DOSSIER D'INFORMATION

FÉDÉRATION DES PRESTATAIRES DE SANTÉ À DOMICILE

PSAD

FÉDÉRATION DES PRESTATAIRES DE SANTÉ À DOMICILE

APPORTER DES SOLUTIONS AUX NOUVEAUX DÉFIS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Avec plus d'un million de patients pris en charge, les prestataires de santé à domicile (PSAD) sont aujourd'hui un acteur essentiel de la chaîne de soins. En effet, l'allongement de la durée de vie et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques conduisent à **une demande croissante de prises en charge au domicile des patients à laquelle nous devons répondre collectivement**. C'est au travers de leurs métiers, l'assistance respiratoire, les traitements par perfusion et le maintien à domicile, que les PSAD prennent en charge à domicile les personnes atteintes de maladies chroniques, de maladies aiguës, de handicap et de dépendance.

Il s'agit d'une attente forte des patients puisque nos concitoyens déclarent dans leur immense majorité préférer être soignés et vieillir chez eux, et non pas à l'hôpital ou en maison de retraite[1]. En assurant **le respect de l'intimité des patients et en apportant les meilleures garanties de qualité, de sécurité et d'efficacité**, les PSAD rendent possible cette aspiration à rester chez soi auprès de ses proches quand le besoin s'en fait le plus pressant.

En permettant aux patients d'être traités à leur domicile, les PSAD répondent aussi à la demande des autorités de santé qui souhaitent **limiter, quand c'est possible, le recours à l'hospitalisation**. Ainsi l'hôpital peut se recentrer sur son cœur de métier, le traitement des maladies aiguës et complexes, et les payeurs peuvent mieux maîtriser les coûts globaux de santé.

L'accompagnement des malades chroniques répond également à des objectifs d'**efficience du système de santé** : la bonne compréhension du traitement par le patient et son entourage, le suivi régulier par les équipes des PSAD, les retours d'informations systématiques au médecin prescripteur, l'astreinte permanente, sont des facteurs de meilleure observance des traitements. Cela répond à la fois à un objectif de santé publique et à un souci d'efficience des dépenses de santé…

Ainsi, face aux défis que notre système de santé rencontre aujourd'hui, **les PSAD sont porteurs de solutions en permettant de traiter les patients selon leur attentes et à un coût maitrisé**.

Ces facteurs de développement conjugués aux exigences croissantes des autorités vis-à-vis des acteurs de santé ont eu pour conséquence ces dernières années une forte structuration de notre secteur. C'est la raison pour laquelle **la grande majorité des PSAD a décidé de se regrouper en une seule organisation représentative : la Fédération des PSAD**. Cette fédération, créée en octobre 2013 et que nous sommes fiers de présider, réunit enfin les deux familles de prestataires : les entreprises privées et les acteurs issus du monde associatif, de telle sorte que **chaque prestataire puisse désormais se sentir représenté par la même organisation** : quelle que soit leur taille, quelles que soient les structures capitalistiques, quel que soit le degré de spécialisation dans les différents métiers, quels que soient les modes de délivrance (en direct ou via les pharmacies d'officine), les prestataires de santé à domicile seront représentés par la Fédération.

Les cultures des deux syndicats fondateurs sont complémentaires tout en se retrouvant sur l'essentiel : **le respect de valeurs fondamentales que sont les droits du patient et le respect scrupuleux de la réglementation, ainsi que le souci constant d'apporter des solutions innovantes pour garantir l'avenir du système de santé français.**

Olivier Lebouché,
Président de la Fédération des Prestataires de santé à domicile,
Président du Synalam

Bernard Gasparutto,
Vice-président de la Fédération des Prestataires de santé à domicile
Président du SYNAPSAD

1. Enquête OpinionWay réalisée du 22 au 23 mars 2012 auprès d'un échantillon national représentatif (France) de 1006 individus âgés de plus de 18 ans, constitué selon la méthode des quotas, au regard des critères de sexe, d'âge, de catégorie socioprofessionnelle, de région de résidence et catégorie d'agglomération, selon les données INSEE du recensement actualisé

Sommaire

Apporter des solutions aux nouveaux défis de la santé publique 2

LES PSAD, ACTEURS ESSENTIELS DE LA CHAÎNE DE SOIN 3

1. Le prestataire de santé à domicile : un maillon indispensable de la chaîne de soins 3
   - a. Mettre en œuvre la technologie médicale au domicile des patients 3
   - b. Participer à la coordination des soins 4
   - c. Mobiliser les compétences adaptées 6
   - Les catégories de pathologies prises en charge .. 6
2. Les grands métiers 7
   - a. L'assistance respiratoire 7
   - b. La perfusion 7
   - c. La nutrition 7
   - d. L'insulinothérapie par pompe 7
   - e. Le maintien à domicile 7
3. Un secteur économique émergeant 8
   - a. Des emplois qualifiés 8
   - b. Des dépenses principalement prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire 8
   - c. Le coût et l'efficience du soin à domicile 9

LA SANTÉ À DOMICILE : DES RÉPONSES AUX ENJEUX DU VIEILLISSEMENT ET DU DÉVELOPPEMENT DES MALADIES CHRONIQUES 11

1. L'aspiration sociale à être traité chez soi 11
2. Qualité et sécurité des soins : la Charte du patient, ISO et Quali'PSAD 12
   - Le cadre juridique des PSAD 12
3. L'égalité des citoyens devant la prestation de santé par une couverture géographique homogène .. 13

LA FÉDÉRATION DES PSAD : UN PROJET COLLECTIF 14

1. L'origine de la Fédération 14
2. Une fédération représentative 15
3. Les syndicats adhérents 16
   - a. Le SYNALAM 16
   - b. Le SYNAPSAD 17
4. La Gouvernance de la Fédération 18

Contacts 20

LES PRESTATAIRES DE SANTÉ À DOMICILE

ACTEURS ESSENTIELS DE LA CHAINE DE SOIN

1 LE PRESTATAIRE DE SANTÉ À DOMICILE : UN MAILLON INDISPENSABLE DE LA CHAÎNE DE SOINS

Face au vieillissement de la population et à l'accroissement de la prévalence des maladies chroniques, les PSAD mettent en œuvre les technologies et les compétences au domicile du patient, tout en assurant l'interface avec les autres acteurs de santé.

