

# LES DOSSIERS DE LA DREES

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

DÉCEMBRE 2017 /// N° 23

## Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016)

Un essor important, en deux temps

Léa Mauro (DREES)

Remerciements :

Dr Mickaël BENZAQUI,  
médecin de santé publique,  
conseiller médical  
de la Fédération nationale  
des établissements  
d'hospitalisation  
à domicile (FNEHAD)

En 2016, 313 établissements coordonnent des prises en charge d'hospitalisation à domicile (HAD), contre 170 en 2006. En dix ans, l'activité réalisée a plus que doublé (passant de 1,9 million à 4,9 millions de journées), tout comme les capacités de prise en charge : le nombre de patients pouvant être hospitalisés à domicile simultanément est passé de 6 900 à 16 300. Le taux de recours national a également augmenté et s'établit à 20 patients par jour pour 100 000 habitants en 2016 (8 en 2006).

En France, l'HAD s'est développée d'abord par une augmentation du nombre d'établissements jusqu'en 2011. Le nombre d'établissements se stabilise ensuite et la croissance passe alors par l'augmentation régulière des capacités et de l'activité des établissements déjà installés. L'HAD reste dominée par les secteurs privé à but non lucratif et public, mais la place du secteur privé à but lucratif progresse nettement : il concentre 15 % de l'activité en 2016, contre 4 % dix ans plus tôt.

Les prises en charge en HAD se modifient aussi avec le temps. Les soins liés aux pansements complexes (plaies cicatrisant mal, ulcères variqueux, escarres, etc.) deviennent peu à peu le principal motif de prise en charge, devant les soins palliatifs. L'âge moyen des patients augmente et les durées de séjours s'allongent.

En dix ans, la part de l'HAD dans l'hospitalisation complète de court et moyen séjour a plus que doublé, passant de 2 % à 5 %.



# SOMMAIRE

LES DOSSIERS DE LA DREES

## Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016)

Un essor important, en deux temps

---

Décembre 2017 /// N° 23

L'activité d'hospitalisation à domicile a plus que doublé en dix ans .....	4
Le nombre de communes françaises ayant des patients en HAD double entre 2006 et 2010 .....	7
Depuis 2011, le mode de développement de l'HAD se transforme .....	9
L'activité des établissements privés à but lucratif connaît la plus forte progression .....	10
Les pansements complexes deviennent la principale prise en charge, devant les soins palliatifs .....	12
La patientèle hospitalisée à domicile vieillit.....	14
... et les durées de séjour s'allongent .....	14
La part de l'HAD dans l'offre de soins de court et moyen séjour progresse.....	14
Bibliographie .....	17
Illustrations complémentaires .....	18

# Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016)

## Un essor important, en deux temps

---

**Léa Mauro**

L'hospitalisation à domicile (HAD) est un mode de prise en charge qui vient compléter ou se substituer à l'hospitalisation complète de court ou de moyen séjour en établissement de santé avec hébergement. Cette forme de prise en charge, au carrefour de l'hôpital et des soins de ville, développe une palette de soins techniques variés et comparables à ceux prodigués en établissement de santé, tout en proposant au patient le confort du maintien à domicile<sup>1</sup>. Les établissements\*<sup>2</sup> autorisés à réaliser cette activité sont rattachés à l'administration hospitalière selon deux configurations : soit ce sont des établissements autonomes, souvent associatifs, ne proposant que ce seul type d'hospitalisation ; soit ils sont rattachés à un autre établissement de santé généraliste, disposant de services de court ou de moyen séjour traditionnels. Un médecin rattaché à l'entité HAD coordonne la prise en charge, qui est réalisée soit par des salariés de l'établissement, soit par des professionnels libéraux.

À la fin des années 1950, les premières expérimentations d'HAD sont mises en place pour permettre aux patients cancéreux d'être pris en charge chez eux, dans un souci d'amélioration de leur qualité de vie. Le développement de l'HAD participe par la suite des mutations de l'offre de soins hospitalière, initiées depuis la fin des années 1980 et visant à améliorer l'efficience des dépenses de santé : « [...] son apport à une meilleure organisation du parcours de soins des patients pouvait être d'un grand intérêt en répondant à leurs attentes d'une meilleure qualité de vie tout en leur assurant une complète sécurité des soins et en contribuant à une plus grande efficience des dépenses d'assurance maladie dès lors que ses coûts pouvaient apparaître moins élevés que ceux supportés en hospitalisation conventionnelle » (Cour des comptes, 2015). En effet, tout comme l'hospitalisation partielle ou la chirurgie ambulatoire, l'HAD permet de réduire les coûts en raccourcissant ou en évitant l'hospitalisation complète conventionnelle.

Malgré sa vocation généraliste, l'HAD est particulièrement indiquée pour la prise en charge de patients complexes ou poly-pathologiques<sup>3</sup>. Elle répond ainsi aux besoins de soins croissants d'une population vieillissante, fragilisée par l'augmentation des maladies chroniques.

---

<sup>1</sup> Le domicile pouvant être le domicile personnel du patient ou l'établissement social ou médico-social qui en tient lieu.

<sup>2</sup> Dans cette étude, tous les termes suivis d'une \* sont définis dans l'*encadré 1*. Les données utilisées sont présentées dans l'*encadré 2*.

<sup>3</sup> À vocation généraliste, les établissements d'HAD peuvent toutefois développer des compétences propres ou des expertises spécialisées dans certains types de prise en charge (rééducation, pédiatrie, périnatalité, cancérologie).

## L'activité d'hospitalisation à domicile a plus que doublé en dix ans

En France, depuis ses premières expérimentations à la fin des années 1950, l'hospitalisation à domicile (HAD) s'est nettement développée. Après une longue période de structuration administrative et législative, l'HAD a connu un véritable essor à partir des années 2000. Une série de circulaires a défini le cadre de l'activité et levé les blocages à son développement<sup>4</sup>.

Cette volonté publique de développement de l'HAD s'est accompagnée d'une augmentation de l'offre de soins et de l'activité. En 2016, 313 établissements ont coordonné des prises en charge d'HAD, contre 170 en 2006 (*graphique 1*). Durant la même période, l'activité réalisée\* et les capacités de prise en charge\* ont plus que doublé (*graphique 2*). Ainsi, en 2016, 4,9 millions de journées d'HAD sont comptabilisées en France métropolitaine et dans les DROM, soit 2,6 fois plus qu'en 2006 (1,9 million de journées). Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément suit le même mouvement, passant de 6 900 en 2006 à 16 300 en 2016.

Le nombre de patients effectivement pris en charge chaque année a également nettement progressé : plus de 110 800 patients ont été pris en charge en HAD en 2016 (contre 44 000 en 2006) pour un total de 188 300 séjours (contre 82 200 en 2006, *graphique A en annexe*).

Ces évolutions ont conduit à une utilisation plus intensive des capacités de prise en charge : le taux de prise en charge\*, rapportant l'activité réalisée aux capacités disponibles en HAD, atteint 82 % en 2016, soit 4 points de plus qu'en 2006. Comparé au taux d'occupation des lits en hospitalisation complète conventionnelle, il se situe à un niveau intermédiaire entre le taux d'occupation observé en court séjour (75 % en 2015 pour les services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) et celui observé en moyen séjour (90 % pour les services de soins de suite et de réadaptation [SSR]).

Par ailleurs, le taux de recours national à l'HAD, c'est-à-dire le nombre de patients pris en charge par rapport à la population française, s'élève à 73 patients pour 1 000 habitants en 2016 alors qu'il était de 30 patients pour 1 000 habitants dix ans auparavant. Pour définir les objectifs nationaux de recours à l'HAD, les pouvoirs publics privilégient des taux journaliers<sup>5</sup>. Exprimé de cette façon, le taux de recours à l'HAD est de 20 patients par jour pour 100 000 habitants en 2016, contre 8 patients par jour pour 100 000 habitants en 2006 (*cartes A et B en annexe*).

