

En 2015, la moitié des patients admis en hospitalisation à domicile (HAD) ont 65 ans ou plus. Les femmes sont prises en charge plus jeunes, 22 % de leurs séjours concernant la périnatalité. Les soins palliatifs, de cancérologie, les pansements complexes et la périnatalité sont les principaux motifs d'admission (deux tiers des séjours). Les séjours pour pansements complexes sont les plus longs (39 jours contre 19 en moyenne, tous motifs confondus) et les soins palliatifs concernent les patients les plus dépendants. À l'inverse, les séjours de cancérologie durent en moyenne 6 jours et 94 % des patients sont autonomes ou faiblement dépendants. Les deux tiers des patients d'HAD proviennent d'un établissement de santé et un tiers est hospitalisé ou réhospitalisé à la suite de l'HAD.

Depuis sa mise en place en 1957, l'hospitalisation à domicile (HAD) concerne « les malades de tous âges – enfants, adolescents, adultes – atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et/ou instables qui, en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile, relèveraient d'une hospitalisation complète ».

L'HAD, activité multiforme, doit s'adapter à des prises en charge variées

Les soins palliatifs, de cancérologie, les pansements complexes et soins spécifiques, et la périnatalité sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD en nombre de séjours (65 % des séjours, graphique de la fiche 20, « Les structures d'hospitalisation à domicile »). La durée des séjours en HAD varie beaucoup suivant le motif d'admission. Les pansements complexes et soins spécifiques, les soins palliatifs, l'assistance respiratoire et nutritionnelle, et les soins de nursing lourds donnent lieu à des séjours bien plus longs, et qui concernent des patients plus dépendants. Ainsi, si l'on considère les séjours terminés et monoséquences¹, les séjours pour soins de nursing lourds durent en moyenne 51 jours, contre 19 jours pour la moyenne des séjours en HAD. Ils sont 6 fois plus longs qu'un séjour de périnatalité (9 jours) et 9 fois plus longs qu'un séjour pour soins en cancérologie (6 jours). En périnatalité, les séjours concernent des post-partum

pathologiques (57 %), la surveillance des grossesses à risque (26 %) ou la prise en charge des nouveau-nés à risque (14 %). Les retours précoces à domicile après accouchement ne sont plus admis comme motif de prise en charge en HAD depuis mars 2015, si bien qu'ils ne correspondent plus qu'à 3 % des séjours en 2015, contre 15 % en 2014. Les soins de chimiothérapie anticancéreuse constituent, eux, le gros des séjours de cancérologie (65 %), le reste concernant la surveillance postchimiothérapie.

Le degré de dépendance des patients, lié notamment à leur âge, varie nettement suivant le mode de prise en charge et explique pour partie la plus ou moins longue durée des séjours. En périnatalité ou en cancérologie, les patients sont plus jeunes, autonomes ou faiblement dépendants, alors que les patients en soins de nursing lourds sont, par définition, des malades ayant perdu toute autonomie (tableau). Les patients en HAD pour assistance respiratoire ou nutritionnelle et pour soins palliatifs sont également parmi les patients les plus dépendants (respectivement 75 % et 65 % moyennement à fortement dépendants).

La moitié des séjours d'HAD concerne les personnes âgées

En 2015, l'HAD concerne des patients de tous les âges – de la naissance à la fin de vie (graphique 1). Cependant, même si l'HAD n'a pas pour mission

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

de répondre spécifiquement à leurs besoins, les personnes âgées constituent une population cible de plus en plus importante. En 2015, les patients âgés de 65 ans ou plus totalisent 50 % des séjours (dont 22 % pour les 80 ans ou plus). Les enfants et adolescents (15 ans au plus) concentrent, eux, 7 % des séjours, dont 4 % pour les nourrissons.

Pour les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (85 % des séjours). Dans cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent un séjour sur quatre. Pour les femmes, la périnatalité reste le premier motif de prise en charge (22 % des séjours contre 30 % en 2014), pour les 25-30 ans principalement (*supra*).