A / Mettre en œuvre la technologie médicale au domicile des patients

Les prestataires de santé à domicile (PSAD) assurent la mise à disposition à domicile des services et des dispositifs médicaux nécessaires au traitement des patients (systèmes de perfusion, matériels d'assistance respiratoire, systèmes d'insulinothérapie par pompe externe, etc.) ou à la compensation de leur perte d'autonomie. Les prestations permettent l'utilisation de technologies complexes qui facilitent la mise en œuvre des traitements à domicile ; elles sont, dans la quasi-totalité des cas, délivrées 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).

CHIFFRES CLÉS

1 200 000 personnes recourent aux services des PSAD chaque année.

- 500 000 patients apnéiques
- 100 000 patients insuffisants respiratoires
- 60 000 patients ventilés (ventilation invasive et non invasive)
- 30 000 patients diabétiques sous pompe à insuline
- 15 000 patients nécessitant une nutrition parentérale
- 10 000 patients nécessitant une nutrition entérale
- 10 000 patients bénéficiant chaque année de perfusion à domicile dans le cadre de traitements de la maladie de Parkinson, de la mucoviscidose, de l'hypertension artérielle pulmonaire, de perfusions de fin de vie… .
- 150 000 patients handicapés
- 300 000 personnes âgées dépendantes

Estimation : Fédération des prestataires de santé à domicile

B / Participer à la coordination des soins

La prestation de santé à domicile est globale et intègre tout au long de la prise en charge un ensemble de prestations et de services à destination du patient et de son entourage (notamment la formation et l'éducation) mais également un lien permanent avec les autres acteurs de santé, médicaux ou paramédicaux (médecins prescripteurs, médecin traitant, infirmier libéral, pharmacien).

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, comme les pharmacies d'officine ou les 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 (ou le médecin traitant lorsque celui-ci n'est pas le prescripteur) ainsi qu'avec les autres professionnels de santé de proximité (infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens…) intervenant auprès du patient.

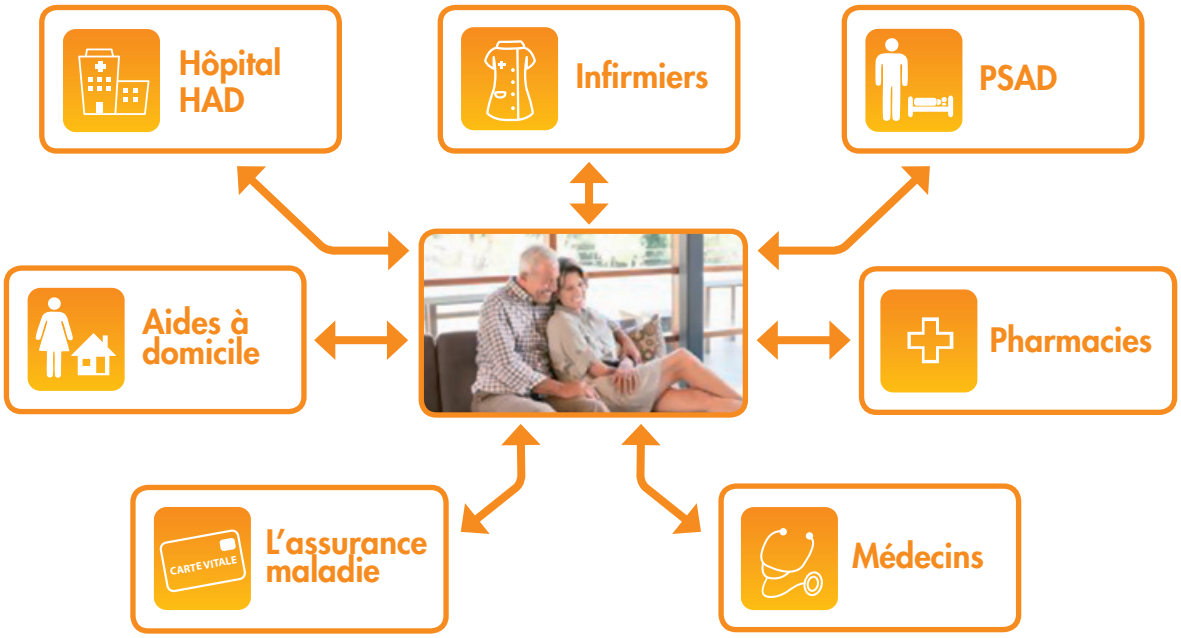


SCHÉMA 1

Fourniture d'un dispositif médical et/ou d'une prestation sur prescription d'un médecin spécialiste, hospitalier ou de ville

