

Acteurs de santé, acteurs de l'ESS



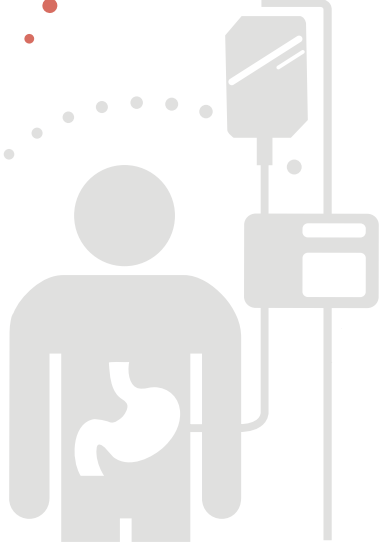
Juin 2020

Manifeste des PSAD associatifs pour la réforme du système de santé

Alors que la France affronte une crise sanitaire sans précédent dans son histoire récente et que les pouvoirs publics s'apprêtent à en tirer les premières leçons pour engager une réforme du système de santé, les **acteurs associatifs de la santé à domicile** souhaitent contribuer à cette réflexion essentielle pour l'avenir. Tel est l'objet du présent **Manifeste**.

Depuis plus de deux mois, les PSAD ont mobilisé leurs équipes et leurs moyens pour participer à la **lutte contre l'épidémie**. Ils ont soutenu et soulagé l'hôpital en favorisant la libération de lits, grâce à la prise en charge du retour à domicile précoce de patients et en particulier de ceux atteints du Covid-19. Ils ont répondu aux besoins croissants en oxygénothérapie, à domicile comme en EHPAD. Ils ont mis à la disposition des centres hospitaliers des centaines de dispositifs médicaux – respirateurs, pompes à perfusion, pousse-seringues notamment. Ils ont assuré une continuité des soins à leurs propres patients, souvent vulnérables vis-à-vis du Covid-19; le recours au télésoin a permis de limiter au maximum l'exposition de ces patients et les règles les plus strictes ont été appliquées pour garantir une sécurité maximale dans le cadre des visites à domicile, lorsqu'elles étaient nécessaires.

Cette mobilisation, organisée en étroite coordination avec les autorités sanitaires, illustre le rôle des PSAD dans le système de santé d'aujourd'hui et la contribution plus importante encore qu'ils peuvent apporter à celui de demain. Elle démontre la nécessité de reconnaître par le droit ce que les PSAD sont déjà dans les faits : des **acteurs de santé**. Il est temps de clarifier leur organisation et de leur donner un véritable statut.



Les PSAD exercent en effet une activité plurielle mais bien distincte des autres acteurs de santé à domicile. Or, l'inadaptation de la réglementation actuelle est devenue patente : une définition imprécise et obsolète, un exercice professionnel trop peu réglementé, des missions et des compétences peu ou pas reconnues. Le cumul de ces carences fait peser le risque réel d'une perte de qualité et d'efficacité du système de santé à domicile.

Avec ce **Manifeste**, le SNADOM formule des recommandations concrètes à l'attention du législateur et des autorités sanitaires, dans la perspective des grands chantiers qui s'annoncent – celui de l'hôpital comme celui, déjà prévu avant la crise sanitaire, du grand âge et de l'autonomie. Ces préconisations visent à donner un véritable statut aux PSAD et à définir leur rôle d'acteurs de santé, maillon indispensable de la chaîne de la santé à domicile.

Les associations membres du SNADOM sont également déterminées à faire entendre leur voix d'**acteurs engagés, pionniers de l'économie sociale et solidaire (ESS)** dans leur domaine, plaçant avant toute autre préoccupation l'intérêt général, celui des patients et celui des professionnels de santé. Ces convictions se traduisent par des actions concrètes au service de leur secteur d'activité.

Il est urgent d'ouvrir ce débat car l'assistance à domicile, sous l'effet combiné du vieillissement de la population, du virage domiciliaire amorcé par les pouvoirs publics, de l'importance croissante des maladies chroniques nécessitant une prise en charge à domicile, ne va cesser de se développer dans les prochaines années. Et au-delà des pathologies chroniques, les épisodes épidémiques comme celui que nous vivons démontrent aussi la nécessité de disposer de structures capables, sur tout le territoire, de travailler en étroite coordination avec le système hospitalier pour une prise en charge de qualité du retour à domicile de patients hospitalisés.

Le moment est aussi venu de poser la question des **exigences sociétales et environnementales** fixées aux acteurs de la santé à domicile, parmi lesquels les PSAD. Dans une optique très large qui intéresse toute la communauté des acteurs du domicile, les PSAD associatifs souhaitent poursuivre le déploiement du label R&S, une démarche créatrice de valeurs, inscrivant l'ESS au cœur des organisations et de leur action quotidienne. Il importe également d'engager rapidement la réforme du mode de rémunération des PSAD : cette rémunération doit être fondée sur la qualité du service rendu au patient, mesurée par des indicateurs qualitatifs. Ce modèle et lui seul permettra de concilier la maîtrise des dépenses de santé et l'efficacité de la prise en charge. Le SNADOM, enfin, promeut la professionnalisation des prestataires (ratio de professionnels de santé) et réaffirme le caractère essentiel de la visite à domicile dans la pratique des PSAD, alors que la crise sanitaire a accéléré le recours au télésoin.