---

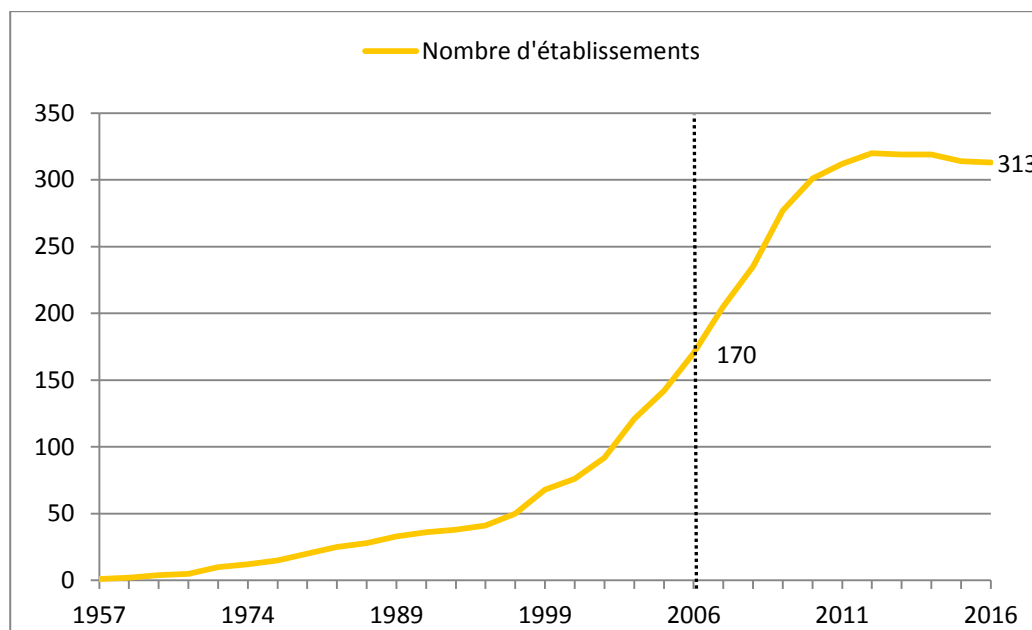
<sup>4</sup> Les principales étapes réglementaires sont brièvement rappelées dans l'encadré 3.

<sup>5</sup> Ces objectifs nationaux pour l'HAD sont décrits dans une circulaire de 2013 (voir encadré 3).

## ➤ Encadré 1 • Définitions

- > **Le nombre d'établissements** : pour cette étude, le terme « établissement » est utilisé pour désigner les entités géographiques dotées d'un numéro Finess, disposant d'une autorisation de soins d'HAD et ayant déclaré un PMSI-HAD au cours des années considérées, ou ayant répondu à l'enquête SAE (voir sources, *encadré 2*). Le nombre d'établissements d'HAD est cohérent avec les publications annuelles de la DREES sur les établissements de santé (Toutlemonde, 2017). En revanche, il est légèrement différent de celui publié dans les synthèses de l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH) [2016] ou de la Fédération nationale des établissements d'HAD (Fnehad) [2016]. D'abord, ces synthèses dénombrent seulement les entités ayant déclaré de l'activité dans le PMSI-HAD, alors qu'ici le champ est complété par les données de l'enquête SAE de la DREES. Ensuite, ces organismes communiquent souvent un nombre agrégé d'entités juridiques pour le secteur public, plutôt qu'un nombre d'entités géographiques.
- > **L'activité réalisée** : elle peut être comptabilisée en séjours ou en journées. Le séjour d'un patient correspond à la période comprise entre les jours d'admission et de sortie, c'est-à-dire entre le début et la fin de la prise en charge par l'équipe soignante. Pour cette étude, l'activité est comptabilisée en journées de présence dans l'année.
- > **Les 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. Déclaré par les établissements dans l'enquête SAE, ce nombre diffère de la file active de patients pris en charge effectivement dans l'année (nombre total de patients pris en charge, comptabilisé via le PMSI-HAD).  
Par le passé, le terme de « places » a été utilisé pour l'HAD, par analogie avec le nombre de lits et de places des services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou de soins de suite et de réadaptation (SSR). Dans les années 1990, un principe de « taux de change » était même appliqué pour les établissements de santé (voir encadré 3). Toutefois, cette analogie a ses limites : prendre en charge un « patient supplémentaire » au-delà des capacités de prise en charge de l'établissement ne pose pas les mêmes questions en HAD qu'en hospitalisation conventionnelle. En MCO, cela n'est possible qu'à condition d'ouvrir un nouveau lit, tandis qu'en HAD la « capacité maximale d'intervention » ne peut être limitée que par le manque de ressources en soignants, qu'ils soient salariés ou libéraux, pas par une saturation de la capacité d'hébergement. Le terme de « places d'HAD » a donc été abandonné depuis 2016 par la DREES. Il a été retiré du bordereau HAD de l'enquête SAE depuis le questionnaire de l'édition 2016.
- > **Le taux de prise en charge** : il est calculé comme le rapport entre le nombre de journées effectivement réalisées (indicateur d'activité) dans l'année sur le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément (indicateur d'offre). Il permet de mesurer l'intensité de l'utilisation des capacités de prise en charge en HAD, compte tenu des ressources en personnels et en matériel. C'est l'équivalent le plus proche du « taux d'occupation des lits » pour un service d'hospitalisation conventionnelle avec hébergement.
- > **Le mode de prise en charge principal** : 28 modes de prise en charge très divers sont autorisés en HAD. Il peut s'agir de soins complexes en lien avec une pathologie aiguë ou une maladie chronique, mais également de soins de réhabilitation, voire de soins palliatifs. Si plusieurs traitements se conjuguent au cours d'une même période, le mode de prise en charge principal est celui qui consomme l'essentiel des ressources en matériel, personnel, etc.
- > **La durée moyenne de séjour** : les séjours pouvant être incomplets dans l'année et se prolonger sur l'année suivante, la durée moyenne de séjour est calculée seulement pour les séjours terminés dans l'année.
- > **Les séjours mono prise en charge (mono séquence)** : ils sont homogènes en termes de prise en charge sur l'ensemble des séquences de soins du séjour, c'est-à-dire pour lesquels la situation clinique du patient (appréciée par la combinaison du mode de prise en charge principal, de l'éventuel mode associé et de son degré de dépendance) n'a pas varié durant toute la durée du séjour.

➤ Graphique 1 • Nombre d'établissements d'HAD de 1957 à 2016

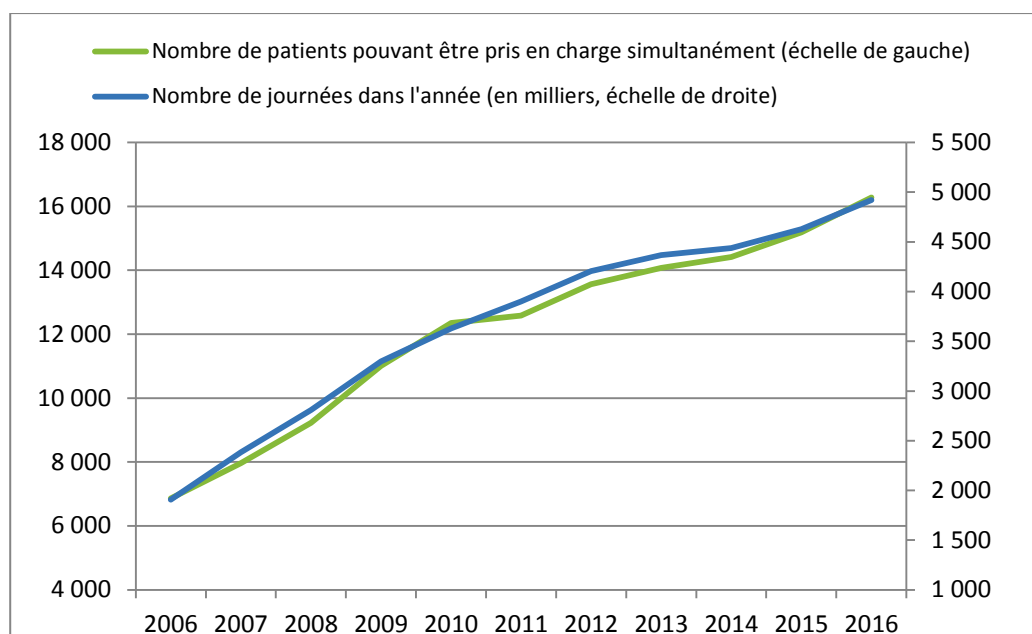


Lecture • En 2016, 313 établissements d'HAD sont comptabilisés, contre 170 en 2006.