Tableau Répartition des séjours selon le mode de prise en charge principal et le degré de dépendance du patient observés à l'admission

Modes de prise en charge principaux regroupés ¹	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours monoséquences terminés en 2015 ²	Degré de dépendance globale du patient observé à l'admission			
			Durée moyenne (en journées)	Patients complètement autonomes (en %)	Patients faiblement dépendants (en %)	Patients moyennement dépendants (en %)	Patients fortement dépendants (en %)
Soins palliatifs	34	1 055	24	1	24	39	36
Soins techniques de cancérologie	29	266	6	53	42	5	1
Pansements complexes et soins spécifiques	28	1 216	39	16	44	25	15
Périnatalité	22	222	9	54	40	0	6
Traitements intraveineux	18	336	12	25	47	18	10
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	14	580	33	2	33	33	33
Autres motifs de prise en charge	11	216	11	19	47	18	16
Soins de nursing lourds	8	451	51	0	8	47	46
Post-traitement chirurgical	5	155	16	19	59	18	5
Rééducation, réadaptation, éducation	5	133	23	8	43	35	15
Ensemble	174	4 629	19	23	38	22	18

1. 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.

2. On comptabilise environ 162 000 séjours terminés en 2015, soit 93 % des séjours d'HAD et 122 000 séjours monoséquences terminés (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge), soit 70 % des séjours en 2015.

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

Source > ATH, PMSI-HAD 2015, traitements DREES.

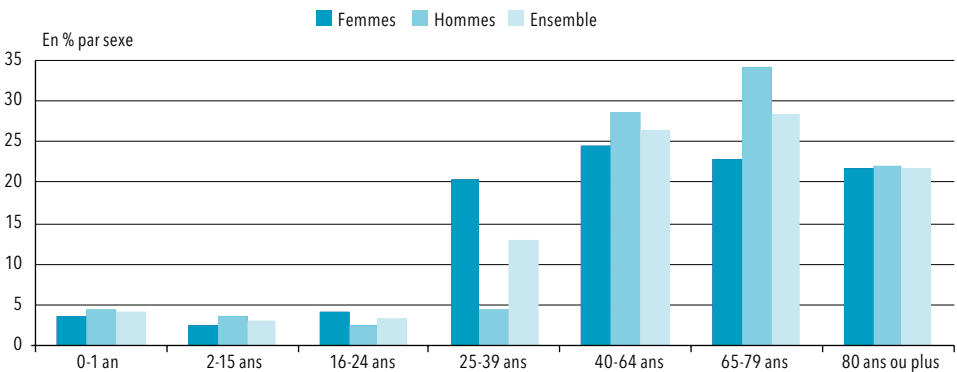
Une hospitalisation en établissement serait raccourcie ou évitée pour près de deux patients sur trois

L'HAD propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville, ce qui en fait une activité vraiment multiforme. L'admission et la sortie d'HAD peuvent ainsi être prescrites aussi bien par le médecin hospitalier que par le médecin traitant. Son objectif peut être d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation.

En 2015, d'après les données du PMSI-HAD, un tiers des patients en établissement proviennent de leur domicile (graphique 2). L'HAD permettrait d'éviter une hospitalisation en établissement de santé pour

un patient sur cinq, puisque 22 % des patients en HAD demeurent chez eux en fin de séjour. L'HAD retarderait l'hospitalisation complète pour 6 % des patients, ceux qui ont été dès le début hospitalisés à domicile avant d'être transférés en établissement traditionnel. Enfin, près de sept patients sur dix sont admis en HAD à la suite d'une prise en charge en établissement de santé. La moitié d'entre eux écourterait une hospitalisation complète en parvenant à rester à domicile après l'HAD (33 % de l'ensemble des patients en HAD), tandis que pour d'autres, une hospitalisation ou une réhospitalisation reste nécessaire à la suite de leur séjour en HAD (28 % de l'ensemble). ■

