



Études et Résultats

N° 697 • juillet 2009

Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006

En 2006, les 164 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) de France métropolitaine ont offert 6 700 places et réalisé 85 000 séjours. 60 % des séjours sont pris en charge par une structure du secteur associatif HAD, 38 % par une structure du secteur public dont près de la moitié par des centres hospitaliers régionaux (CHR) et 2 % par une structure du secteur privé lucratif. L'Île-de-France concentre à elle seule un tiers des places et la moitié de l'activité d'HAD y est réalisée. À l'admission par les structures d'HAD, les patients sont principalement pris en charge pour des soins de périnatalité, des soins techniques de cancérologie et des soins palliatifs. En 2006, 50 % des séjours réalisés ont une durée inférieure à 6 jours, mais les séjours liés à des pathologies lourdes atteignent des durées médianes de 20 jours.

Mylène CHALEIX et Hélène VALDELIÈVRE

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville
Ministère de la Santé et des Sports
Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État

Anissa AFRITE et Laure COM-RUELLE

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES,
DE LA FAMILLE,
DE LA SOLIDARITÉ
ET DE LA VILLE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS,
DE LA FONCTION PUBLIQUE
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

La première structure officielle d'hospitalisation à domicile est mise en place en 1957 à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). En 1958, la structure d'HAD «Santé Service» est créée avec l'aide de la Ligue contre le cancer, sous la forme d'une association régie par la loi de 1901, pour prendre en charge les patients atteints de cancers. Dès 1960, les premières conventions relatives à l'hospitalisation à domicile sont signées entre Santé Service, l'HAD de l'AP-HP et la caisse primaire d'Assurance maladie.

Les circulaires de 2000 puis de 2006 clarifient le champ d'application de l'HAD et son fonctionnement (encadré 1). Les acteurs régionaux ont intégré le développement de l'HAD dans l'offre de soins de leurs territoires lors de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins III (SROS) – l'ordonnance de septembre 2003 prévoyait un volet obligatoire sur l'HAD. Ainsi, depuis 2000, la capacité offerte a été multipliée par 1,7 et atteint 6 700 places en 2006 (encadré 2). Cependant, les efforts doivent se poursuivre pour adapter le système de soins aux besoins de la population vieillissante et atteindre les objectifs gouvernementaux fixant la capacité de l'HAD à 15 000 places à horizon 2010 (Afrite *et al.*, 2009).

Une alternative à l'hospitalisation complète

Grâce aux progrès technologiques, l'HAD propose un système organisé entre l'hôpital et les soins de ville : elle constitue donc l'une des formes alternatives à l'hospitalisation complète. Elle permet d'assurer une hospitalisation au domicile du patient (dès lors que la prise en charge est possible), afin de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation en médecine, obstétrique ou en soins de suite, de rééducation et de réadaptation. Ainsi, elle constitue un maillon dans la trajectoire de soins du patient : en 2006, trois patients sur cinq pris en charge en HAD le sont à la sortie d'une hospitalisation classique. Pour deux

patients sur trois, le maintien à domicile est l'issue la plus fréquente d'une prise en charge en HAD (Afrite *et al.*, 2009).

L'HAD a vocation à prendre en charge des patients atteints d'une pathologie grave, aiguë ou chronique et qui, en l'absence d'HAD, devraient être hospitalisés. Elle est généraliste et polyvalente, s'adressant à des patients de la naissance à la fin de vie. Ainsi, l'HAD peut concerner aussi bien un nouveau-né avec une trachéotomie et dont les parents reçoivent une éducation aux soins, qu'un patient sorti précocement de chirurgie avec des pansements complexes, ou encore des patients atteints de cancer ou des personnes en fin de vie avec des soins palliatifs.

La prise en charge du patient est globale. Un médecin rattaché à la structure HAD coordonne la prise en charge en lien avec l'hôpital et le médecin traitant. Les progrès techniques permettent à l'HAD de dispenser des soins comparables à ceux dispensés en établissement hospitalier : ce sont des soins médicaux et paramédicaux complexes, continus et fréquents. L'HAD doit également pouvoir faire face à une urgence vitale.