Champ • France métropolitaine et DROM.

Sources • Sentilhes-Monkam (2005) pour la période 1957-2005 ; ATIH, PMSI-HAD ; DREES, SAE depuis 2006, traitements DREES.

➤ Graphique 2 • Activité réalisée et capacités de prise en charge en HAD de 2006 à 2016



Lecture • En 2016, les capacités d'HAD atteignent 16 300 patients pouvant être pris en charge simultanément et l'activité réalisée s'élève à 4,9 millions de journées.

Champ • France métropolitaine et DROM.

Sources • ATIH, PMSI-HAD ; DREES, SAE, traitements DREES.

## Le nombre de communes françaises ayant des patients en HAD double entre 2006 et 2010

Depuis dix ans, le déploiement de l'hospitalisation à domicile sur l'ensemble du territoire français a beaucoup progressé. Historiquement, les établissements d'HAD se sont d'abord implantés en zone urbaine avec une forte concentration en Île-de-France où sont situées les deux premières structures d'HAD françaises, créées à la fin des années 1950 (*encadré 3*). Il subsistait alors des zones sans recours à l'HAD<sup>6</sup>, essentiellement rurales.

Celles-ci se sont largement réduites depuis. En 2006, près d'un département sur cinq ne disposait d'aucune structure HAD (Valdelièvre, 2009), tandis qu'en 2016, tous les départements en disposent. En quatre ans, de 2006 à 2010, le nombre de communes<sup>7</sup> où au moins un patient est pris en charge en HAD a plus que doublé : 45 % des communes françaises comptent au moins un patient en HAD en 2010, contre 20 % en 2006 (*carte 1*). En 2016, le nombre de communes ayant au moins un patient en HAD atteint 47 %, soit à peine plus qu'en 2010 (*carte 2*).

### ➤ Encadré 2 : Sources

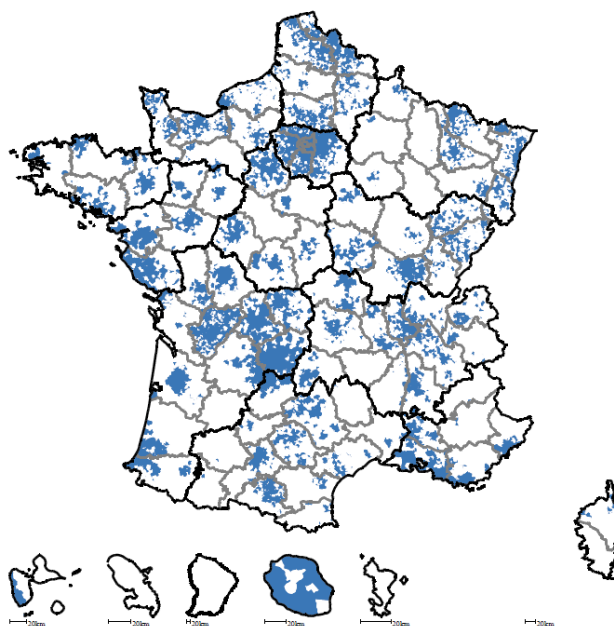
L'étude se concentre sur les années 2006-2016, pour lesquelles on dispose de données fiables, qui proviennent de deux sources :

- **Le programme de médicalisation des systèmes d'information sur l'HAD (PMSI-HAD)** a été mis en place par la DGOS et l'ATIH. Depuis 2005, il fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé exerçant une activité d'HAD. Le PMSI-HAD inclut tous les établissements de santé de France métropolitaine et des DROM, y compris le service de santé des armées (SSA), disposant d'une autorisation de pratiquer cette activité délivrée par les Agences régionales de santé (ARS). L'activité d'HAD peut se substituer aux activités hospitalières de médecine, chirurgie, odontologie et obstétrique (MCO) et de soins de suite et de réadaptation (SSR), mais pas de psychiatrie. Elle se distingue aussi des soins infirmiers et de dialyse à domicile. Le champ du PMSI-HAD est stable sur l'ensemble de la période 2006-2016. Les données de 2005, première année du PMSI-HAD, n'ont pas été exploitées pour des raisons de moindre qualité.
- **La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)** est une enquête conduite par la DREES auprès de l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation de soins, quels que soient leur secteur et leur activité. La SAE a été utilisée à la fois pour valider l'organisation des établissements donnée par le PMSI et pour le calcul des facteurs de production associés à cette activité (capacités) entre 2006 et 2016. Avant 2013, l'HAD n'était pas considérée comme une activité à part entière dans la SAE, mais comme un mode d'hospitalisation parmi d'autres. Les données de la SAE ne portaient pas exactement sur le même champ que le PMSI, ce qui a conduit à adapter les séries exploitées au champ du PMSI. Depuis 2013, un bordereau spécifique pour l'HAD, isolé des autres activités et portant sur le même champ que le PMSI, a été ajouté à la SAE. Des informations additionnelles sont renseignées depuis 2013, portant notamment sur l'organisation de l'activité (recours à la télémédecine) et sur le personnel. Toutefois, ces données ne sont pas encore considérées comme suffisamment fiables pour être mobilisées dans cette étude.

<sup>6</sup> Ces zones sont des groupes de communes où aucun patient n'a été hospitalisé à domicile durant un an. Il ne s'agit pas de zones inhabitées mais bien de zones, souvent moins peuplées, où aucun patient n'a recours à l'HAD.

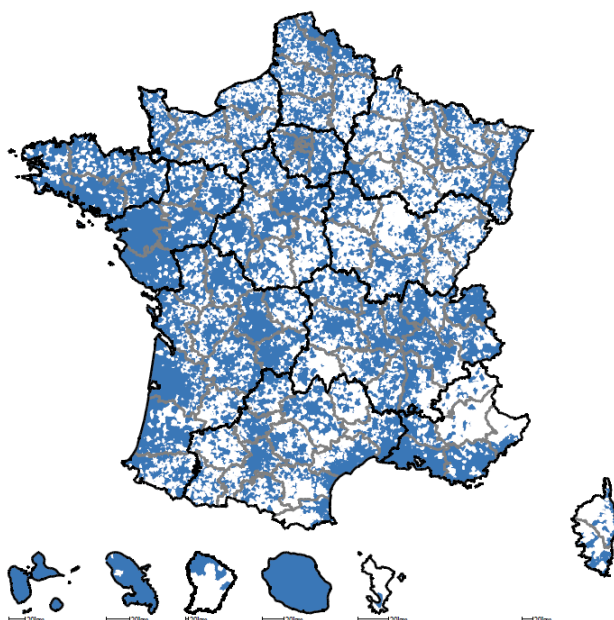
<sup>7</sup> Dans le PMSI-HAD, les codes postaux, parfois regroupés, permettent de repérer les patients pris en charge en HAD. Pour cette étude, des codes communes ont été imputés en fonction de la population de chaque code postal, afin d'obtenir un maillage plus fin du territoire national.

➤ Carte 1 • Communes de résidence des patients traités en HAD en 2006



**Lecture** • En 2006, 15 communes de Haute-Corse comptent au moins un patient en HAD. Il n'y en a aucune en Corse-du-Sud.  
**Champ** • France métropolitaine et DROM.  
**Source** • ATIH, PMSI-HAD, traitements DREES.

➤ Carte 2 • Communes de résidence des patients traités en HAD en 2016



**Lecture** • En 2016, 40 communes de Haute-Corse comptent au moins un patient en HAD. Il y en a 27 en Corse-du-Sud.  
**Champ** • France métropolitaine et DROM.  
**Source** • ATIH, PMSI-HAD, traitements DREES.



