

En 2016, 313 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont dénombrés en France. 16 300 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, ce qui représente 4,9 % des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjour du territoire. En matière d'activité, 188 300 séjours pour 4,9 millions de journées ont été réalisés en HAD, soit 5,1 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. En 2016, les 98 établissements associatifs ne proposant que cette forme d'hospitalisation continuent de jouer un rôle prépondérant (49 % des capacités et 52 % des journées). En France, l'HAD reste inégalement répartie sur le territoire, les départements de Paris et des Hauts-de-Seine concentrant 16 % des capacités de prise en charge et 18 % des journées.

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, au 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 de suite et de réadaptation (SSR). L'HAD vient ainsi compléter ou se substituer à l'hospitalisation complète en établissement de santé avec hébergement (voir fiche 4, « Les autres prises en charge hospitalières »).

Les établissements associatifs offrent la moitié des capacités de prise en charge en HAD

Apparue dans les années 1950 en France, l'HAD s'est peu à peu structurée et a connu un essor important à partir du début des années 2000, à la suite de la clarification de son périmètre et de son champ d'application. Les capacités de prise en charge et l'activité ont ainsi triplé. Ces dernières années, le nombre d'établissements d'HAD se stabilise, tandis que le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément¹ et celui des journées augmentent. Le rythme s'intensifie en 2016 (respectivement +7,3 % et +6,3 %, contre +3,0 % par an en moyenne

entre 2013 et 2015) [Mauro, 2017]. Néanmoins, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins. En 2016, 313 établissements peuvent accueillir simultanément 16 300 patients en France métropolitaine et dans les DROM (*tableau 1*), ce qui ne représente que 4,9 % des capacités d'hospitalisation complète de court et de moyen séjour disponibles sur le territoire.

Les établissements d'HAD appartiennent, en majorité, aux secteurs public et privé à but non lucratif. Les 134 établissements du secteur public, dont 121 sont des centres hospitaliers, représentent 26 % des capacités de prise en charge d'HAD. Parmi les 121 établissements du secteur privé à but non lucratif, 98 relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce mode d'hospitalisation. Ces derniers disposent de la moitié des capacités de prise en charge d'HAD en France (7 900 patients pouvant être pris en charge simultanément en 2016), mais leur poids dans l'offre d'HAD recule entre 2006 et 2016, passant de 56 % à 49 %. Depuis deux ans, le nombre d'établissements associatifs est passé de 112 à 98. Cette baisse est due, en partie, à la fusion de plusieurs établissements au sein d'une seule association pour trois départements de la région Nouvelle-Aquitaine. Le secteur privé à but lucratif,

1. Pour caractériser l'offre d'HAD, le terme « places » a été abandonné au profit de la notion de nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les établissements proposant de l'HAD.

composé de 58 établissements, reste minoritaire, mais son importance progresse régulièrement. Ainsi, entre 2006 et 2016, la part des capacités de prise en charge en HAD de ce secteur est passée de 6 % à 18 % (Mauro, 2017).

L'offre de soins en HAD est inégalement répartie sur le territoire

En 2016, sur les 16 300 patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire français, près de 2 900 se situent en Île-de-France, dont 2 600 dans les départements de Paris et des Hauts-de-Seine. Les capacités de prise en charge

en HAD de ces deux départements représentent 16 % de l'offre de l'ensemble du territoire et la densité moyenne des capacités est de 68 pour 100 000 habitants (*carte 1*), soit 2,8 fois plus que la moyenne nationale (24 pour 100 000 habitants). Cette prédominance de la région Île-de-France est historique : les deux premiers établissements créés en France à la fin des années 1950 sont l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et la fondation Santé Service d'Île-de-France.

Les densités de capacités de prise en charge sont également élevées dans d'autres départements de France métropolitaine, comme les Landes,

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'hospitalisation à domicile selon leur statut juridique en 2016

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 2016	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours mono-séquences ³ (en journées)
Secteur public :	134	4 274	58,7	1 252	22	15
CHR	13	1 269	25,3	407	17	11
CH (et autres)	121	3 005	33,4	844	27	19
Secteur privé à but non lucratif :	121	9 166	108,2	2 909	29	19
CLCC	3	236	3,6	85	25	11
Structure associative d'HAD	98	7 945	93,3	2 542	29	20
Autres	20	985	11,2	281	26	19
Secteur privé à but lucratif	58	2 853	21,4	760	38	25
Ensemble	313	16 293	188,3	4 920	28	18

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 leur capacité de prise en charge. Le terme « places », utilisé jusqu'alors, a été abandonné pour ne pas le confondre avec les places des services d'hospitalisation conventionnelle.