Par la lourdeur et la technicité des soins délivrés, l'activité d'HAD se distingue bien de celle des centres de dialyse qui interviennent aussi au domicile des patients, ou de celle des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Une offre en HAD majoritairement associative

Bien que relativement ancienne, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins puisqu'en 2006, il existe seulement 164 structures en France métropolitaine. Une structure d'HAD est un établissement ou un service de santé exerçant une activité d'HAD dans une zone géographique donnée. Cette activité peut être réalisée par un établissement spécialisé dans ce seul type d'hospitalisation (exemple de Santé Service Île-de-

France) ou bien constituer un service d'une entité juridique ou d'un établissement pluridisciplinaire.

Les structures d'HAD sont diverses par leur statut juridique et leur capacité : elles se répartissent de façon égale entre les secteurs public et privé à but non lucratif, avec respectivement 78 et 74 structures d'accueil. En revanche, avec 12 structures, le secteur privé à but lucratif est le secteur dans lequel l'HAD est la moins répandue (tableau 1).

Dans le secteur public, 65 structures sont rattachées à des centres hospitaliers (CH), 2 à des hôpitaux locaux et 11 à des centres hospitaliers régionaux CHR (parmi les 29 existants). Quatre structures sur cinq du secteur privé à but non lucratif sont des structures spécialisées dans cette forme d'hospitalisation et relèvent du domaine associatif. En 2006, les 164 structures offrent plus de 6 700 places, dont les deux tiers sont installées dans le secteur privé à but non lucratif. Le secteur public offre près de 2 000 places.

En 2006, le secteur public réalise 38 % des 84 983 séjours en HAD contre 60 % pour le secteur privé à but non lucratif. Dans ce dernier, les structures associatives spécialisées en HAD représentent à elles seules plus des trois quarts des séjours, soit 39 000 séjours. Ne disposant que d'une offre restreinte, le secteur privé à but lucratif ne réalise que 2 % des séjours (tableau 1, graphique 1).

En 2006, l'ensemble des séjours correspond à 2 millions de journées. C'est dans les établissements du secteur privé à but non lucratif que l'activité (mesurée en journées) est la plus élevée (avec 68 % des journées), et essentiellement dans les structures associatives qui ont l'offre de soins la plus importante. Le secteur public, quant à lui, effectue 28 % du volume des journées en 2006 et la plus grande partie de cette activité est effectuée dans les centres hospitaliers régionaux (CHR) (graphique 2).

ENCADRÉ 1

Définitions

Les textes

La circulaire ministérielle du 30 mai 2000 clarifie le champ d'application de l'HAD : « l'hospitalisation à domicile concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé ».

La circulaire du 1^{er} décembre 2006 rappelle le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD, son régime d'autorisation, ses obligations, le rôle des différents acteurs (internes et externes) et son positionnement au sein d'une offre de soins locale.

Depuis 2006, les séjours en HAD sont rémunérés par le biais de la tarification à l'activité (T2A) : la rémunération correspond à un forfait journalier dont le montant est fonction des soins dispensés au malade et applicable à toutes les structures d'HAD, de statut public ou privé.

Périmètre de l'HAD : L'HAD concerne les soins de médecine, d'obstétrique et des soins de suite et réadaptation. L'activité en HAD est bien distincte de celle des soins infirmiers à domicile et des soins de dialyse à domicile.

Le séjour en HAD : le séjour d'un patient en HAD est la période comprise entre le jour de l'admission et le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante. Toute absence du patient de son domicile, incluant une nuitée dans un établissement de santé, interrompt la prise en charge en HAD.

L'unité séjour : Il s'agit ici de la notion de séjour-patient : plusieurs séjours effectués par un même patient sont autant de séjours différents.