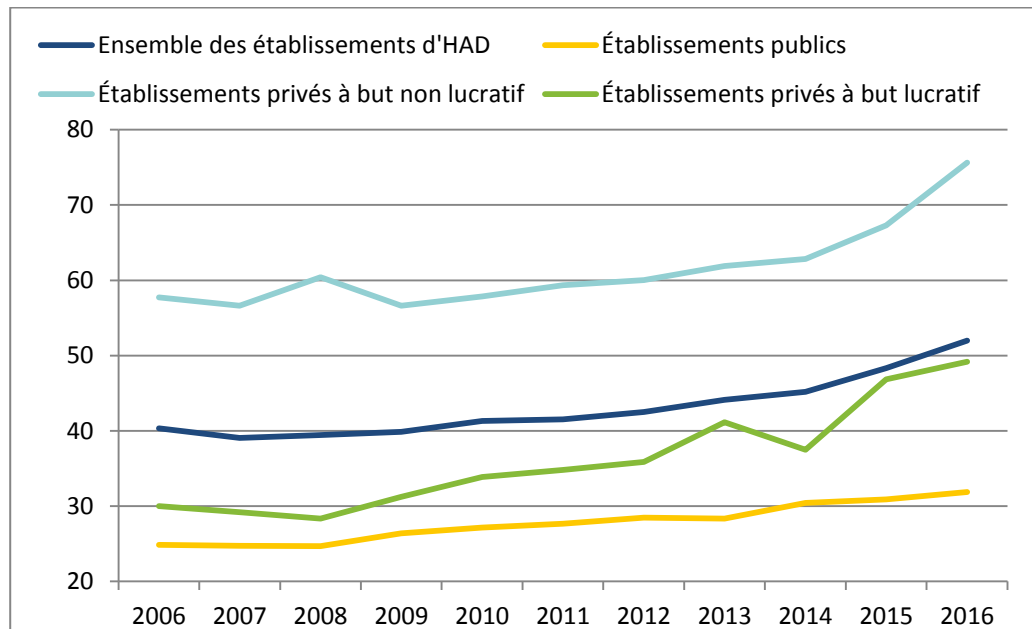
## Depuis 2011, le mode de développement de l'HAD se transforme

Entre 2006 et 2010, le mode de développement de l'HAD est donc plutôt « extensif », passant par l'installation de nouveaux établissements\* sur un grand nombre de territoires. L'augmentation du recours à l'HAD est nette, passant de 8 à 16 patients par jour pour 100 000 habitants entre 2006 et 2011.

Ce mode de développement se transforme depuis 2011, et passe désormais par l'augmentation des capacités et du volume d'activité des unités installées. Le nombre d'établissements d'HAD se stabilise (*graphique 1*) tandis que l'activité et les capacités continuent d'augmenter, à un rythme un peu moins soutenu que lors de la période précédente (*graphique 2*).

Les établissements d'HAD voient alors leur taille augmenter plus rapidement. Le nombre moyen de patients pouvant être pris en charge simultanément, globalement stable autour de 40 patients par établissement jusqu'en 2011, progresse pour atteindre 52 patients en 2016 (*graphique 3*). Le nombre moyen de journées par établissement progresse également plus vite : +4,4 % par an en moyenne entre 2011 et 2016, contre +2,0 % par an de 2006 à 2011 (*graphique 4*).

### ➤ Graphique 3 • Nombre moyen de patients pouvant être pris en charge simultanément par établissement

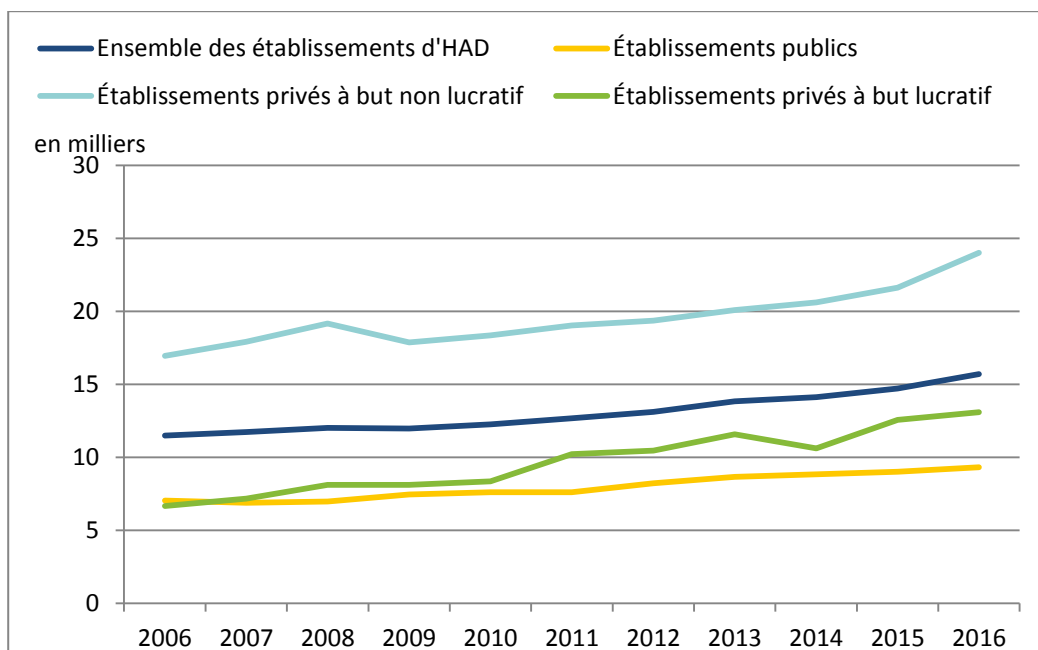


**Lecture** • En 2016, pour l'ensemble des établissements d'HAD, 52 patients peuvent être pris en charge simultanément par chaque établissement en moyenne. Les établissements publics d'HAD peuvent prendre en charge simultanément 32 patients en moyenne, les établissements privés à but non lucratif 76 patients en moyenne.

**Champ** • France métropolitaine et DROM.

**Source** • DREES, SAE ; traitements DREES.

## ➤ Graphique 4 • Nombre moyen de journées par établissement



**Lecture** • En 2016, pour l'ensemble des établissements d'HAD, on compte en moyenne 15 700 journées par établissement. Les établissements publics réalisent en moyenne 9 300 journées d'HAD, les établissements privés à but non lucratif 24 000.

**Champ** • France métropolitaine et DROM.

**Sources** • ATIH, PMSI-HAD; DREES, SAE, traitements DREES.

## L'activité des établissements privés à but lucratif connaît la plus forte progression

En dix ans, le nombre de journées et les capacités de prise en charge des établissements d'HAD ont augmenté quel que soit leur statut juridique (*graphique 5*). Les établissements privés à but lucratif participant à l'activité d'HAD ont connu l'essor le plus important. La part de l'activité réalisée par ces établissements a plus que triplé, passant de 4 % de l'activité totale en 2006 à 15 % en 2016.

En France, les secteurs public et privé à but non lucratif sont les secteurs historiques<sup>8</sup> de l'HAD (*encadré 3*). En 2016, le secteur associatif occupe toujours une place prédominante, réalisant 60 % de l'activité d'HAD (67 % en 2006). Le secteur public concentre, lui, 26 % de l'activité d'HAD (29 % en 2006). La répartition des capacités d'accueil selon le type d'établissement est identique à celle de l'activité (*graphique B en annexe*).

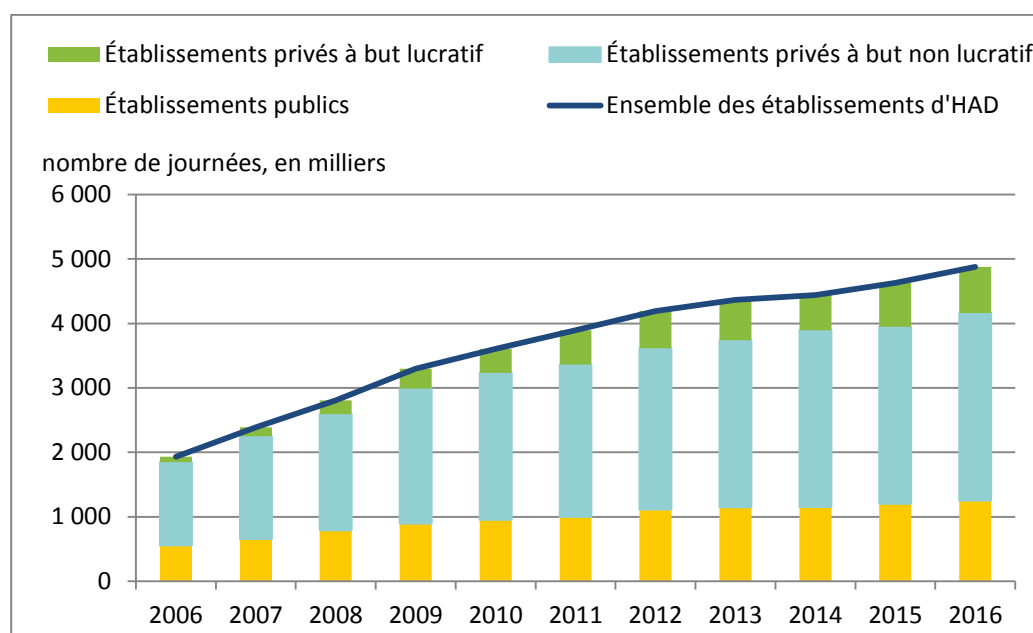
En 2016, le volume d'activité est très variable d'un établissement à l'autre. Alors que le nombre moyen de journées par établissement se situe autour de 15 700 journées par an, la moitié des établissements HAD seulement atteignent ou dépassent un seuil d'activité de

