

HAD : (R)ÉVOLUTIONS EN COURS

INNOVATIONS MONDIALES, DÉFIS FRANÇAIS



SOMMAIRE

Panorama des HAD internationales	p. 4
Une offre de soins en mutation à l'échelle mondiale	p. 6
1. HAD : une expansion internationale	
1.1. Comparaison des pionniers de l'HAD	p. 7
1.2. L'essor post-Covid	p. 15
1.3. Une médicalisation croissante et une offre de plus en plus spécialisée	p. 17
2. Le numérique et la e-santé : des leviers stratégiques pour la transformation de l'HAD	
2.1. L'HAD s'empare du numérique	p. 22
2.2. L'hôpital virtuel : complément ou alternative à l'HAD ?	p. 25
3. Les 5 enseignements pour un modèle d'HAD d'avenir	p. 28
Les stratégies nationales d'HAD dans le monde	p. 30

REMERCIEMENTS

L'objectif du présent panorama international est de réaliser une photographie du développement de l'HAD dans le monde en 2024 et d'identifier les lignes de force qui traversent cette spécialité en développement rapide. Il n'a pas vocation à être exhaustif.

Réalisé en partenariat avec la FNEHAD, ce rapport est le fruit d'une recherche documentaire et d'interviews de professionnels de l'HAD de différents pays : Marc Beffa, Florent Bousquié, Michel Calmon, Linda DeCherrie, Paul Laurent, Daniel Lasserson, Bruce Leff, Michel Montalto, Valerie Ng Yun Ting, David Nicolas, Ron Sabar, Aurélien Sourdille, Nadia Stasi, Karen Titchener et Lai Yi Feng.

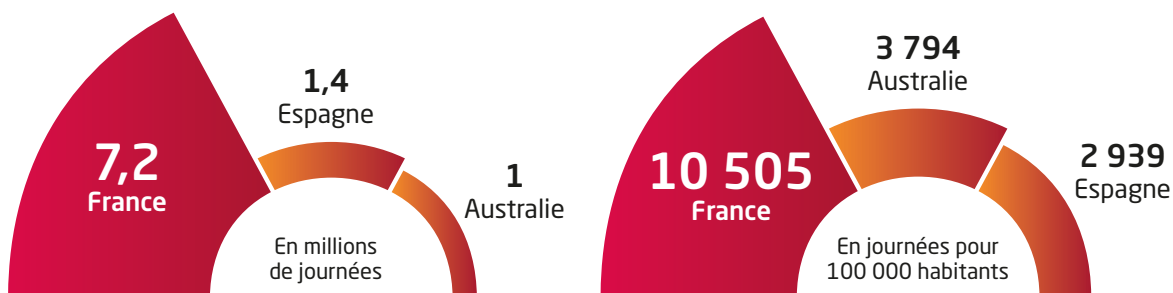
Nous tenons à les remercier pour le temps qu'ils nous ont consacré et leur générosité dans le partage de leurs connaissances et bonnes pratiques.

Panorama des HAD internationales

Avec une couverture territoriale complète et un volume d'activité élevé, la France se distingue sur le plan international en matière d'hospitalisation à domicile. Toutefois, son modèle repose sur une proportion plus importante de prises en charge de pathologies chroniques comparé à d'autres systèmes. Comment se positionnent les autres pays ? Quels sont les exemples à suivre ? Décryptage des modèles d'HAD à l'international.

TOP 3 DES PAYS, LA FRANCE EN TÊTE

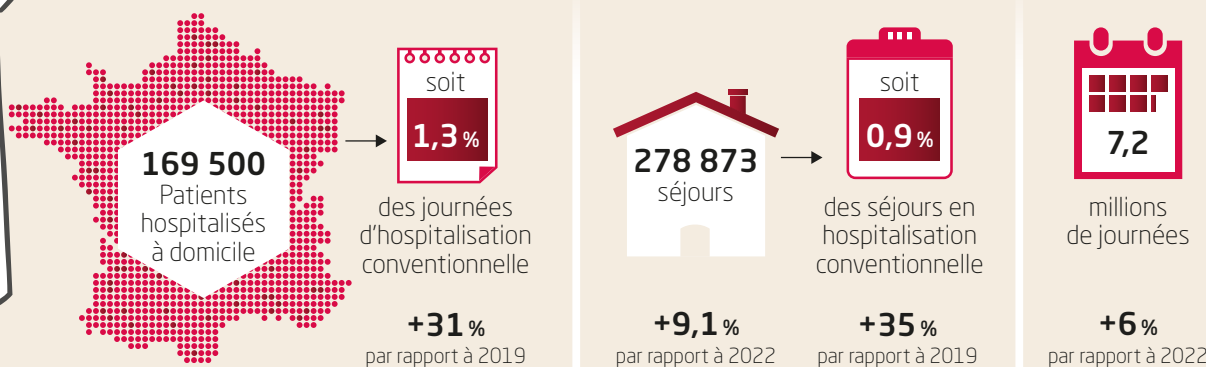
En matière d'activité, la France est numéro un des journées réalisées en HAD. Toutefois, ramené à la population, l'écart se réduit avec l'Australie et l'Espagne.



Sources France : Données ATIH 2023 / Espagne : ministère de la Santé, 2023 / Australie : Institut de la Santé et de l'Aide sociale, 2022-2023.

LA FRANCE MODÈLE DE RÉFÉRENCE

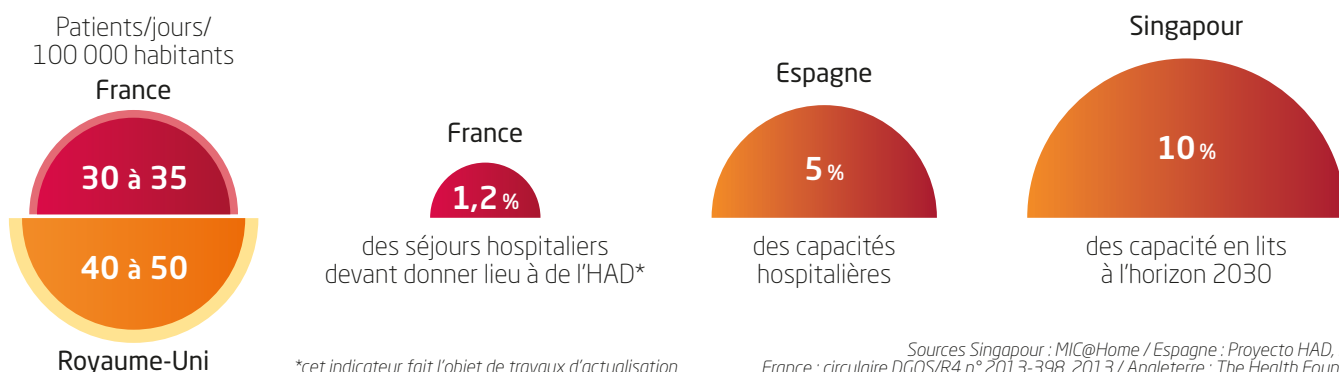
Avec 281 établissements répartis sur l'ensemble du territoire, la France dispose d'une couverture HAD parmi les plus denses au monde. Son volume d'activité élevé et la polyvalence de son offre de soins en font un modèle structurant pour l'hospitalisation à domicile.



Source : ScanSanté ATIH.

DES PAYS AVEC DES CIBLES HÉTÉROGÈNES

Il n'existe pas d'indicateurs harmonisés en matière de développement de l'HAD. Cependant, certains pays posent des objectifs ambitieux pour consacrer à l'HAD une part de leur offre hospitalière.

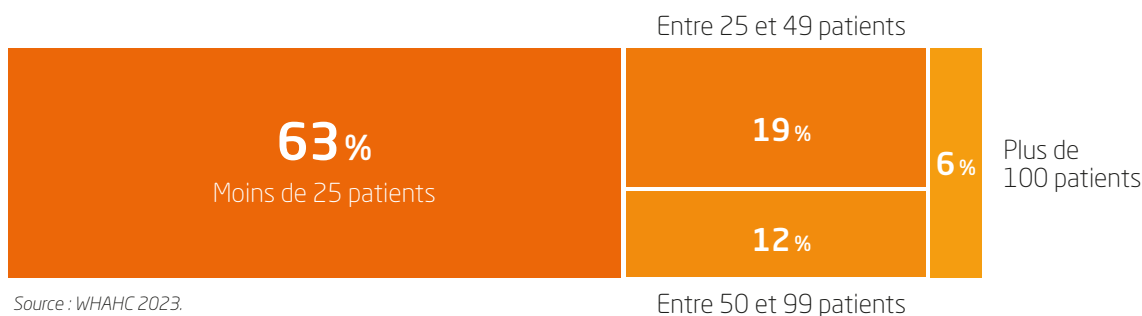


*cet indicateur fait l'objet de travaux d'actualisation

Sources Singapour : MIC@Home / Espagne : Proyecto HAD, 2020 / France : circulaire DGOS/R4 n° 2013-398, 2013 / Angleterre : The Health Foundation.

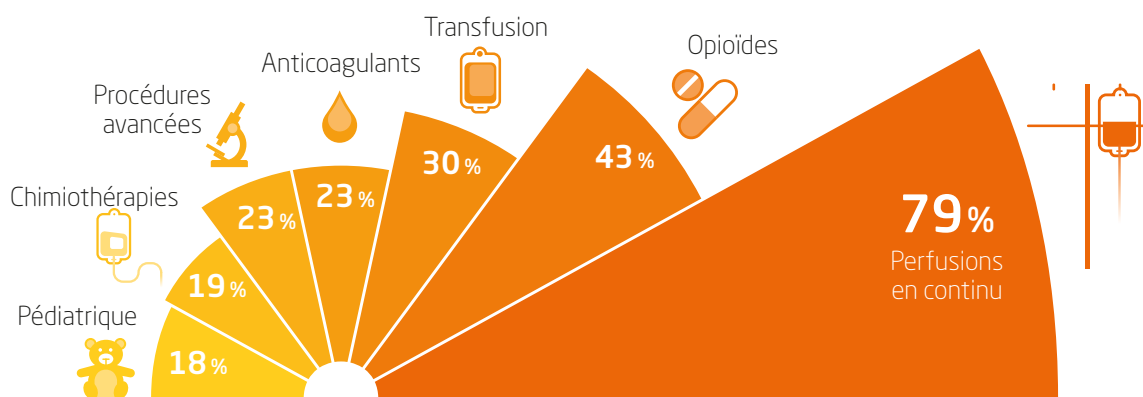
NOMBRE MOYEN DE PATIENTS PAR JOUR

Depuis 2016, les programmes d'HAD ne cessent de se développer, tant en nombre qu'en technicité. Pourtant, leur intervention reste limitée à un petit nombre de prises en charge, puisque 63 % des 94 programmes d'HAD étudiés lors du WHAHC 2023 recevaient moins de 25 patients par jour.



TYPE DE SOINS PRATIQUÉS

Au plan international, les programmes d'HAD se caractérisent par la prise en charge de soins très techniques. En France, le case-mix est différent, car plutôt orienté vers les soins palliatifs et les pansements complexes.



DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

Elle est généralement plus courte dans les autres pays qu'en France. Cela s'explique par la typologie des pathologies prises en charge et le mode de financement au séjour plutôt qu'à l'activité comme en France.



