

Les prestataires de santé à domicile, « chefs d'orchestre » de l'accompagnement au plus proche des patients dans un écosystème en pleine mutation

Note d'analyse sur les nouvelles missions pour les prestataires de santé à domicile dans les territoires



Note d'analyse réalisée avec le concours
du cabinet de conseil Nextep

Décembre 2025

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION	3
SYNTHESE DES MISSIONS	4
L'AMONT	5
Proposition n°1 Intégrer les PSAD aux dispositifs de prévention comme le Bilan Prévention et le programme ICOPE – Priorité	6
Proposition n°2 Attribuer aux PSAD une mission « Vigilance Canicule(s) » – Priorité	9
Proposition n°3 Elargir les missions des infirmiers PSAD en les intégrant dans les campagnes de vaccination contre les infections respiratoires – Priorité	11
Proposition n°4 Faire des PSAD, les premières vigies de la santé environnementale au domicile avec une mission « bilan d'environnement santé »	12
LE RETOUR AU DOMICILE	14
Proposition n°5 Transférer aux PSAD les missions du dispositif PRADO – Priorité	14
Proposition n°6 Permettre aux PSAD de jouer un rôle dans le bon usage du médicament	16
LE TRAITEMENT ET LE SUIVI	18
Proposition n°7 Faire des PSAD des acteurs engagés dans la prévention tertiaire – Priorité	18
Proposition n°8 Engager les PSAD dans la recherche clinique à domicile – Priorité	22
Proposition n°9 Positionner les PSAD comme référents ALD au domicile	24
Proposition n°10 Donner aux PSAD un rôle d'appui dans la gestion des crises sanitaires ponctuelles	25
DE NOUVELLES MODALITÉS DE FINANCEMENT POUR CES NOUVELLES MISSIONS	26
CONCLUSION	27

INTRODUCTION

Face aux **tensions croissantes du système de santé** – vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, désertification médicale mais aussi contraintes budgétaires – **l'UPSADI a initié une réflexion sur l'évolution des missions des prestataires de santé à domicile (PSAD).**

Acteurs clés du virage domiciliaire, intervenant auprès de plus de 4 millions de patients chaque année, les PSAD disposent d'un maillage territorial unique et d'une proximité concrète avec les personnes fragiles.

En s'appuyant sur ces atouts de la profession, la présente note d'analyse identifie **10 pistes d'évolution**, parmi lesquelles 6 missions prioritaires, **immédiatement mobilisables et susceptibles de renforcer l'efficacité des parcours de soins et de générer des économies substantielles**, sans créer de nouvelles structures.

Tout au long du parcours de prise en charge, les PSAD peuvent être mobilisés auprès des patients grâce à la confiance acquise dans l'accompagnement de leurs prises en charge au domicile, mais également à l'important maillage des prestataires sur tout le territoire national.

Cette note est divisée en trois parties qui correspondent aux différents temps du parcours :

1. **L'amont**, qui intègre les mesures de prévention que les PSAD pourraient aider à mettre en place
2. **La phase intermédiaire du retour au domicile**, qui intègre la sortie de l'hôpital mais aussi les mesures de diagnostic du domicile que le PSAD pourrait conduire
3. **La phase de traitement et de suivi**, qui regroupe les différentes propositions donnant au PSAD un rôle d'accompagnement du patient plus important

Chacune de ces parties s'attache à valoriser l'intérêt des différentes propositions pour le patient et pour la collectivité dans son ensemble. Ce gain pour la collectivité est essentiellement matérialisé par une estimation des économies qui pourraient être réalisées grâce à l'application des propositions.

Enfin, **trois critères**, parfois cumulatifs, **nous ont permis d'identifier 6 propositions prioritaires** sur les 10 présentées dans la note :

- Des nouvelles missions proches des activités actuelles des PSAD et qui peuvent permettre, grâce à leur intervention, de passer à l'échelle et d'accélérer des dispositifs existants
- Des nouvelles missions qui apparaissent particulièrement innovantes et porteuses pour répondre à des besoins non adressés à date
- Des nouvelles missions qui permettraient de générer des économies substantielles pour le système de santé dans une dynamique d'efficacité

METHODOLOGIE

- › Analyse d'un corpus d'une quarantaine de rapports pour mieux comprendre les politiques publiques en vigueur, appréhender les enjeux du terrain et les mettre en parallèle avec nos propositions
- › Identification des points de blocage dans les parcours de prévention et prise en charge au domicile
- › Organisation d'une série d'entretiens avec des personnalités du monde de la santé et experts des PSAD
- › Réalisation de modélisations économiques grâce à une approche de sizing à l'appui de données publiques et d'estimations par le cabinet Nextep
- › Restitution dans une matrice d'analyse de l'amélioration de la pertinence des soins

SYNTHESE DES MISSIONS

1. Intégrer les PSAD aux dispositifs de prévention comme le Bilan Prévention et le programme ICOPE
2. Attribuer aux PSAD une mission « Vigilance Canicule(s) »
3. Elargir les missions des infirmiers PSAD en les intégrant dans les campagnes de vaccination contre les infections respiratoires
4. Faire des PSAD, les premières vigies de la santé environnementale au domicile avec une mission « Bilan d'environnement santé »
5. Transférer aux PSAD les missions du dispositif PRADO
6. Permettre aux PSAD de jouer un rôle dans le bon usage du médicament
7. Faire des PSAD des acteurs engagés dans la prévention tertiaire
8. Engager les PSAD dans la recherche clinique à domicile
9. Positionner les PSAD comme référents ALD au domicile
10. Donner aux PSAD un rôle d'appui dans la gestion des crises sanitaires ponctuelles

L'AMONT

Cette première phase correspond à la séquence qui précède l'arrivée du patient dans un parcours de soins. Elle intègre l'ensemble des propositions qui allouent une place plus importante aux PSAD dans la politique globale de prévention.

L'intérêt des politiques préventives n'est plus à démontrer dans l'amélioration de l'état de santé général de la population. Ces dernières années, les pouvoirs publics se sont attachés à transformer les politiques publiques de santé afin de renforcer la place de la prévention en impliquant les acteurs de l'écosystème.

Du fait de leur lien avec les patients, les PSAD doivent pouvoir trouver leur place dans les dispositifs de prévention, actuels et futurs, à partir de leurs capacités d'action, au même titre que les autres acteurs de santé.

Plusieurs objectifs peuvent être poursuivis dans l'amont du parcours de soins :

- **Associer les PSAD aux politiques existantes** : plusieurs dispositifs pourraient bénéficier du renfort des PSAD, qu'il s'agisse de ressources humaines ou de compétences techniques, pour en améliorer l'efficacité
- **Développer de nouvelles modalités de prévention propres aux PSAD** : le lien des PSAD avec les patients, particulièrement les personnes âgées, ainsi que leur capacité à opérer au domicile ouvre la possibilité détecter de façon précoce de multiples risques pour la santé.
- **Positionner le PSAD sur des sujets plus prospectifs qui renvoient à ses compétences** : la prévention du futur a ses propres besoins et enjeux auxquels le PSAD peut répondre grâce à son expertise métier

Liste des propositions sur l'amont

1. Intégrer les PSAD aux dispositifs de prévention comme le Bilan Prévention et le programme ICOPE
2. Attribuer aux PSAD une mission « Vigilance Canicule(s) »
3. Elargir les missions des infirmiers PSAD en les intégrant dans les campagnes de vaccination contre les infections respiratoires
4. Faire des PSAD, les premières vigies de la santé environnementale au domicile avec une mission « Bilan d'environnement santé »

Proposition n°1 | Intégrer les PSAD aux dispositifs de prévention comme le Bilan Prévention et le programme ICOPE – Priorité

-
- Associer les PSAD au suivi des Bilans Prévention et à la mise en œuvre des plans personnalisés de prévention, en facilitant la collecte et la transmission de données utiles aux professionnels référents.
 - Impliquer les PSAD dans la prévention de la dépendance des seniors (Integrated Care for Older People, ICOPE), grâce au repérage et au partage des signaux de fragilité. S'appuyer sur leurs équipes de proximité, notamment les infirmiers, pour renforcer la prévention par un forfait de prévention active à domicile incluant repérage, auto-questionnaires et orientation vers les parcours adaptés.
-

Pertinence de la proposition

Cette proposition s'inscrit dans une logique de complémentarité d'action avec les dispositifs existants, et peut être envisagée de deux manières :

- D'une part, les PSAD pourraient agir en complémentarité des professionnels de santé classiques réalisant le Bilan Prévention et rattachés au programme ICOPE. Pour faire face au mur démographique et lutter contre les déserts médicaux, l'intervention des PSAD permettrait de renforcer la capacité du système de santé à assurer une prévention auprès des populations fragiles.
- D'autre part, les PSAD pourraient agir en complémentarité des forfaits qu'ils proposent déjà, permettant ainsi de capitaliser sur les visites déjà réalisées auprès de patients déjà connus et suivis. L'objectif serait d'y adosser ces actions de repérage et de prévention, sans surcoût logistique majeur.

