

En 2016, plus de la moitié des patients admis en hospitalisation à domicile (HAD) sont âgés de 65 ans ou plus. Les femmes sont prises en charge plus jeunes, 22 % de leurs séjours étant liés à la périnatalité. Les soins palliatifs, de cancérologie, les pansements complexes et la périnatalité sont les quatre principaux motifs d'admission (deux tiers des séjours). Les séjours pour soins de nursing lourds sont les plus longs (50 jours, contre 18 en moyenne, tous motifs confondus) et concernent les patients les plus dépendants. À l'inverse, les séjours techniques de cancérologie durent en moyenne 5 jours et 94 % des patients sont autonomes ou faiblement dépendants. Deux tiers des séjours d'HAD sont réalisés au profit de patients provenant d'un établissement de santé avec hébergement.

Depuis sa mise en place en 1957, l'hospitalisation à domicile (HAD) est destinée aux « 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 (66 % des séjours) [tableau 1 infra et graphique 1 de la fiche 20, « Les établissements 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 ou nutritionnelle et les soins de nursing lourds<sup>1</sup> donnent lieu à des séjours bien plus longs, et qui s'adressent à des patients plus dépendants. Si l'on considère les séjours terminés et monoséquences<sup>2</sup>, les séjours pour soins de nursing lourds durent en moyenne 50 jours, contre 18 jours pour la moyenne des séjours en HAD. Ils sont cinq fois plus longs qu'un

séjour de périnatalité (10 jours) et dix fois plus longs qu'un séjour pour soins techniques de cancérologie (5 jours). En périnatalité, les séjours concernent des post-partum pathologiques (60 %), la surveillance des grossesses à risque (25 %) ou la prise en charge des nouveau-nés à risque (15 %). Les soins de chimiothérapie anticancéreuse constituent l'essentiel des séjours de cancérologie (71 %), le reste relevant de 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 durée plus ou moins longue des séjours. En périnatalité ou en cancérologie, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants, alors que les patients en soins de nursing lourds sont, par définition, des malades ayant perdu toute autonomie (tableau 1). Les patients en HAD pour assistance respiratoire ou nutritionnelle et pour soins palliatifs sont également parmi les patients les plus dépendants (respectivement 64 % et 74 % moyennement à fortement dépendants).

En 2016, une nouvelle prise en charge est autorisée en HAD, la « sortie précoce de chirurgie » qui permet, grâce à une coopération entre des établissements de chirurgie et d'HAD, de raccourcir certains séjours et d'effectuer un retour à domicile précoce<sup>3</sup>.

1. 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.

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

3. Encore marginale en 2016, cette prise en charge est pour l'instant autorisée pour des suites de chirurgies précises en gynécologie, orthopédie ou chirurgie digestive.

## Plus de la moitié des séjours d'HAD sont effectués par des personnes âgées

En 2016, 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 de répondre spécifiquement à leurs besoins, les personnes âgées constituent une population cible de plus en plus importante. En 2016, les patients

âgés de 65 ans ou plus totalisent 52 % des séjours (dont 23 % pour les 80 ans ou plus). Les enfants et adolescents (jusqu'à 15 ans) concentrent, pour leur part, 7 % des séjours, dont 4 % pour les nourrissons. Pour les femmes, la périnatalité reste le premier motif de prise en charge (22 % des séjours), principalement pour les 25-30 ans (*supra*). Pour les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans

**Tableau 1 Répartition des séjours selon le mode de prise en charge principal et le degré de dépendance du patient observés à l'admission en 2016**

Modes de prise en charge principaux regroupés <sup>1</sup>	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours mono-séquences terminés en 2016 <sup>3</sup>	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 techniques de cancérologie	37	288	5	53	42	5	1
Soins palliatifs	37	1 167	24	2	24	38	36
Pansements complexes et soins spécifiques	31	1 357	39	17	43	25	15
Périnatalité	20	206	10	54	38	0	7
Traitements intraveineux	19	365	12	25	46	18	11
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	14	586	33	2	34	32	32
Autres motifs de prise en charge <sup>2</sup>	12	235	12	18	46	18	18
Soins de nursing lourds	7	428	50	0	8	47	45
Post-traitement chirurgical	5	149	17	19	60	17	4
Rééducation, réadaptation, éducation	5	136	24	7	46	37	10
Sortie précoce de chirurgie	0,2	3	11	9	49	34	8
<b>Ensemble</b>	<b>188</b>	<b>4 920</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>38</b>	<b>21</b>	<b>17</b>

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 existant dans le recueil.

2. 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.

3. Environ 175 000 séjours terminés sont comptabilisés en 2016, soit 93 % des séjours d'HAD, et 133 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge), soit 71 % des séjours d'HAD.

**Champ** > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

**Source** > ATIH, PMSI-HAD 2016, traitements DREES.

(85 % des séjours). Dans cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent un séjour sur quatre.

