

En 2020, 292 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont recensés en France. 21 300 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, ce qui représente 6,6 % de l'ensemble des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjour du territoire. En matière d'activité, 257 600 séjours pour 6,6 millions de journées ont été réalisés en HAD, soit 7,6 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. Contrairement aux autres disciplines de court et moyen séjour, l'HAD a augmenté durant la crise sanitaire, aussi bien concernant les capacités d'accueil (+10,5 %) que le nombre de séjours (+15,8 %). L'HAD reste inégalement répartie sur le territoire, les départements de Paris et des Hauts-de-Seine concentrant 14 % des capacités de prise en charge et 16 % 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, dans le lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux, afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou en soins 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 04, « Les autres prises en charge hospitalières »).

Les capacités d'accueil en HAD augmentent de 10,5 % entre fin 2019 et fin 2020

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, après que son périmètre et son champ d'application ont été clarifiés. Les capacités de prise en charge et l'activité ont ainsi plus que triplé entre 2001 et 2020.

Stable entre 2013 et 2016, le nombre d'établissements autorisés à coordonner des soins d'HAD en France diminue de 2017 à 2019. Cette baisse n'est pas la conséquence d'une fermeture de structures, mais reflète leur réorganisation. En effet, dans plusieurs territoires, les agences régionales de

santé (ARS) ont décidé de concentrer la coordination des soins d'HAD sur un nombre plus restreint d'établissements, notamment en regroupant les autorisations de soins ou en réaffectant la couverture de zones géographiques à un unique établissement ou à un groupement de coopération sanitaire (GCS) pouvant associer des établissements publics et privés (pour une définition des GCS, voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »). En 2020, ils sont 292 (contre 293 en 2019).

La capacité de prise en charge en HAD augmente régulièrement. Entre fin 2019 et fin 2020, elle bondit de 10,5 % (+6,7 % l'année précédente). Au 31 décembre 2020, ces établissements peuvent ainsi accueillir simultanément¹ 21 300 patients, contre 19 300 patients fin 2019 (*tableau 1*). La part de l'HAD dans les capacités d'hospitalisation complète de court et moyen séjour disponibles sur le territoire progresse aussi et passe de 5,9 % fin 2019 à 6,6 % fin 2020.

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

Les établissements d'HAD appartiennent, en majorité, aux secteurs public et privé à but non lucratif. Les 119 établissements du secteur public, dont

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 simultanément ».

105 sont des centres hospitaliers, représentent 23 % des capacités de prise en charge en HAD.

Parmi les 112 établissements du secteur privé à but non lucratif, qui représentent la moitié des capacités en HAD, 91 relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce mode d'hospitalisation (tableau 1). Mais leur poids dans l'offre d'HAD recule entre 2006 et 2019, passant de 56 % à 49 %. En 2020, leur part remonte toutefois légèrement à 50 %. Le secteur privé à but lucratif, composé de 61 établissements, reste minoritaire mais

progresses régulièrement. Ainsi, entre 2006 et 2019, la part des capacités de prise en charge en HAD de ce secteur a triplé, passant de 6 % à 19 %. Cette part est restée stable en 2020.

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

En 2020, 257 600 séjours en HAD sont réalisés pour 6,6 millions de journées (tableau 1), soit 7,6 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. Contrairement aux autres

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'HAD selon leur statut juridique en 2020

