



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Circulaire n° DGOS/FIP3/P1/P2/DSS/1A/2026/138 du 29 septembre 2026 relative à l'appui à la mise en œuvre de la démarche de performance des établissements de santé sur le champ du juste recours

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie
et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : SFHH2624581C (numéro interne : 2026/138)
Date de signature	29/09/2026
Emetteurs	Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Direction de la sécurité sociale (DSS)
Objet	Appui à la mise en œuvre de la démarche de performance des établissements de santé sur le champ du juste recours.
Actions à réaliser	- Dresser un autodiagnostic du juste recours à l'hôpital. - Mobiliser les leviers existants pour améliorer le juste recours à l'hôpital. - Mobiliser les outils d'accompagnement existants.
Résultats attendus	- Accélérer le développement de l'HAD. - Augmenter la part des prises en charge alternatives à l'hospitalisation. - Promouvoir la pertinence des soins. - Redresser la situation financière des établissements de santé dans une logique pluriannuelle. - Consolider la contractualisation avec les établissements en difficulté budgétaire.
Echéance	Mise en œuvre des dispositions contenues dans la présente circulaire dans les meilleurs délais.
Contacts utiles	Direction générale de l'offre de soins Sous-direction du financement et de la performance du système de santé Mél. : cecile.dumon@sante.gouv.fr Sous-direction de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital Mél. : clea.bloch@sante.gouv.fr

	Direction de la sécurité sociale Sous-direction du financement du système de soins Bureau Établissements de santé et établissements médico-sociaux (1A) Mél. : charlotte.legresy@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	6 pages + 4 annexes (23 pages) Annexe 1 – Autodiagnostic et panel national d’actions issues de l’autodiagnostic HAD Annexe 2 – Enquête de pertinence des séjours un jour donné : démarche et axes avec panel d’actions issues de l’enquête Annexe 3 – Indicateurs à mobiliser en macrodiagnostic « Juste recours à l’hôpital » Annexe 4 – Outils d’accompagnement à la mise en œuvre proposés par l’ANAP - Automne 2026
Résumé	La présente circulaire a pour objet de préciser les outils à mobiliser pour la mise en œuvre des objectifs fixés par l’instruction du 9 octobre 2025 relative à l’efficience et à la performance des établissements de santé notamment dans le champ des alternatives à l’hospitalisation et de rappeler les différents dispositifs d’accompagnement pouvant être activés pour promouvoir un plus juste recours à l’hôpital.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s’appliquent aux Outre-mer, à l’exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Établissement de santé ; performance ; efficience ; agence régionale de santé.
Classement thématique	Établissements de santé / Gestion
Textes de référence	- Circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025 relative à l’efficience et à la performance des établissements de santé ; - Instruction n° DGOS/FIP3/DSS/SD1A/2025/145 du 9 octobre 2025 relative à la mise en œuvre de la circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025 relative à l’efficience et à la performance des établissements de santé ; - Instruction interministérielle n° DGOS/FIP3/DSS/1A/2026/23 du 11 mai 2026 relative au financement de l’investissement des établissements de santé ; - Circulaire n° DGOS/GOUV/2026/105 du 29 juillet 2026 relative aux groupements hospitaliers de territoire (GHT).
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Etablissements sanitaires
Validée par le CNP du 25 septembre 2026 - Visa CNP 2026-64	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d’application	Immédiate

Dans le cadre du comité stratégique consacré aux transformations du système hospitalier dont j'ai inauguré les travaux le 17 juin 2026, j'ai annoncé que la question du juste recours à l'hôpital constituait une priorité de notre mobilisation collective. Il est en effet souhaitable de promouvoir des parcours de soins au sein desquels les alternatives à l'hospitalisation prennent toute leur place et où les soins hospitaliers sont aussi pertinents que possible. Il s'agit de soutenir la qualité et la sécurité des soins, de répondre aux aspirations des patients et de mieux ajuster les ressources aux besoins de soins.

Une concertation a eu lieu avec les acteurs sous l'égide du comité stratégique et j'ai demandé à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), à la Direction de la sécurité sociale (DSS) et à l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) d'identifier les leviers mobilisables et d'en développer de nouveaux, incitatifs.

La présente circulaire, élaborée sur la base de ces travaux, a pour objet de rappeler les dispositifs et démarches susceptibles d'être utilisés immédiatement pour amener les établissements à faire évoluer leur organisation pour atteindre cet objectif. Elle vient compléter les orientations présentées dans l'annexe 2 de l'instruction du 9 octobre 2025, qui avait porté à votre connaissance les leviers et indicateurs utiles sur les différents chantiers à ouvrir.

Je vous invite à insérer sans délai les outils complémentaires présentés par cette circulaire dans les travaux que vous conduisez avec les établissements de votre région. Je souhaite que cette démarche soit coordonnée et synchronisée, pour les établissements publics, avec celle que vous conduisez sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT) au titre de la circulaire du 29 juillet 2026.

I/ Connaître le niveau de recours aux alternatives à l'hospitalisation conventionnelle de chaque établissement et fixer une trajectoire de progression

Les prises en charge réalisées par les établissements de santé se sont profondément transformées ces dernières années, notamment depuis la crise sanitaire. Ces bons résultats ont été obtenus grâce à un effort organisationnel des communautés hospitalières et à une meilleure intégration de la stratégie territoriale des acteurs de soins. Plusieurs indicateurs viennent à l'appui de ce constat :

- Le taux de chirurgie ambulatoire a progressé de 14 points en 10 ans ;
- L'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) a progressé de 67 % en nombre de séjours et 36 % en nombre de journées entre 2019 et 2025 ;
- Les prises en charge en hôpital de jour MCO (HDJ) ont augmenté de 45 % entre 2018 et 2025.

Cette dynamique doit être amplifiée, car le potentiel de développement de ces soins hospitaliers, mieux adaptés aux besoins des patients et plus économes en moyens humains et financiers, n'est pas encore pleinement exploité.

Par conséquent, vous inviterez chaque établissement à réaliser une démarche d'autoévaluation de son positionnement par rapport aux bonnes pratiques et objectifs nationaux dans les trois directions développées ci-dessous et à partir des outils décrits :

1. Renforcer le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD)

Le recours à l'HAD est possible aussi bien en admission directe depuis le domicile qu'en transfert depuis une hospitalisation. Ces deux modalités sont à mobiliser plus systématiquement, en consolidant les relations entre les prescripteurs et les établissements opérateurs de l'HAD. Dans de nombreux territoires, ces liens demeurent insuffisants. Il vous appartient de veiller à leur renforcement, afin qu'aucune indication de prise en charge à domicile ne soit manquée.

Des progrès significatifs ont été réalisés sur la base de la feuille de route HAD 2021-2026. Je souhaite que cette dynamique se poursuive et que le recours s'amplifie à nouveau significativement ces prochaines années. Nous adopterons pour cela prochainement une nouvelle stratégie quinquennale pour conforter les incitations. Sans attendre, vous vous attacherez à ce que les établissements de santé prioritaires par le niveau national sur la base d'indicateurs usuels¹ évaluent leur situation en menant les actions suivantes :

- Pour les établissements MCO et les hôpitaux de proximité, réaliser un autodiagnostic accessible sur le site de l'ANAP (<https://collecte.anap.fr/questionnaire/reflexe-had-en-etablissements-adresseurs>) et analyser les indicateurs du « tableau de bord HAD » ainsi que de l'outil « soins et territoires » (recours, casemix, offre territoriale en HAD, etc.) de l'ATIH ;
- Pour les établissements autorisés en HAD, réaliser un autodiagnostic accessible sur le site de l'ANAP (<https://collecte.anap.fr/questionnaire/etablissements-autorises-en-had>) et analyser leur file active sur leur territoire d'intervention (via le « tableau de bord HAD » et l'outil « soins et territoire » de l'ATIH).

