



N° 3509

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 novembre 2020.

PROPOSITION DE LOI

*visant à renforcer le rôle et les moyens
des prestataires de santé à domicile,*

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution
d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

Marine BRENIER, Véronique LOUWAGIE, Alain RAMADIER, Robin REDA,
Jacques CATTIN, Pierre VATIN, Laurence TRASTOUR-ISNART, Geneviève
LEVY, Jean-Marie SERMIER, Robert THERRY, Sylvie BOUCHET
BELLECOURT, Marie-Christine DALLOZ, Bernard BROCHAND, Isabelle
VALENTIN, Éric PAUGET, Pierre-Henri DUMONT, Nathalie SERRE, Damien
ABAD, Fabrice BRUN, Stéphane VIRY, Michel VIALAY, Éric CIOTTI,
Martial SADDIER, Ian BOUCARD, Jean-Luc REITZER, Valérie
BAZIN-MALGRAS, Emmanuelle ANTHOINE, Philippe GOSSELIN,

députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Les prestataires de santé à domicile (PSAD) assurent aux patients en situation de dépendance, de handicap, ou de maladie, la mise à disposition des dispositifs médicaux et des services nécessaires à leur prise en charge médicale ou paramédicale, à domicile. Des prestations variées, de la simple livraison au télésuivi de l'observance du traitement, peuvent aussi être assurées par les PSAD.

Ces dispositifs et ces prestations font l'objet d'une prescription médicale, s'ils figurent sur la Liste des produits et prestations remboursables (LPRR). Un rapport de 2019, rédigé par l'IGAS au sujet des PSAD, indique qu'ils représentaient en 2018 une dépense de 6,4 Mds € de remboursements pour l'Assurance-maladie. Les dépenses ont crues de 30 % depuis 2012. C'est dire l'importance financière du sujet.

Le travail des PSAD a permis de libérer des lits, en particulier pendant la crise de la Covid-19, en anticipant les retours à domicile de patients hospitalisés. La continuité des soins à domicile a également été maintenue. Les PSAD vont jouer un rôle plus vital encore dans l'avenir, compte tenu de la hausse du nombre d'affections de longue durée et la hausse de l'espérance de vie. La majorité des Français souhaitant de plus en plus finir leur vie à domicile, le travail des PSAD va devenir incontournable.

Cependant, l'absence aujourd'hui d'une reconnaissance claire du statut des prestataires de santé à domicile, conduit malheureusement à en oublier leur rôle clé dans l'organisation du système de soins. Il nous faut clarifier leur positionnement et leur statut dans le paysage de la santé.

La présente proposition de loi s'attache donc à inscrire les prestataires de santé à domicile dans le Code de la Santé Publique (article 1).

Nous devons également revoir la liste des prestations et produits remboursables. Cette révision a pour but de créer une nomenclature de ville, pour que la thérapie par pression négative pour traiter les plaies, puisse être remboursée en tant que soin de ville.

Cela permettrait de diviser par deux le coût de la prise en charge par le patient, par rapport au coût de la prise en charge de ces soins aujourd'hui, qui ne peut se faire qu'à l'hôpital. Aucune justification médicale n'existe pour que la thérapie par pression négative pour les plaies soit remboursée

uniquement à l'hôpital. Il nous faut donc ouvrir ce remboursement aux soins de ville (article 2).

À titre d'exemple, près de 100 000 personnes vivent en France grâce à la dialyse. Ce sont des personnes fragiles et fortement dépendantes à leurs soins. Alors que l'épidémie de covid-19 persiste, il serait bon de leur donner accès à la dialyse à domicile, l'hôpital étant un lieu de contamination. Les soins hospitaliers sont aussi plus coûteux que les soins à domicile et moins appréciés des patients qui préfèrent être chez eux (article 3).

Il faut également aller plus loin en matière d'accès aux équipements médicaux à domicile. Ils facilitent grandement la vie des personnes qui en ont besoin. Il est donc vital d'accélérer leur délivrance. Pour cela, mettons fin à la demande d'accord préalable : l'assuré pourra bénéficier des équipements plus rapidement et l'Assurance-maladie se libérera ainsi du temps pour d'autres missions. 1 % seulement des deux millions de demandes d'accord préalable reçues par les caisses primaires d'assurance-maladie font aujourd'hui l'objet d'un refus d'autorisation. Cette procédure administrative ne se justifie plus (article 4).