| 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 2020 | |
|---|-------------------------|---|---------------------------------|--|--|--|
| | | | | | Durée moyenne (en journées) | Durée moyenne des séjours monoséquences ³ (en journées) |
| Secteur public | 119 | 4 966 | 75,7 | 1 546 | 21 | 14 |
| CHR | 14 | 1 484 | 33,1 | 494 | 15 | 10 |
| CH (et autres) | 105 | 3 482 | 42,5 | 1 052 | 26 | 18 |
| Secteur privé à but non lucratif | 112 | 12 275 | 145,4 | 3 827 | 27 | 19 |
| CLCC | 3 | 252 | 8,6 | 95 | 11 | 8 |
| Structure associative d'HAD | 91 | 10 652 | 119,9 | 3 303 | 28 | 20 |
| Autres | 18 | 1 371 | 17,0 | 429 | 26 | 18 |
| Secteur privé à but lucratif | 61 | 4 091 | 36,5 | 1 246 | 35 | 23 |
| Ensemble | 292 | 21 332 | 257,6 | 6 618 | 26 | 18 |
| dont séjours avec un DP de Covid-19 | - | - | 16,4 | 222 | 13 | 12 |
| dont séjours avec un DP ou un DA de Covid-19 | - | - | 17,4 | 249 | 14 | 12 |

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; HAD : hospitalisation à domicile ; DP : diagnostic principal ; DA : diagnostic associé.

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 auparavant, a été abandonné pour éviter la confusion avec les places des services d'hospitalisation conventionnelle.

2. Environ 239 000 séjours terminés en 2020, soit 93 % des séjours d'HAD.

3. Environ 176 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2020, soit 68 % des séjours d'HAD.

Notes > L'activité d'HAD peut compléter ou se substituer à celle des disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et des soins de suite et de réadaptation (SSR), 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 2020 ainsi que ceux terminés ou non en 2020. Les journées sont celles de l'année 2020 (les journées antérieures à 2020 sont exclues pour les séjours ayant commencé avant).

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

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2020 ; DREES, SAE 2020, traitements DREES.

grandes disciplines d'équipement de court et moyen séjour, les établissements d'HAD voient leur activité progresser nettement en 2020, durant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 : le nombre de séjours augmente de 15,8 % et le nombre de journées de 10,5 %.

Le secteur privé à but non lucratif a un poids plus important en matière d'activité qu'en matière de capacités. Il prend en charge 56 % des séjours (contre 30 % dans le secteur public et 14 % dans le secteur privé à but lucratif) et réalise 57 % des journées (contre 24 % dans le secteur public et 19 % dans le secteur privé à but lucratif). Cette répartition est assez stable dans le temps, même si le secteur privé à but lucratif gagne progressivement du terrain.

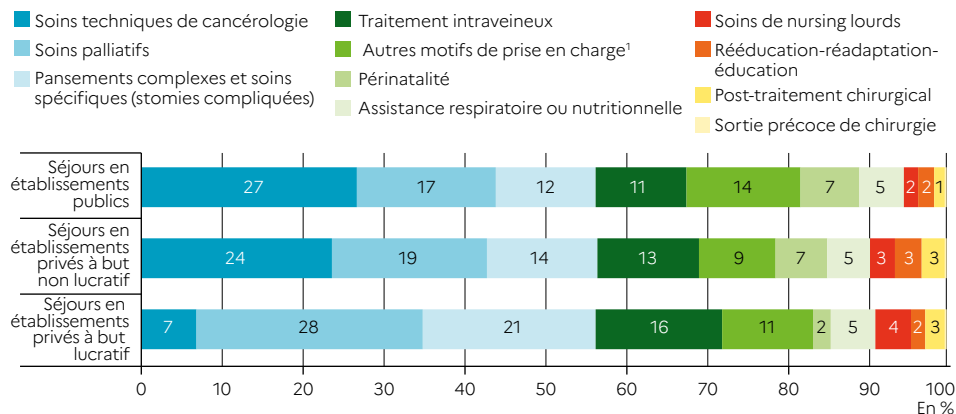
On observe une plus grande rotation des patients dans les secteurs public et privé à but non lucratif. Les séjours y sont, en effet, plus courts (respectivement 14 et 19 jours en moyenne pour les

séjours monoséquences²) que dans le secteur privé à but lucratif (23 jours) [tableau 1]. Ainsi, la périnatalité et surtout les soins de cancérologie, dont les séjours sont réduits à quelques jours (voir fiche 15, « 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 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 26 jours pour les séjours terminés en 2020 et de 18 jours pour les séjours monoséquences uniquement.

