

En 2023, 293 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont recensés en France. 24 100 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, et 297 700 séjours pour 7,2 millions de journées ont été réalisés suivant ce mode d'hospitalisation. Cela représente 7,7 % de l'ensemble des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjour du territoire, et 8,2 % des journées d'hospitalisation. Les 88 établissements associatifs proposant uniquement cette forme d'hospitalisation totalisent près de la moitié des capacités et des journées. En 2023, les capacités d'accueil en HAD augmentent de 4,1 % et le nombre de séjours progresse de 8,4 %. Cette forme d'hospitalisation reste inégalement répartie sur le territoire, les départements et régions d'outre-mer, et la Corse ont une offre de soins particulièrement forte.

L'hospitalisation à domicile (HAD) propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville : elle permet d'assurer, dans le lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux, afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou en soins médicaux et de réadaptation (SMR). L'HAD vient ainsi compléter ou se substituer à l'hospitalisation complète en établissement de santé avec hébergement (voir fiche 04, « Les autres prises en charge hospitalières »).

Les capacités d'accueil en HAD augmentent en 2023

Au 31 décembre 2023, 293 établissements d'HAD peuvent prendre en charge simultanément 24 100 patients, soit une hausse de 4,1 % par rapport à fin 2022 (après +1,6 % en 2022) [tableau 1]. Cette croissance retrouve un rythme similaire à celui observé au cours de la période 2013-2019 (progression régulière de 5,0 % par an en moyenne), après deux années de forte hausse au début de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (+12,9 % en 2020, puis +6,8 % en 2021) [graphique 1]. À plus long terme, l'HAD, apparue dans les années 1950 en France, a connu un essor important à partir du début des années 2000, après que son périmètre et son champ d'application ont été clarifiés (voir encadré Sources et méthodes, partie

Cadrage). Fin 2023, l'HAD représente 7,7 % des capacités d'hospitalisation complète de court et moyen séjour disponibles sur le territoire (contre 4,2 % fin 2013).

Le nombre d'établissements autorisés à coordonner des soins d'HAD est stable entre 2019 et 2023. Il avait diminué entre 2017 et 2019, après les décisions des agences régionales de santé (ARS) de concentrer la coordination des soins d'HAD sur un nombre plus restreint d'établissements. Ces décisions avaient été mises en œuvre en regroupant les autorisations de soins ou en réaffectant la couverture de zones géographiques à un unique établissement ou à un groupement de coopération sanitaire (GCS) pouvant associer des établissements publics et privés (pour une définition des GCS, voir annexe 2, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »).

Les établissements associatifs offrent près de la moitié des capacités de prise en charge en HAD

Fin 2023, les 109 établissements du secteur privé à but non lucratif représentent 56,8 % des capacités de prise en charge en HAD. Parmi ces établissements, 88 relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce mode d'hospitalisation (tableau 1). Bien qu'ils continuent à jouer un rôle prépondérant dans l'offre d'HAD, leur poids recule : ils représentent 49,3 % des capacités de prise en charge, contre 50,0 % en 2013.

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'HAD selon leur statut juridique en 2023

Statut juridique des établissements	Nombre d'établissements	Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément ¹	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours terminés ² en 2023	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours monoséquences ³ (en journées)
Secteur public	122	5 319	82,4	1 588	20,1	13,1
CHR	16	1 532	35,0	472	13,8	8,2
CH (et autres)	106	3 787	47,4	1 116	24,9	17,3
Secteur privé à but non lucratif	109	13 685	165,7	4 078	25,7	16,9
CLCC	3	249	10,3	101	9,7	7,6
Structures associatives d'HAD	88	11 875	136,1	3 521	27,1	17,5
Autres	18	1 561	19,3	456	24,8	16,2
Secteur privé à but lucratif	62	5 089	49,6	1 558	33,0	17,7
Ensemble	293	24 093	297,7	7 224	25,3	15,8

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; HAD : hospitalisation à domicile.

1. Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD reflète leur capacité de prise en charge.