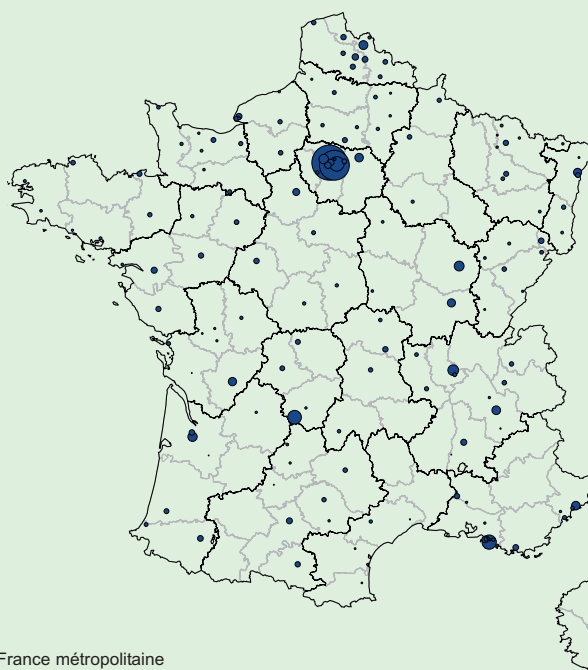
Le mode de prise en charge : il s'agit d'un traitement prescrit et appliqué au patient au cours d'une séquence de soins (par exemple : « chimiothérapie », « prise en charge de la douleur », etc.) et appartenant à une liste de 23 modes tarifants, définis réglementairement à l'annexe I de l'arrêté du 31 décembre 2004. Un ou plusieurs modes de prise en charge peuvent se conjuguer au cours d'une même période : le mode « principal » est celui qui requiert le plus de soins techniques et complexes et qui consomme l'essentiel des ressources (en frais de personnels, de location de matériel, de médicaments, etc.).

La séquence de soins : elle correspond à une période du séjour du patient en HAD durant laquelle celui-ci présente une situation clinique précise, définie par la combinaison de trois critères médicaux que sont le mode de prise en charge principal, un mode associé (éventuel) et le niveau de dépendance mesuré en 2006 par l'indice de Karnofsky. Un séjour peut être constitué d'une seule séquence de soins (séjour mono-séquence) ou de plusieurs séquences successives (séjour multi-séquences) dès lors que la situation clinique du patient varie au cours d'un même séjour.

Le séjour mono-séquence : c'est un séjour pour lequel la situation clinique du patient (appréciée par la combinaison du mode de prise en charge principal, de l'éventuel mode associé, et son degré d'autonomie) n'a pas varié sur toute la durée du séjour.

CARTE 1

Structures HAD selon l'activité réalisée en 2006



Champ • France métropolitaine

Sources • Données ATI-HAD, traitements DREES 2006

Activité des structures HAD en nombre de séjours



TABLEAU 1

Capacité et activité des structures d'HAD selon leur statut juridique

Statut juridique des structures	Nombre de structures	Places	Séjours	Journées
Secteur public	78	1 978	32 356	584 157
• centre hospitalier régional	11	1 085	18 040	366 594
• centre hospitalier (et autres)	67	893	14 316	217 563
Secteur privé à but non lucratif	74	4 413	50 554	1 448 202
• centre de lutte contre le cancer	4	105	4 421	17 979
• structure associative d'HAD	59	3 769	38 985	1 267 177
• autre	11	539	7 148	163 046
Secteur privé à but lucratif	12	360	2 073	82 242
Ensemble	164	6 751	84 983	2 114 601

Lecture • Le total des places d'HAD issues des données de la SAE comprennent les places d'HAD des disciplines médecine, obstétrique et soins de suite et de réadaptation.

Les séjours de 2006 comprennent ceux commencés avant 2006, ceux terminés ou non en 2006 ; les journées sont celles de l'année 2006

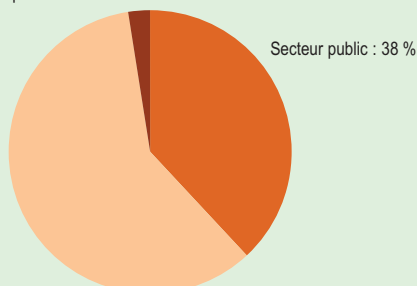
Champ • France métropolitaine.