Ce **Manifeste** projette les PSAD associatifs dans le système sanitaire et médico-social de l'après-crise épidémique. Il formule les principales demandes et propositions de ses associations membres pour les débats qui s'ouvrent sur l'avenir du système de santé. Il consacre enfin les principes essentiels qui animent les PSAD associatifs depuis l'origine – priorité au patient, primauté de la qualité du service sur toute logique de volume – des principes qu'il semble plus que jamais nécessaire de mettre en œuvre pour l'ensemble du secteur de la prestation de santé à domicile.

LES PSAD, ACTEURS DE SANTÉ

Un maillon essentiel de la chaîne du soin à domicile

PSAD : de l'invention de l'ambulatorioire à la coordination des soins à domicile

En plus d'un siècle d'existence, l'activité des associations a connu des mutations considérables afin d'apporter des réponses concrètes et adaptées aux problématiques de santé. Initiée dans les années 1950 par des médecins et des bénévoles pour mettre à la disposition de jeunes patients l'appareillage requis pour leur sortie de l'hôpital, l'activité médico-technique s'est ensuite structurée sous la forme de grandes associations régionales et déployée sur tout le territoire dans les années 1970 et 1980 à la demande du Ministère de la santé et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

L'assistance médico-technique à domicile représente désormais près de **deux mille prestataires** à travers la France, employant 25 000 salariés, dont 4 000 professionnels de santé environ. Pionnières du secteur, les associations coexistent aujourd'hui avec des entreprises privées. Elles continuent, notamment par la voix du **SNADOM**, leur syndicat professionnel, à faire vivre des valeurs dont la priorité donnée au patient et aux professionnels de santé, la qualité et l'amélioration continue des pratiques professionnelles ou encore le soutien à la recherche et l'innovation.

Au cours des vingt dernières années, les PSAD ont mené avec succès une **très large diversification**, à la fois des pathologies prises en charge et des missions assurées auprès des patients. Si l'activité historique de fournisseur de dispositifs médicaux perdure, elle ne constitue plus qu'une des multiples facettes d'une **activité plurielle** : mise en place et coordination des soins au domicile du patient, participation à l'éducation thérapeutique, formation des soignants et des aidants, suivi à domicile et télésuivi, filtrage d'alertes et transmission d'informations aux prescripteurs et aux autres professionnels de santé, matériovigilance et maintenance des dispositifs etc.

Cette pluridisciplinarité croissante va de pair avec un champ d'activité de plus en plus large : les PSAD prennent aujourd'hui en charge aussi bien l'assistance respiratoire et le traitement des apnées du sommeil que l'insulinothérapie par pompe, la nutrition entérale et parentérale, les traitements par perfusion ou encore la stomathérapie.

Au total, **deux millions** de personnes font désormais l'objet d'une prise en charge à domicile par des PSAD, un accompagnement qui concerne 100 000 nouveaux patients chaque année. Cette augmentation est appelée à se poursuivre, voire à s'amplifier dans les prochaines années, du fait notamment du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques. Les choix gouvernementaux consistant, face à la saturation des établissements hospitaliers et des maisons de retraite, à favoriser le développement des soins de ville et le **virage ambulatorioire**, comme le souhaitent d'ailleurs les patients, placent donc les acteurs du soin à domicile au cœur de la stratégie de réorganisation du système de santé.

PSAD, HAD, SSIAD : des missions qui doivent rester distinctes dans un même écosystème du soin à domicile

Les PSAD constituent l'un des maillons essentiels de la chaîne du soin à domicile, à côté des SSIAD, de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) ou encore des infirmiers libéraux (IDEL). S'ils relèvent d'un **même écosystème** et sont tous partie prenante du virage ambulatorioire, leurs rôles sont en réalité bien différents. Une **confusion** a pu cependant s'installer dans l'esprit du public, voire de certains professionnels de santé, sur leurs missions propres. Les PSAD, qui ne bénéficient pas de la visibilité que confère la mention d'hospitalisation à l'HAD, ni du statut et de la notoriété des professionnels de santé que sont les IDEL, sont en réalité les premières victimes de cette confusion.

Le **SNADOM** entend donc faire progresser la bonne identification par tous – et au premier chef par les acteurs du système de santé – des missions respectives de ces intervenants du domicile qui ne sont **pas**





interchangeables. La reconnaissance claire du rôle des PSAD, qui constitue pour le SNA-
DOM l'enjeu central de la mission confiée à
l'IGAS, ne doit donc en aucune façon porter
préjudice à d'autres acteurs par chevauche-
ment sur leurs propres champs d'activités.
Les missions respectives de chacun doivent
rester bien distinctes.