Le cas le plus fréquent

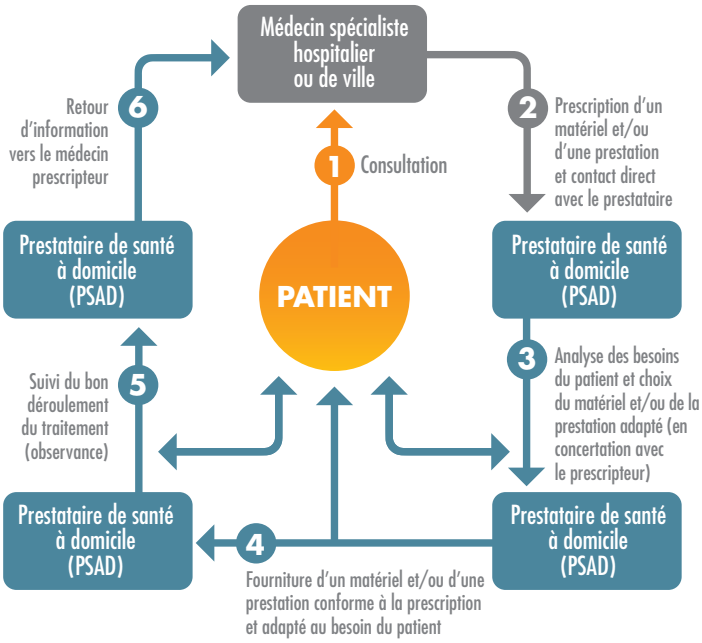


SCHÉMA 2

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

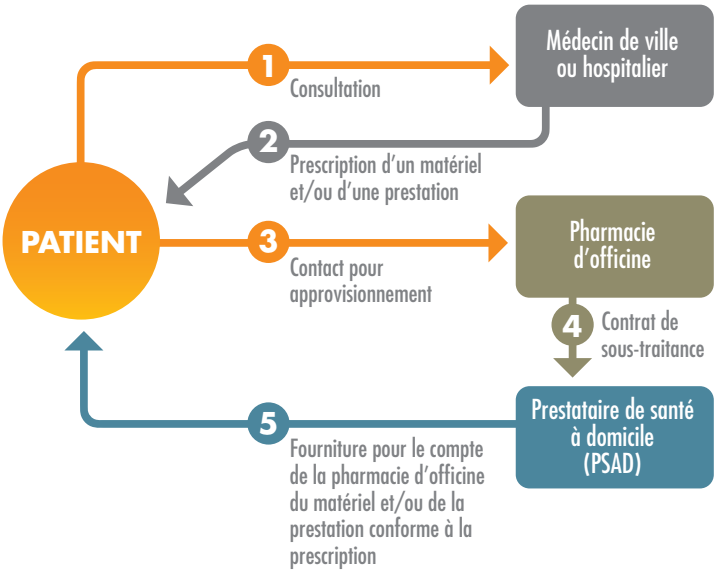
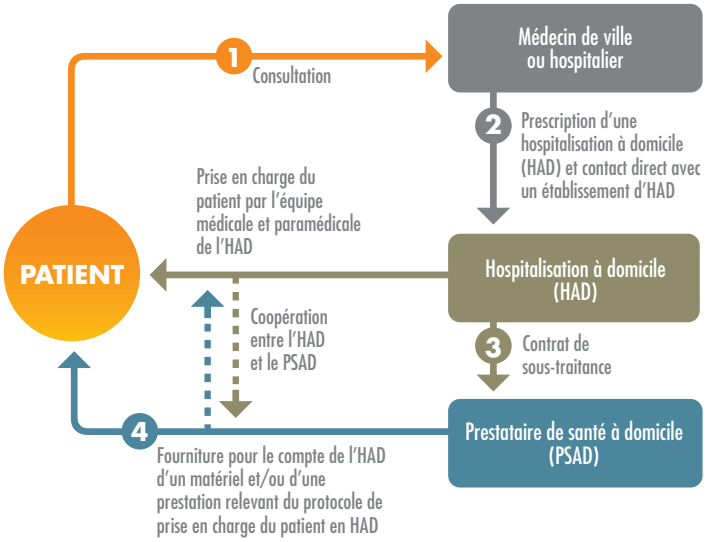


SCHÉMA 3

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



C / Mobiliser les compétences adaptées

La prise en charge globale du patient suppose la mobilisation en interne par les PSAD de compétences multiples et complémentaires, adaptées à la nature de la prestation et du dispositif médical.

Les PSAD emploient ainsi de nombreux professionnels de santé (près de 20 % des effectifs), essentiellement infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes ou pharmaciens, certains PSAD ont également un directeur médical en charge du suivi et du respect des protocoles de prise en charge et de la formation et habilitation des intervenants à domicile.

La participation de ces professionnels est souvent prévue par la réglementation (par exemple dans les bonnes pratiques de dispensation de l'oxygène médical, la prise en charge de l'insulinothérapie par pompe, de la nutrition parentérale) mais résulte également des demandes des prescripteurs, ainsi que de la technicité des traitements mis en œuvre au domicile des patients.

Les PSAD emploient en outre de nombreux techniciens qui disposent tous d'un niveau de compétences élevé grâce à un processus de formation et d'habilitation éprouvé. Formés notamment à la relation patient, à l'hygiène et la sécurité et aux différents dispositifs médicaux, ils exercent en particulier dans le respiratoire et le maintien à domicile.

LES CATÉGORIES DE PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE

Les maladies chroniques

Pathologies au long cours, elles nécessitent l'éducation du patient de la part du prestataire, un suivi de leur observance et une sensibilisation de l'entourage (aidants).

Domaines d'intervention :

- Diabète
- Syndrome d'apnée du sommeil (SAS)
- Insuffisance respiratoire (BPCO, asthmes sévères…)
- Cancer
- Dénutrition
- Maladie rares (Mucoviscidose, HTAP, déficit immunitaire…)

Les maladies aiguës

En sortie d'hôpital le plus souvent, elles nécessitent une excellente coordination entre les équipes hospitalières, les équipes de ville ainsi qu'une haute technicité alliée à une parfaite réactivité de la part du prestataire.

Domaines d'intervention :

- Pathologies infectieuses
- Dénutrition
- Mobilité réduite temporaire
- Douleur

Le handicap

Le handicap nécessite du prestataire une capacité de conseil (notamment sur l'aménagement du domicile), la faculté de sensibiliser les aidants et la capacité d'orienter vers d'autres professionnels.

Domaines d'intervention :

- Dénutrition
- Mobilité réduite
- Escarres

La dépendance liée à l'âge

La dépendance nécessite une grande disponibilité du prestataire, une capacité de conseil et la faculté de sensibiliser les aidants.

Domaines d'intervention :

- Maladie de Parkinson
- Incontinence
- Escarres
- Dénutrition
- Mobilité réduite

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

A / L'assistance respiratoire

Les PSAD mettent en œuvre au domicile du patient les traitements d'oxygénothérapie (en poste fixe ou permettant la déambulation) ou dispositifs de ventilation non invasive ou invasive pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique, 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…

B / La perfusion

Les PSAD mettent en œuvre les dispositifs d'administration des traitements de perfusion par pompe externe ou diffuseurs portables pour l'administration de chimiothérapies, d'antibiothérapies, de traitements antiviraux et antifongiques, de traitement de la douleur, de traitements vasodilatateurs et antiagrégants plaquettaires, de médicaments destinés au traitement de maladies du sang, congénitales ou acquises…

C / La nutrition

Les PSAD mettent en œuvre les prestations et matériels de nutrition par voie veineuse ou gastrique (nutrition entérale avec ou sans pompe, sondes, boutons de gastrostomie avec ou sans pompe, nutriments, nutrition parentérale à domicile).

D / L'insulinothérapie par pompe

Les PSAD mettent en œuvre les prestations et matériels d'insulinothérapie par pompe pour les patients diabétiques, essentiellement de type 1 mais de plus en plus de type 2. La prestation consiste en une participation à l'initialisation du traitement au côté des équipes médicales, un suivi à domicile comportant la formation du patient à l'utilisation de la pompe, à la gestion des situations d'urgence, un suivi régulier du patient ainsi qu'un approvisionnement en consommables et une astreinte 24h sur 24.

E / Le maintien à domicile

Les PSAD mettent à disposition les aides techniques aux personnes en situation de dépendance ou de handicap en vue de leur maintien à domicile, dont :

- 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…

3 UN SECTEUR ÉCONOMIQUE ÉMERGENT

Principalement pris en charge par l'assurance maladie, les budgets des PSAD financent des emplois de proximité, dans des régions où trop souvent la désertification guette ou bien est déjà une réalité. Cette allocation des fonds publics relève toutefois d'une saine gestion puisqu'elle permet un moindre recours aux structures institutionnelles plus coûteuses comme l'hôpital ou les EHPAD.