BÉNÉFICES À L'INTERNATIONAL

L'HAD s'impose sans conteste comme l'offre de soins à développer dans les prochaines années. De plus en plus d'études internationales démontrent son efficacité pour les systèmes de santé et les patients.



-30 %

de réduction des coûts, selon une étude menée aux USA



-2 %

de mortalité à 30 jours par rapport à un séjour hospitalier traditionnel

Source : Hospital in the home, Gideon A Caplan, Nur S Sulaiman, Dee A Man, Nicoletta Aimonino Riccauda, Andrew D Wilson, FRCGP, Louise BarclayN, 2012.

Une offre de soins en mutation à l'échelle mondiale

En 2023, une définition internationale de l'hospitalisation à domicile (HAD) a été établie lors du congrès mondial *World Hospital at Home Congress* (WHAHC), créant un socle commun à cette nouvelle offre de soins :

- Un hôpital à domicile (HAD) est un service de courte durée qui reproduit des soins hospitaliers **24h/24 et 7j/7** à des patients choisis, au domicile ou dans des établissements qui servent de domicile.
- L'hospitalisation à domicile est un service de soins avec du personnel, de l'équipement, des technologies, des médicaments et des compétences qui sont habituellement fournis à l'hôpital.

Cette définition internationale de l'HAD est très proche de la définition française. Les soins en HAD se distinguent donc des soins à domicile par leur **intensité** et la **continuité des soins médicale et paramédicale qu'ils supposent**.

L'offre de soins proposée par les HAD est **polymorphe** et s'adapte à tous les systèmes de santé. En coordination avec les soins primaires, l'HAD facilite la réalisation de soins hospitaliers à domicile, tant en zones urbaines que rurales, où l'accès aux soins spécialisés est complexe. En évitant l'hospitalisation avec hébergement, elle permet une prise en charge adaptée au plus près des besoins des patients. Les professionnels des HAD assurent la coordination entre les professionnels de ville et hospitaliers.

Entre la création du premier modèle d'HAD en France en 1957 et la pandémie de la Covid-19, cette offre de soins a connu une croissance limitée au plan international : avant 2017, seuls l'Australie, les États-Unis, la Grande Bretagne, Israël, l'Espagne et la France avaient une offre d'HAD développée sur leur territoire national¹. Les autres pays avaient des organisations en cours d'installation, débutantes ou pas d'offre d'HAD du tout.

La crise de la Covid-19 a joué un rôle d'accélérateur et le nombre de pays proposant une offre d'HAD a doublé par rapport à 2016. La France, l'Angleterre, l'Australie et l'Espagne ont chacune dépassé le seuil du million de journées d'HAD en 2023. Huit autres pays ont structuré leur offre par la création de sociétés savantes ou de fédérations nationales d'HAD. Désormais, l'HAD est présente dans **une quarantaine de pays dans le monde**.

Le présent panorama analyse les lignes de force qui structurent cet essor conséquent de l'HAD, sa **spécialisation** et les **investissements nationaux** pour soutenir cette offre de soins. Les **innovations** se multiplient sur ce terreau fertile, du développement de solutions logistiques intégrées aux offres de soins hybrides.

¹ <https://whahc-community.kenes.com/mod/forum/view.php?id=1018>

1. HAD : une expansion internationale

1.1. Comparaison des pionniers de l'HAD

L'HAD s'est développée à des rythmes variés selon les pays, chacun adoptant une approche spécifique en fonction de son système de santé, de ses politiques publiques et de son cadre réglementaire.

La France, l'Espagne, l'Angleterre, l'Australie et les États-Unis sont des pays pionniers dans le développement de cette offre de soins, qu'ils portent sur le territoire national.

Aujourd'hui, l'activité de trois de ces pays historiques dépasse le million de journées :

- **France**² : 7 millions de journées soit 10 505 journées pour 100 000 habitants
- **Australie**³ : 1 million de journées soit 3 794 journées pour 100 000 habitants
- **Espagne**⁴ : 1,4 million de journées soit 2 939 journées pour 100 000 habitants

1.1.1. Organisations et couvertures nationales

L'organisation de l'HAD varie considérablement selon les pays, reflétant des choix politiques et des contextes de santé publique différents.

➔ En **France**, l'HAD repose sur un cadre national régulé qui garantit une couver-

ture complète du territoire sur la mention socle. Son modèle est reconnu internationalement. Depuis la réforme de 2022⁵, l'HAD est une activité de soins à part entière, structurée autour d'une mention socle (HAD polyvalente) et de trois mentions spécialisées : ante et post-partum, enfants de moins de 3 ans et réadaptation. Avec la mise en œuvre de la nouvelle réforme des autorisations, l'ensemble des territoires sera couvert par un ou plusieurs HAD offrant des soins adultes polyvalents et, dans un grand nombre de régions, des soins spécialisés pédiatriques, de réadaptation, ante- et post-partum.

Les HAD français prennent d'ores et déjà en charge 29 patients par jour pour 100 000 habitants⁶.

En 2023, la France comptait 281 établissements d'HAD⁷, dont une partie sont autonomes, ce qui constitue une spécificité notable par rapport aux autres pays où l'HAD est majoritairement intégrée aux hôpitaux. La taille des structures varie, avec une médiane de 50 patients pris en charge par jour et un tiers des HAD prenant en charge moins de 30 patients par jour.

RÉPARTITION DES HAD PAR STATUT EN FRANCE EN 2023

	Taux d'établissements par statut (%)	Taux de journées produites selon le statut (%)
HAD publics	38 %	23 %
HAD privés à but non lucratif	40 %	57 %
HAD privés à but lucratif	22 %	20 %

² et ⁷ FNEHAD, Rapport d'activité 2023-2024. <https://heyzine.com/flip-book/d62afab9f6.html#page/1>

³ Australian Institute of Health and Welfare : <https://www.aihw.gov.au/hospitals>

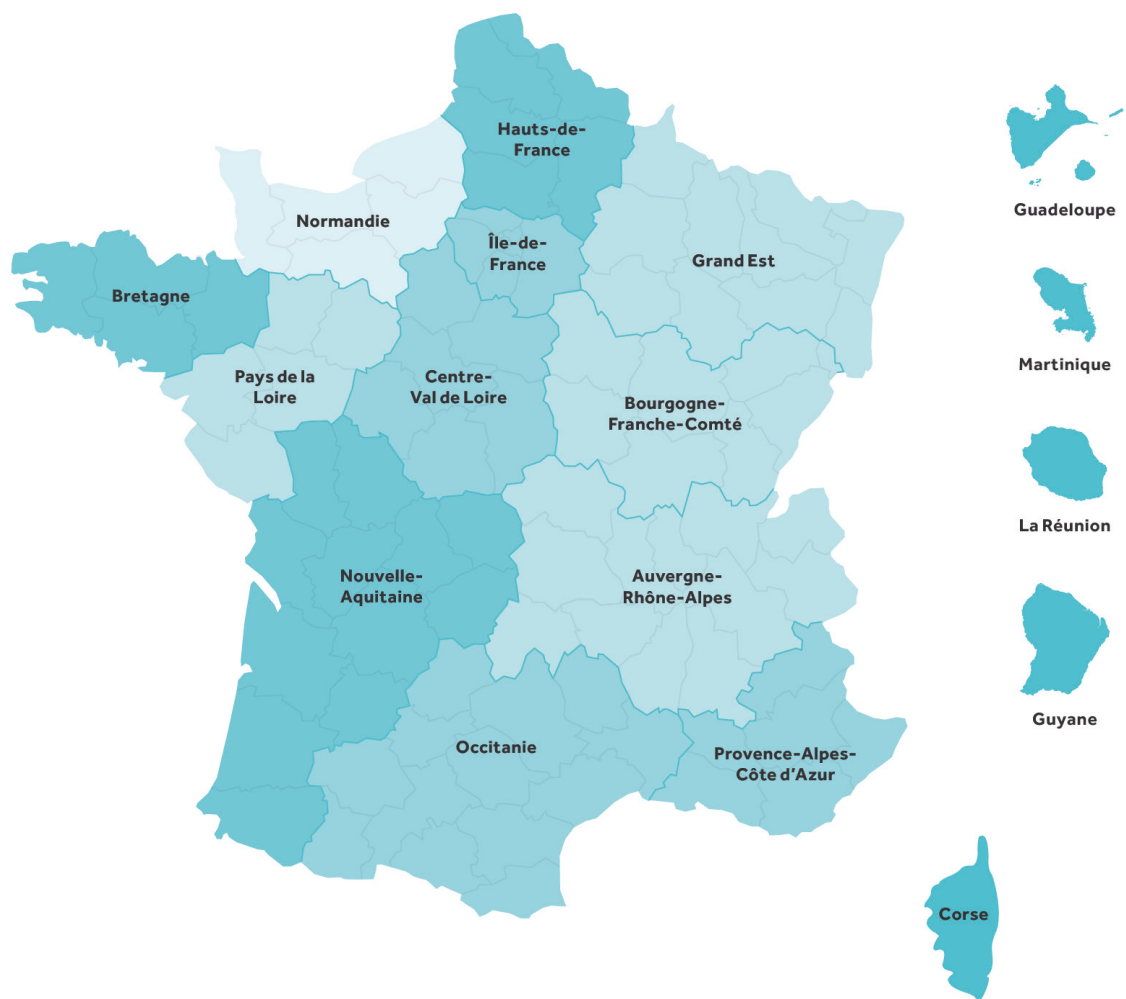
⁴ Ministerio de Sanidad : <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S>

⁵ Décrets n°2021-1954 du 31/12/2021 et n°2022-102 du 31/01/2022.

⁶ FNEHAD, *op. cit.*

TAUX DE COUVERTURE SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS EN 2023

En 2023, le taux de recours national s'élève à 29 patients pris en charge chaque jour pour 100 000 habitants, contre 27,7 patients en 2022. Le taux global couvre d'importantes disparités territoriales.



Nombre moyen de patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants

- Inférieur à 20
- De 20 à 24,99
- De 25 à 29,99
- De 30 à 35
- Supérieur à 35

Source PMSI - calculs FNEHAD
© FNEHAD

➔ En Espagne, l'organisation de l'HAD est décentralisée, chaque communauté autonome étant responsable de sa propre structuration de l'offre de soins. Cette organisation explique les écarts de développement de l'HAD entre les régions. La Catalogne et Valence figurent parmi les communautés les plus avancées, suivies du Pays basque et de la communauté de Madrid. Initiées en 1996, les HAD espagnoles sont systématiquement rattachées aux hôpitaux, avec un mandat clair d'évitement de l'hospitalisation en priorité puis de réduction des durées moyennes de séjour et un financement au séjour. Selon le service catalan de santé⁸, dans cette communauté, 56 % des admissions en HAD sont de l'évitement de l'hospitalisation et 44 % sont des sorties précoces. Preuve de l'intérêt porté sur ce mode de prise en charge, le Plan HAD 2020 a été lancé après un congrès national en 2016 pour améliorer l'accès aux soins à domicile, promouvoir l'innovation et continuer à optimiser les par-

cours de soins au-delà de l'hôpital, avec l'objectif d'une unité d'HAD dans chaque hôpital⁹.

➔ En Angleterre, le développement de l'HAD a débuté en 1965 sous l'impulsion d'initiatives locales. Elle est désormais pilotée par les *Trusts*, des groupements hospitaliers qui coordonnent l'offre de soins sur les territoires ou par secteur géographique. L'HAD anglaise connaît un regain d'intérêt depuis la crise sanitaire, offrant une réponse à la crise majeure que traverse le service de santé national (*National Health Service*)¹⁰.