Le Covid-19 concerne 6,8 % des séjours en HAD en 2020

En 2020, 17 400 séjours en HAD comportent un diagnostic, principal ou associé, de Covid-19, soit 6,8 % de l'ensemble des séjours en HAD de l'année.

Graphique 1 Répartition des séjours en HAD selon le statut juridique et le mode de prise en charge principal en 2020



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 prises en charge principaux représentés ici sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existant dans le recueil.

Les six premiers modes de prises en charge principaux représentent 81 % des séjours en HAD en 2020, 3 séjours ont été exclus du graphique, car il n'est pas possible de connaître leur mode de prise en charge principal.

Lecture > Les soins techniques de cancérologie sont le mode de prise en charge regroupant le plus grand nombre de séjours en HAD. Ils représentent 27 % des séjours des établissements publics, 24 % de ceux des établissements privés à but non lucratif et 7 % de ceux des établissements privés à but lucratif.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2020, traitements DREES.

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

En excluant ces séjours, l'évolution du nombre de séjours en HAD « hors Covid-19 » atteint +8,0 % en 2020, ce qui correspond davantage au rythme de progression enregistré les années précédentes.

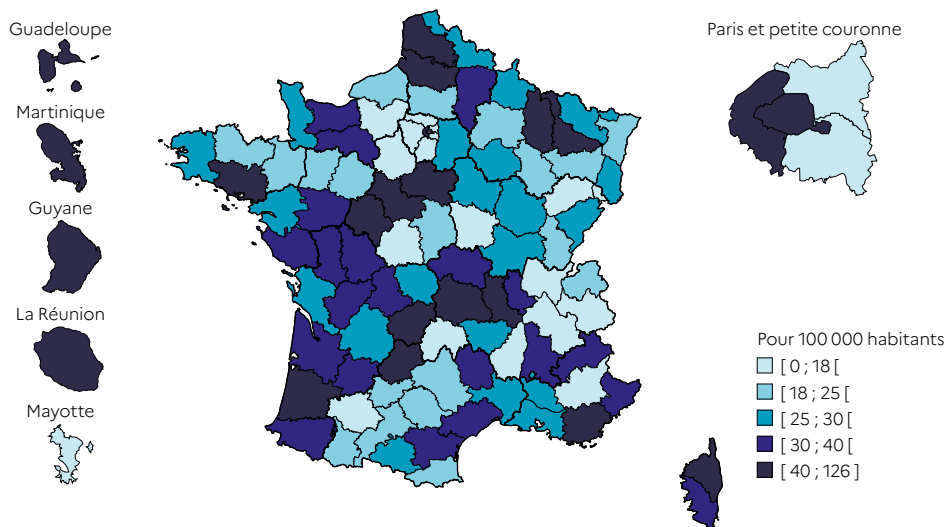
Le fait que l'activité en HAD n'ait pas fléchi durant la crise sanitaire peut s'expliquer par un mouvement de report d'une partie de l'activité usuelle de MCO vers l'HAD. En raison du risque de contagion en établissement de santé et des déprogrammations, notamment pour affecter du personnel aux unités Covid-19, de nombreux patients ont été pris en charge à domicile plutôt qu'en hospitalisation conventionnelle. Interrogés sur ce point dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE 2020), près de la moitié des établissements de HAD ont ainsi déclaré avoir augmenté leur activité pour prendre en charge des patients n'étant pas atteints de Covid-19, en vue de soulager les services de MCO.

La durée moyenne de séjour en HAD des patients atteints de Covid-19 est inférieure à celle de l'ensemble des séjours en HAD en 2020 (14 jours contre 26 jours).