A / Des emplois qualifiés

Les prestataires de santé à domicile (PSAD) apportent une réponse de proximité à l'ensemble des besoins exprimés par les patients et les professionnels de santé, y compris dans les zones rurales ou isolées et les DOM-TOM.

16 000 salariés travaillent dans les entreprises du secteur privé et les associations, ce qui constitue, au plan local, une source d'emplois de différents niveaux de qualification (professionnels de santé, techniciens spécialisés, personnel logistique et administratif…).

Ces salariés interviennent essentiellement au domicile des patients et ce quel que soit le lieu d'habitation du patient, à partir d'agences de proximité, assurant ainsi un maillage fin du territoire et une source d'emploi dans des zones parfois économiquement défavorisées.

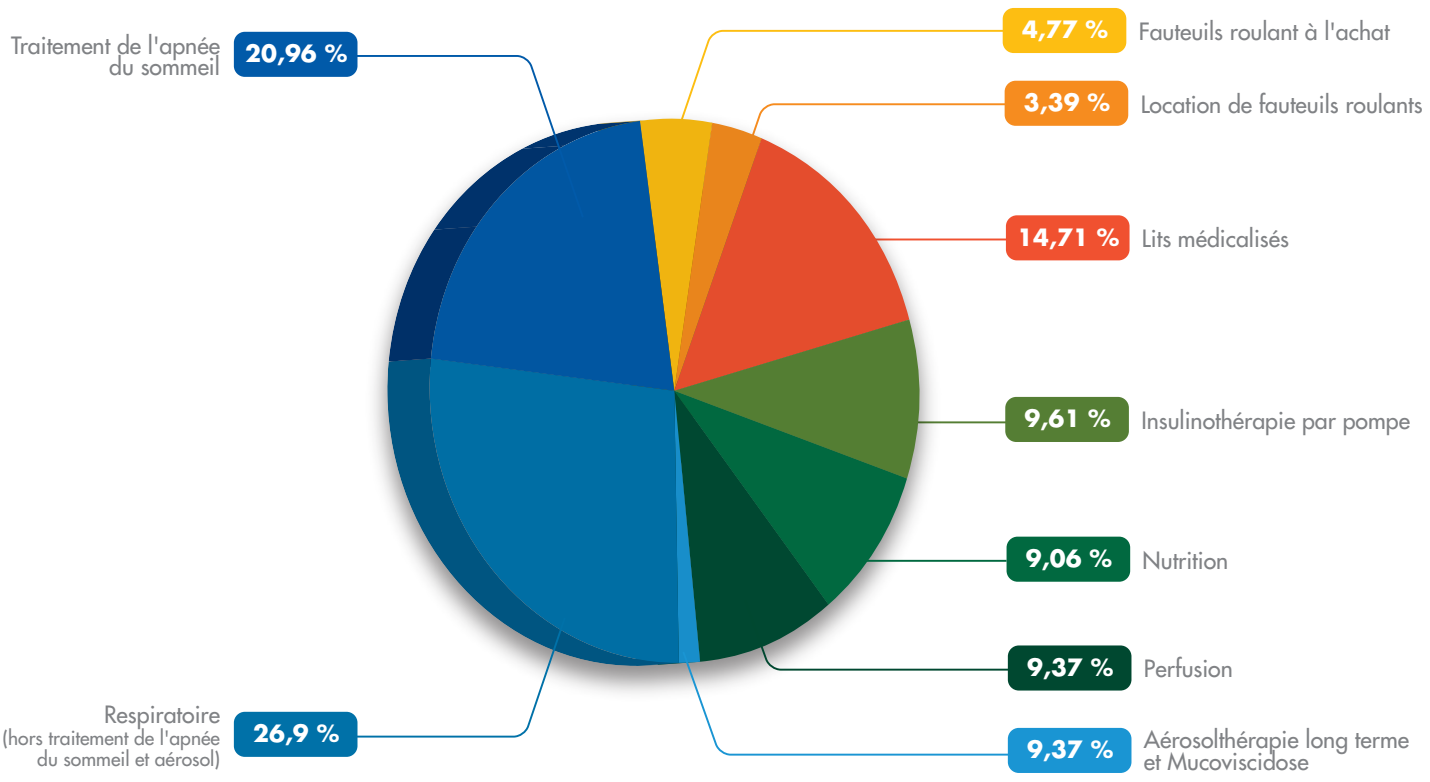
B / Des dépenses principalement prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire

Les dépenses associées aux prestations de santé à domicile représentent environ 2,5 milliards d'euros dont 90 % sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au travers des titres I et IV de la LPPR – liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie (contre près de 65 % pour l'ensemble des titres de la LPP). Cela est dû notamment au fait que l'essentiel des pathologies prises en charges bénéficient du régime d'ALD (Affection longue durée).

Les dépenses de la LPPR sont en outre caractérisées par une croissance importante sur les 5 dernières années d'environ 10 % par an du fait de la prévalence des maladies chroniques, le vieillissement de la population et l'accroissement des transferts de l'hôpital vers la ville… Cette croissance a cependant connu un ralentissement sensible en 2012, du fait de certaines baisses tarifaires notamment.

Part des différentes prestations dans les dépenses d'assurance maladie relevant du champ d'intervention des PSAD

Source – Rapport CEPS pour 2012 – Estimation Fédération des PSAD



Près de 90% des dépenses facturées par les PSAD sont prises en charge au titre de l'assurance maladie obligatoire ; les restes à charge sont, quant à eux, financés par :

- Les assurances complémentaires santé (mutuelles et assurances santé)
- Certaines aides et d'allocations destinées à compenser la perte d'autonomie des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, (et notamment l'APA et la PCH, délivrées par les conseils généraux).
- Les ménages eux-mêmes.

C / Le coût et l'efficience du soin à domicile

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.

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.

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'hospitalisation (entre 1998 et 2004, la durée moyenne de séjour est passée de 5,8 à 5,5 jours en MCO[2]) 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[3]».*

Ainsi les PSAD contribuent-ils à l'efficience des dépenses de santé qui consiste en une meilleure utilisation du budget consacré à la santé.

Cela passe notamment par un meilleur suivi de l'observance des traitements chroniques et demain de leur efficacité thérapeutique, afin que chaque euro dépensé soit utilisé à bon escient. Garantir que les patients comprennent bien leur traitement et l'utilisent participe de l'efficience des dépenses.

