



L'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

La loi dite Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a consacré la notion de soins à domicile, en intégrant l'Hospitalisation à domicile (HAD) parmi les modalités de prise en charge hospitalière, au même rang que les soins délivrés avec hébergement en établissement de santé ou sous forme ambulatoire.



Selon l'article R.6121-4 du Code de la santé publique, les structures dites HAD sont une alternative à l'hospitalisation dont l'objet est d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. L'HAD concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés. Ce mode alternatif à l'hospitalisation se caractérise essentiellement par le fait qu'il prend en charge dans sa globalité le patient en lui apportant non seulement des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés mais également un suivi psychosocial. Il se caractérise aussi par la fourniture de matériels et produits de santé nécessaires à sa prise en charge. Les structures d'HAD sont donc en principe polyvalentes et généralistes afin de pouvoir répondre à la diversité des besoins de la zone géographique desservie⁽¹⁾.

TÉLÉCHARGER :

[CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile \(HAD\)](#)



MISSION⁽¹⁾

ASSURER une prise en charge de trois types de soins : des soins ponctuels, des soins continus et des soins de réadaptation⁽²⁾.

COORDONNER, à partir du protocole de soins, la prise en charge du patient en situation complexe.

Mise en place à partir d'une prescription émanant d'un médecin hospitalier ou d'un médecin de ville, l'HAD nécessite l'accord du Médecin Traitant (MT), ainsi que le consentement du patient.

Ce dernier est admis sur la base d'un projet thérapeutique visant à formaliser l'ensemble des soins cliniques, psychologiques et sociaux nécessaires.

Ce projet est élaboré conjointement avec le médecin coordonnateur de l'HAD et les acteurs dont le patient a besoin. Le médecin coordonnateur régule l'interface, coordonne les professionnels et les structures d'amont et d'aval afin de faciliter la qualité et la continuité de la prise en charge⁽³⁾.

ASSURER un rôle de formation auprès des professionnels libéraux et un lieu privilégié de stage pour les résidents, internes, élèves infirmiers etc⁽⁴⁾.

LES ESSENTIELS⁽²⁾

Considérées comme des établissements de santé et en assumant toutes les obligations, notamment en matière de gouvernance, de sécurité et de qualité, de continuité des soins et de respect des droits des patients, les structures d'HAD sont composées d'une équipe pluridisciplinaire**⁽⁴⁾.

Chaque établissement HAD est tenu d'assurer, 7/7 jours et 24/24H, y compris les jours fériés, la continuité des soins aux patients accueillis⁽⁵⁾.

L'organisation repose sur une charte de fonctionnement propre à chaque structure de soins⁽⁶⁾.

La ressource financière principale est la tarification à l'activité (TZA). Une Commission Des Usagers* est mise en place dans chaque HAD.

En France, l'HAD a connu un véritable essor.

En effet, la **volonté publique de développer l'HAD** s'est accompagnée d'une augmentation de l'offre de soins et de l'activité. **En 2018**, les 288 structures autorisées à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile ont assuré 198 775 séjours, un chiffre en hausse de 7,2 % par rapport à 2017.⁽⁷⁾

Au niveau national, le circulaire du 4 décembre 2013, fixe un taux de recours cible à horizon 2018 de 30/35 patients jours pour 100 000 habitants soit un quasi doublement de l'activité au niveau national.⁽⁸⁾ En 2018, le taux de recours national s'élève à 23 patients pris en charge chaque jour pour 100 000 habitants).⁽⁷⁾

Hospitalisation à domicile en Île de France [en savoir plus.](#)

* En référence à la fiche n°10 (CDU)

** L'équipe pluridisciplinaire est composée d'un médecin coordonnateur, des cadres infirmiers, des infirmiers, d'acteurs sociaux et de psychologues

(1) Code de la santé publique R6121-4

(2) Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

(3) Code de la santé publique D6124-308, D6124-306 et D6124-307

(4) Circulaire DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile

(5) Circulaire DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile et Code de la santé publique D6124-309 CSP

(6) Code de la santé publique D6124-305

(7) Rapport d'activité de la FNEHAD, 2018-2019 (L'hospitalisation à domicile, l'hôpital, au plus près des patients)

(8) Circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)

réalisée en partenariat avec :