Tandis qu'en France, une circulaire de 2013¹¹ fixe une cible d'activité à atteindre pour les HAD de 30 à 35 patients/jour pour 100 000 habitants, l'objectif défini en Angleterre dans les priorités nationales pour 2023/2024 était de disposer de 40 à 50 lits dans des « unités dématérialisées » (*virtual wards*) pour 100 000 personnes, soit plus de 50 000 admissions par mois¹².

⁸ Service de santé catalan : <https://catsalut.gencat.cat/ca/inici/>

⁹ *Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España* - Oriol Estrada, Beatriz Massa Dominguez, Miguel A Ponce Gonzalez, Manuel Miron - 2017.

¹⁰ *Independent Investigation of the National Health Service in England*, September 2024. <https://www.gov.uk/government/publications/independent-investigation-of-the-nhs-in-england>

¹¹ Circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD). <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37726>

¹² What do virtual wards look like in England, February 2024, The Health Foundation. <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/working-papers/what-do-virtual-wards-look-like-in-england>

➔ Les **États-Unis**, après avoir été pionniers avec le premier service de soins à domicile qualifié de « *home-care* » né à New York en 1947¹³, ont attendu les années 1990 pour développer des structures d'HAD. Le modèle des *Hospitals at home* a été créé au Johns Hopkins Hospital par un gériatre, le professeur Bruce Leff, qui a conduit de nombreuses études concluantes pour évaluer sa rentabilité et sa pertinence. Mais ce modèle n'a pas bénéficié de structuration légale ni de soutien financier national avant la récente crise sanitaire. En 2024, plus de 332 hôpitaux dans 38 États ont obtenu l'autorisation de mettre en place un service d'HAD¹⁴ que tous n'ont pas encore développé. Cette difficulté s'explique par la non-pérennité du cadre réglementaire (la période dérogatoire s'est terminée en décembre 2024) et un cadre légal contraignant pour les structures : obligation de deux visites quotidiennes d'infirmier, d'une présence du personnel de l'HAD à chaque prise de médicaments du patient et de la fourniture des repas par l'HAD.

Au total, ce sont plus de 130 000 journées d'hospitalisation à domicile qui ont été réalisées en 2023¹⁵ et une évaluation menée par Medicare en 2024¹⁶ conclut à des taux d'infections nosocomiales et de mortalité inférieurs à ceux des patients hospitalisés de manière traditionnelle, ainsi qu'un coût inférieur de l'HAD par rapport aux hospitalisations traditionnelles (malgré une durée moyenne de séjour légèrement plus longue).

➔ En **Australie**, l'HAD s'est développée dès 1994 sous l'impulsion d'initiatives locales, ce qui a conduit à une structuration hétérogène selon les États. Seul l'État de Victoria¹⁷ dispose de lignes directrices claires depuis 2011. Certains États ont depuis 2020 renforcé leurs investissements pour développer l'HAD : la Nouvelle-Galles du Sud a par exemple annoncé un investissement de 31,4 M de dollars australiens pour traiter 3 500 patients supplémentaires par an¹⁸.

¹³ *The Hospital at Home Model: Bringing Hospital-Level Care to the Patient*, 2016, The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2016/aug/hospital-home-model-bringing-hospital-level-care-patient>

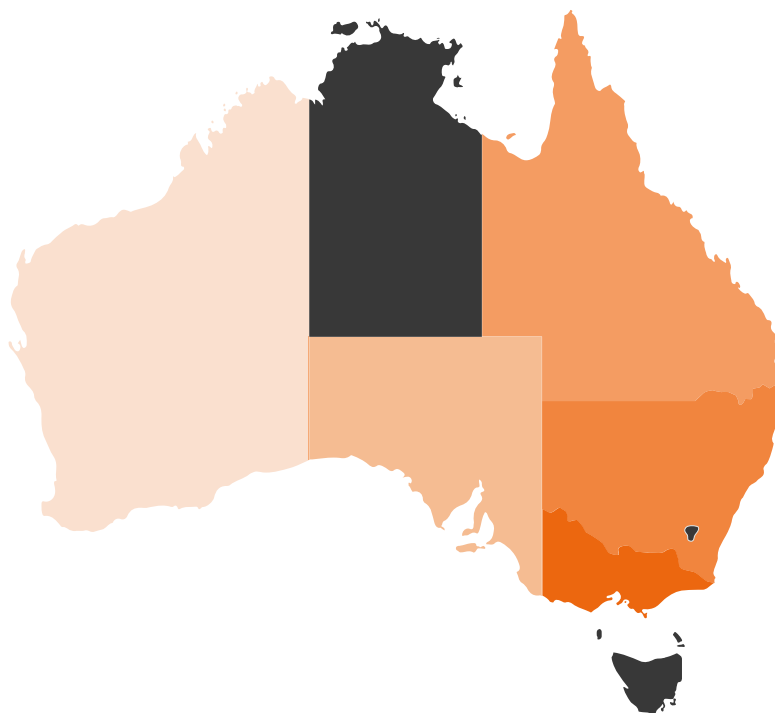
^{14 et 15} *Fact Sheet: Report on the Study of the Acute Hospital Care at Home Initiative*, Centers for Medicare & Medicaid Services, September 2024. <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/fact-sheet-report-study-acute-hospital-care-home-initiative>

¹⁶ FNEHAD, Rapport d'activité 2023-2024. <https://heyzine.com/flip-book/d62afab9f6.html#page/1>

¹⁷ *Hospital in the Home - Guidelines*, State of Victoria, 2011. https://www.health.vic.gov.au/sites/default/files/migrated/files/collections/policies-and-guidelines/1/110702_doh-hith-guidelines-web---pdf.pdf

¹⁸ *Busiest hospitals in Australia to treat thousands more patients from comfort of home*, NSW Government, October 2024. <https://www.nsw.gov.au/media-releases/busiest-hospitals-australia-to-treat-thousands-more-patients-from-comfort-of-home>

RÉPARTITION DU NOMBRE DE JOURNÉES D'HAD PAR RÉGION EN AUSTRALIE



- Victoria : 434 188
- Nouvelle-Galles du Sud : 222 436
- Queensland : 171 799
- Australie-Méridionale : 121 779
- Australie-Occidentale : 29 907
- Tasmanie / Territoire de la capitale australienne / Territoire du Nord : np

© Australian Bureau of Statistics, Geospatial Data Edit, Wikipedia

1.1.2. Modalités de financement

Le mode de financement de l'HAD semble jouer un rôle central dans son développement quel que soit le pays.

➔ En **France**, le financement de l'HAD repose presque exclusivement sur la tarification à l'activité, avec un tarif journalier moyen (GHT - groupement homogène de tarifs) qui s'élevait à 250 € en 2023. De nombreux pays ont opté pour un financement non pas à la journée comme en France, mais au séjour.

➔ En **Angleterre**, les séjours en HAD sont financés au même niveau qu'à l'hôpital, avec une incitation financière supplémentaire pour limiter le recours à l'hospitalisation conventionnelle.

➔ En **Australie**, aux **États-Unis** ou en Catalogne (**Espagne**), le tarif d'un séjour en HAD est également identique à celui d'un séjour hospitalier avec hébergement. Ainsi, à Barcelone, la rémunération d'un établissement pour un séjour en HAD ou en médecine est la même, à hauteur de 3 000 € par séjour, ce qui incite à des durées moyennes de séjour courtes en HAD¹⁹.

➔ Aux **États-Unis**, l'absence de modèle de financement pérenne constitue un frein majeur au développement de l'HAD. L'initiative *Acute Hospital Care at Home (AHCAH)* de 2020 a ouvert la possibilité pour les établissements d'effectuer des soins hospitaliers à domicile en recevant des financements équivalents à ceux d'une hospitalisation avec hébergement. La dérogation ciblait spécifiquement les patients de plus de 65 ans, adressés depuis les urgences ou les services hospitaliers. Cette dérogation a été prolongée et élargie jusqu'en mars 2025²⁰.

1.1.3. Typologie des patients et durées de séjour

Le profil des patients pris en charge en HAD varie d'un pays à l'autre en fonction des priorités de santé publique, de la gradation et de la structuration de l'offre de soins et des modalités de financement. La durée moyenne des séjours varie également selon les pays en conséquence du positionnement de l'HAD dans l'offre de soin et du case-mix principal de chaque pays.

➔ En **France**, les personnes âgées en sont les principaux bénéficiaires²¹ : 70 % des patients ont plus de 60 ans et 30 % plus de 80 ans (15 % du total des patients sont pris en charge au sein d'un Ehpad). Les soins palliatifs constituent une part importante de l'activité (30 % des séjours), au même titre que les pansements complexes, ensuite viennent les soins de nursing lourds, la prise en charge de la douleur et les traitements intraveineux. La chimiothérapie se développe, avec 214 000 journées réalisées en 2023²², soit une augmentation de 58 % en cinq ans.

➔ En **Angleterre**, les *Frailty Virtual Wards* visent également les personnes âgées puisqu'ils sont destinés aux personnes de plus de 65 ans ayant besoin de soins hospitaliers, avec une durée de séjour souhaitée de 1 à 14 jours²³.

➔ En **Australie**, l'HAD est plus fortement axée sur le traitement des infections, de l'insuffisance cardiaque et des soins post-chirurgicaux.

➔ La durée moyenne des séjours varie également selon les pays en conséquence du positionnement de l'HAD dans l'offre de soin et du case-mix principal de chaque pays. En **France**, la durée moyenne est de 25 jours, alors qu'elle est nettement plus courte en **Espagne** (9 jours), en **Angleterre** (5,5 jours) et en **Australie** (6,3 jours).

¹⁹ Autorité de santé de Catalogne.

²⁰ Le *waiver* n'était pas prolongé au-delà de cette date au moment de la finalisation du présent rapport.

