

En 2017, 300 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont dénombrés en France. 17 500 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, ce qui représente 5,3 % des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjour du territoire. En matière d'activité, 199 200 séjours pour 5,2 millions de journées ont été réalisés en HAD, soit 5,4 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. En 2017, les 95 établissements associatifs ne proposant que cette forme d'hospitalisation continuent de jouer un rôle prépondérant (49 % des capacités et 50 % des journées). En France, l'HAD reste inégalement répartie sur le territoire, les départements de Paris et des Hauts-de-Seine concentrant 15 % 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 entre 2001 et 2017.

Stable de 2013 à 2016, le nombre d'établissements autorisés pour coordonner des soins d'HAD diminue légèrement en 2017 (300, après 313 en 2016). Dans plusieurs secteurs territoriaux, les agences régionales de santé (ARS) ont en effet décidé de recentrer cette coordination sur un nombre plus restreint d'établissements, notamment en regroupant les autorisations

de soins ou en réaffectant des zones géographiques couvertes à un unique établissement ou groupement de coopération sanitaire (GCS) pouvant associer des établissements publics et privés (pour une définition des GCS, voir l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »). Cette baisse du nombre d'établissements n'est donc pas la conséquence d'une fermeture de structures, mais reflète plutôt une réorganisation de la coordination des soins. Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément¹ continue d'ailleurs de progresser à un rythme soutenu (+7,3 % en 2017 comme en 2016) [Mauro, 2017]. Le nombre de journées augmente également en 2017, quoiqu'à un rythme un peu ralenti (+5,0 %, après +6,3 % en 2016). Néanmoins, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins. En 2017, 300 établissements peuvent accueillir simultanément 17 500 patients en France métropolitaine et dans les DOM (*tableau 1*), ce qui ne représente que 5,3 % 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 125 établissements du secteur public, dont 112 sont des centres hospitaliers, représentent 25 % des capacités de prise en charge d'HAD. Parmi les 118 établissements du secteur privé à but non lucratif, 95 relèvent du domaine associatif et ne proposent

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.

que ce mode d'hospitalisation. Ces derniers disposent de près de la moitié des capacités de prise en charge d'HAD en France (8 600 patients pouvant être pris en charge simultanément en 2017), mais leur poids dans l'offre d'HAD recule entre 2006 et 2017, passant de 56 % à 49 %. Le secteur privé à but lucratif, composé de 57 établissements, reste minoritaire, mais progresse régulièrement. Ainsi, entre 2006 et 2017, la part des capacités de prise en charge en HAD de ce secteur a triplé, passant de 6 % à 18 %.

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

En 2017, sur les 17 500 patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire français,

près de 3 200 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 15 % de l'offre de l'ensemble du territoire et la densité moyenne des capacités y est de 69 pour 100 000 habitants (*carte 1*), soit 2,7 fois plus que la moyenne nationale (26 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, les

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'hospitalisation à domicile selon leur statut juridique en 2017

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 2017	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours mono-séquences ³ (en journées)
Secteur public :	125	4 303	61,9	1 296	22	14
CHR	13	1 271	27,1	425	17	10
CH (et autres)	112	3 032	34,8	871	26	18
Secteur privé à but non lucratif :	118	9 984	113,2	3 024	28	19
CLCC	3	243	4,9	89	19	11
Structure associative d'HAD	95	8 559	95,2	2 606	29	20
Autres	20	1 182	13,1	329	26	18
Secteur privé à but lucratif	57	3 195	24,1	848	38	25
Ensemble	300	17 482	199,2	5 167	27	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 auparavant, a été abandonné pour ne pas le confondre avec les places des services d'hospitalisation conventionnelle.

2. Environ 186 000 séjours terminés sont comptabilisés en 2017, soit 93 % des séjours d'HAD.

3. Environ 140 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) sont comptabilisés en 2017, soit 70 % des séjours d'HAD.

Note > L'activité d'HAD peut compléter ou se substituer à celle des disciplines de médecine, obstétrique, odontologie 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 2017 ainsi que ceux terminés ou non en 2017. Les journées sont celles de l'année 2017 (les journées antérieures à 2017 sont exclues pour les séjours ayant commencé avant).

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

Sources > ATI, PMSI-HAD 2017 ; DREES, SAE 2017, traitements DREES.

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.