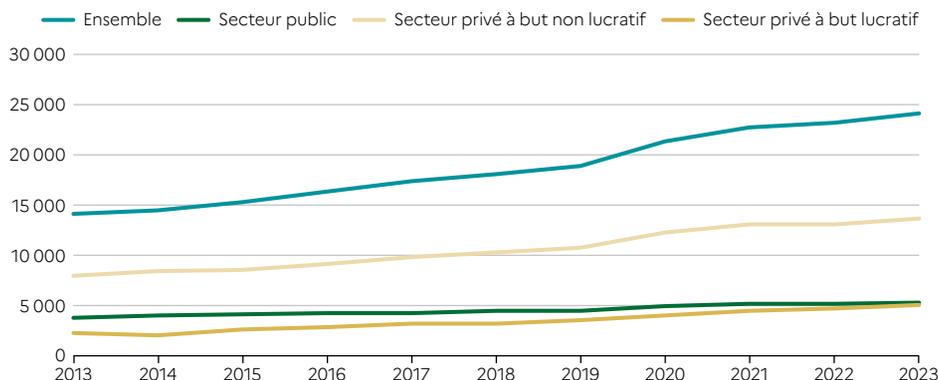
2. Environ 279 000 séjours terminés en 2023, soit 93,7 % des séjours d'HAD.

3. Environ 200 100 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2023, soit 67,2 % des séjours d'HAD.

Notes > L'activité d'HAD peut compléter ou se substituer à celle des disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et des soins médicaux et de réadaptation (SMR), hors psychiatrie. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés. Les capacités de prise en charge sont celles déclarées dans la SAE, pour réaliser l'activité d'HAD enregistrée dans le PMSI. Le nombre de séjours comptabilise l'ensemble des séjours avec au moins une journée de présence en 2023, y compris les séjours qui n'ont pas commencé ou ne se sont pas terminés au cours de l'année. Pour le nombre de journées de présence, seules les journées de présence en 2023 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2023 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2023).

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2023 ; DREES, SAE 2023, traitements DREES.

Graphique 1 Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD par secteur depuis 2013

HAD : hospitalisation à domicile.

Note > Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD reflète leur capacité de prise en charge.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2013-2023, traitements DREES.

122 établissements du secteur public (dont 106 centres hospitaliers) et 62 cliniques privées représentent respectivement 22,1 % et 21,1 % des capacités de prise en charge en HAD. La part des cliniques privées, qui n'était que de 16,6 % en 2013, rejoint progressivement celle du public.

Les séjours sont plus longs dans les cliniques privées

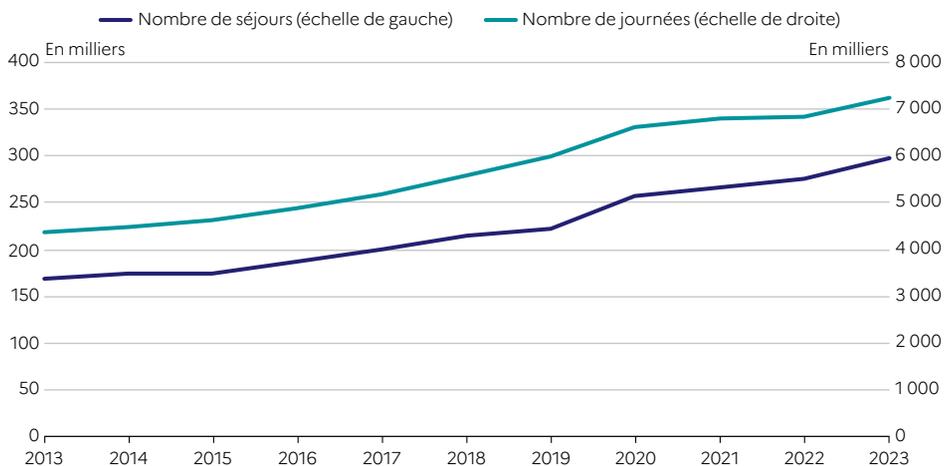
En 2023, 297 700 séjours d'HAD sont réalisés pour 7,2 millions de journées (tableau 1), soit 8,2 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. L'activité d'HAD va croissante depuis son développement au début des années 2000. Après une augmentation de 4,6 % en moyenne annuelle de 2013 à 2019, le nombre de séjours a bondi de 15,9 % en 2020. L'HAD est la seule grande discipline d'équipement dont le nombre de séjours a continué à progresser pendant la crise sanitaire, du fait d'un mouvement de report d'une partie de l'activité usuelle de MCO vers l'HAD. Il augmente de nouveau fortement en 2023 (+8,4 %), davantage qu'en 2022 (+2,8 %) [graphique 2]. L'activité dédiée aux patients avec diagnostic (principal