²¹ FNEHAD, Rapport d'activité 2023-2024. <https://heyzine.com/flip-book/d62afab9f6.html#page/1>

²² ATIH, Analyse de l'activité 2023 en HAD. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4852/had_aah23.pdf

²³ Guidance Note: *Frailty Virtual Ward*, December 2021. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/12/B1207-ii-guidance-note-frailty-virtual-ward.pdf>

CARACTÉRISTIQUES DES PROGRAMMES D'HAD INTERNATIONAUX EN 2023²⁴

Analyse réalisée en décembre 2024 auprès de 94 programmes d'HAD

Périmètre	Programmes d'HAD participants de moins de 5 ans	45 %
	Taux exercice en zone rurale	30 %
Activité	Admissions < 1 000 patients par an	62 %
	Admissions > 4 000 patients par an	6 %
	< 25 patients par jour	63 %
	Entre 25 et 49 patients par jour	19 %
	Entre 50 et 99 patients par jour	12 %
	Plus de 100 patients par jour	6 %
Parcours/flux	Admissions de l'hôpital	93 %
	Admissions directes du domicile	63 %
	Admissions depuis les Ehpad	52 %
Fonctionnement	Fonctionnement 7 jours sur 7	88 %
	Visites de nuit en cas d'urgence	50 %
	Utilisation d'un dossier patient électronique	85 %
	Utilisation de la vidéo communication	64 %
	Monitoring à distance proposé de manière intermittente	61 %
Diagnostic	Analyses sanguines délocalisées au domicile	60 %
	Échographies à domicile	48 %
	Radiographies à domicile	19 %
Traitements	Perfusions en continu	79 %
	Opioides	43 %
	Transfusions	30 %
	Anticoagulants	23 %
	Chimiothérapies	19 %
	Procédures avancées	23 %
	HAD pédiatriques	18 %

²⁴ Hospital at home worldwide: Program and clinician characteristics from the World Hospital at Home Congress survey, December 2024: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.19149>

TABLEAU COMPARATIF DES PAYS AVEC UN ESSOR NATIONAL DE L'ACTIVITÉ

	France (2023) ²⁵	Espagne (2023) ²⁶	Angleterre (2024) ²⁷	Écosse (avril 2023 - mars 2024) ²⁸	Australie (juin 2022 - juillet 2023) ²⁹	États-Unis (2020-2023) ³⁰	Singapour (2022 - 2024)
Nombre d'habitants en millions	68	47,9	56	5,4	26,5	340	5,7
Organisation	Nationale	Régionale	Nationale	Nationale	Régionale	Nationale (non pérenne)	Nationale
Nom	Hospitalisation à domicile	Hospitalización a Domicilio	(Frailty) Virtual wards, Hospital at home	Acute adult and older people hospital at home	Hospital in the Home (HiH, HiTH)	Hospital-at-home, Acute Hospital Care at Home (AHCAH)	Mobile Inpatient Care-at-Home (MIC@Home)
Date du premier service	1957	1981	1978	2011	1994	1947	2019
Nombre d'établissements ou de lits d'HAD	281 établissements	152 en 2015 ³¹ (dont 67 en Catalogne et dans la région de Valence)	12 733 lits	500 lits	NC	151 (332 hôpitaux ont obtenu l'autorisation HaH)	185 lits en décembre 2024 ³²
Nombre de journées/ 100 000 hab.	10 505	2 939	NC	1 729	3 794	NC	NC
Nombre de patients/ jour/100 000 hab.	29	8	NC	4,8	10	NC	NC
Nombre de séjours	278 000	132 917	NC	NC	126 893	NC	NC
Nombre de patients	168 158	>100 000	81 776	14 467	NC	11 907	2 000 ³³
Durée moyenne de séjour	27 jours	9 jours (Hospital Clinic de Barcelona)	3 jours ³⁴	5,5 jours	6,3 jours (9,2 avec le séjour hospitalier)	7,68 jours (pour les hôpitaux du waiver)	6 jours ³⁵
Financement	Tarification à l'activité à presque 100 % : 251 € / journée d'HAD	Même financement qu'à l'hôpital en Catalogne : 3 000 € / séjour d'HAD	Même financement qu'à l'hôpital, incitation financière en plus	NC	Même tarif qu'un séjour hospitalier (État de Victoria)	Même tarif qu'un séjour hospitalier Financement non pérenne (waiver)	Inclus dans les dotations globales des hôpitaux
Instance de fédération ou société savante	FNEHAD, FHF, FHP, FEHAP, UNICANCER	Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD)	UK Hospital at Home Society	UK Hospital at Home Society	HITH Society Australasia	American Academy for Home Care Medicine (AAHCM)	NC

²⁵ FNEHAD, Rapport d'activité 2023-2024. <https://heyzine.com/flip-book/d62afab9f6.html#page/1>

²⁶ Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) : <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/PUBLICOSNS>

²⁷ Statistics » Virtual Ward : <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/virtual-ward/>

²⁸ Older people/acute adult hospital at home services - Report of the national programme for expansion of services in 2023/24, Healthcare Improvement Scotland, August 2024, <https://www.ihub.scot/media/10723/older-people-and-acute-adult-hospital-at-home-2023-24-report-v1.pdf>

²⁹ Admitted patient activity - Australian Institute of Health and Welfare : <https://www.aihw.gov.au/hospitals>

³⁰ Report on the Study of the Acute Hospital Care at Home Initiative, United States Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services, September 2024

³¹ Directorio unidades HAD - Répertoires des unités HAD : <https://www.sehad.org/index.php/directorio-unidades-had>

^{32 et 35} Singapore Ministry of Health : <https://www.moh.gov.sg/newsroom/length-of-stay-in-transitional-care-facilities-and-capacity-expansion-of-mobile-inpatient-care---home-programme>

³³ Singapore Ministry of Health : <https://www.moh.gov.sg/newsroom/delivering-care-beyond-hospitals>

³⁴ Length of stay and economic sustainability of virtual ward care in a medium-sized hospital of the UK: a retrospective longitudinal study | BMJ Open. <https://bmjopen.bmj.com/content/14/1/e081378>

1.2. L'essor post-Covid

Avec la pandémie de la Covid-19, l'hospitalisation à domicile s'est imposée comme un substitut de l'hospitalisation avec hébergement dans de nombreux pays. Au plus fort de la crise, la saturation des hôpitaux et les risques accrus liés aux infections nosocomiales pour les patients les plus fragiles ont souligné l'urgence de développer des modèles de soins permettant d'assurer un suivi médical intensif tout en évitant le recours systématique aux établissements hospitaliers.

L'HAD a ainsi connu une accélération mondiale, avec un nombre croissant de pays structurant leur offre à domicile. En 2024, environ 40 pays³⁶ disposent d'un dispositif d'HAD ou d'initiatives similaires. Depuis 2016, le nombre de pays ayant mis en place un cadre réglementaire national pour l'HAD a plus que doublé, et les expérimentations locales et régionales se multiplient.

1.2.1. Une émergence de l'HAD en réponse aux besoins locaux

La crise sanitaire a fait naître des initiatives d'HAD polyvalentes ou spécialisées qu'il faut désormais évaluer, pérenniser et renforcer.

➔ En **Italie**, où la structuration de l'offre de soins est décentralisée³⁷, l'offre d'HAD existait depuis plusieurs décennies (1984) notamment à Turin, mais avait connu un développement limité comparé à d'autres

pays européens comme la France ou l'Espagne. Les quelques services d'HAD italiens sont souvent spécialisés, notamment sur les soins palliatifs ou la rééducation. À Florence, une initiative hybride est née en 2020 lors de la crise sanitaire : un projet de « soins hospitaliers-infirmiers à domicile » à destination des personnes âgées résidant en maisons de retraite. Il a permis la prise en charge à domicile de patients atteints de la Covid-19 à différents degrés de sévérité, en évitant des séjours hospitaliers.

➔ Au **Canada**, où certaines provinces ont des programmes d'HAD depuis 1980, de nouvelles initiatives ont également émergé depuis la crise sanitaire dans plusieurs régions, notamment au Nouveau-Brunswick, en Colombie-Britannique et en Alberta (depuis 2018). Certains de ces programmes proposent une offre complète regroupant la prise en soins palliative, les soins de longue durée à domicile et les prises en charge spécifiques aiguës relevant de l'hospitalisation à domicile. Au Québec, l'Institut québécois d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) fait un impressionnant travail de recherche et de parangonnage pour capitaliser sur les expériences d'HAD dans le monde afin de lancer un programme d'HAD provincial en 2026. L'un des défis est celui de la dispersion géographique de la population, qui complexifie la prise en charge à domicile³⁸.

Portrait robot d'un établissement d'HAD créé après 2020 dans le monde

- rattachement systématique à un hôpital ;
- médicalisation renforcée (médecine interne, gériatrie, urgentistes, oncologie, etc.), infirmiers en pratiques avancées et compétences spécialisées (kinésithérapeutes, etc.) ;
- substitution privilégiée des séjours hospitaliers traditionnels ;
- doté de plateformes numériques qui centralisent et coordonnent les données cliniques et les flux logistiques, y compris des pharmacies automatisées ;
- utilisation de nouvelles technologies pour suivre des cohortes de patients plus importantes, optimiser l'utilisation des ressources et réaliser des diagnostics et traitements aigus à domicile.

³⁶ World Hospital at Home Community : <https://whahc-community.kenes.com/>

³⁷ et ³⁸ Mobile Inpatient Care @ Home (MIC@Home) : <https://moht.com.sg/mic-home/>

➔ En Suisse, trois programmes d'HAD de référence ont été lancés en 2022 : une initiative privée basée à Zurich (Hospital at Home AG) et deux programmes gérés par des hôpitaux, Spital Zollikerberg Zuhause à Zurich (150 patients traités en deux ans) et Hospital at Home Klinik Arlesheim à Bâle³⁹. L'HAD zurichois développe un modèle de stratification des alertes, avec trois niveaux identifiés : le premier par appel du patient, le deuxième par appel des proches et le troisième par le télémonitoring. Ces initiatives illustrent un intérêt fort et récent pour ce mode de prise en charge, avec la création de la Swiss Hospital at Home Society en novembre 2023. Les structures d'HAD demandent désormais au gouvernement un financement pérenne.

1.2.2. Des objectifs nationaux ambitieux

Face aux pressions croissantes sur les systèmes de santé, l'HAD ne se limite plus à un simple outil de réduction de la durée des hospitalisations. Elle devient un substitut privilégié à l'hospitalisation traditionnelle, avec un objectif clair : assurer un maximum de soins à domicile, le patient ne devant aller à l'hôpital que s'il nécessite une surveillance intensive ou l'accès à un plateau technique⁴⁰.

Le Pr Daniel Lasserson, ancien président de la UK Hospital at Home Society, exprime ce changement de paradigme : « *Mon souhait est de renverser la logique actuelle : je pars du principe que tous les soins sont réalisables à domicile, jusqu'à ce que l'on me prouve que la présence dans un environnement hospitalier est nécessaire.* »

Les objectifs d'activité d'HAD fixés par de nombreux pays illustrent cette évolution :

- En France, la circulaire de 2013 fixait un objectif de 30 à 35 patients pris en charge en HAD et de 1,2 % des séjours hospita-

liers devant donner lieu à de l'HAD, un indicateur qui fait actuellement l'objet de travaux au ministère afin d'être actualisé.

- Au Canada et en Espagne, l'HAD doit représenter 5 % des capacités hospitalières, un seuil inscrit dans les contrats pluriannuels et conditionnant le financement des structures.

- Au Royaume-Uni, un objectif de 40 à 50 patients par jour pour 100 000 habitants et par structure d'HAD a été fixé.

- À Singapour, le pays ambitionne d'atteindre 10 % de la capacité en lits hospitaliers en HAD d'ici 2030.

➔ Singapour a une politique publique particulièrement volontariste. En avril 2022, le ministère de la Santé a lancé une expérimentation à grande échelle pour développer l'HAD en s'appuyant sur une méthode de « bac à sable réglementaire⁴¹ ».

L'objectif était de tester intensivement des parcours HAD et de proposer un financement par des subventions avant l'intégration pérenne aux mécanismes de couverture sociale.

Le projet était porté par le bureau de la transformation en santé (MOHT⁴²), qui a tout d'abord effectué un parangonnage des HAD dans le monde pour synthétiser les bonnes idées et bonnes pratiques (y compris lors d'une visite en France). Au bout d'un an de ce projet pilote (3 HAD et 500 patients), le programme MIC@Home⁴³ a été généralisé.

Tous les soins sont
réalisables à domicile,
jusqu'à ce que l'on me
prouve que la présence
dans un environnement
hospitalier est nécessaire.

