

Santé à domicile : Le rôle central des PSAD objectivé dans une étude économique

Synthèse et mise en perspectives de l'étude du Professeur Jean de Kervasdoué, économiste de la santé.

Les prestataires de santé à domicile (PSAD) accompagnent de l'ordre de 2,5 millions de patients. Répartis de façon homogène sur l'ensemble du territoire, ils répondent à ceux qui ont un besoin de prise en charge soit ponctuel comme en sortie d'hospitalisation, soit régulier d'un du fait d'un traitement ou d'une pathologie spécifique. Ils jouent également un rôle essentiel dans les situations de perte d'autonomie des personnes âgées comme de ceux qui sont en situation de handicap.

Les PSAD répondent donc chaque jour à la demande de soins des Français qui a grandement évolué au cours des dernières décennies du fait du vieillissement de la population et de la prévalence des maladies chroniques. Permettant une prise en charge adaptée et de plus en plus lourde à domicile, ils limitent également le recours à l'hospitalisation. Toutefois, leur rôle essentiel est encore mal reconnu.

La FEDEPSAD a demandé au professeur Jean de Kervasdoué, économiste de la santé, d'évaluer ce rôle en toute indépendance. Il a donc écrit un rapport intitulé : « **Prises en charge à domicile, le rôle central des PSAD** ». Il met en lumière le travail essentiel et discret des PSAD et leur « *participation active à la gestion de la prise en charge à domicile* ». Il insiste notamment sur le rôle à venir de l'Assurance maladie, qui doit « *reconnaitre et rémunérer les fonctions de l'installation d'un équipement, mais aussi de la formation du patient et de son entourage, de sa maintenance et de la coordination des services, produits et matériels indispensables pour la prise en charge des patients à domicile* ».

Dans ce document d'une trentaine de page, il décrit les forces et les faiblesses actuelles de la prise en charge à domicile et propose des mesures qui enfin permettrait de donner une réalité concrète aux déclarations des gouvernements successifs qui prônent une révolution en la

matière tout en gardant un système vieux de près d'un siècle. Cette révolution passe notamment par une reconnaissance institutionnelle et financière des PSAD dans les prises en charge.

La Fédération des prestataires de santé à domicile (FEDEPSAD) milite pour l'organisation d'un Ségur de la santé à domicile. Connaissant la réalité quotidienne du terrain, elle partage un grand nombre des constats et des propositions de réformes de cette étude que ce soit en matière de coordination des parcours, d'innovation organisationnelle, de tarification et de régulation des prestations réalisées.

Les constats de l'étude

→ Une demande de soins croissante

Désertification médicale, engorgement des systèmes hospitaliers, difficultés globales d'accès aux soins... ces constats sont partagés par l'ensemble des acteurs de la santé. L'évolution démographique, le vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques accroissent la demande de soins. « *Cette demande croissante concerne toutes les formes de soins, ceux qui se seront prodigués dans les institutions : hôpital, établissements de soins de suite et de rééducation (SSR, EHPAD ...) mais aussi et surtout, les soins de ville* », souligne J. de Kervasdoué. « *D'après mes calculs, la demande globale de soins médicaux d'ici 2040 augmentera en moyenne de 4,85 % par an en ne tenant compte que du seul facteur démographique !* »,

Concernant la santé à domicile en particulier, cette demande est d'autant plus forte que les patients souhaitent être soignés et accompagnés aussi longtemps que possible chez eux. « *Toutes les enquêtes, les unes après les autres, confirment que les personnes en situation de handicap, de perte d'autonomie, ou les personnes malades, souhaitent être soignées à domicile à condition que la médecine le permette et que le coût pour le patient ne soit pas supérieur* ».

Illustration : En dix ans, le nombre de patients suivis par les prestataires de santé à domicile a augmenté de 150% (1 million de patients accompagnés par les PSAD en 2012, contre 2,5 millions en 2022).

→ Une augmentation de la technicité des équipements à domicile

S'il y a quelques dizaines d'années, le rôle des PSAD était limité à la mise à disposition de matériel médical simple chez les patients, ce n'est plus le cas aujourd'hui. *« L'augmentation la médicalisation et la technicité de ces équipements n'a cessé de croître. A domicile on peut suivre un diabétique, installer de l'oxygène chez un insuffisant respiratoire, passer des perfusions (notamment à un cancéreux), dialyser soit par hémodialyse soit par dialyse péritonéale, surveiller, voire mesurer à distance grâce au télésuivi et à la télétransmission, l'état du malade et la surveillance de plusieurs de ses paramètres biologiques (poids, tension, glycémie ...) »*, rappelle l'étude.

