENSABLE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS</b>	<b>17</b>
A. L'émergence d'une demande forte en matière de services de santé à domicile	18
B. Les réponses apportées par les prestataires de santé à domicile (PSAD)	21
C. De multiples bénéfiques pour la collectivité	26
1. Participer à l'optimisation de l'offre de soins	26
2. Préserver la qualité de vie des patients	28
3. Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins	29
D. Une croissance logique des dépenses pour la collectivité	30
1. Des dépenses principalement financées par l'Assurance maladie obligatoire	30
2. Un poids croissant au sein de la LPPR mais qui reste limité par rapport aux dépenses totales d'assurance maladie	31
3. Une croissance des dépenses expliquée par des facteurs structurels	33
<b>II. UN MÉTIER CENTRÉ SUR LES BESOINS DU PATIENT</b>	<b>37</b>
A. Un service global, pluridisciplinaire et concerté	38
1. Des missions étendues, définies par les pouvoirs publics	38
2. La multiplicité des compétences mobilisées	39
3. Les interactions avec les autres acteurs de santé	40
B. Des standards de qualité en constante amélioration	45
1. Le renforcement progressif des exigences réglementaires	45
2. Une démarche qualité anticipant les exigences réglementaires	48
<b>III. UN SECTEUR ÉCONOMIQUE PEU CONNU</b>	<b>51</b>
A. La diversité des acteurs, source de flexibilité	52
B. Un ancrage dans le tissu sanitaire national et local	54
C. Un équilibre économique à pérenniser	55
<b>IV. UN DES ACTEURS DE L'INNOVATION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ</b>	<b>61</b>
A. Inscrire de nouveaux services liés à l'introduction de médicaments innovants	62
B. Mener des actions de recherche pour évaluer et développer de nouvelles prestations à domicile	63
C. Participer à l'essor de la télésanté sur le territoire et au-delà	64
D. Participer à la conduite des programmes d'accompagnement des patients	66
<b>CONCLUSION : LES PRESTATAIRES DE SANTÉ À DOMICILE (PSAD), DE VÉRITABLES PARTENAIRES DU SYSTÈME DE SANTÉ</b>	<b>68</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>71</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>80</b>

<b>ENCADRÉS</b>	
Encadré 1 : Quelques pathologies chroniques en développement et nécessitant des prestations de santé à domicile	22
Encadré 2 : Un exemple – la prise en charge du diabète	34
Encadré 3 : L'exemple du forfait mensuel d'insulinothérapie par pompe externe (extrait de la LPPR)	47
Encadré 4 : L'exemple du forfait de première installation (extrait de la LPPR)	57
<b>ANNEXES</b>	
Annexe 1 : Focus sur l'insulinothérapie par pompe externe	72
Annexe 2 : Focus sur le traitement de l'apnée du sommeil par pression positive continue	74
Annexe 3 : Focus sur l'antibiothérapie à domicile	76
Annexe 4 : Focus sur la prise en charge à domicile des patients atteints de sclérose latérale amyotrophique	79
<b>GRAPHIQUES</b>	
Graphique 1 : Projection de la répartition de la population par âge à l'horizon 2050 (en %)	19
Graphique 2 : Ventilation des dépenses du titre I de la LPPR par grands postes (régime général)	32
Graphique 3 : Structure de coûts d'une entreprise à services diversifiés	58
<b>TABLEAUX</b>	
Tableau 1 : Évolution de l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans entre 1970 et 2008	18
Tableau 2 : Évolution de l'incidence (nombre de nouveaux cas) de certaines ALD associées à des maladies chroniques sur la période 1990-2008	20
Tableau 3 : Nombre d'entités privées de prestation de santé à domicile dans les cinq régions caractérisées par la densité médicale la plus faible	54
Tableau 4 : Évolution du salaire annuel net moyen entre 1998 et 2006 (en euros courants)	59
<b>SCHÉMAS</b>	
Schéma 1 : Fourniture d'un matériel et/ou d'une prestation sur prescription d'un médecin spécialiste, hospitalier ou de ville	41
Schéma 2 : Intervention du prestataire pour le compte d'une pharmacie d'officine (schéma de sous-traitance)	42
Schéma 3 : Intervention du prestataire pour le compte d'un établissement d'hospitalisation à domicile (schéma de sous-traitance)	43
Schéma 4 : Approvisionnement direct du patient auprès du prestataire	44



Première partie

**La prestation de  
santé à domicile :  
un maillon  
indispensable de  
la prise en charge  
des patients**

## A. L'émergence d'une demande forte en matière de services de santé à domicile

• Le **vieillessement de la population** française est un des enjeux les plus importants de ce début de siècle: sous l'influence combinée d'une baisse de la natalité (celle-ci est passée de 16,7 naissances pour 1 000 en 1970 à 12,8 pour 1 000 en 2008<sup>(2)</sup>), de l'arrivée à des âges avancés des générations nombreuses issues du baby-boom, et surtout d'un accroissement de la longévité de la population.

L'espérance de vie à la naissance a en effet progressé de 11,2% chez les femmes et de 13,5% chez les hommes entre 1970 et 2008<sup>(3)</sup>. C'est en outre aux âges avancés que les gains de longévité ont été les plus importants, l'espérance de vie à 65 ans ayant augmenté de 32,7% chez les femmes et de 38,5% chez les hommes entre 1970 et 2006<sup>(4)</sup>.

Tableau 1 : Évolution de l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans entre 1970 et 2008.

	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1970	68,4	75,9	13,0	16,8
1980	70,2	78,4	14,0	18,2
1990	72,8	81,0	15,6	19,9
2000	75,3	82,8	16,7	21,2
2006	77,2	84,2 (p)	18,0 (p)	22,3 (p)
2008	77,6	84,4 (p)	-	-

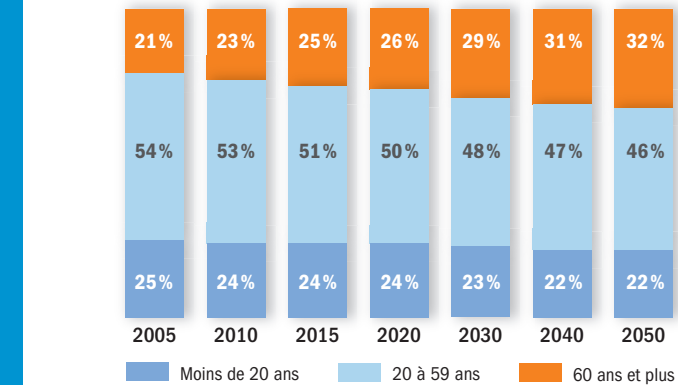
(p) : estimation provisoire.  
Source : Éco-Santé France 2009, version novembre 2009.

Il en résulte une modification de la répartition de la population par âge, la part des personnes de 60 ans et plus ayant progressé de plus de 5 points entre 1980 et 2009, passant de 17 à 22,4% de la population totale<sup>(5)</sup>.

Cette tendance se poursuivra au cours des prochaines années. Selon le scénario central des projections réalisées par l'Insee, la France comptera 32% de personnes de 60 ans et plus en 2050, soit 45% de plus qu'en 2005. C'est entre 2006 et 2035 que les effectifs de cette classe d'âge augmenteront le plus du fait de l'arrivée à ces âges des générations nombreuses issues du baby-boom nées entre 1946 et 1975<sup>(6)</sup>.

Graphique 1

Projection de la répartition par âge à l'horizon 2050 (en %)



Source : Robert-Bobee I., Insee, « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 », INSEE Première, juillet 2006.

Ce vieillissement de la population s'accompagne d'un **développement des poly-pathologies**. Selon l'IRDES, en 1996, 93% des patients de plus de 70 ans souffraient de poly-pathologies et la moitié d'entre eux déclaraient au moins six maladies<sup>(7)</sup>. Une étude plus récente menée par la DREES<sup>(8)</sup> a révélé que les personnes âgées vivant en établissement cumulent en moyenne sept pathologies diagnostiquées.

Il en résulte une **augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie**, dans l'incapacité d'accomplir seules un certain nombre de gestes essentiels de la vie quotidienne. La dépendance étant fortement corrélée avec l'âge, cette tendance devrait se poursuivre dans les années à venir et le nombre de personnes dépendantes, estimé à 800 000 par une étude conduite entre 1998 et 2001<sup>(9)</sup>, devrait progresser de 53% sur la période 2000-2040 (dont 25% sur la période 2000-2020) pour atteindre 1 230 000 personnes.

Cette tendance s'accompagne en outre d'une **diminution du nombre d'aidants potentiels par personne âgée dépendante** du fait des facteurs démographiques (augmentation de la proportion de personnes âgées et diminution du nombre d'actifs) et des évolutions des modes de vie (éloignement géographique des enfants, taux d'activité des femmes...) <sup>(10)</sup>.

• Au-delà du vieillissement de la population, on observe un fort **accroissement de la prévalence de maladies chroniques et invalidantes** dont la prise en charge doit

être assurée au long cours, parmi lesquelles le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les pathologies respiratoires ou à forme respiratoire (insuffisance respiratoire chronique, broncho-pneumopathie chronique obstructive, mucoviscidose, apnée du sommeil) ou encore les maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique), etc. Si ces pathologies sont plus fréquentes chez les personnes âgées, elles touchent également de plus en plus souvent des patients jeunes sous l'influence du développement des facteurs de risque (tabac, alcool, obésité, sédentarité...). À titre d'exemple, les patients présentant un syndrome d'apnée du sommeil sont en moyenne âgés de 55 ans. L'augmentation de la prévalence de ces pathologies représente un poids d'autant plus important pour l'Assurance maladie qu'elles sont largement prises en charge en affection de longue durée (ALD), remboursées à 100 %.

La prise en charge de ces pathologies implique la mobilisation de l'ensemble des acteurs de santé, hospitaliers et ambulatoires. Si la mise en place initiale des traitements et la gestion des épisodes aigus requièrent souvent une prise en charge institutionnelle, la mise en œuvre des traitements au long cours peut aujourd'hui être assurée à domicile dans des conditions de qualité, de sécurité et d'efficacité optimales.

Tableau 2 : Évolution de l'incidence (nombre de nouveaux cas) de certaines ALD associées à des maladies chroniques sur la période 1990-2008.

	1990	2000	2005	2008	Évolution 1990-2008 (en %)
<b>ALD n° 8:</b>					
Diabète de types 1 et 2	61 796	116 332	146 792	184 862	+ 199 %
<b>ALD n° 14:</b> Insuffisance respiratoire chronique grave	25 430	30 199	27 641	35 175	+ 38 %
<b>ALD n° 16:</b>					
Maladie de Parkinson	6 709	10 173	9 662	11 502	+ 71 %
<b>ALD n° 25:</b>					
Sclérose en plaques	2 536	3 892	4 202	4 542	+ 79 %
<b>ALD n° 18:</b>					
Mucoviscidose	263	229	333	346	+ 32 %

Source : CNAMTS, Direction de la stratégie, des études et des statistiques, « Nouveaux cas des affections de longue durée (ALD 30) de 1990 à 2008 - France entière (régime général) ».

- Enfin, au-delà des pathologies chroniques, les besoins de prestations de santé à domicile se développent dans de **multiples circonstances**:
  - prise en charge de certaines pathologies pour lesquelles un suivi au long cours en établissement de santé n'est pas envisageable, comme l'apnée du sommeil;
  - prise en charge de handicaps, parfois lourds, pouvant être totalement ou partiellement gérés à domicile sous réserve d'équipements appropriés;

- encouragement de l'hospitalisation à domicile (HAD) qui recourt selon les besoins des patients à des prestations de santé à domicile;
- prise en charge de patients en aval de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation (SSR), sous l'influence en particulier du raccourcissement des durées de séjour (par exemple antibiothérapie à domicile suite à une infection nosocomiale). ■

(2) Source: Éco-Santé France 2009, version novembre 2009. (3) Ibid. (4) Ibid. (5) Insee. (6) Robert-Bobée I., Insee, « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 », INSEE Première, juillet 2006. (7) A. Le Pape, C. Sermet, IRDES, « La polypathologie des personnes âgées : quelle prise en charge à domicile ? », Intervention présentée au congrès « Soigner à domicile », Paris, 11-12 octobre 1993. (8) N. Dutheil, S. Scheidegger, DREES, « Les pathologies des personnes âgées vivant à domicile », Études et Résultats, n°494, juin 2006. (9) Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) conduite par l'Insee d'octobre 1998 à la fin de l'année 2001, portant sur les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne des personnes qui vivent à leur domicile ou en institution. (10) O. Bontout, C. Colin, R. Kerjose, DREES, « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », Études et Résultats, n°160, février 2002.

Augmentation et vieillissement de la population, développement des polypathologies, montée en charge de la prévalence de maladies chroniques, sorties précoces des soins aigus, saturation des EHPAD, des centres de long séjour ou encore des structures de prise en charge des personnes handicapées sont autant de facteurs à l'origine de besoins croissants en termes de prestations de santé à domicile, et cette tendance ne peut que se confirmer à l'avenir.

## B. Les réponses apportées par les prestataires de santé à domicile

- **Les prestataires de santé à domicile (PSAD) ont vu le jour en France dans les années 70. Dans sa forme actuelle, ce secteur d'activité est le résultat d'un processus de maturation et de structuration qui s'est déroulé au cours des trente ou quarante dernières années et dont le corps médical, les autorités de santé et les prestataires ont été les principaux acteurs.**

C'est dans le domaine respiratoire que sont apparues les premières prestations à domicile. Alors que les personnes souffrant de pathologies respiratoires chroniques étaient jusqu'alors exclusivement prises en charge à l'hôpital, les progrès techniques ont permis l'apparition, à partir de la fin des années 60, des premiers traitements d'oxygénothérapie et de ventilation assistée à domicile, proposés aux patients par des associations constituées à l'initiative de pneumologues et de réanimateurs hospitaliers.

En 1981, la création de l'Antadir, à la demande du ministère de la Santé et des Caisses nationales d'assurance maladie, pour rationaliser et homogénéiser les modalités de délivrance de ces nouvelles prestations, marque le début de la structuration du secteur. Progressivement, le champ d'activité s'étend à de nouveaux traitements dans le domaine respiratoire (ventilation non invasive, traitement de l'apnée du sommeil par pression positive continue...) puis, au-delà, à un ensemble de services destinés à permettre le maintien à domicile des patients (équipement du domicile, nutrition entérale, insulinothérapie par pompe...).

Aux côtés des associations, des acteurs issus du secteur privé entrent progressivement sur le marché à partir des années 90 et contribuent au développement de l'offre proposée aux patients.

• **Les matériels et services proposés par les prestataires de santé à domicile (PSAD) s'adressent à un large éventail de patients**, fréquemment âgés mais pas exclusivement. Ils visent le plus souvent le traitement de pathologies chroniques (cancer, diabète, BPCO...) ou d'états pathologiques, en général liés à l'âge (dénutrition, dépendance, grabatisation...).

Quelques pathologies chroniques en développement et nécessitant des prestations de santé à domicile	
<b>Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)</b>	En France, la BPCO touche environ 3,5 millions de personnes, principalement des adultes de plus de 45 ans. Près de 100 000 malades présentent des formes sévères nécessitant une oxygénothérapie ou une ventilation à domicile. La mortalité associée à cette maladie augmente régulièrement depuis vingt ans pour atteindre aujourd'hui environ 16 000 décès par an <sup>(11)</sup> .
<b>Cancer</b>	Selon l'Institut national du cancer <sup>(12)</sup> , on estime à plus de 320 000 le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2005. Les localisations les plus fréquentes sont, dans l'ordre, la prostate, le sein, le côlon-rectum et le poumon. Pour les personnes diagnostiquées entre 1989 et 1997, le taux de survie globale s'élève à 73% à un an et 52% à cinq ans. Avec plus de 145 000 décès enregistrés en 2005, le cancer constitue aujourd'hui la première cause de mortalité en France (comme dans la plupart des pays européens). Il devient pour de nombreux patients une pathologie chronique, traitement de la douleur et chimiothérapie pouvant être administrés à domicile.

suite de l'encadré pathologies chroniques	
<b>Diabète</b>	Selon la CNAMTS <sup>(13)</sup> , le nombre de malades diabétiques de type 2 diagnostiqués s'élevait en 2007 à 2,5 millions, soit 40% de plus qu'en 2001. Ces chiffres (auxquels il conviendrait d'ajouter le nombre de personnes non diagnostiquées) correspondent à un taux de prévalence moyen de 4% mais qui dépasse les 12% pour les personnes de plus de 60 ans. En outre, la mise en œuvre plus précoce de l'insulinothérapie dans le diabète de type 2 aujourd'hui recommandée et la mise à disposition de pompes permettant d'adapter en continu le traitement au besoin des malades (prioritairement aux diabétiques de type 1) est un facteur de développement des prestations dans ce domaine.
<b>Maladie de Parkinson</b>	La maladie de Parkinson est une affection neurodégénérative chronique, d'origine inconnue, qui conduit à la disparition progressive prématurée des neurones responsables de la production de la dopamine qui intervient dans le contrôle des mouvements du corps. Elle se caractérise par des troubles du mouvement (lenteur, tremblements, rigidité des membres, troubles de l'équilibre) qui s'accroissent avec son évolution. Sa prévalence est de 2 pour 1 000 environ en population générale, mais s'élève à 2% chez les plus de 65 ans <sup>(14)</sup> . Le traitement, qui repose principalement sur l'administration de médicaments destinés à compenser le déficit en dopamine, permet une diminution des signes de la maladie mais non la guérison. L'administration par pompe permet, au stade avancé de la maladie, de mieux gérer les conséquences motrices des fluctuations de la dopamine dans l'organisme.
<b>Sclérose latérale amyotrophique (SLA)</b>	La sclérose latérale amyotrophique (SLA) est une maladie neurodégénérative grave avec une évolution progressive létale qui atteint les motoneurones centraux et périphériques du système nerveux. Elle touche aujourd'hui entre 4 500 et 6 000 patients, avec une incidence annuelle comprise entre 4 et 6 nouveaux cas pour 100 000 habitants <sup>(15)</sup> (ce qui la situe en deuxième place des maladies neurodégénératives, juste derrière la maladie d'Alzheimer). La médiane de survie est actuellement de 48 mois avec des extrêmes à 6 mois et 15 ans <sup>(16)</sup> . Elle entraîne une incapacité motrice progressive et donc un handicap majeur, qui requiert la mise à disposition du patient d'un matériel adapté de maintien à domicile et d'aide à la mobilité.