³⁹ Ibid

⁴⁰ Comparison of Hospital-at-Home Models, Leong MQ, Lim CW, Lai YF, BMJ Open, 2021 : <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/1/e043285.full.pdf>

⁴¹ Delivering Care Beyond Hospitals, Ministry of Health Singapore, March 2024. <https://www.moh.gov.sg/news-room/delivering-care-beyond-hospitals>

⁴² MOH Office for Healthcare Transformation : <https://moht.com.sg/>

⁴³ Mobile Inpatient Care @ Home (MIC@Home) : <https://moht.com.sg/mic-home/>

D'une offre polyvalente, il a évolué vers des soins plus complexes, y compris les soins de réhabilitation, les soins palliatifs et même des transplantations de moelle osseuse. Sept établissements ont déjà un service d'HAD, avec un total de 160 lits.

1.3. Une médicalisation croissante et une offre de plus en plus spécialisée

Les HAD à l'étranger cherchent à être pleinement intégrées dans la gradation de soins : elles sont des prolongations des établissements hospitaliers, et en complète synergie avec l'offre de soins primaires. La médicalisation et la spécialisation y sont fortes, les soins sont de plus en plus techniques.

1.3.1. Des équipes qui se médicalisent

À l'international, les développements récents d'offre HAD sont portés par une communauté médicale très dynamique, qui travaille à la structuration d'une spécialisation clinique à part entière. Des diplômes universitaires dédiés à l'HAD ont été créés, comme en Espagne⁴⁴ ou en France⁴⁵. Depuis 2017, de nombreuses sociétés et fédérations nationales d'HAD se sont développées dans chaque pays et ont la possibilité de se réunir lors du congrès international thématique commun (WHAHC)⁴⁶, visant à promouvoir et partager une culture commune de l'HAD.

Les hôpitaux en Espagne, par exemple, comportent des équipes d'HAD très médicalisées grâce à un financement des séjours d'HAD équivalent à celui des séjours

hospitaliers. Selon le Dr David Nicolás, coordonnateur médical de l'HAD de l'Hospital Clínic de Barcelone, son équipe est ainsi composée de 7 médecins spécialisés en médecine interne et en infectiologie, d'urgentistes, d'oncologues, de pédiatres et de 20 infirmières pour 83 patients, soit un effectif de 1 médecin pour 12 patients (versus 1 médecin pour 27 à 30 patients en France⁴⁷). Les médecins rencontrent tous les patients avant leur admission (y compris quand ils sont à domicile) et réalisent des visites quotidiennes, en présentiel, par téléphone ou par téléconsultation. Cette équipe médicale dédiée permet de proposer des sorties des unités conventionnelles précoces et des gestes très techniques permettant d'éviter les hospitalisations.

Les HAD en Catalogne réalisent 70 % de traitements antibiotiques et 30 % de suivi d'insuffisance cardiaque, de maladies pulmonaires, transfusions, greffes de moelle osseuse ou pose de *midline*. Ils ne prennent pas en charge de pansements sauf si besoin d'antibiotiques, thérapie Vacuum-Assisted Closure (VAC) ou pansement très complexe.

Les soins palliatifs et le traitement de la douleur sont pris en charge par d'autres équipes locales. La deuxième ambition de la Catalogne est de réduire le plus possible les durées de séjours hospitaliers grâce à l'HAD en développant par exemple les sorties à J0 post-interventionnelles (par exemple de greffe rénale).

⁴⁴ Master en hospitalisation à domicile, Université de Barcelone : <https://www.ub.edu/masterhad/>

⁴⁵ Formation des professionnels en hospitalisation à domicile, Université de Lorraine : <https://medecine.univ-lorraine.fr/fr/formation-des-professionnels-en-hospitalisation-domicile-had>

⁴⁶ World Hospital at Home Community (WHAHC) : <https://whahc-community.kenes.com/>

⁴⁷ FNEHAD, Rapport d'activité 2023-2024. <https://heyzine.com/flip-book/d62afab9f6.html#page/1>

1.3.2. Des soins de plus en plus complexes et spécialisés

Même si la polyvalence se développe au sein des HAD, la priorité reste de permettre de soigner à leur domicile des personnes âgées et de réaliser des soins aigus permettant de positionner l'HAD en substitution de l'hospitalisation avec hébergement. Les HAD en Écosse sont ainsi principalement gériatriques, en réponse aux besoins croissants d'une population vieillissante – en 2020, 19 % de la population écossaise avait plus de 65 ans – et à la nécessité de réduire les coûts des soins hospitaliers. Depuis 2020, un financement de 15 M€ a permis l'ouverture de presque 500 lits d'HAD sur la quasi-totalité du territoire, bénéficiant à 14 500 patients entre avril 2023 et mars 2024. La prise en charge inclut des soins infirmiers, des soins palliatifs et des soins de réhabilitation. Les pathologies les plus fréquemment traitées sont respiratoires (plus de 25 %), cardiaques et urinaires⁴⁸. Une étude menée par le gouvernement écossais a montré que l'HAD pouvait réduire les admissions à l'hôpital de 20 à 30 % pour certaines pathologies⁴⁹.

Dans d'autres pays, l'offre des HAD s'étend à des soins de plus en plus complexes, diversifiés et spécialisés. En Norvège par exemple, les HAD assurent des soins très techniques et sont très connectés comme à Oslo, où les patients ayant subi une greffe de moelle osseuse pour un cancer du sang vivent chez eux jusqu'à ce que la fonction de leur moelle osseuse se soit normalisée.

Autre illustration en Belgique, où un cadre juridique et budgétaire existe depuis juillet 2023 pour l'HAD, centré sur les antibiothérapies de plus de cinq jours et la délivrance d'anticancéreux de plus de trois jours. Six hôpitaux publics liégeois ont développé une structure interhospitalière de soins oncologiques ou de soins pédiatriques, qui fait le lien entre l'hôpital et le domicile. Les soins dispensés sont ciblés sur les traitements oncologiques (antibiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie) et ont bénéficié à 205 patients en 2023 pour une durée moyenne de séjour de 19 jours⁵⁰. Les chimiothérapies sont dispensées par des infirmiers spécialisés en oncologie et la permanence des soins est assurée par des infirmières coordinatrices. Une plateforme de liaison permet d'assurer la bonne prise en charge 24/7 du patient⁵¹ et l'application « Hodisee » permet de suivre les visites et administrations de chimiothérapie, pour les patients et les prestataires de soins infirmiers.

L'hospitalisation pédiatrique à domicile est également en expansion. La Norvège a développé un programme d'HAD pédiatrique depuis 2016/2017, pour les patients de 0 à 18 ans dans trois hôpitaux universitaires.

Au Portugal, la seule initiative comparable existant depuis 2009 a la particularité d'être une unité mobile de soins à domicile pédiatrique. En 2021, elle a pris en charge 167 nouveaux-nés et enfants pour garantir une sortie de l'hôpital en sécurité⁵². Le système de santé portugais

⁴⁸ *Older people/acute adult hospital at home services*, Healthcare Improvement Scotland, August 2024. <https://ihub.scot/media/10723/older-people-and-acute-adult-hospital-at-home-2023-24-report-v1.pdf>

⁴⁹ *Evaluation of Hospital at Home Services in Scotland*, Scottish Government, 2018. <https://www.ihub.scot/media/10221/hospital-at-home-programme-evaluation-summary-mar-2023.pdf>

⁵⁰ Genèse d'une HAD au sein du CHU de Liège : <https://www.youtube.com/watch?v=rp4bjUltolc>

⁵¹ Narsahome : <https://narsahome-asbl-35.webself.net/>

⁵² Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), 2013.

offre des soins gratuits aux enfants de moins de 18 ans, ce qui inclut les services de santé à domicile.

Quant à l'HAD psychiatrique, elle existe notamment en **Australie**, où le service Youth Hospital in The Home (Y-HiTH) fournit des soins d'HAD de santé mentale à des jeunes âgés de 16 à 24 ans en substitut à l'hospitalisation⁵³. Le service sert d'étape entre l'admission à l'hôpital et les soins communautaires pendant un maximum de 14 jours. Il propose une évaluation, un traitement et une gestion intensive de la santé mentale à domicile. Les membres de l'équipe Y-HiTH comprennent des psychiatres consultants, des infirmières en santé mentale en milieu communautaire, un psychologue clinicien, un diététicien, des ergothérapeutes, un travailleur social, un pharmacien et un pair-aidant.

1.3.3. Comparatif des case-mix HAD selon les pays

Il existe des différences notables dans le case-mix des patients (éventail des situations médicales de prise en charge) selon les pays, bien que certaines similitudes existent. La **France** se distingue par la diversité de ses prises en charge, incluant soins palliatifs, pansements complexes et traitements intraveineux. Le case-mix est mesuré par un indicateur appelé « degré de polyvalence ». Les HAD de la **Catalogne**, de l'**Australie**, des **États-Unis**, d'**Israël** et de **Singapour** sont davantage centrés sur la prise en charge des problèmes infec-

tieux, des soins post-chirurgicaux ou des pathologies chroniques comme l'insuffisance cardiaque.

En ce qui concerne les soins techniques, presque tous les pays développent la transfusion à domicile. S'agissant de la chimiothérapie à domicile, si elle est développée en **France**, elle ne l'est que partiellement en **Grande-Bretagne**, en **Espagne**, en **Belgique** et est même inexistante à **Singapour** et **Israël**, où elle est principalement réalisée en ambulatoire. Concernant les spécialités médicales, la psychiatrie en HAD est absente en France (car organisée par les équipes de santé mentale), mais bien développée en Australie, en Espagne, en Grande-Bretagne et en Israël. En revanche, la pédiatrie à domicile est une priorité pour la plupart des systèmes étudiés, sauf aux États-Unis où elle est absente du dispositif. Enfin, l'obligation d'assurer des soins 24/7 varie selon les pays, mais reste un attendu de l'offre HAD, certains misant sur des coopérations avec les services d'urgence ou des solutions alternatives.

