

En 2022, 293 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont recensés en France. 23 100 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, et 274 600 séjours pour 6,8 millions de journées ont été réalisés suivant ce mode d'hospitalisation. Cela représente 7,3 % de l'ensemble des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjour du territoire, et 7,9 % des journées d'hospitalisation. Les 90 établissements associatifs proposant uniquement cette forme d'hospitalisation totalisent près de la moitié des capacités et des journées. En 2022, l'HAD décélère, à la fois s'agissant des capacités d'accueil (+1,6 %) et du nombre de séjours (+2,8 %). Elle reste inégalement répartie sur le territoire, les départements de Paris et des Hauts-de-Seine concentrant 13,9 % des capacités de prise en charge et 15,4 % 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, dans le 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 »).

La croissance des capacités d'accueil en HAD ralentit en 2022

Au 31 décembre 2022, 293 établissements de HAD peuvent prendre en charge simultanément¹ 23 100 patients, soit une hausse de 1,6 % par rapport à fin 2021 (tableau 1). Cette croissance est moins vigoureuse que pendant les deux premières années de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (+6,8 % en 2021, après +12,9 % en 2020) et que l'augmentation plus régulière observée avant la crise (+5,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019).

À plus long terme, l'HAD, apparue dans les années 1950 en France, a connu un essor important à partir du début des années 2000, après que son périmètre et son champ d'application ont

été clarifiés (voir encadré Sources et méthodes, partie « Cadrage »). Les capacités de prise en charge et l'activité ont ainsi plus que quadruplé entre 2001 et 2022. Fin 2022, l'HAD représente 7,3 % des capacités d'hospitalisation complète de court et moyen séjour disponibles sur le territoire (contre 3,7 % fin 2012 par exemple).

Le nombre d'établissements autorisés à coordonner des soins d'HAD est stable entre 2019 et 2022. Il avait diminué entre 2017 et 2019, après les décisions des agences régionales de santé (ARS) de concentrer la coordination des soins d'HAD sur un nombre plus restreint d'établissements. Ces décisions avaient été mises en œuvre 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 2, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »).

Les établissements associatifs offrent près de la moitié des capacités de prise en charge en HAD

Fin 2022, les 111 établissements du secteur privé à but non lucratif représentent 56,8 % des capacités en HAD. Parmi ces établissements, 90 relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce

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 ».

mode d'hospitalisation (tableau 1). Bien qu'ils continuent à jouer un rôle prépondérant dans l'offre d'HAD, leur poids recule entre 2006 et 2022, passant de 55,8 % à 49,6 % des capacités (tableau complémentaire A).

120 établissements du secteur public (dont 105 centres hospitaliers) et 62 cliniques privées représentent respectivement 22,6 % et 20,7 % des capacités de prise en charge en HAD. Bien qu'elle reste minoritaire, la part des cliniques privées dans les capacités de prise en charge en HAD a été quasiment multipliée par quatre depuis 2006, où elle s'élevait à 5,3 %.

Les séjours sont plus longs dans les cliniques privées

En 2022, 274 600 séjours d'HAD sont réalisés pour 6,8 millions de journées (tableau 1), soit 7,9 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. L'HAD, dont l'activité croît nettement depuis son développement au début des années 2000, est la seule grande discipline d'équipement dont le nombre de séjours a continué à progresser pendant la crise sanitaire, du fait d'un mouvement de report d'une partie de l'activité usuelle de MCO vers l'HAD. Après une croissance de 6,3 % en moyenne annuelle de 2015 à 2019,

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'HAD selon leur statut juridique en 2022

Statut juridique des établissements	Nombre d'établissements	Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément ¹	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours terminés ² en 2022	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours monoséquences ³ (en journées)
Secteur public	120	5 229	75,9	1 542	21	15
CHR	15	1 557	32,3	451	14	9
CH (et autres)	105	3 672	43,6	1 090	27	19
Secteur privé à but non lucratif	111	13 139	153,8	3 854	27	18
CLCC	3	249	9,0	91	10	8
Structures associatives d'HAD	90	11 472	127,5	3 340	28	18
Autres	18	1 418	17,3	423	27	18
Secteur privé à but lucratif	62	4 781	44,9	1 424	35	20
Ensemble	293	23 149	274,6	6 819	28	17
dont séjours avec diagnostic de Covid-19 ⁴	-	-	8,0	220	18	14

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 256 600 séjours terminés en 2022, soit 93,4 % des séjours d'HAD.
3. Environ 184 400 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2022, soit 67,2 % des séjours d'HAD.
4. Les séjours avec diagnostic de Covid-19 correspondent à des séjours ayant pour motif principal ou associé le Covid-19.