ou associé) de Covid-19 devient marginale en 2023 et ne représente plus que 0,8 % des séjours d'HAD (après 2,9 % en 2022 et 6,8 % en 2020).

Le secteur privé à but non lucratif prend en charge 55,7 % des séjours (45,7 % dans les seuls établissements associatifs) et réalise 56,5 % des journées (48,7 % dans les établissements associatifs). Les établissements publics et les cliniques privées prennent en charge respectivement 27,7 % et 16,7 % des séjours et réalisent 22,0 % et 21,6 % des journées. Depuis 2013, la part des journées et des séjours d'HAD en cliniques privées a progressé (respectivement +7,0 et +5,5 points de pourcentage). Le nombre de journées dans ces établissements a augmenté plus fortement (+144,9 %, soit +0,9 million de journées) que pour l'ensemble de l'HAD (+67,8 %).

La rotation des patients est plus importante dans les secteurs public et privé à but non lucratif. Les séjours y sont, en effet, plus courts (respectivement 13,1 et 16,9 jours en moyenne pour les séjours monoséquences¹) que dans les cliniques privées (17,7 jours) [tableau 1]. Ces contrastes sont dus notamment à des différences de structures de motifs de recours.

Graphique 2 Nombre de séjours et de journées d'HAD depuis 2013



HAD : hospitalisation à domicile.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2013-2023, traitements DREES.

1. Un séjour est dit « monoséquence » lorsque le mode de prise en charge reste le même tout au long du séjour.

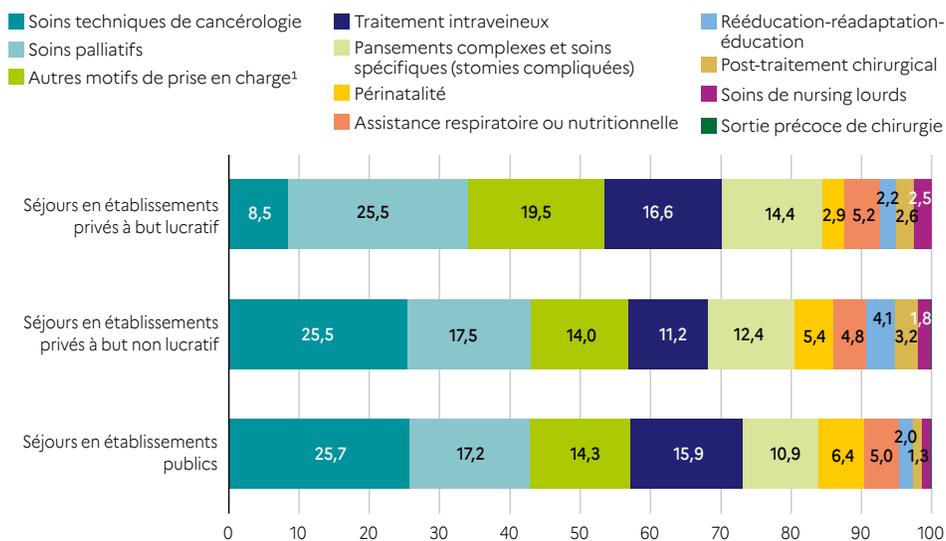
Ainsi, les soins de cancérologie et la périnatalité, pour lesquels les séjours sont réduits à quelques jours (voir fichier supplémentaire en ligne B1 « Les patients hospitalisés à domicile »), sont plus répandus dans les secteurs public et privé à but non lucratif (*graphique 3*). À l'inverse, les séjours pour soins palliatifs, pansements complexes et soins spécifiques, plus longs, sont un peu plus fréquents dans les cliniques privées. Dans l'ensemble, tous motifs confondus, la durée moyenne de séjour est de 25,3 jours pour les séjours terminés en 2023 et de 15,8 jours pour les séjours monoséquences uniquement.