<sup>8</sup> Le premier établissement d'HAD est mis en place en 1957 par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) avec les hôpitaux Tenon et Saint-Louis. Un an après, le deuxième établissement d'HAD, « Santé service Île-de-France », ouvre avec l'aide de la Ligue contre le cancer, sous la forme d'une association régie par la loi 1901, spécialisée dans cette activité.

9 000 journées par an<sup>9</sup>, et près d'un quart sont en deçà des 5 000 journées. Ces petits établissements se caractérisent par un nombre moins élevé de patients pouvant être pris en charge simultanément mais aussi par des taux de prise en charge un peu moins élevés (environ 70 %, au lieu de 80 % pour la moyenne nationale).

Les établissements sont aussi de tailles différentes en fonction de leur statut juridique. Dans les établissements publics (à l'exception des centres hospitaliers universitaires – CHU), l'activité d'HAD est concentrée en grande majorité au sein des centres hospitaliers, en général dans de petits établissements : ils enregistrent 9 300 journées en moyenne en 2016 (*graphique 4*). Les établissements privés à but non lucratif sont les plus gros établissements (24 000 journées en moyenne en 2016). Mais ce secteur contient des établissements associatifs et des centres de lutte contre le cancer (CLCC) de tailles très différentes. 25 % des établissements associatifs réalisent 8 000 journées par an ou moins, tandis que 25 % atteignent 25 000 journées par an ou plus. Pour les CLCC, l'écart est encore plus grand, allant de 5 000 journées à 72 000 journées par an entre le plus petit et le plus gros établissement. Enfin, les établissements privés à but lucratif, de taille plus homogène, atteignent 13 100 journées en moyenne en 2016. Depuis 2006, le nombre moyen de journées par établissement a davantage augmenté pour ces derniers que pour le secteur public et le secteur privé à but non lucratif.

#### ➤ Graphique 5 • Activité des établissements d'HAD selon leur catégorie juridique



**Lecture** • En 2016, le nombre de journées réalisées pour l'ensemble des établissements d'HAD est de 4,9 millions. Les établissements publics ont réalisé 1,2 million de journées.

**Champ** • France métropolitaine et DROM.

**Sources** • ATIH, PMSI-HAD ; DREES, SAE, traitements DREES

<sup>9</sup> Le seuil minimal de 9 000 journées par an et par établissement est le premier objectif national quantifié défini pour l'HAD par les pouvoirs publics en 2006 (*encadré 3*).

## Les pansements complexes deviennent la principale prise en charge, devant les soins palliatifs

En dix ans, la répartition des modes de prise en charge principaux\* en HAD s'est également modifiée (tableau 1). Les soins liés aux pansements complexes et soins spécifiques (ulcères ou escarres, artérites, athéroscléroses par exemple) sont devenus le premier mode de prise en charge des établissements HAD (28 % de l'activité en 2016, contre 19 % en 2006). Cette activité se développe nettement, et ce pour les établissements privés, à but lucratif ou non, comme pour les établissements publics.

➤ Tableau 1 • Modes de prises en charge principaux, âges moyens et durées de séjour

Modes de prise en charge principaux regroupés*	Nombre de jours de présence (en milliers)			Âge moyen des patients (en années)			Durée moyenne des séjours terminés (en jours) en 2016		Part de séjours mono prise en charge dans les séjours terminés en 2016
	2006	2011	2016	2006	2011	2016	tous séjours	séjours mono prise en charge	
Pansements complexes et soins spécifiques	339	823	1 357	66	67	66	48	39	74%
Soins palliatifs	401	980	1 167	67	69	72	34	24	57%
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	298	535	586	58	59	58	47	33	68%
Soins de nursing lourds	168	323	428	72	71	73	70	50	62%
Traitements intraveineux	98	220	365	54	56	59	19	12	76%
Soins techniques de cancérologie	130	203	288	60	62	65	8	5	93%
Autres motifs**	240	205	235	52	58	59	20	12	77%
Périnatalité	142	243	206	24	30	31	10	10	95%
Post-traitement chirurgical	-	209	149	-	45	62	26	17	77%
Rééducation-réadaptation-éducation	119	156	136	57	64	59	33	24	64%
Sortie précoce de chirurgie	-	-	3	-	-	62	17	11	79%
<b>Ensemble des modes de prise en charge</b>	<b>1 792</b>	<b>3 895</b>	<b>4 920</b>	<b>52</b>	<b>57</b>	<b>62</b>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>76%</b>

\* Les modes de prise en charge principaux sont enregistrés à l'admission et agrégés selon un regroupement médical logique.

\*\* Les autres motifs regroupent la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non classés ailleurs (nca).

Notes • Les durées moyennes sont calculées pour tous les séjours terminés de l'année 2016.

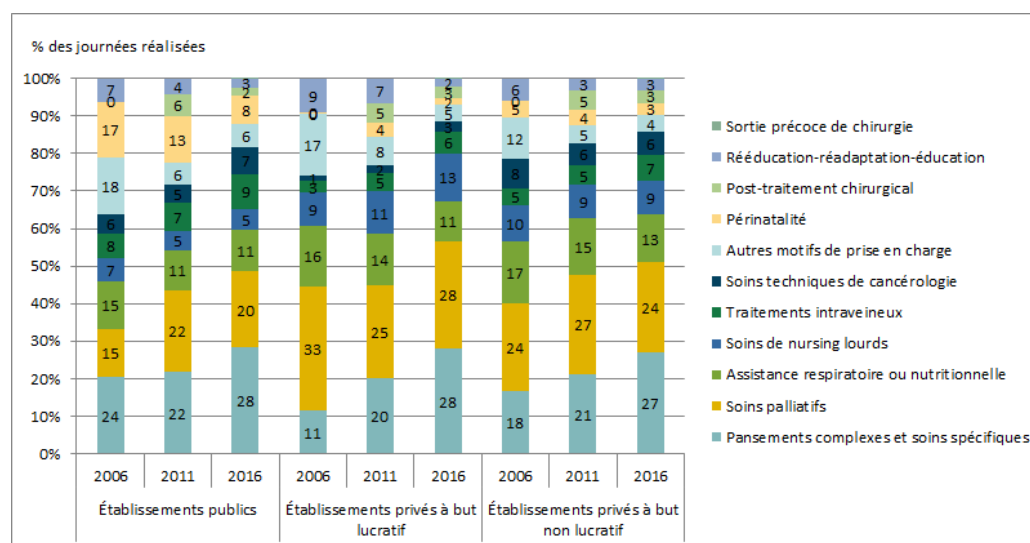
Lecture • En 2016, 1,3 million de journées ont été réalisées en HAD pour le mode de prise en charge « pansements complexes et soins spécifiques », contre 0,3 million en 2006. Pour cette activité, les patients avaient en moyenne 66 ans en 2006 comme en 2016. La durée moyenne de leur séjour était de 48 jours en 2016, 39 jours en se restreignant aux séjours mono prise en charge (76 % de ces séjours, voir définition, encadré 1).

Champ • France métropolitaine et DROM.

Source • ATIH, PMSI-HAD ; traitements DREES.