Intérêt pour le patient

- Repérer précocement les signaux de fragilité/ les risques spécifiques/ les signaux de dégradation de l'état de santé des patients consultés
- Favoriser une orientation rapide et efficiente des patients vers les professionnels de santé opportuns et/ou les dispositifs spécifiques (éducation thérapeutique, hospitalisation à domicile, dispositifs sociaux, etc.)
- Accompagner en continu et de manière plus personnalisée les patients (suivi régulier des auto-questionnaires, alertes transmises au médecin traitant, prévention active « en temps réel » au domicile, etc.)

Intérêt pour la collectivité

- Contribuer à la lutte contre les déserts médicaux en garantissant une présence de proximité dans les territoires sous-dotés, grâce au maillage territorial existant des PSAD
- Favoriser l'atteinte des objectifs visés par le programme ICOPE et par les mesures du Bilan Prévention tout en s'inscrivant dans le cadre des financements prévention de l'Assurance Maladie
- S'appuyer sur le fort maillage territorial des PSAD pour relayer les stratégies et campagnes de prévention ciblée (nutrition, activité physique, prévention des chutes, santé mentale), y compris auprès des publics isolés
- Renforcer l'équité territoriale et sociale en portant la prévention jusqu'aux publics éloignés du système de soins, grâce à l'action des PSAD comme relais de santé publique à domicile, passant d'une logique de mise à disposition de matériel à une logique d'accompagnement.

Intérêt pour les PSAD

- Pourquoi ?

La France comptera 700 000 seniors en situation de dépendance supplémentaires d'ici 2050, pour un total de 2,8 millions de personnes concernées.¹ Cette augmentation du nombre de seniors dépendants n'est pas sans conséquence. Le développement de structures et de dispositifs dédiés à l'accompagnement des seniors en perte d'autonomie doit être pensé dès maintenant. Pour faire face au mur du vieillissement, les professionnels de santé doivent être accompagnés par d'autres professions, comme les PSAD.

En outre, dans un contexte de pénurie de certains professionnels de santé, en particulier dans les zones rurales du territoire (déserts médicaux), les PSAD représentent un levier immédiat pour renforcer la prévention et la détection précoce des fragilités.

Les dispositifs de prévention précités, le Bilan Prévention et le programme ICOPE, sont aujourd'hui insuffisamment déployés sur le territoire, faute de ressources humaines et financières suffisantes. Les seniors et les personnes isolées y accèdent peu, ne bénéficiant pas d'un suivi de proximité assez solide. Pourtant, la généralisation d'ICOPE en particulier constitue bel et bien un chantier ouvert et prioritaire pour les pouvoirs publics².

En tant qu'acteurs de terrain, les PSAD interviennent déjà auprès de ces publics fragiles. Familiers de ces environnements, ils disposent d'un lien de confiance renforcé et sont en première ligne pour effectuer un repérage simple des fragilités (auto-questionnaires, détection des signes), afin de relayer les informations vers les acteurs du parcours.

Sur le plan organisationnel, cette évolution permettrait un développement des activités des PSAD vers la prévention, tout en favorisant la montée en compétence des équipes et le renforcement de la coordination avec les CPTS et les médecins de ville. Ce rôle contribuerait par ailleurs à soulager directement les professionnels de santé dans les territoires sous tension.

Si elle constitue une activité relativement peu lucrative, cette proposition est toutefois structurante pour la profession, ouvrant l'accès à d'autres missions : vaccination, environnement santé, etc. À moyen terme, cette diversification des missions pourrait également intéresser les mutuelles en tant que co-financeurs, grâce à une réduction du risque assurantiel lié aux hospitalisations évitables, et en tant que levier stratégique de leur rôle dans la prévention.

- Comment ?

Lors d'une visite de suivi classique, le PSAD réalise un bilan, simple et rapide (30 à 60 minutes), pour identifier plus précisément les modes de vie et l'environnement du patient, récolter des données (âge, pathologies, contacts avec les équipes médicales) et identifier les potentiels risques et fragilités. En cas de signaux faibles, le PSAD alerte le médecin traitant via le dossier médical partagé/MSSanté ou un courrier. Le médecin validera les suites à donner (orientation vers le bon professionnel, mise en place d'un suivi, etc.). Ce suivi pourra être assuré ensuite par le PSAD, en prévention et de manière personnalisée (PPP), avec un planning de rendez-vous sur les 6 à 12 prochains mois.

Pour les PSAD, la mise en œuvre de cette proposition implique le développement de nouveaux savoir-faire centrés sur le repérage précoce des fragilités et la formalisation d'un reporting structuré vers les professionnels référents. Le volume d'activité pourrait comptabiliser 1 à 2 bilans annuels auprès d'un public cible (seniors, personnes isolées, etc.)

¹ Etude Insee, France info, 22/10/2025

² Cf. déclaration de l'ex-conseiller Prévention, accès aux soins et transformation des métiers auprès de Charlotte Parmentier-Lecoq, ex-ministre déléguée chargée de l'Autonomie et du Handicap (gouvernement de François Bayrou, 13/12/2024-09/09/2025).

estimé entre 500k et 1M de personnes (<4M de personnes de plus de 65 ans dont 1,5M de seniors fragiles ou en risque d'isolement).

Enfin, dans un objectif d'efficience, cette visite pourrait être mutualisée avec d'autres interventions déjà réalisées par le PSAD (vérification d'un dispositif médical ou autre). Cette approche favoriserait la rationalisation des déplacements, la cohérence du parcours de soins et l'optimisation des coûts pour l'Assurance Maladie comme pour les prestataires, tout en contribuant à réduire les inégalités territoriales de santé.

Le financement de la proposition pourrait aussi être assumée, pour partie ou en intégralité, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, au titre de son mandat de prévention de la perte d'autonomie.

Potentiel d'économies : ~20 à 70 M€ / an

- Type de financement : forfait dépistage/repérage PSAD (forfait prévention active) : ~ 80–120 €
 - Référence : le Bilan Prévention Assurance Maladie est valorisé à ~60–80 € (données CNAM 2024)
 - Hypothèse : un suivi actif et régulier à domicile (repérage de fragilités, passation d'auto-questionnaires, transmission des données, orientation), plus proche des coûts de certains programmes d'éducation thérapeutique (~100–150 €/an selon la HAS)
 - Positionnement médian : 80–120 € reflète un forfait léger (moins coûteux qu'un programme d'éducation thérapeutique complet) mais plus étendu qu'un Bilan Prévention
- Événements évités (hospitalisations liées aux chutes, décompensations nutritionnelles, dépendance retardée) : ~ 120–190 €
 - Chutes graves
 - Coût moyen d'une chute avec hospitalisation : ~ 9 000 € (HAS, 2020)
 - Fréquence annuelle chez les >75 ans : 10–12 % (Santé publique France)
 - Hypothèse : prévention active permet d'éviter 5–10 % des chutes.
 - Gain attendu : 45–90 €/patient/an.
 - *Dénutrition / décompensations nutritionnelles*
 - Hospitalisation évitable liée à la dénutrition : ~ 2 500 € (CNAM, 2022)
 - Prévalence des hospitalisations nutritionnelles : 2–3 %/an chez les patients fragiles (HAS, PNNS)
 - Hypothèse : réduction de 5–8 % de ces hospitalisations
 - Gain attendu : 25–40 €/patient/an
 - *Dépendance retardée (entrée en EHPAD)*
 - Coût annuel moyen d'une entrée en dépendance : ~ 20 000 € (CNSA)
 - Hypothèse : 0,2–0,5 % des patients suivis retardent d'1 an la perte d'autonomie
 - Gain attendu : 50–60 €/patient/an
 - Total estimé : 120–190 €/patient/an
- Gain net : 40–70 € / patient / an
- Multiplié par 500k–1M de personnes → 20 à 70 M€ / an.