Ce que Jean de Kervasdoué appelle *« un système socio-médico-technique »*, mis en place autour du malade par les PSAD, ne bénéficie toutefois pas de reconnaissance administrative ou juridique. Le rôle des PSAD dans l'accompagnement et le suivi des patients à domicile reste donc un travail de l'ombre car il n'est pas reconnu. Pourtant, *« ils sont un membre de l'équipe soignante comme les autres et leur fonction n'est en rien subalterne, elle participe pleinement à la qualité du service »*.

« Ainsi s'est progressivement créé au domicile du malade, un système socio-médico-technique. Toutefois il est sans nom, sans réalité administrative et juridique, sans reconnaissance malgré ses bienfaits quotidiens ».

→ L'absence de fonction de coordination

Aujourd'hui, plusieurs professionnels de santé interviennent auprès des patients traités à domicile. Que ce soit le médecin, l'infirmier, le kinésithérapeute... aucun de ces professionnels n'a toutefois aujourd'hui de temps à consacrer à la fonction de coordination, pourtant nécessaire pour assurer la prise en charge des patients. Le rôle réel, quotidien, des PSAD n'est aujourd'hui pas clairement identifié. Le patient et son entourage se retrouvent ainsi souvent seuls. S'il existe de nombreuses tentatives et d'outils (plateformes, réseaux ou autres dispositifs) qui s'efforcent de résoudre ce problème, aucun n'est à sa mesure, aucun n'est simple, clair et universel. De surcroît, certains acteurs comme les PSAD participent grandement à cette coordination, et pallient sans rémunération dédiée aux défauts du système.

Ainsi, Jean de Kervasdoué souligne *« l'absence d'organisation »* en la matière du système de soins français, ce qui n'est pas le cas des *« réseaux de soins »* américains ou des généralistes

britanniques. « *L'histoire du système de soins français et de son assurance maladie explique les difficultés actuelles des PSAD, car on est là au cœur de ses contradictions historiques et donc de ses limites* », note-t-il. En France, tous les professionnels intervenant auprès du patient suivi à domicile assurent un peu de la fonction de coordination, mais aucun n'en a la pleine responsabilité et aucun n'est rémunéré pour cela.

Extrait : « *La double division du travail médical (celui des médecins et des autres professionnels de santé) requiert une coordination, une organisation et donc des règles, un système d'information et un partage des responsabilités, autrement dit au sens sociologique du terme : une « organisation formelle ». Chaque malade requiert des soins spécifiques, adaptés, personnalisés pour des raisons médicales certes mais aussi familiales, sociales, économiques, voire intellectuelles. La qualité de la prise en charge ne peut pas se réduire à la seule responsabilité médicale de l'évaluation du patient, de l'adéquation de son environnement aux soins projetés et de leur prescription. Ces soins spécifiques requièrent l'expertise d'un nombre croissant de métiers et donc impliquent leur coordination* ».

→ La place croissante du numérique

Le développement des outils numériques en santé implique, et surtout permet, d'innover. Jean de Kervasdoué énumère cinq phénomènes qui bousculent les systèmes de santé du monde entier : les outils connectés, les « applis » santé, l'Intelligence artificielle, la génomique et le « cloud ». Or, les patients, en particulier le plus âgés, ne sont pas toujours familiers de ces outils et requièrent, dans ce domaine aussi, un accompagnement. Ainsi, si certains ont laissé croire que le numérique aurait vocation à remplacer l'humain quand il s'agit de santé à domicile, « *c'est plutôt le contraire* », remarque l'économiste. « *La révolution informatique ne diminue pas le nombre d'acteurs de soins à domicile, elle l'augmente !* ».

Extrait : « *La révolution informatique offre de grandes possibilités au développement des soins à domicile. Elle favorise notamment la télésurveillance des objets et des personnes. On peut donc concevoir et mettre en œuvre dès aujourd'hui une télésurveillance globale des soins prodigués à domicile, à un patient, par une équipe. Elle impose l'existence d'un gestionnaire de données. Toutefois, si ces technologies constituent une évolution parfois majeure, elles ne remplacent pas le contact physique des acteurs de la prise en charge et de leurs patients, ne*

serait-ce que parce que ces outils tombent aussi en panne, se dérèglent, voire peuvent être attaqués. Chacun en a aujourd'hui l'expérience. »

Les propositions de la FEDEPSAD :

- Intégrer les PSAD dans le projet d'Espace Numérique en Santé.**
- Garantir l'accès aux données produites par les dispositifs médicaux à l'ensemble des acteurs et notamment les PSAD, dès lors que le patient l'autorise, pour améliorer la prise en charge des malades**
- Mieux exploiter les données en open data pour approfondir les connaissances et améliorer les prises en charge à domicile.**

→ Un besoin d'évolution des financements face aux évolutions rapides de l'offre de soins

Dans cette étude, l'auteur analyse l'évolution de l'offre de soins dans plusieurs champs d'intervention des PSAD : chimiothérapie à domicile, suivi des insuffisants cardiaques, patients diabétiques, insuffisance rénale chronique, apnée du sommeil, insuffisance respiratoire, stomies, mobilité à domicile... Tous ces exemples rappellent *« qu'il existe un fort potentiel de transfert de l'hôpital vers la ville bénéfique pour les patients et l'assurance maladie »*.