L'offre de soins en HAD est particulièrement forte dans les DROM et en Corse

En 2023, 6 des 7 régions avec la plus forte capacité de prise en charge simultanée des patients

en HAD sur le territoire français ne sont pas en France continentale (*carte 1*). La Guadeloupe, la Guyane et la Corse en particulier ont des densités deux à quatre fois supérieures à la densité nationale (respectivement 126, 101 et 88 patients pouvant être prise en charge simultanément pour 100 000 habitants, contre 36,3 à l'échelle nationale). En Guyane, l'HAD atténue les déficits de l'offre de soins, en étant présente là où il manque des professionnels de santé et en proposant un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas. L'écart à la moyenne nationale est moins fort en Martinique (57), à La Réunion (48), en Centre-Val de Loire (44) et à Mayotte (44). À l'inverse, les régions avec les plus faibles densités de capacités de prise en charge en HAD sont la Normandie (26), les Pays de la Loire (28) et la Bourgogne-Franche-Comté (29). ■

Graphique 3 Répartition des séjours d'HAD selon le statut juridique et le mode de prise en charge principal en 2023



HAD : hospitalisation à domicile.

1. Les autres motifs de prise en charge regroupent la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs.

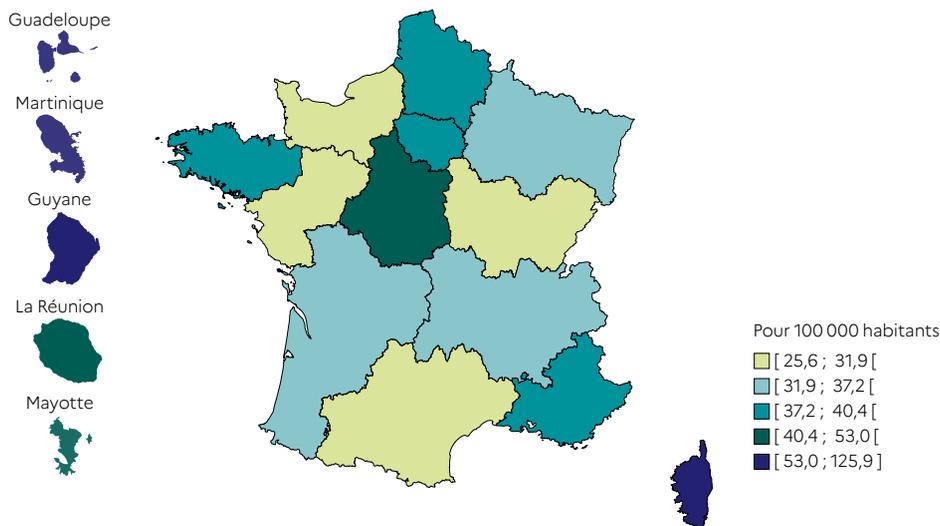
Notes > Les modes de prises en charge principaux représentés ici sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement médical logique par rapport aux 23 modes de prises en charge existant dans le recueil.

Les six premiers modes de prises en charge principaux représentent 87,5 % des séjours d'HAD en 2023.

Lecture > Les soins techniques de cancérologie sont le mode de prise en charge regroupant le plus grand nombre de séjours d'HAD. Ils représentent 25,7 % des séjours des établissements publics, 25,5 % de ceux des établissements privés à but non lucratif et 8,5 % de ceux des établissements privés à but lucratif.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-HAD 2023, traitements DREES.

