



LE MARCHÉ FRANÇAIS DE LA SANTÉ À DOMICILE



Sommaire

Introduction	3
I. La montée en puissance de la santé à domicile	5
1. Les différentes formes de santé à domicile	5
2. Les principaux facteurs de développement du secteur de la santé à domicile	6
Le vieillissement de la population	6
La réduction des durées d'hospitalisation	7
Des cas médicalement plus "lourds" à soigner à domicile	8
II. HAD, Dialyse hors centre : opportunités de développement pour les groupes hospitaliers privés	11
1. Typologie du secteur et tendances de développement	11
Le marché et les structures d'HAD	11
Le marché de la dialyse hors centre	13
2. Des grands groupes privés déjà positionnés en HAD	14
3. Facteurs clé de succès sur ces segments	16
Un maître mot : la coopération	16
Des capacités financières solides	16
La proposition de prises en charge spécialisées	17
III. Les services de soins à domicile : un secteur qui évolue favorablement	19
1. Un secteur en mutation	19
Le marché des SSIAD et du MAD	20
Le marché des prestations médico-techniques du domicile	21
2. Profil des entreprises leaders dans les services de soins à domicile	23
Au niveau national	23
En région Nord-Pas de Calais	25
3. Facteurs clé de succès sur ces segments	26
La polyvalence	26
La qualité de service	26
Communiquer	27
Conclusion	29
Annexe : Liste des soins pouvant être pratiqués en HAD	31
Contacts utiles	33

Introduction

Selon un récent sondage¹, Plus de 9 français sur 10 se disent potentiellement intéressés par une aide à domicile et dans le large panel de services d'aide existants (garde d'enfants, ménage, etc...), ce sont les aides et soins aux personnes âgées, handicapées, malades qui suscitent le plus d'intérêt (88%). 7 français sur 10 se déclarent personnellement intéressés "à l'avenir", soit par des aides et soins aux personnes âgées/handicapées/malades, soit par les aides ponctuelles aux personnes fragilisées. L'intérêt des français pour les services de santé à domicile correspond donc plus à une projection dans l'avenir qu'à un besoin immédiat. Néanmoins, cela montre que la demande potentielle est forte et qu'elle ne cessera de progresser, notamment au fur et à mesure du vieillissement de la population.

Parallèlement à ces attentes, les pouvoirs publics envisagent tout l'intérêt de la santé à domicile sous un angle plus économique, d'allègement des dépenses de santé. En favorisant par exemple depuis quelques années le développement de l'hospitalisation à domicile, l'Etat réduit au mieux la prise en charge des frais de santé. En effet, schématiquement, une hospitalisation "classique" se compose de prestations de soins (médicaux, chirurgicaux,...) et de prestations d'ordre hôtelier. Ne prendre en charge que les prestations de soins en permettant au patient de rester à son domicile représente généralement un allègement des coûts pour l'Assurance maladie.

3

Aujourd'hui, la santé à domicile inclut un grand nombre de prestations différentes, incluant des composantes plus ou moins techniques, médicales, sociales. Cette variété de prestations s'explique aussi par les progrès techniques et médicaux accomplis, qui permettent d'effectuer des actes de plus en plus techniques à domicile. L'hospitalisation et la dialyse à domicile sont les modes de prise en charge techniquement les plus lourds : ces prestations se font dans une logique d'établissement de soins. Elles sont d'ailleurs réservées à des patients qui, sans autre solution, auraient été hospitalisés. Les services de soins infirmiers ou de maintien à domicile, ou encore les prestations de livraison et de maintenance d'équipements médicaux constituent quant à eux une autre catégorie de services, dont le cadre est essentiellement défini par la liste des produits et prestations remboursables ou géré par les services sociaux.

Dans le secteur de la santé à domicile, se dessinent donc deux grandes catégories d'interventions, deux segments de marché régis dans des cadres différents mais évoluant tous deux dans un contexte favorable, notamment à l'éclosion d'offres privées. Cette étude a pour objectif de faire le point sur la typologie de chacun des deux segments et sur les opportunités inhérentes à chaque marché de la santé à domicile.

1. "Les Français et l'aide à domicile", SOFRES, 25 juin 2001

I. La montée en puissance de la santé à domicile

1. Les différentes formes de santé à domicile

La santé à domicile a fait en France ses débuts dans les années 50, où, traduisant le concept américain de “home care”, quelques établissements hospitaliers et structures privées se sont organisés afin de proposer les premières prises en charge médico-sociales à domicile. Ces précurseurs ont, sans le savoir, posé les bases d’un système qui allait prendre beaucoup d’ampleur : la santé à domicile.

La santé à domicile comprend plusieurs types d’intervention, se différenciant notamment par rapport au degré de technicité et de médicalisation des actes pratiqués.

L’Hospitalisation à Domicile (HAD) représente le niveau d’intervention médical le plus haut. Elle est préconisée pour les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques. Comme la dialyse hors centre, elle permet de délivrer des actes médicaux comparables à ceux pratiqués à l’hôpital, souvent techniques². Quant aux SSIAD (appelés aussi soins à domicile ou SAD), un décret de 1981 fixe les fonctions des structures assurant ce type de soins : “les services de soins à domicile assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées ou dépendantes, les soins infirmiers ou d’hygiène générale, les concours nécessaires à l’accomplissement des actes essentiels de la vie, ainsi qu’éventuellement d’autres soins relevant d’auxiliaires médicaux”.

Aux limites du marché de la santé à domicile, se situe un troisième niveau d’intervention : le maintien à domicile (MAD), qui comprend un ensemble de services tel que le portage des repas ou le ménage par exemple. Il est vrai que ces services contribuent à la santé (au sens général) des personnes, mais ils relèvent plus de l’aide sociale que médicale. De plus, les modes de financement et les tutelles de ces structures sont différentes et le MAD ne nécessite pas toujours de prescription médicale. Stricto sensu, le marché de la santé à domicile n’inclut donc pas le MAD, mais de plus en plus de prestataires de MAD proposent également des services de SSIAD, ce mode de prise en charge est abordé également dans la présente étude.

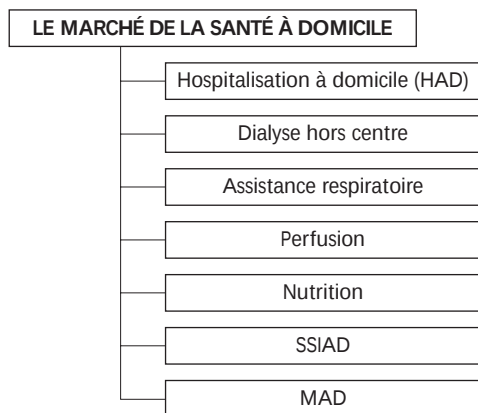
Historiquement, la santé à domicile s’est toujours tenue éloignée d’une idéologie marchande. Ce secteur est principalement encore aujourd’hui représenté par des structures de HAD, de SSIAD ou de MAD à but non lucratif, c’est-à-dire principalement publiques ou assimilées (PSPH) et des associations. Toutefois cette situation est en train de changer. En effet, depuis la loi du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de service aux particuliers, des entreprises peuvent bénéficier d’un agrément afin d’assurer des services commerciaux d’assistance médico-technique et administratifs. Ces entreprises procurent au patient du matériel prescrit

2. Voir en annexe 1 : liste des soins pouvant être pratiqués en HAD.

médicalement dans le cadre de plusieurs traitements : matériel d'oxygénothérapie, de perfusion (antibiothérapie, chimiothérapie, traitement de la douleur,...), d'assistance respiratoire, vente et location d'équipement (lit médicalisé, matelas anti-escarre, fauteuils roulants, etc.). Elles assurent également la maintenance, l'assistance technique 24h/24, la formation du patient et des proches à l'utilisation du matériel... Ces sociétés commerciales ont particulièrement su s'approprier le marché devant les pharmacies d'officine également aptes à louer ou vendre ce type d'équipement médical.

Au-delà de ces prestations médico-techniques "connexes" à la production de soins, des opérateurs privés commencent également à investir les champs de l'HAD et des SSIAD. Le secteur privé fait donc désormais partie intégrante des acteurs du marché de la santé à domicile, aux côtés des structures à but non lucratif. Leur apparition dans ce domaine est le signe d'un marché en pleine ouverture.