Ces analyses leur permettront de définir un plan d'actions de renforcement du recours à l'HAD ou de développement de leur activité, en cohérence avec la stratégie d'implantation de l'offre d'HAD prévue dans le schéma régional de santé. Pour ce faire, ils pourront s'appuyer sur le panel national d'actions disponible sur le site de l'ANAP lors du renseignement de l'autodiagnostic.

Vous disposerez ainsi d'une vision des principaux axes d'amélioration dans votre région, en particulier sur la base des outils de restitution mis à disposition par l'ANAP et des éléments permettant d'alimenter votre dialogue avec les établissements.

Le renforcement du recours à l'HAD pourra également être porté par le nouveau dispositif d'incitation financière à l'efficience et à la pertinence (IFEP), créé par la LFSS pour 2026. Il permettra d'encourager les établissements à réduire les dépenses les moins efficaces via un intéressement financier aux économies réalisées pour l'assurance maladie ou l'application d'une pénalité en cas de non-atteinte de résultats attendus. Les règles du dispositif sont en cours d'élaboration pour permettre la concertation rapide des parties prenantes et sa mise en œuvre à compter de 2027.

2. Accentuer le recours à l'ambulatoire pour réduire les hospitalisations complètes évitables

Le développement de la chirurgie et de la médecine ambulatoires figure de longue date parmi les préoccupations organisationnelles des chefs d'établissement et des communautés médicales. Des investissements massifs ont été réalisés dans de nombreux établissements pour adapter les locaux et ainsi favoriser des circuits patients fluides, notamment via la mise en place d'unités de chirurgie ambulatoire. Grâce à cela, d'importants progrès ont été obtenus au bénéfice des patients et des professionnels.

Pour autant, le développement de l'ambulatoire en substitution de l'hospitalisation complète doit se poursuivre dans une logique d'amélioration continue des parcours, tant en chirurgie qu'en médecine. À ce titre, il me semble utile de demander à chaque établissement une analyse de sa situation.

Pour ce faire, les outils suivants pourront être utilisés : l'outil Visuchir de la CNAM (<https://data.ameli.fr/pages/visuchir/>) et les indicateurs de l'ATIH en chirurgie et en médecine nouvellement disponibles (<https://data-essentiel.atih.sante.fr/pages/mco/>).

¹ Pour les établissements adresseurs de patients vers l'HAD l'Ipttransfert et pour les établissements autorisés en HAD le nombre de patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants ramené à leur territoire d'intervention.

Sur la base du diagnostic partagé et au regard de la situation spécifique de chaque établissement, je souhaite qu'un objectif de croissance de l'ambulatoire soit fixé et suivi. Chaque établissement devra y contribuer et réaliser à cet effet un plan d'actions avec des cibles de progression adaptées à ses activités. Ces objectifs seront partagés dans le cadre du dialogue que vous menez avec les établissements.

3. Éviter les journées d'hospitalisation non pertinentes

La durée des hospitalisations complètes mérite également toute l'attention des établissements et doit faire l'objet d'un examen fin à leur niveau. Une attention particulière sera portée dans votre dialogue de gestion avec eux au volet de la gestion des lits, du dimensionnement du capacitaire et de l'organisation des sorties. L'annexe 2 de l'instruction du 9 octobre 2025 établit les indicateurs à suivre dans ce domaine.

Je vous invite toutefois à aller plus loin en ajoutant deux éléments à ce pilotage de la pertinence des journées d'hospitalisation :

- Organiser une enquête régionale dans tous les établissements concernés, y compris les hôpitaux de proximité. Elle prendra la forme d'une enquête de pertinence des séjours « un jour donné », portant sur les activités de médecine et chirurgie (MC) et de soins médicaux et de réadaptation (SMR). Je vous demande d'animer cette démarche en vous appuyant sur les grilles mises à disposition sur « ma démarche numérique » (cf. annexe 2). La réalisation de cette enquête permettra d'établir un état des lieux exhaustif de l'adéquation des lieux de prise en charge avec les besoins des patients ;
- Encourager les établissements à généraliser les pratiques d'admission à J0 pour les activités programmées, à chaque fois que cela est possible et *a minima* pour les activités chirurgicales et interventionnelles, et également à intégrer une stratégie de mobilisation de l'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM) pour les patients éligibles.

II/ Outils et dispositifs d'accompagnement disponibles

Les établissements mobiliseront le tableau de macro-diagnostic de l'outil ReperES (https://reperes.data-avance.atih.sante.fr/reperes_etablissements/), qui comporte une liste resserrée d'indicateurs, reflet des organisations contribuant à un recours plus pertinent à l'hôpital. Cet outil, enrichi de nouveaux items, permet aux établissements et aux ARS de comparer des établissements de typologie proche, en région et au niveau national. Cette étape peut être complétée par un diagnostic approfondi, à partir d'autres indicateurs ATIH ou issus des données internes à l'établissement, lorsque des marges de progrès sont identifiées à l'aide du macro-diagnostic.

Dans la conduite de leurs travaux, les établissements peuvent également mobiliser les outils disponibles sur le site de l'ANAP (données issues du cockpit data, guides, pas à pas) et s'inscrire dans les appuis collectifs ou les webinaires proposés (cf. annexe 4).

En complément, et au vu de vos dialogues réguliers avec les établissements, vous les inviterez à s'inscrire dans des dispositifs d'accompagnement, existants ou qui seront à organiser, avec l'appui de l'ANAP le cas échéant, au regard des besoins identifiés dans votre région.

Ces accompagnements pourront être de trois types :

- Des webinaires thématiques de partage de bonnes pratiques organisationnelles, sollicitant, lorsque cela est pertinent, une ressource « experte » disponible en région pour construire et animer avec vous la démarche et s'appuyer sur les webinaires proposés par l'ANAP ;

- Des groupes de pairs réunissant des établissements ayant des marges d'amélioration sur une thématique donnée et un établissement dit « expert » de cette thématique. Ces accompagnements se dérouleront soit à l'échelle territoriale, lorsque la dimension de coopération est dominante (accélération du recours à l'HAD), soit à l'échelle régionale lorsque la thématique est plus générale (développement du recours à l'HTNM ou admission à J0) ;
- Des groupes de partage de bonnes pratiques de coopération territoriale réunissant des acteurs des soins primaires (CPTS, DAC) et des représentants des services et établissements médico-sociaux. Cet outil pourra utilement être mobilisé si les résultats de l'enquête de pertinence des séjours un jour donné font apparaître des marges de progrès en matière d'anticipation, de coordination en amont et en aval des séjours ou de prévention des admissions évitables.

Ces dispositifs viennent en complément des accompagnements 360° programmés pour le second semestre 2026, dont j'ai annoncé l'accélération.

III/ Livrables et calendrier de mise en œuvre

Il vous est demandé de veiller à ce que les établissements de votre région réalisent :

- L'analyse des indicateurs d'activité et l'autodiagnostic organisationnel HAD disponibles sur la plateforme ANAP d'ici le 30 octobre 2026 (cf. annexe 1) ;
- L'enquête un jour donné de la pertinence des séjours en MC et SMR, le 15 octobre 2026 (cf. annexe 2).

Plus généralement, l'ensemble des analyses conduites à l'aide des outils évoqués dans la présente circulaire sera mobilisé dans le cadre de votre dialogue avec les établissements et lors de la construction de leur trajectoire budgétaire et financière pluriannuelle (EPRD/PGFP pour les établissements concernés). Dans ce cadre, je vous demande d'aborder systématiquement le positionnement des établissements au regard des indicateurs de juste recours. Vous veillerez également à ce que les contrats de performance signés au titre de l'instruction du 9 octobre 2025 comprennent des cibles précises en la matière, le cas échéant par voie d'avenant au contrat. Vous veillerez à la bonne articulation de ces travaux avec les réflexions conduites sur la gradation des filières de soins, en particulier dans le cadre de la circulaire du 29 juillet 2026 relative aux groupements hospitaliers de territoire.