Les PSAD interviennent ainsi principale-
ment dans **deux cas de figure.**

Le premier correspond à la mise en place
d'une **alternative à l'hospitalisation** en
établissement de santé avec hébergement.
Si l'HAD intervient également dans cette
situation, elle le fait auprès de patients at-
teints de pathologies complexes, qu'elles
soient aiguës ou chroniques, évolutives et/
ou instables. Leurs équipes procèdent à
l'évaluation globale du patient : médicale,
paramédicale (IDE) et sociale (assistante so-
ciale). Elles lui prodiguent les soins quoti-
diens nécessaires et les coordonnent ; elles
peuvent également mettre à sa disposition
des dispositifs médicaux, souvent en utili-
sant les prestations d'un PSAD, et des ser-
vices utiles à sa prise en charge médicale
ou paramédicale.

Les PSAD, en revanche, ne prennent pas en
charge les pathologies aiguës, ce qui consti-
tue la différence essentielle avec l'HAD. Par
ailleurs, si tous les PSAD mettent bien évi-
demment à disposition les DM nécessaires,
certains seulement, notamment les acteurs
associatifs représentés par le **SNADOM**, as-
surent en cas de besoin l'évaluation médi-
cale, paramédicale ou sociale du patient, ce
qui se fait hors LPP, c'est-à-dire sans prise en
charge par l'Assurance maladie. Ils peuvent
également coordonner des soins, mais leurs
infirmiers salariés, bien que titulaires des
mêmes diplômes, ne sont pas effecteurs de
soins, ce qui nécessite l'intervention d'un(e)
IDEL. Ainsi, ils n'entrent pas en concurrence
avec eux.

Le second scénario d'intervention des PSAD
correspond au **maintien à domicile** ou à la
facilitation du retour à la suite d'une hospi-
talisation. Dans ce cas de figure peuvent agir
les SSIAD ou les infirmiers libéraux ainsi que
les PSAD. Les SSIAD se concentrent sur la
prise en charge de personnes de plus de 60
ans, malades ou en perte d'autonomie, ainsi
que sur les personnes de moins de 60 ans
lorsqu'elles sont handicapées ou atteintes

d'une maladie chronique. Ces services ont
auprès de leurs patients une mission d'éva-
luation paramédicale, de coordination, de
nursing (toilettes, coiffure, aide à l'habillage),
ainsi que des actes infirmiers (pansements,
injections etc.). Ils fournissent également
des dispositifs médicaux (consommables
mais rarement immobilisables).

Dans une situation analogue de maintien
ou de retour à domicile, les PSAD mettent
à disposition des DM consommables et im-
mobilisables. Certains prestataires assurent
l'évaluation paramédicale et la coordina-
tion – mais, comme indiqué précédemment,
hors LPP (et donc sans prise en charge par
l'Assurance maladie). Ils ne sont, en re-
vanche, pas effecteurs de soins infirmiers
et n'assurent pas de soins de *nursing*.

**S'il importe de conforter chaque
acteur de la santé à domicile dans
ses missions pour relever les défis
du virage ambulatoire, cela passe,
en ce qui concerne les PSAD, par la
reconnaissance explicite de leur rôle
et une clarification statutaire attendue
par l'ensemble de la profession.**

PSAD : l'indispensable réforme statutaire

Une définition imprécise et obsolète

L'activité de PSAD apparaît dans la partie
législative du Code de la santé publique à
l'article **L5232-3**, issu de la loi n°2005-841
du 26 juillet 2005 relative au développe-
ment des services à la personne et portant
diverses mesures en faveur de la cohésion
sociale.

Cette loi a introduit la dénomination de
« **prestataires de service et distributeurs
de matériels** » (PSDM), une appellation inu-
sitée dont la complexité nuit à l'évidence à
la visibilité des PSAD et à la bonne com-
préhension de leur rôle, que ce soit du grand
public ou même des professionnels de santé.

Par ailleurs et comme c'est aussi le cas de
l'appellation de PSAD, cette dénomination
figurant dans le Code de la santé publique
a consacré la notion de « **prestataire** », qui
semble aujourd'hui trop limitative dès lors

qu'elle évoque uniquement la fourniture de dispositifs médicaux. Or, la coordination de la prise en charge, la télésurveillance des patients chroniques, la participation à l'éducation thérapeutique et la formation des soignants et des aidants, qui constituent autant d'activités quotidiennes et souvent centrales d'une grande partie des PSAD, sont grandement occultées.

L'article L5232-3 ne saurait constituer une définition de l'activité des PSAD. Inséré dans la **5^{ème} partie (Produits de santé)** du Code de la santé publique, au livre II relatif aux **dispositifs médicaux**, il précise essentiellement que les PSAD « doivent disposer de personnels titulaires d'un diplôme, d'une validation d'acquis d'expérience professionnelle ou d'une équivalence attestant d'une formation à la délivrance de ces matériels ou de ces services et respecter des conditions d'exercice et règles de bonne pratique ».

Dans sa partie réglementaire, le Code de la santé publique apporte, aux articles D5232-1 à 15, issus du décret n°2006-1637, quelques compléments sur les **modalités d'exercice** et les **règles professionnelles** s'appliquant à l'activité de PSDM. Sont ainsi distingués les personnels intervenant auprès du patient afin de lui délivrer les matériels et services et les personnels chargés de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services. Il en ressort notamment que les professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) agissant comme personnels des PSAD le font seulement en qualité d'« **intervenants** » ou de « **garants** ». **Ils ne peuvent pas, dès lors, assurer la réalisation d'actes de soins** conformément aux règles professionnelles et déontologiques de leurs professions respectives.

