

En 2019, 293 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont dénombrés en France. 19 300 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, ce qui représente 5,9 % des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjour du territoire. Les 92 établissements associatifs proposant uniquement cette forme d'hospitalisation continuent de jouer un rôle prépondérant (49 % des capacités et 50 % des journées). En matière d'activité, 222 400 séjours pour 6,0 millions de journées ont été réalisés en HAD, soit 6,3 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. 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 17 % 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 04, « Les autres prises en charge hospitalières »).

### Une légère diminution du nombre d'établissements, mais une capacité de prise en charge en progression

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 plus que triplé entre 2001 et 2019.

Stable de 2013 à 2016, le nombre d'établissements autorisés à coordonner des soins d'HAD diminue à partir de 2017 : ils sont 293 en 2019, contre 296 en 2018. La capacité de prise en

charge, elle, poursuit sa progression. Ces établissements peuvent ainsi accueillir simultanément 19 300 patients en France métropolitaine et dans les DROM (*tableau 1*), contre 18 100 patients en 2018. La part de l'HAD dans les capacités d'hospitalisation complète de court et de moyen séjour disponibles sur le territoire est stable à 5,9 %.

Dans plusieurs secteurs territoriaux, les agences régionales de santé (ARS) ont, en effet, 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 »).

Cette baisse du nombre d'établissements n'est donc pas la conséquence d'une fermeture de structures, elle reflète une réorganisation de la coordination des soins. Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément<sup>1</sup> continue d'ailleurs de progresser à un rythme soutenu (+6,7 % en 2019, après +3,4 % en 2018). Le nombre de journées augmente également en 2019 (+7,2 % après +7,8 % en 2018).

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 » par les établissements proposant de l'HAD.

## 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 106 sont des centres hospitaliers, représentent 24 % des capacités de prise en charge en HAD. Parmi les 116 établissements du secteur privé à but non lucratif, 92 relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce mode d'hospitalisation (tableau 1).

Ces derniers disposent de près de la moitié des capacités de prise en charge en HAD en

France (9 400 patients pouvant être pris en charge simultanément en 2019), mais leur poids dans l'offre d'HAD recule entre 2006 et 2019, passant de 56 % à 49 %. Le secteur privé à but lucratif, composé de 58 établissements, reste minoritaire, mais progresse 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 %.

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

En 2019, parmi les 19 300 patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD sur le

**Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'HAD selon leur statut juridique en 2019**

Statut juridique des établissements	Nombre d'établissements	Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément <sup>1</sup>	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours terminés <sup>2</sup> en 2019	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours monoséquences <sup>3</sup> (en journées)
<b>Secteur public</b>	<b>119</b>	<b>4 569</b>	<b>66,6</b>	<b>1 461</b>	<b>23</b>	<b>15</b>
CHR	13	1 336	29,6	462	16	10
CH (et autres)	106	3 233	37,0	999	29	20
<b>Secteur privé à but non lucratif</b>	<b>116</b>	<b>11 127</b>	<b>126,9</b>	<b>3 473</b>	<b>29</b>	<b>21</b>
CLCC	3	231	8,1	85	11	8
Structure associative d'HAD	92	9 436	104,2	2 983	30	22
Autres	21	1 460	14,6	405	29	20
<b>Secteur privé à but lucratif</b>	<b>58</b>	<b>3 601</b>	<b>29,0</b>	<b>1 054</b>	<b>38</b>	<b>25</b>
<b>Ensemble</b>	<b>293</b>	<b>19 297</b>	<b>222,4</b>	<b>5 988</b>	<b>28</b>	<b>20</b>

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 éviter la confusion avec les places des services d'hospitalisation conventionnelle.

2. Environ 207 000 séjours terminés en 2019, soit 93 % des séjours d'HAD.

3. Environ 152 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2019, soit 68 % des séjours d'HAD.

**Notes >** L'activité d'HAD peut compléter ou se substituer à celle des disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, 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 2019 ainsi que ceux terminés ou non en 2019. Les journées sont celles de l'année 2019 (les journées antérieures à 2019 sont exclues pour les séjours ayant commencé avant).

En 2019, 188 séjours correspondant à 16 476 journées ont été exclus des calculs sur la durée moyenne de séjours, car il n'est pas possible de savoir si ces séjours sont terminés.

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

**Sources >** ATI, PMSI-HAD 2019 ; DREES, SAE 2019, traitements DREES.

territoire français, 3 500 se trouvent en Île-de-France, dont plus de 2 800 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 75 pour 100 000 habitants (carte 1), soit 2,6 fois plus que la moyenne nationale (29 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 la Haute-Corse, les Landes, la Corrèze ou la Loire, avec des densités départementales supérieures à 55 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