Sources • PMSI-HAD 2006, SAE 2006, données statistiques.

GRAPHIQUE 1

Répartition des séjours HAD selon le statut juridique de la structure en 2006

Secteur privé à but lucratif : 2 %



Secteur privé à but non lucratif : 60 %

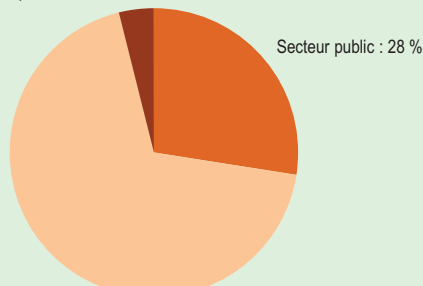
Champ • France métropolitaine.

Sources • PMSI-HAD 2006, SAE 2006, données statistiques.

GRAPHIQUE 2

Répartition des journées HAD selon le statut juridique de la structure en 2006

Secteur privé à but lucratif : 4 %



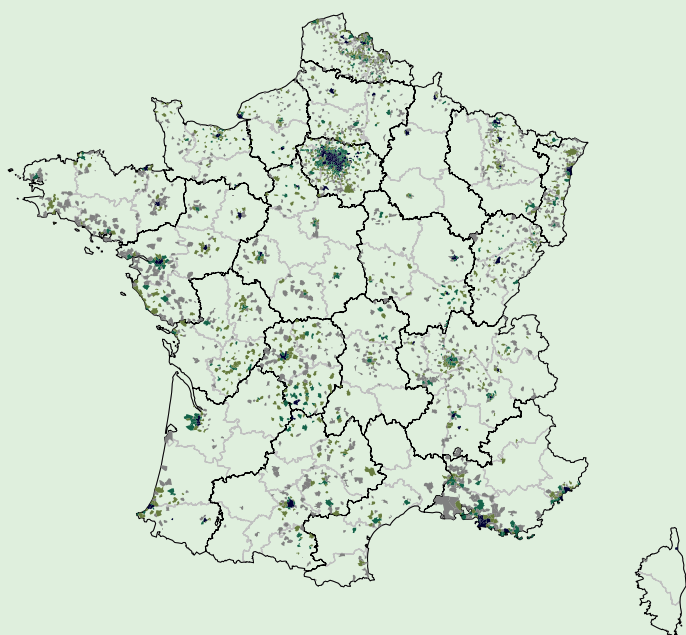
Secteur privé à but non lucratif : 68 %

Champ • France métropolitaine.

Sources • PMSI-HAD 2006, SAE 2006, données statistiques.

CARTE 2

Commune de résidence des patients traités en HAD en 2006



Nombre de patients traités selon la commune de résidence



Champ • France métropolitaine

Sources • Données ATIH PMSI-HAD, traitements DREES 2006

Une offre de soins inégalement répartie sur le territoire

Les structures d'HAD sont souvent implantées en zone urbaine (carte 1) avec une forte concentration en Île-de-France, qui compte 10 structures. En termes de places, la région totalise en effet 2 300 places, soit un tiers de l'offre totale. Ceci s'explique par l'implantation en région parisienne des deux premières structures d'HAD créées à la fin des années 1950, aux capacités d'accueil les plus importantes, 800 places pour l'AP-HP et 1 200 places pour Santé Service en 2006. Au total, 36 600 séjours ont été réalisés en Ile-de-France (soit 44 % des séjours).

L'activité d'HAD de certaines régions comme la Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Aquitaine, le Nord-Pas-de-Calais ou encore le Limousin repose essentiellement sur l'activité du secteur privé non lucratif : ces établissements y réalisent environ 8 séjours sur 10. Par exemple, l'offre d'HAD en Nord-Pas-de-Calais est assurée par une dizaine de structures, pour l'essentiel associatives, qui totalisent 4 300 séjours en 2006 (9 séjours sur 10). Dans une région plus rurale comme le Limousin, deux établissements associatifs prennent en charge 8 séjours sur 10. En revanche, en Rhône-Alpes, le secteur public et le secteur privé à but non lucratif se partagent, à parts égales, l'activité de la région.