Leviers d'action

- › Formation des équipes PSAD aux outils ICOPE et aux Bilans Prévention, en lien avec les formations des autres acteurs du domicile (SSIAD, EHPAD, CPTS)
- › Conventionnements locaux avec ARS/SPDA, adossés à une expérimentation nationale (type article 51 ou avenant conventionnel) pour intégrer les PSAD aux actions de prévention
- › Elaboration d'un forfait prévention à domicile incluant repérage des fragilités, auto-questionnaires, transmission aux CPTS
- › Révision des Plans personnalisés de prévention (PPP), sur décision médicale partagée, pour intégrer un PSAD lorsque les actions de prévention l'exigent

Proposition n°2 | Attribuer aux PSAD une mission « Vigilance Canicule(s) » – Priorité

Face au poids croissant de cette menace de santé publique, mobiliser les PSAD auprès des patients qu'ils suivent pour s'assurer qu'ils soient protégés, connaissent les gestes de prévention et habitudes de sécurité et que leurs logements sont équipés correctement. Le cas échéant, que les PSAD soient aussi impliqués auprès des collectivités, avec un rôle d'alerte des municipalités de la présence de personnes vulnérables.

Pertinence de la proposition

Intérêt pour le patient

- Prévenir les situations à risque en rappelant les gestes de prévention essentiels (hydratation, conseils pratiques, etc.)
- Détecter les logements dont les conditions de sécurité climatique ne sont pas ou mal adaptées pour identifier des améliorations clés
- Assurer un rôle de prévention et de vigilance dans les territoires sous-dotés en professionnels de santé dans lesquels la surveillance des populations âgées ou isolées est plus complexe

Intérêt pour la collectivité

- Disposer d'un dispositif de veille d'alerte précoce mobilisable à l'échelle des territoires grâce à des acteurs de proximité
- Soutenir les plans canicule des ARS et des collectivités, en lien avec les services sociaux et les CCAS
- Réduire les hospitalisations évitables et la mortalité, en progression, associée aux épisodes de canicule

Intérêt pour les PSAD

- Pourquoi ?

Les épisodes de canicule constituent une menace de santé publique croissante, notamment chez les plus de 75 ans, particulièrement touchés par une surmortalité et un accroissement des hospitalisations liées à la chaleur. Or, le ministère de la Santé et les collectivités peinent à aller chercher les cibles à domicile : une part non négligeable des seniors autonomes et des personnes isolées échappent aux dispositifs d'alerte. Pour les mairies, la tenue de ces registres municipaux est lourde au niveau administratif, d'autant plus que le repérage repose sur le volontariat (inscriptions réalisées par les proches ou par les personnes concernées elles-mêmes).

Les PSAD pourraient ainsi constituer le bras armé opérationnel de cette politique, en assurant la détection, le contact et le suivi des personnes vulnérables directement au domicile, en articulation avec les services municipaux et les ARS. Les PSAD sont en effet en contact direct et régulier avec ces publics. Grâce à cela, et au maillage territorial dont ils disposent, ils peuvent jouer un rôle de « vigie sanitaire » complémentaire à ces mesures, en alertant précocement au moindre signal. En outre, cette capacité à intervenir rapidement, y compris dans les déserts médicaux, permet d'assurer une surveillance là où les professionnels de santé sont très peu, et ainsi éviter des situations de rupture de suivi pendant les périodes de crise.

La mise en œuvre de cette mesure est structurante pour les PSAD, tant sur le plan organisationnel que sur la montée en compétence des équipes. Elle implique l'apprentissage de nouvelles compétences liés à la prévention des risques climatiques (capacité à repérer les signes précoces de déshydratation et à évaluer la sécurité du logement). Cette évolution permettrait aux PSAD de valoriser leur rôle en période de gestion de crise, tout en renforçant leurs liens avec les acteurs institutionnels locaux (ARS et collectivités notamment).

Sur le plan économique, il s'agirait d'une mission par nature saisonnière et récurrente, appelée à s'intensifier à chaque période estivale. Bien que sa rentabilité directe soit modérée, cette mission permet aux PSAD de se positionner comme acteurs incontournables dans les territoires et de renforcer leur reconnaissance auprès des autorités sanitaires et sociales.

- *Comment ?*

L'implication des PSAD doit s'articuler autour des dispositifs existants. Lors de l'activation du plan « Vigilance Canicule(s) », le PSAD identifie parmi ses patients ceux considérés comme à risque (personnes âgées, patients chroniques ou dépendants, etc.). Un appel téléphonique (et une visite si nécessaire) est ensuite réalisé selon un protocole harmonisé : vérification des conditions de logement (température, aération, équipements), rappel des gestes de prévention essentiels (hydratation, ventilation, protection solaire) et repérage des premiers signes d'alerte (déshydratation ou hyperthermie).

En cas de situation préoccupante, le PSAD peut le signaler immédiatement auprès des professionnels référents, et assurer un suivi sur le long terme. Dans les zones où la densité médicale est faible, les PSAD peuvent aussi être mobilisés en premier niveau d'alerte, assurant la transmission d'informations vers les ARS ou les cellules de crise locales, en coordination avec les services municipaux.

Pour garantir la faisabilité d'un tel dispositif, les PSAD doivent être pleinement associés aux plans canicule dès leur lancement. Pour cela, ils doivent ainsi être formés à la détection des signaux d'alerte liés à la chaleur.

Dans la pratique, cette mesure mobiliserait les équipes sur une période donnée (juin-juillet-août) : 1 à 2 appels par patient ciblé, assortis d'une visite si nécessaire et selon la situation. Population-cible à affiner : 1 million de personnes âgées sans proches, 500K en situation d'isolement social.

Potentiel d'économies : ~15 à 60 M€ / an

- Coût action PSAD (appel + visite courte + reporting) : ~ 40–60 €
 - Appel de prévention (~ 10–15 min) : valorisé sur la base du coût horaire moyen d'un PSAD (~30–40 €/h), soit ~ 8–10 € / appel.
 - Visite de contrôle (~ 30–45 min) : aligné au coût d'une visite infirmière à domicile (frais de déplacement compris, CNAM), soit ~ 25–35 €.
 - Reporting (~ 10 min) : traitement administratif valorisé à 5–10 € sur la base des coûts moyens des PSAD
- Événements évités (déshydratations, coups de chaleur, aggravations pathologies chroniques) : ~ 70–120 €
 - Hospitalisations pour déshydratation sévère : coût moyen d'un séjour court MCO ~ 3 800–4 200 € (ATIH, base nationale coûts hospitaliers).
 - Hospitalisations chez les +75 ans : près de 80% des hospitalisations liées aux fortes chaleurs concernent les +75, soit une fréquence annuelle d'environ 2,3 % dans cette population (Santé publique France).
 - Hypothèse de réduction des hospitalisations par la prévention active : baisse de 5–8 % (HAS).
 - Ajout aggravations pathologies chroniques : environ 0,5–1 % de ré-hospitalisations évitables par prévention de la chaleur (CNAM), soit 25–40 € de gains complémentaires.
- Gain net : 30–60 € / patient / été
- Multiplie par 500k–1M patients dépendants/vulnérables ciblés

Leviers d'action

- › Mobilisation des PSAD comme relais dans les zones de déserts médicaux, via des conventions locales avec les ARS, pour assurer une présence territoriale homogène face aux risques climatiques
- › Intégration des PSAD dans les dispositifs existants (plans canicules) et création d'une fiche action PSAD dédiée
- › Diffusion d'un protocole opérationnel standardisé chez les équipes PSAD (grille de repérage, messages-clés, modalités de signalement)
- › Intégration d'un module « vigilance climatique » ou apparenté dans les forfaits complémentaires santé afin de financer durablement l'action préventive de façon ciblée

Proposition n°3 | Elargir les missions des infirmiers PSAD en les intégrant dans les campagnes de vaccination contre les infections respiratoires – Priorité

Intégrer les infirmiers PSAD dans les campagnes de vaccination contre les infections respiratoires auprès des publics isolés et fragiles à domicile, parmi leurs patients déjà suivis, en s'appuyant sur leur maillage territorial et leur proximité avec les patients. Cette intervention vise à renforcer la couverture vaccinale nationale, en complément des dispositifs existants et des infirmiers libéraux. La proposition implique un renforcement du suivi du statut vaccinal lors des visites et une capacité d'injection à domicile, évitant l'hésitation vaccinale ainsi que les déplacements pour les patients.

Pertinence de la proposition

Intérêt pour le patient

- Faciliter l'accès à la vaccination à domicile, sans déplacement, pour les publics fragiles
- Assurer un suivi personnalisé du statut vaccinal et rappeler les échéances vaccinales lors des visites régulières

Intérêt pour la collectivité

- Améliorer la couverture vaccinale dans tous les territoires, y compris ruraux, dans les zones sous-dotées et les zones complexes d'accès comme en montagne, grâce au maillage des PSAD
- Offrir une capacité opérationnelle modulable selon les régions (et besoins) sur décision des pouvoirs publics
- Améliorer la traçabilité et le suivi du statut vaccinal au niveau national et optimiser les données de couverture vaccinales
- Réduire le nombre d'hospitalisations évitables liées aux pathologies infectieuses respiratoires (grippe, Covid, pneumocoque...)

