

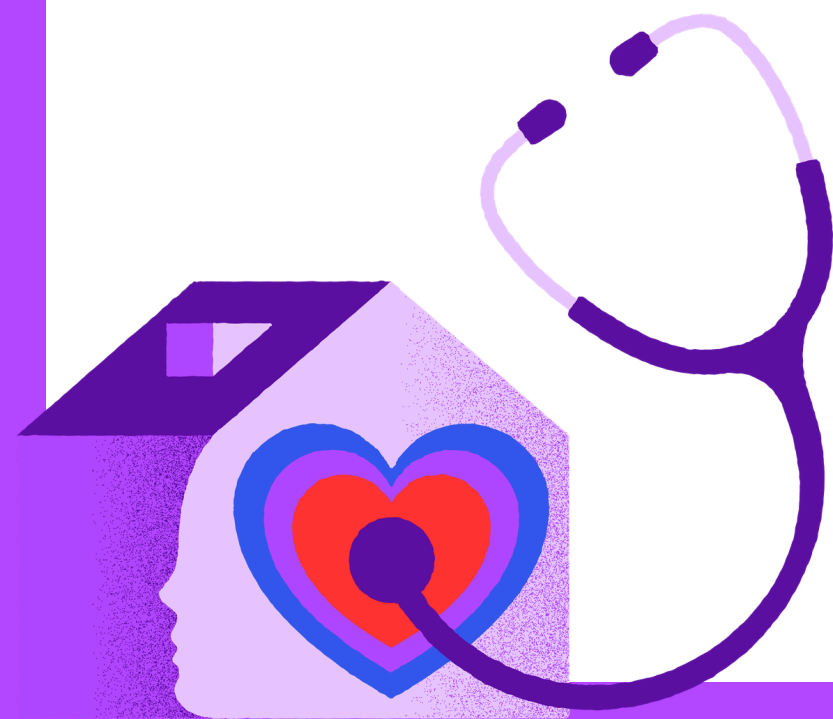
LUNDI 28 SEPTEMBRE 2026

 FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

LES RENDEZ-VOUS FHF HAD

Regards croisés sur l'HAD en Europe :
s'inspirer d'ailleurs

RESTITUTION



Le 28 septembre 2026 s'est tenue à Paris la seconde édition des rendez-vous HAD de la FHF. Si l'an dernier, cet évènement était dédié à la place de l'HAD au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et son inscription dans les filières de soin, ces rencontres 2026 entendent franchir une nouvelle étape, en se projetant vers l'HAD de demain, à l'heure de la préparation d'une nouvelle feuille de route nationale par la DGOS. « *L'HAD de demain doit être plus précoce, plus intégrée et plus médicalisée* », porte Zaynab Riet. Et afin d'ouvrir le champ des possibles, quoi de mieux que de s'inspirer de ce qui fonctionne dans les pays voisins ?



Zaynab Riet et Nicolas Revel



Horizon 2030 : faire passer l'HAD à l'échelle

« Face à l'ampleur des défis démographiques, le cœur de la bataille réside dans notre capacité à améliorer l'organisation des soins pour répondre à des besoins croissants, avec une graduation des prises en charge jusqu'au domicile des patients » soutient Nicolas Revel, directeur général de l'AP-HP. Et pour cela, l'objectif de la DGOS représentée par Cléa Bloch, sous-directrice de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital, et Thomas Coone, adjoint à la sous-directrice du financement et de la performance du système de santé, est clair : *« faire passer l'HAD à l'échelle et la rendre accessible dans de bonnes conditions sur l'ensemble du territoire »*.

Dans cette optique, la feuille de route 2027-2030 sera axée sur plusieurs priorités stratégiques : une logique de substitution à l'hospitalisation complète ; le rattrapage pour les régions en carence d'offre ; l'admission directe en HAD ; l'intégration de l'HAD comme axe stratégique des GHT ; le développement des prises en charge préhospitalières et la capacité de réactivités des HAD. *« Les modalités de financement de l'HAD pourront évoluer pour venir en soutien des orientations stratégiques de l'activité »* présente Thomas Coone.