Les constats réalisés dans votre région ainsi que les actions et dispositifs mobilisés viendront alimenter la feuille de route régionale mentionnée lors du comité stratégique du 17 juin 2026, qui me sera adressée en début d'année 2027.

Je suis très attachée à ce que les établissements mettent en place une démarche d'amélioration continue du juste recours. Il s'agit d'abord d'un objectif de qualité et de sécurité des soins destiné à garantir que chaque patient bénéficie d'une prise en charge adaptée. Il s'agit aussi d'ajuster les moyens aux besoins de soins. À ce titre, la progression des alternatives à l'hospitalisation reste un levier majeur de transformation des organisations médicales, d'ajustement des plateaux techniques et d'évolution des espaces d'accueil des patients.

Je compte beaucoup sur les démarches engagées avec les nouveaux outils décrits dans cette circulaire, afin que chaque établissement renforce ses actions de performance pour se rapprocher des cibles attendues.



Stéphanie RIST

Annexe 1

Autodiagnostic et panel national d'actions issues de l'autodiagnostic HAD

1. Grille d'autodiagnostic pour les établissements adresseurs de patients vers l'HAD

Autodiagnostic - Réflexe HAD en établissement adresseurs				
<i>Évaluez votre niveau de recours à l'hospitalisation à domicile et identifiez vos leviers de progression.</i>				
Cet autodiagnostic s'adresse aux établissements MCO souhaitant évaluer et développer le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) comme levier d'optimisation des parcours patients et de réduction de la durée moyenne de séjour (DMS). Il comporte 15 questions organisées en 3 chapitres : gouvernance et partenariat, identification et orientation des patients, Bed management et réduction de la DMS. Pour chaque question, cochez la ou les réponses qui correspondent le mieux à la situation actuelle de votre établissement. Les résultats permettront d'identifier les points forts et les axes de progrès prioritaires.				
N°	Question	Options de réponse	Type de réponse	Réponse / Commentaire
Chapitre 1 : Gouvernance et partenariat HAD				
<i>Ce chapitre évalue la structuration institutionnelle du partenariat entre votre établissement et les structures HAD de votre territoire.</i>				
1	Convention avec l'HAD Votre établissement dispose-t-il d'une convention formalisée avec une ou plusieurs structures HAD avec des objectifs quantitatifs et qualitatifs (dont les délais entre demande et admission) ?	○ Oui, avec une convention avec indicateurs régulièrement actualisée ○ Oui, une convention existe mais elle n'intègre pas d'indicateur ○ Oui une convention existe mais elle est peu ou pas actualisée ○ Une convention est en cours de formalisation ○ Non, aucune convention n'est en place	Choix unique	

2	Objectifs de développement du recours à l'HAD Votre établissement a-t-il défini des objectifs formalisés de développement du recours à l'HAD pour l'exercice en cours ? (Plusieurs réponses possibles, si autre préciser)	○ Oui, des objectifs figurent dans le projet d'établissement ○ Oui, des objectifs sont formalisés au travers des contrats de pôle ○ Une réflexion est en cours ○ Autre (préciser) : _____ ○ Non, aucun objectif n'est formalisé	Choix multiple	
3	Référent HAD au sein du MCO Votre établissement a-t-il identifié un référent du partenariat avec le ou les HAD du territoire ?	○ Oui, il est identifié et anime le partenariat ○ Oui, il est identifié mais aucune action n'est en cours ○ Une réflexion est en cours ○ Non, il n'est pas identifié	Choix unique	
4	Interlocuteur HAD identifié Un professionnel de l'HAD (exemple IDE de liaison, IDEC...) est-il disponible pour les équipes de votre établissement ? (Plusieurs réponses possibles)	○ Oui, de façon continue avec une présence physique dans les locaux de l'établissement (bureau dédié ou partagé) ○ Oui, avec une présence physique régulière dans l'établissement (jours dédiés de passage et réponse aux sollicitations) ○ Oui à la demande sur sollicitation (téléphone, messagerie sécurisée) ○ Non, aucun interlocuteur n'est disponible	Choix multiple	
5	Intégration aux instances de l'établissement L'HAD est-elle intégrée aux instances et temps de concertation de votre établissement ? (Plusieurs réponses possibles)	○ Staffs pluridisciplinaires (si oui préciser les unités) ○ Cellule de gestion des lits / bed management ○ Commission médicale d'établissement (CME) ○ Cellule d'hôpital en tension ○ Réunions de pôle ○ Réunions GHT ou filières territoriales ○ Autre (préciser) : _____ ○ Aucune intégration aux instances	Choix multiple	

6	Disposez-vous d'un tableau de bord de pilotage et de suivi des orientations vers le ou les HAD du territoire partagé dans les instances (en particulier directoire, CME, pôles...)? Exemple indicateurs : volume de patients orientés, taux de non admission en HAD, IP-transfert	○ Oui le tableau de bord de pilotage et de suivi existe, est partagé régulièrement avec les instances et fait l'objet d'actions concrètes pour atteindre les objectifs ○ Oui le tableau de bord de pilotage et de suivi existe, mais n'est pas partagé régulièrement aux instances et ne fait pas l'objet d'actions concrètes ○ Un tableau de bord est en cours de formalisation ○ Non	Choix unique	
Chapitre 2 : Identification et orientation des patients				
<i>Ce chapitre évalue la capacité des équipes à identifier les patients éligibles à l'HAD et à activer l'orientation dans les meilleurs délais.</i>				
7	Procédure d'activation de l'HAD Existe-t-il une procédure claire décrivant le mode opératoire pour déclencher une admission en HAD (circuit de demande, délai de réponse attendu, interlocuteur, documents à transmettre) ?	○ Oui, la procédure est formalisée, connue et opérationnelle ○ Oui, mais la procédure est peu connue ou rarement utilisée ○ La procédure repose sur des pratiques informelles ○ Non, aucune procédure définie	Choix unique	
8	Sensibilisation des équipes Les équipes soignantes ont-elles été sensibilisées aux principales indications de recours en HAD ?	○ Oui, des actions de sensibilisation ont été menées récemment (présentation HAD en réunion d'équipe, présentation aux nouveaux internes...) ○ Oui, ponctuellement, sans démarche structurée ○ Une action est prévue mais pas encore réalisée ○ Non, aucune sensibilisation n'a été conduite	Choix unique	

9	Services prescripteurs Quelles filières de soins de votre établissement ont recours à l'HAD ? (Plusieurs réponses possibles à classer par ordre de fréquence)	○ Spécialités médicales ○ Spécialités chirurgicales ○ Oncologie / hématologie ○ Gériatrie / soins aux personnes âgées ○ Soins palliatifs ○ Obstétrique ○ Pédiatrie ○ Plaies et cicatrisation ○ Urgences / UHCD / SAMU SMUR ○ Réadaptation et rééducation ○ Autre (préciser) : _____ ○ Aucun service n'a recours à l'HAD de façon régulière	Choix multiple	
10	Avez-vous mis en place des protocoles d'admissions programmées et/ou procédures d'évaluation anticipée des patients susceptibles, dans le cadre de leur parcours, de bénéficier d'une prise en charge en HAD prochainement et si oui, dans quelle spécialité	○ Non ○ Oui en gériatrie ○ Oui en oncologie/hématologie ○ Oui en soins palliatifs ○ Oui en spécialités médicales autres ○ Oui en spécialité chirurgicale ○ Oui en obstétrique ○ Oui en pédiatrie ○ Oui aux urgences/UHCD/SAMU/SMUR		
11	Procédure de mobilisation HAD en urgence et en UHCD Avez-vous une procédure de mobilisation de l'HAD en urgence et en UHCD ?	○ Oui, et une IDE de liaison de l'HAD est présente aux urgences ○ Oui, la procédure est formalisée, connue et opérationnelle ○ Oui, mais la procédure est peu connue ou rarement utilisée ○ La procédure repose sur des pratiques informelles ○ Non, aucune procédure définie	Choix unique	
12	Si l'établissement dispose d'un EHPAD ou ESMS L'ESMS a-t-il l'habitude de travailler avec l'HAD ? (Plusieurs réponses possibles)	○ Oui, avec un adressage régulier ○ Oui, occasionnellement ○ Oui en bénéficiant d'une IDE de nuit de l'HAD ○ Non, pas du tout	Choix multiple	

Chapitre 3 : Bed management et réduction de la DMS

Ce chapitre évalue l'intégration de l'HAD dans les démarches de gestion des lits, d'anticipation des sorties et d'optimisation de la durée moyenne de séjour.