Le marché de la santé à domicile peut être schématisé par l'ensemble des prestations autorisées suivantes :



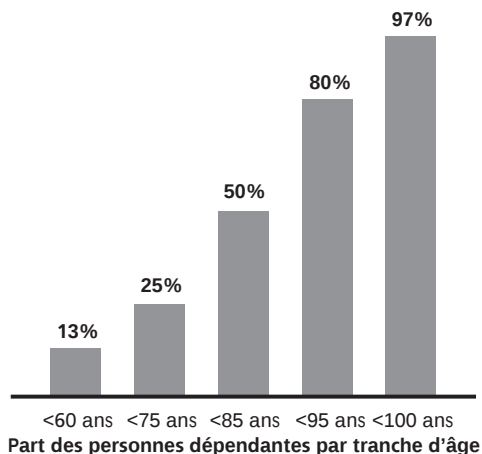
2. Les principaux facteurs de développement du secteur de la santé à domicile

Le vieillissement de la population

12 millions de personnes sont aujourd'hui âgées de 60 ans et plus en France³. Ce chiffre passera à 17 millions en 2020 et en 2040, les quelques 21 millions de personnes de plus de 60 ans pourraient représenter le tiers de la population française totale. Le "papy-boom" de 2006 explique ces chiffres, mais c'est aussi l'allongement de l'espérance de vie qui vient fortement contribuer au vieillissement de la population française, à l'image de l'ensemble des pays industrialisés.

Cette hausse du nombre de personnes âgées s'accompagne forcément d'une augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie, puisque les deux phénomènes sont fortement corrélés.

ÉVOLUTION DE LA DÉPENDANCE AVEC L'ÂGE



Source : DRESES - enquête HID 2002

3. INSEE, chiffres 2003

Aujourd'hui, environ 1 300 000 personnes sont concernées par la dépendance, à des degrés divers, en France. Selon les prévisions, plus de deux millions de personnes âgées seront lourdement dépendantes en 2020, et le double vingt ans plus tard. Le caractère chronique de la plupart des pathologies liées à l'âge (Maladie d'Alzheimer, de Parkinson, ...), mais aussi des grandes maladies de ce siècle chez les sujets non âgés (diabète, cancer, ...), rendent inévitable le développement des prestations de services de santé à domicile.

En effet, la santé à domicile est aujourd'hui indéniablement privilégiée par le gouvernement : l'hospitalisation se révèle aujourd'hui être trop coûteuse pour des patients n'étant pas en phase aigüe de leur maladie par exemple, mais nécessitant néanmoins des traitements adaptés. Pour les personnes âgées, c'est également le maintien à domicile qui est privilégié quand c'est possible par rapport au placement en établissement spécialisé.

De nombreuses mesures gouvernementales successives ont d'ailleurs permis d'intensifier les soins hors de l'hôpital, parmi lesquelles :

- la possibilité technique, depuis février 2004, de créer des places d'HAD sans devoir fermer des lits d'hospitalisation (levée du taux de change). Cette mesure vise un doublement du nombre de places en HAD en 2005, porté à 8000 lits.

- l'intégration de volets concernant l'HAD dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de 3ème génération (2006-2010)
- l'adoption de la loi du 26 juillet 2005 favorable au développement des services au domicile de la personne,
- ...

La réduction des durées d'hospitalisation

L'évolution des pratiques sanitaires en France, telles que le développement de la chirurgie ambulatoire, a, dans une perspective de maîtrise des coûts hospitaliers, abouti à une réduction drastique du nombre de lits d'hospitalisation. La durée moyenne de séjour (DMS) à l'hôpital est même devenue un indicateur d'efficacité. Elle a considérablement diminué en France comme dans l'ensemble des pays de l'OCDE : elle est passé de 9,6 jours en 1985 à 6,9 jours en 2000⁴ en moyenne. Cette réduction, particulièrement constatée en établissement de court séjour, crée un besoin croissant de prise en charge, par des structures en aval de l'hôpital, de situations de dépendance temporaire.

La récente réforme du financement des établissements de soins publics et privés Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), par la mise en application de la tarification à l'activité (T2A), pourrait même encore accentuer le phénomène de diminution des DMS dans les mois à venir. En effet, la T2A vise à financer les établissements de santé en fonction de leur activité : il s'agit donc pour les établissements d'augmenter et d'optimiser celle-ci. Mais cette stratégie risque de montrer des effets collatéraux sur le comportement des différents services, sur les séjours et les sorties des patients. En effet, les établissements MCO auront autant que possible intérêt à réduire les DMS afin de bénéficier d'une rotation plus importante des patients, augmentant ainsi leur volume d'activité. Dans une vision purement économique du système, il serait tentant, pour un établissement de soins privé ou public :

- d'augmenter le nombre de séjours et de raccourcir la durée de ces séjours,

4. "Panorama de la santé 2003 - les pays de l'OCDE aux prises avec des dépenses croissantes en matière de santé", OCDE, octobre 2003

- de sélectionner les Groupes Homogènes de Séjour (GHS) en fonction de leur rapport coût/valorisation,
- de sélectionner les modes de prise en charge, en privilégiant en particulier les séjours en ambulatoire.

Les conséquences possibles de la T2A sont donc la multiplication des sorties accélérées, voire l'abandon de certains types de prises en charge. Bien sûr, les établissements de soins sont également jugés sur d'autres aspects, notamment l'éthique médicale, la qualité de leurs soins et la satisfaction des patients, autant de facteurs pouvant limiter les risques de dérive. Néanmoins, la fin du "parcours santé" du patient risque de plus en plus souvent de poser problème et les structures de santé à domicile craignent l'arrivée massive de patients à prendre en charge à domicile.

L'application de la T2A est en cours en France et il est sans doute trop tôt pour pouvoir évaluer ses conséquences sur les structures de santé à domicile. A ce titre il est intéressant de se pencher sur l'exemple américain, où un système proche de la T2A a été mis en place en octobre 1983 pour les patients hospitalisés et affiliés au régime Medicare. Selon les analystes, le *Medicare prospective payment system* a eu pour conséquences⁵ :

- une diminution de la durée moyenne des séjours
- une augmentation des transferts de patients vers l'ambulatoire
- le développement des soins à domicile (doublement en moins de 5 ans)

Il est à noter que ce système n'a pas suscité plus d'admissions hospitalières et qu'il n'a pas, selon les experts, impacté sur la qualité des soins délivrés par les établissements américains.

Des cas médicalement plus "lourds" à soigner à domicile

L'autre impact du raccourcissement des séjours hospitaliers est qu'il devrait manquer probablement à court terme des structures capables de prendre en charge, d'une part, des états de dépendance permanente dus aux pathologies chroniques comme la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, les accidents vasculaires cérébraux, et d'autre part, des situations de lourde dépendance temporaire : patients en convalescence ou temporairement handicapés, personnes souffrant de maladie chronique mais en phase non aiguë....

Concernant la dépendance permanente, il est probable que les établissements médico-sociaux (EHPAD) soient plus concernés par cette demande accrue que le secteur de la santé à domicile car ces situations nécessitent souvent de soulager les aidants familiaux par un placement en institution. L'association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (l'ADHEPA) estime d'ailleurs les besoins à 40 000 places supplémentaires d'ici à 2007⁶.

Les situations de dépendance temporaire devraient par contre être plus souvent prises en charge à domicile, et le système de T2A fait que de plus en plus de cas "lourds" seront soignés en dehors des murs de l'hôpital. En effet, du raccourcissement de la durée des

5. Intervention de L. Castra, Directeur du secteur sanitaire, Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP), lors du congrès "La T2A dans les établissements de santé : impacts, conséquences et enjeux pour le secteur de la santé et du maintien à domicile", mai 2005, organisé par SANTELYS et EURASANTE.

6. Site internet de l'ADHEPA (2005)

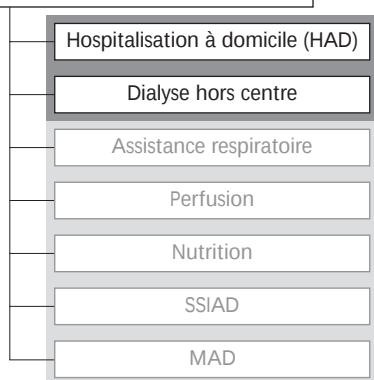
séjours hospitaliers résultera forcément une augmentation de la lourdeur de prise en charge dans les structures dites “d’aval” et en particulier celles gérant la santé à domicile. Ceci implique de voir apparaître de plus en plus de structures de santé à domicile proposant des prestations d’assistance médicalisée. Ces structures devront d’ailleurs être attentives à l’évaluation de la lourdeur des prises en charge qu’elles accepteront afin de trouver leur équilibre économique.

Au vu des typologies de séjours sur lesquels les établissements de soins devraient être amenés à réduire les DMS, il est prévisible que les prestations de santé à domicile fortement attendues à l’avenir portent sur :

- les soins palliatifs,
- les soins de suites post-opératoires,
- le traitement de la douleur,
- la réalisation de pansements complexes.