• Afin de répondre à ces besoins croissants, **les prestataires de santé à domicile (PSAD) proposent une large gamme de services et prestations médico-techniques qui s'articulent principalement autour des axes suivants :**

- **la prise en charge à domicile des pathologies chroniques**, principalement par la mise en œuvre de :

- **prestations destinées aux personnes diabétiques, aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson...** : systèmes de perfusion par pompe externe;

- **prestations destinées au traitement de pathologies respiratoires**: systèmes d'oxygénothérapie (en poste fixe ou permettant la déambulation) ou dispositifs de ventilation non invasive pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique restrictive, de broncho-pneumopathie chronique obstructive ou encore d'algies vasculaires de la face, appareils générateurs d'aérosols pour les patients souffrant de mucoviscidose, ventilation par pression positive continue pour le traitement de l'apnée du sommeil, spiromètres pour la surveillance à domicile des patients transplantés pulmonaires ou cardio-pulmonaires...

- **la mise en œuvre à domicile de traitements ambulatoires spécifiques**, notamment par la mise en place de :

- **prestations et matériels pour perfusion** pour l'administration de chimiothérapies anticancéreuses, d'antibiothérapies pour le traitement de maladies au long cours, chroniques ou récidivantes, ou encore d'infections nosocomiales contractées à l'occasion d'un séjour hospitalier (ostéites ou endocardites par exemple), de traitements antiviraux et antifongiques pour malades immunodéprimés, de traitement de la douleur en cas d'impossibilité de poursuivre le traitement par voie orale, de traitements vasodilatateurs et antiagrégants plaquettaires pour les patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire primitive, de médicaments destinés au traitement de maladies du sang, congénitales ou acquises...

- **prestations et matériels de nutrition par voie veineuse ou gastrique** (forfaits de nutrition entérale avec ou sans pompe, sondes, boutons de gastrostomie avec ou sans pompe, nutriments) à destination des patients présentant un état de dénutrition avérée ou un risque de dénutrition lié à une pathologie digestive ou extra-digestive. L'intervention des prestataires se fait également en nutrition parentérale à domicile, conformément à

un avis récemment rendu par la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>(17)</sup>. Des discussions sont en cours avec le CEPS pour la création à la LPPR de forfaits spécifiques en nutrition parentérale.

- **la mise à disposition d'aides techniques aux personnes en situation de dépendance ou de handicap en vue de leur maintien à domicile**. Ces dispositifs s'adressent à la fois aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes présentant un handicap physique lié à un accident ou à une pathologie chronique invalidante (sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique...). Ce champ recouvre notamment :

- **des matériels destinés à l'équipement du domicile**: lits médicaux, appareils de verticalisation, appareils destinés au soulèvement du malade...

- **des aides à la mobilité**: fauteuils roulants (électriques ou à propulsion manuelle), cannes, béquilles, déambulateurs. En fonction des besoins du patient, les fauteuils roulants peuvent être proposés à la location ou à l'achat. Dans ce dernier cas, le fauteuil peut être réalisé sur mesure, en fonction d'une estimation du handicap et des besoins du patient, effectuée par le prestataire en coopération avec le médecin prescripteur et l'ergothérapeute;

- **des dispositifs pour la prévention des escarres**: coussins et matelas anti-escarres (systèmes statiques ou dynamiques), compresseurs...

- **des dispositifs pour la prise en charge de l'incontinence**: alèses, couches, sondes... ■

(11) Ministère de la Santé et des Solidarités, Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005-2010 : «Connaitre, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO». (12) INCa, «La situation du cancer en France en 2009», octobre 2009. (13) CNAMTS, «2,5 millions de personnes atteintes de diabète en France: prise en charge des malades et dynamiques des dépenses», Point d'information du 22 octobre 2009. (14) HAS, «Syndromes parkinsoniens dégénératifs ou secondaires non réversibles», Guide ALD, avril 2007. (15) HAS, «Sclérose latérale amyotrophique : Protocole national de diagnostic et de soins pour une maladie rare», Guide ALD, janvier 2007. (16) Ibid. (17) HAS, Commission d'Évaluation des Produits et Prestations, avis relatif aux pompes externes programmables et prestations associées à la nutrition parentérale à domicile, 15 avril 2008.

En réponse aux besoins croissants de la population, les prestataires de santé à domicile (PSAD) développent depuis trente ans une offre de services indispensables pour le traitement de certaines maladies chroniques, la mise en œuvre de traitements ambulatoires spécifiques et le maintien à domicile des personnes en situation de dépendance ou de handicap. Les progrès techniques réalisés dans le domaine du matériel médical permettent aujourd'hui une prise en charge à domicile de pathologies et de handicaps de plus en plus nombreux et de plus en plus lourds (par exemple le cancer, la mucoviscidose, les maladies neurodégénératives...).

Ces produits ou services peuvent venir en complément des interventions des autres acteurs de santé à domicile (infirmiers libéraux, HAD, SSIAD, réseaux de santé...).

## C. De multiples bénéfices pour la collectivité

### 1. Participer à l'optimisation de l'offre de soins

- La recherche d'une plus grande efficacité du système de santé, par la mise à disposition d'un éventail de prises en charge adaptées en fonction des besoins et de l'état de santé des patients, constitue le fil conducteur du processus de réorganisation de l'offre de soins engagé ces dernières années. L'idée de « **la bonne offre de soins délivrée au bon patient** » fait aujourd'hui l'objet d'un consensus clair et conduit progressivement à recentrer chaque mode de prise en charge sur des indications précises.

- Témoignent notamment de cette volonté **les différentes mesures prises ces dernières années en faveur du développement des soins à domicile**, qui visent à éviter, dans la mesure du possible, en fonction de la situation du patient, les prises en charge en hospitalisation complète (ou en EHPAD), réputées plus coûteuses. L'offre hospitalière traditionnelle se trouve ainsi progressivement recentrée sur des indications précises (court séjour spécialisé, soins de suite et de réadaptation) correspondant à des situations pour lesquelles l'état du malade, son lieu de vie ou son entourage rendent impossible un retour à domicile.

- Plusieurs mesures ont ainsi été prises en faveur du **développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)** avec un objectif de 15 000 places d'ici 2010<sup>(18)</sup> (intégrat-

tion dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), suppression de l'imputation à la carte sanitaire, suppression du « taux de change » qui subordonnait la création de places d'HAD à la fermeture de lits d'hospitalisation complète, mise en place de la tarification à l'activité...).

- Le **Plan Solidarité Grand Âge**<sup>(19)</sup>, présenté en 2006 par Philippe Bas, a prévu une augmentation de 40 %, sur une période de cinq ans, du nombre de places de soins infirmiers à domicile. À raison de 6 000 places créées chaque année à compter de 2006, puis 7 500 à compter de 2010, le plan prévoit d'atteindre un objectif de 232 000 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) à l'horizon 2025.

- Le **programme de développement des soins palliatifs 2008-2012** a, quant à lui, rappelé la nécessité de « *faciliter la mise en œuvre des soins palliatifs à domicile par l'intervention de réseaux de santé et de services au bénéfice du malade et de ses proches : acteurs libéraux, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), HAD...* »<sup>(20)</sup>.

- Le **Centre de référence pour la santé à domicile et l'autonomie**, récemment créé à l'initiative du ministère de l'Industrie, a pour mission de contribuer au développement et au bon usage de solutions utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication destinées à prendre en charge la santé et la dépendance au domicile.

- La **loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST)**, promulguée en juillet 2009, marque un pas supplémentaire dans la clarification du rôle des acteurs de santé et des modalités d'articulation de leur action. Les missions des établissements de santé publics et privés, centrées autour du diagnostic, de la surveillance et du traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, sont désormais clairement précisées par la loi. Le statut de l'hospitalisation à domicile (HAD) est quant à lui consolidé et seuls les établissements titulaires d'une autorisation délivrée par l'autorité compétente peuvent faire usage de l'appellation « HAD ». Enfin, le statut et les missions des maisons, des centres et des pôles de santé sont clarifiés afin de permettre le développement de ces structures et de garantir ainsi la disponibilité et l'accessibilité sur l'ensemble du territoire d'une offre de soins primaires pluridisciplinaire.

Surtout, un nouveau niveau de gouvernance est créé avec la mise en place des agences régionales de santé (ARS), en charge de l'organisation des soins de ville, des soins hospitaliers et de l'offre médico-sociale. Pour ARS, la recherche d'un meilleur équilibre et d'une meilleure articulation entre les prises en charge institutionnelles (en établissement de santé ou en EHPAD) et à domicile (HAD, SSIAD, prestataires de santé à domicile (PSAD), réseaux de santé...) sera sans conteste l'un des objectifs majeurs.

• **L'offre proposée par les prestataires de santé à domicile (PSAD) s'inscrit logiquement dans la démarche d'optimisation de l'offre de soins et de recherche d'efficacité.**

- Elle permet en effet le maintien à domicile de patients qui nécessitent une assistance médico-technique, mais dont l'état de santé ne justifie pas pour autant une prise en charge en hospitalisation complète, en EHPAD ou en HAD. Dans de nombreux cas, en l'absence de prestataires, le recours à une prise en charge institutionnelle se révélerait nécessaire. Pour un patient souffrant d'insuffisance respiratoire chronique sévère, l'arrêt du traitement d'oxygénothérapie à domicile implique par exemple de manière quasi systématique une hospitalisation dans des délais très brefs. De la même manière, en permettant une meilleure régulation de la glycémie, l'insulinothérapie par pompe externe permet d'éviter un certain nombre de complications liées au diabète, dont certaines peuvent justifier le recours à l'hospitalisation. L'existence d'une offre de prestation de santé à domicile permet ainsi aux différents acteurs de la prise en charge des patients de se concentrer sur leurs missions essentielles.

- Au-delà, les PSAD se révèlent également un maillon essentiel du bon fonctionnement des systèmes de prise en charge proposés par d'autres acteurs intervenant au domicile du patient. C'est notamment le cas des structures d'HAD pour lesquelles les prestataires interviennent fréquemment en tant que sous-traitants, en particulier pour la mise à disposition de matériel médical. De la même manière, la prise en charge des patients par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) serait dans de nombreux cas impossible en l'absence de l'offre de dispositifs médicaux et de services parallèlement proposée par les PSAD.

- Enfin, par un suivi régulier de l'observance du patient à son traitement, les PSAD contribuent à garantir l'efficacité de la dépense associée aux prestations pour la collectivité. Soulignons à cet égard que, pour certaines prestations, le remboursement par l'Assurance maladie est conditionné au respect d'un niveau minimal d'observance par le patient. Ce mécanisme, qui demeure à ce jour encore assez marginal dans le système de santé français, s'applique par exemple à la prise en charge du traitement de l'apnée du sommeil par pression positive continue.

## 2. Préserver la qualité de vie des patients

• La prise en charge à domicile répond mieux **aux attentes des personnes et des familles** et apparaît comme une **alternative préférable à la prise en charge institutionnelle**, notamment en EHPAD. Selon un sondage Sofres conduit en 2005<sup>(21)</sup>, les Français, quel que soit leur âge, sont très favorables à la santé à domicile, 88% d'entre eux ayant une bonne opinion de ce mode de soins. En ce qui concerne les soins liés au grand âge et à la dépendance, 81% des personnes interrogées souhaitent rester à domicile.

Alors que l'institutionnalisation peut se révéler traumatisante, en particulier pour les patients âgés ou les enfants, la prise en charge à domicile permet au patient de suivre son traitement dans son lieu de vie habituel, accompagné de son entourage. Pour certaines pathologies peu invalidantes, elle permet au patient de poursuivre une activité sociale et professionnelle. À l'autre extrême, la présence des acteurs de santé à domicile permet également de maintenir un lien social avec les personnes âgées dépendantes en situation d'isolement.

## 3. Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins

• Comme pour la plupart des prises en charge thérapeutiques, une bonne observance par le patient constitue un élément clé du succès des traitements mis en œuvre avec les PSAD. Dans certains cas, le remboursement du traitement par l'Assurance maladie peut être conditionné au respect par le patient d'un niveau d'observance minimal<sup>(22)</sup>. Grâce aux développements récents des technologies de l'information et de la communication, les matériels mis à disposition des patients pour le traitement de certaines pathologies permettent aujourd'hui aux PSAD de procéder à un **suivi fin de l'observance**. Les prestataires peuvent, sur cette base, conduire des actions de sensibilisation auprès des patients et les aider ainsi à être plus observants. Surtout, ils peuvent transmettre dans les meilleurs délais l'ensemble des données d'observance au médecin prescripteur, de sorte que celui-ci peut décider, au besoin, d'une éventuelle adaptation du traitement.

• Au-delà des bénéfices médicaux liés au suivi de l'observance, la prise en charge des patients à domicile permet également d'**éviter l'exposition au risque d'infections nosocomiales** qui peuvent être contractées à l'hôpital et dont la prévalence était estimée à 5,38% en 2007<sup>(23)</sup>. ■

(18) Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, « Plan Solidarité Grand Âge », présenté le 27 juin 2006 par Philippe Bas. (19) Ibid. (20) Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, « Programme de développement de soins palliatifs 2008-2012 », 2008. (21) Sondage Sofres réalisé en septembre 2005 pour le Syndicat de l'industrie des dispositifs de soins médicaux Appamed. (22) C'est par exemple le cas pour la prestation de traitement de l'apnée du sommeil par pression positive continue dont la prise en charge par l'Assurance maladie est subordonnée par la LPPR à l'utilisation du matériel au minimum trois heures par nuit. (23) INVS, Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, 2006.

Face aux besoins croissants observés, la prise en charge à domicile, qui dans de nombreux cas serait impossible sans l'appui des prestataires de santé à domicile (PSAD), correspond aux types de solutions recherchées par les parties prenantes du système de santé (patients et entourage, professionnels de santé et décideurs publics).

En permettant d'éviter ou de limiter les recours injustifiés aux prises en charge institutionnelles (en hospitalisation ou en EHPAD), les services proposés par les prestataires de santé à domicile (PSAD) s'inscrivent résolument dans la démarche d'optimisation de l'offre de soins, d'efficience du système de santé et de réduction des dépenses poursuivie par les pouvoirs publics. Ces prestations à domicile sont en même temps source d'un plus grand confort pour le patient, pris en charge dans son lieu de vie habituel. Enfin, *via* un accompagnement rapproché du patient, et en particulier d'un suivi régulier de l'observance, la prise en charge par les PSAD contribue à l'objectif global d'amélioration de la qualité des soins.

## D. Une croissance logique des dépenses pour la collectivité

### 1. Des dépenses principalement financées par l'Assurance maladie obligatoire

• Alors que le taux de remboursement théorique des produits et prestations inscrits à la LPPR est de 65 %, **leur taux de prise en charge moyen par l'Assurance maladie avoisine en réalité les 90 %**. Près de 70 % des patients concernés bénéficient en effet d'une exonération de ticket modérateur (notamment au titre des ALD). Des variations peuvent toutefois être observées selon les catégories de produits ou prestations, l'Assurance maladie intervenant selon les cas de manière quasi-exclusive (systèmes de perfusion pour chimiothérapie et antibiothérapie, nutrition entérale, oxygénothérapie, ventilation non invasive) ou de manière partielle (certains fauteuils roulants, traitement de l'apnée du sommeil).