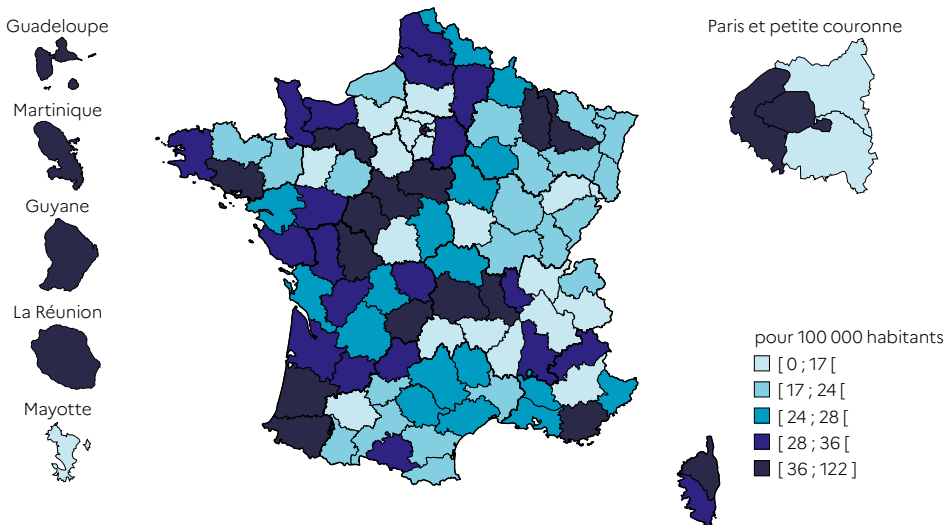
atténue les déficits de l'offre de soins, en étant présente là où il manque des professionnels de santé et en proposant un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas. En Guadeloupe, l'HAD compense la baisse des lits de MCO observée depuis 1997.

À l'opposé, certains départements sont particulièrement sous-dotés en matière de capacités de prise en charge en HAD. 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.

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

En 2019, 222 400 séjours en HAD ont été réalisés pour 6,0 millions de journées (tableau 1), soit 6,3 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. En matière d'activité, la prédominance des départements

**Carte 1** Densité des capacités de prise en charge en HAD par département en 2019



**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.

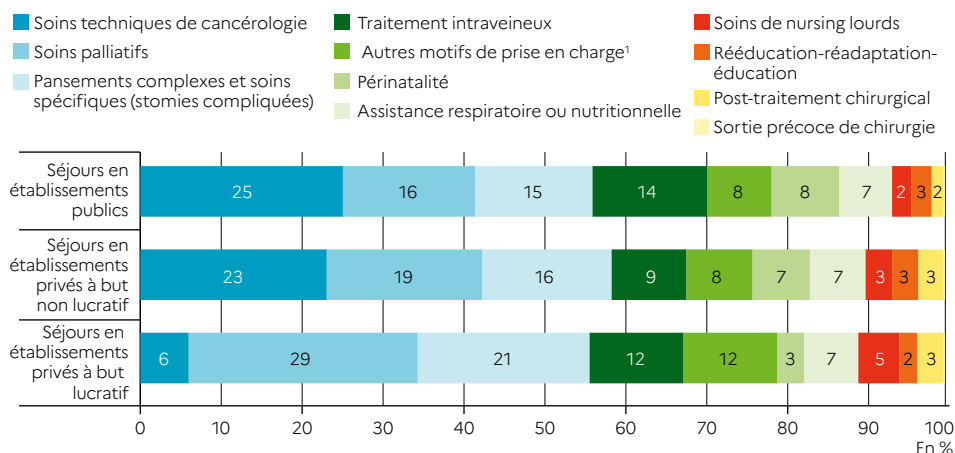
**Champ** > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

**Sources** > DREES, SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

de Paris et des Hauts-de-Seine est plus marquée encore que pour les capacités de prise en charge, avec 54 800 séjours (25 % des séjours) et 1 028 100 journées (17 % des journées) en 2019. 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 57 % des séjours (contre 30 % dans le public et 13 % dans le privé à but lucratif) et réalise 58 % des journées (contre 24 % dans le public et 18 % dans le privé à but lucratif). Cette répartition est assez stable dans le temps, même si le privé à but lucratif gagne progressivement du terrain. Il y a 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 21 jours en moyenne pour les séjours monoséquences<sup>2</sup>) 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 17, « 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 28 jours pour les séjours terminés en 2019 et de 20 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 2019**



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 existant dans le recueil. Les six premiers modes de prise en charge principaux représentent 82 % des séjours d'HAD en 2019. Les soins techniques de cancérologie sont le mode de prise en charge regroupant le plus grand nombre de séjours d'HAD. Ils représentent 25 % des séjours des établissements publics, 23 % de ceux des établissements privés à but non lucratif et 6 % de ceux des établissements privés à but lucratif.

En 2019, 189 séjours ont été exclus du graphique, car il n'est pas possible de savoir leur mode de prise en charge principale.

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

**Source >** ATIH, PMSI-HAD 2019, traitements DREES.

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

## 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 2019 et ceux non terminés fin 2019. Les journées sont celles de l'année 2019 (les journées antérieures à 2019 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 remonter les informations liées à certains séjours avec retard. La base du PMSI-HAD utilisée dans cette fiche 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.

**Pour en savoir plus**

- > **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2020, octobre). Analyse de l'activité hospitalière 2019. Rapport annuel.
- > **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2020, novembre). *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.