II. HAD, dialyse hors centre : opportunités de développement pour les groupes hospitaliers privés

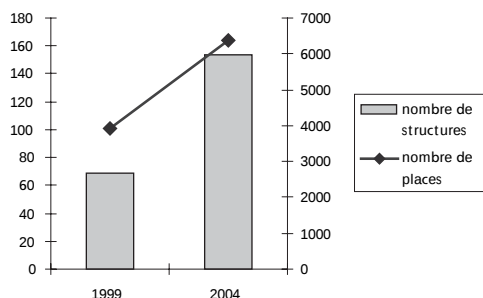
LE MARCHÉ DE LA SANTÉ À DOMICILE



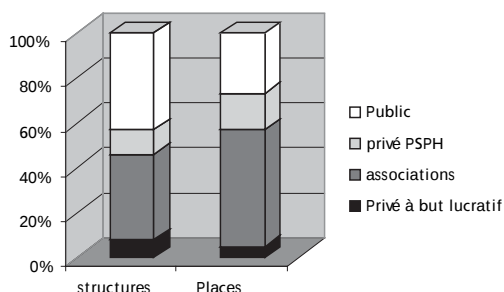
1. Typologie du secteur et tendances de développement

Le marché et les structures d'HAD

Depuis ses débuts, l'HAD n'a cessé de se développer pour aboutir en 2005 à 154 structures proposant 6 387 places sur le territoire français⁷.



D'après les chiffres de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), qui regroupe la majorité des établissements d'HAD, le secteur est très majoritairement administré par des structures à but non lucratif, publiques (43% des acteurs) ou privées (11% d'acteurs PSPH et 38% associatifs). Seules 8% des structures ont un but lucratif, compte tenu de leur statut. Elles gèrent 5% des 6 387 places. En moyenne, les structures à but lucratif gèrent des petites unités d'une trentaine de places, tout comme les établissements publics. Ce sont les associations et structures privées PSPH qui gèrent en moyenne des services d'HAD d'une soixantaine de places.



7. Source : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), chiffres au 11 août 2005

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS D'HAD PRIVÉS À BUT LUCRATIF ⁸					
Dépt	Localité - nom de la structure	Nbre de places installées	Nbre de places autorisées	Date d'installation	Date d'autorisation
29	Brest - Clinique Pasteur Saint Esprit	0	30		mars-05
56	Vannes - HAD Océane	15	30	nov-03	mai-04
2B	Bastia - Polyclinique Dr MAYMARD	0	10	déc-03	juin-03
78	Le Mesnil Saint Denis - HAD Yvelines Sud	30	30	déc-03	nov-02
31	Toulouse - Clinique Pasteur	0	30		avr.-05
59	Condé sur Escaut - Clinique maternité	0	2		
59	Tourcoing - Clinique de la Victoire	0	20		juin-05
76	Le Havre - HOSPIDOMI GIE	30	30		déc-04
13	Istres - Générale de Santé	0	25		avr-05
13	Aubagne - Regroupement de 4 cliniques	0	20		févr-05
49	Angers - Clinique St Sauveur	34	55	+ 9 sept 02	avr 02 (+47)
86	Poitiers - Clinique Saint Charles	0	35		janv-05
74	Annecy - HAD 74	26	26		sept-04
971	Basse-Terre - Clinique Centre Médico-social	30	30		
973	Cayenne - Clinique Saint Paul	0	13		juil-01

12

On dénombrait en août 2005 15 établissements d'HAD à but lucratif "autorisés" à exercer, dont 6 sont déjà installés (beaucoup bénéficient tout récemment d'une autorisation). 13 sur 15 des acteurs sont des structures d'HAD portées par des cliniques ou des acteurs locaux. 2 structures (HAD Yvelines Sud et Générale de Santé à Istres) sont portées par des groupes leader européens dans la prise en charge de la dépendance : MEDIDEP et GENERALE DE SANTE. Le secteur lucratif gère seulement 6% des places autorisées.

Le développement commercial de l'offre d'HAD est encore timide en France mais il devrait progresser dans les prochaines années grâce à un contexte particulièrement favorable. En effet, malgré l'incitation gouvernementale à développer l'HAD, notamment par la levée du taux de change, l'objectif des 8 000 places à fin 2005 ne sera probablement

pas atteint, malgré la création de 11 nouvelles structures en 2005 (essentiellement privées à but non lucratif et publiques). En juin 2005, 18 départements étaient encore dépourvus de structures d'HAD. L'augmentation du nombre d'établissements d'HAD est donc attendue, visant à un "quadrillage" progressif de l'ensemble du territoire.

L'HAD fait partie, depuis la loi portant la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 et plusieurs décrets de 1992, des alternatives à l'hospitalisation. A ce titre, les services d'HAD sont soumis à la planification sanitaire, comme pour tout établissement de santé, et plusieurs circulaires encadrent ce système de prise en charge. L'ouverture et le fonctionnement d'un service d'HAD relèvent de l'autorisation des tutelles et il existe donc de fortes barrières à l'entrée du secteur. Mais pour des groupes hospitaliers ou mutualistes privés à

8. Source : FNEHAD, chiffres au 11 août 2005

but lucratif, développer une activité d'HAD est réellement un moyen d'accéder au marché de la santé à domicile, en étant reconnu en tant qu'expert de la santé à domicile des prises en charge complexes. Mettre sur pied une activité d'HAD constitue une "porte d'entrée" sur le marché de la santé à domicile, permettant de proposer ensuite des services connexes tout en se différenciant par rapport aux autres prestataires de service.

De nombreux établissements de santé privés à but lucratif ont compris la nécessité de s'ouvrir "vers la ville", comme les établissements publics, et de proposer une offre globale. L'intérêt des établissements privés à but lucratif pour l'HAD peut être justifié à trois niveaux. Il s'agit, premièrement, de suivre le patient dans l'ensemble de son parcours de santé et donc de le fidéliser, acte important pour les cliniques. Deuxièmement, la mise en place d'un service d'HAD apporte une source de revenus supplémentaires. Enfin, un établissement de soins privé disposant également d'une structure d'HAD peut gérer au mieux l'hospitalisation de ses patients : selon l'état pathologique de ceux-ci bien sûr, mais aussi selon le rapport coût/valorisation des soins par la T2A⁹ selon le mode de prise en charge (à domicile ou non). Avec le système T2A, là où les soins apportés à un patient en hospitalisation classique ne sont plus économiquement viables, ils le sont probablement en HAD...

L'HAD devrait devenir dans les prochaines années un mode de prise en charge majeur. Certes, les autorisations des tutelles sont longues à obtenir et les démarches adminis-

tratives peuvent paraître fastidieuses, mais il y a fort à parier que le domaine de l'HAD, jusqu'il y a peu fortement réservé au secteur public et associatif, s'ouvrira encore plus au privé à but lucratif. Et le marché potentiel est important si l'on en juge par les expériences à l'étranger : aujourd'hui, les structures d'HAD françaises ne traitent que moins de 1% des patients¹⁰ alors que l'HAD représente aux Etats-Unis jusqu'à 20% des hospitalisations.

Le marché de la dialyse hors centre

Le traitement par dialyse est réservé aux patients présentant une insuffisance rénale chronique terminale due par exemple à du diabète, de l'hypertension ou des néphropathies infectieuses ou toxiques. Cette insuffisance touche environ 50 000 malades, dont 30% sont traités par transplantation rénale¹¹. Les 70% restant sont traités selon deux méthodes de suppléance : l'hémodialyse (méthode la plus utilisée) et la dialyse péritonéale.

Ces traitements peuvent être pratiqués dans les unités de dialyse de cliniques ou hôpitaux mais aussi, sous certaines conditions, à domicile ou dans des unités d'autodialyse de proximité. Ces deux derniers modes de prise en charge sont appelés "dialyse hors centre" et sont particulièrement adaptés aux patients autonomes dans la gestion de leur maladie.

La dialyse hors centre est un secteur en grande majorité géré par des associations, celles-ci assurant 70% des séances hors centre, le reste étant pris en charge par quelques cliniques et centres hospitaliers.

9. Les établissements privés d'HAD non PSPH sont financés à 100% par la T2A depuis le 1er mars 2005.

10. MEDIDEP, rapport financier 2004

11. Intervention de B.Kouchner, Ministre délégué à la santé, en septembre 2001 "IRC et santé publique".

Légalement, tout comme l'HAD, la dialyse à domicile constitue une alternative à l'hospitalisation complète, dans une logique d'établissement de santé. En 2003, elle représentait 10% des dialyses sur 31000 patients en France¹². L'accroissement régulier du nombre de patients dialysés, de +5% par an environ, et l'importance des dépenses de dialyse ont invité les pouvoirs publics à favoriser la dialyse hors centre.