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) facilite la vie avec la maladie, pour les patients, comme pour leurs proches. Les infirmiers des PSAD sont tout à fait qualifiés pour réaliser cette procédure. Étudions l'opportunité d'une délégation de compétences aux infirmiers des PSAD : confions-leur l'ETP de leurs patients et engageons une réflexion sur les autres tâches qu'on peut leur confier (article 5).

Enfin, il nous faut ouvrir le traitement et l'hébergement des données de santé, comme le dossier médical partagé par exemple, aux acteurs des soins à domicile, afin de garantir à tous une bonne circulation des informations utiles aux soins (article 6).

C'est une proposition concrète qui répond aux attentes des fédérations professionnelles représentatives du secteur et à un besoin réel. Elle revêt une importance particulière, au moment où notre pays traverse une crise sanitaire de grande ampleur.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① L'article L. 5232-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 5232-3.* - Les prestataires de service et les distributeurs de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap au sens de l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles, 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.
- ③ Les prestataires de service et les distributeurs de matériel sont des acteurs à part entière du parcours de soins et acteurs de santé à domicile.
- ④ Les prestataires de service et les distributeurs de matériels organisent la formation continue et l'accès à la formation professionnelle continue tout au long de la vie de leurs personnels.
- ⑤ Un arrêté du Ministre des solidarités et de la santé fixe la liste des matériels et services mentionnés au premier alinéa.
- ⑥ Un décret précise les modalités d'application du présent article. »

Article 2

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur la nécessité d'intégrer différents matériels et services nécessaires aux soins à domicile et en ville, à la liste des produits remboursables, comme la thérapie par pression négative pour les plaies.

Article 3

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur l'utilité d'éditer une liste spécifique de produits et prestations remboursables spécifique visant à favoriser le développement de la dialyse à domicile.

Article 4

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur la nécessité de mettre en place les signatures électroniques, en partenariat avec les caisses primaires d'assurance maladie.

Article 5

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur la nécessité de modifier le décret de compétences n° 2004-802 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, afin de permettre aux infirmiers des prestataires de santé à domicile de réaliser l'éducation thérapeutique des patients et d'évaluer la nécessité et l'étendue d'une délégation de tâches aux infirmiers des prestataires de santé à domicile.

Article 6

- ① L'article L. 1111-8 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L.1111-8* : Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.
- ③ Les traitements de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement prévu au premier alinéa doivent être réalisés dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La prestation d'hébergement fait l'objet d'un contrat. Lorsque cet hébergement est à l'initiative d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, le contrat prévoit que l'hébergement des données, les modalités d'accès à celles-ci et leurs modalités de transmission sont subordonnées à l'accord de la personne concernée.
- ④ Les conditions d'agrément des hébergeurs sont fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils de l'ordre des professions de santé ainsi que du conseil des professions paramédicales. Ce décret mentionne les

informations qui doivent être fournies à l'appui de la demande d'agrément, notamment les modèles de contrats prévus au deuxième alinéa et les dispositions prises pour garantir la sécurité des données traitées en application de l'article 29 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée, en particulier les mécanismes de contrôle et de sécurité dans le domaine informatique ainsi que les procédures de contrôle interne. Les dispositions de l'article L. 4113-6 s'appliquent aux contrats prévus à l'alinéa précédent.

- ⑤ L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par l'article 24 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément.
- ⑥ Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées, selon des modalités fixées dans le contrat prévu au deuxième alinéa, dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-7.
- ⑦ Dès lors que le patient a donné son accord, tous les acteurs de sa prise en charge peuvent avoir accès aux données le concernant qui seraient issues de dispositifs médicaux connectés.
- ⑧ Les hébergeurs tiennent les données de santé à caractère personnel qui ont été déposées auprès d'eux à la disposition de ceux qui les leur ont confiées. Ils ne peuvent les utiliser à d'autres fins. Ils ne peuvent les transmettre à d'autres personnes que les professionnels de santé ou établissements de santé désignés dans le contrat prévu au deuxième alinéa.
- ⑨ Lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur restitue les données qui lui ont été confiées, sans en garder de copie, au professionnel, à l'établissement ou à la personne concernée ayant contracté avec lui.
- ⑩ Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et les personnes placées sous leur autorité qui ont accès aux données déposées sont astreints au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.
- ⑪ Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel ou qui proposent cette prestation d'hébergement sont soumis, dans les conditions prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3, au contrôle de l'Inspection

générale des affaires sociales et des agents de l'État mentionnés à l'article L. 1421-1. Les agents chargés du contrôle peuvent être assistés par des experts désignés par le ministre chargé de la santé. »