Un acteur territorial à part entière

Pour l'HAD de demain, la FHF porte trois convictions fortes. Premièrement, l'HAD doit pouvoir être mobilisée en première intention, en amont de l'hospitalisation. *« L'enjeu est de faire évoluer progressivement le positionnement de l'HAD. Aujourd'hui, elle est encore souvent mobilisée en sortie d'hospitalisation. Demain, nous souhaitons qu'elle puisse être mobilisée plus en amont, lorsque cela est pertinent médicalement, comme une véritable modalité de prise en charge de première intention »* projette Kathia Barro, responsable adjoint du Pôle OFFRES à la FHF.



Kathia Barro et Florent Bousquié



Deuxièmement, son développement doit passer par une coordination territoriale forte, avec l'hôpital, la ville, et l'ensemble des acteurs médico-sociaux. « *Le fait d'intégrer l'HAD dans des filières de soin claires, discutées avec nos collègues MCO et du médico-social est un enjeu majeur pour pouvoir intervenir sur des parcours de plus en plus complexes, de plus en plus spécialisés* » précise Florent Bousquié, directeur de l'Hospitalisation à Domicile de l'AP-HP et coordinateur du comité FHF HAD.

Enfin, le renforcement de la dimension médicale de l'HAD est primordiale. Dans cette optique, afin de mieux faire connaître l'HAD auprès des prescripteurs hospitaliers et des professionnels de ville et de renforcer sa place dans les structures médicosociales publiques la FHF a confié au professeur Thierry Godeau, praticien hospitalier à La Rochelle, la fonction d'ambassadeur médical. « *L'HAD doit être reconnue comme un acteur territorial à part entière, hors les murs de l'hôpital, intervenant le plus en amont possible et contribuant à la responsabilité populationnelle et à la continuité des prises en charge* » témoigne-t-il.

La France dispose d'une histoire ancienne et d'un niveau de développement élevé de l'HAD. Elle se distingue par un volume important d'activité, tant en nombre de patients qu'en nombre de séjours et de journées, faisant d'elle l'un des leaders internationaux en matière d'HAD. Fait notable, depuis 2025, la progression des HAD publique est supérieure à la moyenne nationale, ce qui semble se confirmer sur 2026.

En revanche, plus de la moitié des journées HAD française concernent les soins palliatifs et les pansements complexes, là où, à l'international, l'HAD développe davantage des programmes de soins techniques avec une forte médicalisation, une spécialisation importante et une intégration dans la gradation des soins en prolongement des établissements hospitaliers. Ainsi, plusieurs pays ont développé des organisations inspirantes centrées autour de l'HAD pré-hospitalière (Royaume-Uni), une intégration forte dans les filières spécialisées (Espagne) ou selon une logique moins médicalisée, et centrée sur la coordination (Suisse).



Thierry Godeau



L'HAD préhospitalière au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, le modèle de « l'Hospital at Home » (H@H) s'est fortement développé après la pandémie de Covid-19. Il s'inscrit dans l'organisation du NHS (National Health Service) financé par l'impôt, dans laquelle le médecin généraliste (GP, General Practitioner) joue un rôle central dans l'orientation et la coordination des soins.

Ces dispositifs combinent une logique de « step-up », pré-hospitalière, et une logique de « step-down », facilitant une sortie précoce de l'hôpital. « L'HAD permet d'assurer des soins de niveau hospitalier à domicile, associant des capacités diagnostiques et thérapeutiques comparables à celles de l'hôpital, une supervision par des médecins spécialistes et une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée au domicile du patient », décrit le Dr Shelagh O'Riordan, médecin gériatre consultant en soins communautaires, responsable clinique du programme GIRFT « Virtual Ward/Hospital at Home », et président de la UK Hospital at Home Society.

Dans ce modèle, la logique "step-up" d'HAD pré-hospitalière est privilégiée. D'une part, il est prouvé qu'un environnement familial contribue à préserver l'autonomie fonctionnelle, le bien-être psychologique et la qualité de vie, et d'autre part, afin d'éviter toute dégradation de l'état du patient, en particulier des patients fragiles. Par ailleurs, il existe au Royaume-Uni un système de « planification anticipée des soins » (Advance Care Planning), qui constitue un élément central de l'H@H, et dans lequel de nombreuses personnes vivant avec une fragilité expriment une préférence marquée pour une prise en charge à domicile.