• Des financements complémentaires sont également mobilisés *via* un certain nombre d'aides et d'allocations destinées à compenser la perte d'autonomie des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, parmi lesquelles notamment :

- Allocation personnalisée d'autonomie (APA) attribuée par le département aux

personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie en vue de l'acquisition de biens (des aides techniques) et de services d'aides humaines définis dans le cadre d'un plan d'aide personnalisée élaboré par une équipe médico-sociale;

- la Prestation de compensation du handicap (PCH), destinée à financer les besoins de compensation des personnes en situation de handicap, tels qu'inscrits dans un plan personnalisé défini par l'équipe pluridisciplinaire de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) sur la base du projet de vie exprimé par la personne. Cette prestation vise notamment à couvrir une partie du coût des aides techniques non prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

• Les produits et services non pris en charge par l'Assurance maladie, ainsi que le reste à charge sur les produits et services remboursables, sont financés par **les ménages et les assurances privées** (assurances maladie complémentaires et assurances dépendance). Au-delà du financement, certains assureurs privés vont jusqu'à proposer à leurs adhérents certaines prestations.

• La création d'un **droit universel à la compensation de la perte d'autonomie dans le cadre de la mise en place du « cinquième risque »** pourrait constituer à l'avenir une nouvelle source de financement des produits et services fournis par les prestataires de santé à domicile (PSAD) aux personnes âgées dépendantes et aux personnes en situation de handicap. À ce titre, les prestataires ont toute légitimité à participer pleinement aux débats sur la mise en place du cinquième risque qui doivent s'ouvrir en 2010.

### 2. Un poids croissant au sein de la LPPR mais qui reste limité par rapport aux dépenses totales d'assurance maladie

• **Les dépenses associées aux prestations de santé à domicile se concentrent quasi-exclusivement sur les titres I et IV de la LPPR**. Soulignons toutefois que ces derniers recouvrent également des dispositifs et services proposés par une variété d'autres acteurs.

**Pour ces deux titres réunis, les dépenses du régime général pour 2009<sup>(24)</sup> se sont élevées à 2,9 milliards d'euros<sup>(25)</sup> dont :**

- **98 millions d'euros pour le titre IV** consacré à l'achat et à la réparation des fauteuils roulants;

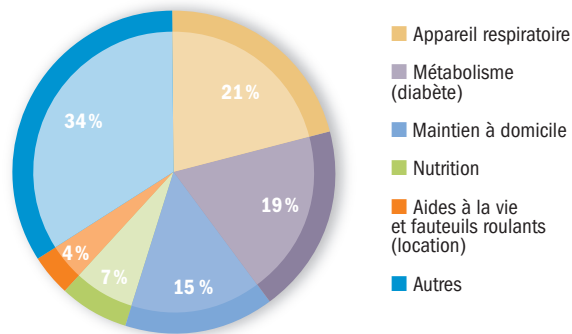
- **2,8 milliards pour le titre I**, principalement dédié au maintien à domicile. Ce titre, qui regroupe une importante diversité de prestations dans les domaines du respiratoire, du diabète, de la perfusion ou encore de l'équipement du domicile des personnes dépendantes, concentre ainsi à lui seul plus de la moitié des dépenses de la LPPR.



Selon une étude plus détaillée de la CNAMTS sur les dépenses 2007<sup>(26)</sup>, au sein du titre I, les matériels et prestations d'assistance respiratoire (pression positive continue pour apnée du sommeil, oxygénothérapie, aérosolthérapie, etc.)<sup>(27)</sup> arrivaient en tête du classement avec 21 % des dépenses des titres I et IV. Ils étaient suivis de ceux utilisés dans le cadre de troubles du métabolisme<sup>(28)</sup>, en particulier du diabète, avec 19 % des dépenses. Au sein de la catégorie « métabolisme », soulignons que 70 % des dépenses portent sur les matériels et consommables pour l'autotraitement du diabète (lecteurs de glycémie et bandelettes notamment), aujourd'hui distribués par les seules pharmacies d'officine. Les dépenses associées aux pompes externes et aux matériels d'injection associés, mis à disposition par les PSAD notamment, s'élevaient quant à elles à 84,2 millions d'euros, soit 18 % des dépenses de la catégorie. Les matériels de maintien à domicile proprement dits (lits médicaux, matelas et coussins anti-escarres, matériels pour perfusion...) <sup>(29)</sup> arrivent quant à eux en troisième position avec 15 % des dépenses des titres I et IV. Ces trois classes représentent 40 % du total des dépenses de la LPPR et 55 % des dépenses du titre I.

Graphique 2

Ventilation des dépenses du titre I de la LPPR par grands postes (régime général)



Source: D'après CNAMTS, « Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007 », Point de repères n° 15, mai 2008.

- Ces chiffres correspondent aux dépenses remboursées par le seul régime général (hors sections locales mutualistes) qui concentre environ 72 % du total des dépenses. **Une extrapolation à l'ensemble des régimes conduit ainsi à estimer les dépenses remboursées des titres I et IV à 3,5 milliards d'euros.**

- La part des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire étant de l'ordre de 90 %, **les dépenses totales des titres I et IV de la LPPR (indépendamment du type de financeur) peuvent être estimées pour 2007 à environ 3,9 milliards d'euros.** Il conviendrait d'ajouter à ce chiffre l'ensemble des dépenses de produits et prestations proposés par les PSAD et non inscrits à la LPPR (donc non pris en charge par l'Assurance maladie); aucune source de données ne permet néanmoins de connaître les montants qui y sont associés.

- **Les dépenses de la LPPR sont en outre caractérisées par une croissance soutenue:** + 9,2 % entre 2000 et 2007 sur l'ensemble et +11 % sur les seuls produits et prestations financés sur l'enveloppe de ville. Près de 80 % de cette augmentation peuvent être expliqués par la croissance des dépenses du titre I dédiées au maintien à domicile, au sein duquel les postes relatifs au respiratoire et au métabolisme (diabète) sont les plus dynamiques.

### 3. Une croissance des dépenses expliquée par des facteurs structurels

- La progression des dépenses associées aux prestations de santé à domicile est à mettre en relation avec les **évolutions démographiques et épidémiologiques** à l'origine d'un accroissement des besoins en matière de technologies et de services de maintien à domicile. La hausse de la prévalence de certaines pathologies s'accompagne en effet nécessairement d'un accroissement des dépenses associées à leur traitement (voir encadré page suivante: *Un exemple – la prise en charge du diabète*).

- **L'amélioration des conditions diagnostiques et les progrès réalisés en termes de dépistage** comptent également parmi les facteurs à l'origine de l'essor de certaines prestations. Le développement de la prise en charge de l'apnée du sommeil est ainsi à mettre en relation avec un diagnostic plus efficace de la maladie, largement favorisé par l'inscription en 2005 d'un acte de polygraphie respiratoire nocturne ambulatoire à la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Toujours dans le domaine du respiratoire, les efforts réalisés sous l'impulsion des pouvoirs publics en vue d'un dépistage plus efficace et plus systématique de la BPCO<sup>(30)</sup> expliquent largement le développement de la prise en charge de cette pathologie par les PSAD.

- Enfin, la dynamique des dépenses associées à la prise en charge à domicile des patients doit nécessairement être analysée au regard des évolutions structurelles du système de santé, en particulier du raccourcissement des durées d'hospitalisa-

## Un exemple – la prise en charge du diabète

L'exemple du diabète illustre parfaitement ce constat. En 2007, les dépenses de la LPPR de la classe métabolisme se sont élevées à 464,4 millions d'euros (+16% par rapport à 2006)<sup>(31)</sup>. Une évolution particulièrement dynamique des dépenses a été observée sur les pompes externes pour l'autotraitement du diabète, les matériels d'injection pour pompes et les consommables d'auto-contrôle du diabète.

Ces chiffres doivent toutefois être analysés au regard :

- de l'évolution des facteurs épidémiologiques: hausse du nombre de patients diabétiques traités (+80% entre 2001 et 2007<sup>(32)</sup>), hausse de l'incidence de l'ALD diabète (+48% entre 2001 et 2007<sup>(33)</sup>), hausse de la prévalence de l'ALD diabète (25% entre 2004 et 2007<sup>(34)</sup>);
- de l'amélioration de la prise en charge des patients<sup>(35)</sup>: progression de 10 points de la part des patients avec un diabète de type 2 ayant bénéficié des trois dosages d'hémoglobine glycolisée recommandés dans l'année entre 2001 et 2007, progression de 8 points de la part des patients ayant bénéficié d'un dosage la créatininémie entre 2001 et 2007, etc.

Ces deux facteurs combinés expliquent que les dépenses de la LPPR de la classe métabolisme suivent finalement la même tendance d'augmentation que les autres postes associés à la prise en charge du diabète<sup>(36)</sup>:

- hausse de 38% des dépenses de pharmacie entre 2001 et 2007<sup>(37)</sup>;
- hausse de 35% des dépenses de soins infirmiers entre 2001 et 2007;
- hausse de 30% des dépenses de biologie entre 2001 et 2007;
- et, au final, une progression des dépenses totales liées à la prise en charge des patients diabétiques (en ALD ou non) de 80% entre 2001 et 2007.

tion (entre 1998 et 2004, la durée moyenne de séjour est passée de 5,8 à 5,5 jours en MCO<sup>(38)</sup>) que la tarification à l'activité (T2A) a récemment conduit à accélérer. Celle-ci se traduit nécessairement dans les faits par un transfert des dépenses vers les systèmes de prise en charge alternatifs ou complémentaires à l'hospitalisation. Selon la CNAMTS, «le développement du maintien à domicile consécutif à une politique de diminution de la durée de séjour hospitalier induit un "transfert" de charge de l'hôpital vers la ville. Les produits de la LPP sont particulièrement concernés, notamment pour les dispositifs de maintien à domicile proprement dits (lits médicalisés, matelas et coussins anti-escarres, matériels de perfusion), les matériels d'assistance respiratoire (ventilation, oxygénothérapie) ou encore les pansements et les nutriments<sup>(39)</sup>». ■

(24) Statistique mensuelle. Résultat à fin décembre 2009, CNAMTS. (25) En l'absence de ventilation disponible des dépenses en fonction du type de distributeur (pharmacies d'officines, prestataires de santé à domicile (PSAD), opticiens, audioprothésistes, podologues, etc.), ces chiffres sont des chiffres globaux. (26) CNAMTS, «Les dispositifs médicaux: situation et évolution en 2007», Point de repères, n°15, mai 2008. (27) Classe R. (28) Classe M. (29) Classe T. (30) Ministère de la Santé et des Solidarités, Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005-2010: «Connaitre, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO». (31) CNAMTS, «Les dispositifs médicaux: situation et évolution en 2007», Point de repères, n°15, mai 2008. (32) CNAMTS, Direction de la stratégie, des études et des statistiques, «Nouveaux cas des affections de longue durée (ALD 30) de 1990 à 2008 – France entière», juillet 2009. (33) CNAMTS, «2,5 millions de personnes atteintes de diabète en France: prise en charge des malades et dynamiques des dépenses», Point d'information du 22 octobre 2009. (34) Ibid. (35) Ibid. (36) Ibid. (37) Sur la seule période 2005-2007, les ventes de médicaments antidiabétiques (classe A10) ont augmenté de 16% en valeur et de 9% en volume (source: IMS Health). (38) Ministère de la Santé et des Solidarités, «L'hospitalisation et l'organisation des soins en France», édition 2006. (39) CNAMTS, «Les dispositifs médicaux: situation et évolution en 2007», Point de repères n°15, mai 2008.

Le financement des services et dispositifs médicaux proposés aux patients pour le maintien à domicile est aujourd'hui principalement assuré par l'Assurance maladie obligatoire, même si l'on peut observer des différences selon les prestations et les produits. Si d'autres sources de financement existent (aides et allocations destinées à financer la perte d'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap, financements des assureurs complémentaires et des ménages) ou sont en cours d'émergence (cinquième risque), elles demeurent toutefois marginales à ce jour. Les dépenses associées aux prestations de santé à domicile se concentrent quasi-exclusivement sur les titres I et IV de la LPPR. Pour ces deux titres, les dépenses du régime général se sont élevées en 2007 à 2,5 milliards d'euros, soit 57% des dépenses de la LPPR. Ces dépenses sont en outre caractérisées par une croissance soutenue, conséquence logique des nouveaux besoins exprimés et des évolutions structurelles du système de santé. Malgré leur dynamique, elles représentent toutefois aujourd'hui moins de 3% des dépenses totales d'assurance maladie et doivent nécessairement être mises en regard des bénéficiaires, économiques notamment, qui y sont associés.

---

Deuxième partie

**Un métier  
centré sur  
les besoins  
du patient**

## A. Un service global, pluridisciplinaire et concerté

### 1. Des missions étendues, définies par les pouvoirs publics

• **Le caractère global de la prise en charge constitue l'un des aspects fondamentaux de la prestation de santé à domicile, reconnu comme tel par les textes réglementaires.** L'article D.5232-10 du code de la santé publique<sup>(40)</sup> prévoit ainsi que « *le prestataire de services et le distributeur de matériel assurent une prestation globale comportant de façon indissociable l'ensemble des éléments définis par arrêté du ministre chargé de la santé* ». Les composantes de la prestation de santé à domicile sont détaillées, de manière générale, par l'arrêté du 19 décembre 2006<sup>(41)</sup> et, de manière spécifique, dans l'arrêté d'inscription de chaque prestation à la LPPR.

• **Le prestataire intervient dès l'émission de la prescription par le médecin, au travers d'un ensemble d'actions destinées à permettre la mise en place du traitement dans les meilleures conditions possibles :**

- la coordination avec le médecin ou l'équipe pluridisciplinaire à l'origine de la prescription, afin de garantir l'adéquation du matériel et de la prestation à la prescription médicale;

- le conseil du patient dans le choix du matériel médical, pouvant passer dans certains cas par l'essai de différents modèles;

- la fourniture au patient d'une information claire et adaptée sur le matériel (mode de fonctionnement, avantages, inconvénients), sur son prix (fourniture d'un devis), ainsi que sur les conditions de sa prise en charge par l'Assurance maladie. Cela suppose notamment la remise au patient de la documentation technique nécessaire à l'utilisation du matériel;

- la prise en charge du dossier administratif du patient et des relations avec les organismes d'assurance maladie (notamment dans le cadre du tiers-payant);

- l'éducation technique du patient (et, le cas échéant, de son entourage et du personnel soignant susceptible d'intervenir au domicile) à l'utilisation du matériel. Cette formation doit en outre être renouvelée de manière continue au cours de l'utilisation du matériel;

- enfin, la livraison et la mise en service des dispositifs médicaux, puis le cas échéant, le réapprovisionnement régulier en consommables.

• Pendant toute la durée d'utilisation du matériel, **le prestataire s'assure du bon déroulement du traitement**, en proposant les services suivants :

- pour de nombreuses prestations, l'organisation d'un système d'astreinte téléphonique 7j/7, 24h/24, assuré, selon les cas, par des techniciens ou des infirmiers;

- la maintenance des dispositifs médicaux fournis (contrôle régulier du bon fonctionnement et, en cas de difficulté, réparation ou fourniture d'un matériel de remplacement);

- la coordination avec l'ensemble des acteurs médicaux et soignants intervenant dans la prise en charge du patient, notamment avec le médecin prescripteur vers qui des retours d'informations sont régulièrement effectués;

- le suivi du bon déroulement du traitement, par un contrôle régulier de l'observance et de la bonne utilisation du matériel, et l'alerte systématique du médecin prescripteur en cas de difficulté observée;

- l'éventuelle adaptation du traitement, au domicile du patient, selon les indications fournies par le médecin prescripteur sur la base des informations qui lui ont préalablement été transmises;

- le signalement aux autorités compétentes de l'ensemble des incidents ou risques d'incidents liés à l'utilisation du matériel (matéiovigilance, pharmacovigilance);

- à l'issue du traitement, la récupération, le nettoyage et la désinfection des dispositifs en location et leur contrôle avant remise en service.

### 2. La multiplicité des compétences mobilisées

• La délivrance au patient d'une offre de prise en charge globale suppose la mobilisation par les PSAD, en interne, de **compétences multiples et complémentaires, adaptées à la nature du matériel médical et de la prestation fournis.**

• À cette fin, les prestataires emploient un **nombre important de professionnels de santé, essentiellement paramédicaux.** Au total, les PSAD comptent ainsi environ :

- **800 à 1 000 infirmiers**, principalement employés par les structures intervenant dans le domaine du respiratoire, de la perfusion ou encore dans la prise en charge du diabète. En complément de leur diplôme d'État, les infirmiers employés par les prestataires disposent de formations internes adaptées à la nature de leur intervention;

- **200 à 250 diététiciens**, dont le rôle est essentiel dans l'accompagnement des patients diabétiques et de ceux bénéficiant de traitements de nutrition entérale;

- **120 à 150 pharmaciens**, chargés réglementairement de garantir la dispensation de l'oxygène médicament, mais qui interviennent aussi ponctuellement sur d'autres prestations en cas de demande.

On note par ailleurs également la présence de **kinésithérapeutes**, qui interviennent essentiellement dans le domaine du maintien à domicile des personnes en situation de dépendance ou de handicap.

Ces professionnels de santé sont, durant toute la période de prise en charge, en contact direct avec le patient ou en support de l'action des autres intervenants. Leurs missions incluent l'information et le conseil en amont, la mise en place du traitement à domicile et la formation du patient à l'utilisation du matériel, la délivrance de conseils complémentaires sur la pathologie et sa prise en charge, ainsi que la fourniture de l'assistance nécessaire en cas de difficulté rencontrée par le patient au cours du traitement, voire même la participation au service d'astreinte. Ils assurent également l'interface avec les autres acteurs de la prise en charge, qu'il s'agisse du médecin prescripteur ou de tout autre intervenant au domicile du patient.