Le deuxième mode de prise en charge le plus fréquent concerne les soins palliatifs<sup>10</sup> (24 % de l'activité en 2016, contre 22 % en 2006). Très répandue depuis 2006 pour les patients atteints de cancers, notamment dans les établissements privés, à but lucratif ou non, cette activité s'est également développée dans établissements publics, passant de 15 % à 20 % de leur activité (graphique 6). Cependant, depuis 2011, l'activité de soins palliatifs augmente nettement moins, tout comme l'activité d'assistance respiratoire ou nutritionnelle.

➤ Graphique 6 • Modes de prise en charge principaux selon la catégorie juridique



**Note** • Les modes de prise en charge principaux considérés sont enregistrés à l'admission et agrégés selon un regroupement médical logique. 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 classés ailleurs.

**Lecture** • En 2016, le mode de prise en charge « pansements complexes et soins spécifiques » représente 28 % de l'activité (en journées) réalisée par les établissements publics d'HAD, contre 24 % de leur activité en 2006.

**Champ** • France métropolitaine et DROM.

**Sources** • ATIH, PMSI-HAD; DREES, SAE, traitements DREES.

Moins fréquents en HAD, les soins de nursing lourds<sup>11</sup>, les traitements intraveineux médicamenteux<sup>12</sup> et les soins de cancérologie (essentiellement chimiothérapies anticancéreuses) continuent de se développer dans les établissements HAD. Enfin, les soins liés à la périnatalité (suivis *ante-* et *post-partum* pathologiques et soins du nouveau-né à risque), plus développés dans les établissements publics, sont de moins en moins réalisés en HAD. En effet, depuis 2011, la Haute Autorité de santé (HAS) publie des recommandations de bonnes pratiques afin de mieux définir les contours de cette activité (HAS, 2011). Ainsi, les retours précoces à domicile après accouchement, qui relèvent plutôt d'autres types d'établissements<sup>13</sup>, ont peu à peu été supprimés du champ de l'HAD.

<sup>10</sup> En HAD, le périmètre des soins palliatifs est défini par une circulaire du 25 mars 2008 et l'activité est contrôlée par l'Assurance maladie depuis 2009. L'accompagnement de la fin de vie en HAD est ainsi restreint au champ des soins palliatifs sur la deuxième partie de la période considérée ici.

<sup>11</sup> Les soins de nursing lourds regroupent des soins infirmiers dispensés à des malades plus dépendants que pour des soins infirmiers classiques. Les patients sont souvent en perte d'autonomie ou en fin de vie.

<sup>12</sup> Les médicaments utilisés pour ces traitements sont réservés à l'usage hospitalier et ne pourraient pas être utilisés par des professionnels libéraux en ville.

<sup>13</sup> Comme par exemple les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou les protocoles Prado (Programmes de retour à domicile) instaurés par l'Assurance maladie depuis 2010.

## **La patientèle hospitalisée à domicile vieillit...**

Si les principaux modes de prise en charge en HAD ne sont plus les mêmes en 2016 que dix ans avant, les caractéristiques des patients concernés ont également évolué. En particulier, l'âge moyen des patients pris en charge en HAD a nettement augmenté, passant de 52 ans en 2006 à 62 ans en 2016. C'est surtout le cas pour la patientèle prise en charge pour des soins palliatifs, des traitements intraveineux et des soins techniques de cancérologie.

## **... et les durées de séjour s'allongent**

Les principales prises en charge en HAD sont à la fois celles qui ont les durées de séjour les plus longues et la patientèle la plus âgée. Correspondant à des pathologies et donc des prises en charge plus lourdes et médicalisées, les séjours contenant plusieurs séquences de soins différentes (séjours multi prise en charge\*) sont également plus fréquents pour ces activités (*tableau 1*).

La durée moyenne de l'ensemble des séjours en HAD a augmenté de 6 jours en dix ans, atteignant 28 jours en 2016. C'est pour partie le résultat du poids croissant de deux modes de prises en charge dont les durées moyennes de séjour\* sont structurellement les plus longues : les pansements complexes (48 jours) et les soins de nursing lourds (70 jours). Pour ces deux types de prise en charge, dont l'activité a le plus progressé depuis 2011, l'âge moyen des patients est élevé (respectivement 66 et 73 ans) mais n'a pas augmenté depuis dix ans.

## **La part de l'HAD dans l'offre de soins de court et moyen séjour progresse**

L'HAD s'est développée un peu moins rapidement qu'envisagé par les pouvoirs publics. En 2006, la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS)<sup>14</sup> du ministère de la santé recommandait d'atteindre une capacité totale de 15 000 places d'HAD\* à horizon 2010<sup>15</sup> (*encadré 3*). Cette capacité totale a finalement été atteinte pour l'ensemble du territoire en 2015. En 2013, de nouveaux objectifs insistent plutôt sur la nécessité de viser des taux de recours homogènes d'au moins 30 à 35 patients par jour pour 100 000 habitants dans chaque région<sup>16</sup>. En 2016, six départements seulement ont atteint un taux supérieur à 30 par jour pour 100 000 habitants. Ainsi, les établissements d'HAD s'agrandissent mais ils restent encore assez hétérogènes en taille, et certaines inégalités persistent dans le recours à l'HAD en fonction des territoires (*cartes A et B en annexe*).

En 2016, l'HAD reste minoritaire dans l'offre de soins de court et moyen séjour. La part de la dépense remboursée par l'Assurance maladie (AM) aux hôpitaux pour l'HAD est faible

---

<sup>14</sup> La DHOS est devenue en 2010 la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

<sup>15</sup> Fin 2010, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) constate l'échec de ce premier objectif national quantifié dans un rapport (IGAS, 2010).

<sup>16</sup> C'est un changement de paradigme complet, qui remplace des objectifs sur l'offre (l'activité potentielle) par des objectifs en termes d'activité réalisée, mais aussi des objectifs par établissement par des objectifs par territoire. Des premiers résultats intermédiaires concernant ces nouveaux objectifs sont relevés dès 2015 au niveau national (Cour des comptes, 2015) et dans certaines régions (Merlière, 2015).

(914 millions d'euros, soit 0,5 % des dépenses de l'AM et 1 % de la dépense courante hospitalière). Mais avec 5,0 % du nombre total de journées d'hospitalisation complète en court et moyen séjour, l'HAD occupe désormais une place deux fois plus importante qu'en 2006 (2,1 %), ce qui indique une nette progression de l'HAD dans l'offre de soins hospitalière.

### ➤ Encadré 3 : Historique et réglementations

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue aujourd'hui une modalité d'hospitalisation à part entière, définie par le code de la santé publique et un ensemble de circulaires. Elle apporte des soins qui se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes, ainsi que par la nécessité d'une coordination médicale. Les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile sont soumis aux mêmes obligations que les établissements d'hospitalisation conventionnels avec hébergement (sécurité, qualité et continuité des soins) et sont certifiés par la Haute Autorité de santé (HAS).

#### **1957-2000 : naissance et longue structuration juridique de l'HAD**

En 1951, la première expérimentation d'hospitalisation à domicile est menée par l'hôpital Tenon (AP-HP) et aboutit à la création du premier établissement d'HAD public en 1957. En 1958, Santé Service, le deuxième établissement d'HAD, associatif, voit le jour. Le premier objectif est de désencombrer les hôpitaux des malades dont les séjours se prolongent trop, notamment pour des raisons sociales, et d'améliorer la qualité de vie de ces patients. Dès le début, l'HAD s'appuie en partie sur la médecine libérale pour dispenser les soins à domicile. La loi hospitalière de 1970, suivie de la circulaire de 1974, permet une première structuration médicale et administrative de l'HAD. Dès 1986, le champ d'intervention de l'HAD est élargi à l'ensemble des patients requérant des soins comparables à ceux réalisées en hospitalisation conventionnelle, au-delà des sorties d'établissement. Mais la reconnaissance légale de l'hospitalisation à domicile comme un substitut à part entière à l'hospitalisation traditionnelle intervient seulement avec la loi hospitalière de 1991 et les décrets de 1992.