Les équipes d'H@H sont pluridisciplinaires et travaillent en étroite collaboration avec les aidants. La responsabilité clinique est assurée par un médecin spécialiste senior. L'activité quotidienne repose sur des médecins et des praticiens cliniciens avancés. Les infirmiers, quant à eux, réalisent la majorité des visites et des évaluations cliniques. Kinésithérapeutes ; ergothérapeutes ; travailleurs sociaux et aides-soignants sont également associés aux équipes.

Le Dr Andrew Coull, désigné pour succéder à la présidente actuelle de la UK Hospital at Home Society, Dr Shelagh O'Riordan, et médecin gériatre consultant décrit ensuite le profil type des patients admis en H@H : « des personnes âgées fragiles, atteintes d'une pathologie aiguë susceptible de conduire à une hospitalisation, mais pouvant être traitée efficacement et en sécurité dans son lieu de vie habituel ». De façon générale, les personnes prises en charge sont majoritairement de personnes de plus de 65 ans, vivant avec une fragilité et/ou une ou plusieurs maladies chroniques de longue durée. 80% des patients sont adressés à l'HAD par leur médecin généraliste.



*Dr Shelagh O'Riordan et
Dr Andrew Coull*



Côté français, le Dr Fadia Douedari, du service de département clinique HAD adulte à l'AP-HP, présente le projet « Urj'Adom », inspiré du modèle anglais, et mis en place dans les Hauts-de-Seine, en collaboration avec le SAMU 92. L'objectif principal est d'éviter le passage aux urgences des personnes âgées présentant un épisode aigu compatible avec une prise en charge en HAD courte. L'équipe d'intervention rapide est constituée d'un médecin et d'une infirmière. L'HAD a accès à de la biologie sur site, de la pharmacie, des moyens techniques (diffuseurs, aérosols, sondes urinaires, oxygénothérapie), et des échographies et radiographies à domicile.

Barcelone : les enjeux d'une HAD fortement médicalisée

En Espagne, le concept d'HAD commence dans les années 80. L'idée était d'organiser la prise en charge des soins aigus au-delà des murs de l'hôpital, tout en garantissant le même niveau de gouvernance, de responsabilité clinique et de qualité des soins que celui offert dans une hospitalisation conventionnelle.

La société espagnole d'HAD, la SEHAD, a été fondée en 2006. Elle défend un modèle d'hospitalisation qui place le patient et sa famille au centre de la prise en charge, et comporte environ 550 membres, dont 70% de médecins, 25% d'infirmiers et 5% d'autres professionnels de santé.

« L'unité HAD de Barcelone prend en charge 2 500 patients par an, ce qui représente 5% de l'activité de l'hôpital » présente le Dr David NICOLÁS, coordonnateur médical, unité HAD de l'hôpital de Barcelone. L'équipe HAD, pluridisciplinaire, est constituée de dix médecins internistes et gériatres, vingt-cinq infirmiers travaillant en rotation, un pharmacien, un travailleur social, trois personnels administratifs, deux kinés, deux aides-soignants, une informaticienne.

Les patients sont orientés vers l'HAD depuis les urgences, le réseau de soins primaires, les ambulanciers, ou encore les EHPAD, via un système d'appel unifié. La majorité des patients sont admis à domicile sans passer par une chambre d'hôpital ou par un service d'hospitalisation conventionnelle. Une fois admis, le patient voit un médecin à l'admission, puis des visites quotidiennes avec une infirmière sont organisées, éventuellement complétées par des appels vidéo si besoin. Chaque patient reçoit une tablette pour réaliser son suivi (tension artérielle, douleur, ...), en fonction du contexte, ce qui permet de détecter toute aggravation clinique en temps réel.



Les typologies de patient peuvent être représentés sous forme d'une pyramide. À sa base se trouvent les patients les plus fréquents : infections urinaires, infections respiratoires, pneumonies ou encore maladies chroniques. Au niveau supérieur de la pyramide arrivent des situations plus complexes : infections nosocomiales, infections à germes multirésistants, endocardites, embolies pulmonaires, crises d'asthme nécessitant une surveillance plus étroite, etc. Au sommet de la pyramide enfin, se trouvent les patients qui mobilisent le plus de ressources en termes d'hospitalisation à domicile, de visites et de suivi. Il s'agit notamment des patients ayant bénéficié d'une transplantation d'organe solide, aussi bien en post-transplantation immédiate que lors de complications. Certains patients ayant subi des procédures cardiaques, comme la pose de valves sont également pris en charge.