• Les PSAD emploient également de nombreux **techniciens** qui disposent tous d'un niveau de compétences élevé, acquis au cours de formations initiales dédiées (de plus en plus souvent de niveau bac+2), mais aussi au travers de formations continues dispensées en interne.

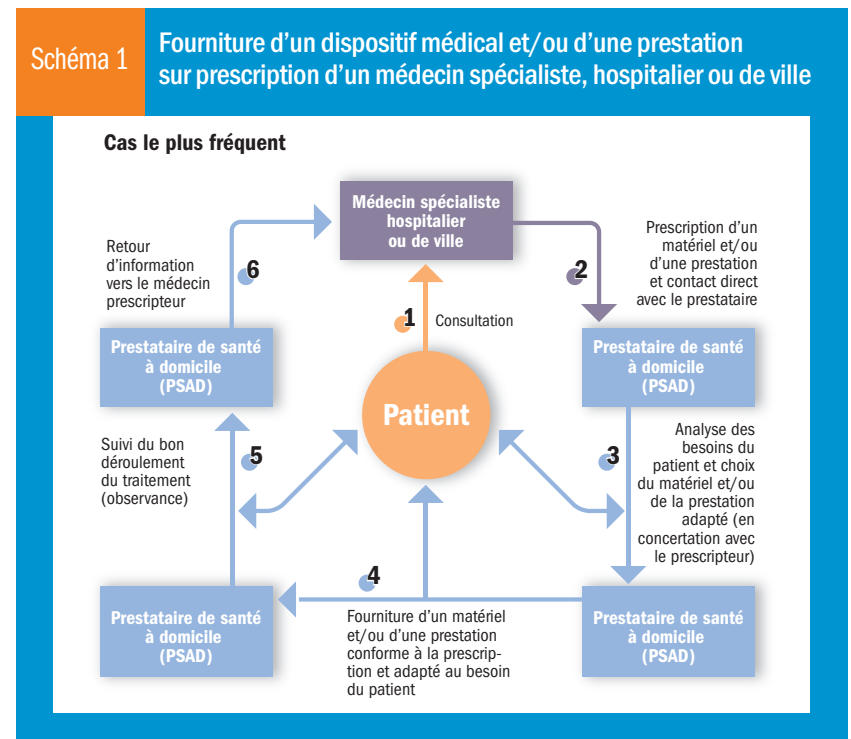
• Enfin, la mise à disposition des technologies et prestations repose également largement sur l'intervention des **équipes logistiques et administratives**, dont le rôle porte notamment sur la gestion des relations avec les fournisseurs de matériels, la livraison du matériel au domicile du patient, la reprise, le nettoyage et la désinfection du matériel en fin de traitement, ou encore la gestion du dossier administratif du patient, en particulier la facturation aux caisses d'assurance maladie au titre du dispositif de tiers payant.

### 3. Les interactions avec les autres acteurs de santé

• L'action des PSAD s'inscrit dans le cadre de la prise en charge globale du patient; elle ne saurait donc être déconnectée de celle des autres acteurs de santé, hospitaliers ou de ville. Une relation étroite s'établit naturellement entre le prestataire et le médecin prescripteur, dès la prescription et pendant toute la durée de la prise en charge. Les prestataires sont également amenés à coordonner leur action avec celle des autres acteurs intervenant dans la prise en charge à domicile des patients (infirmières libérales, SSIAD, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, HAD, pharmacies d'officine, etc.).

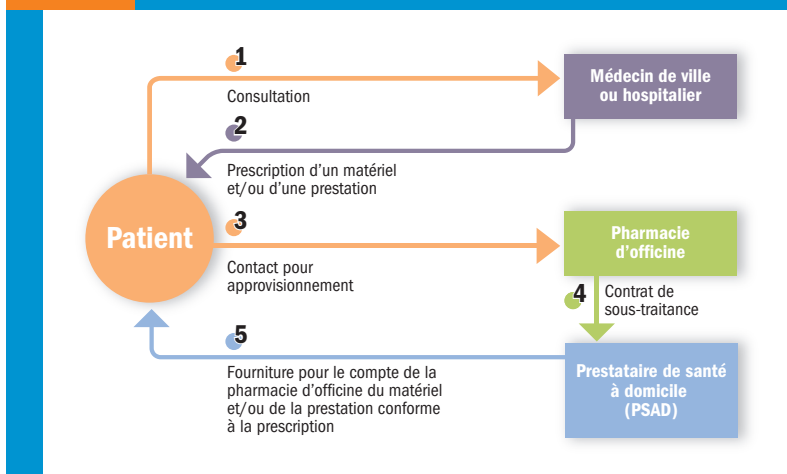
• De manière schématique, on distingue plusieurs types d'organisations.

- La situation la plus fréquente est celle dans laquelle le patient se voit prescrire une prestation et/ou un dispositif médical inscrit à la LPPR par un médecin spécialiste, soit en ville, soit à l'issue d'une hospitalisation (par exemple, prescription d'une pompe à insuline externe par un diabétologue, d'un fauteuil roulant électrique par un médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation, d'une prestation d'oxygénothérapie par un service hospitalier de pneumologie, etc.). Dans la grande majorité des cas, le PSAD est directement contacté par le médecin, le service prescripteur ou par le patient qui conserve bien sûr sa liberté de choix. Sur la base d'une analyse précise des besoins du patient, le prestataire assure la fourniture du dispositif ou de la prestation, conformément à la prescription médicale. Il assure, durant toute la durée de la prestation, le suivi du bon déroulement du traitement et effectue sur cette base des retours d'information réguliers auprès du médecin ou du service prescripteur (données d'observance). Le prescripteur dispose ainsi de l'ensemble des éléments en vue d'une éventuelle adaptation du traitement.



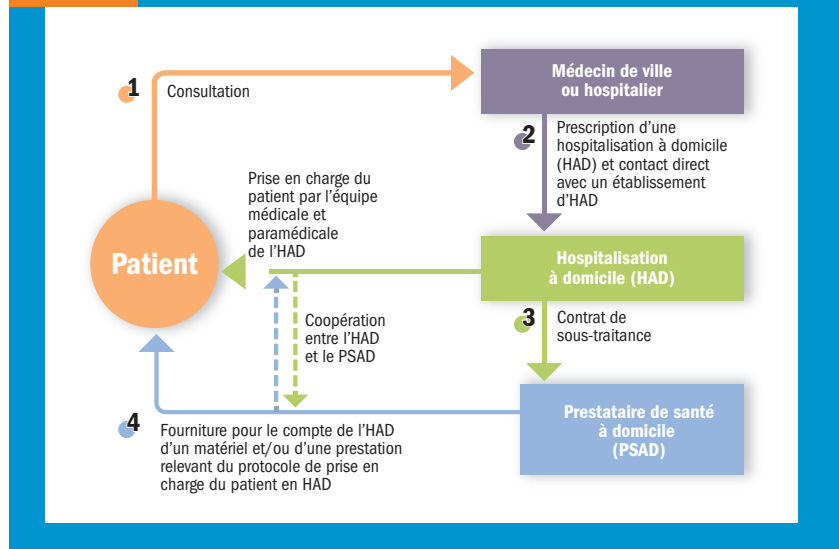
- Dans d'autres cas, le patient prend directement contact avec une pharmacie d'officine en vue de l'obtention d'une prestation et/ou d'un dispositif médical prescrit par un médecin de ville ou hospitalier. Ce schéma s'applique essentiellement dans le domaine du maintien à domicile, dans lequel les pharmacies d'officine sont le premier recours pour le patient (lits médicalisés, matelas d'aide à la prévention des escarres, fauteuils roulants en location...). Les pharmacies font souvent le choix de confier la fourniture des dispositifs et prestations associées à des PSAD dans le cadre de contrats de sous-traitance, notamment lorsque ces services impliquent des manipulations importantes (installation d'un lit), des interventions régulières à domicile (oxygénothérapie) ou la mise en œuvre d'une astreinte 24h/24 (insulinothérapie).

Schéma 2 Intervention du prestataire pour le compte d'une pharmacie d'officine (schéma de sous-traitance)



- De la même manière, des contrats de sous-traitance peuvent être établis entre établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) et PSAD en vue de la fourniture de prestations et/ou de technologies relevant du protocole de prise en charge du patient en HAD (par exemple: systèmes de perfusion pour chimiothérapie, systèmes d'oxygénothérapie à domicile, lits médicaux, etc.). Les structures d'HAD sélectionnent un prestataire sur la base d'un cahier des charges qui correspond aux exigences de qualité et de sécurité définies pour une hospitalisation.

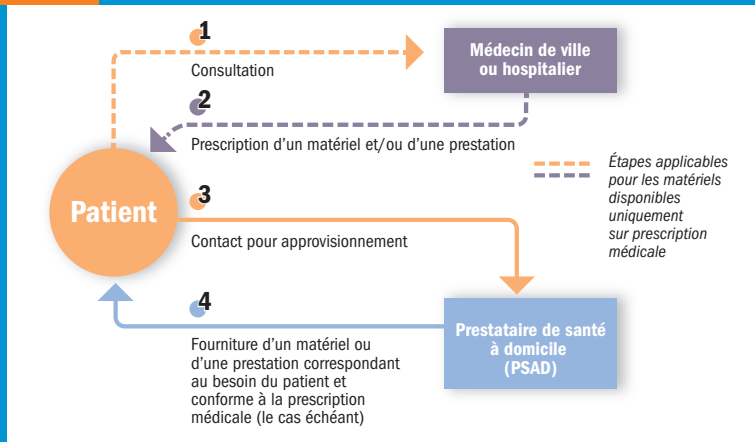
Schéma 3 Intervention du prestataire pour le compte d'un établissement d'hospitalisation à domicile (schéma de sous-traitance)



- Enfin, le patient a également la possibilité, pour certains dispositifs (notamment les aides techniques et les matériels et consommables de maintien à domicile), de s'approvisionner directement auprès du point de vente d'un PSAD, qui joue dans ce cas un rôle important de conseil, par exemple pour le choix d'un fauteuil roulant. Certains produits peuvent aussi être obtenus sans prescription médicale (articles d'incontinence, fauteuils de repos...).

(40) Introduit par le décret n°2006-1637 du 19 décembre 2006 relatif aux prestataires de services et distributeurs de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap. (41) Arrêté du 19 décembre 2006 définissant les modalités de la délivrance mentionnées aux articles D.5232-10 et D.5232-12 et fixant la liste des matériels et services prévus à l'article L.5232-3 du code de la santé publique.

Schéma 4

Approvisionnement direct  
du patient auprès du prestataire

La prestation de santé à domicile ne se limite pas à la seule fourniture de dispositifs médicaux complexes, mais constitue une prestation globale, qui intègre tout au long de la prise en charge un ensemble de prestations et de services à destination du patient mais aussi des autres acteurs de santé, médicaux ou paramédicaux. La délivrance de cette offre de prise en charge globale suppose la mobilisation par les PSAD, en interne, de compétences multiples et complémentaires, adaptées à la nature de la technologie et de la prestation de santé fournies. Les PSAD emploient ainsi de nombreux professionnels de santé, essentiellement paramédicaux (infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes ou pharmaciens).

Selon les cas, les PSAD peuvent intervenir auprès du patient, soit de manière directe sur demande du médecin prescripteur (cas le plus fréquent), soit pour le compte d'autres acteurs, le plus souvent des pharmacies d'officine ou des structures d'hospitalisation à domicile (HAD), dans le cadre de contrats de sous-traitance. Dans tous les cas, leur action est étroitement coordonnée avec celles des autres acteurs de la prise en charge du patient, en premier lieu le médecin prescripteur, le médecin traitant lorsque celui-ci n'est pas le prescripteur, ainsi qu'avec les paramédicaux libéraux (infirmières, kinésithérapeutes...) intervenant auprès du patient.

## B. Des standards de qualité en constante amélioration

### 1. Le renforcement progressif des exigences réglementaires

• La convention nationale signée en 2002 entre les trois syndicats représentatifs de la profession (Synalam, SNADOM, UNPDM) et les trois caisses d'assurance maladie du régime obligatoire (CNAMTS, MSA, RSI) marque un premier pas vers un encadrement de la profession destiné à garantir à l'ensemble des bénéficiaires un accès à des prestations de qualité, ainsi que leur prise en charge dans le respect des obligations de chaque régime d'assurance maladie.

Ce texte conventionnel fixe de multiples règles relatives aux conditions de dispensation des prestations: encadrement des procédures commerciales, garantie du libre choix de l'assuré, information des assurés sur les conditions de prise en charge des prestations, normes d'installation et d'équipement<sup>(42)</sup>, qualification des personnels, conformité de la prestation à la prescription médicale... Il pose par ailleurs des principes relatifs à la modération des pratiques en matière de prix facturés ainsi qu'aux modalités de facturation des prestations, en définissant notamment le cadre du dispositif d'avance de frais (tiers payant). Au-delà des aspects qualitatifs, un avenant signé en 2010 prévoit également de formaliser l'engagement des professionnels du secteur dans «*la mise en œuvre des actions de maîtrise médicalisée présentées en commission paritaire nationale et ayant pour objet de garantir la bonne gestion des ressources consacrées au poste de dépenses relevant du champ de la convention*».

L'adhésion des entreprises ou associations du secteur, individuelle et volontaire, est subordonnée à la délivrance par la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) d'un conventionnement attestant du respect de ces différentes obligations. À ce jour, selon un recensement effectué par le Synalam auprès des CRAM, plus de 1 200 sites se sont vu octroyer un conventionnement.

• Des critères de qualité peuvent également être fixés pour certaines catégories de prestations par des textes réglementaires spécifiques, à l'instar de l'arrêté du 17 novembre 2000 relatif aux **Bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical (BPDO)**. Ce dernier prévoit notamment que l'activité de dispensation de l'oxygène médical, soumise à autorisation préfectorale, est nécessairement assurée sous la responsabilité d'un pharmacien salarié par la structure, chargé de s'assurer de la bonne réalisation de l'ensemble des opérations, de l'approvisionnement jusqu'à la dispensation à domicile (analyse et validation de la prescription, vérification au domicile du patient de la conformité de l'installation, éducation du patient et de son entourage, habilitation du personnel affecté à la dis-

pensation, gestion de la pharmaco- et de la matériovigilance...). Des contrôles réguliers, effectués sur sites par les pharmaciens inspecteurs des DARS, permettent d'apprécier le respect de ces différentes obligations.

- Au-delà de ces principes généraux applicables à l'ensemble des prestations, **des exigences spécifiques peuvent être fixées pour certaines prestations dans le cadre de leur arrêté d'inscription à la LPPR**. Ces dernières années, l'introduction de nouvelles prestations et la révision de lignes génériques anciennes ont été l'occasion d'un important travail de modernisation de la LPPR, auquel les représentants de la profession ont largement apporté leur soutien. Pour certaines activités (par exemple la nutrition entérale, l'insulinothérapie par pompe externe, la mise à disposition de lits médicalisés), les indications de prise en charge ont été définies et les missions des prestataires clairement détaillées par la LPPR. Ce travail de clarification est engagé depuis 2009 avec la HAS et le CEPS sur de nouveaux secteurs d'activité importants: ventilation, oxygénothérapie, aérosolthérapie, apnée du sommeil, maintien à domicile, perfusion, nutrition parentérale à domicile.

- Plus récemment, ce sont la loi Borloo<sup>(43)</sup> et les textes pris pour son application en 2006<sup>(44)</sup> qui ont réellement contribué à accélérer le processus de professionnalisation du secteur en imposant à l'ensemble des prestataires des obligations légales et réglementaires (inscrites dans le code de la santé publique) en matière de garantie de la qualité des prestations délivrées aux patients.

- Ces textes ont en premier lieu posé l'**obligation, pour les prestataires, de disposer de personnels compétents en fonction du type de matériels ou de services délivrés**. Ils imposent tout d'abord aux prestataires de s'assurer que les personnels intervenant au domicile du malade ont bénéficié d'une formation préalable, dont les modalités doivent être définies par arrêté du ministre chargé de la santé<sup>(45)</sup>. En outre, ils requièrent des prestataires de disposer de personnels chargés de garantir l'application des règles professionnelles et de bonnes pratiques et ayant bénéficié d'une formation spécifique. Selon la nature de la prestation concernée, ces **professionnels «garants»** peuvent être des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes ou encore des professionnels ayant suivi une formation spécifique sans pour autant être professionnels de santé.

De manière générale, la mise en conformité avec l'obligation de disposer de professionnels garants (dont la date limite, initialement fixée à 2010, a été repoussée par les pouvoirs publics à janvier 2012<sup>(46)</sup>) est d'ores et déjà largement engagée par les prestataires. En revanche, si le principe de la formation des personnels intervenant auprès du malade est posé, la définition de ses modalités pratiques suppose aujourd'hui l'ouverture d'un nouveau chantier réglementaire et d'enseignement, auxquels les représentants de la profession sont bien sûr prêts à participer.

