

En 2024, 291 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont recensés en France. 25 400 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, et 328 800 séjours pour 7,7 millions de journées ont été réalisés suivant ce mode d'hospitalisation. Cela représente 8,1 % de l'ensemble des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjours du territoire, et 8,6 % des journées d'hospitalisation. En 2024, les capacités d'accueil en HAD augmentent de 5,5 % et le nombre de séjours progresse de 10,4 %. Dans ce contexte dynamique, les établissements privés à but non lucratif représentent une large majorité des capacités de prise en charge en HAD (57 %) en 2024, et les capacités des cliniques privées dépassent pour la première fois celles du secteur public. Cette forme d'hospitalisation reste inégalement répartie sur le territoire : les départements et régions d'outre-mer, ainsi que 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, sur 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 grandes prises en charge hospitalières »).

Les capacités d'accueil en HAD augmentent en 2024

Au 31 décembre 2024, 291 établissements d'HAD peuvent prendre en charge simultanément 25 400 patients, soit une hausse de 5,5 % par rapport à fin 2023 (après +4,1 % en 2023) [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 2024, l'HAD représente 8,1 % des capacités d'hospitalisation complète de court et moyen séjours 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 2024. 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 »).

Pour la première fois, les capacités de prise en charge en HAD des cliniques privées dépassent celles du secteur public

Fin 2024, les 109 établissements du secteur privé à but non lucratif représentent 56,5 % des capacités de prise en charge en HAD. Parmi ces établissements, 87 relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce mode d'hospitalisation (tableau 1).

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'HAD selon leur statut juridique en 2024

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 2024	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours monoséquences ³ (en journées)
Secteur public	120	5 511	89 101	1 619	19,0	11,9
CHR	15	1 560	37 616	493	13,3	8,0
CH (et autres)	105	3 951	51 485	1 126	23,2	15,2
Secteur privé à but non lucratif	109	14 355	184 409	4 363	25,1	15,9
CLCC	3	251	10 383	95	9,3	7,1
Structures associatives d'HAD	87	12 523	151 087	3 744	26,4	16,3
Autres	19	1 581	22 939	523	24,6	15,6
Secteur privé à but lucratif	62	5 561	55 235	1 683	32,6	16,5
Ensemble	291	25 427	328 745	7 664	24,7	14,7

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

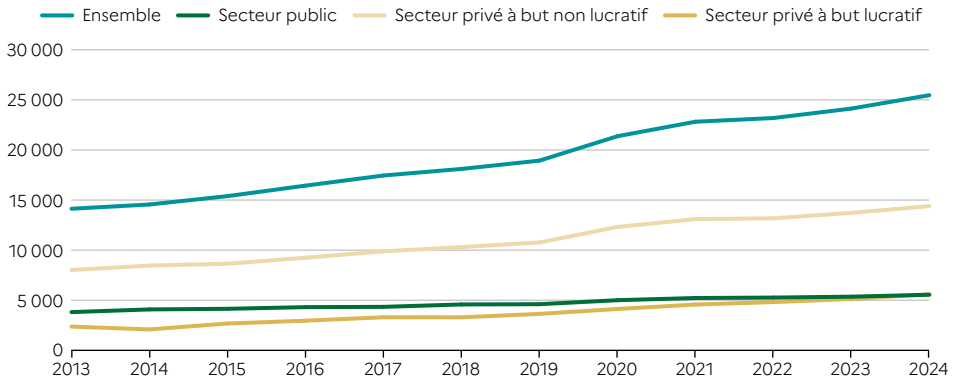
1. Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD reflète leurs capacités de prise en charge.
2. Environ 309 000 séjours terminés en 2024, soit 94,0 % des séjours d'HAD.
3. Environ 219 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2024, soit 66,6 % 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 2024, 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 2024 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2024 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2024).

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

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2024 ; Drees, SAE 2024, traitements Drees.

Graphique 1 Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD selon le statut juridique depuis 2013



HAD : hospitalisation à domicile.

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

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

Sources > Drees, SAE 2013-2024, traitements Drees.

Bien qu'ils continuent à jouer un rôle prépondérant dans l'offre d'HAD, leur poids a reculé : ils représentent 49,3 % des capacités de prise en charge, contre 50,0 % en 2013.