Dans cet objectif, deux décrets de septembre 2002 obligent chaque établissement autorisé pour la pratique de l'épuration extrarénale à proposer aux patients les trois modalités de prise en charge possibles : hémodialyse en centre, autodialyse et dialyse à domicile. Cette obligation vise notamment à réduire les coûts de traitements pour les patients autonomes. Pour un établissement autorisé, disposer d'une unité de dialyse intra-muros ne suffit donc plus. Les établissements de soins ne pratiquant pas la dialyse hors centre peuvent assurer cette modalité de prise en charge par dérogation, en coopération (généralement à travers des groupements de coopération sanitaire) avec des structures pratiquant en mono-activité la dialyse en centre et à domicile. Cette solution présente l'avantage d'éviter des investissements conséquents aux établissements de soins disposant seulement d'unités de dialyse *intra muros*.

Les 67 établissements de santé privés (à but lucratif ou non) pratiquant la dialyse comme seule activité¹³ sont donc depuis ces décrets fortement sollicités. Cette obligation effective depuis 2004 dans les nouveaux SROS est source d'une restructuration du marché de la

dialyse : la demande des établissements à travailler en coopération est forte. Ces décrets ont donc relancé le besoin en solutions de dialyse hors centre, et ce secteur, représentant autrefois le pré carré du non lucratif, ne l'est plus.

2. Des grands groupes privés déjà positionnés en HAD

En France, la plupart des structures d'HAD à but lucratif sont gérées par des acteurs locaux ou régionaux, essentiellement des cliniques. Cette répartition pourrait toutefois évoluer, avec la présence de groupes privés de taille européenne implantés sur le secteur de la dépendance, que celle-ci soit temporaire (établissements de soins de suite, de rééducation fonctionnelle) ou permanente (principalement les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD).

Parmi les groupes hospitaliers privés, c'est le groupe MEDIDEP qui a ouvert la brèche de l'HAD en mai 2002, en signant un partenariat avec la FNEHAD visant à favoriser ses projets dans le secteur de la santé à domicile. Premier opérateur privé français spécialisé dans la prise en charge globale de la dépendance, le groupe MEDIDEP gère un réseau d'établissements médico-sociaux et sanitaires :

- 59 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- 33 cliniques, parmi lesquels un établissement d'HAD.

MEDIDEP bénéficie en effet depuis novembre 2002 d'une autorisation de 30 places d'HAD dans les Yvelines, ouvertes en janvier 2004.

12. SANTELYS

13. ANAES, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, chiffre de septembre 2004

Selon le groupe, le soutien de la FNEHAD a permis de solliciter auprès des tutelles plusieurs autorisations de création de services d'HAD et d'autres structures devraient se créer. Le groupe a réalisé en 2004 un chiffre d'affaires de 273,1M€, pour un résultat net de 32,4M€¹⁴. Créé en 1992, il est maintenant coté en bourse.

Un autre grand groupe privé s'est récemment engagé sur le secteur de l'HAD : depuis avril 2005, GENERALE DE SANTE, dont la filiale DYNAMIS est spécialisée dans la dépendance temporaire, bénéficie également d'une autorisation d'exploiter une structure d'HAD de 25 places à Istres (13). Avant cette autorisation, DYNAMIS gérait uniquement des établissements de soins de suite et de rééducation fonctionnelle et des établissements de

psychiatrie (17 au total). DYNAMIS, coté en bourse, affichait en 2004 un CA de 100M€, se plaçant 4^e leader sur le marché de la dépendance après MEDIDEP, ORPEA et MEDICA.

Pour ces deux groupes hospitaliers privés, l'HAD représente encore une activité économiquement marginale : avec 30 lits d'HAD sur 2494 pour MEDIDEP (25 sur 1550 pour GENERALE DE SANTE), ce mode de prise en charge apparaît encore exploratoire.

D'autres groupes privés pourraient également s'engager sur la voie de l'HAD, étant déjà spécialisés sur le marché français de la dépendance temporaire : CLINEA (filiale du groupe ORPEA), le groupe MEDICA France...

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES GROUPES FRANÇAIS PRIVÉS AXÉS SUR LA DÉPENDANCE TEMPORAIRE

Nom du groupe	Dépendance temporaire	Dépendance permanente	Total
MEDIDEP	Soins de suite et rééducation fonctionnelle, Psychiatrie HAD 47% du CA	Maisons de retraite 40% du CA	CA 2004 : 273,1 M
	33 établissements dont 1 HAD	59 établissements	92 établissements
	2 494 lits	4 742 lits	7 236 lits
ORPEA	Soins de suite et rééducation fonctionnelle, Psychiatrie	Maisons de retraite	CA 2004 : 237,1M
	27 établissements	84 établissements	111 établissements
	2 371 lits	8 235 lits	10 606 lits
MEDICA	Soins de suite et rééducation fonctionnelle	Maisons de retraite	CA 2003 : 210 M
	15 établissements	75 établissements	89 établissements
	1 100 lits	6 200 lits	7 300 lits
DYNAMIS	Soins de suite et rééducation fonctionnelle, psychiatrie	—	CA 2004 : 100 M
	17 établissements	—	17 établissements
	1 550 lits	—	1 550 lits

14. Source : MEDIDEP, rapport financier 2004

D'autres groupes hospitaliers privés sont présents en France, susceptibles de s'investir dans des activités d'HAD, tels que SUREN, DOMUS VI, GDP VENDOME... Néanmoins ces groupes se concentrent pour le moment uniquement sur les marchés de la dépendance permanente, c'est-à-dire sur le secteur médico-social, moins médicalisé que la dépendance temporaire.

La fin des années 1990 et le début des années 2000 ont été marqués par de nombreuses opérations de croissance externe de la part des principaux opérateurs privés, et par quelques remaniements capitalistiques en 2003 (se traduisant souvent par de nouvelles orientations stratégiques). Il est encore difficile de prévoir quelles sont les ambitions des leaders du marché de la dépendance permanente dans le secteur sanitaire et particulièrement en HAD. La plupart de ces groupes affichent plutôt dans leurs rapports financiers leur ambition de générer de la croissance interne et d'obtenir de nouvelles autorisations d'ouvertures d'établissements, notamment européennes (en Belgique, Italie et Espagne notamment).

3. Facteurs clé de succès sur ces segments

Un maître mot : la coopération

Afin de bâtir un projet d'HAD ou de dialyse hors centre "réaliste", tout projet doit être nécessairement construit en collaboration avec les partenaires locaux ou nationaux de la future structure. Des contacts sont à instaurer dès le début du projet avec les futurs prescripteurs (établissements de santé et professionnels libéraux, tels que les néphrologues dans le cas de la dialyse), ainsi qu'avec les

autres acteurs de la santé à domicile tels que les structures de SSIAD par exemple ou les réseaux de soins. Ces échanges ont pour objectif de bâtir un projet constituant une réponse à une demande et non l'inverse et d'instaurer les prémices des futures conventions de collaboration (probablement nécessaires) avec ces acteurs.

Un projet ne correspondant pas à la demande d'un bassin de vie et ne s'insérant pas dans un schéma d'organisation sanitaire déjà établi n'a aucune chance d'aboutir. Les financeurs et tutelles doivent donc également être consultés en amont du projet, afin d'anticiper la place de la future structure dans le système de soins.

Ces consignes valent également pour les organismes fédérant la profession : des liens sont à mettre en place avec la FNEHAD par exemple, association regroupant la très grande majorité des structures d'HAD publiques et privées. Ces liens permettent de bénéficier des actions collectives de promotion, d'accompagnement et de représentation des établissements d'HAD auprès des pouvoirs publics.

Des capacités financières solides

Les opérateurs de l'HAD ou de dialyse hors centre ayant le statut d'établissement de soins, ils s'engagent dans des prestations de soins lourdes et techniques, nécessitant des moyens matériels et humains importants. Les équipes sont souvent pluridisciplinaires, pour une prise en charge globale elles peuvent être composées d'un médecin coordonnateur, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'assistants sociaux, par exemple De plus, le fonctionnement de la structure doit être assuré 24h/24, 7jours/7, et permettre une prise en charge des urgences. La création

d'une structure d'HAD ou de dialyse nécessite donc d'importants moyens afin de mettre en place une logistique et une méthodologie de gestion de projets appropriées.

De plus, les établissements d'HAD sont soumis à la réglementation concernant les établissements sanitaires. Cette réglementation est bien évidemment évolutive et un établissement doit pouvoir disposer des moyens nécessaires afin de se conformer aux dispositions prises. Les structures d'HAD sont par exemple soumises à l'accréditation, système visant à vérifier que l'établissement met tout en œuvre afin de dispenser des soins de qualité. L'ensemble de ces exigences est à l'origine de nombreux remaniements importants, générant pour l'établissement des investissements rendus nécessaires.

Les caractéristiques mêmes d'un établissement d'HAD ou de dialyse hors centre font que l'opérateur doit pouvoir s'appuyer sur une assise financière solide, afin d'anticiper et d'accompagner les évolutions de la demande liée à la santé à domicile : évolution réglementaire, évolution des attentes des patients, évolution de la logistique ou encore des actes de soins pouvant être pratiqués à domicile... Le secteur privé doit être à même de mobiliser de façon pérenne les capitaux nécessaires pour se positionner sur ces marchés.