Le statut des PSAD doit faire l'objet d'une définition précise dans le Code de la santé publique. Ce cadre législatif et réglementaire ne peut se limiter, comme c'est le cas aujourd'hui, à une entrée exclusive par les matériels et les dispositifs médicaux. Le statut des PSAD doit, en particulier, prendre place au sein de la sixième partie du Code, relative aux

établissements et services de santé, et réglementer l'exercice d'activités qui excèdent désormais largement la livraison et l'installation de matériel au domicile des patients.

Un exercice professionnel trop peu réglementé

Corollaire de l'absence d'un statut de PSAD, l'accès à la profession n'est aujourd'hui soumis à aucune condition véritablement restrictive. La présence sur le marché de nombre d'entreprises individuelles ou de TPE, dont ni le gérant ni les éventuels collaborateurs ne sont des professionnels de santé, résulte de l'**extrême facilité à créer une structure** exerçant l'activité de PSAD.

Il est alors légitime de se demander si les activités réalisées à domicile, si faiblement encadrées, sont suffisamment **sécuritaires** pour les patients, leurs aidants et bien sûr les professionnels. Rappelons que dans de nombreux cas, notamment en matière d'assistance respiratoire, les PSAD sont appelés pour intervenir auprès de patients à haut risque vital.

Sans la moindre barrière à l'entrée, ni contrôle en cours d'activité, une **qualité** minimale du service fourni par les PSAD ne peut à l'évidence être garantie de manière uniforme sur l'ensemble du territoire. Les patients se retrouvent ainsi tributaires des choix opérés dans chaque PSAD en matière notamment de recrutement de professionnels de santé (dont le pourcentage peut être très variable selon les structures) et de formation des équipes.

Le cadre réglementaire relatif à l'activité des PSAD doit impérativement, pour sécuriser le système, relever drastiquement le niveau d'exigence et de contrôle s'appliquant aux prestataires. Dans leur définition actuelle, les dispositions relatives à la formation sont très insuffisantes pour garantir un niveau de qualification satisfaisant des intervenants des PSAD. Elles ne peuvent, surtout, constituer le cœur des exigences s'appliquant à l'exercice de cette profession.



Cette appréciation vaut également pour le contrôle des PSAD en cours d'activité. Dans la situation actuelle, c'est pour l'essentiel à l'Assurance maladie qu'un prestataire de santé à domicile doit rendre des comptes, au titre de la convention nationale qui organise les rapports avec les prestataires délivrant des produits et prestations inscrits aux titres Ier et IV du titre II de la LPP.

La nécessité d'un agrément pour l'exercice d'une activité de prestation de santé à domicile s'inscrit d'ailleurs en pleine cohérence avec la réglementation d'autres États-membres de l'Union européenne (Belgique, Luxembourg, Espagne, Italie...).

Pour les PSAD assurant, en plus de la fourniture de dispositifs et de matériels médicaux, des missions de coordination, d'accompagnement thérapeutique et de formation, de prévention secondaire, de télésuivi ainsi que certaines activités, il est nécessaire de mettre en place une procédure d'agrément.

Cet agrément sera délivré par l'Agence Régionale de Santé (ARS), à l'instar d'autres activités soumises à une autorisation (SSIAD, centres de soins, EHPAD, HAD etc.) ou un agrément (transport sanitaire, associations représentant les droits des malades etc.).

Des missions peu ou pas reconnues en dépit de leur importance

Les évolutions réglementaires que le **SNADOM** appelle de ses vœux pour les PSAD doivent permettre d'actualiser et de définir plus précisément leur champ d'intervention. Parmi les missions centrales qu'exercent les PSAD aujourd'hui figurent la **permanence** sous forme d'astreinte 24h/24, la **coordination** des soins et le **télésuivi** des patients.

La **coordination** des soins implique notamment des missions aussi diverses que la recherche de professionnels de santé libéraux pouvant intervenir au domicile du patient (infirmiers ou kinésithérapeutes par exemple), leur formation à la mise en œuvre des protocoles et à l'utilisation des DM, la gestion de formalités administratives, le suivi de l'état de santé global du patient ou

afférant aux DM mis en place, l'analyse, l'expertise et le conseil dans la prise en charge ou encore l'envoi de comptes-rendus au prescripteur. Sur ce dernier point, les PSAD ont développé des outils de *reporting* destinés au médecin ou à l'établissement hospitalier, permettant de partager avec eux ces comptes-rendus ainsi que les données générées par le télésuivi.

Les PSAD assurent donc aujourd'hui une fonction de coordination et de conseil qui va bien au-delà des seuls cas dits complexes. La coordination est souvent nécessaire lorsque des DM sont mis à domicile par leurs soins. Pourtant, ce rôle indispensable de plateforme des soins et services apportés au patient n'est pas reconnu par la réglementation en vigueur.