13	HAD et gestion des lits L'HAD est-elle mobilisée comme levier dans votre dispositif de gestion des lits et de régulation des flux ?	○ Oui, l'HAD est systématiquement envisagée ○ Oui, ponctuellement, sans être intégrée au processus habituel ○ Oui en cas de tension sur les lits uniquement ○ Rarement ou jamais dans ce cadre ○ La gestion des lits ne s'appuie pas encore sur l'HAD	Choix unique	
14	Anticipation de la sortie dès l'admission Lors de l'admission d'un patient, l'éligibilité à l'HAD et/ou la sortie précoce via HAD est-elle envisagée dès les premières 48 heures (évaluation J0 ou J1) ?	○ Oui, de façon systématique dans au moins un service ○ Oui, dans certains cas cliniques identifiés (soins palliatifs, oncologie...) ○ Rarement, la réflexion se fait à l'approche de la sortie ○ Non, l'HAD n'est pas envisagée en phase d'admission	Choix unique	
15	Services en tension ou à DMS longue Avez-vous identifié des services présentant des durées de séjour longues ou des tensions récurrentes en capacité d'accueil ? (Plusieurs réponses possibles)	○ Oui, des services sont identifiés et font l'objet d'un suivi régulier avec sollicitation de l'HAD ○ Oui, identifiés mais sans sollicitation systématique de l'HAD ○ L'analyse est en cours ○ Non, aucun service n'a été identifié comme prioritaire sur ce sujet	Choix unique	

**Panel d'actions à mobiliser selon les résultats de l'autodiagnostic par les ES
adresseurs en HAD**

Intitulé action	Indicateur de suivi
Participation de l'HAD aux instances ad hoc de l'établissement	Taux de transfert en HAD IP transfert en HAD
Mise en place d'un tableau de bord de suivi des adressages en HAD	Taux d'adressage en HAD par l'ES (indicateur suivi par ES HAD)
Identification des services à fort potentiel de transfert en HAD et invitation d'une IDE HAD aux staffs de ces services	Taux de transfert des services concernés
Intégration de l'évaluation de l'éligibilité à l'HAD dans les items de checklist d'entrée des patients dans tous les services	Délai d'anticipation de la demande en HAD IpDMS
Organisation de la venue d'une IDE HAD dans les staffs des services en tension	Taux de transfert des services concernés en période de tension
Mise en place d'une procédure de mobilisation de l'HAD en urgence et en UHCD	Évolution de la part d'admission en HAD depuis les urgences
Mise en place de protocole d'admission pour les principaux parcours de PEC conjointe en amont de l'hospitalisation en MCO et SMR (séjours programmés)	Délai admission patients parcours protocolisés

2. Grille d'autodiagnostic pour les établissements autorisés en HAD

Autodiagnostic pour les établissements autorisés en HAD					
Évaluez le potentiel de développement de votre HAD pour renforcer la prise en charge des patients en provenance du MCO et contribuer à la fluidification des parcours, en accélérant les sorties d'hospitalisation avec hébergement.					
Mode d'emploi : Pour chaque question, cochez la proposition qui correspond le mieux à la situation actuelle de votre HAD. Les quatre niveaux reflètent un degré croissant de maturité (de 1 = non mis en place à 4 = pleinement opérationnel).					
N°	Question	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Axe 1 - Gouvernance					
Engagement stratégique de la direction et structuration du partenariat HAD/MCO					
1	Dans quelle mesure vos relations avec les établissements MCO s'appuient-elles sur des conventions de partenariat formalisées, avec des objectifs quantitatifs et qualitatifs, visant à faciliter l'orientation des patients vers l'HAD ?	Aucune convention de partenariat n'est formalisée avec les établissements de MCO. Les relations reposent essentiellement sur des contacts informels.	Quelques conventions existent avec certains établissements de MCO, mais elles ne couvrent qu'une partie limitée des prescripteurs et ne font pas l'objet d'un suivi irrégulier.	Des conventions sont formalisées avec la majorité des établissements de MCO partenaires. Elles définissent les modalités d'orientation vers l'HAD et sont revues périodiquement.	Les conventions couvrent l'ensemble des principaux établissements prescripteurs. Elles s'inscrivent dans une démarche active de développement des filières et font l'objet d'objectifs quantitatifs et qualitatifs et d'un pilotage régulier.
2	L'HAD dispose-t-elle d'un tableau de bord ou d'un outil de suivi structuré permettant de piloter ses relations avec les prescripteurs et la couverture de son territoire d'intervention ?	Non	En cours de formalisation	Oui mais il est peu mis à jour	Oui et il est suivi régulièrement

3	La direction de l'HAD a-t-elle formalisé des objectifs de développement HAD en lien avec les établissements de santé MCO de son territoire (cibles de patients, filières prioritaires, délais de prise en charge) ?	Aucun objectif formalisé en lien avec le MCO.	Une réflexion est engagée, des échanges informels ont lieu avec le MCO, mais rien n'est encore documenté.	Des objectifs existent mais ils ne sont pas chiffrés, pas suivis régulièrement ou pas partagés en instance.	Des objectifs chiffrés par filière sont intégrés au projet d'établissement HAD, présentés en CME et CODIR et suivis annuellement avec le MCO.
4	Votre HAD a-t-elle identifié un référent pour les partenariats avec le MCO ?	Non, il n'est pas identifié	Une réflexion est en cours	Oui, il est identifié mais aucune action n'est en cours	Oui, il est identifié et anime le partenariat
5	L'HAD est-elle représentée physiquement dans les services MCO pour aider au repérage patient et identifier les patients éligibles ?	Des contacts ponctuels existent avec quelques services, sans organisation formelle.	Une IDE de liaison intervient dans certains services uniquement sur sollicitation du MCO.	Une IDE de liaison est présente à fréquence régulière (a minima hebdomadaire) dans les services. Des staffs communs MCO-HAD sont organisés.	Une IDE de liaison est positionnée quotidiennement au sein des établissements MCO, avec un bureau et un numéro direct. Des staffs communs MCO-HAD sont organisés.
6	Dans quelle mesure votre HAD est-elle identifiée et associée à la conception et à l'évolution des parcours de soins programmés et non programmés au sein des établissements de MCO de votre territoire ?	L'HAD n'est pas ou très peu identifiée par les établissements de MCO et n'est pas associée aux réflexions sur les parcours de soins.	L'HAD est sollicitée de manière occasionnelle sur certains projets ou filières, sans participation régulière aux travaux de structuration des parcours.	L'HAD participe régulièrement aux échanges avec plusieurs établissements de MCO et contribue à l'évolution de certains parcours de soins.	L'HAD est identifiée comme un acteur clé des parcours patients et est systématiquement associée aux travaux de conception ou d'optimisation des filières concernées.
7	Dans quelle mesure votre HAD mesure-t-elle sa contribution à la fluidification des sorties de MCO (IP transfert, IP DMS, Taux de transfert) et partage-t-elle ces résultats avec les directions concernées ?	Aucun indicateur de contribution aux sorties MCO n'est suivi.	Quelques données existent mais restent isolées, non consolidées et non partagées avec le MCO.	Un suivi interne est en place, mais il n'est ni coconstruit avec le MCO ni partagé de façon régulière avec sa direction.	Un tableau de bord commun est produit et partagé avec la direction du MCO, alimentant un partenariat structuré.