La proposition de prises en charge spécialisées

Même si une structure d'HAD est souvent "généraliste" par le fait que ses activités ne sont pas centrées sur un seul type de pathologie, il peut être envisagé qu'elle soit également reconnue comme experte dans certaines prises en charge spécialisées. En effet, parce qu'un "bassin de vie", une région,

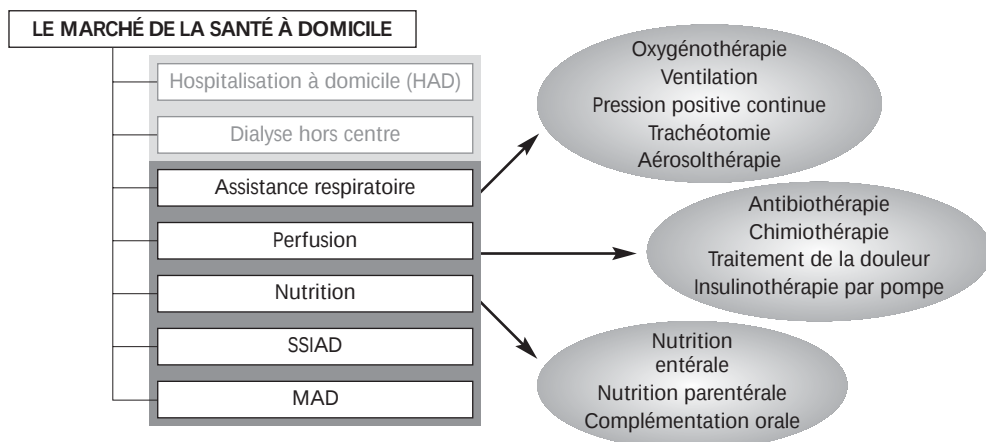
peuvent montrer une typologie de pathologies particulières ou parce que le système sanitaire présente quelques lacunes en offre de soins, un projet d'HAD peut tout à fait trouver sa place (et se démarquer face à d'autres projets dans le choix des tutelles accordant l'autorisation) s'il se concentre sur un domaine d'expertise.

Quelques champs d'intervention parmi les thèmes actuellement les plus évoqués sont, parmi d'autres :

- La périnatalité,
- La pédiatrie,
- La rééducation fonctionnelle et les soins de suite.

Apparaître comme un acteur expert dans certains domaines peut constituer pour une structure d'HAD un avantage stratégique.

III. Les services de soins à domicile : un secteur qui évolue favorablement



19

Les services de soins à domicile désignent ici les services médico-techniques délivrés à domicile (assistance respiratoire, perfusion, nutrition), ainsi que le MAD et les SSIAD. Les services de soins à domicile recoupent un ensemble très vaste de prestations, qui se différencient de l'HAD et de la dialyse hors centre par les acteurs impliqués, la technicité des soins ou encore le fonctionnement des structures. Il est à signaler que les prestations de services médico-techniques à domicile se distinguent de la simple activité commerciale de location/vente de matériel médical, et qu'il existe beaucoup de "flous" sur l'intitulé des prestations (prestations médico-techniques à domicile, spécialiste du MAD, spécialiste de l'HAD...), créant une certaine confusion dans l'esprit des usagers.

Les services de soins à domicile sont des prestations souvent qualifiées de "connexes" à

l'HAD, parce qu'axées essentiellement sur la technique ou au contraire de faible technicité. Elles sont néanmoins indispensables au bien être du patient à domicile et à la bonne gestion de la logistique complexe de la santé à domicile.

1. Un secteur en mutation

Les services de soins à domicile trouvent leurs origines dans les années 1955 à 1970 en France, lorsque l'aide familiale a commencé à ne plus être considérée comme relevant d'une solidarité naturelle, avec l'apparition de modes de vie plus individualistes et urbains. Initialement tournés vers la prise en charge des personnes âgées, particulièrement en milieu rural, les services de soins à domicile se sont étendus aux personnes malades ou handicapées, quel que soit leur lieu d'habitation.

Ce secteur a beaucoup évolué au fil des ans, gagnant en structuration et en reconnaissance officielle par les pouvoirs publics. A l'origine géré par des associations sans but lucratif ou animé par des bénévoles, il s'est également peu à peu empreint d'une idéologie marchande depuis la fin des années 90. C'est notamment la loi de 1996, en faveur du développement des emplois de service aux particuliers, qui a ouvert le champ des services de soins à domicile aux entreprises, transformant la notion de "service rendu" en "service produit pour être vendu". Depuis cette loi, les entreprises peuvent offrir des prestations comparables à celles fournies par les associations et les collectivités locales. Si, dans le domaine des SSIAD et du MAD, les associations représentent toujours la très grande majorité des opérateurs, le champ des prestations médico-techniques a quant à lui été investi par de nombreux acteurs privés à but lucratif, cohabitant avec le tissu associatif.

Le marché des SSIAD et du MAD

Le marché des prestations de services aux personnes fragilisées (personnes âgées ou handicapées) reste l'apanage du secteur associatif, qui regroupe la quasi-totalité de l'action médico-sociale et sociale. L'Union Nationale des Associations de Soins et de Services à Domicile (UNASSAD) et l'Union Nationale d'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), sont les plus importantes fédérations d'associations de maintien et de soins à domicile en France. A elles deux, ces unions comptent plus de 5 000 structures¹⁵, présentes sur la quasi-totalité des départements français.

Ces unions regroupent des associations, des mutuelles, des centres communaux d'actions sociales..., agréés par les services préfectoraux ou conventionnés avec des organismes de sécurité sociale. L'ADMR fait travailler 100 000 bénévoles et 52 000 salariés. L'UNASSAD emploie quant à elle indirectement 240 000 salariés et apporte ses services à plus de 500 000 personnes en France¹⁶.

Le système français de prise en charge des personnes âgées fait que le secteur du maintien et des soins infirmiers à domicile se caractérise par la solvabilité de son marché. Et les dernières réformes des modalités de prise en charge de la dépendance des personnes âgées viennent encore renforcer la solidarité intergénérationnelle et lisser les inégalités de traitement des personnes dépendantes. En effet, depuis janvier 2002, l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) permet de financer un "forfait dépendance" à domicile ou en établissement pour les personnes de plus de 60 ans. Cette réforme concerne beaucoup plus de personnes âgées que l'ancienne (la Prestation Spécifique Dépendance) qui n'était attribuée qu'à 120 000 personnes en France : l'APA concernait en janvier 2004 750 000 bénéficiaires¹⁷. L'APA à domicile peut financer, outre des services d'aide ménagère à domicile, l'acquisition d'aides pour l'adaptation du domicile, des aides techniques (pour l'habillement ou la toilette par exemple), ou encore des services à la personne destinés à éviter son isolement. Les mécanismes de solvabilisation du marché accroissent donc la demande et les besoins en la matière. En 2001, la demande insatisfaite en matière de

15. "La place de l'UNASSAD dans le maintien à domicile", les cahiers de l'UNASSAD N°2 (2000) et chiffres 2005 ADMR

16. Source : site internet de l'UNASSAD (2005)

17. "L'aide à domicile, un petit boulot qui deviendra grand", Liaisons sociales Magazine, Janvier 2004

services à domicile en matière d'aides aux personnes dépendantes était évaluée à environ 700 millions d'euros en France¹⁸.

Malgré ce marché potentiel attractif, le nombre de nouveaux entrants privés à but lucratif reste encore limité. Le premier frein avancé par les partisans du lucratif afin d'expliquer la quasi-absence d'entreprises est la "frilosité" des décideurs sociaux à donner un agrément aux sociétés privées. Plus certainement, il semble que ce soit les entreprises qui hésitent à se lancer sur un marché où elles n'ont pas encore toutes les "clés" d'entrée. A titre d'exemple, dans certaines situations, le recours à une entreprise privée peut se traduire pour le consommateur par la perte d'un avantage fiscal. C'est par exemple le cas pour l'exonération partielle de charges sociales et patronales dont peuvent bénéficier les personnes de plus de 70 ans en employant quelqu'un à domicile dans le cadre d'une association.

Néanmoins des acteurs privés se sont lancés sur ce marché, tels que le groupe français leader en hospitalisation privée, MEDIDEP, avec le développement de sa filiale MEDIDOM, axée sur le maintien à domicile. Dans une opération de croissance externe, MEDIDOM a acquis en 2002 la société D'MEDICA, développant un réseau national de MAD comprenant 16 agences. Cette avancée dans le secteur du MAD n'aura que peu duré, avec la cession en 2003 de l'ensemble du "Pôle domicile" de MEDIDEP après l'entrée d'un nouvel actionnaire (ORPEA). Les rapports du groupe expliquent ce désengagement par une "dégradation sensible et constante de la rentabilité de ces activités". Avec un chiffre

d'affaire de 32,3M€ et une rentabilité d'exploitation de 4,36%, le groupe n'a pas souhaité poursuivre cette activité.