Intérêt pour les PSAD

La couverture vaccinale des personnes ciblées par les campagnes de vaccinations reste insuffisante aujourd'hui : par exemple, moins de 60% sont effectivement vaccinées contre la grippe saisonnière selon Santé publique France. Dans une logique de simplification administrative, et d'accès à la vaccination, les infirmiers PSAD doivent disposer des mêmes droits et prérogatives que les infirmiers libéraux ou salariés en matière de vaccination.

Potentiel d'économies : ~30 à 100 M€ / an

- Coût forfait PSAD « vaccination » (revue + carnet + injection) : ~ 25–40 €
- Événements évités :
 - Hospitalisations grippe/pneumonie évitées : ~ 80–120 €
 - Consultations/urgences évitées : ~ 20–40 €
- Économies brutes : 100–160 €
- Gain net : 60–120 € / patient vacciné
- Multiplie par 500k–800k patients isolés/fragiles

Leviers d'action

- › Création d'un acte forfaitaire « vaccination » par les infirmiers PSAD, incluant une revue du statut vaccinal via le dossier médical partagé et MesVaccins.net (interface permettant un bilan simple des vaccins à faire, ne nécessitant pas d'expertise médicale spécifique)
- › Intégration systématique des PSAD dans les stratégies vaccinales nationales et régionales via les ARS et selon le calendrier des campagnes hivernales

Proposition n°4 | Faire des PSAD, les premières vigies de la santé environnementale au domicile avec une mission « bilan d'environnement santé »

Intégrer aux missions des PSAD un « bilan d'environnement santé » au domicile : repérage des sources d'humidité, moisissures, polluants intérieurs, risques liés à l'air (tabac, monoxyde, solvants), conseils d'adaptation ou d'orientation vers des dispositifs publics (Anah, MaPrimeAdapt') et traçabilité numérique via une application dédiée, avec signalement possible aux CPTS, Plateformes territoriales d'appui ou services sociaux.

Pertinence de la proposition

Intérêt pour le patient

- Faciliter l'identification précoce des sources de troubles respiratoires, d'allergies ou de pathologies chroniques
- Sensibiliser aux bonnes pratiques en matière d'environnement intérieur et réduire l'errance thérapeutique
- Être orienté vers les dispositifs et aides disponibles selon leur situation (MaPrimeAdapt' pour l'aménagement du logement des personnes âgées ou en situation de handicap ; Anah pour l'aide à la rénovation, etc.)
- Améliorer le confort et la qualité de vie des patients au quotidien

Intérêt pour la collectivité

- Appuyer les acteurs institutionnels locaux (départements, collectivités, caisses) via la pré-identification de situations prioritaires
- Renforcer les politiques locales de santé et d'habitat grâce à la collecte de données environnementales consolidées (ARS, collectivités)
- Réduire les consultations évitables liées à des pathologies respiratoires
- Renforcer et contribuer au maillon du domicile du Plan national santé environnement (PNSE 4)

Potentiel d'économies : ~15 à 50 M€ / an

- Coût bilan environnement santé PSAD : ~ 100–150 €
- Événements évités (exacerbations BPCO, asthme, intoxications, chutes liées au logement...) : ~ 150–250 €
- Gain net : 50–100 € / patient / an
- Multiplié par 300k–500k patients ALD respiratoires ou fragiles

Leviers d'action

- › Élaboration d'une grille nationale de repérage environnement santé (validée par les autorités de santé) à intégrer dans les visites à domicile effectuées par les PSAD
- › Formations de sensibilisation à la santé environnementale pour les équipes PSAD, notamment animées par les conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI) pour passer à l'échelle une expertise encore rare
- › Déploiement d'un outil numérique de traçabilité et de signalement vers les CPTS, PTA, services sociaux et collectivités
- › Mise en place de partenariats opérationnels avec les plateformes logement, l'Anah, les bailleurs sociaux, etc.

Synthèse des propositions pour L'AMONT

Proposition	Potentiel d'économies/an
N°1 – Intégrer les PSAD aux dispositifs de prévention comme le Bilan Prévention et le programme ICOPE	20 à 70M€
N°2 – Donner aux PSAD une mission « Vigilance Canicule(s) »	15 à 60 M€
N°3 – Elargir les missions des infirmiers PSAD en les intégrant dans les campagnes de vaccination contre les infections respiratoires	30 à 100M€
N°4 – Faire des PSAD, les premières vigies de la santé environnementale au domicile avec une mission « bilan d'environnement santé »	15 à 50M€

Légende : <50M€ | 50 à 100M€ | >100M€

LE RETOUR AU DOMICILE

L'étape du retour à domicile est une phase essentielle pour la sécurité et la réussite du parcours de soins du patient. Après l'initiation du traitement ou l'hospitalisation, il doit en effet faire face au besoin de continuité des soins dans un environnement qui n'y est pas forcément propice. Cette transition exige un suivi attentif, une coordination fluide avec le médecin traitant et les structures locales de santé, ainsi qu'un accompagnement adapté aux besoins individuels du patient. Assurer une initiation réussie du traitement au domicile permet non seulement de sécuriser la récupération et de prévenir les complications, mais aussi de favoriser l'autonomie, la confiance et l'adhésion du patient à son parcours de soins. Dans ce contexte, la présence et l'expertise des PSAD apparaissent indispensables pour garantir la qualité, la continuité et la personnalisation du suivi au domicile, tout en contribuant à l'efficacité globale du système de santé.

Plusieurs objectifs d'amélioration peuvent être poursuivis dans cette nouvelle phase :

- **Mettre à contribution les PSAD pour diminuer le risque d'erreur thérapeutique et renforcer l'observance**, en accompagnant mieux le patient et en œuvrant à l'amélioration de ses connaissances des traitements qu'il doit prendre
- **Faire du PSAD un acteur de la démocratie en santé** avec un rôle d'information générale du patient

Liste des propositions sur le retour au domicile

5. Transférer aux PSAD les missions du dispositif PRADO
6. Permettre aux PSAD de jouer un rôle dans le bon usage du médicament

Proposition n°5 | Transférer aux PSAD les missions du dispositif PRADO – Priorité

Proposer l'intervention des PSAD en soutien à l'Assurance Maladie sur le dispositif de retour au domicile PRADO (Programme de Retour À Domicile), au niveau national ou au niveau local sur demande des CPAM locales.

Pertinence de la proposition

Intérêt pour le patient

- Améliorer la continuité des soins après une hospitalisation, en garantissant un relais immédiat à domicile
- Réduire le stress lié à la sortie d'hôpital en permettant au PSAD d'assurer la coordination des rendez-vous, de vérifier le matériel si besoin et d'apporter un support dans les démarches
- Assurer un suivi proactif en cas de complications (repérage précoce des signaux d'alerte) et ainsi renforcer l'observance thérapeutique

Intérêt pour la collectivité

- Fluidifier les services hospitaliers et réduire leur surcharge, en particulier en période de tension (vagues épidémiques, plans blancs, etc.) ou dans les territoires en tension
- Renforcer la coordination territoriale entre l'Assurance Maladie, les établissements de santé, les médecins traitants et les PSAD
- Réduire le taux de réhospitalisation avec un effet sur l'expérience et la qualité des soins, notamment mesurés à travers les PREMS et les PROMS

Intérêt pour les PSAD

- Pourquoi ?

Si le dispositif PRADO a démontré son efficacité pour certains parcours (maternité, chirurgie, insuffisance cardiaque), sa mise en œuvre reste limitée : il ne couvre qu'une partie des patients éligibles, faute de moyens humains suffisants.

En intégrant les PSAD dans le dispositif, il serait possible de sécuriser et d'uniformiser le retour à domicile, en s'appuyant sur des acteurs déjà implantés et réactifs. Cette évolution représente pour les PSAD une diversification d'activité dans l'appui à la continuité des soins.

Cette mission constituerait une activité rentable et pérenne, appuyée sur le cœur de métier des PSAD (logistique, coordination, accompagnement du patient). Elle viendrait compléter leurs activités initiales par une fonction de pilotage des parcours, renforçant à nouveau leur légitimité comme acteurs du virage domiciliaire.

Il convient néanmoins de rappeler que ce dispositif est aujourd'hui souhaité et activement mobilisé par les ARS et les CPTS, qui assurent un rôle de coordination au niveau territorial. Le déploiement de la mission via les PSAD doit s'articuler autour de ces structures, et avec leur implication. Par exemple, les CPTS pourraient, dans leur travail de coordination avec les acteurs de proximité, intégrer les PSAD dans les référentiels du dispositif.