Axe 2 - Admission

Réactivité et organisation de la cellule d'admission : levier essentiel pour fluidifier les sorties MCO.

8	Dans quelle mesure la cellule d'admission de l'HAD est-elle structurée pour absorber une augmentation du nombre de patients, tout en sécurisant les délais de prise en charge ?	Pas de cellule formalisée, les admissions sont traitées au fil de l'eau, avec peu de suivi des délais et une coordination dépendante des personnes.	Une organisation d'admission existe, mais elle n'est pas quotidienne, la pluridisciplinarité est ponctuelle et les délais sont suivis de façon limitée.	Cellule d'admission quotidienne, associant les principales compétences médicales, soignantes et administratives, les demandes sont priorisées et les délais de réponse/admission sont suivis.	Cellule quotidienne pluridisciplinaire, avec critères d'admission partagés, suivi formalisé des délais, analyse des refus/reports, pilotage des flux et capacité à anticiper les pics d'activité.
9	Votre HAD mesure-t-elle sa réactivité à l'admission (délai d'anticipation, délai d'évaluation, délai de prise en charge) ?	Aucun délai n'est mesuré, le temps entre la demande et la prise en charge effective n'est pas connu.	Les délais sont perçus et estimés par les équipes, mais aucune donnée n'est formellement tracée.	Un ou plusieurs délais sont suivis sur certaines filières, sans objectif d'amélioration défini ni analyse régulière.	Les délais d'anticipation, d'évaluation et de prise en charge sont systématiquement tracés, analysés et adossés à des objectifs d'amélioration continue.
10	Votre HAD assure-t-elle un suivi structuré des demandes d'admission non abouties afin d'en analyser les causes et d'identifier des leviers d'amélioration ?	Les non-admissions ne sont pas tracées, leur volume et leurs motifs sont inconnus.	Les non-admissions sont connues des équipes mais non quantifiées ni analysées de façon systématique.	Un taux de non-admission est calculé, mais les motifs sont incomplètement documentés et aucune démarche d'amélioration n'est engagée.	Le taux de non-admission est suivi régulièrement, les motifs sont tracés et analysés, et un plan d'action est formalisé et évalué.

Axe 3 - Capacité à se développer

Potentiel de croissance de l'HAD : stratégie territoriale, dimensionnement RH et polyvalence

11	L'HAD a-t-elle réalisé une analyse de son potentiel de développement par filière (ex : oncologie, soins palliatifs, plaies complexes, nutrition parentérale, rééducation...) en lien avec les besoins identifiés du territoire et des établissements offreur ?	Aucune analyse structurée du potentiel de développement par filière n'a été conduite, les actions de développement se font principalement selon l'adressage.	Certaines filières prioritaires sont repérées, mais sans exploitation formalisée des données MCO, des besoins territoriaux ou du taux de recours à l'HAD.	Une analyse existe pour quelques filières prioritaires, mais elle reste incomplète, peu formalisée ou insuffisamment partagée avec les prescripteurs MCO.	Une cartographie des filières à fort potentiel est formalisée, fondée sur les données d'activité MCO, les besoins territoriaux et le taux de recours HAD. Des objectifs de développement par filière sont définis, suivis et partagés avec les prescripteurs.
12	L'HAD dispose-t-elle d'une organisation RH lui permettant d'absorber une hausse d'activité notamment sur les fonctions médecin, IDE et IDEC ?	Aucune analyse capacitaire RH n'a été réalisée. Une hausse d'activité serait difficilement absorbable avec les effectifs et l'organisation actuels.	La contrainte RH est connue de la direction, mais aucun plan d'action formalisé n'est défini pour sécuriser les recrutements, les remplacements ou la montée en charge.	Des relais sont mobilisables, notamment via des IDEL ou des ajustements internes, pour faire face aux pics d'activité. Toutefois, les délais de recrutement ou de remplacement sur les fonctions critiques, notamment IDEC, restent insuffisamment maîtrisés.	Une analyse capacitaire RH est réalisée au moins annuellement. Des dispositifs actifs permettent d'absorber une hausse d'activité : vivier ou réseau d'IDEL, protocoles de renfort, plan de recrutement anticipé, délai de recrutement maîtrisé pour les IDEC ou organisation interne de montée en compétences IDE vers IDEC.
13	L'HAD dispose-t-elle de mentions spécialisées autorisées, activées et opérationnelles permettant d'élargir les indications de prise en charge en sortie de MCO ?	Les fenêtres de dépôt des demandes d'autorisation HAD n'ont pas encore été ouvertes dans ma région ou les arrêtés administratifs d'autorisation sont en attente de publication.	Seule la mention socle est autorisée et opérationnelle.	Une ou plusieurs mentions spécialisées sont activées, mais leur fonctionnement reste hétérogène : équipes partiellement formées, critères d'orientation incomplets ou offre insuffisamment connue des prescripteurs MCO.	Les mentions spécialisées autorisées sont pleinement opérationnelles. Les équipes sont formées par mention, les critères d'orientation sont partagés, et l'offre est promue auprès des prescripteurs MCO pour faciliter les sorties hospitalières.

14	Dans quelle mesure votre HAD est-elle en capacité de prendre en charge les patients issus de la filière oncologique en lien avec les établissements de MCO de son territoire ?	L'HAD ne réalise pas ou très peu de prises en charge relevant de la filière oncologique.	Certaines prises en charge oncologiques sont réalisées, mais sans filière structurée.	L'HAD prend en charge régulièrement des patients en oncologie en lien avec plusieurs services de MCO.	La filière oncologique constitue un axe majeur de développement de l'HAD, avec des partenariats structurés, des parcours protocolisés, des indicateurs de suivi.
15	L'HAD dispose-t-elle d'une organisation spécifique lui permettant de répondre sous 24 heures aux demandes d'admission issues des urgences ou de filières non programmées y compris depuis le secteur de soins primaires et médico-social) ?	L'HAD ne dispose pas d'organisation spécifique et ne peut pas garantir une réponse sous 24 heures aux demandes non programmées.	L'HAD est en mesure de prendre en charge certaines demandes urgentes ou non programmées, mais sans organisation formalisée ni garantie de délai.	L'HAD répond régulièrement sous 24 heures aux demandes issues des urgences ou de filières non programmées grâce à son organisation générale, sans dispositif spécifiquement dédié.	L'HAD dispose d'une filière structurée et pilotée pour les admissions non programmées, avec suivi d'indicateurs de délai, coopération étroite avec les urgences et capacité démontrée à répondre sous 24 heures de façon systématique.
16	Le système d'information de l'HAD permet-il un accès partagé, sécurisé et mobile au dossier patient pour l'ensemble des intervenants, y compris les professionnels du premier recours et des établissements MCO partenaires (salariés et libéraux) ?	Aucun DPI partagé n'est déployé. Le dossier papier reste le support principal de coordination.	Un DPI est utilisé par les professionnels salariés de l'HAD, mais les intervenants partenaires n'y ont pas accès ou disposent d'informations transmises par d'autres canaux.	Le DPI est accessible à la majorité des intervenants (salariés et libéraux) mais l'accès en mobilité reste partiel, peu utilisé ou insuffisamment intégré aux pratiques de terrain.	Un DPI unique est accessible à tous les intervenants autorisés, salariés et libéraux en mobilité. L'accès est sécurisé et les interventions sont tracées.