#### **2000-2010 : essor de l'HAD et premiers objectifs nationaux quantifiés**

En 2000, une circulaire de la DHOS indique que 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. En 2003, une ordonnance supprime le « taux de change » qui limitait la création de places d'HAD à une simple substitution en fonction de la suppression de lits en hospitalisation conventionnelle. En 2006, le Plan Solidarité Grand Âge 2007-2012 préconise le maintien à domicile et le développement de l'offre et des services de soins à domicile (HAD, SSIAD). Une circulaire spécifique à l'HAD rappelle son caractère polyvalent et généraliste et fixe un premier objectif national : une activité minimale de 9 000 journées par an et par établissement. En 2007, un décret autorise la prise en charge de résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non (EHPAD ou EHPA). En 2009, la loi HPST fait de l'HAD une appellation protégée, reconnaît l'activité comme une modalité d'hospitalisation à part entière faisant partie des missions d'un établissement de santé (obligatoirement certifié et devant garantir la continuité des soins 24h sur 24 et 7 jours sur 7).

#### **2011-2016 : nouveaux objectifs et nouvelles mutations**

En 2012, des décrets ouvrent le champ d'intervention à tous les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. En 2013, une circulaire spécifique à l'HAD inscrit le développement de l'HAD dans une stratégie nationale de santé. Cette circulaire définit quatre objectifs que les ARS doivent satisfaire afin de structurer l'offre sur le territoire. Outre le taux de recours régional à atteindre, la circulaire indique qu'il faudrait, entre 2014 et 2018, doubler la part de l'HAD par rapport à l'hospitalisation classique ou conventionnelle : court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et moyen séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR). Au seuil minimal d'activité de 2006, jugé insuffisant, se substitue un objectif de recours tenant compte du bassin de population : il fixe un taux plancher régional à atteindre en 2018, compris entre 30 et 35 patients par jour pour 100 000 habitants. Par ailleurs, la circulaire préconise aussi de continuer à favoriser la prescription de l'HAD par les médecins de ville, d'évaluer la pertinence du recours à l'HAD (en s'appuyant notamment sur des référentiels publiés par l'HAS) et enfin de garantir la continuité des soins, obligatoire pour tout établissement de santé. Pour assurer ce dernier objectif, un décret de 2017 autorise le médecin coordonnateur de l'HAD à intervenir en l'absence du médecin traitant. Dans la lignée de la circulaire, le Plan national « Soins Palliatifs 2015-2018 » conforte la place de l'HAD pour le développement de cette prise en charge particulière en fixant des objectifs de prescription à tous les établissements de santé et en encourageant la coopération entre HAD et SSIAD pour améliorer le parcours des patients.



## Bibliographie

ATIH (2017, octobre). *Analyse de l'activité hospitalière 2016*. Rapport annuel (synthèse et chiffres clés thématiques).

Cour des comptes (2015, décembre). *L'hospitalisation à domicile, évolutions récentes*. Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale.

Toutlemonde F. (dir.) (2017, juin). *Le panorama des établissements de santé – édition 2016*. DREES, coll. Panoramas de la DREES.

Durand N., Lannelongue C., Legrand P., Dr. Marsala V. (2010, novembre). *Hospitalisation à domicile, Tome 1 Rapport définitif*. Igas.

Fnehad (2016, octobre). *Chiffres clés : l'hospitalisation à domicile en 2015 – édition 2015*. Annexe du rapport d'activité annuel de la Fnehad.

HAS (2011, avril). *Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum*. Recommandation de bonne pratique.

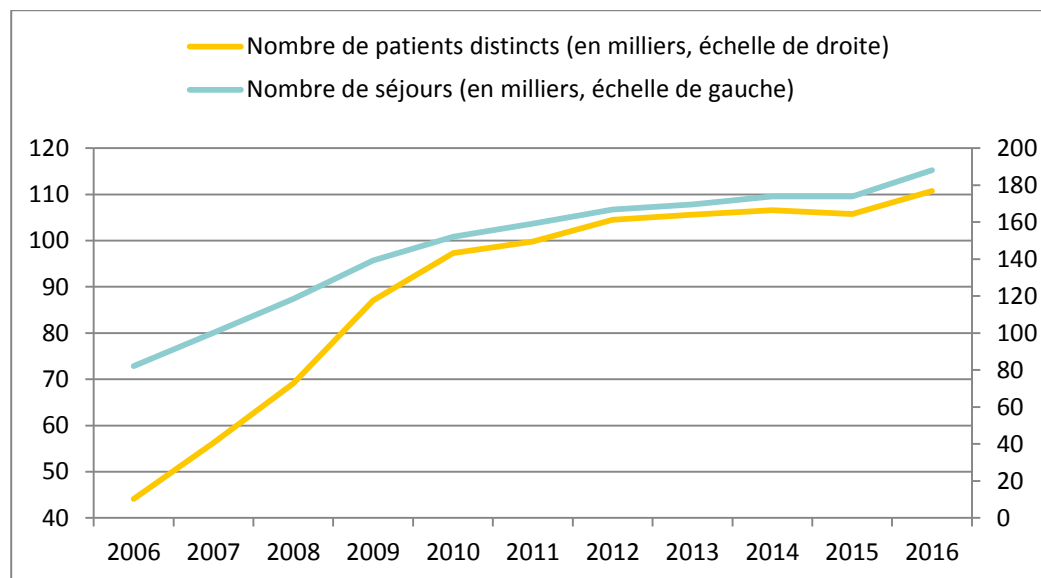
Merlière S. (2015, octobre). *L'hospitalisation à domicile (HAD) en Poitou-Charentes*. ARS Poitou-Charentes, coll. Com'Stat, n°13.

Sentilhes-Monkam A. (2005). *Rétrospective de l'hospitalisation à domicile. L'histoire d'un paradoxe*. *Revue française des affaires sociales*, 2005/3 (n°3), p.157-182.

Valdelièvre H., Chaleix M., Afrite A., Com-Ruelle L. (2009, juillet). *Les structures d'hospitalisation à domicile*. DREES, coll. Études et Résultats, n° 697.

## Illustrations complémentaires

### ➤ Graphique A • Nombres de patients et de séjours en HAD

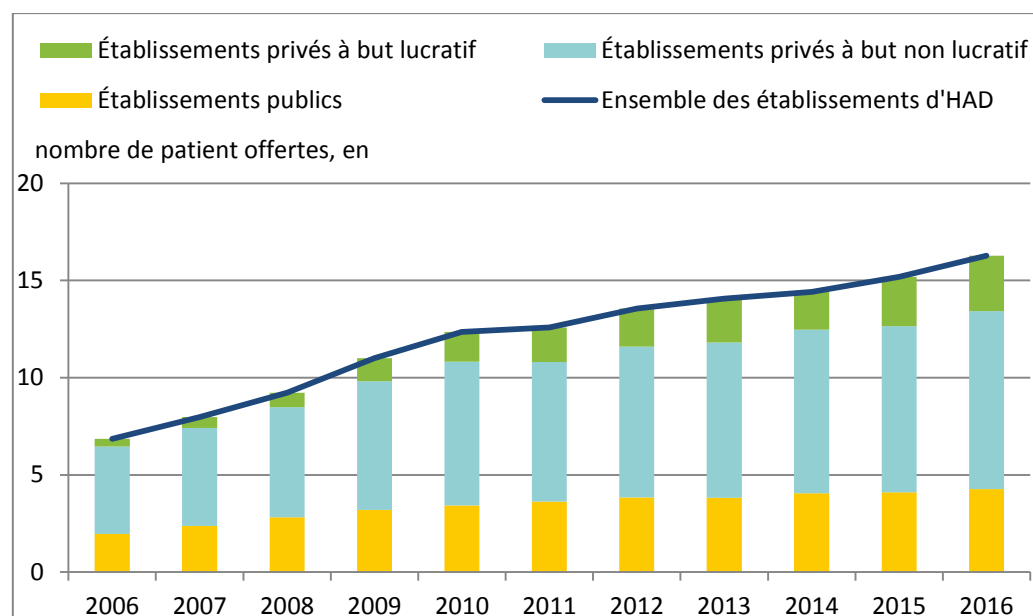


Lecture • En 2016, 110 800 personnes ont été prises en charge et 188 300 séjours réalisés en HAD.

Champ • France métropolitaine et DROM.

Sources • ATIH, PMSI-HAD, traitements DREES.