Même si un groupe coté en bourse montre sans doute, en terme de rentabilité, des exigences supérieures à celle d'une société non cotée, le secteur du MAD et des SSIAD est réputé comme n'étant pas très rémunérateur. Selon les associations, 80% du prix de la prestation est absorbé par les frais de personnel¹⁹. Ce pourcentage peut être très certainement un peu amélioré par une meilleure gestion des ressources humaines ou par des investissements en moyens de communication et de télétransmission de données, mais frais de gestion déduits, la marge reste faible et surtout peu évolutive.

Malgré la solvabilité du marché des SSIAD et du MAD, le modèle économique imposé par le type de prestations attire donc encore peu les sociétés privées.

21

Le marché des prestations médico-techniques du domicile

Avant la loi du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de service aux particuliers, les soins et services à domicile constituaient le pré carré quasi exclusif des associations. Des conventions passées avec des financeurs permettant au patient d'être remboursé de ses soins excluaient toute tentative d'intrusion d'entreprises privées. Depuis 1996, le secteur s'est ouvert aux structures privées à but lucratif, qui ont parié sur le développement des besoins de services de santé à domicile. 300 entreprises sont arrivées sur ce marché en 1996²⁰, se positionnant pour

18. "Aide à domicile : le privé peine à se faire de la place", Les Echos n°18503 du 5 octobre 2001

19. "Aide à domicile : le privé peine à se faire de la place", Les Echos n°18503 du 5 octobre 2001

20. "L'aide à domicile, un petit boulot qui deviendra grand", Liaisons sociales Magazine, Janvier 2004

la grande majorité sur des prestations à plus forte valeur ajoutée que le MAD et les SSIAD et sur un marché que les circuits officinaux ont laissé s'échapper : la prestation de services médico-techniques.

L'apparition d'opérateurs directement issus du secteur marchand et l'irruption des pratiques du monde économique dans un secteur caractérisé par le bénévolat ont été vécues par les associations comme une prédation un peu brutale. Les premières réactions ont d'ailleurs été souvent abusivement critiques à l'égard de la gestion et de l'éthique sociales des prestataires privés. Néanmoins, le secteur des prestations médico-techniques s'est depuis considérablement converti à une idéologie marchande dans ses modes d'organisation et de raisonnement, et a transformé l'usager en client.

Le cadre de ces prestations est bien entendu réglementé et défini par la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Cette liste fixe notamment le tarif de remboursement des prestations aux patients et les prestataires doivent s'y conformer. Afin de pouvoir pratiquer cette activité, un agrément est nécessaire et les modalités techniques de prise en charge sont également définies, notamment par la LPPR. Le prestataire doit par exemple respecter la législation en matière de sécurité sanitaire, concer-

nant par exemple le traitement des déchets ou la désinfection du matériel.

Toutes les entreprises assurent ainsi des prestations de fourniture, la maintenance et la surveillance du matériel médical, l'information et la formation du patient et de son entourage. Un service téléphonique est également indispensable, joignable 7j/7, 24h/24 afin de répondre au plus vite aux besoins des patients et des professionnels intervenant à domicile.

Malgré la complexité administrative et financière du secteur et les difficultés logistiques inhérentes à la mise en place de prestations médico-techniques de qualité à domicile, les prestataires privés ont su trouver leur place, aidés en cela par un environnement politico-réglementaire qui a évolué favorablement depuis 1999.

Compte-tenu des différents facteurs de développement de ce marché (voir partie I), les perspectives du marché des prestations médico-techniques à domicile sont plutôt attractives. Selon une étude du groupe Générale de Santé, les taux de croissance prévus dans ce secteur sont évalués à 15% annuels²². Le marché français suscite déjà la convoitise de groupes européens, tel que VIVISOL avec sa filiale France Oxygène, à l'origine spécialisée dans la prise en charge respiratoire.

PRINCIPAUX FAITS MARQUANTS DANS LE SECTEUR DES PRESTATIONS MÉDICO-TECHNIQUES :

1999	Harmonisation des conditions de prise en charge des prestations d'assistance respiratoire des secteurs associatif et commercial (oxygénothérapie, ventilation assistée, ventilation par pression positive continue, aérosolthérapie)
2000	- Inscription au TIPS ²¹ de la nutrition entérale à domicile - Possibilité de prise en charge de l'insulinothérapie ambulatoire par pompe
2001	- Inscription au TIPS des pompes à insuline - Mise en place des bonnes pratiques de dispensation de l'oxygène
2002	Décrets organisant la dialyse

21. Tarif interministériel des Prestations Sanitaires, devenu Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) depuis 2001

22. Hospimedia, "A la conquête des soins à domicile", 25 mai 2005

2. Profil des entreprises leaders dans les services de soins à domicile

Au niveau national

Cinq enseignes sont particulièrement présentes sur le marché de la prestation de soins à domicile: ORKYN, VITALAIRE, LVL MEDICAL, BASTIDE LE CONFORT MEDICAL et LOCAPHARM.

ORKYN, filiale du groupe AIR LIQUIDE SANTE INTERNATIONAL, est leader français dans le secteur des prestations médico-techniques à domicile, affichant un chiffre d'affaires en 2005 de 108M€. L'entreprise s'adresse principalement aux personnes souffrant d'insuffisance respiratoire ou d'apnée du sommeil mais est présente sur l'ensemble des prestations : assistance respiratoire, nutrition, perfusion et matériel de MAD et prend en charge 75000 personnes de manière quotidienne. Elle couvre l'ensemble du territoire français avec 50 agences et 1000 employés. La société est également présente à l'étranger, avec une présence dans 17 pays dans le secteur des soins à domicile.

Egalement filiale du groupe AIR LIQUIDE SANTE INTERNATIONAL, la société VITALAIRE se positionne en second, avec 88M€ de chiffre d'affaires en 2003. Axée sur les mêmes prestations qu'ORKYN, VITALAIRE dispose aujourd'hui d'un réseau de 30 agences en France. La société est également présente en Italie (filiale MEDICASA), au Canada, en Allemagne et en Espagne.

En troisième position, LVL MEDICAL est devenu en quelques années un spécialiste de l'assistance médico-technique à domicile avec des prestations d'oxygénothérapie, de perfusion,

de nutrition parentérale et d'insulinothérapie. Après une période déstabilisante pendant laquelle l'entreprise avait à la révélation d'erreurs de tarifs de prestations remboursées par la sécurité sociale et à quelques revers dans sa stratégie d'expansion européenne, le groupe amorce depuis 2005 son redressement financier. Après un règlement à l'amiable du litige avec la sécurité sociale et la restriction de ses activités européennes (vente de sa filiale britannique CLINOVIA, fermeture d'une branche en Allemagne et de la filiale espagnole), la société s'est recentrée sur ses activités en France. A fin septembre 2004, le groupe affichait un chiffre d'affaires de 78,7M€, soit une progression de 3,6% par rapport à l'année précédente et 2,5M€ de résultat d'exploitation (contre 8,9 millions de pertes un an plus tôt). Il compte désormais sur une croissance interne de 6% et une marge d'exploitation supérieure à 12,5%²³.

Avec un chiffre d'affaires de 50,2M€ en 2003, la société nîmoise BASTIDE LE CONFORT MEDICAL s'affiche comme étant spécialiste des "biens et services pour l'hospitalisation et le maintien à domicile". Elle réalise des prestations identiques à ses trois concurrents principaux : assistance respiratoire, nutrition, perfusion, matériel de MAD. La société dispose de 56 agences principalement réparties dans le sud de la France. La stratégie de BASTIDE est de couvrir également la moitié Nord à travers l'ouverture de nouvelles agences.

Enfin, LOCAPHARM, avec un chiffre d'affaires de 75 M€ en 2004, figure également parmi les leaders de ce secteur, proposant également des prestations médico-techniques

23. "Le groupe LVL MEDICAL renoue avec les bénéfices", Les Echos, 23 décembre 2004

dans tous les champs autorisés à domicile. Avec une prise en charge quotidienne de 50 000 patients, LOCAPHARM est un grossiste permettant à des pharmacies d'officines d'être actives dans la prestation médico-technique, en mettant à disposition un catalogue d'environ 5000 références en matériel médical, ainsi qu'un service de proximité pour le maintien et le soin à domicile.