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2015

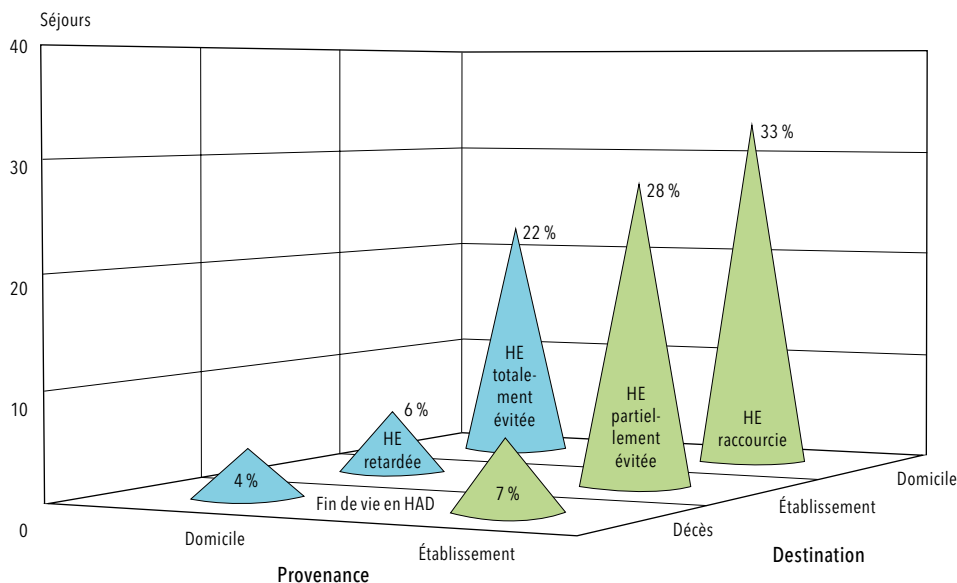


Note > Les âges sont ceux observés à l'admission.

Lecture > En 2015, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 4 % des admissions en HAD chez les hommes et 20 % chez les femmes.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2015, traitements DREES.

Graphique 2 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2015

HE : Hospitalisation en établissement.

Lecture > L'hospitalisation en établissement a été totalement évitée pour 22 % des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2015 (ils sont restés à leur domicile). Pour 33 % des patients, l'hospitalisation a été raccourcie (ils provenaient d'un établissement avant l'HAD et sont restés à leur domicile ensuite). 7 % des séjours se sont terminés par un décès.

Champ > Les 157 600 séjours d'HAD terminés en 2015 en France, pour lesquels les informations de provenance et de destination sont disponibles dans le PMSI (97 % des séjours terminés).

Source > ATIH, PMSI-HAD 2015, traitements DREES.

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD en 2015. L'activité concerne les champs de MCO et de SSR, hors psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le nombre de structures est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés. Le total des places est celui déclaré dans la SAE, l'activité est celle enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2015 et ceux non terminés fin 2015. Les journées sont celles de l'année 2015 (sont exclues les journées antérieures à 2015 pour les séjours ayant déjà commencé).

Définitions

- **Mode de prise en charge** : il s'agit d'un traitement prescrit et appliqué au patient. Plusieurs modes de prise en charge peuvent se conjuguer au cours d'une même période. Le mode principal est celui qui consomme l'essentiel des ressources.
- **Degré de dépendance** : il est évalué, d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ), à six dimensions :

habillement, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication. La dépendance physique est mesurée par les scores des quatre premières dimensions, la dépendance cognitive par les scores des deux dernières. Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome, faiblement, moyennement, fortement ou complètement dépendant.

Pour en savoir plus

- *Analyse de l'activité hospitalière 2015, 2016*, ATIH, octobre.
- *Chiffres clés : l'hospitalisation à domicile en 2015, 2016*, rapport de la Fédération nationale des établissements à domicile, novembre.
- « Les dépenses de santé en 2015 : résultats des comptes de la santé », 2016, *Études et statistiques*, DREES, septembre.

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