## L'exemple du forfait mensuel d'insulinothérapie par pompe externe (extrait de la LPPR)

### Perfusion, pompe externe à insuline, forfait mensuel (code LPPR : 1188069)

Ce forfait comprend au minimum:

- la fourniture et la livraison des accessoires et la livraison des consommables;
- la fourniture de la notice d'utilisation du matériel et d'un livret patient comprenant les coordonnées du prestataire (comprenant entre autres le numéro d'astreinte technique), ainsi que le contenu de la prestation;
- l'organisation d'une astreinte 24h/24, 7j/7;
- l'intervention, si nécessaire à domicile, dans les 12 heures suivant la demande, pour la maintenance et la réparation du matériel;
- en cas d'impossibilité de réparation dans les 24 heures, la fourniture d'une pompe de remplacement de même modèle, si nécessaire;
- la récupération, le nettoyage, la décontamination et la révision technique de la pompe selon les recommandations du fabricant;
- le retour d'information écrit au prescripteur sur le suivi des patients et les incidents, ainsi que le compte rendu de toutes les interventions;
- un rappel régulier de la formation technique initiale du patient, ainsi que la vérification du bon fonctionnement de la pompe. Ce rappel et cette vérification de la pompe seront réalisés par le prestataire au bout de 3 mois, puis tous les 6 mois, soit chez le prestataire, soit au domicile du patient. Cette intervention est justifiée au domicile pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et pour permettre la formation technique continue des personnes de l'entourage (dont l'intervention est nécessaire dans le traitement) et ayant également des difficultés à se déplacer.

### La formation est suivie d'une évaluation par le prestataire et d'un retour de l'information au prescripteur.

Cette formation technique continue, réalisée par le prestataire, doit comprendre :

1. l'évaluation des connaissances du patient au début de la formation ainsi qu'à la fin;
2. la reprise point par point de la formation technique initiale, en faisant refaire les manipulations par le patient ainsi que les règles de sécurité;
3. la reprise de ce qui n'a pas été compris;
4. la vérification de la pompe, son bon entretien et la bonne connaissance par le patient de la technique de reprogrammation;
5. la vérification que le patient a toujours son schéma de remplacement ainsi que la date de péremption de l'insuline, du stylo et du kit d'urgence.



- Les textes de 2006 ont également rendu opposables un certain nombre d'exigences en termes de respect de règles professionnelles et de bonnes pratiques, ayant trait notamment au contenu de la prestation de santé à domicile (caractère global de la prestation), à l'obligation de coordination avec les autres acteurs de santé ou encore au respect des droits du patient et de sa liberté de choix.

## 2. Une démarche qualité anticipant les exigences réglementaires

• Dans le souci d'améliorer la prise en charge, de nombreux PSAD, privés ou associatifs, s'étaient engagés dans une **démarche de recrutement de professionnels de santé** (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens...) **avant même que les textes sur la professionnalisation n'en fassent une obligation réglementaire**. Une entreprise du secteur spécialisée dans le domaine de la perfusion à domicile indique par exemple employer 110 infirmiers et 50 diététiciens sur un total de 250 salariés. C'est donc très rapidement que la plupart des acteurs du secteur ont pu se mettre en conformité avec les exigences du décret du 19 décembre 2006.

• De nombreux acteurs ont également mis en place des **systèmes de formation professionnelle continue**, en interne ou en collaboration avec des établissements de santé ou organismes spécialisés. L'Antadir<sup>(47)</sup>, fédération des PSAD associatifs intervenant notamment dans le domaine respiratoire, conduit par exemple des actions de formation depuis de nombreuses années. Une entreprise du secteur privé a développé depuis 1999, en collaboration avec la Croix-Rouge, un programme de formation de 12 semaines à destination de ses techniciens spécialisés dans l'oxygénothérapie, la ventilation non invasive et le traitement de l'apnée du sommeil par pression positive continue. Dans ce dernier domaine, une formation des conseillers médico-techniques est également assurée en partenariat avec le Laboratoire du Sommeil de l'Hôtel-Dieu (AP-HP).

• En l'absence de mécanisme de certification ou d'accréditation de la prestation de santé à domicile, à l'instar de ceux existants pour les établissements de santé par exemple, de nombreux prestataires se sont engagés dans une **démarche individuelle et volontaire de certification** auprès d'organismes comme l'Afaq ou l'Afnor. À ce jour, toutes les associations et la plupart des acteurs majeurs du secteur privé sont certifiés ISO 9000<sup>(48)</sup>.

• Le renforcement de la professionnalisation s'appuie également sur le **développement récent de formations universitaires dédiées aux métiers du maintien à domicile**. Des DUT Aides et assistance pour le monitoring et le maintien à domicile (2A2M) ont ainsi été mis en place par l'IUT de Toulouse-Blagnac, les universités de Clermont-Ferrand et de Franche-Comté dans le but de former des techniciens supérieurs dotés des compétences humaines, techniques et matérielles permettant de fournir un service complet dans le domaine des services à la personne et du

maintien à domicile. Ces formations seront incontestablement de nature à renforcer la mise à niveau pour l'ensemble des acteurs du secteur.

• Au-delà de la qualité technique des prestations, les PSAD se préoccupent de la qualité de la relation avec les patients. Plus de trente prestataires<sup>(49)</sup> ont à ce jour adhéré à la **«charte de la personne prise en charge par un prestataire de santé à domicile»** développée en janvier 2008 à l'initiative de la Fédération française des associations et amicales des malades insuffisants ou handicapés respiratoires (FFAAIR) et des trois syndicats professionnels de la branche (Synalam, SNADOM, UNPDM), avec le soutien du Collectif inter-associatif sur la santé (CISS), de la Fédération française de pneumologie, ainsi que du ministère de la Santé (DHOS/DGS). Cette charte s'inscrit dans une démarche d'ouverture et rassemble, au-delà des prestataires, un certain nombre d'associations de patients, en particulier l'Association France diabète (AFD), l'Association française contre les myopathies (AFM) ou encore l'association «Vaincre la mucoviscidose».



**Cette charte réaffirme les obligations des prestataires en matière de respect des droits du patient** (dignité, respect de la vie privée, liberté de choix, consentement), de contenu de la prestation, de coordination avec les autres acteurs de santé et plus généralement de respect de l'ensemble des obligations de nature réglementaire. Afin de s'assurer du respect des obligations de la charte par les prestataires adhérents, un comité de suivi et de conciliation, composé de représentants des patients et des prestataires, est chargé d'instruire les réclamations des patients et des usagers en privilégiant la conciliation dans la mesure du possible et, à défaut, en transmettant les réclamations aux autorités compétentes. ■

(42) Les exigences posées en termes d'installation et d'équipement sont dans certains cas très précises. La convention impose par exemple aux prestataires qui assurent la délivrance de véhicules pour handicapés physiques d'aménager leur local d'accueil ou d'exposition en sorte de disposer d'une rampe d'accès, d'une surface d'évolution de 16 mètres carrés au moins et d'une largeur de 2 mètres, ainsi que d'un ascenseur répondant aux normes en vigueur en matière d'accessibilité aux handicapés dès lors que le local se situe en étage. (43) Loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. (44) Décret n°2006-1637 du 19 décembre 2006 (relatif aux prestataires de services et distributeurs de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap) et arrêté du 19 décembre 2006 définissant les modalités de délivrance mentionnées aux articles D.5232-10 et D.5232-12 et fixant la liste des matériels et services prévus à l'article L.5232-3 du code de la santé publique. (45) À ce jour, l'arrêté sur la formation professionnelle n'a pas été publié. (46) Décret n° 2009-839 du 7 juillet 2009 modifiant l'article 2 du décret n° 2006-1637 du 19 décembre 2006 relatif aux prestataires de services et distributeurs de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap. (47) Association nationale pour les traitements à domicile, les innovations et la recherche. (48) Sources: SNADOM et Synalam. (49) Liste téléchargeable sur le site de la FFAAIR : <http://www.ffaair.org/signataires.php>

En tant qu'acteurs de la prise en charge des patients, les prestataires de santé à domicile (PSAD) s'appliquent à proposer des services répondant à des standards de qualité élevés. Plusieurs textes réglementaires ont accompagné ces dernières années cet effort vers un niveau d'exigences plus important. Sans toutefois attendre d'y être contraints, de nombreux acteurs ont mis en place eux-mêmes des procédures de qualité, notamment par la voie de la certification ISO. Des formations spécifiques, organisées soit dans le cadre des entreprises ou associations, soit dans le cadre universitaire, ont été mises en place alors que le chantier réglementaire en la matière reste ouvert au niveau ministériel. Enfin, un effort particulier est mené en collaboration avec les représentants des patients, pour renforcer la qualité des relations avec le malade, dans le respect de celui-ci, via notamment la charte de la personne prise en charge par un prestataire de santé à domicile. Il s'agit ainsi de tendre vers une plus grande homogénéité des prestations fournies et d'aller encore plus loin dans la professionnalisation du métier recherchée par ses principaux acteurs.

### Troisième partie

## Un secteur économique peu connu

## A. La diversité des acteurs, source de flexibilité

### • L'offre de prestation de santé à domicile est aujourd'hui assurée par plusieurs types d'acteurs:

- les **entreprises du secteur privé**, au statut juridique et à la structure capitalistique variables (entreprises unipersonnelles, sociétés aux capitaux familiaux et sociétés de plus grande envergure ouvertes aux capitaux publics), sont à l'origine d'une bonne partie de l'offre. Ces entreprises sont aujourd'hui représentées majoritairement par le Syndicat national des prestataires de santé à domicile (PSAD), Synalam, ainsi que par l'Union nationale des prestataires de dispositifs médicaux (UNPDM) pour un petit nombre;

- parallèlement, le **secteur associatif, l'autre grand acteur**, est également à l'origine d'une offre de services importante, principalement dans les secteurs de l'assistance respiratoire, de l'insulinothérapie, de la nutrition et de la perfusion. Il est organisé selon un modèle économique proche de celui du secteur privé, même s'il poursuit une finalité différente en termes de réallocation des excédents dégagés de l'activité. La défense des intérêts des acteurs associatifs est assurée par le Syndicat national des associations d'assistance à domicile (SNADOM);

- enfin, certaines **pharmacies d'officine**, parallèlement à leur activité de dispensation de médicaments, proposent également des matériels de maintien à domicile (lits médicalisés, matelas anti-escarres...) et des aides techniques (fauteuils roulants, béquilles, déambulateurs...), à la vente ou à la location. Les prestations associées à la mise à disposition de ces produits sont dans la plupart des cas confiées à des prestataires issus du secteur privé dans le cadre de contrats de sous-traitance. Les pharmacies d'officine présentes sur ce segment sont principalement représentées au travers de l'Union nationale des prestataires de dispositifs médicaux (UNPDM).

### • En 2008, le secteur privé de la prestation de santé à domicile comptabilisait, selon les estimations du Forco<sup>(50)</sup>, 808 entités et 9 474 salariés<sup>(51)</sup>. Le secteur associatif compte quant à lui environ 2 600 personnes.

• Derrière ces chiffres globaux se cache toutefois une importante hétérogénéité, liée en premier lieu à la **diversité des activités couvertes**. Comme indiqué précédemment, les prestations proposées aux patients couvrent à la fois des services pour la prise en charge de maladies chroniques (comme le diabète, le cancer, l'insuffisance respiratoire ou l'apnée du sommeil), des services pour la mise en œuvre de traitements ambulatoires (comme l'antibiothérapie ou la nutrition entérale) ou

encore la mise à disposition d'aides techniques en vue du maintien à domicile des personnes âgées ou en situation de handicap.

• Sur un **plan stratégique et organisationnel**, les acteurs de petite taille, du fait de leurs effectifs et de leurs capacités d'investissement limités, sont le plus souvent spécialisés sur un seul segment de la prestation de santé à domicile (souvent le maintien à domicile). Les grandes entreprises du secteur privé d'envergure nationale se sont, quant à elles, pour la plupart engagées dans un processus de diversification de leur activité:

- soit de manière horizontale par un élargissement de la gamme de produits et de services proposés, le plus souvent aux travers d'opérations d'acquisition;
- soit de manière verticale par l'intégration d'activités se situant en aval de leur cœur de métier initial de producteur de dispositifs médicaux, de médicaments ou de nutriments;
- soit encore en privilégiant une intégration de la chaîne de soins dans son ensemble.

• L'analyse de la **taille des acteurs** révèle elle aussi une importante hétérogénéité. Le secteur privé compte ainsi à la fois:

- un nombre important de sociétés de petite taille, à l'implantation régionale ou locale exclusive. Deux tiers des sociétés du secteur comptent ainsi moins de 5 salariés. Elles ne représentent toutefois que 10,9% de l'effectif total de la branche<sup>(52)</sup>;
- quelques entités d'envergure nationale ou plurirégionale disposant d'un maillage fin du territoire *via* un réseau d'agences implantées localement, dont les effectifs peuvent dépasser les 500 salariés. En 2008, on dénombrait 49,5% des effectifs totaux de la branche dans les entreprises de plus de 100 salariés et 39,6% dans celles de plus de 500 salariés<sup>(53)</sup>. ■

(50) Organisme en charge de la collecte des fonds de la formation professionnelle des entreprises du commerce et de la distribution. (51) Forco, Observatoire prospectif du commerce, Rapport de branche 2009, Convention collective nationale des entreprises de « négoce et prestations de services dans les domaines médico-techniques », 2010. (52) Ibid. (53) Ibid.

L'offre de prestation de santé à domicile est aujourd'hui assurée par une large diversité d'acteurs, issus principalement du secteur privé et du secteur associatif, ainsi que par certaines pharmacies d'officine. Au-delà de leur statut, ces acteurs se distinguent par leurs activités, leurs structures capitalistiques, leurs choix stratégiques et organisationnels ou encore leur taille. Au final, cette diversité permet au secteur de bénéficier de la flexibilité nécessaire pour fournir une offre à la fois adaptée aux besoins des patients et aux exigences associées aux différentes prestations proposées.

## B. Un ancrage dans le tissu sanitaire national et local

• À ce jour, l'ensemble des entreprises et associations présentes sur le marché de la prestation de santé à domicile assurent une couverture de l'intégralité du territoire national. Comme indiqué précédemment, ce maillage serré est assuré à la fois par des structures de petite taille à l'implantation locale exclusive, par des structures de dimension régionale ou plurirégionale et, enfin, par quelques grandes entités d'envergure nationale qui disposent d'un réseau d'agences implantées localement. Au total, on dénombre plus de 1 200 sites de proximité sur le territoire français<sup>(54)</sup>.

Cette répartition homogène permet aujourd'hui d'apporter, de manière systématique et dans des délais satisfaisants, une **réponse à l'ensemble des besoins de prestations de santé à domicile exprimés par les patients, indépendamment de leur localisation géographique**, et y compris dans les régions caractérisées par les niveaux de densité médicale les plus faibles. Dans ces zones en particulier, la présence des prestataires permet d'assurer un lien sanitaire avec les personnes en situation d'isolement.

Tableau 3: Nombre d'entités privées de prestation de santé à domicile dans les cinq régions caractérisées par la densité médicale la plus faible

	Densité médicale (nombre de médecins pour 100 000 habitants) <sup>(1)</sup>	Nombre d'entités <sup>(*)</sup> de prestation de santé à domicile <sup>(2)</sup>
Picardie	250	14
Centre	260	22
Haute-Normandie	266	9
Champagne-Ardenne	273	15
Basse-Normandie	276	18

(\*) Ces chiffres correspondent au nombre d'entités juridiques référencées par le Forco. Ils conduisent donc à minimiser la couverture assurée par les prestataires de santé à domicile (PSAD). Une entité disposant d'un réseau d'agences n'apparaît en effet qu'une seule fois à la localisation de son siège social.

Sources : (1) Conseil nationale de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale 2009. (2) Forco, Observatoire prospectif de commerce, Rapport de branche 2009, Convention collective nationale des entreprises de « négoce et prestations de services dans les domaines médico-techniques », 2010.

• De la même manière, **les structures associatives disposent d'une implantation au plus près du patient**. L'Antadir fédère ainsi 21 associations de Services d'assistance au retour à domicile (SARD), correspondant à une trentaine d'antennes, implantées sur l'intégralité du territoire national<sup>(55)</sup>.

• Au-delà, le secteur de la prestation de santé à domicile est également, **au plan local, une source d'emplois de différents niveaux de qualification** (professionnels

de santé paramédicaux, techniciens spécialisés, personnel logistique et administratif...). Selon l'enquête Emploi et Formation conduite en 2008 par l'Observatoire prospectif du commerce<sup>(56)</sup>, le secteur privé emploie 16% de cadres, 14% d'agents de maîtrise et 70% d'ouvriers et employés. Plus de 90% des salariés disposent d'un contrat à durée indéterminée (CDI) et travaillent à temps complet. ■

(54) Selon une estimation du Synalam. (55) Source : Antadir ([www.antadir.com](http://www.antadir.com)). (56) Les résultats de l'enquête Emploi et Formation conduite par l'Observatoire prospectif du commerce sont basés sur un échantillon représentant 6% des entreprises du secteur privé. Ils permettent donc d'avoir une vision de la branche sans toutefois pouvoir être considérés comme représentatifs de cette dernière.