2. Environ 175 000 séjours terminés sont comptabilisés en 2016, soit 93 % des séjours d'HAD.

3. Environ 133 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) sont comptabilisés en 2016, soit 71 % des séjours d'HAD.

Note > L'activité d'HAD peut compléter ou se substituer à celle des disciplines de médecine, obstétrique et soins de suite et de réadaptation, 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. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2016 ainsi que ceux terminés ou non en 2016. Les journées sont celles de l'année 2016 (les journées antérieures à 2016 sont exclues pour les séjours ayant commencé avant).

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

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2016 ; DREES, SAE 2016, traitements DREES.

les Pyrénées-Atlantiques ou le Var, où l'HAD existe aussi depuis longtemps. Dans les DROM, la Guadeloupe et la Guyane ont des densités quatre à cinq fois supérieures à la densité nationale. Aujourd'hui, l'HAD en Guyane comble 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. En Guadeloupe, l'HAD compense la baisse des lits de MCO observée depuis 1997.

À l'opposé, certains départements sont particulièrement sous-dotés en matière de capacités de prise en charge en HAD, malgré la dynamique de ces dix dernières années visant une couverture de l'ensemble des départements. Les départements restants de l'Île-de-France, les Alpes-de-Haute-Provence, les Hautes-Alpes, la Haute-Saône, le Cantal, l'Isère et l'Ardèche affichent ainsi des densités départementales inférieures à 12 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit deux fois moins que la moyenne nationale.

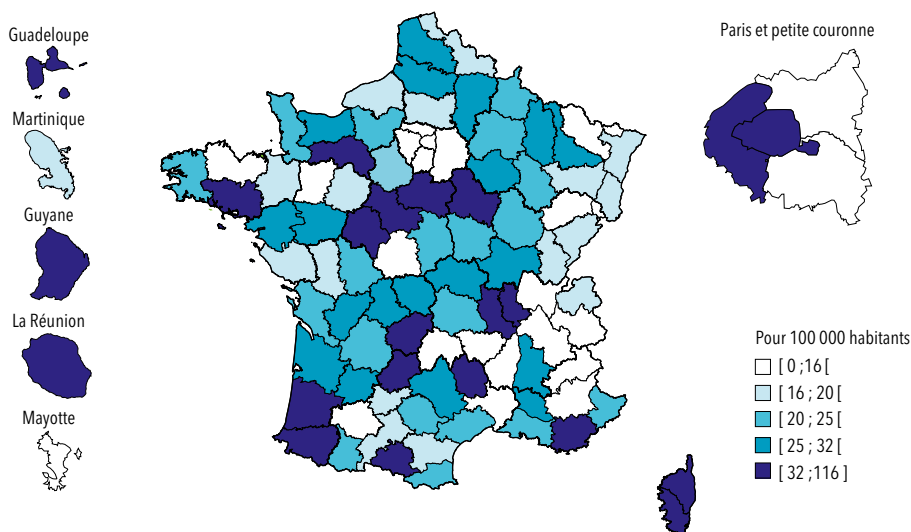
Les séjours sont plus longs dans le secteur privé à but lucratif

En 2016, 188 300 séjours en HAD ont été réalisés pour 4,9 millions de journées (tableau 1), soit 5,1 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. En matière d'activité, la prédominance des départements de Paris et des Hauts-de-Seine est plus marquée encore qu'en capacités de prise en charge, avec 52 500 séjours (28 % des séjours) et 905 400 journées (18 % des journées) en 2016.

Le secteur privé à but non lucratif a également plus d'importance en matière d'activité que de capacités. Il prend en charge 58 % des séjours (contre 31 % dans le public et 11 % dans le privé à but lucratif) et réalise 60 % des journées (contre 26 % dans le public et 15 % dans le privé à but lucratif). Cette répartition est, pour l'instant, assez stable dans le temps, même si le privé à but lucratif gagne petit à petit en importance.