- Comment ?

Concrètement, le transfert de missions PRADO aux PSAD pourrait se faire sous forme d'expérimentations régionales : lorsqu'un patient sort ou va sortir de l'hôpital, il bascule dans un parcours PRADO classique qui appelle à la fois une sollicitation par l'ARS d'une CPTS locale mais aussi la construction du « parcours » par une CPTS. La CPTS fait alors appel au PSAD, qui intervient dans les 24 à 48 heures suivant la sortie pour s'assurer que les rendez-vous médicaux, infirmiers ou kinésithérapeutiques sont planifiés ou vont l'être, pour informer le patient sur les démarches à suivre et transmettre un compte rendu de sortie synthétique au médecin traitant.

Pour garantir la cohérence du dispositif, les PSAD pourraient être intégrés aux réunions de liaison hôpital-ville si elles ont lieu. Des formations ciblées (repérage des risques post-hospitalisation, communication interprofessionnelle) viendraient compléter le dispositif.

Sur le plan organisationnel, cette mission implique une mobilisation ponctuelle mais à fort impact : une à deux visites par patient, sur une période d'un mois, avec possibilité d'appels pour un suivi à distance. Pour les PSAD, cela représente une activité complémentaire pleinement intégrable dans leurs circuits existants, tout en valorisant leurs compétences organisationnelles et leur capacité à se positionner comme coordinateurs entre l'hôpital et la ville.

Potentiel d'économies : 15 à 70 M€ / an

- Logique d'efficacité accentuée par la possibilité d'un financement par le redéploiement des crédits actuellement alloués au PRADO, sans coût supplémentaire pour la collectivité.
- Coût actuel aide CPAM/retour à domicile : ~ 400–500 €
 - PRADO maternité : ~ 250 € / patient ; PRADO chirurgie : ~ 400 € / patient ; PRADO insuffisance cardiaque : ~ 500–550 € / patient (source : CNAM)
- Coût PSAD pour mission équivalente : ~ 250–300 €. Cette estimation est basée sur 1 à 2 visites de contrôle de 45-60 min chacune (1h30-2h au total), valorisées sur le taux horaire moyen d'un PSAD (30-40€/h), en ajoutant les frais de coordination et reporting (40-60€) et en réduisant le total de 15-20% compte tenu de la potentielle mutualisation avec d'autres visites prévues selon les patients (hors maternité).
- Gain net : 150–200 € / patient
- Multiplie par 100–300k patients concernés
- Economies indirectes (réhospitalisations évitées : 250–300 € / patient, estimées à 5-10% des patients) : +2 à 9M€ → 16 à 70 M€ / an

Leviers d'action

- › Elaboration d'un forfait spécifique post-hospitalisation coordonné par les PSAD : critères d'inclusion, bénéfices apportés, etc.
- › Développement de protocoles partagés pour la sortie d'hospitalisation, associant les PSAD, les professionnels hospitaliers et les médecins traitants
- › Expérimentations via appels à projets CPAM/ARS, dans des territoires pilotes, pour démontrer l'efficacité et la soutenabilité du modèle

Proposition n°6 | Permettre aux PSAD de jouer un rôle dans le bon usage du médicament

Positionner le PSAD comme relais du médecin traitant sur le bon usage du médicament ; lui permettre de jouer un rôle direct ou indirect dans la gestion quotidienne des traitements oraux ; développer un rôle de vigie de l'automédication.

Pertinence de la proposition

Intérêt pour le patient

- Sécuriser la prise de médicaments/traitements à domicile, notamment pour les personnes âgées et les patients polypathologiques
- Prévenir l'automédication inappropriée et les interactions médicamenteuses
- Réduire les complications évitables liées à un mauvais usage (oubli, surdosage, doublons, erreurs, etc.)
- Alléger la charge mentale des aidants familiaux en soutenant la gestion de traitements complexes

Intérêt pour la collectivité

- Améliorer la compréhension et l'adhésion aux traitements grâce à une pédagogie régulière au domicile
- Réduire l'impact négatif, qu'il soit sanitaire, économique ou environnemental, de la iatrogénie médicamenteuse responsable d'hospitalisations
- Repérer précocement les comportements à risque (automédication, interruptions de traitement répétés, doublons de prescription, etc.)
- Contribuer à l'efficacité du système de soins en réduisant les hospitalisations et consultations évitables liées au mauvais usage

Potentiel d'économies : ~40 à 120 M€ / an

- Coût mission PSAD (gestion pilulier, alertes, relais MT) : ~ 150–200 €
- Événements évités :
 - Hospitalisations iatrogènes/observance : ~ 250–350 €
 - Consultations/urgences évitées : ~ 50–70 €
 - Économies brutes : 300–420 €
- Gain net : 100–220 € / patient / an
- Multiplie par 400k–600k patients âgés/polypathologiques → 40 à 120 M€ / an

Leviers d'action

- › Création d'un forfait « bon usage médicament à domicile », par les PSAD, associé à une visite régulière de suivi
- › Développement de grilles d'évaluation de l'observance et de check-lists sécuritaires intégrées dans les outils PSAD
- › Autorisation réglementaire claire pour les PSAD de transmettre une alerte (iatrogénie, non-observance) aux prescripteurs ou aux professionnels de santé référents
- › Elaboration de campagnes de sensibilisation régionales avec les ARS ou les URPS pour promouvoir la mission et informer patients et aidants

Synthèse des propositions pour **LE RETOUR AU DOMICILE**

Proposition	Potentiel d'économies/an
N°5 – Transférer aux PSAD certaines missions du dispositif PRADO	15 à 70 M€
N°5 – Permettre aux PSAD de jouer un rôle dans le bon usage du médicament	40 à 120M€

Légende : <50M€ | 50 à 100M€ | >100M€

LE TRAITEMENT ET LE SUIVI

Le suivi du patient traité à son domicile est au cœur des expertises du PSAD. Aujourd'hui cantonnée à l'accompagnement des patients dont la prise en charge implique le recours à un dispositif médical, cette mission de suivi du patient au domicile pourrait être élargie à d'autres domaines.

Comment structurer ces nouvelles missions ? Plusieurs logiques doivent prévaloir :

- **Aller plus loin dans les domaines d'intervention actuels** du PSAD, en proposant par exemple un rôle renforcé auprès des patients en Affection Longue Durée (ALD)
- **Mobiliser le PSAD sur des sujets innovants au domicile**, qui exigent des conditions de sécurité ou conformité importantes, comme la recherche clinique

Liste des propositions sur le traitement et le suivi

7. Faire des PSAD des acteurs engagés dans la prévention tertiaire
8. Engager les PSAD dans la recherche clinique à domicile
9. Positionner les PSAD comme référents ALD au domicile
10. Donner aux PSAD un rôle d'appui dans la gestion des crises sanitaires ponctuelles

Proposition n°7 | Faire des PSAD des acteurs engagés dans la prévention tertiaire – Priorité

La prévention tertiaire vise à éviter l'aggravation d'une maladie, notamment les maladies chroniques, et à réduire les complications et les risques de rechute. Elle consiste à maintenir l'autonomie des patients déjà diagnostiqués et amoindrir les effets et séquelles de la pathologie via un accompagnement éducatif, thérapeutique et numérique.

Dans un contexte de vieillissement de la population, d'augmentation des maladies chroniques et de virage domiciliaire, cette approche doit être un levier majeur pour renforcer l'efficacité du système de santé.

Les PSAD, par leur présence quotidienne au domicile et leur rôle pivot entre patient, médecin et aidants, disposent d'un positionnement unique pour agir sur la prévention tertiaire.

Cette proposition s'articule autour de plusieurs thématiques clés : l'éducation thérapeutique, l'accompagnement à la santé numérique et le suivi de l'observance thérapeutique.