Les prestataires de santé à domicile (PSAD), grâce à un maillage fin du territoire, sont aujourd'hui en mesure d'apporter une réponse à l'ensemble des besoins exprimés par les patients et les professionnels de santé, y compris dans les zones rurales ou isolées. Les bénéfices de cet ancrage local sont également d'ordre économique car ce sont aujourd'hui plus de 12 000 emplois, de niveaux de qualification variés, qui sont proposés par les entreprises du secteur privé et les associations.

## C. Un équilibre économique à pérenniser

• Comme indiqué précédemment, le financement des prestations de santé à domicile est principalement assuré par les caisses d'assurance maladie, sur la base d'un **système de tarification complètement rénové en 2000 avec l'introduction de la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR)** en remplacement de l'ancien dispositif réglementaire basé sur le Tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS).

• Dans ce système, **l'inscription à la LPPR d'un dispositif médical et/ou d'une prestation associée est subordonnée à l'évaluation préalable du service attendu et de l'amélioration qu'ils apportent** par rapport aux alternatives existantes. Leur place dans la stratégie thérapeutique est précisée, ainsi que les indications ou situations pathologiques ou de handicap donnant lieu à prise en charge. La population cible, chaque fois que cela est possible, est définie sur la base des données épidémiologiques et de recours aux soins disponibles à la fois qualitativement et quantitativement. Cette mission d'évaluation est confiée à une commission technique spé-

cialisée de la Haute Autorité de Santé (HAS), la Commission d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS)<sup>(57)</sup>. Elle est conduite en étroite coopération avec des professionnels de santé. Les syndicats des fabricants des matériels associés et ceux des prestataires de santé à domicile (PSAD) sont représentés au sein de la commission, ainsi que les administrations concernées et les représentants des régimes d'assurance maladie obligatoire et complémentaires. Chaque fois qu'il est jugé utile, des représentants des malades peuvent être entendus. À l'occasion de l'inscription d'une nouvelle ligne de dispositif médical et/ou d'une prestation associée ou de sa réinscription, le niveau de service attendu justifiant l'admission au remboursement est défini. Surtout, cette évaluation permet de définir précisément le contenu de la prestation, ses indications, sa population cible et les exigences particulières de qualité et de sécurité qui doivent légitimement s'appliquer (voir encadré ci-contre).

• **Si l'inscription d'une nouvelle prestation à la LPPR peut être sollicitée par les professionnels, elle peut également, dans certains cas, émaner des pouvoirs publics.** Ainsi, suivant une décision de la Commission de la transparence – autre commission spécialisée de la Haute Autorité de Santé, évaluant les médicaments – jugeant certains mélanges nutritifs adaptés pour la prise en charge d'une nutrition parentérale totale en ville, la CEPP a recommandé en 2008 d'étendre les indications de prise en charge des systèmes actifs pour perfusion à la nutrition parentérale à domicile. Considérant que cette prise en charge devait être encadrée, la CEPP a formulé un avis quant au contenu de la prestation, ses indications, ainsi que ses modalités de prescription et d'utilisation<sup>(58)</sup>. Cet avis a été accueilli de manière favorable par les représentants des PSAD qui sont aujourd'hui en discussion avec les pouvoirs publics sur les conditions d'inscription de cette prestation à la LPPR.

• **La réévaluation régulière**, en principe tous les cinq ans, **des lignes génériques de la LPPR par la HAS apparaît comme un facteur structurant** car elle permet, sur la base de données complémentaires à celles disponibles lors de l'inscription initiale, une meilleure appréciation du service rendu, ainsi qu'une meilleure prise en compte des besoins du patient. Les révisions intervenues jusqu'à présent sont ainsi toutes allées dans le sens d'un renforcement des exigences en termes de qualité et de sécurité, dans l'intérêt du patient mais aussi de la collectivité.

• Une fois le dispositif médical et/ou la prestation admis au remboursement, **la fixation du tarif de remboursement repose sur une négociation entre les représentants du secteur et le Comité économique des produits de santé (CEPS)**. La fixation du tarif prend en compte l'amélioration du service attendu, les tarifs et prix des produits ou prestations comparables, ainsi que les volumes attendus. Elle prend également en considération l'évolution des charges supportées par les fabricants et prestataires. D'une manière générale, le CEPS dispose aujourd'hui d'une bonne appréciation de

## L'exemple du forfait de première installation (extrait de la LPPR)

Ce forfait couvre la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service durant les 14 premiers jours qui s'ajoutent aux forfaits hebdomadaires (avec ou sans pompe). La prestation de première installation est prescrite pour une durée de 14 jours et une seule fois pour un malade.

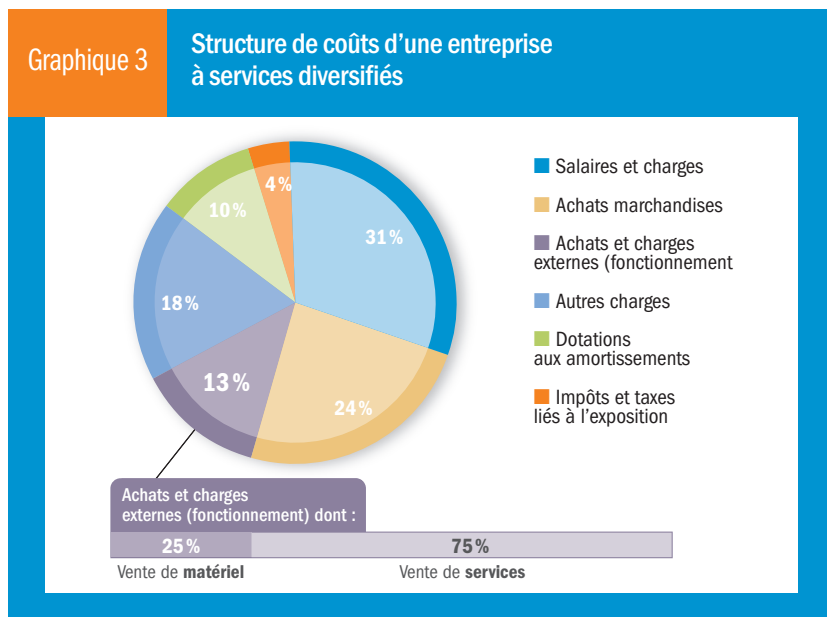
1. La coordination et l'organisation du retour à domicile du malade, en liaison avec le service à l'origine de la prescription.
2. Une visite d'installation le jour du retour du malade à domicile. Cette visite d'installation peut être faite par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du code de la santé publique. Elle se fait sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services. Elle inclut :
  - la formation, en complément de la formation hospitalière, avec le conseil, l'éducation et les explications au malade et à ses proches, y compris des consignes précises concernant l'hygiène et la sécurité ;
  - la fourniture au malade d'un livret de nutrition entérale à domicile (NED) et d'un carnet de suivi.
3. Un appel téléphonique dans les 48 heures à 72 heures, par un personnel compétent (au sens de l'article D. 5232-1 du code de la santé publique) sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services.
4. Une visite de fin de prestation de première installation des malades à domicile à 14 jours par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du code de la santé publique. La visite se fait sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services.

l'équilibre économique du secteur des PSAD qui permet des décisions de tarification éclairées. Si la diminution des coûts de certains matériels médicaux a récemment conduit à des baisses tarifaires, celles-ci ne se sont pas faites au détriment de la technicité et de la qualité de la prestation elle-même.

À titre d'exemple, lors de la dernière révision tarifaire portant sur les matériels et prestations liés à la prise en charge du diabète, les tarifs de location des pompes externes et le remboursement des consommables ont diminué, alors que les prestations associées (éducation technique initiale, suivi au long cours...) ont fait l'objet d'une revalorisation. Ce réajustement permet désormais d'avoir une tarification diabète beaucoup plus conforme à la distribution des coûts entre dispositifs médicaux et services associés.

- Cette connaissance fine de l'équilibre économique du secteur par les décideurs apparaît indispensable à un moment où la structure de coûts des prestations évolue.

L'analyse de la structure de coûts en 2008 d'une entreprise offrant un large portefeuille de services met en évidence comme premier poste les salaires et charges (31 % des coûts), l'achat de matériel et consommables (24%), suivis des achats et charges externes nécessaires au fonctionnement (13 % du CA), et des dotations aux amortissements (10%). Les frais de structure représentent 18% des coûts, les taxes liées à l'exploitation 4%. Dans cette entreprise, le financement des matériels d'exploitation et de location représente en effet l'essentiel des immobilisations et nécessite un fonds de roulement important. Si le chiffre d'affaires est issu à 75 % des prestations elles-mêmes, 25% résulte de la vente de marchandises. Cela montre l'importance de l'activité de distribution, qui concourt à l'équilibre général de l'entreprise.



Cette structure de coûts s'applique à une entreprise multiservice. On peut toutefois observer des structures de coûts différentes en fonction du degré de diversification et de la nature de la spécialisation retenus par les entreprises.

- Alors que les coûts associés au matériel médical sont caractérisés par une tendance à la baisse, on assiste à une augmentation continue des coûts salariaux (qui

constituent aujourd'hui le premier poste de dépenses), des coûts de structure (loyers) et des dépenses logistiques (transports, coûts administratifs...). Compte tenu du nombre de déplacements au domicile du malade, les prestataires ont été fortement touchés par l'augmentation et la volatilité importantes des prix des carburants observées ces dernières années (+ 18 % pour le prix TTC du gazole entre 2000 et 2009, + 11 % pour le sans plomb 95 et + 12 % pour le sans plomb 98<sup>(59)</sup>).

Tableau 4: Évolution du salaire annuel net moyen entre 1998 et 2006 (en euros courants)

	Salaires annuel net moyen (en euros courants)	Évolution du salaire annuel net moyen (en %)
1998	19 256	
1999	19 655	2,1 %
2000	20 087	2,2 %
2001	20 523	2,2 %
2002	21 096	2,8 %
2003	21 444	1,6 %
2004	21 946	2,3 %
2005	22 581	2,9 %
2006	22 891	1,4 %

Source : Insee, Annuaire statistique de la France, DADS exploitation exhaustive de 1950 à 2006.

- Il importe de garder à l'esprit que les **décisions tarifaires peuvent avoir des impacts variables selon les prestataires**, ceux ayant fait le choix de la spécialisation sur un segment d'activité étant par définition les plus vulnérables aux baisses tarifaires lorsque celles-ci sont ciblées sur une ligne particulière. Toute décision tarifaire a donc une implication industrielle, en ce qu'elle peut compromettre brutalement l'équilibre économique de certaines entreprises, et une implication sanitaire, si l'objectif est de conserver une offre homogène et de qualité sur l'ensemble du territoire.

C'est la raison pour laquelle les modifications ou innovations tarifaires envisagées par les pouvoirs publics, que ce soit pour des raisons liées aux impératifs de l'Assurance maladie ou à des objectifs sanitaires plus globaux, devraient pouvoir être préalablement examinées avec les prestataires de santé à domicile (PSAD), dès lors qu'elles peuvent avoir des conséquences directes ou indirectes sur l'équilibre économique du secteur.

Plus largement, la représentation de ce secteur au Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, qui réunit déjà de nombreux acteurs comme le Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM), pourrait être légitimement envisagée par les pouvoirs publics. ■

(57) Créée en 2009, la CNEDIMTS remplace l'ancienne Commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP).  
 (58) HAS, Commission d'évaluation des produits et prestations, avis relatif aux pompes externes programmables et prestations associées à la nutrition parentérale à domicile, 15 avril 2008. (59) DIREM ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer - Direction de l'Énergie et du Climat (DGEC).

La réforme de la tarification intervenue en 2000 (du TIPS à la LPPR) s'est révélée un facteur fortement structurant pour le secteur de la prestation de santé à domicile, en permettant d'encadrer les décisions de tarification par des règles du jeu claires, et notamment par une appréciation préalable des besoins et du service rendu au patient.

La mise en œuvre de ce nouveau système, au travers des phases successives d'évaluation et de fixation des prix, s'effectue aujourd'hui dans des conditions satisfaisantes et de manière concertée entre les autorités compétentes (HAS, CEPS) et les professionnels.

L'équilibre économique du secteur est néanmoins très lié d'une part à l'évolution des coûts d'exploitation, principalement à l'évolution de la masse salariale et des dépenses logistiques (en particulier de carburant), et d'autre part à celle des recettes, essentiellement déterminées par les décisions tarifaires des pouvoirs publics. C'est pourquoi toute modification tarifaire et tout changement réglementaire envisagés par les pouvoirs publics devraient faire l'objet d'une consultation préalable avec les représentants du secteur, dès lors que ces évolutions sont susceptibles d'avoir un impact direct ou indirect sur leur équilibre économique.

Plus largement, la participation des représentants du secteur de la prestation de santé à domicile au Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie devrait être envisagée, compte tenu de la place qui leur revient dans la chaîne des soins ambulatoires à domicile.

## Quatrième partie

# Un des acteurs de l'innovation dans le système de santé

Les prestataires de santé à domicile (PSAD) sont d'ores et déjà engagés dans le développement de nouvelles activités et font partie des acteurs qui contribueront à déployer le futur système de santé. Quatre axes principaux de développement ont été identifiés: ils vont de l'inscription de nouveaux services liés aux innovations médicamenteuses ou technologiques jusqu'à la participation à des programmes d'accompagnement des malades, en passant par des actions de recherche ou d'évaluation, et par le déploiement de solutions de télésanté à domicile.

## A. Inscrire de nouveaux services liés à l'introduction de médicaments innovants

- Les **systèmes actifs pour perfusion à domicile** sont utilisés pour l'administration à domicile de traitement médicamenteux dans de nombreuses pathologies: chimiothérapies anticancéreuses, antibiothérapie pour maladies au long cours, chroniques ou récidivantes, traitements antiviraux et antifongiques, traitements de la douleur, insulinothérapie.

Les prestataires de santé à domicile (PSAD), en lien avec les professionnels de santé prescripteurs de ces médicaments, l'industrie pharmaceutique et les industriels fournisseurs de dispositifs médicaux pour perfusion à domicile, sont amenés à définir pour chaque nouveau médicament et nouvelle application thérapeutique, les prestations qui vont répondre aux besoins du malade.

Ainsi, à un stade avancé de la maladie de Parkinson, l'apomorphine (Apokinin®) est un médicament pour le traitement d'appoint des fluctuations sévères d'activité de la dopathérapie, apportant une amélioration du service médical rendu qualifiée d'importante par la commission compétente de la Haute Autorité de Santé<sup>(60)</sup>. Il peut être administré aux malades à domicile par pompe à perfusion programmable, lorsque l'administration discontinue d'apomorphine n'est plus adaptée.

Une collaboration s'est établie entre les laboratoires pharmaceutiques produisant la molécule et les prestataires pour faire inscrire l'Apokinin® sur la liste des spécialités remboursables et définir une prestation à domicile nouvelle, inscrite à la LPPR en 2007.

Cette nouvelle prestation, qui concerne environ 650 patients en France<sup>(61)</sup>, est un exemple du rôle joué par les PSAD: pour ces malades, «*ce sont les prestataires de service qui permettent la prise en charge à domicile, en tant que relais de l'administration hospitalière, et en étroite coordination avec les infirmiers libéraux*».

- D'autres applications de perfusion à domicile ont été liées à l'introduction dans **l'arsenal thérapeutique de médicaments visant des maladies orphelines et graves**: par exemple les traitements vasodilatateurs et antiagrégants plaquettaires pour les malades atteints d'hypertension artérielle pulmonaire primitive, les traitements des maladies du sang, congénitales ou acquises, nécessitant des transfusions répétées, ou plus récemment encore le traitement de la maladie de Fabry.

- De plus, pour les médicaments de **réserve hospitalière**, certains PSAD ont défini des protocoles de collecte en liaison avec les pharmaciens hospitaliers, afin de sécuriser le circuit du médicament et de permettre l'administration à domicile pour des traitements qui nécessitaient auparavant une hospitalisation de jour. ■

## B. Mener des actions de recherche pour évaluer et développer de nouvelles prestations à domicile

- Les PSAD, et notamment le secteur associatif, contribuent à l'évaluation de nouvelles technologies ou de nouvelles prises en charge par la réalisation d'**essais cliniques**.

Créée en 1981 à la demande du ministère de la Santé, l'Antadir fédère un réseau de SARD (Service d'assistance de retour au domicile) sous statut d'associations à but non lucratif et est à l'origine d'un Observatoire statistique national des patients qui permet, depuis 1983, de recenser des données épidémiologiques, diagnostiques, cliniques et évolutives sur leurs patients. La fédération a également lancé de nombreux essais thérapeutiques et, très récemment, une recherche clinique d'envergure nationale, dont l'objectif est d'identifier les facteurs physiologiques et psychologiques les plus influents sur l'évolution de la maladie et le pronostic vital des patients BPCO sous oxygénothérapie de longue durée.