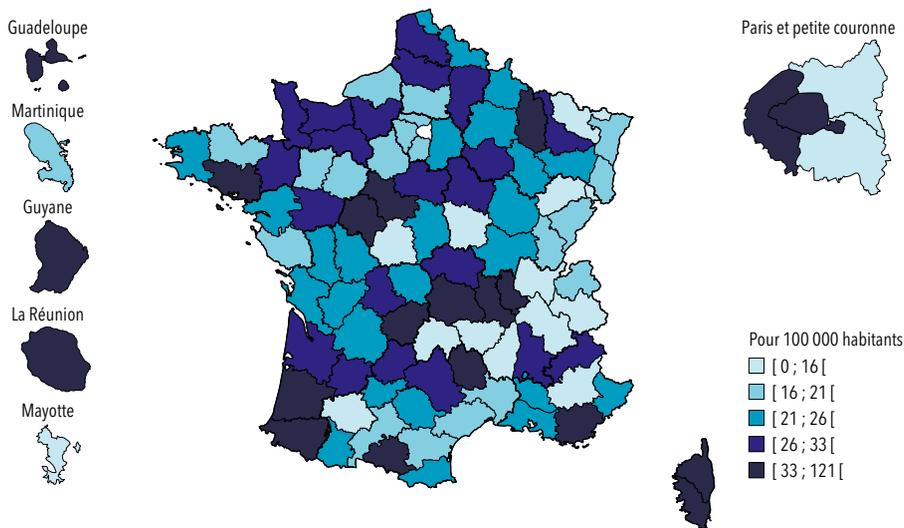
À l'opposé, certains départements sont particulièrement sous-dotés en matière de capacités de prise en charge en HAD, malgré la dynamique de ces dix dernières années visant une couverture de l'ensemble des départements. Les départements restants de l'Île-de-France (excepté en Seine-et-Marne), les Alpes-de-Haute-Provence, le territoire de Belfort, Mayotte, l'Ardèche, le Cantal, la Haute-Saône et l'Isère affichent ainsi des densités départementales inférieures à 13 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 2017, 199 200 séjours en HAD ont été réalisés pour 5,2 millions de journées (tableau 1), soit 5,4 % 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 que pour les capacités de prise en charge, avec 52 500 séjours (26 % des séjours) et 926 700 journées (18 % des journées) en 2017.

Le secteur privé à but non lucratif a un poids plus important en matière d'activité que de capacités. Il prend en charge 57 % des séjours (contre 31 % dans le public et 12 % dans le privé à but lucratif) et réalise 59 % des journées (contre 25 % dans le public et 16 % 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 du terrain. Cela s'expliquerait en partie 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

Carte 1 Densité des capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile par département en 2017



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 (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

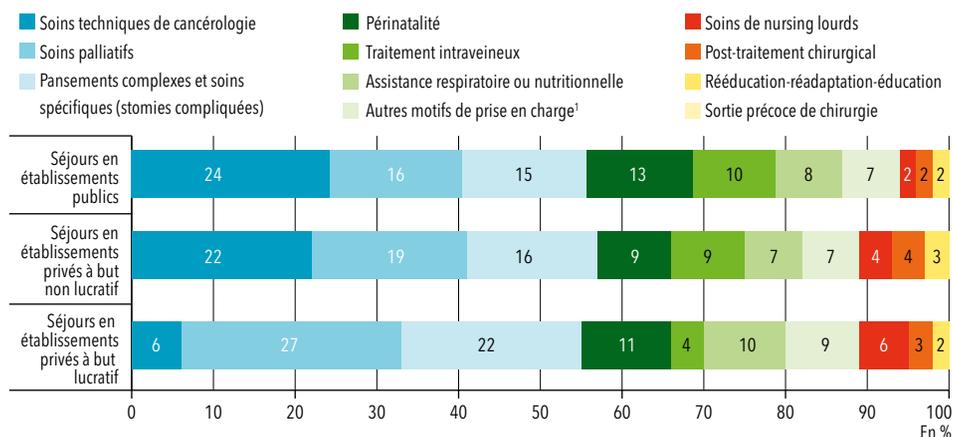
Sources > DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

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

(respectivement 14 et 19 jours 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 20, « 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 27 jours pour les séjours terminés en 2017 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 2017



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.

Note > Les modes de prise en charge principaux représentés ici sont ceux mentionnés 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 six premiers modes de prise en charge principaux représentent 84 % des séjours d'HAD en 2017. Les soins techniques de cancérologie sont le mode de prise en charge regroupant le plus grand nombre de séjours en HAD. Ils représentent 24 % 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 (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATH, PMSI-HAD 2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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 ou de dialyse à domicile. 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 2017 et ceux non terminés fin 2017. Les journées sont celles de l'année 2017 (sont exclues les journées antérieures à 2017 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 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. 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 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 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)** (2018, novembre). Analyse de l'activité hospitalière 2017. Rapport annuel.

> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2018, novembre). L'hôpital de demain. Et si c'était aussi chez moi ? Rapport d'activité 2017-2018.

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