Notes > L'activité d'HAD peut compléter ou se substituer à celle des disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et 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. Le nombre de séjours comptabilise l'ensemble des séjours avec au moins une journée de présence en 2022, y compris les séjours qui n'ont pas commencé ou ne se sont pas terminés au cours de l'année. Pour le nombre de journées de présence, seules les journées de présence en 2022 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2022 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2022).

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA.

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2022 ; DREES, SAE 2022, traitements DREES.

le nombre de séjours a bondi à 15,9 % en 2020, avant de décélérer ensuite (+2,8 % en 2022, après +3,7 % en 2021) [tableau complémentaire B].

Le secteur privé à but non lucratif prend en charge 56,0 % des séjours (46,4 % dans les seuls établissements associatifs) et réalise 56,5 % des journées (49,0 % dans les établissements associatifs). Les établissements publics et les cliniques privées prennent en charge respectivement 27,6 % et 16,4 % des séjours et réalisent 22,6 % et 20,9 % des journées. Cette répartition est assez stable dans le temps, même si la part des cliniques privées augmente.

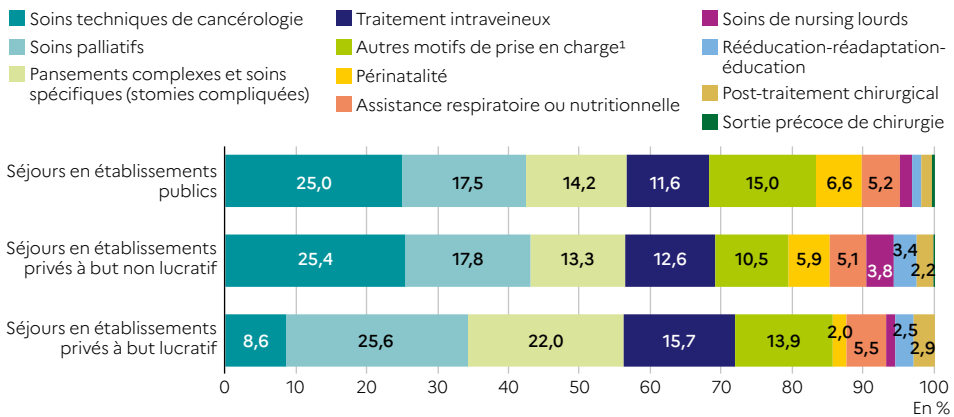
La rotation des patients est plus importante dans les secteurs public et privé à but non lucratif. Les séjours y sont, en effet, plus courts (respectivement 15 et 18 jours en moyenne pour les séjours monoséquences²) que dans les cliniques privées (20 jours) [tableau 1]. Ces contrastes sont dus notamment à des différences de structures de motifs de recours. Ainsi, les soins de

cancérologie et la périnatalité, pour lesquels 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 séjours pour soins palliatifs, pansements complexes et soins spécifiques, plus longs, sont un peu plus fréquents dans les cliniques privées. Dans l'ensemble, tous motifs confondus, la durée moyenne de séjour est de 28 jours pour les séjours terminés en 2022 et de 17 jours pour les séjours monoséquences uniquement.

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

En 2022, parmi les 23 100 patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire français, 4 000 se trouvent en Île-de-France, dont plus de 3 200 dans les départements de Paris et des Hauts-de-Seine. Les capacités de prise en charge en HAD de ces deux

Graphique 1 Répartition des séjours d'HAD selon le statut juridique et le mode de prise en charge principal en 2022



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 prises en charge principaux représentés ici sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement médical logique par rapport aux 23 modes de prises en charge existant dans le recueil. Les six premiers modes de prises en charge principaux représentent 87,1 % des séjours d'HAD en 2022. En 2022, 14 séjours ont été exclus du graphique, car il n'est pas possible de connaître leur mode de prise en charge principal.

Lecture > Les soins techniques de cancérologie sont le mode de prise en charge regroupant le plus grand nombre de séjours d'HAD. Ils représentent 25,0 % des séjours des établissements publics, 25,4 % de ceux des établissements privés à but non lucratif et 8,6 % de ceux des établissements privés à but lucratif.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2022, traitements DREES.

