

Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n°3 : améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins

Indicateur n° 3-2 : Nombre de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) pour 1 000 journées d'hospitalisation complète

Finalité : plusieurs types de prises en charges peuvent se substituer à l'hospitalisation complète ou la relayer lorsque l'état du patient le permet : l'hospitalisation à domicile, l'hospitalisation de jour, les prises en charge en séance (notamment pour la chirurgie ambulatoire, l'hémodialyse, la radiothérapie, les soins de suite et de réadaptation...), l'offre médico-sociale (services de soins infirmiers à domicile - SSIAD), l'offre de ville relevant des professionnels libéraux (médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, maisons de santé), ou encore par des réseaux de santé.

Cet indicateur permet de mesurer le développement de l'une de ces modalités : l'hospitalisation à domicile (HAD). Celle-ci permet la prise en charge à domicile des malades présentant des pathologies aiguës ou chroniques qui nécessitent des soins complexes ou d'une technicité spécifique requérant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire et coordonnée. L'HAD favorise le continuum de la prise en charge, entre l'hospitalisation traditionnelle et les soins de ville, dès lors que les indications respectives sont clairement respectées et évaluées. Elle répond souvent à une demande des patients qui souhaitent et peuvent rester à leur domicile et est, en outre, considérée comme un mode de prise en charge efficient susceptible de diminuer le coût des soins pour la collectivité pour autant que ses interventions s'inscrivent dans une rationalisation de l'organisation de l'ensemble de l'offre de soins au niveau territorial.

Précisions sur les prises en charge en HAD : l'activité d'HAD se substitue ou relaie l'hospitalisation au sein d'un établissement de santé et apporte ses compétences au domicile du patient en coordonnant son activité avec celle du médecin traitant. Ce dispositif a l'avantage de prendre en compte l'environnement sanitaire et médico-social participant à la prise en charge du patient en amont ou en aval de l'HAD.

La prescription d'HAD est faite soit par un médecin hospitalier, pour permettre un retour précoce à domicile lorsque l'hospitalisation traditionnelle n'est plus nécessaire, soit par le médecin référent du malade avec l'objectif d'éviter une telle hospitalisation.

L'HAD, est aussi complémentaire de l'activité des autres intervenants au domicile du patient, tels que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou les professionnels libéraux, desquels elle se distingue par le type de soins qu'elle dispense, par l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire et par la coordination médicale des soins.

Résultats : l'évolution du nombre de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète de 2005 à 2010 est présentée ci-dessous :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Objectif
Journées d'HAD	1 896 175	2 310 895	2 717 996	3 131 838	3 527 984	3 833 672	
Journées d'hospitalisation complète	134 902 595	134 305 868	134 072 705	132 899 253	128 046 368	123 817 004	
Nombre de journées d'HAD pour 1000 journées d'hospitalisation complète	14,1	17,2	20,3	23,6	27,6	31,0	Hausse

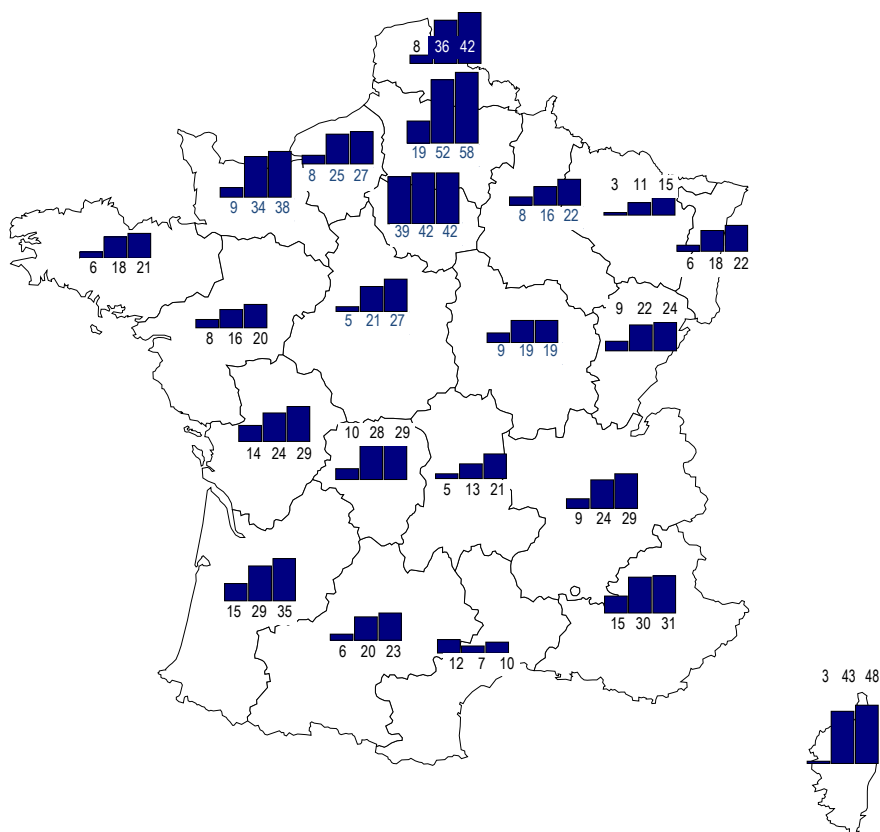
Source : SAE - DREES, traitements DSS, champ : France entière.

La part de l'HAD dans la structure de l'offre de soins hospitaliers a augmenté très significativement depuis 2005. En effet, le nombre de journées HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète, qui s'élevait, en moyenne, à 14 en 2005 en France est passé, à 31 en 2010. Ceci illustre la modification des pratiques et le développement rapide de ce mode de prise en charge ces dernières années, principalement dans les disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et de psychiatrie.

L'augmentation du nombre de journées d'HAD peut être observée dans l'ensemble des régions de France métropolitaine. Les disparités régionales restent cependant importantes en 2010 : le nombre de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète s'élève à 10 en Languedoc-Roussillon, contre près de 58 en Picardie, pour une moyenne métropolitaine à 30.

Le rythme de développement de l'HAD entre 2005 et 2010 a été variable selon les régions. L'observation des évolutions récentes semble montrer une amélioration de la situation des régions les plus en retard. Ainsi, les quatre régions dans lesquelles le ratio a augmenté le plus vite entre 2009 et 2010 sont les quatre régions dont le nombre de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète était le plus faible en 2009 (Languedoc-Roussillon, Lorraine, Auvergne et Champagne-Ardenne). A l'inverse, les régions pour lesquelles le taux connaît une évolution particulièrement modérée, voire diminuée, entre 2009 et 2010 (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, et Limousin) sont des régions dans lesquelles l'HAD était déjà relativement développée en 2009. D'autres régions où l'offre d'HAD était déjà développée en 2009 voient cette tendance se poursuivre à un rythme soutenu entre 2009 et 2010 (Corse, Picardie, + 12 %).

Nombre de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète, par région, en 2005, 2009 et 2010



Source : SAE-DREES, traitement DSS, champ : France métropolitaine

L'hétérogénéité du développement de l'HAD entre régions reste néanmoins difficile à interpréter, l'offre d'HAD s'étant souvent historiquement positionnée au sein de l'offre générale de soins de chaque région (ville et hôpital) en fonction des structures existantes et pour couvrir des besoins spécifiques non pris en charge par d'autres structures. Les prises en charge spécialisées qu'elle développe dans certaines régions en témoignent.

Construction de l'indicateur : le ratio nombre de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète est calculé comme le rapport du nombre de journées HAD et le nombre de journées d'hospitalisation complète. Il est calculé pour chaque région, multiplié par 1 000.