Quatre autres groupes sont également notables, présents à travers leurs filiales sur le secteur des prestations de soins à domicile : le groupe CERP ROUEN avec OXYPHARM, CALEA France, le groupe italien VIVISOL avec France OXYGENE REGION NORD et le groupe

GENERALE DE SANTE avec LIBERMED et GENERIMED. Pour le groupe GENERALE DE SANTE, l'acquisition ou la création de filiales est peu significative par la taille des filiales, elle est plutôt d'importance stratégique : elle permet de commencer à intégrer les métiers en aval de l'hospitalisation et d'exploiter les niches de marchés connexes à l'HAD. Selon le président du directoire du groupe, Daniel BOUR, "l'objectif du groupe est d'atteindre 100M€ de CA avec 20% des parts de marché"²⁴. Après LIBERMED, société rachetée en mai 2005 réalisant un chiffre d'affaires annuel de 12M€ avec des prestations fortes dans le MAD et la perfusion/nutrition, d'autres acquisitions sont certainement à prévoir...

PRINCIPAUX ACTEURS DU SECTEUR ²⁵ :						
Nom	Activités principales	Nombre d'agences	CA (M€)	Résultat d'expl.(%)	Effectif	Nombre patients
ORKYN (Groupe AIR LIQUIDE SANTE INTERNATIONAL)	Assistance respiratoire, Perfusion, Nutrition, Matériel MAD	50	108	nc	1 000	75 000 /jour
VITALAIRE (groupe AIR LIQUIDE SANTE INTERNATIONAL)	Assistance respiratoire, Perfusion, Nutrition, Matériel MAD	30	88 (2003)	14 (2003)	500	200 000
LVL MEDICAL	Assistance respiratoire, Perfusion, Nutrition, Matériel MAD	40	78,7 (2004)	3,2 (2004)	400	200 000
BASTIDE LE CONFORT MEDICAL	Assistance respiratoire, Nutrition, perfusion, Matériel MAD	56	50,2 (2003)	7,9 (2003)	445 (2003)	nc
LOCAPHARM	Assistance respiratoire, Perfusion, Nutrition, Matériel MAD	52	75 (2004)	nc	700	50 000
OXYPHARM (Groupe CERP Rouen)	Matériel MAD	0 (livraison en officine)	32,9	7,9	170	nc
CALEA France (enseigne NOVAMEDICAL OXYGENE plus)	Assistance respiratoire, Matériel MAD	9	18 (2004)	-4,75 (2004)	160 (2004)	nc
GENERIMED (groupe GENERALE DE SANTE)	Perfusion, nutrition, Matériel MAD	14	12	nc	nc	nc
France OXYGENE REGION NORD (groupe italien VIVISOL)	Assistance respiratoire, Nutrition, télémédecine	9	3,13 (2003)	2,5 (2003)	20 (2003)	nc

24. "Générale de Santé poursuit sa politique de croissance externe", Les Echos n°19420 du 25 mai 2005

25. D'après les sites internet des sociétés et Euridile

En région Nord-Pas de Calais

Les acteurs privés du secteur des soins à domicile sont nombreux en région Nord-Pas de Calais. Trois zones géographiques sont particulièrement attractives pour le développement de prestations de soins à domicile : les métropoles de Dunkerque, de Lille et de Lens. Cette propension à concentrer l'essentiel des implantations de prestataires médico-techniques s'explique différemment selon les zones. La zone de Dunkerque est particulièrement marquée par les conséquences de son passé

industriel et le développement d'activités économiques industrialo-portuaires, présentant une forte exposition de la population aux émissions polluantes et une situation sanitaire pré-occupante²⁶ selon l'Observatoire Régional de la Santé du Nord-Pas de Calais²⁷. La zone lensoise se caractérise également par un long passé minier et par une forte prévalence des maladies respiratoires, affections souvent de longue durée prises en charge à domicile. Quant à la métropole lilloise, elle draine 30% de la population régionale et donc de nombreux patients.

25

PRINCIPAUX PRESTATAIRES MÉDICO-TECHNIQUES PRIVÉS EN RÉGION NORD-PAS DE CALAIS :				
Nom de la structure	Forme juridique	Activités principales	Année de création	Ville
EOLIEN	SAS	Prestation de santé à domicile dans le cadre de la réhabilitation respiratoire.	2002	Wambrechies
FRANCE OXYGENE REGION NORD	SARL	Services dans le domaine des soins respiratoires à domicile : oxygénothérapie, ventilothérapie, diagnostic et traitement de l'apnée du sommeil.	1996	Avelin, Valenciennes, Coudekerque-Branche
GENERIMED	SA	Chimiothérapie à domicile	1998	Villeneuve d'Ascq
HOME PERF LILLE	SARL	Entreprise spécialisée dans la prise en charge sous perfusion ou nutrition artificielle	1997	Loos
LOCAPHARM	SAS	Assistance respiratoire, perfusion, nutrition, ...	1975	La Bassée, Audruicq, Provillle
LVL MEDICAL NORD-PAS-DE-CALAIS	SA	Oxygénothérapie, ventilation, perfusion à domicile, nutrition entérale et parentérale à domicile, insulinothérapie MAD	1998	Vendeville
ORKYN PHARMA DOM	SA	Location et maintenance de matériel pour maintien du malade à domicile. Oxygénothérapie à domicile.	1982	Lezennes, Petite Synthe, Petite Forêt, Dainville, St Martin les Boulogne, Lens, Arras
REFERENCE SANTE NORD PICARDIE	SARL	Location vente de matériel médical Oxygène médical - Nutrition - 24h/24	1997	Mons-en Baroeul
SOS OXYGENE NORD JOLY MEDICAL	SARL	MAD, oxygénothérapie et aérosolthérapie	1994	Lens
SYSMED ASSISTANCE	SARL	Oxygénothérapie	2002	Templemars
VITALAIRE	SA	Equiperment, matériel, fournitures et consommables pour le soin à domicile	1999	Libercourt, Templemars

26. ORS Nord pas de Calais, Contact Santé n°189, janvier 2004

27. ORS Nord pas de Calais, Contact Santé n°189, janvier 2004

3. Facteurs clé de succès sur ces segments

La polyvalence

Pour l'ensemble des prestataires de services de soins à domicile (prestataires médico-techniques, de MAD, de SSIAD), un des prochains enjeux sera la polyvalence.

Polyvalence médico-sociale tout d'abord : pour le secteur associatif et en particulier l'UNASSAD, les structures mono-activité, c'est-à-dire pratiquant soit des soins médicaux, soit de l'aide sociale à domicile, sont condamnées à terme²⁸. A ce type de structures sont largement déjà privilégiées celles pouvant proposer des prises en charges médico-sociales.

Pour les entreprises (essentiellement des prestataires médico-techniques), la notion de polyvalence médico-sociale peut paraître vide de sens mais elle existe quand même. En effet, ces opérateurs mettent non seulement en avant leur technicité et leur savoir-faire en matière de prestations médico-techniques, mais aussi leur service d'accompagnement du patient dans ses démarches administratives (liées au remboursement des prestations par exemple) ou dans la coordination des professionnels intervenant à domicile. Chaque prestataire souligne également l'importance d'un accompagnement attentif du patient, dans le respect de considérations individuelles et sociales. Cette préoccupation légitime d'offrir un "accompagnement global" est constante dans les supports de communication de l'ensemble des prestataires.

La polyvalence des structures passe également sur le terrain par la mise en place d'une

gamme de services toujours plus large. La proposition de nouveaux services peut se faire soit par leur mise en place au sein de la structure, soit par convention avec d'autres acteurs présentant une offre complémentaire. Le fait de passer des conventions ou d'opérer des regroupements avec d'autres structures est de plus en plus courant car il présente l'avantage d'éviter les inconvénients des structures trop petites (difficulté à assurer une présence 24h/24 par exemple), tout en maintenant des implantations de proximité.

L'ensemble de ces évolutions transforme peu à peu le paysage des soins à domicile, en amenant la plupart des structures à devenir des "plates-formes" de santé à domicile, proposant des prises en charges globales, notamment grâce à un déclioisonnement des acteurs.

La qualité de service

Le secteur devenant très concurrentiel, une "course à la qualité de service" est en marche dans le secteur des prestations de soins à domicile. Il deviendra d'ailleurs à l'avenir probablement difficile pour les sociétés exerçant, même de manière très qualifiée, une "simple" activité de location/vente de matériel médical, de s'imposer car les sociétés leaders proposent des services dépassant les exigences de la LPPR et vont très loin dans la notion de service. De même, pour les associations, miser sur un historique "assistantiel" et un dévouement propre à leur identité ne sera plus suffisant afin de convaincre l'utilisateur de la qualité de leurs services. Des signes de reconnaissance ou des labels officiels de qualité sont désormais nécessaires. Dans un contexte d'une "économie de services à domicile" en pleine émergence, Il s'agit désor-

28. "L'aide à domicile : repères pour l'avenir", Cahiers de l'UNASSAD, 2002

mais de démontrer ses “plus” et de se distinguer de la concurrence. Un des moyens d’être reconnu comme un professionnel qualifié est de mettre en place une démarche qualité.

