

L'hospitalisation à domicile¹ (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). En 2016, la dépense remboursée par l'Assurance maladie aux hôpitaux au titre de l'HAD s'élève à 967 millions d'euros. Après avoir augmenté de 19 % par an entre 2006 et 2009, cette dépense a ralenti à +8 % par an jusqu'en 2012, puis à +3,7 % par an de 2013 à 2015. En 2016, la dépense a augmenté à nouveau plus nettement (+5,8 %). Cette accélération pourrait s'expliquer par la reconnaissance par la Haute autorité de santé (HAS) de la compétence exclusive des établissements HAD pour un traitement spécifique des pansements complexes, très développés en HAD.

Les capacités et l'activité augmentent nettement

Apparue dans les années 1950 en France, l'HAD a connu un essor important depuis le début des années 2000 depuis la clarification de son périmètre et de son champ d'application. Les capacités de prise en charge et l'activité ont ainsi triplé entre 2000 et 2016. Depuis 2011, le nombre d'établissements d'HAD se stabilise, tandis que le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément et celui des journées continuent d'augmenter, à un rythme accru en 2016 : respectivement +7,3 % et +6,3 % en 2016, contre +3 % par an en moyenne entre 2013 et 2015. Néanmoins, l'HAD occupe encore une place modeste dans l'offre de soins. En 2016, 313 établissements peuvent prendre en charge simultanément 16 300 patients en France (tableau 1), soit 4,9 % des capacités totales d'hospitalisation complète en MCO et en SSR. Les établissements d'HAD appartiennent en majorité aux secteurs public et privé à but non lucratif. Les 134 établissements du secteur public disposent de 26 % des capacités de prise en charge d'HAD en 2016 (contre 29 % en 2006). Au sein du secteur privé à but non lucratif, 98 établissements, soit 4 sur 5, relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce mode d'hospitalisation : ils regroupent 49 % des capacités de prise en charge en HAD en 2016, contre 56 % en 2006. Le secteur privé lucratif, avec 58 établissements, reste minoritaire mais son importance s'accroît : entre 2006 et 2016, la part de leurs capacités en HAD est passée de 6 % à 18 %. En 2016, 188 300 séjours ont été réalisés pour 4,9 millions de journées (contre 174 000 séjours et 4,6 millions de journées en 2015). Le secteur privé à but non lucratif a aussi 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 % et 15 %). En effet, les séjours sont plus courts dans les secteurs public et privé à but non lucratif du fait des principales pathologies prises en charge, notamment la périnatalité et surtout les soins de cancérologie dont les séjours sont réduits à quelques jours. Les soins palliatifs et les pansements complexes et soins spécifiques, dont les séjours sont plus longs, font aussi partie des premiers motifs de prise en charge, et ce, pour tous les secteurs.

Les disparités géographiques demeurent marquées

En 2016, sur les 16 300 patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire français, plus de 2 600 sont concentrés à Paris et dans les Hauts-de-Seine. Les capacités de prises en charge en HAD, dans ces départements, représentent 16 % de l'offre totale et la densité moyenne y est de 68 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants (carte 1), soit 2,8 fois plus que la moyenne nationale (24 pour 100 000 habitants). Les densités sont également élevées dans les Landes, les Pyrénées-Atlantiques ou le Var. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), la Guadeloupe et la Guyane ont aussi des densités 4 à 5 fois supérieures à la densité nationale. En Guyane, l'HAD 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 moins bien dotés. 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 des densités inférieures à 12 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit moins de 2 fois la moyenne nationale.

Les plus de 65 ans totalisent 52 % des séjours

Compte tenu de ces prises en charge variées, l'HAD concerne des patients de tout âge, de la naissance à la fin de vie (graphique 1). Toutefois, les personnes âgées constituent une population cible importante : en 2016, les plus de 65 ans totalisent 52 % des séjours (contre 39 % en MCO). Les enfants concentrent 7 % des séjours, dont 4 % pour les nourrissons.

1. Les dépenses d'hospitalisation à domicile sont comptabilisées dans la consommation de soins hospitaliers (voir fiche 18).

Pour en savoir plus

> ATIH (2017, octobre). Analyse de l'activité hospitalière 2016 – édition 2017.

> FNEHAD (2017, novembre). Ensemble, construisons l'hospitalisation de demain. Rapport d'activité 2016-2017.

> Toutlemonde, F. (dir.) (2018, juin). Les établissements de santé – édition 2018. Paris, France : DREES coll. Panoramas de la DREES-Social.

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*	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Sur les séjours terminés**	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours mono-séquences*** (en journées)
Ensemble	313	16 293	188	4 920	28	18
Secteur public :	134	4 274	59	1 252	22	15
Centre hospitalier régional	13	1 269	25	407	17	11
Centre hospitalier (et autres)	121	3 005	33	844	27	19
Secteur privé à but non lucratif :	121	9 166	108	2 909	29	19
Centre de lutte contre le cancer	3	236	4	85	25	11
Structure associative de HAD	98	7 945	93	2 542	29	20
Autres	20	985	11	281	26	19
Secteur privé à but lucratif	58	2 853	21	760	38	25

* Le nombre de patients pouvant être pris en charge par les établissements d'HAD reflète leur capacité de prise en charge. Le terme « places », utilisé jusqu' alors, a été abandonné pour ne pas confondre avec les places des services d'hospitalisation conventionnelle.

** On comptabilise environ 175 000 séjours terminés en 2016, soit 93 % des séjours d'HAD.

*** On comptabilise environ 133 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2016, soit 71 % de 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, mais pas de psychiatrie.

Le nombre de structures est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés.

Les capacités de prise en charge sont déclarées dans la SAE, pour réaliser l'activité HAD enregistrée dans le PMSI.

Les séjours comprennent ceux commencés en 2016 ou avant, et ceux terminés en 2016 ou après.

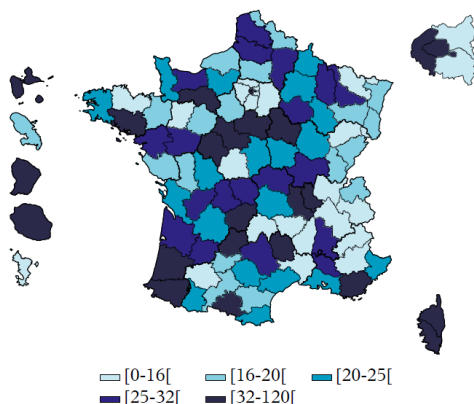
Les journées sont celles de l'année 2016 (on exclut les journées antérieures à 2016 pour les séjours ayant commencé avant).

Champ > France.

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

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

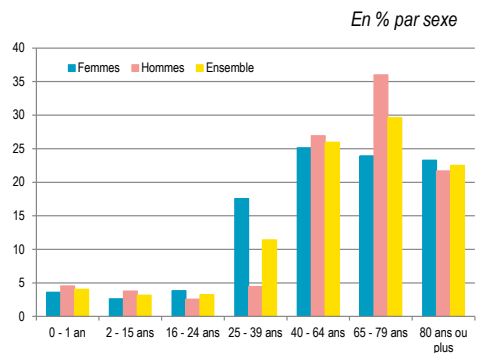
Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles.

Champ > France.

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

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile

Note > Les âges sont ceux observés à l'admission.

Lecture > En 2016, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 4 % des admissions en HAD chez les hommes et 18 % chez les femmes.

Champ > France.

Sources > ATIH : PMSI-HAD 2016 ; traitements DREES.