Les principaux obstacles rencontrés sont l'isolement des patients (les personnes habitant seules ne peuvent pas bénéficier de l'HAD, même s'ils sont de bons candidats), et la distribution hétérogène du modèle en Espagne.

Côté français, ce modèle intégré résonne avec l'initiative de l'HAD du CH de Crest, situé sur un territoire vaste, rural et montagnard. Cette dernière a mis en place en 2024 un accès unique et coordonné à l'HAD, en partenariat étroit avec le SAMU-Centre 15, les urgences et la filière gériatrique du bassin valentinois. Ce numéro d'appel médical unique a permis une réorganisation des prises en charge et une réactivité accrue. Environ 300 demandes ont été reçues depuis janvier 2026.

« L'ensemble des spécialités mobilisent ce numéro, ce qui simplifie l'accès à l'HAD, et accroît sa crédibilité comme mode d'hospitalisation », témoigne le Dr Florence TARPIN-LYONNET, médecin coordonnateur, HAD du CH de Crest, GHT Drôme Ardèche Vercors.



Dr Florence Tarpin-Lyonnet



Le modèle genevois d'une HAD intégrée et coordonnée

En Suisse, la gouvernance est décentralisée, avec une large autonomie cantonale, ce qui permet une adaptation fine aux besoins territoriaux. L'HAD de Genève fêtera ses trente ans en 2027.

L'IMAD est l'institution genevoise de maintien à domicile. Présente sur l'ensemble du Canton de Genève (282m², 45 communes, 537 000 habitants), son organisation se regroupe autour de quatre centres de maintien à domicile auxquels se rattachent 41 équipes interdisciplinaires qui déploient leur activité en proximité. Des équipes spécialisées complètent cette organisation : HAD, santé mentale, soins palliatifs, pédiatrie, oncologie, diététique/nutrition, ergothérapie.

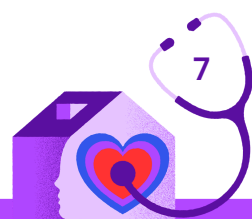
Le modèle HAD IMAD, initié en 1997, repose sur le principe suivant : *« toutes les prises en charge ne nécessitant pas une présence d'un soignant continue 24h/24 ou d'un médecin peuvent être réalisées par les équipes HAD »*, présente Emilia Frangos, directrice générale, Institution genevoise de maintien à domicile. Il se donne deux missions : (1) diminuer la durée des séjours hospitaliers en prenant en charge des patients en situation aigues en suite d'hospitalisation (chirurgie, médecine, oncologie, etc.) ; (2) éviter les hospitalisations pour des patients suivis par des médecins de ville (traitants et/ou spécialistes) ou des patients effectuant un passage aux urgences.

Ce dispositif comporte un HAD polyvalent, un HAD oncologie et un HAD pédiatrique. Une centaine de professionnels sont mobilisés pour une continuité des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ce modèle repose sur trois piliers : la coordination grâce au déploiement d'infirmières de liaison au niveau hospitalier et d'infirmières coordonnatrices au sein des 41 antennes ; des protocoles harmonisés et un accès rapide aux structures et équipements et la coordination avec le médecin traitant.

En 2025, l'ensemble des 84 lits HAD représentaient 4% des lits publics du canton de Genève. Les ambitions pour l'avenir sont de *« démontrer l'efficacité du modèle HAD, développer la téléconsultation, adapter l'offre aux besoins (soins palliatifs et handicap) et renforcer la collaboration HUG-IMAD par la donnée »* projette Fabrice Leocadie, directeur, centre de l'HAD, IMAD.