Carte 1 Densité des capacités de prise en charge en HAD par région en 2023

HAD : hospitalisation à domicile.

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Les capacités de prise en charge sont représentées par le nombre de patients pouvant être prise en charge simultanément.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2023, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements de santé exerçant une activité d'HAD en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de soins médicaux et de réadaptation (SMR), mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers, de la dialyse à domicile et des prestataires de services. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le total des patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, tandis que l'activité est enregistrée dans le PMSI. Le nombre de séjours comptabilise l'ensemble des séjours avec au moins une journée de présence en 2023, y compris les séjours qui n'ont pas commencé ou ne se sont pas terminés au cours de l'année. Pour le nombre de journées de présence, seules les journées de présence en 2023 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2023 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2023).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-HAD existe depuis 2005.

Cadrage

D'après la circulaire du 30 mai 2000¹, « l'HAD concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé ». La circulaire de 2006² rappelle son caractère polyvalent et généraliste. ●●●



En 2012, des décrets ouvrent son champ d'intervention à tous les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. La circulaire du 4 décembre 2013³ indique que le développement de l'HAD s'inscrit dans la stratégie nationale de santé et définit quatre objectifs pour structurer l'offre sur le territoire. Le plan national « Soins palliatifs 2015-2018 »⁴ conforte, lui aussi, la place de l'HAD en fixant des objectifs de prescription pour développer cette prise en charge particulière à tous les établissements de santé. Dans le cadre de la réforme des autorisations⁵, l'HAD devient une activité de soin à part entière, à l'instar par exemple des activités de MCO ou de SMR.

Définitions

> **Établissement d'HAD** : il peut s'agir d'un établissement autonome ne proposant que ce mode d'hospitalisation ou d'un établissement rattaché à un autre établissement pluridisciplinaire, disposant de services de court et moyen séjour traditionnels.

> **Activité réalisée** : elle peut être comptabilisée en séjours ou en journées.

> **Capacités de prise en charge** : en HAD, l'offre est mesurée par le nombre de patients potentiel maximal que les établissements déclarent pouvoir prendre en charge simultanément, chaque jour, à leur domicile. Auparavant, le terme de « places » était utilisé par analogie avec le nombre de lits et de places des services d'hospitalisation conventionnelle avec hébergement mais cette analogie a des limites : prendre en charge un patient supplémentaire en HAD ne pose pas les mêmes questions qu'ouvrir un nouveau lit dans un service de MCO ou de SMR, l'HAD n'étant pas contrainte par une saturation des capacités d'hébergement mais plutôt par le manque de ressources en personnel soignant ou en personnel coordinateur.

> **Durée moyenne de séjour** : elle est calculée à la fois pour les séjours terminés et pour les séjours terminés monoséquences, c'est-à-dire pour lesquels le mode de prise en charge principal est le même sur l'ensemble des séquences de soins constituant le séjour.

1. Circulaire du 30 mai 2000 disponible sur le site de Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/15980>.
2. Circulaire de 2006 disponible sur le site du ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-01/a0010030.htm>.
3. Circulaire du 4 décembre 2013 disponible sur le site de Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37726>.
4. Plan triennal disponible sous ce lien : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf.
5. Bulletin officiel disponible sous ce lien : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.21.sante.pdf>.

Pour en savoir plus

- > **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2024, novembre). Analyse de l'activité hospitalière 2023. Note et rapport d'analyse.
- > **Dubois, Y.** (2024, juillet). Les patients hospitalisés à domicile. Dans Cazenave-Lacrouz, A. (dir). *Les établissements de santé en 2022 - Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Edgar, K., et al.** (2024, mars). Admission Avoidance Hospital at Home. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- > **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2025, janvier). Rapport d'activité 2023-2024.
- > **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 23.

 [Fichier supplémentaire en ligne sur le site internet de la DREES, rubrique Publications > collection Panoramas de la DREES :](#)

[B1 • Les patients hospitalisés à domicile](#)