- Les acteurs du secteur privé à but lucratif se sont également engagés dans la réalisation d'**études d'évaluation et de suivi**: une large étude médico-économique sur la prise en charge à domicile des broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) est en cours, à l'initiative d'un acteur majeur, afin d'évaluer l'efficacité de programmes d'accompagnement renforcés pour prévenir les exacerbations et diminuer le nombre de jours d'hospitalisation des patients. Un autre PSAD, spécialisé dans la prise en charge du diabète, a mis en place un observatoire qui permet de suivre pendant trois ans une population de patients diabétiques de type 2 (200 malades) bénéficiant d'une administration d'insulinothérapie par pompe programmable



dans le cadre des recommandations de la société savante; cette étude permettra d'apprécier, dans des conditions réelles d'utilisation, cette technologie jusqu'à présent principalement utilisée pour les diabétiques de type 1.

- Le secteur est également prêt à s'engager à **conduire des études médico-économiques**, afin d'évaluer le service rendu en termes de bénéfices médicaux mais aussi de qualité de vie et de coût, en souhaitant qu'une concertation élargie avec la Haute Autorité de Santé facilite l'adaptation de la méthodologie générale de ce type d'étude, tel que recommandé par le Collège des économistes de la santé, au domaine de la prestation de santé. ■

## C. Participer à l'essor de la télésanté sur le territoire et au-delà

- La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (loi «HPST»), adoptée par le Parlement en juillet 2009, a donné à la **télé-médecine** une place de premier choix et le Premier ministre a confié à Pierre Lasbordes, député de l'Essonne, la mission de proposer au gouvernement un plan concret de déploiement de la télésanté dans les domaines médical et médico-social. Dans le rapport <sup>(62)</sup> rendu par la mission Lasbordes le 15 octobre 2009, quinze recommandations ont été formulées, dont deux ne font que souligner le rôle que les PSAD peuvent être amenés à jouer dans le futur:

- «mettre en place des services de télésanté pour favoriser le maintien à domicile et accompagner la sortie d'hospitalisation»;

- «mobiliser la télésanté au service des handicapés et des personnes âgées dépendantes».

Le rapport a également souligné l'importance de «mettre en œuvre une politique industrielle incitative et innovante», car il y a dans ces nouvelles prestations «l'opportunité pour l'industrie française de devenir un leader mondial des applications de télésanté...»

- Les prestations à domicile complétées par des **applications en télésanté** sont des facteurs de valeur ajoutée pour le système de soins. Il s'agit de la mise en œuvre au domicile du malade de systèmes de collecte de données et de l'organisation du retour des informations vers les médecins assurant le suivi des malades, ou vers l'Assurance maladie.

Le rôle des prestataires de santé à domicile (PSAD) est alors de mettre les équipements de télésanté à disposition des malades, sur prescription médicale, de leur en expliquer l'utilisation et d'en assurer la maintenance. Pour les systèmes qui ne seraient pas en mesure de transmettre les informations collectées directement aux médecins destinataires, les prestataires peuvent se charger de la collecte des données, de leur mise en forme et de leur transmission aux professionnels de santé concernés *via* des plates-formes internet sécurisées répondant aux exigences de protection des données personnelles.

Les applications les plus prometteuses à court terme concernent le domaine respiratoire:

- pour les **patients insuffisants respiratoires**, le suivi à distance, grâce aux dispositifs de télétransmission intégrés dans les matériels mis en place par les PSAD au domicile des malades sous oxygénothérapie, permet de surveiller à distance le niveau d'oxygénation du malade, notamment pendant son sommeil;

- **pour les personnes atteintes d'une pathologie respiratoire très sévère** (post transplantation pulmonaire, mucoviscidose...), le spiromètre électronique portable<sup>(63)</sup> utilisé par le réseau Pneumotel<sup>(64)</sup> permet de transmettre la mesure quotidienne des paramètres respiratoires du malade et de les transmettre aux praticiens, afin de détecter, avant l'apparition des signes cliniques, des épisodes de décompensation et d'intervenir ainsi plus précocement;

- dans **l'apnée du sommeil**, des discussions sont en cours avec les autorités de santé afin de mettre en œuvre une **télé-observance des patients**, condition clé de l'efficacité du traitement; il s'agit, à l'issue d'une période d'acclimatation du patient, de permettre au médecin de suivre au long cours l'observance et l'efficacité du traitement par pression positive continue (PPC) et de vérifier que l'observance est suffisante pour continuer la prise en charge par l'Assurance maladie.

On peut s'interroger en effet pour l'avenir sur l'opportunité d'élargir **le recueil des données à des paramètres cliniques selon un cadre adapté à chaque pathologie** et permettant au médecin, *via* la télésurveillance de ces paramètres, d'adapter sa stratégie thérapeutique ou à l'Assurance maladie de contrôler le bon usage des technologies. Le déploiement de ces outils, intégrés dans les matériels médicaux installés chez les patients, pourrait s'étendre bien au-delà des applications actuelles.

Parmi les extensions possibles du champ de compétence des prestataires de santé à domicile (PSAD) pourrait par exemple figurer le suivi de la glycémie chez les patients diabétiques. Les fabricants de pompes ambulatoires à insuline ont en effet innové en couplant ces dernières avec des lecteurs du glucose en continu ou avec des lecteurs de glycémie capillaire. Le rôle des prestataires pourrait être de former les

patients à l'implantation du capteur, d'étalonner l'appareil, de gérer les alarmes, et/ou de participer au recueil des données glycémiques et à leur transmission aux équipes hospitalières. Des applications dans la dialyse péritonéale à domicile pourraient également, *via* l'installation et la maintenance de dispositifs de télé-observance, se développer grâce à de nouveaux services assurés par les prestataires de soins à domicile.

- Comme souligné par le rapport Lasbordes, l'expansion de ces services s'appuyant sur des technologies de télésanté nécessite toutefois de surmonter les obstacles d'une nouvelle organisation des professionnels de santé et des conditions de leur prise en charge par l'Assurance maladie. ■

## D. Participer à la conduite des programmes d'accompagnement des patients

- **L'accompagnement des patients, en particulier dans la prise en charge des maladies chroniques**, a été également une des mesures phares de la loi HPST, qui a posé une définition de l'éducation thérapeutique et des programmes d'accompagnement et le principe de leur encadrement par des textes réglementaires.

Les PSAD apportent d'ores et déjà, dans la limite de leur mission d'éducation précisée dans la Liste des produits et prestations (LPP), des supports et des outils qui peuvent s'inscrire dans les programmes d'accompagnement des patients qui se mettent en place:

- des **formations pour l'apprentissage des traitements à domicile** nécessitant l'utilisation de dispositifs médicaux complexes et **l'accompagnement des patients au long cours** (ex : usage des pompes à perfusion programmables en insulinothérapie et en chimiothérapie);

- le **recueil d'informations relatives à l'observance des traitements** qui, dûment renvoyées vers le médecin prescripteur, dans le cas du traitement de l'apnée du sommeil par exemple, permettent d'optimiser le traitement et sa prise en charge.

Le déploiement de ces outils, intégrés dans les matériels médicaux installés chez les patients, pourrait s'étendre bien au-delà des applications actuelles. Par exemple, le recueil combiné d'informations sur la consommation d'insuline délivrée par pompe programmable et d'informations biologiques pourrait fournir la base d'une meilleure maîtrise de la maladie par le patient.

- Malgré l'implication concrète des prestataires de santé à domicile (PSAD) dans l'apprentissage et l'accompagnement du patient à son traitement, il nous paraît important de rapidement **clarifier leur rôle en matière d'éducation thérapeutique**. En effet, la loi HPST et ses différents décrets d'application devront permettre aux PSAD de continuer à exercer leur rôle de formation et de suivi du patient au long cours dans le cadre réglementaire de la Liste des produits et prestations (LPP).

- Enfin, au-delà du périmètre d'actions aujourd'hui défini, d'autres services, si l'on se réfère aux exemples étrangers, pourraient être envisagés, sous réserve des aménagements réglementaires nécessaires, comme par exemple le portage des médicaments à domicile, déjà effectué pour certaines maladies rares. Les prestataires de santé à domicile (PSAD) disposent en effet d'une infrastructure organisationnelle qui pourrait être élargie à un accompagnement rapproché du patient, lorsque l'environnement ne permet pas de le faire. ■

(60) Commission de la transparence, avis du 14 février 2001 Apokinon® 10 mg/ml. (61) Commission d'évaluation des produits et prestations – avis du 7 mars 2007 – système actifs pour perfusion à domicile. (62) Lasbordes P, «La télésanté: un nouvel atout au service de notre bien-être – un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France», Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, 2009 (p. 203). (63) Haute Autorité de Santé – Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux – avis Spirotel 17 mars 2004. (64) Ibid.

Les prestataires de santé à domicile (PSAD) sont d'ores et déjà engagés dans le développement de nouvelles activités et font partie des acteurs qui contribueront à déployer le futur système de santé. Quatre axes principaux de développement leurs sont ouverts: l'accès des malades aux innovations médicamenteuses, le développement d'évaluation des services rendus par les technologies médicales mises en œuvre au domicile du patient, les outils de télésanté et de télé-médecine, la participation à des programmes d'accompagnement des malades. Disposant d'une infrastructure organisationnelle qui permet de rencontrer le malade à son domicile, le secteur offre, dans la conception de notre futur système de santé, des capacités de service qui justifient de l'intégrer pleinement dans les processus décisionnels.

## Conclusion : les prestataires de santé à domicile, de véritables partenaires du système de santé

L'objectif du présent document est de faire connaître et reconnaître le métier de prestataire de santé à domicile (PSAD), afin que le rôle présent et à venir du secteur dans l'optimisation du système de santé puisse s'exercer pleinement.

Le secteur est prêt à s'engager collectivement sur des obligations fermes, auprès des patients en premier lieu, et des professionnels de santé ensuite, dans cinq directions :

- **poursuite des efforts de professionnalisation**, déjà largement engagés, et qui doivent être finalisés par la définition, en collaboration étroite avec les pouvoirs publics, des modalités d'application précises des textes réglementaires adoptés ces dernières années (loi Borloo du 26 juillet 2005 et décret n°2006-1637 du 19 décembre 2006), et qui s'accompagnera du développement de formations et d'habilitations spécialisées par métier et de la mise en œuvre de garants des bonnes pratiques professionnelles (médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes ou professionnels qualifiés en fonction des métiers);

- **accélération des efforts de qualité**, qui vont de pair avec la professionnalisation : c'est plus par l'autodiscipline et la certification volontaire que cet objectif est aujourd'hui atteint que par des contraintes réglementaires. Le secteur dans son ensemble apporte des garanties de qualité et les « clients » que sont les patients, les prescripteurs, mais aussi de plus en plus souvent les réseaux de santé ou les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) fixent des exigences qui impliquent inévitablement une sélection de fournisseurs de qualité.

La profession souhaite aller plus loin en lançant dès aujourd'hui **la construction d'un véritable référentiel qualité** pouvant aboutir à terme à une démarche d'accréditation comparable à celle des établissements de soins;

- **respect constant de l'éthique professionnelle** qui doit prévaloir dans les relations avec les professionnels de santé, mais aussi avec les malades : ceux-ci sont les juges *in fine*, et l'autodiscipline qui va dans l'intérêt du secteur tout entier doit s'exercer selon des règles consensuelles. C'est dans cette perspective que le Synalam s'est engagé dans la mise en œuvre d'un **Code de bonnes pratiques professionnelles** qui doit proposer à l'ensemble des acteurs un cadre d'action commun;

- **accentuation des actions de recherche et développement**, passant à la fois par la définition de critères pertinents d'évaluation du service attendu et par la vérification du service rendu en situation; au-delà, leur position privilégiée au chevet du

patient fait des prestataires de santé à domicile (PSAD) des vecteurs efficaces de la diffusion de l'innovation en matière médicamenteuse, technologique ou de télésanté;

- **engagement, aux côtés de l'Assurance maladie et des autres acteurs de santé, dans la démarche de maîtrise médicalisée des dépenses de santé**, tel qu'affirmé dans le projet d'avenant à la convention nationale de 2002 en cours de discussion.

Le secteur de la prestation de santé à domicile s'est développé et structuré au cours des trente dernières années afin d'apporter une réponse adéquate aux besoins exprimés par les patients et à ceux liés aux évolutions de l'offre de soins.

Arrivé à une première phase de maturité, le secteur souhaite aujourd'hui s'inscrire de manière proactive dans la mise en œuvre des ambitions pour notre système de santé poursuivies notamment par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) et portées par les progrès médicaux et technologiques. ■

---

Annexes

---

## Annexe 1: Focus sur l'insulinothérapie par pompe externe

### Interview du directeur médical d'une société de prestation de santé à domicile multiactivité

#### *À qui s'adresse l'insulinothérapie par pompe externe ? Quel est le profil des patients que vous prenez en charge ?*

Cette prise en charge s'adresse aux patients diabétiques, principalement de type 1 mais aussi de plus en plus souvent de type 2, ne pouvant être équilibrés par des injections sous-cutanées d'insuline multiples (parfois jusqu'à cinq ou six par jour). Aujourd'hui près de 10% des diabétiques de type 1 et de 1 à 2% des diabétiques de type 2 insulino dépendants bénéficient de cette prise en charge.

#### *Quel est son mode de fonctionnement ?*

L'insuline est administrée *via* un cathéter, de manière continue, selon un débit programmé en fonction des besoins du patient. Ce dernier est muni d'une pompe avec un réservoir d'insuline, équipée d'un ordinateur qui permet de programmer les doses à administrer, en sorte de maintenir la glycémie au niveau souhaité. Le patient a également la possibilité de programmer l'administration de doses additionnelles au moment des repas (bolus).

#### *Quel est le déroulement de la prise en charge ? Comment la coordination avec les autres professionnels de santé et le malade est-elle assurée ?*

La prise en charge du patient se déroule en plusieurs étapes:

- l'utilisation d'une pompe à insuline est proposée au patient par son diabétologue. Le prestataire de santé à domicile (PSAD) peut, à ce stade, proposer une démonstration des modalités de fonctionnement du système;
- en cas d'acceptation, la prescription initiale est systématiquement faite par une structure hospitalière dotée d'une équipe multiprofessionnelle formée à la prise en charge intensive du diabète. Cette équipe assure une première formation du patient à l'utilisation de la pompe, dans certains cas en coopération avec le prestataire qui sera chargé de la prise en charge ultérieure du patient;
- au retour à domicile, un infirmier salarié du prestataire – ayant suivi une formation préalable spécifique – assure la formation complémentaire du patient et, au besoin, de son entourage, à l'utilisation du matériel. La formation porte notamment sur le mode de fonctionnement de la pompe, la conduite à tenir en cas d'urgence, ainsi que sur l'importance d'une autosurveillance régulière de la glycémie. Le patient se voit également remettre par le prestataire une notice d'utilisation du matériel et un livret patient;
- pendant toute la durée du traitement, le prestataire assure un approvisionnement

régulier du patient en matériels et consommables à son domicile, une astreinte téléphonique 7j/7, 24h/24, ainsi que la maintenance, la réparation et, au besoin, la mise à disposition provisoire d'un matériel de remplacement;

- en outre, le prestataire assure un suivi régulier du patient avec notamment la visite d'un infirmier après trois mois, puis après six mois de traitement. Cette intervention est l'occasion de renouveler la formation technique initiale du patient et de vérifier le bon fonctionnement de la pompe. Elle permet également au prestataire de procéder à une évaluation du traitement, sur la base de laquelle un retour au prescripteur est assuré.

#### *Quels sont les bénéfices pour le patient ?*

Les bénéfices de l'insulinothérapie par pompe externe sont tout d'abord médicaux dans la mesure où le mécanisme d'administration continue permet une meilleure régulation de la glycémie, donc de l'hémoglobine glyquée. Le traitement est beaucoup moins contraignant pour le patient puisqu'il permet une réduction significative du nombre d'injections (une tous les trois jours au lieu de cinq à six par jour). Le changement du cathéter doit quant à lui intervenir tous les trois jours. Au-delà, elle est également source de gains substantiels pour le patient en termes de qualité de vie. Grâce à ce dispositif portatif et facile d'utilisation, le patient évite de multiples injections quotidiennes et peut retrouver une vie familiale, professionnelle et sociale normale.

#### *Quels sont les principaux axes d'évolution pour l'avenir ?*

Nous travaillons actuellement, en coopération avec les sociétés savantes (DELF, Alfediam), au développement de nouveaux outils d'éducation du patient. Des travaux sont également en cours en vue du développement de systèmes extranet, permettant aux prestataires d'échanger de manière rapide et sécurisée à la fois avec les médecins prescripteurs (pour le suivi du traitement) et avec les patients (délivrance d'informations à visée éducative).