Dans les autres régions, l'hospitalisation en HAD est encore peu répandue. Un département sur cinq ne dispose toujours d'aucune structure d'accueil en HAD.

Par nature, l'HAD reste un mode d'hospitalisation de proximité : l'offre de soins détermine la zone d'intervention de la demande (carte 2). Pour la plupart, les patients pris en charge en HAD résident dans des zones proches des structures. Cette alternative à l'hospitalisation conventionnelle ne peut donc pas, en l'état actuel du maillage du territoire, être proposée à tous les patients qui pourraient et voudraient en bénéficier.

Le recueil PMSI-HAD

Dans la perspective de la mise en œuvre du modèle de tarification spécifique à l'activité en HAD le 1^{er} mars 2005, un Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été mis en place pour cette activité afin de recueillir les informations nécessaires à la facturation des journées d'HAD à l'Assurance maladie. Sous la responsabilité de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère chargé de la santé et organisé par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), ce recueil s'applique depuis le 1^{er} janvier 2005 à tous les établissements de santé, publics et privés, ayant une autorisation pour l'activité d'HAD (arrêté du 31 décembre 2004).

Outre les informations tarifantes, il permet de disposer chaque année, aux niveaux national et régional, d'une description des caractéristiques de tous les patients et des traitements réalisés en HAD et, plus globalement, de l'activité des structures d'HAD.

Pour enrichir le recueil par des données sur les capacités et pour mesurer le taux d'exhaustivité du recensement, le PMSI est rapproché des données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). La Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) a été sollicitée pour confirmer ou non l'existence de quelques structures d'HAD. Ainsi pour 2005, première année du recueil, l'exhaustivité du recueil PMSI-HAD a été jugée insuffisante. Pour 2006, la comparaison PMSI/SAE a fait apparaître que 17 structures déclarant de l'HAD dans la SAE n'avaient pas fourni de recueil pour l'année, mais ne représentaient qu'un très faible volume d'activité.

Des traitements statistiques complètent la qualité du recueil en corrigeant la non-réponse partielle sur certaines caractéristiques individuelles des patients (âge, sexe et variables de morbidité) et les durées de séjour.

Le champ retenu est circonscrit aux seuls établissements de santé, publics et privés, situés en France métropolitaine ayant déclaré une activité d'HAD en 2006, soit 164 structures. En conséquence, les résultats statistiques présentés dans cette étude peuvent être quelque peu différents des synthèses présentées dans les tableaux de gestion nationaux produits par l'ATIH (tableaux MAT2A-HAD nationaux 2006, disponibles sur son site Internet).

Le secteur public se positionne sur la périnatalité, le secteur associatif sur la cancérologie

Les soins liés à la périnatalité (surveillance de grossesse à risque, soins de *post-partum* pathologiques, etc.) constituent le principal mode de prise en charge¹ (encadré 1) en HAD avec 22,4 % des séjours (tableau 2 et encadré 1). Les soins techniques de cancérologie constituent le deuxième mode de prise en charge avec 19 % des séjours. Et enfin, 15 % des séjours sont réalisés en soins palliatifs. Ces trois modes de prise en charge représentent 56 % des séjours réalisés en HAD.

57 % des séjours de périnatalité pris en charge en HAD, le sont par des établissements du secteur public (graphique 3). Ces séjours représentent un tiers des séjours du public en HAD.

Dans les établissements privés à but non lucratif, les séjours liés à la périnatalité ne représentent que 15 % des séjours. Pour ces établissements, ce sont les modes de prise en charge pour les soins techniques de cancérologie qui sont les plus nombreux avec 12 300 séjours, soit un quart des séjours de ce secteur. Quatre centres de lutte contre le cancer² (CLCC), parmi les 20 existants ont une activité d'HAD : ils offrent une centaine de places et ont pris en charge environ 18 % des séjours d'HAD en cancérologie.