### ➤ Graphique B • Capacités de prise en charge des établissements selon leur catégorie juridique

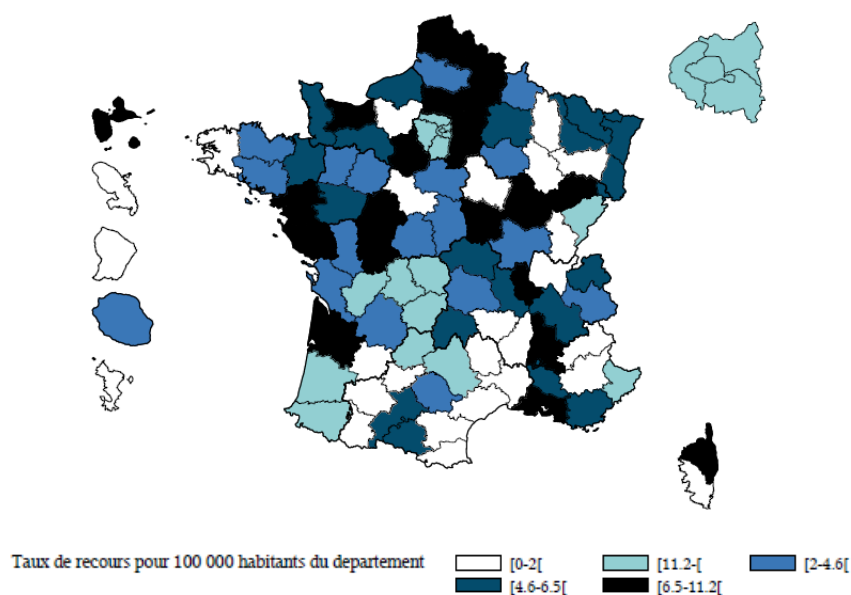


Lecture • En 2016, le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément pour l'ensemble des établissements d'HAD est de 16 300. Les établissements publics peuvent prendre en charge simultanément 4 300 patients en moyenne.

Champ • France métropolitaine et DROM.

Source • DREES, SAE ; traitements DREES.

➤ Carte A • Taux de recours bruts à l'HAD par départements en 2006

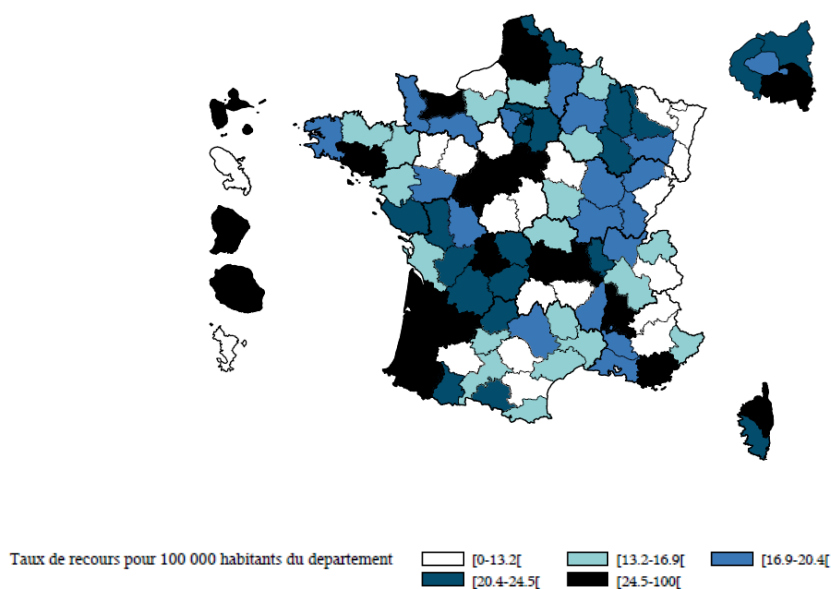


**Note** • Le taux de recours brut à l'HAD est calculé comme le nombre de journées en HAD, rapportées à la population. Les bornes choisies correspondent à une répartition en quintiles.

**Champ** • France métropolitaine et DROM.

**Sources** • ATIH, PMSI-HAD ; Insee, estimations de population au 1<sup>er</sup> janvier 2006 ; traitements DREES.

➤ Carte B • Taux de recours bruts à l'HAD par départements en 2016



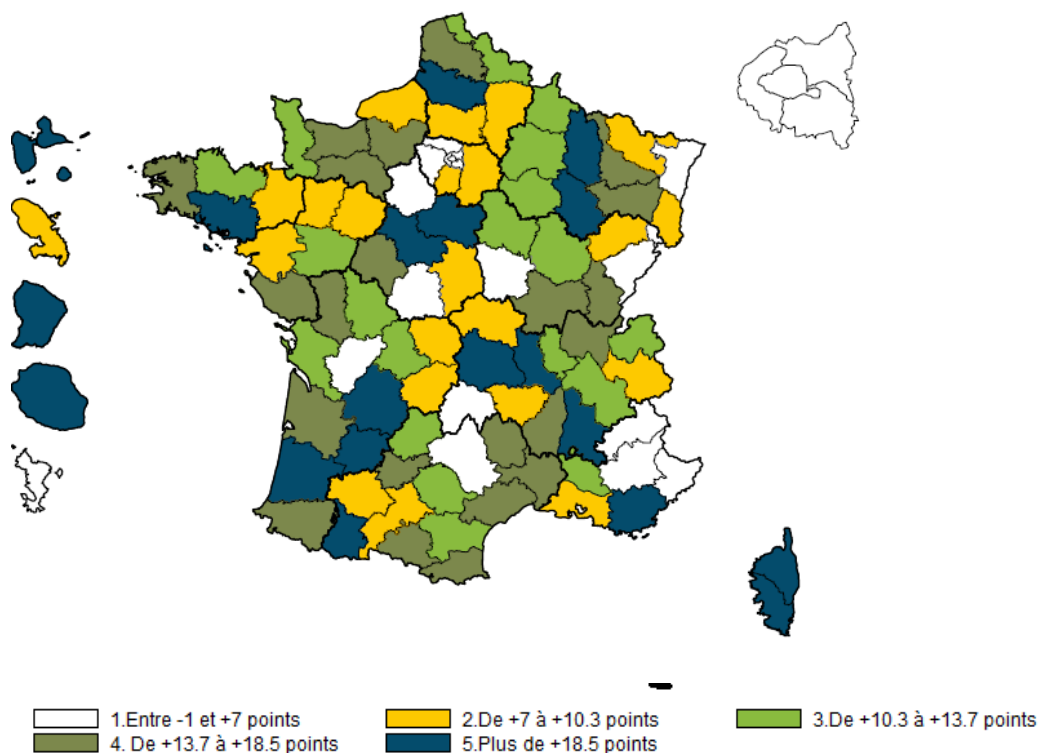
**Note** • Le taux de recours brut à l'HAD est calculé comme le nombre de journées en HAD, rapportées à la population. Les bornes choisies correspondent à une répartition en quintiles.

**Lecture** • En 2016, le taux de recours à l'HAD pour la Haute Corse est supérieur à 24,5 jours pour 100 000 habitants. Ce département fait partie des 20 départements ayant les taux de recours à l'HAD les plus élevés (dernier quintile de la distribution).

**Champ** • France métropolitaine et DROM.

**Sources** • ATIH, PMSI-HAD ; Insee, estimations de population au 1<sup>er</sup> janvier 2013 ; traitements DREES.

➤ Carte C • Évolution du taux de recours à l'HAD, par départements, entre 2006 et 2016



**Note** • Le taux de recours brut à l'HAD est calculé comme le nombre de journées en HAD, rapportées à la population. Les bornes choisies correspondent à une répartition en quintiles.

**Lecture** • Entre 2006 et 2016, le taux de recours à l'HAD pour la Haute Corse a augmenté de plus de 18,5 points.

**Champ** • France métropolitaine et DROM.

**Sources** • ATIH, PMSI-HAD ; Insee, estimations de population au 1<sup>er</sup> janvier 2013 ; traitements DREES.

## **Les dossiers de la DREES**

Décembre 2017 /// N°23

### **Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016)**

**Directeur de la publication**

Jean-Marc Aubert

**Responsable d'édition**

Souphaphone Douangdara

**Création graphique**

Philippe Brulin

**ISSN**

2495-120X



Ministère des Solidarités et de la Santé  
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP  
Retrouvez toutes nos publications sur [drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr)