

En 2014, 319 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) sont comptabilisées en France. Ces structures disposent de 14 419 places¹, soit 4 % de l'offre d'hospitalisation complète du territoire. En termes d'activité, 174 000 séjours pour 4,4 millions de journées ont été réalisés en HAD, soit 4 % des journées d'hospitalisation complète. En France, les 112 structures associatives spécialisées dans cette forme d'hospitalisation sont prédominantes (52 % des places et 55 % des journées). L'activité d'HAD est par ailleurs fortement concentrée sur le territoire, notamment à Paris et dans les Hauts-de-Seine (16 % des places et 19 % 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 (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 « Les autres prises en charge hospitalières »).

Les structures associatives jouent un rôle important dans l'offre de 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 ses périmètre et champ d'application. La capacité offerte et l'activité ont ainsi triplé. Néanmoins, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins. En 2014, 319 structures offrent 14 419 places en France métropolitaine et dans les DOM (tableau), ce qui ne représente que 4 % des lits d'hospitalisation complète disponibles sur le territoire. Les structures d'HAD appartiennent pour 42 % au secteur public, pour 42 % au secteur privé à but non lucratif et pour 16 % au secteur privé à but lucratif. Dans le secteur public, 118 structures sur 133 appartiennent à des centres hospitaliers. Dans le secteur privé à but non lucratif, 112 structures, soit

plus de quatre sur cinq, relèvent du domaine associatif, et sont de fait spécialisées dans cette forme d'hospitalisation. Elles offrent d'ailleurs plus de la moitié des places en HAD disponibles en France (7 462 places en 2014).

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

En 2014, sur les 14 419 places en HAD du territoire français, plus de 2 500 sont concentrées en Île-de-France, et dans cette région, 2 319 places se trouvent à Paris et dans les Hauts-de-Seine. Pour ces deux départements, l'offre des places d'HAD représente 16 % de l'offre totale sur le territoire et la densité moyenne de places est de 60 pour 100 000 habitants (carte), soit presque trois fois la densité moyenne nationale (22). 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 Santé Service Île-de-France. Dans les DOM, la Guadeloupe et la Guyane ont des densités quatre fois supérieures à la densité nationale (respectivement 86 et 94), alors que la Martinique fait partie des régions les moins bien pourvues. En Guyane, l'hospitalisation à domicile comble aujourd'hui les déficits de l'offre de soins et s'est implantée là où il manque des professionnels de santé, proposant ainsi un panel de prises en

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.

Tableau Capacités et activité des structures d'hospitalisation à domicile selon leur statut juridique en 2014

Statut juridique des structures	Nombre de structures	Nombre de places* installées	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Sur les séjours terminés** en 2014	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours monoséquences*** (en journées)
Secteur public	133	4 048	54	1 151	23	15
Centre hospitalier régional	15	1 302	22	413	19	12
Centre hospitalier (et autres)	118	2 746	31	738	25	17
Secteur privé à but non lucratif	134	8 422	105	2 745	28	18
Centre de lutte contre le cancer	3	222	5	84	19	8
Structure associative de HAD	112	7 462	92	2 424	28	18
Autres	19	738	9	237	28	22
Secteur privé à but lucratif	52	1 949	15	542	41	25
Ensemble	319	14 419	174	4 438	27	18

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

** On comptabilise environ 162 000 séjours terminés en 2014, soit 93 % des séjours d'HAD.

*** On comptabilise environ 122 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2014, soit 70 % de séjours d'HAD.

Note > L'activité est celle des disciplines de médecine, obstétrique et soins de suite et de réadaptation, *i.e.* hors psychiatrie. Le total des places d'HAD installées est celui déclaré dans la SAE, pour réaliser l'activité HAD en MCO et SSR enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2014, ceux terminés ou non en 2014. Contrairement à l'édition précédente, les journées sont celles de l'année 2014 (on exclut les journées antérieures à 2014 pour les séjours ayant commencé avant).

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

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2014 ; DREES, SAE 2014, traitements DREES.

charge que les établissements de santé n'offrent pas. En Guadeloupe, l'HAD compense la baisse des lits de MCO observée depuis 1997. À côté de ces départements très fortement dotés en places d'HAD, d'autres, ceux du sud-ouest de la Métropole notamment, ont aussi des densités élevées, comme les Landes où l'HAD existe depuis longtemps. En revanche, les départements du reste de l'Île-de-France et certains départements de la région Auvergne - Rhône-Alpes par exemple sont particulièrement sous-dotés, avec des densités départementales en dessous de 11 places pour 100 000 habitants, soit moins de deux fois la moyenne nationale.

Le secteur privé à but non lucratif domine l'activité d'HAD

174 000 séjours en HAD ont été réalisés pour 4,4 millions de journées (tableau), soit 4 % des journées d'hospitalisation complète de 2014. En termes d'activité, la prédominance des départements de Paris et des Hauts-de-Seine est encore plus marquée qu'en nombre de places offertes, avec 49 000 séjours

(28 % de l'ensemble des séjours) et 823 000 journées (19 % des journées) en 2014. Le secteur privé à but non lucratif a également plus d'importance en termes d'activité que de capacités : il prend en charge 61 % des séjours (contre 31 % dans le public et 9 % dans le privé à but lucratif) et réalise 62 % des journées (contre respectivement 26 % et 12 %). Cette répartition est assez stable dans le temps.

Pour tous les types d'établissements, les soins palliatifs, de cancérologie, la périnatalité, les pansements complexes et les soins spécifiques sont les principaux motifs d'admission des séjours en HAD (graphique). Cependant, la répartition de ces principaux motifs et, donc, la durée moyenne des séjours varie selon le statut juridique. Ainsi, les séjours effectués dans les structures des secteurs privés à but non lucratif et public sont traditionnellement plus courts que ceux réalisés dans le secteur privé à but lucratif. La périnatalité et les soins de cancérologie, dont les séjours sont réduits à quelques jours (voir la fiche « Les patients hospitalisés à domicile »), sont plus répandus dans les deux premiers. ■

Champ

Établissements de santé (ES) en France métropolitaine et dans les DOM, y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD en 2014. L'activité concerne les champs de MCO et de SSR, *i.e.* hors psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le total des places est déclaré dans la SAE pour réaliser l'activité enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2014, ceux terminés ou non en 2014. Les journées sont celles de l'année 2014 (on exclut les journées antérieures à 2014 pour les séjours ayant déjà commencé).

Définitions

- **La 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.
- **La durée moyenne de séjour** : elle est calculée pour les séjours terminés et monoséquences, c'est-à-dire pour

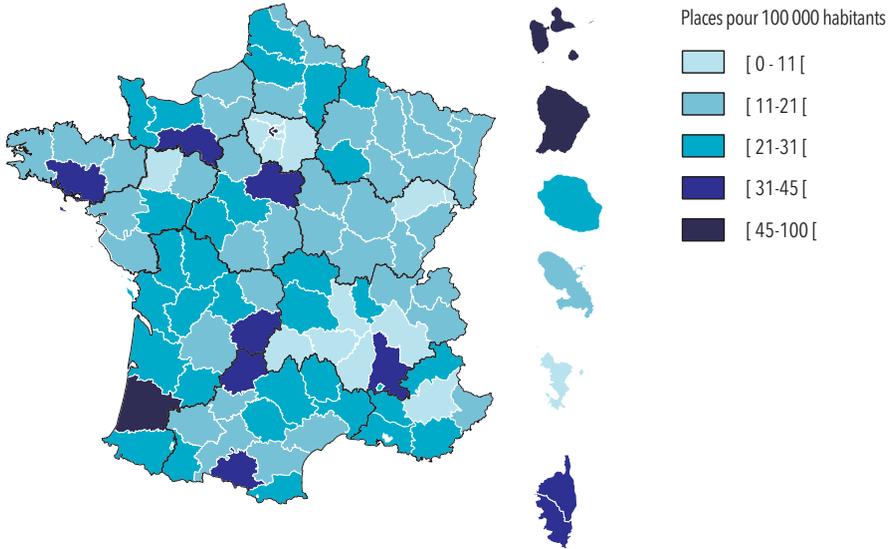
lesquels le mode de prise en charge principal est stable sur l'ensemble des séquences de soins constituant le séjour.

- **Les textes** : 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 ES ». 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 précise 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.

Sources

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 Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Carte Densité des places en hospitalisation à domicile par département en 2014

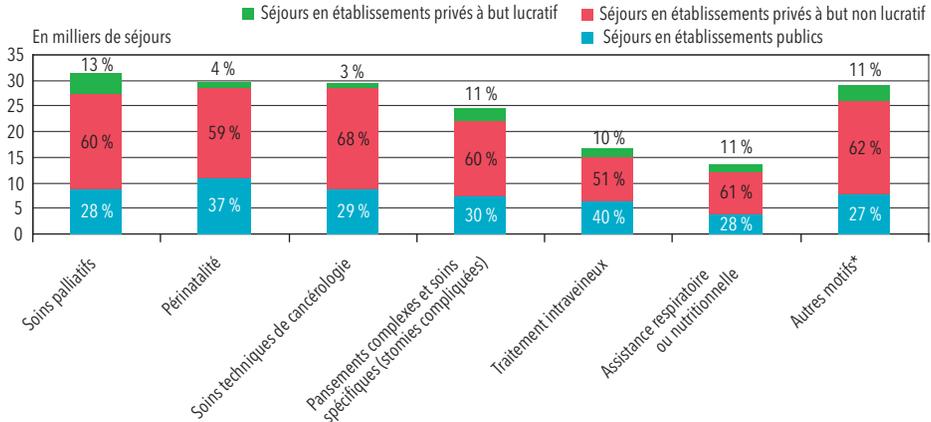


Notes > Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD. Les bornes ne correspondent pas à une répartition en quintiles. Le découpage permet de distinguer les valeurs élevées de quelques départements.

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

Sources > INSEE, estimations de la population au 1^{er} janvier 2014 ; DREES, SAE 2014, traitements DREES.

Graphique Répartition des séjours selon le statut juridique et les modes de prise en charge principaux en 2014



Note > Les 6 premiers modes de prise en charge principaux représentent 83 % des séjours d'HAD en 2014. Les modes de prise en charge principaux sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prise en charge existants dans le recueil. En 2014, les soins palliatifs sont le mode de prise en charge le plus fréquent en HAD : plus de 31 millions de séjours sur les 174 millions enregistrés dans le PMSI. 28 % des séjours de soins palliatifs sont réalisés dans des établissements publics, 60 % dans des établissements privés à but non lucratif et 13 % dans des établissements privés à but lucratif.

* Les autres motifs regroupent les soins de nursing lourds, les traitements post-chirurgicaux et la rééducation.

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

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2014, traitements DREES.