Fabrice Léocadie et Emilia Frangos



En regard, le CHU de Montpellier, présente une HAD hospitalo-universitaire de territoire, et intégrée aux filières. Le territoire métropolitain de Montpellier représente un bassin d'un peu plus de 500 000 habitants, dont 17% ont plus de 65 ans, en forte croissance démographique, avec des distances et densités médicales hétérogènes. Cette structure d'HAD est organisée en quatre mentions (socle, réadaptation, enfants de moins de trois ans, ante et post-partum), et deux implantations sur les sites de Saint Eloi et d'Arnaud de Villeuneuve.

« Environ 125 patients sont pris en charge quotidiennement en HAD, soit environ 5% par rapport au reste du CHU de Montpellier », détaille le Pr Isabelle Quere, chef du pôle HAD au CHU de Montpellier. Les enjeux de développement sont de : consolider le socle ; déployer les filières ; élargir l'ancrage territorial ; affirmer l'universitarisation. *« Notre ambition est de construire une HAD de proximité capable de prolonger au domicile les expertises rares du CHU »* affirme Julien Delonca, directeur des sites Gui de Chauliac, Saint-Eloi, la Colombière, CHU de Montpellier.



Julien Delonca et le Pr Isabelle Quéré



Citations

L'HAD de demain doit être plus précoce, plus intégrée et plus médicalisée.

Zaynab Riet, déléguée générale de la FHF

Face à l'ampleur des défis démographiques, le cœur de la bataille réside dans notre capacité à améliorer l'organisation des soins pour répondre à des besoins croissants, avec une graduation des prises en charge jusqu'au domicile des patients.

Nicolas Revel, directeur général de l'AP-HP

Notre objectif est de faire passer l'HAD à l'échelle et la rendre accessible dans de bonnes conditions sur l'ensemble du territoire.

Cléa Bloch, sous-directrice de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital, DGOS

Les modalités de financement pourront évoluer pour venir en soutien des orientations stratégiques de l'activité HAD.

Thomas Coone, adjoint à la sous-directrice du financement et de la performance du système de santé

L'HAD doit être reconnue comme un acteur territorial à part entière, hors les murs de l'hôpital, intervenant le plus en amont possible et contribuant à la responsabilité populationnelle et à la continuité des prises en charge.

Thierry Godeau, ambassadeur médical HAD

L'enjeu est de faire évoluer progressivement le positionnement de l'HAD. Aujourd'hui, elle est encore souvent mobilisée en sortie d'hospitalisation. Demain, nous souhaitons qu'elle puisse être mobilisée plus en amont, lorsque cela est pertinent médicalement, comme une véritable modalité de prise en charge de première intention.

Kathia Barro, responsable adjoint du pôle O.F.F.R.E.S de la FHF

Le fait d'intégrer l'HAD dans des filières de soin claires, discutées avec nos collègues MCO et du médico-social est un enjeu majeur pour pouvoir intervenir sur des parcours de plus en plus complexes, de plus en plus spécialisés.

Florent Bousquié, Directeur de l'Hospitalisation à Domicile de l'AP-HP et coordinateur du comité FHF HAD

L'HAD permet d'assurer des soins de niveau hospitalier à domicile, associant des capacités diagnostiques et thérapeutiques comparables à celles de l'hôpital, une supervision par des médecins spécialistes et une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée au domicile du patient.

Dr Shelagh O'Riordan, Consultant Community Geriatrician, Clinical lead for GIRFT Virtual Ward/Hospital at Home Programme, President of UK Hospital at Home Society



Citations

Le profil types des admissions en H@H est une personne âgée fragile, atteinte d'une pathologie aiguë susceptible de conduire à une hospitalisation, mais pouvant être traitée efficacement et en sécurité dans son lieu de vie habituel.

Dr Andrew Coull, President elect UK HAH Society, Consultant Geriatrician

L'objectif principal du projet Urj'ADOM est d'éviter le passage aux urgences des personnes âgées présentant un épisode aigu compatible avec une prise en charge en HAD courte.

Dr Fadia Douedari, service de département clinique HAD adulte à l'AP-HP

L'unité HAD de Barcelone prend en charge 2 500 patients par an, ce qui représente 5% de l'activité de l'hôpital.

Dr David Nicolàs, Medical Coordinator, Hospital at Home Unit, Hospital Clínic de Barcelona

L'ensemble des spécialités mobilisent le numéro d'appel médical unique mis en place par l'HAD de Crest, ce qui simplifie l'accès à l'HAD, et accroît sa crédibilité comme mode d'hospitalisation.