Le troisième mode de prise en charge le plus fréquent concerne les soins palliatifs et est également plus répandu dans le secteur privé non lucratif que dans le secteur public.

La moitié des séjours en HAD ont une durée inférieure à 6 jours

La prise en charge en HAD (encadré 1) est réévaluée environ chaque semaine en fonction de

TABLEAU 2

Répartition des séjours par catégorie d'établissements et type de séjours selon le mode de prise en charge à l'admission du patient

Mode de prise en charge agrégé *	Établissements publics			Établissements privés à but non lucratif			Établissements privés à but lucratif			Total séjours	Total journées
	type de séjour		total	type de séjour		total	type de séjour		total		
	Mono-séquence de soins	Multi-séquence de soins		Mono-séquence de soins	Multi-séquence de soins		Mono-séquence de soins	Multi-séquence de soins			
Soins palliatifs	1 434	1 209	2 643	5 886	3 244	9 130	470	186	656	12 428	417 549
Soins techniques de cancérologie	2 503	1 272	3 775	11 409	922	12 331	26	10	36	16 142	137 398
Périnatalité	10 898	81	10 979	8 031	43	8 074	18	1	19	19 073	144 708
Pansements complexes et soins spécifiques	1 180	1 268	2 448	2 348	1 151	3 499	156	63	219	6 167	389 123
Soins de <i>nursing</i> lourds	410	470	880	1 166	758	1 924	81	52	133	2 936	195 992
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	1 121	1 031	2 152	3 118	1 553	4 671	236	101	337	7 160	341 670
Traitements intraveineux	2 056	731	2 787	2 837	856	3 693	108	42	150	6 628	100 315
Rééducation-réadaptation-éducation	643	495	1 138	1 422	478	1 900	112	22	134	3 174	130 764
Autres modes de prise en charge	4 826	728	5 554	4 135	1 197	5 332	304	85	389	11 275	257 082
Total	25 071	7 285	32 356	40 352	10 202	50 554	1 511	562	2 073	84 983	2 114 601

* agrégé selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existants dans le recueil.

Champ • France métropolitaine.

Sources • PMSI-HAD 2006, SAE 2006, données statistiques.

1. Le mode de prise en charge du recueil comprend 23 modes principaux qui ont été regroupés en 9 modes selon une logique médicale.

2. Les CLCC sont des établissements privés à but non lucratif.

l'évolution de la situation clinique du patient. Ainsi un séjour en HAD se décompose en une seule ou plusieurs séquences de soins de durée très variable (encadré 1). Les séjours mono-séquence (encadré 1) sont les plus fréquents (79 %), alors que 11 % des séjours sont constitués de deux séquences de soins et 4 % de trois séquences. Au total, près de 96 % des séjours se composent de moins de quatre séquences de soins (tableau 2).

50 % des séjours en HAD (quel que soit le mode de prise en charge à l'entrée en HAD) ont une durée³ inférieure à 6 jours, ce qui s'explique par les durées très courtes des deux modes de prise en charge les plus répandus que sont les soins techniques de cancérologie et ceux liés à la périnatalité. Ces modes de prise en charge sont très majoritairement liés à des séjours mono-séquence de soins (respectivement 83 % et 99 %), donc de courte durée (tableau 3). 75 % des séjours ont des durées inférieures à 19 jours. Pourtant, on observe dans le recueil 2006 des durées de séjour « très longues » (parfois supérieures à trois années) mais peu nombreuses qui s'expliquent par le caractère généraliste de l'HAD prenant en charge des patients de pathologies très variées (1 % des séjours ont une durée supérieure à 7,8 mois).