Quant au **télésuivi**, il est aujourd'hui bien plus répandu dans l'activité des PSAD que la prise en charge des seules apnées du sommeil par PPC, dont la tarification est indexée sur l'observance. Les PSAD se sont fortement investis dans le déploiement du suivi à distance, que ce soit au travers du programme ETAPES ou de leur propre initiative. L'insulinothérapie, la titration morphinique, la ventilation non invasive (VNI) constituent ainsi des domaines dans lesquels le télésuivi se développe rapidement ou connaît des progrès encourageants. Dans ce domaine, la crise sanitaire liée au virus **Covid-19** a marqué l'accélération du recours à ces technologies.

Les PSAD représentés par le **SNADOM** revendiquent un rôle actif dans l'essor de ces technologies. Ils consacrent des moyens financiers et humains significatifs aux expérimentations de nouveaux dispositifs et, dans leur pratique professionnelle quotidienne, à l'analyse et au filtrage des informations collectées pour les transmettre au corps médical.

Cette dimension récente et d'importance croissante n'est cependant pas du tout reconnue par la réglementation actuellement en vigueur. Il importe de corriger cela dans la **refonte du statut** des PSAD, en déterminant les conditions d'un équilibre entre le nécessaire développement de ces usages et le caractère incontournable des visites à domicile, au cœur de la mission des prestataires de santé.

Coordination et télésuivi, deux activités qui deviennent centrales dans les missions assurées par les PSAD, posent l'une et l'autre la question de l'accès au **Dossier Médical Partagé** (DMP). Les informations produites dans le cadre de la coordination de soins (*reporting*) et du télésuivi sont en effet partagées avec les prescripteurs sur des outils dédiés, mais à l'inverse, les professionnels de santé des PSAD ne peuvent ni consulter ni alimenter le DMP. Il importe de résoudre cette difficulté réglementaire afin de favoriser un meilleur partage des informations, mais aussi d'assurer la qualité des prestations assurées par les PSAD et la sécurité des patients.

L'élaboration d'un statut de PSAD doit permettre d'actualiser et de définir plus précisément leur champ d'intervention, en y intégrant les missions centrales que sont aujourd'hui la coordination des soins et le télésuivi des patients. Elle doit ouvrir l'accès au DMP à leurs professionnels de santé salariés.

Des compétences professionnelles insuffisamment valorisées

Les PSAD associatifs représentés par le SNADOM emploient **25% environ de professionnels de santé** – pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers, aides-soignants, diététiciens principalement. Ce faisant, ils vont bien au-delà des exigences réglementaires qui n'imposent, par exemple, l'intervention d'un pharmacien que pour la délivrance de dispositifs médicaux d'oxygénothérapie.

Pourtant, la réglementation en vigueur (cf. 2.1) ne reconnaît pas ces ressources humaines essentielles à la qualité du service rendu au patient. Elle ne valorise pas les compétences de ces professionnels de santé. En théorie, l'IDE ne réalise pas de soins sur les patients auxquels il/elle rend visite, mais s'assure de l'adéquation des dispositifs médicaux mis en œuvre avec un éventuel traitement médical ou une autre pathologie associée. Il/elle procède, le cas échéant, au réglage ou à l'adaptation, sous contrôle médical, de ces matériels, ainsi que la formation des intervenants quotidiens à domicile.

Le **SNADOM** estime que la refonte du statut des PSAD est nécessaire pour mobiliser pleinement les compétences de ces professionnels en leur permettant de réaliser des missions précises relevant de leur rôle tel qu'il est défini par le Code de la santé publique et le Répertoire des métiers. Ainsi, les IDE devraient pouvoir :

- procéder à l'**évaluation paramédicale** de l'état de santé d'une personne auquel le PSAD fournit un matériel,
- dispenser **certains soins précis** à l'occasion des visites prévues pour des produits et prestations de la LPP. Il peut s'agir de soins réalisés lors de la mise en place de dispositifs médicaux, ou de soins très spécifiques tels que le changement de canule d'une trachéotomie pour lequel l'IDE du PSAD peut être conduite à intervenir aux côtés de l'IDEL. Dans certains cas (ex. la pose d'abords vasculaires), l'IDE du PSAD peut également intervenir en formation de l'IDEL afin de s'assurer du respect des bonnes pratiques et de l'application des procédures de soins.

La reconnaissance de la compétence des professionnels de santé des PSAD sur des actes de cette nature constituerait par ailleurs une rationalisation de la dépense publique, les visites des IDE salariés par les PSAD étant déjà prévues par la LPP. A coût réduit pour l'Assurance maladie, il s'agirait de mieux employer les PSAD en prévention secondaire et tertiaire auprès de leurs patients, sans le moindre effet d'éviction sur d'autres professionnels de santé.

La refonte du statut des PSAD doit conduire à mobiliser pleinement les compétences de leurs professionnels de santé salariés en leur permettant de réaliser des missions précises relevant de leur rôle tel qu'il est défini par le Code de la santé publique et le Répertoire des métiers.



LES PSAD ASSOCIATIFS, ACTEURS DE L'ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE (ESS)

Les PSAD associatifs partagent une conviction: le développement continu de l'assistance à domicile, qui résulte notamment du vieillissement de la population et du virage domiciliaire amorcé par les pouvoirs publics, ne peut s'envisager sans un engagement sociétal et environnemental. Aussi, chaque jour, le SNADOM et ses adhérents font vivre les valeurs de l'ESS dans la prestation de santé à domicile.