⁵³ Youth Hospital in the Home, Fiona Stanley Fremantle Hospitals Group. <https://fsfhg.health.wa.gov.au/Our-services/Mental-Health/Youth-mental-health/Y-HiTH>

TABLEAU COMPARATIF INTERNATIONAL DES CASE-MIX TRAITÉS EN HAD

	France	Australie	Espagne	
Case-mix	En journées : soins palliatifs (28 %), pansements complexes (25,5 %), traitements intraveineux (5,9 %), soins de nursing lourds (5,6 %). Notable : pédiatrie (5,4 %), chimio (3 %), transfusion sanguine (0,1 %).	Les infections, les thrombo-embolies veineuses ou les soins post-chirurgicaux.	- Valence : à 47 % des soins palliatifs - Catalogne : 70 % de traitements antibiotiques, 30 % d'insuffisance cardiaque, de maladies pulmonaires, de douleur, de transfusions. Des HAD plus spécialisés font de la chimiothérapie.	
Obligation de fournir des soins 24/7	Oui	Oui (partenariats possibles) (État de Victoria) ⁵⁴	Oui ⁵⁵	
Psychiatrie	Non	Oui	Oui	
Pédiatrie	Oui	Oui	Oui	
Chimiothérapie	Oui	Oui	Oui partiellement	
Soins dans les Ehpad	Oui	Oui	Oui	
Soins palliatifs	Oui	Oui	Oui	
Obstétrique	Oui			
Réadaptation	Oui			
Radio		Non		
Transfusion	Oui		Oui	

⁵⁴ Patients and carers have 24-hour access to appropriate healthcare professionals from the relevant HITH service." Hospital in the Home Guidelines, Victoria State, 2012. <https://www.health.vic.gov.au/publications/hospital-in-the-home-guidelines>

⁵⁵ Guía de Práctica clínica de Hospitalización a Domicilio, SEHAD, 2020. <https://sehad.org/images/site/proyectoHAD2020/03-%20GUIA%20PRACTICA%20CLINICA%20HAD%20201108.pdf>

⁵⁶ Cadre opérationnel des Virtual Wards : <https://www.england.nhs.uk/long-read/virtual-wards-operational-framework/>

	Grande-Bretagne	Italie	Israël	Singapour	États-Unis
		Insuffisances cardiaques, cancers, maladies pulmonaires, patients greffés.		Cellulite infectieuse (15 %), Infections des voies urinaires (8 %), fièvre dengue (5 %), pneumonie (4 %) (2023).	Respiratoire (36 %), circulatoire (16 %), rénale (16 %), maladies infectieuses (12 %).
	8h-20h, 7j/7 au minimum, en assurant une solution pour le reste ⁵⁶	Non, coopération avec le service d'urgence	Oui	Oui	Oui y compris repas et surveillance infirmière par ex. pour la prise des médicaments
	Oui		Oui		Non
	Oui		Oui	Oui	Non
	Oui		Non	Non (déjà fait en ambulatoire)	Oui
			Non	Oui	Non
	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
	Oui		Oui	Oui	Non
			Oui	Oui	Non
	Oui		Non	Oui	
	Oui	Oui	Non	Non (déjà fait en ambulatoire)	

2. Le numérique et la e-santé : des leviers stratégiques pour la transformation de l'HAD

2.1. L'HAD s'empare du numérique

Le développement du modèle des HAD à l'international offre un terreau fertile à l'innovation numérique pour résoudre une équation complexe :

- Réaliser des soins aigus avec une mise à disposition immédiate du matériel et des médicaments nécessaires hors des murs hospitaliers.
- Intervenir sur l'ensemble du territoire (y compris en zone rurale).
- Bénéficier de compétences médicales et paramédicales spécialisées au plus près du patient dans un contexte de pénurie de professionnels.

2.1.1. L'investissement dans des solutions logistiques performantes

L'HAD est une offre de soins dont la performance repose en grande partie sur une organisation, des flux logistiques et une fluidité de partage de données pour assurer le même service, quelles que soient la taille et la densité du territoire. Des fonctions support efficaces sont indispensables pour soutenir la montée en charge de l'activité et atteindre les seuils recommandés par les autorités de nombreux pays.

Parmi les principaux enjeux logistiques se trouve la capacité à répondre de manière réactive aux besoins évolutifs de patients qui ne sont pas nécessairement stabilisés. Cela concerne en particulier les traitements, avec une forte réactivité attendue de l'ensemble du circuit du médicament. Dans de nombreux pays, les pharmacies des HAD

sont celles de leur hôpital de rattachement. Cela implique une réflexion pour à la fois sécuriser le circuit du médicament et répondre aux enjeux des distances et de réactivité des livraisons.

➔ En France, plusieurs modèles d'HAD coexistent : certains disposent d'une pharmacie à usage interne (PUI), tandis que d'autres collaborent majoritairement avec des officines de ville. Parmi ceux dotés de leur propre PUI, la Fondation Santé Service se démarque par sa nouvelle plateforme logistique, qui distribue médicaments et équipements pour ses 2 000 patients hospitalisés à domicile⁵⁷.

➔ Aux États-Unis, le développement de l'HAD repose sur un fort recours aux nouvelles technologies et à des solutions innovantes pour optimiser la gestion des flux logistiques. Des entreprises spécialisées apportent des réponses adaptées, comme Medically Home, une startup ayant bénéficié de plusieurs centaines de millions de dollars d'investissement de la part de Kaiser Permanente et de la Mayo Clinic⁵⁸. Elle propose aux hôpitaux une plateforme informatisée intégrant la gestion des patients, des professionnels et des flux logistiques, avec un accompagnement sur six mois pour structurer un programme d'HAD complet. Son approche inclut également des partenariats avec des prestataires locaux, tels que des services de livraison de repas ou des ambulances⁵⁹. En parallèle, les États-Unis expérimentent des solutions de logistique avancée, comme la livraison par drone⁶⁰.

⁵⁷ L'innovation au cœur de la conception de la nouvelle pharmacie à usage intérieur, Fondation Santé Service, juin 2023. <https://www.fondation-santeservice.fr/linnovation-au-coeur-de-la-conception-de-la-nouvelle-pharmacie-a-usage-interieur/>

⁵⁸ Mayo, Kaiser among companies investing \$110M into 'hospital-at-home' venture, Becker's Health IT, 2022. <https://www.beckershospitalreview.com/innovation/mayo-kaiser-among-companies-investing-110m-into-hospital-at-home-venture.html>

⁵⁹ Entretien avec Linda DeCherrie.

⁶⁰ Mass General Brigham tests drones for 'hospital at home': 6 things to know, Becker's Health IT, 2024. <https://www.beckershospitalreview.com/innovation/mass-general-brigham-tests-drones-for-hospital-at-home-6-things-to-know.html>

L'hôpital Mass General Brigham, qui gère le plus grand programme d'HAD du pays avec 70 patients par jour, a ainsi mené 30 vols d'essai à l'automne 2024 avec des drones d'une autonomie de 38 km. Cette technologie coûteuse est destinée aux situations d'urgence, par exemple pour acheminer rapidement un antibiotique vital à un patient isolé.

2.1.2. Le développement des HAD connectés

Le niveau de développement des solutions numériques, de la e-santé et des outils connectés reste le support indispensable à la performance de l'HAD. Pour optimiser la coordination des soins, les plateformes digitales jouent un rôle clé.

➔ En **Suède**, elles sont devenues un support essentiel au développement de l'HAD. Dès sa création en 2022, l'offre d'HAD de l'hôpital St Göran à Stockholm a intégré les nouvelles technologies afin d'améliorer l'organisation et la prise en charge des patients. Dossiers patients, planification des soins, communication et organisation logistique sont ainsi centralisées sur la solution « Medoma »⁶¹. Une permanence infirmière 24/7 assure la coordination et la communication avec les patients : chaque patient communique en moyenne 16 fois par jour avec elle, chiffre qui illustre le besoin de contact récurrent. Ces plateformes permettent le relai des paramètres vitaux, sont le lieu des visites virtuelles des médecins et rendent possible la synchronisation à grande échelle des visites et des livraisons.

Les solutions de téléconsultation, téléassistance et télésurveillance sont systématiquement associées au développement de l'offre HAD, dans les pays où celle-ci émerge. D'après un sondage mené en

2021 par la WHAHC⁶², les solutions technologiques les plus utilisées visent à réaliser des diagnostics à domicile (oxymètre de pouls, température, mesure du poids, bilan sanguin, échographie portable et moniteur de tension artérielle).

➔ En **Angleterre**, le National Health Service (NHS) soutient le développement de l'HAD en investissant dans la technologie. Le cahier des charges des HAD anglaises⁶³ intègre des technologies de diagnostic à domicile et des traitements. L'HAD des Oxford University Hospitals⁶⁴, par exemple, réalise des examens directement au domicile (*point of care tests*) : bilans sanguins avec des systèmes de biologie délocalisée portable, échographies réalisées par les médecins mais aussi par des infirmiers en pratique avancée. Les patients sont examinés quotidiennement par l'équipe clinique (en personne) et la « visite de service » peut impliquer une visite à domicile ou se dérouler par le biais de la technologie vidéo. De nombreux services virtuels utilisent des technologies telles que des applications, des appareils portables et d'autres dispositifs médicaux, permettant au personnel clinique de prendre facilement des nouvelles et de suivre le rétablissement de la personne.

➔ En **Italie**, l'HAD de l'hôpital universitaire de Turin pratique l'imagerie à domicile, grâce à des échographes et des équipements de radiographie portables. Un manipulateur radio de l'hôpital se déplace au domicile des patients pour réaliser les radiographies, permettant notamment des explorations thoraciques ou des diagnostics de fractures. Les images sont interprétées par des radiologues de l'hôpital à distance. Cette prestation à domicile permet d'éviter le transfert de certains patients vers l'hôpital.

⁶¹ Medoma : <https://www.medoma.com/?r=0>

⁶² HAH Tech Solutions Survey, WHAHC, 2021. <https://whahc-community.kenes.com/hah-tech-solutions-survey/>

⁶³ What is a virtual ward?, NHS England. <https://www.england.nhs.uk/virtual-wards/what-is-a-virtual-ward/>

⁶⁴ Hospital at Home (H@H), NHS Oxford University Hospitals. <https://www.ouh.nhs.uk/services/departments/acute-emergency/agm/virtual/hah/>

Les outils de communication permettant la téléconsultation ou l'échange en direct avec les patients paraissent moins prioritaires pour le développement des HAD, dans la mesure où des téléphones traditionnels remplissent cette fonction avec une simplicité d'usage qui convient généralement aux personnes âgées⁶⁵. Des fonctions de tchat ou d'échange direct par message avec les équipes soignantes sont néanmoins de plus en plus utilisées.

Ceci étant, en 2021, 50 % des répondants à l'enquête du WHAHC utilisaient des solutions de surveillance à distance⁶⁶, qui nécessitent une infrastructure plus lourde et un financement *ad hoc*.

→ En **Norvège** par exemple, un plan national de santé⁶⁷ prévoit le développement de solutions connectées à domicile. Depuis 2016, le service de cancérologie de l'hôpital Østfold propose aux patients atteints de cancer un suivi numérique à domicile entre les cures de chimiothérapie. Les patients enregistrent leur poids et leur température par voie électronique, puis les informations sont transférées aux professionnels de santé de l'hôpital pour l'évaluation d'un nouveau traitement de chimiothérapie. Le patient évite ainsi des déplacements à l'hôpital. L'établissement Østfold a par ailleurs reçu 10,5 M de couronnes norvégiennes de la part d'Innovation Norway pour établir un partenariat d'innovation. L'objectif est de développer des solutions permettant aux patients de prélever et d'analyser eux-mêmes des échantillons de sang et d'urine.

→ À **Singapour**, le médecin d'HAD virtuel⁶⁸, Dr Buddy, est une application de suivi des patients à distance développée en 2021.

Elle se présente sous la forme d'un tableau de bord simple, accessible aux soignants et aux patients. Dès l'inscription du patient dans le programme, il reçoit un message de bienvenue et peut contacter les professionnels en cas de besoin. Sur le tableau de bord, les soignants peuvent configurer des notifications personnalisées et programmer des consultations vidéo. Le patient peut intégrer ses signes vitaux à horaire régulier et les données sont mises à disposition des soignants pour la surveillance. Si les données de santé ne sont pas soumises à temps, le patient est relancé.

D'autres outils permettant d'apporter à distance une expertise médicale aux soignants sont utilisés, que ce soit *via* des tablettes ou des dispositifs plus coûteux comme les lunettes connectées. Ces lunettes intelligentes équipées d'une caméra permettent au médecin de voir à distance le patient en temps réel, d'évaluer, de commenter, d'intervenir voire, de valider des prescriptions ou des diagnostics. La personne qui porte les lunettes a les deux mains libres et peut communiquer tout en effectuant des gestes cliniques. Ce dispositif permet de réduire les coûts liés au déploiement physique du médecin et de réduire son exposition en cas d'épidémie⁶⁹.