120 établissements du secteur public (dont 15 centres hospitaliers régionaux) et 62 cliniques privées représentent respectivement 21,7 % et 21,9 % des capacités de prise en charge en HAD. En 2024, la part des cliniques privées, qui n'était que de 16,6 % en 2013, dépasse pour la première fois celle du secteur public. Ce basculement prolonge l'évolution observée en 2023, année au cours de laquelle les deux secteurs présentaient des niveaux très proches (écart d'un point).

Les séjours sont plus longs dans les cliniques privées

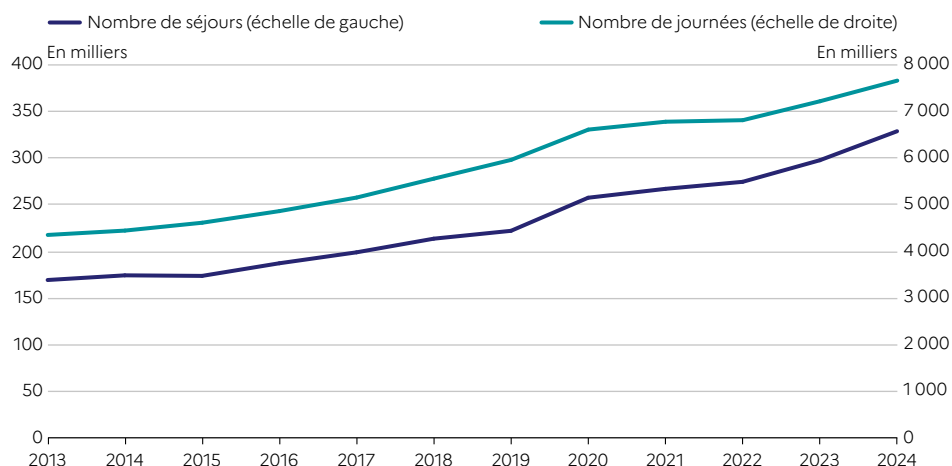
En 2024, 328 700 séjours d'HAD sont réalisés pour 7,7 millions de journées (tableau 1), soit 8,6 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjours. L'activité d'HAD va croissante depuis son développement au début des années 2000. Après une augmentation de 4,6 % en moyenne annuelle de 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 de 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 2024 (+10,4 %), davantage qu'en 2023 (+8,4 %) [graphique 2].

Le secteur privé à but non lucratif prend en charge 56,1 % des séjours (46,0 % dans les seuls établissements associatifs) et réalise 56,9 % des journées (48,9 % dans les établissements associatifs). Les établissements publics et les cliniques privées prennent en charge respectivement 27,1 % et 16,8 % des séjours et réalisent 21,1 % et 22,0 % des journées. Depuis 2013, la part des journées et celle des séjours d'HAD en cliniques privées ont progressé (respectivement +7,2 points et +5,1 points de pourcentage). Le nombre de journées dans ces établissements a augmenté plus fortement (+160,9 %, soit +1,0 million de journées) que pour l'ensemble de l'HAD (+75,5 %).

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 11,9 jours et 15,9 jours en moyenne pour les séjours monoséquences¹) que dans

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 2013-2024, traitements Drees.

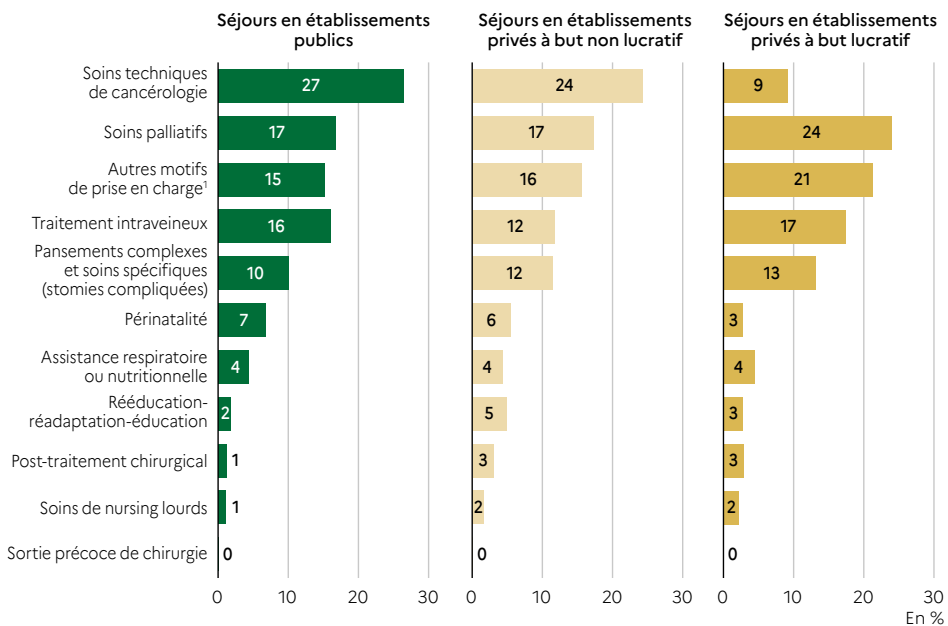
1. Un séjour est dit « monoséquence » lorsque le mode de prise en charge reste le même tout au long du séjour.