Dans ce domaine, il est recommandé à toute entreprise ou association de se conformer aux normes ISO 9000, donnant des orientations et des exigences sur le management de la qualité, et en particulier à la norme ISO 9001, la plus complète. ORKYN par exemple, a été l’une des premières sociétés prestataire de service à avoir été certifié ISO 9002 par l’AFAQ en 1999. La société est maintenant certifiée ISO 9001 et cette certification permet de mettre en avant le respect des normes et de la réglementation en vigueur pour l’ensemble des prestations.

La qualité de prestation est également jugée par rapport à la vigilance des prestataires en terme de risques : risques sanitaires, techniques ou humains. La maîtrise de ces risques suppose quelques investissements. Sur le plan des risques techniques par exemple, il est essentiel qu’un prestataire puisse renouveler régulièrement ses outils informatiques et de communication (systèmes de télégestion, PC portables, téléphones...), voire même les faire évoluer grâce aux nouvelles solutions techniques (en matière de télésurveillance, télémonitoring, ou d’outils informatiques de traçabilité et de coordination de personnel, ...). Sur le plan humain, la maîtrise des risques passe notamment par la mise en œuvre de plans de formation. Les formations permettent de s’assurer du niveau des soignants, ou encore d’intégrer aux équipes de nouveaux types de professionnels (psychologue, ergothérapeute...). Ces investissements sont le signe d’une structure innovante et en adéquation avec l’évolution des soins à domicile.

Communiquer

Autre conséquence de la pression concurrentielle, il s’agit pour chaque prestataire de rendre plus visible son offre et de communiquer pour mieux se faire connaître des prescripteurs et des patients. Même les associations, jusqu’alors assez “réservées” sur le plan de la communication, commencent à adopter les pratiques des entreprises. Au sein de l’ADMR par exemple, la récente création des maisons de service dans des grandes villes est destinée à rendre l’offre plus visible. Se faire connaître est désormais déterminant afin de pouvoir évoluer dans le secteur. La plupart des prestataires de soins à domicile communiquent de l’information notamment via des sites internet et des brochures informatives.

Cela n’est pas le cas de toutes les sociétés, certaines profitant d’un certain flou régnant dans le domaine des soins à domicile pour faire paraître des encarts publicitaires, avec des mentions publicitaires souvent abusives, du type “matériel d’HAD” ou “spécialiste de l’HAD”, lorsqu’il s’agit simplement de location de matériel de maintien à domicile. Ces mentions ne font référence à aucune activité reconnue. Ce type de publicité est mal perçu par la profession et les sociétés sont alors associées à une éthique douteuse. Même si les limites entre information et publicité sont floues, toute revendication de nature marchande est mal considérée par les professionnels du secteur. Cela s’explique probablement par le fait que la publicité est formellement interdite pour les professionnels médicaux libéraux et les établissements de soins et que les prestataires intervenant à leur côté et souhaitant être reconnus comme tel appliquent logiquement les mêmes règles de conduite, par assimilation.

La CEPP²⁹ étudie d'ailleurs actuellement de nouvelles dispositions en matière de publicité : une réglementation est en cours d'examen visant à faire une différence claire entre “appareilleur” et “prestataire” afin d'éviter les confusions et de faire un tri entre prestataires sérieux et d'autres moins scrupuleux.

29. La Commission d'Evaluation des Produits et Prestations (CEPP) est une instance scientifique qui examine les produits et prestations en vue de leur remboursement par l'Assurance Maladie

Conclusion

Le secteur de la santé à domicile est devenu depuis quelques années un marché à part entière, c'est-à-dire qu'il s'est finalement ouvert aux entreprises privées et à une idéologie marchande. En cinquante ans, ce qui relevait autrefois du bénévolat s'est considérablement structuré et professionnalisé, au point de susciter maintenant la convoitise de grands groupes privés. Cette situation n'est pas une particularité française et le même constat s'applique dans la plupart des pays industrialisés, où la santé à domicile y est souvent encore plus développée qu'en France.

Ces dix dernières années ont vu l'offre se développer de manière importante et le nombre d'acteurs se multiplier après les différentes mesures incitatives de l'Etat concernant notamment les services d'aide à domicile (1996), la dialyse hors centre (2002) ou encore l'HAD (2004). Ce phénomène s'accroîtra encore très vraisemblablement durant les prochaines années car le marché est loin d'être saturé.

Parallèlement au développement de l'offre, la prochaine décennie de la santé à domicile sera probablement marquée par la reconnaissance officielle de bonnes pratiques relatives aux conditions d'installation et d'exercice, en particulier pour les services de soins à domicile (l'HAD et la dialyse hors centre sont déjà particulièrement encadrés). En effet, en matière de services de soins à domicile, de nombreux acteurs déplorent le "flou" entourant la profession, tant au niveau des appellations désignant les différentes activités du

secteur qu'au niveau des exigences en matière de compétences des acteurs (les exigences actuelles liées aux conditions d'installation et d'exercice étant essentiellement "logistiques" : surface des locaux, respect des tarifs, hall d'exposition...). Il semble donc que le développement des services de soins à domicile passe désormais par une qualité irréprochable des prestations et par la reconnaissance des bonnes pratiques à travers des accréditations.

C'est ce qui transparaît dans le "Plan de développement des services à la personne" présenté en février 2005 par le Ministère de la Cohésion Sociale, qui a souhaité répondre à un besoin croissant de services à la personne en raison, notamment, du vieillissement de la population et de la hausse du niveau de vie des ménages en France. Ce plan vise à promouvoir "un accès universel à des services de qualité". En matière de santé à domicile, il concerne les services d'assistance aux personnes âgées, handicapées ou dépendantes, à l'exception des soins relevant d'actes médicaux. Outre des mesures permettant de simplifier l'accès des usagers aux services à domicile (par l'instauration d'un chèque emploi service universel, l'allègement des charges sociales,...), des changements sont également prévus pour les entrepreneurs du secteur (associations, entreprises, représentants des particuliers employeurs). Ceux-ci bénéficieront d'un cadre "favorable au développement de leurs activités et à la promotion de la qualité de leurs prestations : les procédures d'agrément seront rendues plus simples

et plus efficaces". Des incitations à la certification de qualité par des organismes indépendants agréés par l'Etat seront également mises en œuvre. Pour les salariés, le plan prévoit également d'améliorer les conditions de rémunération, les droits sociaux et les conditions de formation, en instituant par exemple des formations spécifiques homologuées pour les personnels qui délivrent ces services à domicile. Elaboré en concertation avec les représentants des acteurs du secteur, ce plan a particulièrement bien été accueilli par les entreprises, dont certaines sont déjà signataires de la convention nationale qui y est associée.

Annexe

Liste des soins pouvant être pratiqués en HAD (circulaire de Mai 2000)

Assistance respiratoire	Pansements complexes (escarres, ulcères,...) et soins spécifiques (stomies,...)	Surveillance des aplasies
Chimiothérapie	Prise en charge psychologique, sociale	Surveillance post-chimiothérapie
Traitement de la douleur	Radiothérapie	Traitement anti-infectieux et par voie veineuse
Education du patient et de son entourage	Rééducation neurologique	Transfusion sanguine
Nutrition entérale	Rééducation orthopédique	Autres traitements susceptibles de relever d'une HAD
Nutrition parentérale	Soins palliatifs	

Contacts utiles

FNEHAD

*Fédération Nationale des Etablissements
d'Hospitalisation à Domicile*

14 rue Vésale

75000 Paris

Tél : 01 55 43 69 95

www.fnehad.asso.fr

STRATELYS

*Conseil dans le secteur
de la santé à domicile*

Contact : Karine NEUT

Parc Eurasanté

351 rue Ambroise paré

59120 Loos

Tél : 03 20 96 68 58

www.stratelys.asso.fr

ADEHPA

*Association des Directeurs d'Etablissements
pour Personnes Agées*

Agence régionale Nord-Pas de Calais

Hôpital de Jeumont

871 avenue du Général de Gaulle

BP.139

59572 JEUMONT CEDEX

HAUTE AUTORITE DE SANTE - ANAES

*Agence Nationale d'Accréditation
et d'Evaluation en Santé*

www.anaes.fr

UNASSAD

*Union Nationale des Associations de Soins
et Services à Domicile*

108-110 rue Saint Maur

75 011 Paris

Tél. 01 49 23 82 52

accueil@unassad.net

www.unassad.net



EURASANTÉ
Parc Eurasanté
310 Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS
FRANCE
Tél. (33) 3 28 55 90 60
Fax (33) 3 28 55 90 61
Site internet : <http://www.eurasante.com>
E-mail : contact@eurasante.com

Document réalisé grâce au concours de