## Annexe 2 : Focus sur le traitement de l'apnée du sommeil par pression positive continue

### Interview du directeur médical d'une société de prestation de santé à domicile multiactivité

#### *À qui s'adresse le traitement par pression positive continue ? Quel est le profil des patients que vous prenez en charge ?*

La pression positive continue constitue le traitement de première intention du syndrome d'apnées obstructives sévères du sommeil, qui se caractérise par un arrêt de la respiration (par occlusion complète ou incomplète du pharynx) pendant au moins dix secondes, plusieurs fois par heure. Ce syndrome, qui touche entre 3 et 5 % de la population française, se manifeste notamment par une somnolence diurne, des ronflements, des céphalées matinales, une vigilance réduite... Il est également à l'origine de complications cardio-vasculaires, de risques cérébrovasculaires, de dépressions ou encore de risques sécuritaires liés à l'état de fatigue. Aujourd'hui, environ 250 000 personnes disposent d'un traitement par pression positive continue.

#### *Quel est son mode de fonctionnement ?*

L'appareillage à pression positive continue génère un flux d'air constant sous pression délivré dans les voies respiratoires supérieures du patient par un masque. Cette pression évite l'obstruction et permet au patient de respirer normalement toute la nuit.

#### *Quel est le déroulement de la prise en charge ? Comment la coordination avec les autres professionnels de santé et le malade est-elle assurée ?*

Le plus souvent, le syndrome d'apnée du sommeil est suspecté par le médecin traitant suite à une consultation du patient pour somnolence diurne, céphalées matinales ou encore suite à un accident lié à un état de fatigue. La polysomnographie permet de confirmer le diagnostic. Une polygraphie respiratoire permet également le diagnostic d'un syndrome d'apnées du sommeil. La prise en charge par pression positive continue est retenue lorsque le patient présente plus de trente apnées par heure à l'analyse polygraphique. Elle est subordonnée à une entente préalable de l'Assurance maladie pour une première période de cinq mois, puis renouvelée tous les ans. Elle est conditionnée au respect de l'observance par le patient (au moins trois heures par nuit) et à l'efficacité clinique.

Lors de sa première visite, l'un de nos techniciens qualifiés senior assure la formation du patient à l'utilisation d'un appareillage autopiloté fourni pour une durée temporaire (quinze jours). À l'issue de cette période, l'analyse du relevé machine (titration) permet de déterminer le niveau de pression efficace, qui conditionne le choix entre un appareillage à pression constante ou un appareillage autopiloté (lorsque la pression requise est importante ou non constante).

Les visites suivantes ont lieu après quatre mois d'utilisation, puis tous les six mois. Effectuées par nos techniciens, elles permettent d'assurer la maintenance de la machine et de procéder à un relevé de l'observance du patient. Lorsque l'observance est inférieure à trois heures par nuit, nous en informons le médecin prescripteur. À chaque visite, le technicien adresse au médecin un rapport-machine ainsi qu'un rapport de suivi *via* un site extranet sécurisé.

#### **Quels sont les bénéfices pour le patient ?**

Sur le plan médical, le traitement permet de rétablir une respiration normale au cours de la nuit et de réduire fortement l'ensemble des symptômes et facteurs de risque associés aux apnées. Surtout, si les inconvénients liés à la machine sont parfois soulignés (et expliquent l'abandon du traitement par 30 % des patients dans les cinq ans, principalement les patients peu symptomatiques), la grande majorité des patients est unanime sur les bénéfices du traitement en termes de qualité de vie: la qualité du sommeil est retrouvée, la somnolence diurne est réduite ou disparaît, ce qui permet la reprise d'une vie familiale, sociale et professionnelle normale.

#### **Quels sont les principaux axes d'évolution pour l'avenir ?**

L'observance étant un facteur clé de la réussite du traitement, le développement d'outils d'éducation du patient, par exemple sous la forme de programmes d'actions spécifiques pour les patients non-observants, constitue un axe de développement privilégié.

## Annexe 3 : Focus sur l'antibiothérapie à domicile

### Interview du responsable d'une société spécialisée dans les systèmes de perfusion à domicile

#### *À qui s'adressent les traitements d'antibiothérapie à domicile ? Quel est le profil des patients que vous prenez en charge ?*

L'antibiothérapie à domicile par perfusion s'adresse aux patients ayant contracté une infection ou susceptibles d'en développer une, pour lesquels un traitement par voie orale n'est pas envisageable. L'infection en cause est très fréquemment liée à une déficience du système immunitaire associée à une pathologie sous-jacente. Il peut dans certains cas également s'agir d'infections nosocomiales contractées à l'occasion d'un séjour hospitalier. Près de 80 % des prises en charge que nous assurons aujourd'hui s'adressent à des patients atteints de mucoviscidose, d'infections ostéoarticulaires (souvent contractées à l'occasion d'un acte de chirurgie orthopédique) ou du cancer (en traitement adjuvant d'une chimiothérapie). Nous comptons également quelques patients atteints de pathologies infectieuses uro-néphrologiques, comme la pyélonéphrite. Les traitements d'antibiothérapie des patients porteurs du VIH sont quant à eux en net recul sous l'influence des progrès importants réalisés dans le domaine des

trithérapies. La quasi-totalité de nos patients nous sont aujourd'hui adressés par des services hospitaliers. Pour ces patients, atteints de pathologies lourdes, parfois en fin de vie, la prise en charge que nous proposons permet d'éviter de prolonger l'hospitalisation au-delà de ce qui est médicalement justifié.

#### ***Quel est le mode de fonctionnement de l'antibiothérapie à domicile ?***

Le traitement antibiotique est administré au patient par voie intraveineuse grâce à un système de perfusion installé à son domicile, conformément à la prescription établie par le service hospitalier d'origine. La fréquence et la durée d'administration sont variables selon les pathologies. De manière générale, pour les infections ostéoarticulaires (souvent à staphylocoque doré), le traitement est administré en continu pendant trois, six, voire neuf mois à raison d'une à deux heures de perfusion, une à trois fois par jour. Il permet le plus souvent la guérison du patient. Chez les patients atteints de mucoviscidose, qui développent des infections de manière chronique, des cures courtes de deux à trois semaines à raison d'une demi-heure à une heure de perfusion par jour sont effectuées et renouvelées tous les six à neuf mois. Dans d'autres cas, notamment en cas de leucopénie liée au cancer, des perfusions « flash » d'une demi-heure maximum sont privilégiées.

#### ***Quel est le déroulement de la prise en charge ? Comment la coordination avec les autres professionnels de santé et le malade est-elle assurée ?***

Nous disposons aujourd'hui d'une organisation logistique qui nous permet d'organiser le retour à domicile du patient et la mise en œuvre de l'antibiothérapie dans les six à huit heures suivant la demande qui nous est adressée par le service hospitalier d'origine. Au centre de cette organisation se trouve l'une de nos infirmières coordinatrices chargée d'assurer l'interface entre le patient, le service hospitalier et la médecine de ville.

Dès réception de la demande, l'infirmière coordinatrice:

- se rapproche du service hospitalier prescripteur afin de recueillir toutes les informations relatives au protocole de soins nécessaires à la mise en œuvre du traitement;
- informe le patient et son entourage sur les conditions de mise en œuvre de son traitement et sur les modalités de son retour à domicile;
- identifie l'infirmière libérale qui sera chargée du suivi du patient, l'informe du protocole de traitement établi par le service prescripteur et assure sa formation à l'utilisation du matériel. Si le patient n'a pas d'infirmière libérale habituelle, l'infirmière coordinatrice se charge de lui en trouver une;
- informe le médecin traitant du patient;
- commande les médicaments nécessaires auprès de la pharmacie hospitalière ou de ville.

Au retour à domicile du patient, l'infirmière procède à l'installation du matériel de perfusion. À l'exception de la pompe qui a vocation à être utilisée plusieurs fois, mais dont

le nettoyage et la désinfection répondent à des normes extrêmement rigoureuses, l'ensemble du matériel fourni est stérile et à usage unique. Le traitement peut alors être initié par l'infirmière libérale en présence de l'infirmière coordinatrice. Pendant toute la durée du traitement, l'infirmière coordinatrice adresse au médecin prescripteur des comptes rendus réguliers sur la base du livret de suivi laissé au domicile du patient. Elle assure également une astreinte téléphonique 7j/7, 24h/24.

#### ***Quels sont les bénéfices pour le patient ?***

En particulier lorsqu'elle n'est administrée qu'à raison d'une ou deux heures par jour, l'antibiothérapie, dans la plupart des cas, ne justifie pas à elle seule le maintien du patient en hospitalisation. Les systèmes de perfusion existants autorisent aujourd'hui sa mise en œuvre à domicile dans des conditions d'hygiène et de sécurité maximales. Ils permettent au patient d'éviter une hospitalisation, parfois traumatisante, de poursuivre son traitement dans son lieu de vie habituel et de continuer à vaquer à ses occupations entre deux perfusions. Surtout, et c'est un élément essentiel, en particulier chez les personnes en fin de vie, ce mode de prise en charge permet de maintenir un lien entre le patient et son entourage.

#### ***Quels sont les principaux axes d'évolution pour l'avenir ?***

L'administration de la bonne dose au bon moment apparaît comme un facteur clé du succès du traitement. Aujourd'hui, le respect de l'observance passe essentiellement par une sensibilisation accrue et régulière des infirmières libérales au respect de ces paramètres. À l'avenir, les technologies de l'information et de la communication devraient nous permettre d'aller plus loin et de disposer de matériels « intelligents » permettant un suivi de l'observance en temps réel. C'est ce à quoi nous travaillons aujourd'hui avec les fabricants de matériels.

## Annexe 4: Focus sur la prise en charge à domicile des patients atteints de sclérose latérale amyotrophique

### Interview de la responsable d'une société spécialisée dans le maintien à domicile

#### *Quelle est la nature de votre intervention auprès des patients atteints de sclérose latérale amyotrophique?*

La sclérose latérale amyotrophique (SLA) est une maladie neurodégénérative à l'évolution rapide, qui entraîne une incapacité motrice progressive du patient. Les besoins sont naturellement différents selon le stade de la maladie, ce qui suppose que nous soyons en mesure d'apporter une réponse adaptée et évolutive. Au début de la maladie, notre intervention consiste principalement en la fourniture d'aides techniques, en particulier d'aides à la marche. La pathologie évolue malheureusement rapidement vers une perte de la marche et nous sommes alors amenés à proposer des fauteuils roulants électriques adaptés à la situation du patient. Au-delà, nous fournissons également du matériel de maintien à domicile (lits médicalisés, appareils de transferts, aménagements sanitaires), ainsi que des aides techniques diverses destinées à soulager le patient et son entourage.

#### *Quel est le déroulement de la prise en charge? Comment la coordination avec les autres professionnels de santé et le malade est-elle assurée?*

En ce qui concerne la mise à disposition de fauteuils roulants, nous sommes dans la quasi-totalité des cas contactés par le service hospitalier à l'origine de la prescription. Il peut s'agir selon les cas d'un centre de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle, d'un service de consultations neurologiques ou encore d'un service de consultations spécialisé dans la prise en charge de la SLA.

À partir de là, la première étape est de définir le besoin du patient et de le conseiller sur le matériel le plus adapté à sa situation. Ce travail est réalisé par nos techniciens spécialisés dans la prise en charge du handicap, en concertation systématique avec des intervenants hospitaliers (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, neurologues, médecins spécialisés en rééducation et réadaptation fonctionnelle). Nos techniciens bénéficient tous, à la fois, de formations internes sur les matériels, les pathologies et l'adaptation des matériels aux besoins des patients, et de formations spécifiques aux différents produits, organisées par les fabricants de matériels. Cette phase de détermination des besoins est essentielle puisqu'il s'agit de proposer un fauteuil permettant de répondre aux besoins des patients en termes d'autonomie de déplacement, d'ergonomie, de positionnement, de confort, de facilité d'utilisation... mais aussi aux besoins de son entourage (famille et personnels soignants). Par exemple, si des déplacements fréquents en véhicule sont envisagés, un fauteuil

démontable sera privilégié. Surtout, il s'agit dès ce stade de prévoir les besoins futurs des patients et de proposer un fauteuil qui pourra être adapté en fonction de l'évolution de la maladie (adaptation d'un autre mode de conduite, ajouts de commandes spécifiques, adaptation d'une nouvelle assise ou encore d'un appui-tête, etc.). Le matériel retenu est ensuite prêté au patient pour qu'il puisse l'essayer dans son lieu de vie habituel, ce qui permet le cas échéant d'adapter les spécifications du produit avant que la commande ne soit passée. Pendant cette phase d'essai, nous apportons également un appui au patient pour la recherche de financements, souvent loin d'être évidente.

Une fois le fauteuil disponible, l'installation au domicile ou en centre de réadaptation est faite par nos techniciens. Pendant toute la durée d'utilisation du fauteuil par le patient, ces derniers assurent également l'entretien et la maintenance, et procèdent, en tant que de besoin, aux éventuels réglages complémentaires.

#### *Quels sont les bénéfices pour le patient ?*

Les aides techniques fournies, y compris les plus sophistiquées, ne permettent malheureusement pas de freiner l'évolution de la maladie. Elles permettent toutefois au patient de conserver la plus grande autonomie possible en termes de déplacement et d'accomplissement d'un certain nombre de gestes de la vie quotidienne. Elles apportent également un soutien important à l'entourage.

#### *Quels sont les principaux axes d'évolution pour l'avenir ?*

Les principales évolutions attendues sont liées aux progrès technologiques qui permettent de proposer des fauteuils roulants de plus en plus sophistiqués, dotés de nouvelles commandes (par exemple des commandes de contrôle de l'environnement) et qui permettront d'accroître l'autonomie des patients.



## Bibliographie

- AFRITE A., COM-RUELLE L., OR Z., RENAUD T., (IRDES),  
«Soins de réhabilitation et d'accompagnement: une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement», biblio n°1689, juin 2008.
- BONTOUT O., COLIN C., KERJOSSE R., (DREES),  
«Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels: une projection à l'horizon 2040», Études et Résultats, n°160, février 2002.
- COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE,  
Rapport de septembre 2008.
- CNAMTS, Direction de la stratégie, des études et des statistiques,  
«Nouveaux cas des affections de longue durée (ALD 30) de 1990 à 2008 – France entière (régime général)».
- CNAMTS, «Les personnes en affections de longue durée au 31 décembre 2007»,  
Point de repères, novembre 2008.
- CNAMTS, «Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007»,  
Point de repères, n°15, mai 2008.
- CNAMTS, «Nouveaux cas des affections de longue durée (ALD 30) de 1990 à 2008 – France entière», juillet 2009.
- CNAMTS, «2,5 millions de personnes atteintes de diabète en France: prise en charge des malades et dynamique des dépenses »,  
Point d'information du 22 octobre 2009.
- DUTEIL N., SCHEIDEGGER S., (DREES), «Les pathologies des personnes âgées vivant à domicile», Études et Résultats, n°494, juin 2006.
- FORCO, OBSERVATOIRE PROSPECTIF DU COMMERCE,  
Rapport de branche 2009, Convention collective nationale des entreprises de «négoce et prestations de services dans les domaines médico-techniques», 2010.
- GODET-THOBIE H., VERNAY M., NOUKPOAPE A., SALANAVE B., MALON A., CASTETBON K., DE PERETTI C., (INVS), «Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007», Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°49-50, décembre 2008.

- HAS, «Sclérose latérale amyotrophique : protocole national de diagnostic et de soins pour une maladie rare», Guide ALD, janvier 2007.
- HAS, «Syndromes parkinsoniens dégénératifs ou secondaires non réversibles», Guide ALD, avril 2007.
- HAS, Commission d'évaluation des produits et prestations, avis relatif aux pompes externes programmables et prestations associées à la nutrition parentérale à domicile, 15 avril 2008.
- INSTITUT DU CANCER, «La situation du cancer en France en 2009», octobre 2009.
- INSEE, Annuaire statistique de la France, DADS exploitation exhaustive de 1950 à 2006, édition 2007.
- INVS, «Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales», juin 2006.
- LASBORDES P., «La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être – un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France», Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, 2009.
- LE PAPE A., SERMET C., (IRDES), «La polypathologie des personnes âgées : quelle prise en charge à domicile?», Intervention présentée au congrès «Soigner à domicile», Paris, 11-12 octobre 1996.
- MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE,  
«Plan Solidarité – Grand Âge», présenté le 27 juin 2006 par Philippe Bas.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005-2010 : «Connaitre, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO».
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS,  
«L'hospitalisation et l'organisation des soins en France», édition 2006.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, «Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012», 2008.

ROBERT-BOBEE I., INSEE, «*Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050*», INSEE Première, juillet 2006.

VERGNENEGRE A., DECROISSETTE C., VINCENT F., DALMAY F., MELLONI B., BONNAUD F., EICHLER B., «*Une analyse économique de l'administration d'une chimiothérapie en hospitalisation à domicile (HAD) comparée à l'hospitalisation de jours dans les cancers broncho-pulmonaires non à petites cellules de stade IV*», Revue des maladies respiratoire, 2006, 23 :255-63.

**1<sup>ères</sup> Assises** des  
**Prestataires de Santé à Domicile :**  
Des **acteurs clés** dans le parcours de soins des patients

à l'initiative du **SYNALAM** et du **SNADOM**



**Synalam:** 4, place Louis Armand Tour de l'horloge 75012 paris 603 Cedex 12  
Contact: [synalam.fr](http://synalam.fr)

**Snadom:** 29/31 boulevard des Alpes BP 179 38244 Meylan Cedex