2.1.3 Les promesses de l'intelligence artificielle

Le développement de l'intelligence artificielle ouvre d'importantes perspectives pour l'HAD, que ce soit dans l'orientation des patients ou le suivi à distance grâce à l'intégration des données cliniques aux dossiers patients informatisés et la création d'alertes.

⁶⁵ *The Impact of Digital Health Solutions on Bridging the Health Care Gap in Rural Areas: A Scoping Review* - Karla C Maita 1, Michael J Maniaci 2, Clifton R Haider et al, Feb 2024.

⁶⁶ Hospital at home worldwide: Program and clinician characteristics from the World Hospital at Home Congress survey. J Am Geriatr Soc, 2024 Dec. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39158679/>.

⁶⁷ Plan national hospitalier et de santé 2020 - 2023 (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 - 2023).

⁶⁸ How to start a new MIC@Home Programme, Singapore General Hospital, 2022. https://www.hospitalmanagementasia.com/wp-content/uploads/2023/04/1135_Dr-Michelle-Dr-Low.pdf

⁶⁹ *Smart glasses in hospitals: Viewing care delivery through a new lens*, HMA, 2022. <https://www.hospitalmanagementasia.com/tech-innovation/smart-glasses-in-hospitals-viewing-care-delivery-through-a-new-lens/>

→ En **Espagne**, les équipes médicales de l'HAD du CHU de Barcelone ont formé une équipe avec les prescripteurs hospitaliers pour utiliser l'IA à des fins de repérage des patients pouvant bénéficier d'une prise en charge en HAD. L'équipe a développé un projet pilote d'algorithme (avec du *machine learning*), qui détecte à partir de variables pertinentes et d'un score de probabilité, quels patients peuvent être admis en HAD. Une fois la détection réalisée, le médecin de l'HAD va voir les personnes concernées au sein des services (notamment aux urgences) et se déplace également à domicile pour confirmer leur profil.

L'HAD de l'Hospital Clinic utilise également l'IA pour la télésurveillance ainsi qu'un chatbot pour communiquer avec le patient. Celui-ci dispose d'une tablette, d'un tensiomètre, d'un oxymètre de pouls, d'une balance et d'un thermomètre connectés par Bluetooth. Il a des instructions pour prendre ses paramètres à différentes fréquences. Les constantes sont enregistrées et analysées par intelligence artificielle, permettant de déclencher des alertes et un classement des patients par gravité. Tandis qu'une prise en charge classique génère un déplacement infirmier quotidien, une prise en charge avec télésurveillance permet de réduire le nombre de visites des professionnels.

2.1.4. Quel impact du numérique sur les ressources humaines ?

L'HAD repose sur un modèle qui valorise et optimise le rôle des professionnels de santé dans un contexte de pénurie. Il offre aux infirmiers une plus grande autonomie et une activité clinique élargie. Par ailleurs, il allège les contraintes de permanence des soins, notamment la nuit.

Les outils numériques jouent un rôle clé dans cette transformation. À Barcelone, des études locales ont montré que la remontée des informations cliniques *via* des tablettes connectées permet aux soignants d'adapter le suivi des patients tout en maintenant une prise en charge efficace. Les passages des infirmiers et des médecins peuvent être réduits sans nuire à la qualité des soins.

L'intégration du numérique dans l'HAD améliore ainsi la coordination des soins, renforce l'accessibilité et réduit les coûts liés aux déplacements évitables des soignants. La téléexpertise permet aux médecins de réaliser des consultations avec leurs patients à domicile sans perdre de temps.

Toutefois, les médecins insistent sur la nécessité de préserver les interventions physiques, essentielles en particulier pour les patients nécessitant une surveillance étroite avec des pathologies complexes ou en phase palliative. Le numérique est un levier d'optimisation, mais ne peut se substituer à la présence humaine.

2.2. L'hôpital virtuel : complément ou alternative à l'HAD ?

Au-delà du développement de l'hospitalisation à domicile, de nombreux pays expérimentent des solutions visant à réduire encore davantage le nombre de lits hospitaliers. Les hôpitaux virtuels combinent HAD, télésurveillance et téléexpertise. Ils ne remplacent pas l'HAD, mais en prolongent les principes en supprimant davantage les contraintes liées aux infrastructures hospitalières. Leur succès repose sur l'intégration des technologies numériques pour assurer une surveillance efficace à distance, tout en garantissant un accès rapide aux soins par des soignants.

2.2.1. Des « urgences virtuelles »

➔ L'**Australie** explore les potentialités des hôpitaux virtuels à travers l'initiative RPA Virtual, lancée en 2020 pour désengorger les services d'urgence. Les professionnels hospitaliers participant au programme prennent en charge les patients à domicile, lorsque leur état le permet, grâce à une surveillance médicale 24h/24 assurée par le centre de soins virtuel, le service de soins infirmiers de district de Sydney et l'équipe des soins chroniques intégrés⁷⁰. En 2023-2024, près de 5 000 patients ont bénéficié de ce dispositif. Les consultations médicales et infirmières se déroulent à distance *via* le Virtual Care Centre, tandis que le suivi des paramètres vitaux est assuré en temps réel grâce à l'application Miya⁷¹, installée sur les smartphones des patients (avec prêt d'appareils si nécessaire). Ce modèle offre une prise en charge intégralement dématérialisée, accessible aussi bien aux soignants hospitaliers que libéraux grâce à un dossier médical partagé.

2.2.2. Des hôpitaux sans lit

➔ En **Israël**, l'HAD se développe pour répondre aux défis d'une population vieillissante et d'une demande croissante en soins, mais aussi en raison de la surcharge des hôpitaux et des taux élevés d'infections nosocomiales⁷². Cette évolution vers une prise en charge à domicile est soutenue par les quatre Health Management Organizations (HMO) qui remboursent l'HAD depuis 2009. Le premier hôpital à domicile du pays, Sabar Health⁷³,

fondé en 2005, illustre cette transformation. Initialement dédié aux soins palliatifs, il s'est diversifié en proposant une large gamme de soins : réhabilitation, soins aigus, oncologie, psychiatrie et pédiatrie. Avec 2 200 patients pris en charge chaque jour, auxquels s'ajoutent 600 suivis en réhabilitation, Sabar Health est aujourd'hui le plus grand hôpital sans lit physique d'Israël. Il s'organise autour d'un siège central, de quatre antennes locales et d'équipes autonomes. L'établissement intègre également les soins virtuels, notamment en soins palliatifs, et développe des outils numériques pour améliorer la coordination médicale et logistique.

➔ Les **États-Unis** comptent parmi les pionniers des hôpitaux virtuels, avec des initiatives de grande ampleur comme Mercy Virtual⁷⁴, ouvert en 2015. Ce centre fournit des soins virtuels à 600 000 patients dans sept États⁷⁵. Fonctionnant en continu, il mobilise plus de 300 cliniciens pour surveiller les patients hospitalisés et assurer un suivi à domicile. Premier hôpital sans lit des États-Unis, il propose une surveillance biométrique à domicile, une évaluation clinique quotidienne des symptômes, et un accès permanent à des soignants pour répondre aux questions et gérer les complications.

En parallèle, la Mayo Clinic a mis en place un centre de commandement clinique dédié à soutenir ses patients à domicile dans quatre États américains⁷⁶. Véritable « bureau infirmier » des unités d'HAD, ce centre assure

⁷⁰ Site NSW - RPA Virtual. <https://slhd.health.nsw.gov.au/rpavirtual/about>

⁷¹ Site RPA Virtual et RPA-Virtual-Hospital_Strategic-Action-Plan.

⁷² *Home Hospitalization Worldwide and in Israel*, The Israel Medical association journal, 2019 - Levi, Borow, Wapner, Feldman. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31474024/>

⁷³ Entretien avec Ron Sabar.

⁷⁴ Mercy Virtual Care Center: A deep dive into a virtual hospital, Healthcare IT News, 2023. <https://www.healthcareitnews.com/news/mercy-virtual-care-center-deep-dive-virtual-hospital>

⁷⁵ Mercy Virtual Care Program, Mercy. <https://www.mercy.net/about/virtual-care-program/>

⁷⁶ *Implementation of a virtual and in-person hybrid hospital-at-home model in two geographically separate regions utilizing a single command center: a descriptive cohort study*, 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36759867/>

l'affectation des ressources, la surveillance de l'état clinique grâce au monitoring à distance, la réponse aux appels et messages des patients 24/7 en plus du suivi médical *via* des téléconsultations. Adopté dans plusieurs pays comme au Canada (Québec⁷⁷), ce modèle d'équipe d'HAD « virtuel » est particulièrement apprécié des professionnels de santé, offrant une alternative à l'exercice en présentiel.

2.2.3. Entre hôpital virtuel et chambre intelligente

➡ En Chine, les hôpitaux virtuels se développent rapidement pour améliorer l'accessibilité aux soins. En 2019, on recensait déjà 130 « *Internet Hospitals* », aux deux tiers des établissements privés, couvrant 74 % du territoire national. Ces établissements proposent des consultations en ligne avant ou après un rendez-vous physique à l'hôpital, complétant l'offre classique⁷⁸. Les services de soins à domicile sont développés, avec 418 000 personnes âgées bénéficiaires en 2023⁷⁹, certains pouvant effectuer des soins relevant de l'HAD comme des chimiothérapies ou des dialyses⁸⁰.

Plusieurs hôpitaux ont développé des unités innovantes, appelées « Smart Home Wards », qui améliorent la prise en charge en réadaptation par le suivi de données dans une application. Les données collectées par le patient et celles recueillies par des dispositifs médicaux connectés sont transmises à un centre de gestion de l'hôpital, qui effectue un suivi en temps réel⁸¹. En 2021, l'hôpital

général provincial de Guangdong a créé un Smart Home Ward reposant sur la 5G et un jumeau numérique. Ce service cible quatre pathologies (Parkinson, maladies cardiovasculaires, Alzheimer et AVC) et propose deux typologies d'HAD : la sortie anticipée de l'hôpital avec soutien ou l'évitement de l'admission. Les soins incluent un suivi médical intégré, des soins médicaux et des services de réadaptation à domicile. Les patients sont monitorés à distance et des capteurs sont installés à leur domicile. Une chambre test a été créée à l'hôpital pour former les patients et vérifier qu'ils pourront suivre leur traitement chez eux.

⁷⁷ Hospitalisation à domicile, Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/hospitalisation-domicile>

⁷⁸ *Mobile Health in China: Well Integrated or a New Divide?*, Cambridge University Press, 2022. <https://www.cambridge.org/core/journals/cambridge-quarterly-of-healthcare-ethics/article/mobile-health-in-china-well-integrated-or-a-new-divide/07ADFBF06B857099EEF21861C7ADC765>

⁷⁹ *China improves home-based care services for senior citizens*, China Services Info, 2024. <https://govt.china-daily.com.cn/s/202401/17/WS65a8a392498ed2d7b7ea4d0a/china-improves-home-based-care-services-for-senior-citizens.html>

⁸⁰ *China Healthcare reforms and 3H Home Nursing support Service*, 3H Medi Solution, 2021. <https://global-3h.com/2021/06/11/china-healthcare-reforms-and-3h-home-nursing-support-service/>

⁸¹ *Initiation of the smart home wards as a new model for home-based rehabilitation for the elderly* -Ruoting Wang, Wanmin Lian, Weibin Cheng, Guowei Li, 2023.