Pertinence de la proposition

Intérêt pour le patient

- Maintenir plus longtemps son autonomie à domicile, grâce à des outils d'alerte, de suivi et d'assistance et renforcer la capacité du patient à comprendre, gérer et vivre avec sa maladie, directement à son domicile
- Réduire le stress et la qualité de vie pour les proches aidants (notification de chute, rappel de traitement...)
- Bénéficier d'un accompagnement personnalisé pour choisir, installer et utiliser des outils adaptés à la situation de chaque patient (télésurveillance, capteurs de chute, piluliers connectés...)
- Accéder à une éducation thérapeutique plus souple, intégrée dans le quotidien du patient et adaptée à son environnement
- Améliorer l'observance thérapeutique grâce à un suivi numérique (rappels de traitement, traçabilité des usages, retour d'information vers le prescripteur)

Intérêt pour la collectivité

- Améliorer l'efficacité des soins en diminuant les complications, en réduisant les recours inutiles et en renforçant l'observance
- Accélérer le virage numérique en santé dans des populations aujourd'hui peu équipées
- Réduire les situations à risque (chutes non détectées, rupture de prise en charge, isolement...) et ainsi leurs coûts pour le système de santé
- Améliorer l'interopérabilité des dispositifs de télésuivi en s'appuyant sur un acteur déjà présent au domicile (PSAD)
- Compléter les dispositifs existants (maisons sport-santé, centres de santé, CPTS, associations de patients), en assurant une continuité éducative au domicile
- Optimiser le bon usage et la valorisation des dispositifs médicaux remboursés, en limitant les utilisations non conformes grâce au suivi d'observance réalisé par les PSAD

Intérêt pour les PSAD

- Pourquoi ?

L'éducation thérapeutique et l'accompagnement numérique s'inscrivent pleinement dans les missions de prévention tertiaire.

Les PSAD, en contact régulier avec les patients et leurs aidants, sont déjà des interlocuteurs de confiance pour sécuriser les soins et favoriser l'autonomie. Cette évolution permettrait à la fois de formaliser leur rôle éducatif et de conseil, souvent exercé de manière informelle, de renforcer la prévention au domicile en apportant des réponses concrètes aux besoins d'accompagnement des patients chroniques, mais aussi de réduire les inégalités territoriales d'accès à l'éducation thérapeutique et à la santé numérique, notamment dans les zones rurales ou sous-dotées.

Leur capacité à assurer un suivi des patients équipés de dispositifs médicaux en fait également des acteurs centraux de l'observance : ils disposent déjà des données d'usage (fréquence, durée, anomalies) et peuvent opérer un télésuivi pour alerter le médecin traitant ou l'équipe de soins en cas de rupture du traitement.

L'objectif n'est pas de remplacer les dispositifs existants, mais de compléter le maillage territorial en offrant une réponse ciblée et coordonnée, selon les besoins identifiés sur le terrain.

Concernant l'éducation thérapeutique plus spécifiquement, qui consiste à retarder la dégradation de l'état de santé, éviter les décompensations et maintenir l'autonomie du patient, il s'agirait pour les PSAD d'intervenir en complément de l'existant, sans se substituer aux dispositifs déjà portés par les établissements de santé ou les associations. En effet, les spécialités hospitalières couvrent déjà l'éducation thérapeutique dans de nombreux grands centres. Or, les disparités territoriales restent fortes : les patients diagnostiqués ou suivis en ville ou dans certaines zones rurales ont un accès beaucoup plus limité à ces programmes. L'enjeu est donc d'étendre l'accessibilité à l'éducation thérapeutique en ciblant les zones sous-dotées et les patients isolés, là où l'offre actuelle reste très partielle. Cette approche « au cas par cas » permet de relier les patients suivis en ville, en hospitalisation à domicile ou en soins de ville isolés, à une démarche d'éducation thérapeutique structurée et reconnue.

- Comment ?

Cette proposition s'articule autour de 2 volets :

1. Mobiliser les PSAD dans l'éducation thérapeutique du patient

Cette proposition vise à intégrer dans la nomenclature des actes dédiés à la réalisation de l'éducation thérapeutique, dans leurs domaines d'intervention actuels (apnée du sommeil, nutrition...) ou dans de nouveaux champs d'intervention, en appui du médecin prescripteur. Ces nouveaux champs pourraient inclure le diabète, la BPCO et autres pathologies respiratoires chroniques, ou l'insuffisance cardiaque.

L'implication des PSAD dans l'éducation thérapeutique pourrait se structurer autour de la création d'un « parcours éducation thérapeutique » spécifique à domicile, en lien direct avec le médecin prescripteur. À la suite de la prescription, le PSAD réaliserait une première séance d'explication avant d'assurer des entretiens de suivi éducatif à intervalles réguliers, afin de renforcer les connaissances du patient sur sa pathologie, son traitement et les signaux d'alerte à surveiller.

Ces échanges, d'une durée moyenne d'une heure, seraient documentés dans un « carnet éducation thérapeutique » dédié et intégré au dossier médical partagé, permettant le suivi des progrès du patient et le partage d'informations entre professionnels.

Les PSAD pourraient ainsi devenir opérateurs délégués de programmes d'éducation thérapeutique autorisés par les ARS, dans différents champs de compétence. Sur le plan organisationnel, cette mission impliquerait la formation et la désignation de référents « éducation thérapeutique » au sein des équipes. L'activité concernerait principalement les patients chroniques suivis au long cours (apnée du sommeil, diabète, BPCO, insuffisance cardiaque), avec un volume estimé entre 250 000 et 350 000 patients par an.

Il est également possible d'envisager l'extension de la liste des pathologies concernées à des affections qui n'exigent pas ou peu de matériel : maladies cardiovasculaires, maladies inflammatoires chroniques, pathologies psychiatriques, pathologies digestives non nutritionnelles...

Pour les PSAD, cette mission constituerait une activité pérenne et rentable à moyen terme, renforçant la légitimité de la profession en l'inscrivant pleinement dans la dynamique du virage domiciliaire.

2. Associer les PSAD aux aidants sur le recours à la domotique, aux objets connectés et au suivi de l'observance

Cette proposition vise à accompagner les patients dans le choix, l'installation et l'usage des outils connectés de santé, afin d'en garantir la pertinence, l'appropriation et l'interopérabilité avec les dispositifs existants de suivi ou de télésurveillance.

Concrètement, le PSAD interviendrait dès la phase d'équipement pour évaluer les besoins du patient, en tenant compte de sa pathologie, son environnement et son niveau d'autonomie numérique. Il assurerait ensuite l'installation et la configuration des dispositifs connectés (capteurs de chute, piluliers électroniques, tensiomètres ou glucomètres connectés, outils de télésuivi respiratoire, etc.), puis formerait le patient et ses proches à leur utilisation.

Des séances de suivi régulières permettraient de vérifier le bon usage des équipements, d'identifier d'éventuels freins ou dysfonctionnements et d'ajuster l'accompagnement si besoin.

Ce suivi pourrait inclure un volet d'observance active : les PSAD suivraient les données d'utilisation des dispositifs médicaux connectés afin de détecter précocement les ruptures de traitement et de mettre en place des actions correctives auprès du patient ou du prescripteur. Les informations collectées pourraient être intégrées au dossier médical partagé ou transmises via les plateformes de télésuivi existantes, et ainsi garantir une traçabilité du parcours.

À moyen terme, cet accompagnement permettrait de faire du PSAD un référent numérique de proximité, acteur clé du virage digital en santé et levier d'autonomie pour les patients chroniques ou âgés.

Potentiel d'économies : 85 à 190 M€ / an

1. Associer les PSAD aux aidants sur le recours à la domotique, aux objets connectés et au suivi de l'observance : ~60 à 100 M€ / an (seniors fragiles, numérique et dispositifs médicaux mal utilisés + mauvaise observance)

- Coût mission PSAD (accompagnement numérique, installation, formation, relais MT) : ≈ 80–120 €
- Événements évités :
 - Consultations évitables liées à un usage incomplet ou absent du numérique, ou à une mauvaise observance : ≈ 120–150 €
 - Hospitalisations évitables grâce au suivi et alertes numériques et à la détection des anomalies dans l'usage des dispositifs médicaux : ≈ 120–175 €
 - Économies brutes : 240–295 €
- Gain net : 120 à 215 € / patient / an
- Multiplié par 500k patients seniors fragiles bénéficiant du suivi

2. Mobiliser les PSAD dans l'éducation thérapeutique du patient : ~25 à 90 M€ / an

- Coût mission éducation thérapeutique PSAD (séances courtes, suivi, coordination MT) : ≈ 200–250 €. Cette estimation est basée sur un programme de 3 à 4 séances annuelles, sur la base du coût horaire PSAD (30–40€/h) et des frais annexes (coordination, reporting, etc.)
- Événements évités sur une base épidémiologique de 10 millions de patients vivant avec une maladie chronique en France (donnée CESE)
 - Complications chroniques évitées (diabète, BPCO, IC) : ≈ 250–350 €, liés au pourcentage des hospitalisations évitables grâce à l'éducation thérapeutique (15–20%, HAS)
 - Hospitalisations évitées : ≈ 100–150 €
 - Économies brutes : 350–500 €
- Gain net : 100–250 € / patient / an
- Multiplié par 250k–350k patients ciblés → 25 à 90 M€ / an