Dr Florence Tarpin-Lyonnet, Médecin coordonnateur, HAD du CH de Crest, Groupement Hospitalier de Territoire Drôme Ardèche Vercors

Le principe du modèle HAD genevois est le suivant : toutes les prises en charge ne nécessitant pas une présence d'un soignant continue 24h/24 ou d'un médecin peuvent être réalisées par les équipes HAD.

Emilia Frangos, directrice générale, Institution genevoise de maintien à domicile

Les ambitions pour l'avenir sont de démontrer l'efficacité du modèle HAD, développer la téléconsultation, adapter l'offre aux besoins (soins palliatifs et handicap) et renforcer la collaboration HUG-IMAD par la donnée.

Fabrice Léocadie, Directeur, Centre de l'Hospitalisation A Domicile, Institution genevoise de maintien à domicile

Environ 125 patients sont pris en charge quotidiennement en HAD, soit environ 5% par rapport au reste du CHU de Montpellier.

Pr Isabelle Quéré, Chef du pôle HAD, CHU de Montpellier, Groupement Hospitalier de Territoire Est Hérault Sud Aveyron

Notre ambition est de construire une HAD de proximité capable de prolonger au domicile les expertises rares du CHU.

Julien Delonca, Directeur – sites Gui de Chauliac, Saint-Eloi, la Colombière, CHU de Montpellier, Groupement Hospitalier de Territoire Est Hérault Sud Aveyron



Regards croisés sur l'HAD en Europe : s'inspirer d'ailleurs

Le 28 septembre 2026 s'est tenue à Paris la seconde édition des rendez-vous HAD de la FHF. Si l'an dernier, cet événement était dédié à la place de l'HAD au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire et son inscription dans les filières de soin, ces rencontres 2026 entendent franchir une nouvelle étape, en se projetant vers l'HAD de demain, qui devra être « *plus précoce, plus intégrée et plus médicalisée* », projette Zaynab Riet. La déléguée générale de la FHF annonce ainsi, à l'occasion de ces journées, avoir confié au Dr Thierry Godeau, PH à La Rochelle, la fonction d'ambassadeur médical, afin de mieux faire connaître l'HAD auprès des prescripteurs hospitaliers et des professionnels de ville et de renforcer sa place dans les structures médicosociales publiques. « *Face à l'ampleur des défis démographiques, le cœur de la bataille réside dans notre capacité à améliorer l'organisation des soins pour répondre à des besoins croissants, avec une graduation des prises en charge jusqu'au domicile des patients* » porte Nicolas Revel, directeur général de l'AP-HP.

Si la France dispose d'une histoire ancienne et d'un niveau de développement élevé de l'HAD, faisant d'elle l'un des leaders internationaux en matière d'HAD, plusieurs pays ont développé des organisations inspirantes. Ainsi, au Royaume-Uni s'est développé le modèle de « l'Hospital at Home » (H@H) suite à la pandémie de Covid-19, axé prioritairement sur une approche pré-hospitalière. Le modèle d'HAD espagnol est fortement médicalisé et intégré dans les filières spécialisées. A Genève le modèle d'HAD quant à lui sur une logique moins médicalisée, et centrée sur la coordination ville-hôpital.

Des modèles qui résonnent, respectivement, avec le projet de l'AP-HP « Urj'Adom », inspiré du modèle anglais, et mis en place dans les Hauts-de-Seine, en collaboration avec le SAMU 92 ; l'initiative de l'HAD du CH de Crest d'un accès unique et coordonné à l'HAD, en partenariat étroit avec le SAMU-Centre 15, les urgences et la filière gériatrique du bassin valentinois ; et l'HAD hospitalo-universitaire de territoire et intégrée aux filières du CHU de Montpellier.

Autant de témoignages qui permettent d'ouvrir le champ des possibles à l'heure de la préparation d'une nouvelle feuille de route nationale par la DGOS, qui affiche un objectif clair pour 2030 : « *faire passer l'HAD à l'échelle et la rendre accessible dans de bonnes conditions sur l'ensemble du territoire* ».





Retrouvez-nous sur fhf.fr