les cliniques privées (16,5 jours) [tableau 1]. Ces contrastes sont dus notamment à des différences de structures de motifs de recours. Ainsi, les soins techniques de cancérologie et la périnatalité, pour lesquels les séjours sont réduits à quelques jours (voir fiche 14 « 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 24,7 jours pour les séjours terminés en 2024 et de 14,7 jours pour les séjours monoséquences uniquement.

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

En 2024, les cinq régions avec les plus fortes capacités de prise en charge simultanée de 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 137, 123 et 89 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, contre 37 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.

Graphique 3 Répartition des séjours d'HAD selon le statut juridique et le mode de prise en charge principal en 2024



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.

Note > 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 87,8 % des séjours d'HAD en 2024.

Lecture > Les soins techniques de cancérologie sont le mode de prise en charge regroupant le plus grand nombre de séjours d'HAD. Ils représentent 27 % des séjours des établissements publics, 24 % de ceux des établissements privés à but non lucratif et 9 % de ceux des établissements privés à but lucratif.

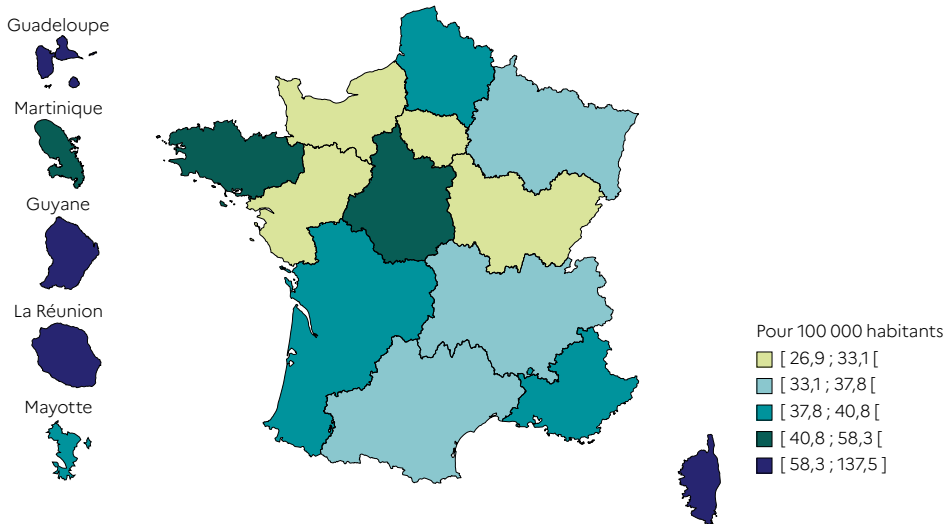
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-HAD 2024, traitements Drees.

L'écart à la moyenne nationale est moins fort en Martinique (56) et à La Réunion (60). En France métropolitaine, hors Corse, les régions avec les plus fortes densités sont la Bretagne (46) et le Centre-Val de Loire (46). À l'inverse,

les régions avec les plus faibles densités de capacités de prise en charge en HAD sont la Normandie (27), la Bourgogne-Franche-Comté (28), les Pays de la Loire (30), ainsi que l'Île-de-France (33). ■

Carte 1 Densité des capacités de prise en charge en HAD par région au 31 décembre 2024



HAD : hospitalisation à domicile.

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

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

Sources > Drees, SAE 2024, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2024.

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 2024, 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 2024 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2024 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2024).

...



Sources

La SAE de la Drees décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.). Le 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.

Cadrement

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 séjours 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 les séjours 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 du 1^{er} décembre 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 2015-2018 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)** (2025, novembre). *Analyse de l'activité hospitalière 2024*. Note et rapport d'analyse.

> **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, octobre). *Rapport d'activité 2024-2025*.

> **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 23.