Leviers d'action

1. Associer les PSAD aux aidants sur le recours à la domotique et aux objets connectés
 - › Intégrer cette mission dans un forfait « soutien numérique et observance au domicile » permettant aux PSAD d'accompagner patients et aidants dans le choix, l'installation et l'usage des dispositifs connectés et d'assurer un suivi de l'observance et du bon usage des dispositifs médicaux, cofinancé par les mutuelles et les conférences des financeurs
 - › Renforcer l'interopérabilité des outils nationaux de santé numérique (dossier médical partagé, télésurveillance, MSSanté) pour garantir la valeur des données collectées et renforcer la remontée d'information pour garantir la traçabilité de l'usage, la détection des anomalies et la valeur clinique des données collectées
2. Mobiliser les PSAD dans l'éducation thérapeutique du patient
 - › Proposer la reconnaissance d'un forfait dédié à l'éducation thérapeutique à domicile pour assurer le financement du dispositif
 - › Intégrer les PSAD dans les programmes d'éducation thérapeutique autorisés par les ARS, en tant que structures partenaires ou opérateurs délégués
 - › Formation ciblée des équipes PSAD à l'éducation thérapeutique (diplômes universitaires, modules certifiants, référentiels ARS ?) afin de garantir un socle homogène de compétences dédiées
 - › Développement de fiches pédagogiques standardisées à transmettre au patient (usage dispositif médical, hygiène, activité physique adaptée) et à intégrer dans le dossier médical partagé

Proposition n°8 | Engager les PSAD dans la recherche clinique à domicile – Priorité

Intégrer les PSAD dans les premières approches de recherche clinique décentralisée (à domicile), en les mobilisant sur des missions telles que le recueil de données, la réalisation de mesures simples et le relais d'information auprès des patients, en soutien du promoteur.

Pertinence de la proposition

Intérêt pour le patient

- Faciliter l'accès à des protocoles de recherche sans nécessité de déplacements fréquents en centre hospitalier, avec un interlocuteur de confiance déjà familier
- Améliorer la qualité de vie du patient pendant la durée de l'essai (moins de stress, moins de rupture avec le quotidien)
- Favoriser une meilleure adhésion aux protocoles grâce à un suivi rapproché et de proximité

Intérêt pour la collectivité

- Augmenter le recrutement dans les essais cliniques, notamment pour les personnes âgées, chroniques ou dépendantes en favorisant l'information des patients par les PSAD
- Alléger la charge hospitalière (moins de visites de suivi au CHU, mobilisation du temps médical recentrée sur l'analyse)
- Renforcer les collaborations entre centres hospitaliers, laboratoires et PSAD, en construisant un écosystème de recherche clinique complet et attractif pour les promoteurs nationaux et internationaux
- Améliorer la diversité géographique et sociale des cohortes recrutées, en intégrant aussi des patients habituellement sous-représentés (robustesse accrue des données cliniques)
- Contribuer au développement et à la pérennisation de nouvelles méthodologies de recherche soutenant la compétitivité scientifique et industrielle de la France
- Valoriser le modèle français de « recherche en vie réelle » au domicile, avec potentiel de différenciation au niveau européen

Intérêt pour les PSAD

- Pourquoi ?

L'essor de la recherche clinique décentralisée transforme la manière dont les essais sont menés, en déplaçant une partie des protocoles vers le domicile du patient. Cette évolution répond à des besoins croissants : inclusion de publics âgés ou chroniques, réduction des coûts logistiques, et amélioration du confort pour les patients. Or, le déploiement de ces modèles se heurte à un obstacle majeur : l'absence d'acteurs de terrain formés et structurés pour assurer les visites et le recueil de données au domicile.

C'est là qu'intervient le PSAD, déjà présent, opérationnel et qualifié pour répondre à cet enjeu. Il peut, sur prescription du promoteur ou du médecin investigateur, réaliser des mesures simples (poids, tension, saturation, prélèvements, questionnaires) et assurer la transmission standardisée de ces données.

Cette mission représente une opportunité stratégique majeure vers un nouveau champ d'activité, positionné à la frontière de l'innovation médicale et du virage domiciliaire. En y participant, les PSAD renforcent en outre leur légitimité scientifique et s'intègre dans la dynamique d'innovation. Sur le plan économique, il s'agit d'une activité modérée mais à forte valeur symbolique et partenariale.

- Comment ?

L'implication des PSAD dans la recherche clinique nécessite une structuration des PSAD : les équipes concernées pourraient être certifiées ou labellisées selon un référentiel élaboré conjointement par les autorités sanitaires et les instigateurs, garantissant la conformité aux bonnes pratiques cliniques.

Les PSAD interviendraient à la demande du médecin investigateur, sur des protocoles bien définis, pour assurer la réalisation d'actes simples à domicile (nécessaires et prévus dans le protocole) et la remontée sécurisée des données via une plateforme numérique de suivi. Une coordination régulière avec les attachés de recherche clinique (ARC) serait mise en place pour valider la qualité et la cohérence des informations recueillies.

Pour les PSAD, cette mission représente une nouvelle mission exploratoire qui répond par ailleurs à un besoin de l'environnement, à savoir le renforcement de la recherche française à l'heure où elle est en « déclin » relatif vis-à-vis de ses voisins européens. Elle renforce l'attractivité du métier dans l'écosystème et sa réputation auprès des industriels et des autorités. La rentabilité directe reste modérée, mais est contrebalancée par la perspective d'élargissement vers d'autres missions à forte valeur ajoutée (études observationnelles, recherche en vie réelle ?).

Potentiel d'économies : ~0-20 M€ / an

- Coût mission PSAD (télé-suivi PPC + recueil de données essais cliniques + liaison médecin référent) : ~ 100–150 € par visite à domicile de 30/45 min sur la base du coût horaire moyen d'un PSAD (30/40€/h, logistique et frais de déplacement compris), incluant la transmission sécurisée des données via les outils numériques (10/15€).
A noter : ce coût est 40–60 % inférieur à celui d'une visite infirmière dans le cadre d'un protocole hospitalier de recherche clinique (ARC délégué ou IDE hospitalier), valorisée entre 220 et 280€ / patient / visite selon les données Leem).
- Gains estimés :
 - Temps médecin économisé (consultations mieux ciblées, collecte déléguée) : ~ 80–120 € par patient / visite. Dans un essai clinique traditionnel, les médecins investigateurs réalisent une partie des suivis à l'hôpital ou au centre. Chaque visite dure en moyenne 30 à 45 min, pour un coût de 90–120€ (base forfait investigateur selon Décret n°2021-589 sur les rémunérations des investigateurs). La délégation à un PSAD permet de réduire 30 à 60% de ces visites.
 - Réduction d'erreurs ou doublons dans le suivi : ~ 20–50 €. Traditionnellement, le taux d'erreur ou de doublon sur les données est estimé entre 3 et 5 % des CRF (OCDE, Policy Brief on Decentralised Clinical Trials, 2023), pour un coût de 10-20€ par ligne, soit 20-25€ par patient. On se base ici sur une réduction de 30-50% de ces doublons par la collecte par les PSAD.
- Économies brutes : 100–170 €
- Gain net : 0–70 € / patient / an
- Multiplie par 200k–300k patients suivis → 0 à 20 M€ / an

Levers d'action

- › Étendre la possibilité pour les PSAD d'intervenir dans les essais cliniques décentralisés (voie législative par exemple)
- › Intégrer les PSAD aux acteurs habilités à collecter et traiter de la donnée médicale dans le cadre de la recherche (autorisation CNIL)

Proposition n°9 | Positionner les PSAD comme référents ALD au domicile

Mobiliser les PSAD pour assurer un suivi global des patients en ALD directement à domicile (coaching, adaptation des soins, suivi d'indicateurs de santé « simples », soutien aux démarches administratives en lien avec la prise en charge, lien avec d'autres professionnels intervenant au domicile pour fluidifier le parcours...) dans une logique de maîtrise des dépenses d'une meilleure efficacité du parcours.