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

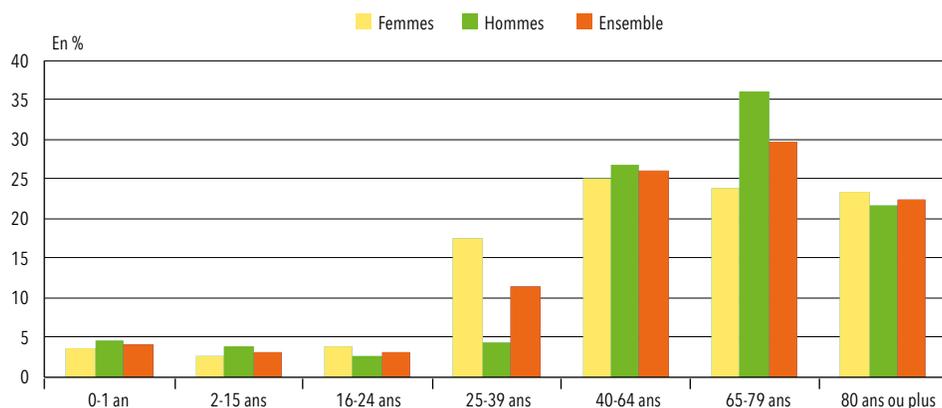
L'HAD propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville, ce qui en fait une activité vraiment multiforme. L'admission et la sortie d'HAD peuvent ainsi être prescrites aussi bien par le médecin hospitalier que par le médecin traitant.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

En 2016, d'après les données du PMSI-HAD, pour un tiers des séjours en HAD, les patients sont admis directement depuis leur domicile (*graphique 2*). Pour une très grande majorité d'entre eux, l'HAD

éviterait une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque 26 % des séjours d'HAD permettent aux patients de demeurer chez eux en fin de séjour. Par ailleurs, à défaut de l'éviter, l'HAD retarderait l'hospitalisation complète pour 6 % des séjours d'HAD, dans la mesure où ces patients ont été transférés en établissement traditionnel à la suite de leur hospitalisation à domicile.

Les deux autres tiers des séjours en HAD concernent des patients qui y ont été admis après une prise en charge en établissement de santé traditionnel. Près de la moitié d'entre eux écourteraient une hospitalisation complète en parvenant à rester à domicile après l'HAD (30 % des séjours en HAD), tandis que pour d'autres, une hospitalisation (6 %) ou une réhospitalisation (27 %) restent nécessaires à la suite de leur séjour en HAD. ■

### Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2016



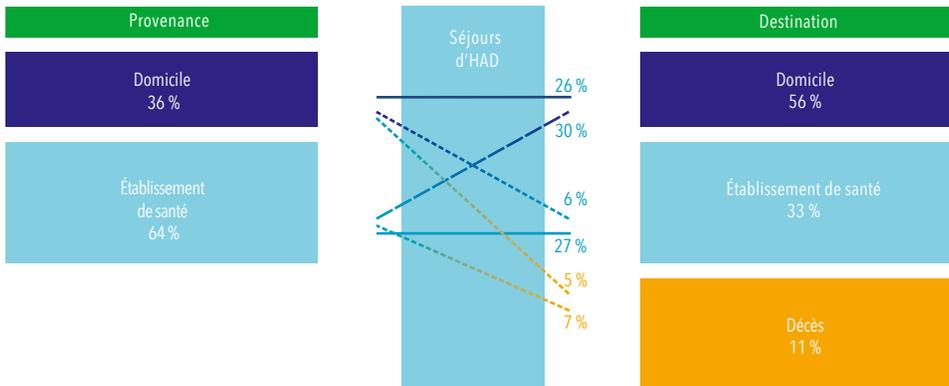
**Note** > Les âges sont ceux observés à l'admission.

**Lecture** > En 2016, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 18 % des séjours chez les femmes et 4 % chez les hommes.

**Champ** > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

**Source** > ATIH, PMSI-HAD 2016, traitements DREES.

## Graphique 2 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2016



**Lecture** > En 2016, 64 % des séjours d'HAD sont précédés d'un séjour en établissement de santé, 56 % des séjours d'HAD se terminent par un retour à domicile. Pour 26 % des séjours, l'hospitalisation a été totalement évitée puisque les patients ont eu une trajectoire domicile-HAD-domicile.

**Champ** > Les 169 982 séjours d'HAD terminés en 2016 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, pour lesquels les informations sur la provenance et la destination sont disponibles dans le PMSI-HAD (97 % des séjours terminés).

**Source** > ATIH, PMSI-HAD 2016, traitements DREES.

### Encadré Sources et méthodes

#### Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD en 2016. 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 ou de dialyse à domicile. 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, l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2016 et ceux non terminés fin 2016. Les journées sont celles de l'année 2016 (sont exclues les journées antérieures à 2016 pour les séjours ayant déjà commencé).

#### Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (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 statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

#### 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 : habillage, 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**

- > **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2017, octobre). *Analyse de l'activité hospitalière 2016*. Rapport annuel.
- > **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2017, novembre). *Ensemble, construisons l'hospitalisation de demain*. Rapport d'activité 2016-2017.
- > **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). DREES, *Dossiers de la DREES*, 23.