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

En 2020, parmi les 21 300 patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire français, 3 700 se trouvent en Île-de-France, dont plus de 3 000 dans les départements de Paris et des Hauts-de-Seine. Les capacités de prise en charge en HAD de ces deux départements représentent 14 % de l'offre de l'ensemble du territoire et la densité moyenne des capacités y est de 81 pour 100 000 habitants (carte 1), soit 2,5 fois plus que la moyenne nationale (32 pour 100 000 habitants). Cette prédominance de la région Île-de-France est historique, les deux premiers établissements d'HAD créés en France à la fin des années 1950 l'ont été au sein de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et de la fondation Santé-Service d'Île-de-France. Du point de vue de l'activité, la prédominance des départements de Paris et des Hauts-de-Seine est plus marquée encore que pour les capacités de prise en charge, avec 60 100 séjours (23 % des séjours) et 1 319 000 journées (16 % des journées) en 2020.

Carte 1 Densité des capacités de prise en charge en HAD par département en 2020



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 entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA.

Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2020.

Les densités de capacités de prise en charge sont également élevées dans d'autres départements de France métropolitaine, comme la Haute-Corse ou le Puy-de-Dôme, avec des densités départementales supérieures à 80 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit presque deux fois plus que la moyenne nationale.

Dans les DROM, la Guadeloupe et la Guyane ont des densités trois à quatre fois supérieures à la densité nationale. Aujourd'hui, l'HAD en Guyane atténue les déficits de l'offre de soins, en étant présente là où il manque des professionnels de santé et en proposant un panel de prises en

charge que les établissements de santé n'offrent pas. En Guadeloupe, l'HAD compense la baisse de lits de MCO observée depuis 1997.

À l'opposé, certains départements sont particulièrement sous-dotés concernant les capacités de prise en charge en HAD. Les départements restants d'Île-de-France (excepté la Seine-et-Marne), les Alpes-de-Haute-Provence, le territoire de Belfort, Mayotte, l'Ardèche, le Cantal, l'Isère et la Haute-Saône affichent ainsi des densités départementales inférieures à 14 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit deux fois moins que la moyenne nationale. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD. 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, de la dialyse à domicile et des prestataires de services. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le total des patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2020 et ceux non terminés fin 2020. Les journées sont celles de l'année 2020 (les journées antérieures à 2020 sont exclues pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-HAD existe depuis 2005. En fin d'année 2019, une rétention de données dans les services a affecté les remontées du PMSI de certains établissements, qui ont pu renseigner les informations liées à certains séjours avec retard. La base du PMSI-HAD utilisée dans cette fiche pour l'année 2019 a été consolidée par l'ATIH au 25 avril 2020, il est possible que certains séjours affectés par cette rétention de données n'aient pas été remontés dans cette base. 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 est abandonné depuis 2017 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 personnel soignant ou en personnel coordinateur.

> **Durée moyenne de séjour** : elle est calculée à la fois pour les séjours terminés et pour les séjours terminés monoséquences, c'est-à-dire pour lesquels le mode de prise en charge principal est le même sur l'ensemble des séquences de soins constituant le séjour.

> **Séjours avec diagnostic principal de Covid-19** : séjours d'hospitalisation pour motif médical de prise en charge du Covid-19. En pratique, dans le PMSI-HAD, ces séjours sont identifiés comme ceux dont le diagnostic principal (DP) ou relié (DR) est codé avec les modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié).

> **Séjours avec diagnostic associé de Covid-19** : séjours d'hospitalisation pour lesquels un diagnostic de Covid-19 est associé au motif médical principal de prise en charge. En pratique, dans le PMSI-HAD, ces séjours sont identifiés comme ceux dont le diagnostic associé (DA) est codé avec les modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid 19, autres formes cliniques, virus non identifié). La modalité de codage U07.13 (autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie de Covid-19) n'est pas incluse dans les décomptes. Ces séjours codés en U07.13 (1 000 séjours avec 19 200 journées) concernent des personnes contacts ou coexposées, avec un diagnostic de Covid-19 non retenu cliniquement ou radiologiquement, prélèvement non effectué, non conclusif ou négatif, ainsi que les cas possibles secondairement infirmés.

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2020, septembre). Analyse de l'activité hospitalière 2020. Rapport annuel.

> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2020, décembre). L'HAD, un partenaire présent, réactif et adaptable. Rapport d'activité 2019-2020.

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