Pertinence de la proposition

Intérêt pour le patient

- Améliorer la compréhension par le patient de son traitement, sa pathologie et de son parcours de soins grâce à un accompagnement pédagogique de proximité
- Bénéficier d'un accompagnement global à travers un soutien global (logistique, administratif et éducatif)
- Réduire les ruptures de soins, améliorer l'observance et la continuité des soins, avec un effet direct sur la qualité de vie

Intérêt pour la collectivité

- Alléger la charge administrative et de coordination des médecins traitants, des spécialistes et des structures hospitalières suivant le patient ALD
- Structurer le pilotage territorial des parcours ALD grâce à un point de contact unique (PSAD) centralisant et partageant les données
- Améliorer l'efficacité des parcours dans les territoires sous-dotés ou en tension, en s'appuyant sur le maillage territorial des PSAD
- Réduire les hospitalisations évitables et les actes redondants, améliorant la soutenabilité financière du système

Potentiel d'économies : 30 à 150 M€ / an

- Hospitalisation évitée : ~210–420 €
- Urgences + transports : ~70–140 €
- Actes infirmiers redondants : ~110–220 €
- Optimisation dispositifs/médicaments : ~20–30 €
= 410–810 € d'économies brutes
– Coût suivi PSAD (300 €)
= 110–510 € net/patient/an
- Multiplie par 300 000 ALD suivis au domicile

Leviers d'action

- › Création d'un cahier des charges national du « PSAD référent ALD » définissant notamment ses missions, son périmètre et les indicateurs de suivi
- › Intégration des PSAD dans Mon Espace Santé comme un coordinateurs référents, dont le contact serait accessible par tous les professionnels de santé suivant le patient
- › Articulation systématique avec les CPTS et dispositifs de coordination (plateformes territoriales d'appui, services de soins infirmiers à domicile, hospitalisation à domicile), afin d'assurer la fluidité entre ville, domicile et hôpital
- › Mise en place d'une expérimentation territoriale pour tester et évaluer l'impact avant généralisation nationale

Proposition n°10 | Donner aux PSAD un rôle d'appui dans la gestion des crises sanitaires ponctuelles

Permettre aux PSAD d'intervenir sur une large variété d'épisodes et crises sanitaires : épidémies émergentes, tensions d'accès aux soins, ruptures dans la chaîne de soins... dans une logique de continuité des soins et de sécurisation du parcours au domicile.

Pertinence de la proposition

Intérêt pour le patient

- Préserver la continuité des soins (traitements, dispositif médical, suivi), y compris dans un contexte dégradé
- Être accompagné administrativement les patients dans des situations complexes (arrêt de travail par exemple) et disposer d'un accès facilité à des solutions de remplacement (e-prescription, renouvellements, etc.)
- Réduire le sentiment d'isolement et d'insécurité lors des épisodes de crise

Intérêt pour la collectivité

- Alléger la charge pesant sur les structures sanitaires en tension
- Préserver les chaînes de soins et la coordination malgré les ruptures d'approvisionnement et les tensions liées au contexte géopolitiques par exemple
- Relayer via des acteurs de confiance les consignes sanitaires officielles auprès des patients et des aidants au niveau local
- Renforcer la résilience du système de santé en temps de crise

Potentiel d'économies : à déterminer

Levier(s) d'action

- › Création d'un « kit PSAD » pour assurer la continuité des soins : check ordonnance, matériel, relais télémedecine
- › Création d'un dispositif dérogatoire de « renouvellement sécurisé » en cas de crise : le PSAD initie la demande en cas d'urgence ou de crise, le médecin traitant valide a posteriori/de façon asynchrone via e-prescription ou messagerie sécurisée, permettant la délivrance sans rupture
- › Autorisation des PSAD à récupérer directement les traitements en pharmacie pour le compte des patients
- › Appui sur les outils de coordination existants (e-prescription, plateformes territoriales, etc.)
- › Intégration officielle des PSAD dans les dispositifs de gestion de crise (type ORSEC), avec un cadre clair définissant leur rôle en cas de tension
- › Participation des PSAD aux exercices pilotes de préparation aux crises en lien avec les acteurs concernés (ARS, établissements hospitaliers, collectivités territoriales, etc.)

Synthèse des propositions pour **LE TRAITEMENT ET LE SUIVI**

Proposition	Potentiel d'économies/an
N°7 – Faire des PSAD des acteurs engagés dans la prévention tertiaire	85 à 190 M€
N°8 – Engager les PSAD dans la recherche clinique à domicile	0-20 M€
N°9 – Positionner les PSAD comme référents ALD au domicile	30 à 150M€
N°10 – Donner aux PSAD un rôle d'appui dans la gestion des crises sanitaires ponctuelles	A déterminer

Légende : <50M€ | 50 à 100M€ | >100M€

DE NOUVELLES MODALITÉS DE FINANCEMENT POUR CES NOUVELLES MISSIONS

- Développer un bouquet de services PSAD cofinancé avec les mutuelles, intégré dans les contrats santé : Bilan Prévention, conseil en adaptation du domicile, accompagnement numérique, mise à disposition d'un « conseiller à domicile santé PSAD »
- Intégrer dans cette nouvelle offre des volets spécifiques de réponse aux risques climatiques (Vigilance Canicule(s)) ou sanitaires émergents (épidémies, tensions d'accès aux soins, etc.) - cf. volet 2 Prévention populationnelle et repérage des fragilités par les PSAD), en lien avec les priorités des complémentaires santé.
- Cette logique d'offre modulable et activable en cas d'événements exceptionnels (climatiques ou sanitaires) permettrait en outre aux complémentaires santé de valoriser leur couverture face à de nouveaux risques

A noter, cette rubrique n'a pas fait l'objet d'analyse et de travaux approfondis. Il s'agit de premières pistes afin de consolider les propositions de missions préalablement développées

CONCLUSION

Vers des PSAD « chefs d'orchestre » de la santé à domicile, entre santé, social et bien-être, au service des patients et de la transformation du système

La transformation profonde du système de santé et la territorialisation croissante des politiques publiques imposent de **repenser les rôles des acteurs au plus près des patients**. En miroir de la montée en puissance de « France Santé » le défi n'est plus seulement d'apporter des soins au domicile, mais d'y **organiser une réponse globale, articulant santé, social et bien-être**, capable de prévenir les ruptures de parcours, de réduire les inégalités d'accès et de sécuriser le maintien à domicile.

Les travaux menés dans le cadre de cette étude montrent que **les prestataires de santé à domicile disposent d'atouts structurels pour occuper une place plus centrale dans cette nouvelle architecture**. Leur maillage territorial, leur présence régulière auprès de publics fragiles, leur connaissance fine des situations de vie, ainsi que leur capacité à repérer précocement les signaux faibles les placent aujourd'hui au cœur des enjeux de maintien à domicile, de prévention et de soutien à l'autonomie. Sans se substituer aux professionnels de santé, aux services sociaux ou aux collectivités, les PSAD peuvent devenir un acteur structurant du domicile, assurant le lien entre les différents intervenants et contribuant à une réponse plus fluide, plus cohérente et plus équitable.

Dans cette perspective, **les PSAD pourraient être mobilisés comme de véritables « chefs d'orchestre » de la santé à domicile. A l'interface du médical, du social et de la dimension de bien-être, ils contribueraient directement à articuler les interventions des soignants, des aidants, des services sociaux et des dispositifs territoriaux.**

Cette évolution répondrait aux défis identifiés au cours de l'étude : pression sur le temps médical, complexité des démarches administratives, progression des maladies chroniques, isolement, inégalité territoriale, nécessité de renforcer l'accès effectif aux droits et de mieux prévenir les situations de rupture ou de précarisation.

En s'appuyant sur leurs compétences actuelles et en élargissant de manière encadrée leurs missions, les PSAD pourraient contribuer à une **meilleure allocation des ressources**, au **désengorgement des guichets administratifs**, à la **réduction des urgences évitables** et au **soutien accru des aidants**. Ils pourraient également contribuer à **l'accélération du développement de la recherche clinique**, en réalisant au domicile certaines tâches simples aujourd'hui réservées aux centres d'investigation. Concrètement, les PSAD seraient en mesure d'assurer une **coordination de proximité, réactive et pragmatique**, au service des **enjeux de santé publique, d'équité et d'efficience**, en complément de l'action de l'Etat.

Pour autant, **une telle montée en puissance suppose une clarification du cadre d'intervention, une articulation fine avec les dispositifs existants et une gouvernance partagée** avec l'ensemble des acteurs du domicile. L'enjeu n'est donc pas de densifier le paysage du domicile, mais de **mobiliser une ressource déjà présente et sous-utilisée**, au bénéfice du système et des patients.

Ainsi, cette étude ouvre une **perspective stratégique structurante pour les pouvoirs publics comme pour la filière consistant à reconnaître les PSAD comme acteurs pivots de la santé territorialisée**. Une ambition exigeante, cohérente avec les mutations à venir et avec les attentes des parties prenantes. L'enjeu des prochains mois sera moins de savoir s'il faut ou non élargir leurs missions, que de déterminer comment le faire – dans une **dynamique de co-construction** – afin de transformer durablement une présence quotidienne au domicile en véritable levier d'action publique.