Par ailleurs, favoriser les sorties d'hôpital est un facteur d'optimisation des dépenses globales de santé. Pour un parcours donné, une prise en charge à l'hôpital peut être jusqu'à 60 % plus chère qu'à domicile[4]. En outre, le meilleur suivi des patients permet d'éviter des réhospitalisations pour complication ou exacerbation.

2. Ministère de la Santé et des Solidarités, «L'hospitalisation et l'organisation des soins en France», édition 2006.
3. CNAMTS, «Les dispositifs médicaux: situation et évolution en 2007», Point de repères n°15, mai 2008.
4. JALMA, Intérêt des PSAD et des professionnels libéraux par rapport aux autres modes de prise en charge à domicile, 2011

Un cas exemplaire : le remboursement conditionné à l'observance dans le traitement de Pression positive continue (PPC)

Le syndrome d'apnée du sommeil (SAS) est une affection fréquente qui touche entre 2 et 5 % de la population adulte, soit 1 à 3 millions de personnes aujourd'hui en France. Le SAS se caractérise par la survenance, pendant le sommeil, d'épisodes répétés d'interruptions (apnées) ou de réductions significatives de la ventilation (hypopnées) pendant plus de 10 secondes. Le traitement de référence est la PPC, assistance respiratoire nocturne.

Le télésuivi des patients apnéiques a été instauré par un arrêté de nomenclature de la liste des produits et prestations remboursables (LPP) en date du 9 janvier 2013.
Le texte prévoit qu'à compter :

- du 1er février 2013, un tarif spécifique est disponible pour les patients télésuivis ;
- du 1er octobre 2013 (initialement le 1er juin), tout nouveau patient doit être télésuivi pour être remboursé ;
- du 1er janvier 2015, tous les patients doivent être télésuivis.

A terme ce sont donc 600 000 patients dont l'observance sera suivie à distance par les Prestataires de santé à domicile.

L'objectif premier du dispositif est d'améliorer l'observance des patients par un meilleur suivi et des actions de mobilisation. Le texte prévoit ainsi que le niveau de remboursement du patient et donc la rémunération du PSAD diminue si le patient est durablement non observant voire est suspendue pour au moins 6 mois si l'inobservance dépasse 20 semaines ou est trop fréquente.
Le déploiement s'appuie sur un mécanisme d'incitation forte qui créé un modèle économique pérenne, dont une grande partie repose sur l'engagement des Prestataires de santé à domicile. C'est là une condition essentielle de la réussite du déploiement de la télésanté en France.
Cette expérience est une première internationale par son ampleur ; elle a été rendue possible par la volonté et l'engagement des pouvoirs publics, la disponibilité d'une technologie arrivée à un certain niveau de maturité et l'existence des PSAD, acteurs relais de cette diffusion.

Pour la collectivité, les gains attendus sont doubles :

1°) une diminution de la dépense de remboursement pour l'assurance maladie qui atteignait environ 500 millions d'euros en 2011 : l'économie globale attendue est de près de 50 millions d'euros essentiellement grâce à l'arrêt du remboursement des patient non observants soit 10 à 20 % des patients
2°) un gain médico-économique puisque l'association de la télé santé et de l'éducation thérapeutique du patient permettent une amélioration de l'observance. Or il a été démontré que 30 minutes d'observance quotidienne en plus permettraient d'éviter 70 à 130 décès supplémentaires par an, et de générer environ 20 à 30 millions d'euros d'économies supplémentaires par an[5].

5. JALMA, Étude médico-économique sur l'efficacité de l'observance dans le traitement de l'apnée du sommeil.

LA SANTÉ À DOMICILE

DES RÉPONSES AUX ENJEUX DU VIEILLISSEMENT ET DU DÉVELOPPEMENT DES MALADIES CHRONIQUES

1 L'ASPIRATION SOCIALE À ÊTRE TRAITÉ CHEZ SOI

Selon une enquête OpinionWay réalisée en mars 2012, 90 % des personnes interrogées préféreraient adapter leur domicile pour y rester en bonne santé et en sécurité au lieu d'intégrer un établissement spécialisé [6], dans le cas où leurs capacités physiques se dégraderaient avec l'âge. Cette aspiration est rendue possible par l'existence des PSAD, dont l'intervention à domicile est la première compétence. C'est notamment grâce à eux qu'il est possible d'être traité chez soi, y compris pour des pathologies nécessitant des soins complexes.

Par ailleurs, la prestation du PSAD s'effectue toujours dans le respect de l'intimité et de l'habitat du patient avec une prise en compte personnalisée du rôle des aidants (et une évaluation objective de leurs capacités autant que leurs limites).

6. Enquête OpinionWay réalisée du 22 au 23 mars 2012 auprès d'un échantillon national représentatif (France) de 1006 individus âgés de plus de 18 ans, constitué selon la méthode des quotas, au regard des critères de sexe, d'âge, de catégorie socioprofessionnelle, de région de résidence et catégorie d'agglomération, selon les données INSEE du recensement actualisé

Le libre choix de son PSAD

Entretien avec Sylvie Proust, trésorière et Jean-Louis Fraysse, secrétaire de la Fédération des PSAD

Comment s'exerce le choix de son prestataire de santé à domicile par les patients ?
Le libre choix est prévu dans les textes. Les prescripteurs tiennent généralement une liste des PSAD à destination de leurs patients. Le patient et son entourage peuvent ainsi décider quel prestataire choisir sans pression publicitaire.

Quels éléments d'information les patients peuvent-ils collecter pour choisir un PSAD ?
Les patients peuvent consulter les sites internet des différents prestataires opérant dans leur zone géographique. Ils consultent généralement d'autres patients ou bien un professionnel de santé en qui ils ont confiance. La proximité, la réputation et la réactivité, sont des critères de choix et aident les patients et leurs familles à choisir le prestataire qui leur semble le plus compétent.

Quels sont les critères de choix objectifs ?
Pour bien choisir son prestataire, le patient peut se référer aux certifications, comme la certification ISO, qui garantit un niveau de qualité standardisé et évalué par un organisme indépendant. Les associations de patients jouent également un rôle en définissant les critères de compétence des prestataires, c'est le cas de la FFAAIR (insuffisants respiratoires), l'AFD (Association Française des Diabétiques) et l'AFM (Association Française des Myopathies) qui ont développé une charte à laquelle peuvent adhérer les PSAD et qui prévoit des droits et des devoirs pour le patient et le PSAD.
Pour beaucoup de prestations, le prix n'est pas un critère dans la mesure où la quasi-totalité des professionnels du secteur pratique les tarifs fixés par l'assurance maladie et que chez les PSAD, ces tarifs sont généralement des prix limite de vente.
Toutefois, dans certains métiers comme le MAD, le rapport qualité-prix a beaucoup d'importance. Mais c'est, là encore, la qualité de la prestation à travers le conseil et la qualité du service qui fondent le choix d'un prestataire.

