

En 2015, 314 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) sont comptabilisées en France. Elles disposent de 15 200 places, soit 4 % de l'offre d'hospitalisation complète du territoire. En matière d'activité, 174 000 séjours pour 4,6 millions de journées ont été réalisés en HAD, soit 4 % des journées d'hospitalisation complète. En 2015, les 105 structures associatives spécialisées dans cette forme d'hospitalisation continuent de jouer un rôle prépondérant (49 % des places et 52 % des journées). En France, l'HAD reste inégalement répartie sur le territoire, les départements de Paris et des Hauts-de-Seine concentrant 15 % des places 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 constitue ainsi l'une des alternatives à l'hospitalisation complète (voir la fiche 4, « Les autres prises en charge hospitalières »).

Les structures associatives offrent la moitié des 15 200 places d'HAD

Apparue dans les années 1950 en France, l'HAD s'est peu à peu structurée et a connu un essor important depuis le début des années 2000, à la suite de la clarification de son périmètre et de son champ d'application. La capacité offerte et l'activité ont ainsi triplé. Ces dernières années, le nombre de structures d'HAD se stabilise, tandis que le nombre de places¹ et celui des journées continuent d'augmenter (de 3 % par an en moyenne depuis 2013). Néanmoins, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins. En 2015, 314 structures offrent 15 200 places en France métropolitaine et dans les DROM (tableau), ce qui ne représente que 4 % des lits d'hospitalisation complète disponibles sur le territoire.

Les structures d'HAD appartiennent, en majorité, aux secteurs public et privé à but non lucratif. Les

133 structures du secteur public, dont 118 sont des centres hospitaliers, offrent 27 % des places d'HAD. Parmi les 127 structures du secteur privé à but non lucratif, 105 relèvent du domaine associatif et sont de fait spécialisées dans cette forme d'hospitalisation. Ces dernières offrent la moitié des places en HAD en France (7 400 places en 2015), mais leur poids dans l'offre d'HAD recule entre 2006 et 2015, passant de 56 % à 49 %. Le secteur privé à but lucratif, composé de 54 structures, reste minoritaire, mais son importance s'accroît régulièrement. Entre 2006 et 2015, la part des places en HAD offertes par ce secteur est passée de 6 % à 17 %.

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

En 2015, sur les 15 200 places offertes en HAD sur le territoire français, plus de 2 500 sont concentrées en Île-de-France et, au sein de cette région, 2 300 places se trouvent dans les départements de Paris et des Hauts-de-Seine. Pour ces deux départements, l'offre de places en HAD représente 17 % de l'offre de l'ensemble du territoire, et la densité moyenne de places est de 61 pour 100 000 habitants (carte), soit 2,5 fois plus que la moyenne nationale (23 pour 100 000 habitants). Cette prédominance de la région Île-de-France est historique : les deux premières structures créées 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.

1. Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.

Les densités sont également élevées dans d'autres départements de France métropolitaine, comme les Landes ou le Var, où l'HAD existe aussi depuis longtemps. 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 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 places d'HAD, malgré la dynamique de ces dix dernières années, qui tend vers une couverture de l'ensemble des départements. Les départements restants de l'Île-de-France, les Alpes-de-Haute-Provence, la Mayenne, le Cantal et l'Ardèche affichent ainsi des densités départementales inférieures à 11 places pour 100 000 habitants, soit deux fois moins que la moyenne nationale.

Tableau Capacités et activité des structures d'hospitalisation à domicile selon leur statut juridique en 2015

Statut juridique des structures	Nombre de structures	Nombre de places ¹ installées	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours terminés ² en 2015	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours mono-séquences ³ (en journées)
Secteur public :	133	4 107	55	1 201	23	16
CHR	15	1 309	23	416	19	12
CH (et autres)	118	2 798	32	786	26	18
Secteur privé à but non lucratif :	127	8 547	100	2 749	29	20
CLCC	3	213	4	79	23	10
Structure associative d'HAD	105	7 441	87	2 406	30	20
Autres	19	893	10	264	29	21
Secteur privé à but lucratif	54	2 529	19	679	38	24
Ensemble	314	15 183	174	4 629	28	19

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; HAD : hospitalisation à domicile.

1. Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant l'HAD.

2. On comptabilise environ 162 000 séjours terminés en 2015, soit 93 % des séjours d'HAD.

3. On comptabilise environ 122 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2015, soit 70 % de séjours d'HAD.

Note > L'activité est celle des disciplines de médecine, obstétrique, odontologie et soins de suite et de réadaptation, hors psychiatrie. Le nombre de structures est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés. Le total des places d'HAD installées est celui déclaré dans la SAE pour réaliser l'activité d'HAD en MCO et SSR enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2015, ceux terminés ou non en 2015. Les journées sont celles de l'année 2015 (on exclut les journées antérieures à 2015 pour les séjours ayant commencé avant).

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2015 ; DREES : SAE 2015, traitements DREES.