La force de l'engagement sociétal des associations médico-techniques

Des pionniers de l'ESS dans le domaine de la santé à domicile

Affirmer la place des PSAD associatifs au sein de l'ESS s'inscrit en pleine cohérence avec leur **identité** même, qui se traduit d'abord par un modèle économique à but non lucratif. Le SNADOM regroupe ainsi exclusivement des associations loi 1901 ou des sociétés filiales appartenant à plus de 75% à une ou plusieurs associations, ce qui signifie que, dans tous les cas, les orientations stratégiques sont prises à l'abri de toute pression actionnariale. Lorsque l'assistance médico-technique à domicile a vu le jour en France dans les années 1950, ce modèle constituait la règle ; depuis le développement de PSAD à caractère lucratif dans les années 1990 et 2000, la non-lucrativité constitue pour les adhérents du SNADOM, qui ont tous conservé ce modèle, un facteur de différenciation très fort.

En outre, s'il est vrai que l'une des particularités de l'économie sociale et solidaire est sa relation étroite avec le développement des **territoires**, les PSAD associatifs relèvent sans contexte du champ de l'ESS. Historiquement, la prestation de santé à domicile n'a pas été développée depuis Paris, sous une forme centralisée, mais s'est structurée **dans chaque région** à partir d'initiatives locales portées par des médecins et des bénévoles notamment. Le SNADOM et ses adhérents demeurent très attachés à

cet ancrage local, synonyme de proximité avec les prescripteurs et les bénéficiaires, de création d'emplois non délocalisables et de dynamiques collectives avec d'autres acteurs du système de santé. Chaque jour, ils mettent tout en œuvre pour proposer leurs services partout sur le territoire, y compris là où le souci de la rentabilité peut dissuader d'autres PSAD d'intervenir.

Enfin, les PSAD associatifs poursuivent depuis l'origine une finalité explicite au service de la collectivité : l'**intérêt général** et l'**utilité sociale** de leur activité. Il ne s'agit pas seulement de répondre aux besoins de patients pour la mise en place de prestations de santé à leur domicile, il s'agit bien plus largement de promouvoir une pratique professionnelle qui met les **patients et les professionnels de santé au centre**, qui fait primer leur intérêt sur toute autre considération. C'est ainsi que les PSAD associatifs veillent à donner la parole aux malades et à leurs proches en participant à leur éducation thérapeutique, en organisant des groupes de parole, des formations pour les aidants ou d'autres intervenants à domicile, afin d'aider les patients et leur entourage à acquérir les compétences nécessaires à l'efficacité de leur traitement. C'est ainsi également que les PSAD non-lucratifs apportent leur soutien aux patients, à des **associations de patients** et emploient des assistantes sociales qui informent, conseillent et aident les personnes en difficulté dans leurs démarches. Enfin, parce que la recherche d'aujourd'hui contribue aux traitements de demain, les adhérents du SNADOM financent la **recherche médicale** à travers des fonds de dotation.-

Le label Responsabilité et Santé (R&S), une démarche créatrice de valeurs

Fort de ces convictions partagées par les centaines de collaborateurs des PSAD associatifs, le SNADOM a mené à bien dès 2017 un projet plus large, ouvert à la communauté des acteurs du domicile : le **label R&S** (Responsabilité et Santé). Sont ainsi invités à rejoindre la démarche R&S, outre

les PSAD, les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les centres de santé, les organismes d'aide à domicile ou encore les établissements médico-sociaux. L'ensemble de ces structures sont concernées par cette labellisation, quels que soient leur taille, leur profil ou leur statut. Le SNADOM se fixe ainsi pour objectif de faire vivre et de promouvoir les bonnes pratiques inspirées de la RSE et la priorité donnée à la qualité de la prise en charge.

Construit en partenariat avec le label Lucie, le label R&S s'appuie sur un référentiel et une démarche de labellisation souple et progressive, qui constituent des déclinaisons pour la santé à domicile de la norme ISO 26000. La candidature est initiée par la signature d'une charte en 10 points. Intervient ensuite un processus de labellisation d'une durée de 36 mois qui repose sur sept engagements thématiques : mettre en place une gouvernance responsable ; respecter les droits des personnes ; développer des relations et des conditions de travail responsables ; préserver l'environnement ; développer l'éthique dans les relations d'affaires ; respecter les intérêts des usagers et des bénéficiaires ; viser le développement local et l'intérêt général.

Avec ce label, il ne s'agit pas seulement d'attester de la réalité d'un engagement dans une organisation. La démarche RSE doit être **créatrice de valeurs**, pour l'entreprise labellisée comme pour son environnement: elle a une dimension fédératrice en donnant plus de sens encore au travail des collaborateurs actuels, mais elle renforce aussi l'attractivité des organisations labellisées. La sensibilité des jeunes générations à l'engagement RSE est en effet très forte et les conduit à rechercher une activité professionnelle conforme à leurs convictions.