**Panel d'actions à mobiliser selon les résultats de l'autodiagnostic par les ES autorisés
HAD**

Intitulé action	Indicateur de suivi
Participation aux instances ad hoc des principaux ES adresseurs	Évolution de la part d'adressage des ES concernés
Mise en place d'un tableau de bord de la couverture en HAD du territoire d'autorisation	Nombre de patients par jour pour 100 000 habitants
Mise en place d'une IDE de liaison HAD ou un guichet unique HAD au sein des établissements prescripteurs	Évolution de la part d'adressage des ES concernés
Participation d'une IDE de l'HAD aux staffs des services à plus fort potentiels d'admission en HAD	Évolution de la part d'adressage des services concernés Délai admission patients services concernés
Mise en place de protocole d'admission pour les principaux parcours de PEC conjointe en amont de l'hospitalisation en MCO et SMR (séjours programmés)	Délai admission patients parcours protocolisés
Protocole d'évaluation anticipée des patients éligibles à l'HAD pour une admission « en urgence » potentielle par typologie de situation (depuis les EHPADs, en lien avec les équipes de soins palliatifs, en lien avec SAMU/SAS, en lien avec les équipes de soins primaires ...)	Nombre dévaluations anticipées

Annexe 2

Enquête de pertinence des séjours un jour donné : démarche et axes avec panel d'actions issues de l'enquête

Sous l'égide des ARS, les établissements renseignent un jour donné, le jeudi 15 octobre 2026, une enquête évaluant la pertinence de la présence des patients en hospitalisation complète.

Il est demandé à chaque établissement de santé MCO et SMR d'organiser le déroulé de cette enquête dans la mesure du possible dans la totalité des services et, lorsque la taille de l'établissement ne le permet pas, dans les services permettant d'inclure au moins la moitié des patients présents en priorisant ceux au plus fort risque d'atypies afin d'optimiser le bénéfice de ce travail. Sont exclus du périmètre de l'enquête, les unités de soins critiques (adulte et enfant), les unités d'ambulatoire, les services d'obstétrique, de néonatalogie, de psychiatrie, les UHCD, les USLD et les HAD, ainsi que les patients sortant le jour de l'enquête. Sont également exclus les services ou unités accueillant cinq patients ou moins le jour de l'enquête.

L'enquête sera menée sous l'égide du Département d'information médicale (DIM) des établissements. Un binôme comportant un médecin, idéalement d'un autre service que celui qui est audité, et un professionnel soignant pouvant exercer dans le service audité ou un professionnel du service qualité renseigneront la grille d'enquête. Un professionnel de l'HAD de recours peut être associé à la démarche si l'établissement le juge opportun.

Les établissements informeront les patients de cette enquête via les modalités habituelles mobilisées par eux, dans le respect du RGPD et de la méthodologie de référence MR004.

Les grilles utilisées sont issues d'un travail collégial pluridisciplinaire mené par les ARS sur la base de l'outil AEPf (retour d'expérience ARS Bretagne et Grand Est). Elles ont déjà été utilisées par plusieurs établissements ou régions pour mener cette démarche (temps estimé de remplissage 45 minutes à 1h30 pour 30 patients), en particulier sous l'impulsion de la conférence nationale des présidents de CME de CH. Elles visent à identifier les soins ou services reçus par le patient le jour de l'évaluation (partie 1) et le cas échéant, l'identification de la structure d'hébergement la mieux adaptée et la recherche de la cause principale expliquant la journée d'hospitalisation non pertinente (partie 2).

Cette démarche vise une autoévaluation par les établissements, servant une dynamique d'amélioration des organisations internes.

Cette enquête implique la mise en œuvre de traitements de données à caractère personnel, et notamment des données concernant la santé des patients des établissements participants. Aucune donnée nominative ni directement identifiante ne sera collectée dans le cadre des questionnaires et les réponses feront l'objet d'une agrégation suffisante pour exclure toute réidentification des patients.

Les données seront exclusivement utilisées aux fins d'établir un état des lieux, aux niveaux national, territorial ou des établissements, de l'adéquation des modes de prise en charge avec les besoins des patients. Des indicateurs de participation à l'enquête et ses résultats, dépourvus de toute donnée à caractère personnel et de toute information concernant directement un établissement, seront également transmis à la DGOS et au cabinet du ministre chargé de la santé.

Chaque ARS est responsable des traitements de données, nécessaires à sa mission d'intérêt public au sens du paragraphe 1 de l'article 6 du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 du Parlement européen et du Conseil (RGPD), mis en œuvre dans son ressort géographique¹.

¹ Le SGMAS accompagnera les ARS dans leur accomplissement des formalités préalables auprès de la CNIL (déclaration de conformité MR 004) et dans leur élaboration de l'AIPD.

Les ARS administreront l'enquête et mettront à disposition des établissements le formulaire de l'enquête via l'outil « Démarches numériques ». Elles assureront un Webinaire dans les jours précédant l'enquête afin de présenter les éléments techniques d'accès à outil et une hotline le jour de l'enquête pour accompagner les établissements rencontrant des difficultés techniques. Dans les jours suivant l'enquête, les ARS restitueront à chaque établissement ses propres données, via une messagerie cryptée, mais n'en feront pas d'exploitation à l'échelle d'un établissement. Il appartiendra aux établissements, sur la base de ces données, d'identifier leurs propres axes d'amélioration et de travailler à la réduction des causes internes d'inefficience.

L'ARS assurera une consolidation territoriale et régionale qui fera l'objet d'un partage à ces niveaux. Selon les principaux constats régionaux et en complément des actions à mener à leur niveau (déploiement des équipes mobiles, IDE d'astreinte de nuit en EHPAD...), les ARS pourront proposer des dispositifs d'accompagnement afin d'aider les établissements à la réduction des causes de non-pertinence exogènes et transversales autour des grands axes présentés ci-dessous.

La réitération de l'enquête à une périodicité d'environ deux ans permettra d'évaluer les bénéfices des actions menées et d'identifier d'éventuelles causes nouvelles de non-pertinence.

ENQUÊTE SUR LA PERTINENCE DES JOURNÉES D'HOSPITALISATION
QUESTIONNAIRE Médecine Chirurgie (MC)
Octobre 2026

INTITULÉ	TYPE DE CHAMP	MODALITÉS DE RÉPONSES
IDENTIFICATION DU SERVICE		
Quel est le domaine d'activité du service ?	Choix unique	Médecine ou Chirurgie Soins Médicaux et de Réadaptation
Indiquer le numéro de l'UF du service	Nombre entier	
Indiquer le nombre de lits installés, en hospitalisation complète, du service	Nombre entier	
Indiquer la spécialité de l'UF parmi la liste suivante	Choix unique	cf. Spécialités
PATIENTS MC		
PARTIE 1 - À RENSEIGNER POUR TOUS LES PATIENTS EN HOSPITALISATION COMPLÈTE (Non sortants le jour de l'enquête)		
Tranche d'âge du patient	Choix unique	Moins de 18 ans
		18 à 74 ans inclus
		75 ans et plus
Mode d'entrée Indiquer le mode d'entrée dans l'établissement	Choix unique	Entrée directe programmée (délai > 48h)
		Entrée directe non programmée (délai < 48h)
		Entrée via les urgences

Soins médicaux Indiquer <u>si au moins une de ces raisons explique</u> la présence du patient en hospitalisation le jour de l'enquête	Choix unique	OUI	Surveillance médicale intensive par un médecin au moins 3 fois par jour Procédure chirurgicale ou acte technique interventionnel le jour de l'hospitalisation (endovasculaire, cathétérisme, endoscopie, biopsie, imagerie interventionnelle, procédure diagnostique invasive) ne pouvant être réalisé en ambulatoire à dire d'expert Traitement ou test nécessitant des ajustements de dose ou une supervision médicale directe Traitement nécessitant plusieurs avis disciplinaires concomitants rapides
		NON	Absence de critère parmi ceux cités ci-dessus
Soins paramédicaux Indiquer <u>si au moins une de ces raisons explique</u> la présence du patient en hospitalisation le jour de l'enquête	Choix unique	OUI	Assistance respiratoire continue ou intermittente (au moins 3 fois par jour) Thérapie parentérale : liquide intraveineux continu ou intermittent sans relai per os possible et ne pouvant être réalisé en HAD Soins techniques infirmiers (pansement complexe, soins de drainage...) dont l'évolutivité ou la complexité ne permet pas une réalisation en HAD Surveillance infirmière rapprochée au moins 3 fois par jour sur prescription médicale
		NON	Absence de critère parmi ceux cités ci-dessus
État du patient Indiquer <u>si au moins une de ces raisons explique</u> la présence du patient en hospitalisation le jour de l'enquête	Choix unique	OUI	Paramètres vitaux non stabilisés Pathologie intercurrente apparue lors de l'hospitalisation dans les 48 dernières heures État critique dans les dernières 48 heures (ischémie, AVC ou autres troubles neurologiques, hémorragie, détresse respiratoire, désordres hématologiques, métaboliques, électrolytiques, sepsis, troubles du transit aigus, ...) Situation palliative complexe ou multidisciplinaire Douleur non contrôlée
		NON	Absence de critère parmi ceux cités ci-dessus

Avis d'expert L'hospitalisation du patient le jour de l'enquête vous semble-t-elle pertinente ?	Choix unique	Oui, l'expert juge l'hospitalisation pertinente malgré l'absence de critère précédent * (Préciser à la question suivante) Non, en l'absence de critère précédent et selon l'expert, l'hospitalisation n'est pas pertinente.	
*Indiquer les raisons de l'hospitalisation le jour de l'enquête en quelques mots sans indiquer d'éléments susceptibles de permettre l'identification du patient	Texte court		
PARTIE 2 - À RENSEIGNER UNIQUEMENT POUR LES PATIENTS DONT L'HOSPITALISATION EST CONSIDÉRÉE COMME <u>NON</u> PERTINENTE LE JOUR DE L'ENQUÊTE			
Quels soins ont été reçus par le patient le jour de l'enquête ?	Choix multiple	Soin(s) médico-technique(s)	<i>Cocher « soins médico-techniques » si présence d'au moins 1 parmi la liste ci-après</i>
			Avis diagnostique ou thérapeutique
			Procédure diagnostique ou thérapeutique
			Surveillance thérapeutique ou clinique
			Éducation thérapeutique comme motif principal d'hospitalisation
			Rééducation fonctionnelle, kinésithérapie comme motif principal d'hospitalisation
			Soutien psychologique
Aide sociale			
Aide à la vie quotidienne			
Aucun soin ni aucun service			
Quel serait le lieu d'hébergement le plus adapté à ce patient ?	Choix unique	Le domicile sans aide Le domicile avec aide non médicale palliant la dépendance (SIAD-SAAS) Le domicile avec plan d'aide paramédicale Le domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile Une structure d'hébergement non médicalisée (type hôtel / maison des familles / foyer / résidence) Une structure d'hébergement médicalisée type EHPAD Une structure d'hébergement médicalisée spécifique (Troubles cognitifs ou psychiatriques nécessitant une structure adaptée)* (Préciser quel type de structure) Une structure de soins médicaux et de réadaptation* (Préciser la mention du SMR)	

		Une structure d'hébergement paramédicalisée (lits halte soins santé) Un établissement de recours Une structure d'hébergement pour personne en situation de handicap Autre (texte libre)
*Préciser quel type de structure	Texte libre	
*Préciser la mention du SMR	Choix unique	cf. Mentions SMR
Quelle est la raison principale expliquant la journée d'hospitalisation ?	Choix unique	Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique dans cette structure
		Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure
		Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans cette structure* (Préciser la/les procédures en attente)
		Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure* (Préciser la/les procédures en attente)
		Service de relai à l'hospitalisation indisponible (place demandée dossier complet)
		Service de relai à l'hospitalisation en cours de demande
		Service de relai à l'hospitalisation indisponible (relai inexistant ou inconnu)
		Attente d'une décision médicale de sortie
		Attente d'un avis collégial (staff, RCP)
		Attente d'une décision de justice (tutelle...)
		Protocole ou habitude du service
		Refus du patient et/ou de sa famille
		Patient isolé socialement
		Logement inaccessible ou inadapté
		Transport non disponible
		Entrer une autre option*
* Préciser la ou les procédure(s) en attente ? (Attente de réalisation ou de résultats)	Choix multiple	Scanner
		IRM
		Biologie
		Anatomo-pathologie
		Épreuves fonctionnelles
		Acte interventionnel
		Autre (préciser)
* Autre option : préciser	Texte libre	
FIN DU QUESTIONNAIRE / PATIENT SUIVANT		

SPÉCIALITÉS	
Allergologie Cardiologie Dermatologie Endocrinologie, diabétologie, nutrition Gériatrie Gynécologie médicale Hématologie Hépatogastro-entérologie Médecine interne et immunologie clinique Infectiologie Médecine polyvalente Médecine vasculaire Néphrologie Neurologie Oncologie Soins palliatifs	Pneumologie Rhumatologie Chirurgie viscérale et digestive Chirurgie orthopédique Chirurgie vasculaire Chirurgie thoracique et cardiovasculaire Chirurgie maxillo-faciale Chirurgie orale Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique Neurochirurgie Ophtalmologie ORL et chirurgie cervico-faciale Urologie Pédiatrie Chirurgie pédiatrique

MENTIONS SMR
Polyvalent Gériatrie Locomoteur Système nerveux Cardio-vasculaire Pneumologie Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition Brûlés Conduites addictives Oncologie (dont hématologie) Pédiatrie

Axes et panel d'actions mobilisables à l'issue de l'enquête (à titre indicatif)