Il n'est pas réalisé. En effet, le système de financement actuel ne répond pas aux problématiques rencontrées puisqu'il ne rémunère pas l'accompagnement ni la coordination. *« Les outils à la disposition de l'assurance maladie sont donc classiques : les nomenclatures d'actes et les tarifs des professionnels de santé et des biens médicaux (médicaments, appareils, prothèses ...). Le paiement ne peut donc être qu'éclaté avec donc une fonction orpheline en tant que telle : celle de la coordination et de la gestion du plan de soins, assurés substantiellement par les PSAD »,* indique l'étude.

Si l'on développe, comme cela est possible, les soins à domicile : *« Les dépenses de ville seront majorées par une augmentation du recours aux professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers ...), mais cette augmentation sera compensée par une moindre croissance, voire dans certains cas une baisse des coûts d'hospitalisation. (...) Nous estimons qu'il est envisageable sur une période de cinq ans de réduire d'une dizaine de milliards d'euros la croissance des dépenses d'assurance maladie par une politique active gérée et spécifique de transfert de l'hôpital vers la ville. Il n'y a pas d'autres solutions si l'on veut obtenir une*

diminution des dépenses moyennes par patient sur l'ensemble de son parcours de soins en améliorant la prise en charge des maladies chroniques et la qualité de vie des patients qui en sont atteints »

→ Un système de rémunération des PSAD obsolète

L'étude met en exergue les limites de la régulation prix-volume des PSAD. Selon lui, la régulation actuelle des tarifs des PSAD fait implicitement deux hypothèses : d'une part : plus le prestataire commande d'équipements, plus la ristourne qu'il obtient du fabricant est élevée et d'autre part : le service rendu par le PSAD est proportionnel au prix de la machine. Or, en réalité, il n'en est rien : l'évolution des pratiques ont rendu ce modèle obsolète, puisqu'il exclut totalement les fonctions de suivi et de personnalisation dispensées par les PSAD et qui sont indispensables pour le patient.

« A l'évidence, la conception de la rémunération actuelle des PSAD remonte à plusieurs décennies quand leur rôle se limitait à la commande et à la livraison des matériels avec un service après-vente classique à l'instar, sans que ceci soit désobligeant, des garagistes. La rémunération est donc de facto limitée à la commande, à la livraison, à l'installation de l'appareil à domicile. Il est alors fait l'hypothèse que sa maintenance est facile et qu'elle ne pose pas de problèmes particuliers pour les soins du patient ».

Les recommandations de l'étude

1. Générer des économies de premier ordre grâce au développement des soins à domicile et aux PSAD

Selon Jean de Kervasdoué, la limitation des tarifs des PSAD par les pouvoirs publics observée depuis plusieurs années n'est pas la bonne piste car elles constituent des « économies de second ordre » de quelques dizaines de millions d'euros pour l'Assurance maladie, elles se limitent en effet à la baisse éventuelle du prix d'achat des matériels. Or, développer les soins à domicile, éviter les hospitalisations et transférer les patients de l'hôpital vers la ville grâce aux professionnels des soins à domicile et, notamment, les PSAD permettrait « des économies de premier ordre » se chiffrant en milliards d'euros.

Pour générer des économies de premier ordre, J. de Kervasdoué suggère de fixer des objectifs régionaux de prise en charge à domicile et les décliner par grandes pathologies (diabète, insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, apnée du sommeil, prise en charge de la douleur, chimiothérapie des cancers ...).

Propositions :

- 1) *Constater l'état des lieux des pratiques de la région, pour l'essentiel grâce aux bases de données SNIRAM et PMSI, mais aussi grâce à des registres spécifiques, quand ils existent,*
- 2) *A partir des recommandations de la HAS, diagnostiquer l'écart entre le réel et le souhaitable,*
- 3) *Définir, après négociation, des objectifs régionaux à 3 et 5 ans de déploiement des prises en charge à domicile,*
- 4) *Évaluer annuellement leur mise en œuvre grâce au SNIRAM et au PMSI, voire à des indicateurs et des bases de données spécifiques,*
- 5) *Proposer des mesures incitatives pour corriger les écarts entre le négocié et le réalisé,*
- 6) *Tenir chaque année au mois de mars une conférence régionale regroupant les parties prenantes de chaque grande spécialité médicale et proposer des lignes d'action qui tiennent compte des résultats mais aussi des nouvelles recommandations de la HAS,*
- 7) *Tenir en juin, une conférence régionale globale sur la santé dans la région et donc, à cette occasion, présenter une synthèse des conférences de chaque spécialité et inviter la presse.*

Les propositions de la FEDEPSAD :

- Repenser l'organisation des soins avec la DGOS pour que le domicile devienne la prise en charge de première intention.**
- Créer les conditions pour que l'hôpital soit incité à envoyer les patients à domicile.**
- Clarifier les rôles et responsabilités de chacun des acteurs de la santé à domicile pour une meilleure prise en charge des patients à domicile.**
- Ouvrir aux professionnels de ville et aux PSAD de nouvelles activités à domicile en levant les freins réglementaires et tarifaires existants.**

2. Organiser et financer la coordination des soins

Les soins à domicile doivent être gérés et coordonnés. Pour cela, il est nécessaire de créer un système d'information commun à tous les acteurs intervenant auprès du patient. Mais c'est surtout la fonction de coordination qui doit être reconnue, et donc rémunérée, recommande l'étude. *« Remarquons, une fois encore, que la fonction de coordination et de gestion est remplie par tout le monde, notamment les PSAD et les infirmiers plus fréquemment en contact avec le patient, sans que personne ne soit explicitement rémunéré pour cela ».*

« Il faut s'orienter vers un paiement global, un paiement au « parcours de soins » qui a l'ambition d'englober l'hospitalisation et les soins de ville ».

La proposition de Jean de Kervasdoué serait de créer, à l'instar des HHA américaines, une entité spécifique qui coordonne l'ensemble des parties prenantes des soins à domicile. Cette coordination, en s'inspirant des exemples étrangers, consisterait à payer l'instance coordinatrice en pourcentage du risque (de l'ordre de 5 à 7%), autrement dit 5% à 7% du coût annuel de prise en charge du patient à domicile.

Les propositions de la FEDEPSAD :

→ Intégrer les PSAD au sein des différentes instances territoriales de concertation (ARS, ...) et au sein des instances coordinatrices (CPTS ...)

→ S'appuyer sur les PSAD pour renforcer la coordination ville-hôpital et ainsi faciliter les parcours de soins.

→ Systématiser, dès lors que les dispositifs médicaux le permettent, le recours à la télésurveillance dans les produits et prestations pris en charge à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR).

→ Intégrer les PSAD comme acteurs du déploiement de la télésurveillance et de l'éducation thérapeutique associée.

3. Sortir de la seule régulation « prix-volume » des PSAD

Afin de reconnaître le rôle central de coordination et d'accompagnement des PSAD, Jean de Kervasdoué recommande de sortir de la logique de la régulation « prix-volume ».

« Dans de nombreux cas, les fonctions des PSAD ne peuvent pas se définir en pourcentage de la valeur d'un équipement au prix évolutif, mais doivent être définies en tant que telles, car

elles nécessitent la présence du PSAD chez le patient, d'où, une fois encore, l'inadaptation de la régulation prix-volume ».

Les propositions de la FEDEPSAD :

→ Définir, pour chacune des prises en charge du domicile, les critères pour évaluer l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie du patient (CROMs et PROMs)

→ Rémunérer les prises en charge sur la base d'un parcours de soins global et en fonction de critères tangibles d'amélioration de l'état de santé des patients et de leur qualité de vie

→ Mettre en place une régulation triennale qui privilégie, chaque fois que cela est possible, les mesures de maîtrise médicalisée (pertinence des prises en charge, modèle de rémunération à la performance, personnalisation des soins et forfaits associés ...) plutôt que l'approche prix/volume.

4. Évaluer la qualité des prestations PSAD

Pour Jean de Kervasdoué, la qualité des prises en charge à domicile par les PSAD dépend non seulement du matériel mais aussi *« de son usage spécifique et de son adéquation à ses utilisateurs »*. Ainsi, *« l'évaluation de la qualité des prestations à domicile ne peut véritablement être fait qu'a posteriori et concerne l'ensemble de l'équipe »*.

« Pour y parvenir, il convient de définir des indicateurs de résultats cliniques, de préciser comment et à quelle fréquence ils sont mesurés, assurer qu'ils sont enregistrés dans une base de données et, enfin, les analyser et les rapprocher de ceux d'autres PSAD « comparables » ».

Les propositions de la FEDEPSAD :

→ Définir, pour chacune des prises en charge du domicile, les critères pour évaluer l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie du patient (CROMs et PROMs).

→ Rémunérer les prises en charge sur la base d'un parcours de soins global et en fonction de critères tangibles d'amélioration de l'état de santé des patients et de leur qualité de vie.