Avec l'Udes, promouvoir l'entrepreneuriat responsable

En 2019, le SNADOM a rejoint l'**Union des employeurs de l'économie sociale et solidaire** (Udes), consacrant l'ancrage des associations d'assistance médico-technique à domicile dans le champ de l'**ESS**. Le SNADOM décide ainsi d'unir ses forces

avec celles de l'Udes et de ses vingt organisations professionnelles, coopératives et organismes mutualistes pour promouvoir un entrepreneuriat différent, structuré par les valeurs associatives. Organisation multi-professionnelle regroupant plus de 30 000 entreprises, l'Udes rassemble 80% des employeurs fédérés de l'économie sociale et solidaire et emploie près d'1 million de salariés.

Cette adhésion doit notamment permettre d'initier des partenariats avec d'autres fédérations d'employeurs animées des mêmes convictions essentielles sur la responsabilité sociétale des organisations. Avec l'Udes, le SNADOM s'est ainsi, dès 2019, investi sur des chantiers collectifs d'envergure, comme celui de **l'impact social des entreprises** et de sa mesure.

La primauté du service rendu au patient

L'indispensable prise en compte de la qualité du service rendu

L'ensemble des acteurs de l'ESS sont animés d'une même ambition: replacer l'humain au centre de l'activité économique. Les PSAD associatifs sont convaincus de l'importance de ce principe pour l'assistance médico-technique à domicile. Il se traduit par un ensemble d'actions concrètes, parmi lesquelles le financement de la recherche scientifique ou l'aide aux patients et aux associations de patients, mais aussi par le souci permanent de la qualité du service rendu à chaque patient.

Le SNADOM plaide pour la mise en place d'un **nouveau mode de rémunération** reposant sur des critères d'évaluation qualitatifs de la prestation de santé à domicile. A ce titre, l'exemple de la pression positive continue (PPC) dans l'apnée du sommeil est intéressant. La grille tarifaire de ce traitement prévoit une rémunération en lien avec l'observance du patient grâce à un système de télé-suivi.

Plus précisément, les montants des forfaits hebdomadaires facturés par les prestataires de santé à domicile à l'Assurance maladie varient selon l'observance des patients à leur traitement. Ainsi, un prestataire de san-



té appliquera le forfait 9.TL1, si l'observance du patient télésuivi a été supérieure ou égale à 112 heures sur 28 jours consécutifs, le forfait 9.TL2, si l'observance du patient télésuivi a été supérieure ou égale à 56 heures et inférieure à 112 heures et le forfait 9.TL3, si l'observance du patient télésuivi a été inférieure à 56 heures.

Les PSAD associatifs estiment qu'il s'agit d'un premier pas vers un **mécanisme vertueux** qui doit être approfondi et inspirer des travaux similaires sur d'autres pathologies. Seule la généralisation de ce modèle permettra en effet de concilier la **maîtrise des dépenses de santé** et l'efficacité de la prise en charge, tout en apportant une réponse concrète aux enjeux du virage ambulatoire.

Toutefois, ce mode de rémunération doit reposer sur des **indicateurs objectifs et mesurables** élaborés avec tous les acteurs : prestataires, médecins, soignants, associations de patients, Assurance maladie, complémentaires santé. Il doit aussi tenir compte de deux exigences : une exigence de qualité de la prestation de santé à domicile et une nécessaire individualisation afin de responsabiliser chaque prestataire.

L'extension de la rémunération basée sur des critères qualitatifs constituera à la fois une mesure d'économie, permettant de réduire les coûts en fonction du service rendu par le prestataire, et une mesure de santé publique, car elle garantira un haut niveau de qualité des prises en charge en incitant les prestataires à mettre en œuvre des stratégies qualitatives et non plus de volume.

Entre autres bénéfices attendus, cette large réforme de la rémunération des PSAD doit conduire à améliorer l'observance et à réduire les cas de ré-hospitalisation après la sortie d'hôpital, de mieux accompagner les malades chroniques et, de manière générale, de renforcer la qualité de vie des patients.

Favoriser la professionnalisation du secteur

Au-delà du label R&S déjà évoqué, les PSAD mettent tout en œuvre pour proposer des services répondant à des **standards de qualité** élevés, à travers notamment des procédures qualité ou la certification ISO. Des formations spécifiques, organisées soit dans le cadre des entreprises ou associations, soit en milieu universitaire ont été mises en place. Il reste cependant nécessaire d'assurer une plus grande homogénéité des prestations fournies aux patients et de professionnaliser encore davantage le métier. 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. De nombreux prestataires sont ainsi signataires de la « charte de la personne prise en charge par un prestataire de santé à domicile » développée dès 2008 à l'initiative de la Fédération française des associations et amicales des malades insuffisants ou handicapés respiratoires (FFAAIR), du SNADOM et d'autres organisations syndicales, ainsi que du Collectif inter-associatif sur la santé (CISS), de la Fédération française de pneumologie et du Ministère de la Santé (DHOS/DGS).

Toutefois, les PSAD associatifs estiment qu'il sera nécessaire, pour que la performance aille de pair avec une amélioration continue de la qualité du service apporté au patient, de tenir compte du taux de **professionnels de santé** travaillant au sein de l'association ou de l'entreprise considérée. Ainsi, les prestataires présentant un taux élevé de professionnels de santé, devraient bénéficier d'une majoration de rémunération, quand ceux qui affichent un taux inférieur pourraient voir leur rémunération réduite. Ce mécanisme pourrait se faire à enveloppe constante tout en générant pour les comptes publics d'importantes économies, en évitant certaines ré-hospitalisations.

La réforme du modèle de rémunération doit associer l'exigence de performance et l'incitation à la professionnalisation : ces deux volets sont indispensables pour garantir, face à la croissance des besoins, la qualité de la prise en charge dans un secteur dont l'accès n'est aujourd'hui pas ou peu réglementé.

Maintenir un lien direct avec le patient

La crise sanitaire et le confinement ont constitué des accélérateurs pour la télémédecine et le **télésuivi**. Conformément aux recommandations des autorités sanitaires, les PSAD ont, pour réduire l'exposition au Covid-19 de leurs patients comme de leurs collaborateurs, limité les visites à domicile lorsque le télésuivi permettait d'assurer dans des conditions satisfaisantes la continuité de la prise en charge.

Il est probable qu'un grand nombre de professionnels de santé conserveront, après la crise provoquée par le Covid-19, une large part de téléconsultation ou de télésuivi dans leur pratique professionnelle. Cette évolution ne doit cependant pas conduire à dégrader le niveau de qualité de la prise en charge ni à réduire la dimension humaine essentielle à la fonction de prestataire de santé. Les PSAD associatifs considèrent,

pour leur part, que le télésuivi – lorsqu'il est possible et pertinent pour un patient – doit être conçu comme un outil permettant, en complément et non à la place des indispensables visites à domicile, d'améliorer la prise en charge de ce patient en s'assurant notamment de la bonne observance et de l'efficacité du traitement.

Le SNADOM réaffirme, dans ce contexte, le caractère irremplaçable des déplacements au domicile des patients, c'est-à-dire de la relation établie entre les professionnels prestataires de santé à domicile et les patients. La crise sanitaire ne doit pas conduire à renoncer à ce qui fait, en grande partie, l'ADN des PSAD associatifs : l'humain au centre de la relation avec le patient.

SYNTHÈSE

Uniquement définis, dans la réglementation actuelle, par la distribution de matériels et de dispositifs médicaux, les PSAD ne sont pas reconnus comme acteurs de santé, bien qu'ils jouent de manière de plus en plus évidente ce rôle. Les conséquences négatives de cette situation sont nombreuses : mauvaise connaissance de leur rôle par les prescripteurs et les autres professionnels de santé, accès trop faiblement réglementé à la profession, risque réel de perte de qualité au détriment du patient mais aussi des PSAD qui font le choix d'être très au-dessus des exigences réglementaires.

Le SNADOM plaide donc, à l'occasion des réflexions qui sont menées dans le cadre du Ségur de la Santé, pour une reconnaissance explicite des PSAD comme acteurs de santé, par l'adoption d'un véritable statut et sans doute d'une dénomination plus exacte, reconnaissant leurs missions diversifiées et les compétences de leurs professionnels. Il importe aussi, à l'instar de l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux, de soumettre clairement les PSAD à la mission de contrôle des ARS afin de veiller à

la sécurité, à la pertinence et la qualité de leurs interventions à domicile.

Au-delà de l'indispensable réforme statutaire qu'ils appellent de leurs vœux, les PSAD associatifs sont déterminés à porter, dans les débats sur l'avenir du système de santé, la voix d'acteurs engagés de l'économie sociale et solidaire. Ils souhaitent que le développement de leur secteur aille de pair avec des standards de qualité exigeants et partagés ainsi qu'une plus grande homogénéité des prestations fournies aux patients. Ils plaident enfin pour que la qualité du service rendu constitue à l'avenir le socle du modèle de rémunération des prestataires de santé à domicile. La généralisation de ce mécanisme vertueux constitue une condition majeure pour concilier la maîtrise des dépenses de santé et la qualité de la prise en charge, tout en apportant une réponse concrète aux enjeux du virage ambulatoire. Plus que jamais, les PSAD associatifs entendent jouer le rôle de vecteurs d'optimisation de l'organisation des soins et, en droit comme dans les faits, d'acteurs de santé à part entière.



Aide aux patients

Économie Sociale
et Solidaire

Acteurs
de santé,
acteurs
de l'ESS

Recherche
médicale

Qualité

Acteurs de santé

Environnement

Ancrage
territorial

Le SNADOM est le syndicat historique des prestataires de santé à domicile. Ses adhérents sont soit des associations loi 1901, soit des filiales détenues à plus de 75% par une association. Ils accordent la priorité à une approche qualitative de la prestation de santé à domicile, à la prise en charge de tous les patients sur tout le territoire, ainsi qu'à la maîtrise des dépenses de santé. Le SNADOM porte depuis des années auprès des pouvoirs publics la nécessité d'un statut clair et adapté aux réalités quotidiennes de la profession.

Éthique

Maîtrise
des dépenses
de santé

Virage
ambulatoire

Professionalisation

SNADOM
SYNDICAT NATIONAL
DES ASSOCIATIONS
D'ASSISTANCE À DOMICILE | Prestataires
de santé à domicile
à but non lucratif