Axes	Actions
Anticiper les sorties dès l'entrée Organiser l'anticipation des sorties dès l'admission	Évaluer précocement les besoins d'aval et l'éligibilité à l'HAD Mettre en place des commissions de coordination avec les acteurs médico-sociaux et les SAD Sécuriser le retour à domicile avec des programmes de suivi post-sortie pour limiter les réhospitalisations Définir le projet de vie des patients atteints de maladie chronique et les patients âgés afin de préciser, en amont des situations de dépendance ne permettant plus le maintien à domicile, les solutions à anticiper (en particulier pour les patients fréquemment admis par les urgences ou réhospitalisés précocement) ...
Réduire les journées évitables liées aux organisations internes	Réduire les délais d'accès aux examens complémentaires en cours de séjour quand la suite du séjour est conditionnée par le résultat de l'examen Réduire les délais d'accès aux avis de spécialiste en cours de séjour quand la suite du séjour dépend de ces avis Réduire les délais d'accès au bloc opératoire pour les admissions non programmées chirurgicales Préparer les documents de sortie la veille pour favoriser les sorties le matin Développer les admissions de patients à J0 Développer le recours à l'HTNM ...
Fluidifier les parcours MCO-SMR Réduire les journées non pertinentes liées aux blocages de transfert entre MCO et SMR	Contractualiser des objectifs qualitatifs et quantitatifs, dont les délais entre date de demande et date d'admission en SMR dans les conventions de partenariat et suivre ces objectifs, Mettre en place des cellules de coordination entre les SMR et les services aux plus forts taux de transfert, Définir avec les principaux partenaires SMR des critères de pertinence des admissions (en HC et en HTP) et des protocoles de transfert Anticiper les demandes d'admission en SMR en amont des hospitalisations programmées ou précocement lors des hospitalisations non programmées Mettre en place une cellule de gestion territoriale des lits ...
Mieux identifier les patients aux séjours longs de façon inopportune : Développer des outils et organisations permettant d'identifier précocement les patients dont l'hospitalisation complète n'est plus justifiée ou à risque de l'être	Mettre en place des outils d'alerte/dms Mettre en place des grilles de repérage des patients à risque de sortie difficile (à minima dans les services les plus concernés) Mise en place de revues pluridisciplinaires/commission des séjours longs d'accompagnement des situations complexes...
Développer les alternatives à l'hospitalisation complète Favoriser le recours à des alternatives évitant ou raccourcissant l'hospitalisation	Mettre en place des numéros d'appel direct et des offres de téléexpertise pour les équipes de soins primaires et les EHPAD pour favoriser les avis spécialisés afin d'éviter les hospitalisations non programmées Réorienter les patients éligibles à l'HAD dès l'arrivée aux urgences et identifier précocement les patients éligibles en HAD en relai des soins prodigués en hospitalisation Identifier les patients éligibles à une future admission directe en HAD sans réhospitalisation préalable et contacter l'HAD pour réaliser une évaluation anticipée Mettre en place des protocoles d'admission en HAD pour les hospitalisations programmées (chimiothérapie, post-chirurgie, soins palliatifs...) Reconvoquer en chirurgie ambulatoire ou hospitalisation complète en sortie des urgences les patients à opérer éligibles Mettre en place des protocoles de prise en charge ambulatoire renforcée avec suivi par IDEC/IPA et/ou téléconsultation dans les 48 heures suivant la sortie à domicile ou en EHPAD Programmer dans les 48 heures un HDJ médecine sur sollicitation des soins primaires ou EHPAD pour les patients chroniques, âgés, connus et en décompensation Mobiliser les hébergements temporaires en EHPAD...

Annexe 3
INDICATEURS à MOBILISER en MACRODIAGNOSTIC « Juste recours à l'hôpital »

En complément des questionnements stratégiques sur le juste positionnement de l'ES en réponse aux besoins de son territoire, abordés par les indicateurs cités dans l'instruction DGOS d'octobre 2025 (parts de marché, taux de fuite...), liste des indicateurs de juste recours à l'hôpital pour y répondre de façon efficiente

Action	Libellé indicateur	Source	Cible
Améliorer la gestion des séjours	IpDMS par activité M, C et O	ATIH Outil ReperES	1
	Taux occupation services MCO, SC et SMR	ATIH Outil ReperES	90% M et C 85% Obstétrique 80% pour SC 95% SMR
	Indice de maturité bed management (Imbm)	ATIH Outil ReperES	Pas de cible proposée. Permet travail d'analyse des axes d'amélioration
Améliorer la pertinence du mode de prise en charge	Iptransfert en HAD	ATIH Outil ReperES	1
	Taux de transfert en HAD des GP pertinents	ATIH Outil ReperES	Pas de cible proposée. Permet travail d'analyse des axes d'amélioration
	Potentiel développement chirurgie ambulatoire	ATIH Outil ReperES	Potentiel Visuchir
	Détection de séjours substituables de HC médecine vers HDJ médecine	ATIH Outil ReperES	Pas de cible proposée. Permet travail d'analyse du potentiel identifié
Améliorer le parcours patient	Taux d'admission à J0 (chirurgie et activités interventionnelles programmées)	ATIH Outil ReperES	Pas de cible proposée, définir le J0 comme norme
	Taux de patients PEC en HAD sur leur territoire d'intervention (ES autorisés HAD)	ATIH Outil ReperES et TdB HAD	Cible à ajuster en lien avec travaux IFEP et feuille de route HAD 2
	Taux d'hospitalisation à la sortie des urgences des plus de 75 ans	ATIH Outil ReperES	Pas de cible à proposer. Permet travail d'analyse des axes d'amélioration
	Taux de dépendance aux urgences	ATIH Outil ReperES	Pas de cible proposée. Permet travail sur programmation séjours/admission directe
	Volume HTNM (nuitées patients)	ATIH Outil ReperES	Pas de cible proposée. Permet travail de développement mobilisation

L'analyse de ces indicateurs est à compléter notamment par les aspects d'adéquation des ressources aux activités, en particulier grâce à l'indicateur « **Évolution du taux d'adéquation charges T1/recettes (Titre 1/Titre 1 + 2) sur 3 ans** » nouvellement disponible sur le site de l'ATIH et la résultante financière sur le résultat net d'exploitation (recettes - dépenses hors aides).

Annexe 4
Outils d'accompagnement à la mise en œuvre proposés par l'ANAP Automne 2026

Périmètre	Outils	Appuis Anap mobilisables
MCO, SMR, HAD, Psy		Appuis 360
Chirurgie ambulatoire	Objectif 80 % de chirurgie ambulatoire : les clés pour accélérer, Exemple de rapport d'activité en UCA, Mon simulateur ambulatoire, Outil d'aide au calcul du nombre de places nécessaires : Optimisez vos capacités d'accueil en chirurgie ambulatoire.	Appuis collectifs chirurgie ambulatoire. Appuis individuels
HDJ SMR	Guide HDJ (à venir)	Appui collectif
Soins critiques		Masterclass Soins Critiques
HAD « accompagner les ES MCO pour développer le réflexe HAD »	- Fiches réflexes pour savoir quel patient orienter en HAD - Outil « Potentiel HAD » (en cours) pour identifier les transferts MCO/HAD et permettre aux établissements de se comparer - Webconférence sur l'AMI Traitements systémiques du cancer (à venir fin 2026) - Guide HAD-R : comprendre, adresser, coopérer (à venir sept 2026)	Accompagnement pour les prescripteurs MCO (à venir) « Mieux connaître l'HAD et coopérer »
HAD « accompagner les ES HAD autorisés »	- Webinaires HAD déployer ses mentions spécialisées + productions FAQ et fiche pratique - Webinaires « Transformer les données en levier de développement et de pilotage de son activité HAD « Prenez en main les outils HAD de l'ATIH » + pas à pas pour faire son analyse territoriale (dès sept 2026)	Appui collectif HAD Appuis individuels

Urgences	- Guide réorientation - Webinaires réorientation - Guide antenne de médecine d'urgence - Webinaire « antenne de médecine d'urgence »	Appuis individuels (établissements et appuis territoriaux)
Ordonnancement des séjours	- Guide ordonnancement des séjours - IMBM	Appuis individuels (établissements et appuis territoriaux)
Blocs opératoires	- PPT Type de conseil de bloc, guide des indicateurs, - Bloc opératoire : renforcer la coopération avec les services partenaires pour un parcours patient fluide, - Bloc opératoire : un guide pour améliorer la qualité des soins et la performance humaine - Faîtes bloc pour votre bloc : pour un pilotage performant en équipe - Bloc opératoire : exemple de tableau de bord - Trame de rapport d'activité au bloc opératoire - Outil d'analyse des blocs opératoires	Appui collectif Appuis individuels
J0	Admission J0 : une nuitée en moins, un parcours en mieux	Webinaire le 2 octobre 2026
HTNM	Hôtel hospitalier : passer à l'action	
Ressources humaines	Outil Maquettes, Outil cycles de travail, bibliothèque des cycles de travail	Appui terrain collectif « Maquettes et cycles »
Ressources humaines	Boite à outil « Outillage RH » (disponible T3 2026)	Appui terrain collectif « Optimiser la fonction RH » (disponible 09/26)