Peut-on changer de prestataire ?
Bien sûr ! Cela arrive parfois malgré toute l'attention que nous portons à nos patients. Dans ce cas, nous organisons la transmission vers le nouveau prestataire en bonne intelligence. Le libre choix du patient peut donc s'exercer à tout moment.

2 QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS : LA CHARTE DU PATIENT, ISO ET QUALI'PSAD

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[7].
Pour compléter cela, la Fédération des PSAD et le SNADOM ont mis en place un label qualité «Quali'PSAD» qui permet d'attester du respect de 47 engagements essentiels pour la profession.

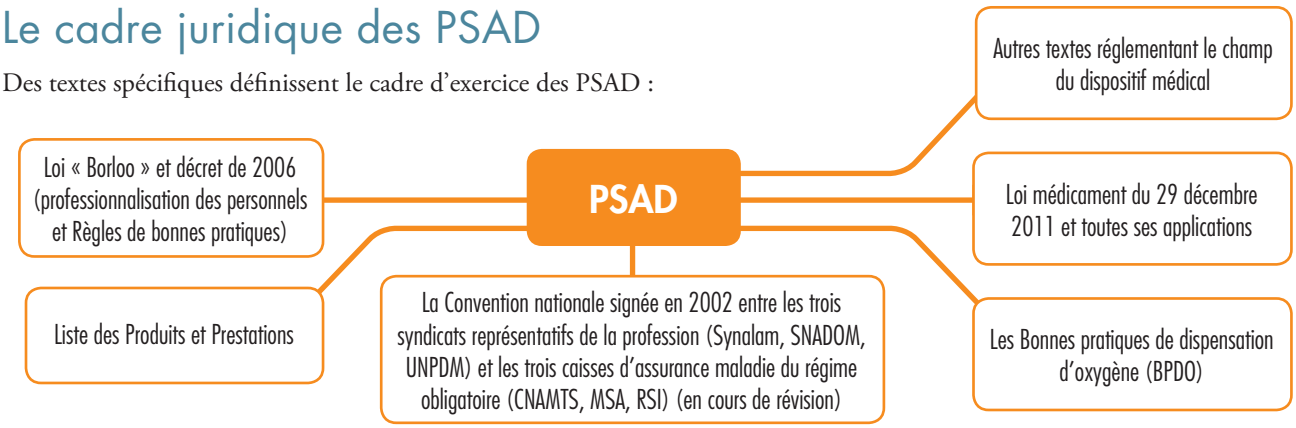
Les PSAD se préoccupent également de la qualité de la relation avec les patients. Plus de trente prestataires[8] ont à ce jour adhéré à la « charte de la personne prise en charge par un prestataire de santé à domicile » développée en janvier 2008 à l'initiative de la Fédération française des associations 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.

7. Sources: SNADOM et Synalam
8. Liste téléchargeable sur le site de la FFAAIR : http://www.ffaair.org/signataires.php

Le cadre juridique des PSAD

Des textes spécifiques définissent le cadre d'exercice des PSAD :



3 L'ÉGALITÉ DES CITOYENS DEVANT LA PRESTATION DE SANTÉ PAR UNE COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE HOMOGÈNE

Les PSAD répondent en France à l'ensemble des besoins exprimés par les patients, indépendamment de leur localisation géographique, 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.

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 estime les établissements des PSAD à plus de 2 000 sites de proximité sur le territoire français[9].

9. Selon une estimation du Synalam.

Les engagements des PSAD

Dr Louis CHAMPION, membre du Synalam, représentant d'un PSAD privé national
Mme Karine NEUT, membre du SYNAPSAD, représentant d'un PSAD associatif dans le nord de la France

Les PSAD interviennent au domicile de personnes atteintes de maladies chroniques, de personnes âgées ou en situation de handicap. Les prestations mises en œuvre par les PSAD sont définies par un cadre réglementaire strict ; elles doivent garantir à chaque personne qualité et sécurité tout au long de sa prise en charge. La personne est ainsi placée au cœur de l'activité et des préoccupations des PSAD.

Les PSAD s'appuient sur des valeurs essentielles :
- compétence
- qualités humaines et relationnelles
- réactivité et anticipation
- strict respect de la réglementation

Les compétences, qu'elles soient techniques ou paramédicales allient professionnalisme, rigueur et transparence à toutes les étapes de la prise en charge. La réglementation oblige les PSAD à **mettre en œuvre des garants professionnels de santé pour l'essentiel de leurs activités mais également de former l'ensemble des intervenants à domicile** (relation patient, système de santé, hygiène et sécurité…).

La prise en charge de qualité des personnes repose avant tout sur **la mise en œuvre, au quotidien, de qualités humaines et relationnelles** : vision globale, écoute active ou encore accompagnement personnalisé sont autant de facteurs concourant à l'amélioration de la qualité de vie, ceci dans le plus strict respect du libre choix du patient. La prise en charge de qualité repose également sur la communication, l'information et la coordination des partenaires notamment les professionnels de santé intervenant au domicile.

Afin de répondre au mieux aux besoins de santé de la population et à l'amélioration de la chaîne de soins, les PSAD doivent non seulement faire preuve de **réactivité et de proximité mais également s'inscrire dans une démarche d'anticipation et d'innovation permanente.**

Enfin, les PSAD veillent au plus **strict respect des obligations règlementaires en vigueur dans un souci d'honnêteté et de transparence.** Ils appliquent ainsi scrupuleusement la réglementation sur les relations avec les professionnels de santé (DMOS, Sunshine Act) et l'ensemble des règles, formalisées dans un code de bonnes pratiques à l'usage des adhérents de la Fédération.

L'ensemble des valeurs fondatrices des PSAD se traduit notamment par la participation active aux chartes proposées par les associations de patients et l'élaboration d'un référentiel qualité commun : Quali'PSAD.

LA FÉDÉRATION DES PSAD

UN PROJET COLLECTIF

Les deux principales organisations syndicales de Prestataires de santé à domicile se rapprochent pour créer la Fédération des PSAD, afin de représenter les métiers des PSAD auprès des pouvoirs publics et des parties prenantes.