Les durées des séjours sont liées au mode de prise en charge. Les soins techniques de cancérologie (dont 4 sur 5 sont des séjours avec prise en charge pour chimiothérapie) sont des séjours de très courte

durée (durée médiane égale à 3 jours) et représentent 19 % des séjours (tableau 3). En effet, un séjour d'HAD en chimiothérapie peut durer une journée : le patient peut choisir d'être traité par une structure en HAD plutôt qu'en hospitalisation de jour.

Les durées médianes les plus longues concernent les soins liés aux « pansements complexes et soins spécifiques » et les soins de *nursing* lourds qui correspondent à des pathologies lourdes pour lesquelles les séjours multi-séquence de soins sont plus importants. ■

GRAPHIQUE 3

Répartition des séjours par mode de prise en charge principal selon le statut juridique de la structure HAD

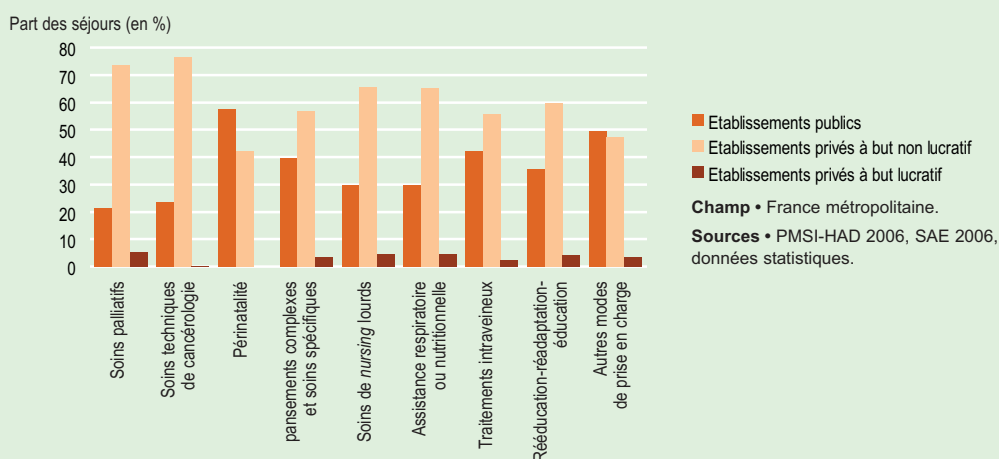


TABLEAU 3

Durée médiane de séjour suivant le mode de prise en charge à l'admission en HAD et le type de séjour

Mode de prise en charge agrégé *	Durée médiane** de séjour		
	Mono-séquence de soins	Multi-séquence de soins	Ensemble
Soins palliatifs	11	29	16
Soins techniques de cancérologie	3	7	3
Périnatalité	5	22	5
Pansements complexes et soins spécifiques	16	58	29
Soins de nursing lourds	16	53	30
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	13	37	19
Traitements intraveineux	3	20	5
Rééducation-réadaptation-éducation	13	40	20
Autres modes de prise en charge	11	32	11
Total	6	35	6

* agrégé selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge du recueil.

** on retient ici les durées médianes plutôt que les durées moyennes trop sensibles aux valeurs extrêmes

Lecture • Ces durées correspondent aux 74 000 séjours terminés de l'année 2006 ; 50% des séjours durent moins de 6 jours.

Champ • France métropolitaine.

Sources • PMSI-HAD 2006, SAE 2006, données statistiques.

Pour en savoir plus

- Afrite A., Chaleix M., Com-Ruelle L, Valdelièvre H., 2009, « L'hospitalisation à domicile, une prise en charge hospitalière qui s'adresse à tous les patients », *Questions d'économie de la santé*, n° 140, IRDES, mars.
- Chaleix M., Exertier A. (Coord.), 2009, « Les établissements de santé : un panorama pour l'année 2006 », *Document de travail - Collection Études et statistiques*, DREES.

3. Pour l'activité 2006, on retient, ici, les séjours finis avant la fin de l'année, y compris les séjours éventuellement commencés en 2005, voire avant. Ces séjours représentent 87 % (ou 74 000) du total des séjours d'HAD de la France métropolitaine, contenus dans le recueil 2006.