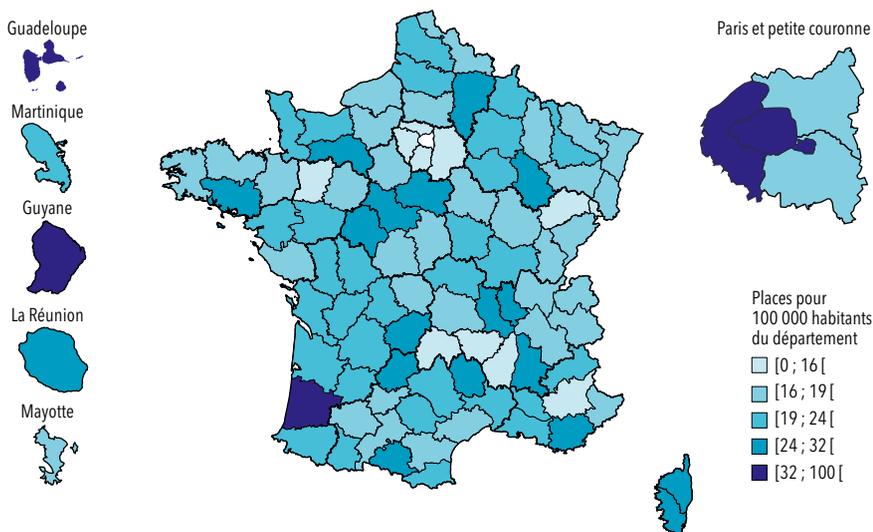
Les séjours sont plus longs dans le secteur privé à but lucratif

174 000 séjours en HAD ont été réalisés pour 4,6 millions de journées (tableau), soit 4 % des journées d'hospitalisation complète de 2015. En matière d'activité, la prédominance des départements de Paris et des Hauts-de-Seine est plus marquée encore qu'en nombre de places offertes, avec 47 000 séjours (27 % de l'ensemble des séjours) et 850 000 journées (18 % des journées) en 2015.

Le secteur privé à but non lucratif a également plus d'importance en matière d'activité que de places offertes. Il prend en charge 58 % des séjours (contre 31 % dans le public et 11 % dans le privé à but lucratif), et réalise 59 % des journées (contre 26 % dans le public et 15 % dans le privé à but lucratif). Cette répartition est, jusqu'à présent, assez stable dans le temps, même si le privé à but lucratif gagne petit à petit en importance.

Cela s'expliquerait notamment 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 (respectivement 16 et 20 jours en moyenne pour les séjours terminés et monoséquences²) que dans le secteur privé à but lucratif (24 jours) [tableau]. Ainsi, la périnatalité et surtout les soins de cancérologie, dont les séjours sont réduits à quelques jours (voir la fiche 21, « Les patients hospitalisés à domicile »), sont plus répandus dans les secteurs public et privé à but non lucratif (graphique). 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 28 jours pour les séjours terminés en 2015, et de 19 jours si l'on considère seulement les séjours monoséquences. ■

Carte Densité des places en hospitalisation à domicile par département en 2015



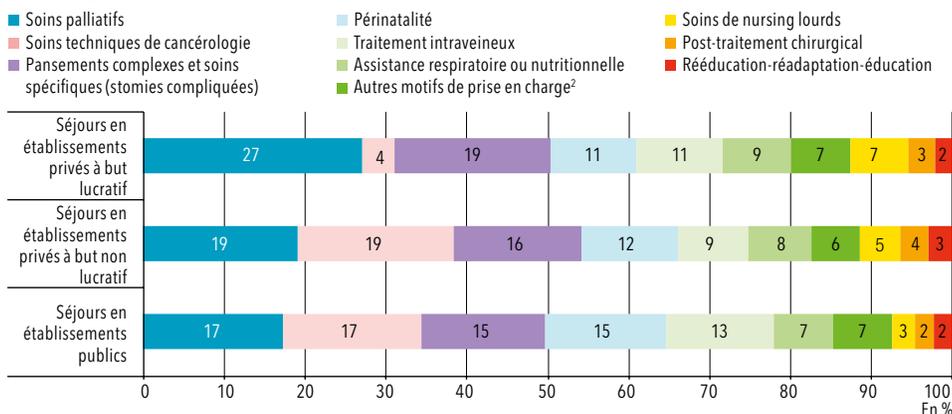
Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > INSEE : estimation de population au 1^{er} janvier 2015 ; DREES : SAE 2015, traitements DREES.

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

Graphique Répartition des séjours d'HAD selon le statut juridique et les modes de prise en charge principaux¹ en 2015



1. 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 existants dans le recueil.

2. Les autres motifs regroupent la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs.

Note > Les 6 premiers modes de prise en charge principaux représentent 83 % des séjours d'HAD en 2015. En 2015, les soins palliatifs sont le mode de prise en charge le plus fréquent en HAD : plus de 34 mille séjours sur les 174 mille enregistrés dans le PMSI. 28 % des séjours de soins palliatifs sont réalisés dans des établissements publics, 57 % dans des établissements privés à but non lucratif et 15 % dans des établissements privés lucratifs.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-HAD 2015, traitements DREES.

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD en 2015. L'activité concerne les champs de MCO et de SSR, hors psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le nombre de structures est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés. Le total des places est celui déclaré dans la SAE, l'activité est celle enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2015 et ceux non terminés fin 2015. Les journées sont celles de l'année 2015 (sont exclues les journées antérieures à 2015 pour les séjours ayant déjà commencé).

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 établissements 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 dit 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.

Définitions

- **Structure d'HAD** : il peut s'agir d'un établissement spécialisé sur ce seul type d'hospitalisation ou d'un service d'une entité juridique ou d'un établissement pluridisciplinaire. Pour mieux organiser l'accès en HAD et couvrir les zones à desservir, certains départements fonctionnent avec des antennes HAD ou en groupement de coopération sanitaire.
- **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

- Analyse de l'activité hospitalière 2015, 2016, ATIH, octobre.
- Chiffres clés : l'hospitalisation à domicile en 2015, 2016, rapport de la Fédération nationale des établissements à domicile, novembre.
- Les dépenses de santé en 2015 : résultats des comptes de la santé, 2016, « Panoramas DREES santé », DREES, septembre.

Source

Le PMSI mis en place par la DGOS et l'ATIH fournit une description « médico-économique » de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-HAD existe depuis 2005. La SAE de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).