La Fédération se fixe comme objectifs de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de prise en charge des patients à domicile et à l'efficience globale du système de santé par :

- Une organisation de l'offre de soins qui consolide le rôle des acteurs de ville ; ce qui passe notamment par la reconnaissance des PSAD comme acteur de santé à part entière.
- Un véritable professionnalisme des équipes des PSAD par un processus continu de formation et d'habilitation et une certification Quali'PSAD généralisée à terme.
- L'apport d'innovation technologique et organisationnelle.

1 POURQUOI UNE FÉDÉRATION ?

Issue du rapprochement des PSAD d'origine associative et des PSAD d'origine privée, la Fédération des PSAD regroupe aujourd'hui **la majorité des acteurs du secteur,** quelles que soient leurs formes juridiques respectives.

Alors que le monde associatif est depuis longtemps régi par les mêmes règles que les entreprises, que les métiers sont identiques et que les grandes actions syndicales de ces dernières années ont été menées conjointement (Livre Blanc, Assises, études médico économiques sur la profession, Label Quali'PSAD…), le rapprochement des deux principales organisations professionnelles et la mise en commun des ressources était devenue évidente.

C'est pourquoi le Synalam et le SYNAPSAD sont convenus en octobre 2013 de constituer la Fédération des Prestataires de santé à domicile.

Ces deux cultures complémentaires conduisent à une vision complète et fidèle du métier de prestataire de santé à domicile, ainsi qu'à des valeurs partagées que sont, l'empathie, la qualité, l'efficience et l'éthique.

La Fédération des PSAD regroupe aujourd'hui 130 Prestataires, adhérents soit du Synalam soit du SYNAPSAD ; plus des 2/3 de ses adhérents sont des PME.

2 UNE FÉDÉRATION REPRÉSENTATIVE

Cette nouvelle organisation se veut la plus représentative possible :

- elle regroupe des acteurs assurant, collectivement, près des 2/3 de la prise en charge en France dans le secteur de la prestation de santé à domicile à ce jour (en nombre de patients et en chiffre d'affaires cumulées) ;
- elle rassemble des acteurs de toutes tailles : sociétés unipersonnelles locales, entreprises adhérents à un groupement, PME régionales, grands groupes nationaux voire internationaux ;
- elle illustre la variété des métiers des prestataires, au service des patients et des médecins : maintien à domicile, stomie et troubles de la continence, respiratoire, perfusion, nutrition, insulinothérapie ;
- elle défend tous les schémas de mise en œuvre des prescriptions : en lien direct avec le patient et le médecin prescripteur, en sous-traitance de la pharmacie d'officine, d'un établissement de santé ou médico-social…

Tout prestataire de santé aujourd'hui, pour peu qu'il adhère aux valeurs fondamentales d'éthique et de respect du patient, peut se sentir représenté par la Fédération.

La Fédération a vocation à représenter les PSAD dans toutes les instances, en lieu et place des deux adhérents :

- Dans les négociations avec le Comité économique des produits de santé, en charge de la fixation des prix ;
- à la CNEDiMTS (Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé), commission de la HAS qui examine toute question relative à l'évaluation en vue de leur remboursement par l'assurance maladie ;
- au HCAAM, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, instance de réflexion et de propositions qui contribue, depuis 2003, à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie ;
- au conseil d'orientation du CNR-Santé, Centre national de référence santé à domicile autonomie, référent neutre et légitime, nécessaire au déploiement de l'e-santé en France au service de la santé, de l'autonomie et du bien-être au domicile ;
- à l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques-CNSA, créé pour une meilleure connaissance des produits et de leurs prix, tant pour le public concerné que pour les professionnels des Maisons départementales des personnes handicapées ;
- dans les échanges avec l'ANSM, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;
- et dans les négociations de branche professionnelle.

A / Le SYNALAM

Crée en 1969, le Synalam (Syndicat National des Prestataires de Santé à Domicile) regroupe les entreprises de santé à domicile représentatives du secteur médico-technique.

Le syndicat compte plus de 100 adhérents. Comme c'est le cas pour la profession dans son ensemble, les membres du Synalam sont des entreprises privées de taille variable : certaines sont de portée nationale (voire internationale) d'autres ont un territoire d'intervention régional ou local.

Le Syndicat est administré par un Conseil d'Administration dont les membres sont élus en Assemblée Générale, directement par les adhérents bénéficiant chacun d'une voix, quelle que soit la taille de l'entreprise. Les membres du Conseil représentent la diversité des métiers et des tailles des PSAD :

synalam
SYNDICAT NATIONAL DES
PRESTATAIRES DE SANTÉ À DOMICILE

- Olivier Lebouché (Président), *VitalAire*
- Gaël Donadey (Trésorier), *Homeperf*

- Guy Bastide, *Bastide le Confort Médical*
- Louis Champion, *IP Santé Domicile*
- Paul Mailly, *Hospidom*
- Philippe Fourmaux, *Caléa*
- Julien Dolivet, *Linde Homecare France*
- Josette Michaud, *Nestlé Homecare*
- Sylvie Proust, *Harmonie Médicale Service*
- Kalil Sakref, *FSK*
- Maurizio Giovannini, *Vivisol France*
- Michel Vettard, *Alternative*
- Jean-François Vié, *Orkyn'*

B / Le SYNAPSAD

Créé en 2013, le SYNAPSAD regroupe la majorité des prestataires d'origine associative (12 PSAD), fondés pour la plupart au début des années 1970 par des médecins, pour permettre le retour à domicile des Insuffisants Respiratoires en leur faisant bénéficier de diverses techniques d'assistance respiratoire, notamment l'oxygénothérapie et la ventilation assistée.

Leur activité s'est d'abord exercée dans le cadre de conventions avec les Organismes d'Assurance Maladie, ceci jusqu'au 1er janvier 1999, date à laquelle cette dernière a décidé d'uniformiser les modalités de prise en charge des patients pour tous les acteurs associatifs et privés.

Ce changement a permis d'uniformiser les modalités de prise en charge des patients, de donner les moyens au secteur associatif d'adopter les règles d'une entreprise tout en préservant ses valeurs spécifiques, d'avoir les moyens d'investir dans des actions qui sont et demeurent exclusivement orientées vers la santé, la recherche médicale et le support aux malades.