3. Les 5 enseignements pour un modèle d'HAD d'avenir

Le développement de l'hospitalisation à domicile s'impose comme une priorité pour les années à venir, offrant des bénéfices avérés tant pour les patients que pour le système de santé :

- Selon les études internationales⁸², elle permet une réduction de 2 % de la mortalité à 30 jours par rapport à un séjour hospitalier classique, une réduction de 2 % des réadmissions et du recours aux urgences. L'HAD améliore la prise en charge de la fin de vie et permet un recours accru aux soins palliatifs (par exemple, en France, la proportion de résidents décédés en Ehpad ayant eu des soins palliatifs est passée de 6,1 % au premier semestre 2017 à 8,1 % au premier semestre 2025, grâce à l'HAD)⁸³.
- Générant moins de dépenses, l'étude menée aux USA montre que l'HAD permet une réduction des coûts de 30 % par rapport à l'hospitalisation traditionnelle⁸⁴.
- En outre, ce modèle s'inscrit dans une démarche écologique en limitant les séjours dans les structures hospitalières, fortement consommatrices de ressources.

La comparaison internationale des modèles d'HAD permet de mettre en lumière 5 enseignements pour le développement d'une offre de soins performante, innovante et durable.

① Un changement de paradigme s'impose pour systématiser le recours à l'HAD chaque fois que cela est possible et fixer un objectif clair d'un taux de journées d'hospitalisation réalisées en HAD ainsi qu'un taux de transfert cible des séjours hospitaliers assujettis à des financements.

Les pays qui créent aujourd'hui une offre d'HAD la pensent d'emblée comme le modèle de référence de l'offre de soins. Face aux difficultés liées à la pénurie de ressources (humaines, d'investissement pour ouvrir de nouveaux lits, de fonctionnement, etc.), ils privilégient l'HAD pour soulager le système, allant jusqu'à ne plus ouvrir de lits conventionnels quand l'HAD est possible.

② Le développement de l'offre d'HAD nécessite une forte médicalisation et le développement de la recherche.

On constate que les pays où l'HAD se diversifie misent sur une offre de soins très médicalisée pour développer des soins de plus en plus techniques, permettant d'éviter l'hospitalisation. La recherche en HAD est encore peu développée mais devrait, sous l'impulsion des sociétés savantes, permettre de créer des échelles composites de suivi à distance des patients, des algorithmes de détection de patients éligibles à l'HAD ou encore d'évaluation des conditions d'implantation du modèle d'HAD.

⁸² A meta-analysis of "hospital in the home". Gideon A Caplan MB BS, MD, FRACP, Nur S Sulaiman MB BS, Dee A Mangin MB ChB, Nicoletta Aimonino Ricauda MD, Andrew D Wilson MD, FRCP, Louise Barclay BN, 2012. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.5694/mja12.10480>

⁸³ Améliorer les soins en Ehpad : quel impact de l'intervention des équipes d'Hospitalisation à domicile (HAD) ? Anne Penneau, Zeynep Or (Irdes) - Questions d'économie de la Santé n°283, novembre 2023. <https://www.irdes.fr/recherche/2023/qes-283-ameliorer-les-soins-en-ehpad.html>

⁸⁴ The hospital at home in the USA: current status and future prospects, npj Digital Medicine, 2024. <https://www.nature.com/articles/s41746-024-01040-9>

③ Le développement du numérique, de la e-santé et de l'intelligence artificielle est indispensable pour rendre plus performante et pertinente l'offre d'HAD, permettant une couverture territoriale large tout en préservant le capital de ressources humaines rares.

L'utilisation des objets connectés au domicile se développe dans beaucoup de pays étrangers, et la France semble prendre du retard dans ce domaine. Pour accompagner cette évolution, un soutien institutionnel adapté est souhaitable : en France, la question du financement des nouvelles technologies et de la e-santé au sein des HAD est encore à clarifier pour permettre par exemple des prises en charge spécialisées et éviter les ruptures de parcours des patients déjà en télé-surveillance ou télé-expertise avant leur admission en HAD.

④ Le recours à des solutions logistiques centralisées est un levier pour coordonner des flux de plus en plus importants et dépasser des aspects potentiellement bloquants au développement de l'HAD.

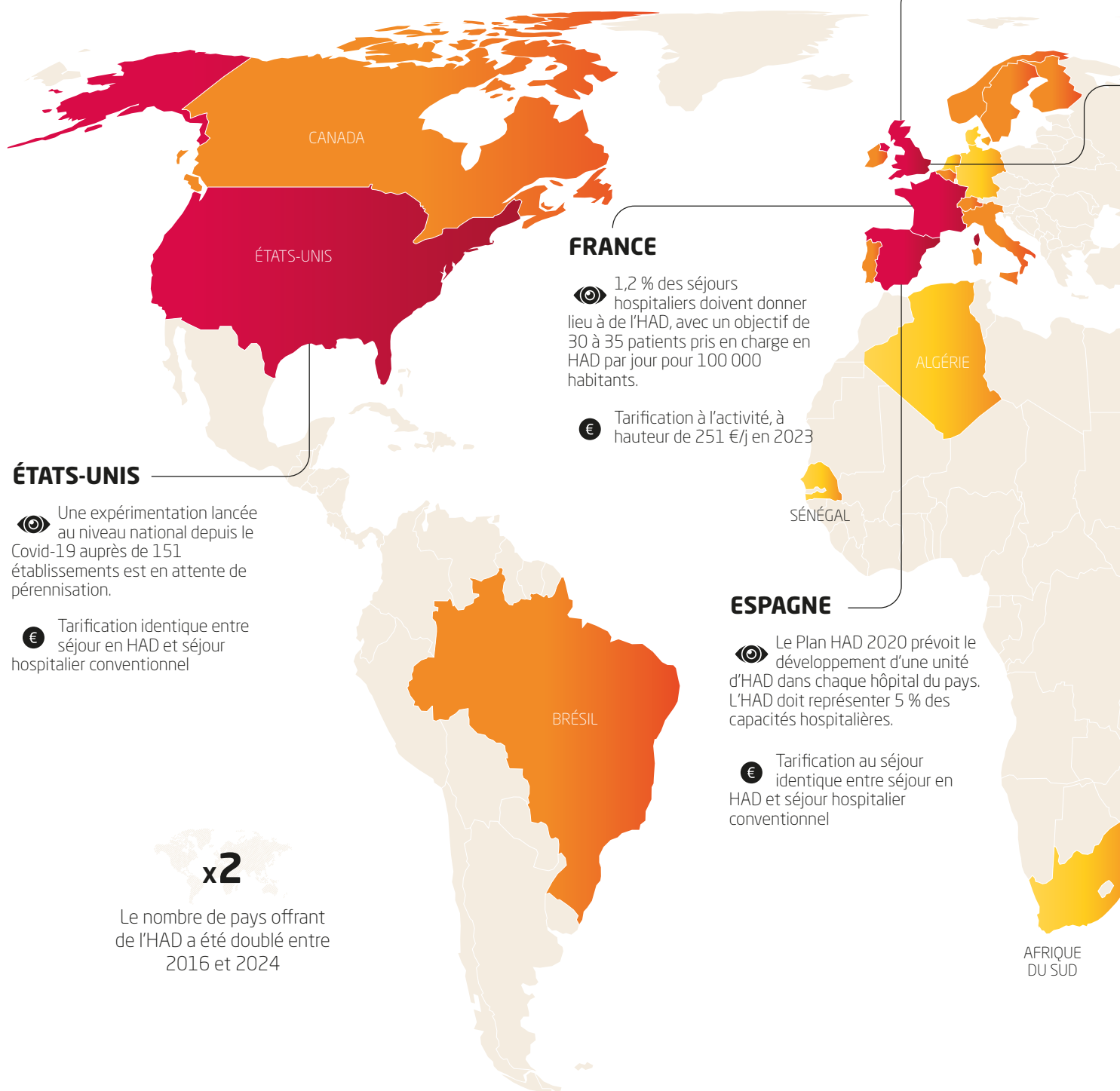
L'HAD doit s'inspirer d'autres acteurs qui maîtrisent ces aspects logistiques afin d'innover.

⑤ Enfin, pour être soutenable, ce modèle doit reposer sur des HAD pleinement intégrés dans le tissu sanitaire, acteurs de poids dans l'offre de soins territoriale avec une activité et des ressources suffisantes pour innover.

Les établissements d'HAD internationaux cherchent à atteindre une certaine taille critique en mutualisant leurs ressources avec les hôpitaux et les services de soins déjà présents. L'objectif est d'avoir la capacité de supporter les investissements et moyens nécessaires pour atteindre leur plein potentiel (numérique, logistique, RH, etc.) mais aussi bénéficier des expertises médicales déjà en place dans les hôpitaux (oncologues, internistes, urgentistes).

Les stratégies nationales d'HAD dans le monde

Longtemps limitée à quelques pays, l'HAD s'est imposée comme une réponse aux défis de santé publique. Depuis la crise du Covid-19, son expansion s'accélère, portée par des politiques de santé publique ambitieuses. Plus efficace, écologique et performante, elle transforme les stratégies hospitalières à l'échelle mondiale.



RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS D'HAD PAR CONTINENTS

52 %

Europe

Niveau de maturité



Essor national de l'activité d'HAD



Offre d'HAD en cours d'expérimentation ou de structuration



Initiatives ponctuelles d'HAD ou de soins aigus à domicile



Objectif



Financement

ÉCOSSE



Le pays fixe un objectif de 510 lits d'HAD.



Enveloppes fléchées par établissement dans le cadre de la montée en charge de l'HAD (10 M€ en 2024 au niveau national, soit 11,9 M€)

ANGLETERRE



La cible des *virtual wards* (« hôpitaux virtuels ») est fixée entre 40 à 50 lits pour 100 000 habitants.



Enveloppes fléchées par établissement dans le cadre de la montée en charge de l'HAD

ISRAËL

CHINE

JAPON

SINGAPOUR



La cité-État prévoit d'atteindre 10 % de la capacité en lits hospitaliers en HAD d'ici 2030.



Financement identique entre séjour en HAD et séjour hospitalier conventionnel

AUSTRALIE



Le programme Hospital in the Home (HITH) a reçu 31,4 M\$ en 2025 pour traiter 3 500 patients supplémentaires par an.



Tarification au séjour identique entre séjour en HAD et séjour hospitalier conventionnel

AUSTRALIE

NOUVELLE ZÉLANDE

16 %

Asie

16 %

Amérique du Nord

12,8 %

Australie

2,1 %

Amérique du Sud

1,1 %

Afrique

Source : enquête 2023 du WHAHC réalisée auprès de 94 participants.



agence nationale de
la performance sanitaire
et médico-sociale



FÉDÉRATION NATIONALE
DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION
À DOMICILE

L'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale est une agence publique de conseil et d'expertise qui agit avec et pour les professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux. Depuis 2009, elle a pour mission de soutenir, d'outiller et d'accompagner les établissements dans l'amélioration de leur performance sous toutes ses dimensions. Pour la mener à bien, l'Anap propose une offre d'accompagnement globale : diffusion de contenus opérationnels, organisation et animation de la mise en réseau et intervention sur le terrain.

Pour plus d'information :
www.anap.fr

Anap
23, Avenue d'Italie
75013 Paris
Tél. : 01 57 27 12 00

Retrouvez-nous sur



anap.fr