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

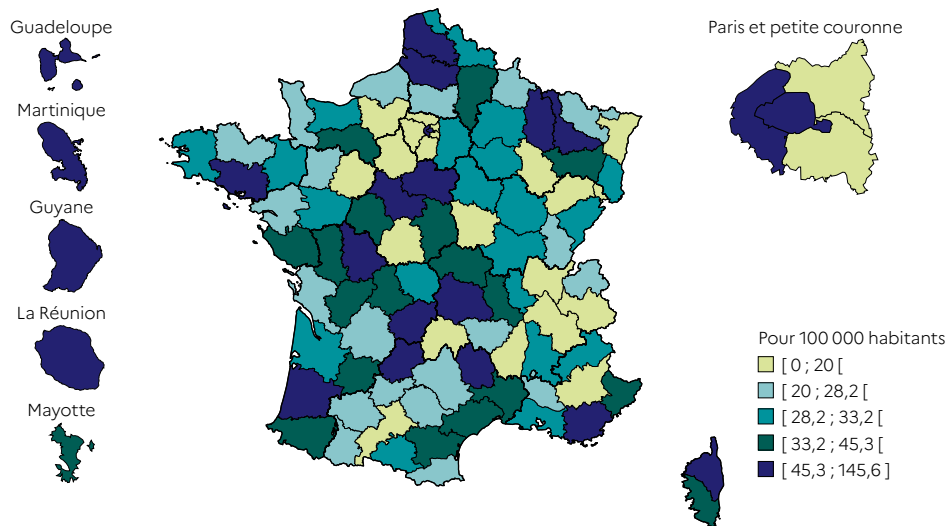
départements représentent 13,9 % de l'offre de l'ensemble du territoire et la densité moyenne des capacités y est de 86 pour 100 000 habitants (carte 1), soit 2,5 fois plus que la moyenne nationale (34 pour 100 000 habitants). Cette prédominance de la région Île-de-France est historique, les deux premiers établissements d'HAD créés en France à la fin des années 1950 l'ont été au sein de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et de la fondation Santé-Service d'Île-de-France. La prédominance des départements de Paris et des Hauts-de-Seine est plus marquée encore pour l'activité que pour les capacités de prise en charge, avec 61 300 séjours (22,3 % des séjours) et 1,0 million de journées (15,4 % des journées) en 2022. Les densités de capacités de prise en charge sont également élevées dans d'autres départements de France métropolitaine, comme le Puy-de-Dôme ou la Haute-Corse, où elles excèdent 110 patients

pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit trois 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. En Guyane, l'HAD 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.

À l'opposé, certains départements sont particulièrement sous-dotés concernant les 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, l'Ardèche, le Cantal, l'Eure, l'Indre et l'Isère affichent ainsi des densités départementales inférieures à 15 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit deux fois moins que la moyenne nationale. ■

Carte 1 Densité des capacités de prise en charge en HAD par département en 2022



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 (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2022, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2022.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé exerçant une activité d'HAD en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). 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, de la dialyse à domicile et des prestataires de services. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le PMSI et la SAE. Le total des patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, tandis que l'activité est enregistrée dans le PMSI. Le nombre de séjours comptabilise l'ensemble des séjours avec au moins une journée de présence en 2022, y compris les séjours qui n'ont pas commencé ou ne se sont pas terminés au cours de l'année. Pour le nombre de journées de présence, seules les journées de présence en 2022 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2022 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2022).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)¹ de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.). 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.

Cadrage

D'après la circulaire du 30 mai 2000², « 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 2006³ 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 2013⁴ 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 »⁵ 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. Dans le cadre de la réforme des autorisations⁶, l'HAD devient une activité de soin à part entière, à l'instar par exemple des activités de MCO ou de SSR.

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. ●●●

1. La statistique annuelle des établissements de santé, sources, outils et enquêtes, est disponible sur le site de la DREES : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/00-la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae>.

2. Circulaire du 30 mai 2000 disponible sur le site de Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/15980>.

3. Circulaire de 2006 disponible sur le site du ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-01/a0010030.htm>.

4. Circulaire du 4 décembre 2013 disponible sur le site de Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37726>.

5. Plan triennal disponible sous ce lien : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf.

6. Bulletin officiel disponible sous ce lien : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.21.sante.pdf>.



> **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.

> **Séjours avec diagnostic de Covid-19** : séjours d'hospitalisation avec un diagnostic principal ou associé de Covid-19. En pratique, dans le PMSI-HAD, ces séjours sont identifiés comme ceux dont le diagnostic principal (DP), diagnostic relié (DR) ou diagnostic associé (DA) est codé avec les modalités U7.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U7.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U7.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U7.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié).

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2024, mars). Analyse de l'activité hospitalière 2022. Note et rapport d'analyse.

> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2022, octobre). L'hôpital de demain sera le domicile. Rapport d'activité 2021-2022.

> **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 23.