

L'hospitalisation à domicile<sup>1</sup> (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 2017, la dépense remboursée par l'Assurance maladie aux hôpitaux au titre de l'HAD s'élève à 1,0 milliard 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. Depuis 2016, la dépense augmente à nouveau plus nettement (+5,8 % en 2016 et +6,7 % en 2017). Cette accélération pourrait s'expliquer par la reconnaissance par la Haute Autorité de santé (HAS) de la compétence exclusive des établissements HAD dans le 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 après 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 celui des patients pouvant être pris en charge simultanément et des journées contiennent d'augmenter, à un rythme accru en 2017 : respectivement +7,3 % et +5,0 % en 2017, contre +5,1 % et +4,1 % par an en moyenne entre 2013 et 2016. Néanmoins, l'HAD occupe encore une place modeste dans l'offre de soins. En 2017, 300 établissements peuvent prendre en charge simultanément 17 500 patients en France (tableau 1), soit 5,3 % 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 125 établissements du secteur public disposent de 25 % des capacités de prise en charge d'HAD en 2017 (contre 29 % en 2006). Au sein du secteur privé à but non lucratif, 95 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 2017, contre 56 % en 2006. Le secteur privé lucratif, avec 57 établissements, reste minoritaire mais son importance s'accroît : entre 2006 et 2017, la part de ses capacités en HAD est passée de 6 % à 18 %.

En 2017, 199 200 séjours ont été réalisés pour 5,2 millions de journées (contre 188 300 séjours et 4,9 millions de journées en 2016). Le secteur privé à but non lucratif a un poids encore plus important tant en

matière d'activité que de capacités : il prend en charge 57 % des séjours (contre 31 % dans le public et 12 % dans le privé à but lucratif) et réalise 59 % des journées (contre 25 % et 16 %). 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

En 2017, sur les 17 500 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 15 % de l'offre totale et la densité moyenne y est de 69 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants (carte 1), soit 2,7 fois plus que la moyenne nationale (26 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 (excepté la Seine-et-Marne), les Alpes-de-Haute-Provence, le territoire de Belfort, Mayotte, l'Ardèche, le Cantal, la Haute-Saône et l'Isère affichent ainsi des densités départementales inférieures à 13 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit deux fois moins que la moyenne nationale.

### Les plus de 65 ans totalisent 54 % des séjours

Compte tenu de ces prises en charge variées, l'HAD concerne des patients de tous âges, de la naissance à la fin de vie (graphique 1). Toutefois, les personnes âgées constituent une population cible importante : en 2017, les plus de 65 ans totalisent 54 % des séjours (contre 40 % 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 17).

#### Pour en savoir plus

> **Toutlemonde F.** (dir.) (2019, juin). *Les établissements de santé – édition 2019*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

> **FNEHAD** (2018, novembre). *L'hôpital de demain. Et si c'était aussi chez moi ? Rapport d'activité 2017-2018*.

> **ATIH** (2018, novembre). *Analyse de l'activité hospitalière 2017 – édition 2018*.

**Tableau 1** Capacités et activité des établissements d'hospitalisation à domicile selon leur statut juridique en 2017

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)
<b>Ensemble</b>	<b>300</b>	<b>17 482</b>	<b>199</b>	<b>5 167</b>	<b>27</b>	<b>18</b>
<b>Secteur public :</b>	<b>125</b>	<b>4 303</b>	<b>62</b>	<b>1 296</b>	<b>22</b>	<b>14</b>
Centre hospitalier régional	13	1 271	27	425	17	10
Centre hospitalier (et autres)	112	3 032	35	871	26	18
<b>Secteur privé à but non lucratif :</b>	<b>118</b>	<b>9 984</b>	<b>113</b>	<b>3 024</b>	<b>28</b>	<b>19</b>
Centre de lutte contre le cancer	3	243	5	89	19	11
Structure associative de HAD	95	8 559	95	2 606	29	20
Autres	20	1 182	13	329	26	18
<b>Secteur privé à but lucratif</b>	<b>57</b>	<b>3 195</b>	<b>24</b>	<b>848</b>	<b>38</b>	<b>25</b>

\* 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 186 000 séjours terminés en 2017, soit 93 % des séjours d'HAD.

\*\*\* On comptabilise environ 140 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2017, soit 70 % 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 d'établissements 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 avant 2017 ainsi que ceux terminés ou non en 2017.

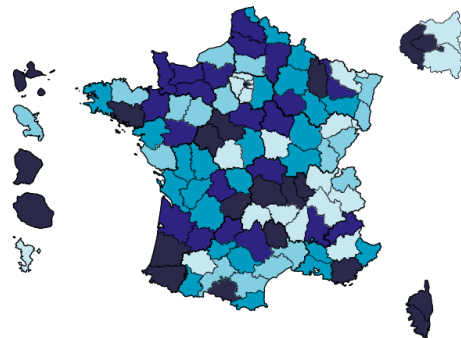
Les journées sont celles de l'année 2017 (sont exclues les journées antérieures à 2017 pour les séjours ayant commencé avant).

**Champ** > France.

**Sources** > ATIH : PMSI-HAD 2017 ; DREES : SAE 2017, 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



□ [0-16[    □ [16-21[    □ [21-26[  
 □ [26-33[    □ [33-121[

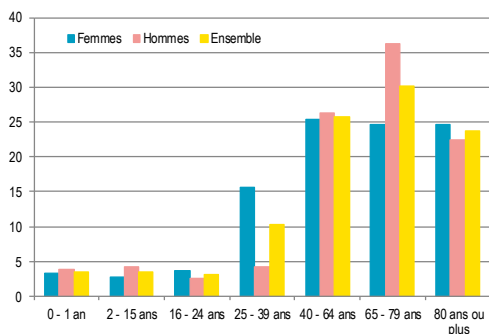
**Note** > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles.

**Champ** > France.

**Sources** > Insee : estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2017 ; DREES : SAE 2017 ; traitements DREES.

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

En % par sexe



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

**Lecture** > En 2017, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 4 % des admissions en HAD chez les hommes et 16 % chez les femmes.

**Champ** > France.

**Sources** > ATIH : PMSI-HAD 2017 ; traitements DREES.