Cela s'expliquerait notamment par une plus grande rotation des patients dans les secteurs public et privé à but non lucratif. Les séjours y sont en effet plus courts (respectivement 15 et 19 jours

Carte 1 Densité des capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile par département en 2016



Note > 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.

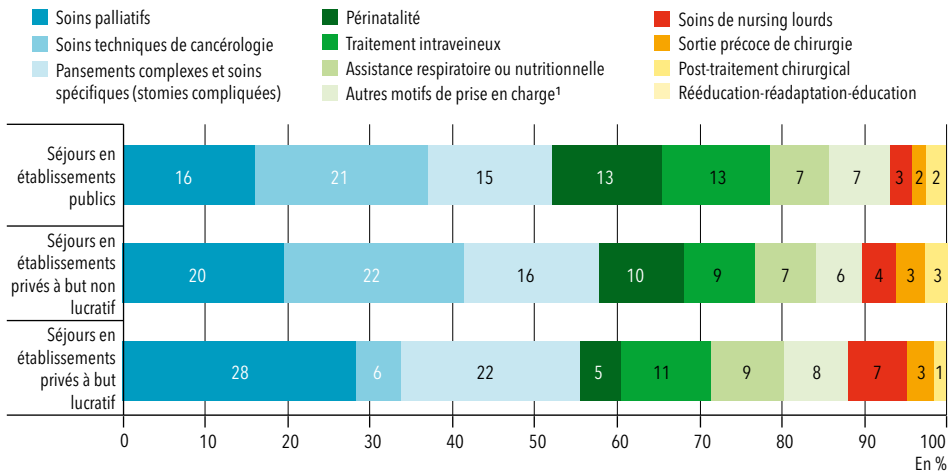
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris les SSA.

Sources > DREES, SAE 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2016.

en moyenne pour les séjours monoséquences²⁾ que dans le secteur privé à but lucratif (25 jours) [tableau 1]. Ainsi, la périnatalité et surtout les soins de cancérologie, dont les séjours sont réduits à quelques jours (voir fiche 21, « Les patients hospitalisés à domicile »), sont plus répandus dans les secteurs public et privé à but non lucratif (graphique 1).

À l'inverse, les soins palliatifs, les pansements complexes et les soins spécifiques, dont les séjours sont plus longs, sont un peu plus fréquents dans le secteur privé à but lucratif. Dans l'ensemble, tous motifs confondus, la durée moyenne de séjour est de 28 jours pour les séjours terminés en 2016 et de 18 jours si l'on considère seulement les séjours monoséquences. ■

Graphique 1 Répartition des séjours d'HAD selon le statut juridique et le mode de prise en charge principal en 2016



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.

Notes > Les modes de prise en charge principaux représentés ici sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prise en charge existants dans le recueil. Les 6 premiers modes de prise en charge principaux représentent 84 % des séjours d'HAD en 2016. Les soins techniques de cancérologie sont le mode de prise en charge regroupant le plus grand nombre de séjours en HAD. Ils représentent 21 % des séjours des établissements publics, 22 % de ceux des établissements privés à but non lucratif et 6 % de ceux des établissements privés à but lucratif.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD en 2016. L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de MCO et de SSR, mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le PMSI et la SAE. Le total des patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2016 et ceux non terminés fin 2016. Les journées sont celles de l'année 2016 (sont exclues les journées antérieures à 2016 pour les séjours ayant déjà commencé). ●●●

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



Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DGOS et l'ATIH fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-HAD existe depuis 2005. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Cadrage

D'après la circulaire du 30 mai 2000, « 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 2006 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 2013 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 » 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.

Définitions

> **Établissement d'HAD** : il peut s'agir d'un établissement autonome ne proposant que ce mode d'hospitalisation ou rattaché à un autre établissement pluridisciplinaire, disposant de services de court et moyen séjour 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. Ce terme de « places d'HAD » est abandonné depuis 2016 par la DREES en raison des limites de cette analogie : 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 SSR, l'HAD n'étant pas contrainte par une saturation des capacités d'hébergement mais plutôt par le manque de ressources en soignants 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 pour lesquels le mode de prise en charge principal est le même sur l'ensemble des séquences de soins constituant le séjour.

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2017, octobre). *Analyse de l'activité hospitalière 2016*. Rapport annuel.

> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2017, novembre). *Ensemble, construisons l'hospitalisation de demain*. Rapport d'activité 2016-2017.

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