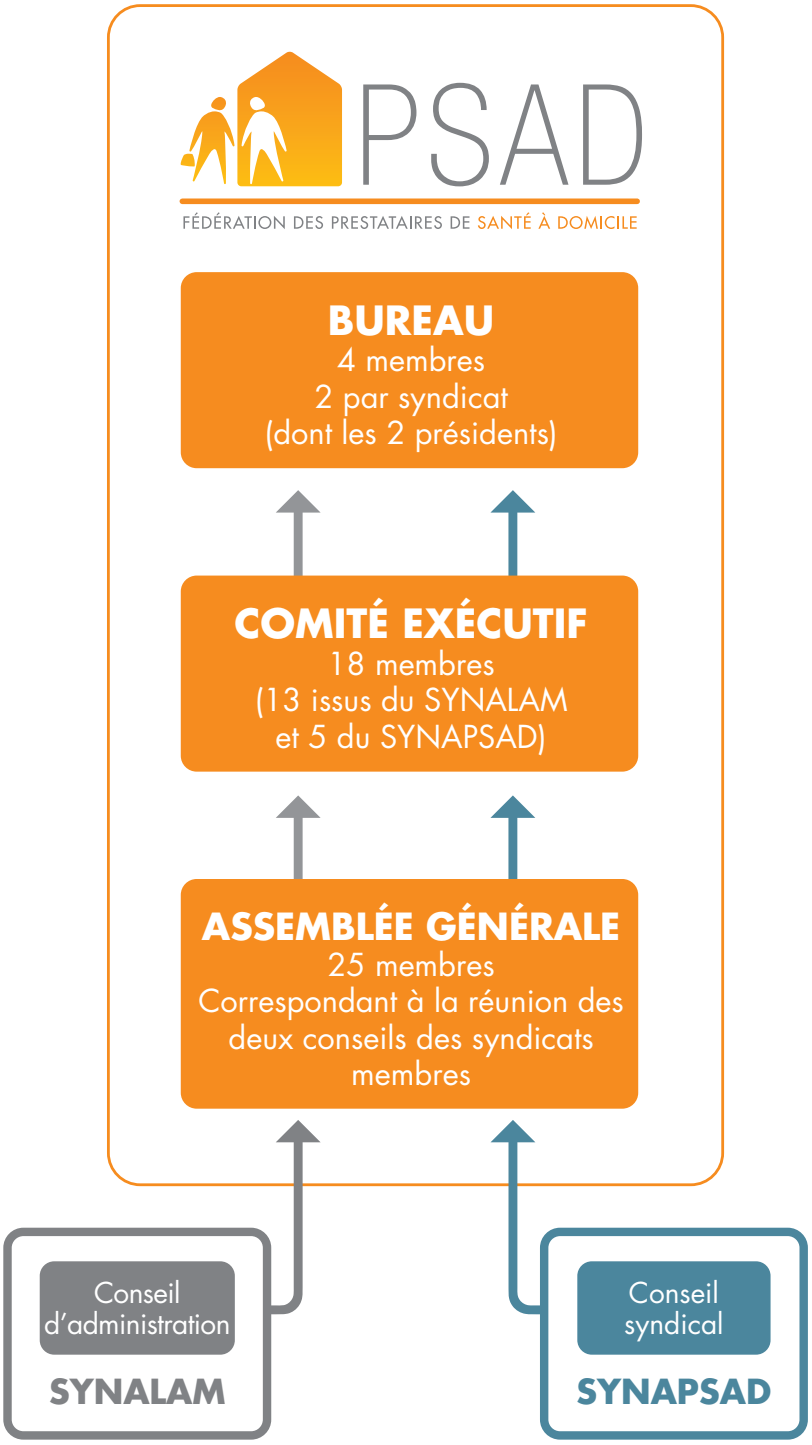
SYNAPSAD

Le conseil syndical du SYNAPSAD est le suivant :

- Bernard Gasparutto (Président), *ADIR ASSISTANCE*
- Pr Philippe Sauder (Vice-président), *ADIRAL*
- Carmela Marchand (Secrétaire), *Don du Souffle*
- Nathalie de La Villemarqué (Trésorier), *ALISEO*

- Dr Marie-Odile Debaud, *AADAIRC*
- Catherine Goll-Lang, *Air à Domicile*
- Karine Neut, *SANTELYS*
- Thierry Boyer, *ARAR*
- Jean-Louis Fraysse, *SADIR ASSISTANCE*
- Gilles Girola, *AGEVIE*
- Philippe Roussel, *AGIRADOM*

4 LA GOUVERNANCE DE LA FÉDÉRATION



Le Bureau de la Fédération est composé de :

- Olivier Lebouché (Président), *VitalAire*
- Bernard Gasparutto (Vice-Président), *ADIR ASSISTANCE*
- Sylvie Proust (Trésorière), *Harmonie Médicale Service*
- Jean-Louis Fraysse (Secrétaire), *SADIR ASSISTANCE*

OLIVIER LEBOUCHÉ
(Président)

BERNARD GASPARUTTO
(Vice-Président)

SYLVIE PROUST
(Trésorière)

JEAN-LOUIS FRAYSSE
(Secrétaire)

Le comité exécutif de la Fédération est composé de :

Les 4 membres du bureau

- Guy Bastide, *Bastide le Confort Médical*
- Louis Champion, *IP Santé Domicile*
- Julien Dolivet, *Linde Homecare France*
- Gaël Donadey, *Homeperf*
- Philippe Fourmaux, *Caléa*
- Maurizio Giovannini, *Vivisol France*
- Paul Mailly, *Hospidom*
- Carmela Marchand, *Don du Souffle*
- Josette Michaud, *Nestlé Homecare*
- Karine Neut, *SANTELYS*
- Philippe Roussel, *AGIRADOM*
- Kalil Sakref, *FSK*
- Michel Vettard, *Alternative*
- Jean-François Vié, *Orkyn'*

Les permanents

La Fédération compte deux permanents:

- un délégué général: Jean Philippe Alosi
- un adjoint : Juan Pinzón-Mendoza

Ils assistent les membres du conseil d'administration, informent et conseillent les adhérents et assurent une représentation de la Fédération dans les différentes instances.

JEAN-PHILIPPE ALOSI
(Délégué général)

NOUS CONTACTER

PSAD

FÉDÉRATION DES PRESTATAIRES DE SANTÉ À DOMICILE

Adresse : 4 place Louis Armand - Tour de l'Horloge
75603 PARIS CEDEX 12

Tél. : 01 72 76 25 79

Fax : 01 72 76 25 99

Courriel : contact@fedepsad.fr

LJ CORPORATE
COMMUNICATION INSTITUTIONNELLE
AFFAIRES PUBLIQUES

Contact communication : Guillaume ALBERT

Adresse : 16 rue de l'Arcade - 75008 Paris

Tél. : +33 (0)1 45 03 50 33

Mob. : +33 (0)6 03 24 05 82

Tél. standard : +33 (0)1 45 03 89 89

Courriel : g.albert@ljcom.net

Octobre 2013