

En 2022, 159 000 patients sont pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD), pour 274 600 séjours, dont plus de la moitié concernent des patients de 65 ans ou plus. Les femmes sont prises en charge plus jeunes, 9 % de leurs séjours étant liés à la périnatalité. Deux tiers des admissions en HAD dépendent de quatre grands motifs de prises en charge : les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et les traitements intraveineux. La durée est liée au degré de dépendance des patients : les séjours pour soins de nursing lourds sont les plus longs et concernent les patients les plus dépendants. À l'inverse, les séjours pour soins techniques de cancérologie sont les plus courts, avec 95 % de patients autonomes ou faiblement dépendants. Un tiers des séjours d'HAD évitent une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement ; ils étaient un quart avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

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 ou instables, qui relèveraient d'une hospitalisation complète en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile.

L'HAD s'adapte à des prises en charge variées, dont les durées sont liées au degré de dépendance des patients

En 2022, 159 000 patients sont pris en charge en HAD, pour 274 600 séjours (tableau 1). Deux-tiers des motifs d'admission en HAD concernent quatre grands modes de prises en charge : les soins techniques de cancérologie (23 % des séjours d'HAD), les soins palliatifs (19 %), les pansements complexes et soins spécifiques (13 %) ainsi que les traitements intraveineux (12 %). Par ailleurs, les séjours pour « autres motifs de prise en charge » (regroupant la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs) progressent fortement depuis la crise sanitaire et représentent, en 2022, 15 % des séjours d'HAD

(contre 9 % en 2019). Ce phénomène s'explique notamment par la prise en charge du Covid-19 au sein de cette catégorie, qui constitue le troisième motif d'admission depuis 2020, et présente la plus forte proportion de patients avec un diagnostic de Covid-19¹ (14 % de séjours avec diagnostic de Covid-19 en 2022, contre 4 % de l'ensemble des séjours d'HAD de l'année).

La durée des séjours d'HAD varie beaucoup suivant le motif d'admission. Les soins de nursing lourds², les pansements complexes et soins spécifiques, l'assistance respiratoire ou nutritionnelle, les soins palliatifs et la rééducation, réadaptation ou éducation donnent lieu à des séjours bien plus longs, qui s'adressent à des patients plus dépendants. S'agissant des séjours terminés et monoséquences³, les séjours pour soins de nursing lourds durent en moyenne 68 jours (55 jours en 2019, avant la crise sanitaire), contre 17 jours pour la moyenne des séjours d'HAD (20 jours en 2019). Ils sont plus de cinq fois plus longs que les séjours de périnatalité (13 jours) ou pour traitements intraveineux (9 jours), et quatorze fois plus longs que les séjours pour soins techniques de cancérologie (5 jours). Ces derniers sont essentiellement constitués de chimiothérapie anticancéreuse

1. Séjours d'HAD avec un diagnostic principal ou associé de Covid-19 (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions).

2. 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.

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

Tableau 1 Répartition des séjours d'HAD selon le mode de prise en charge principal et le degré de dépendance du patient observés à l'admission en 2022

Modes de prises en charge principaux regroupés ¹	Nombre de séjours ³ (en milliers)	Nombre de journées de présence ⁴ (en milliers)	Pour les séjours monoséquences terminés en 2022 ⁵	Degré de dépendance globale du patient, observé à l'admission				Part des séjours avec diagnostic de Covid-19 ⁶ (en %)
			Durée moyenne (en journées)	Patients complètement autonomes (en %)	Patients faiblement dépendants (en %)	Patients moyennement dépendants (en %)	Patients fortement dépendants (en %)	
Soins techniques de cancérologie	61,9	460	4,8	60,1	34,8	4,4	0,7	0,4
Soins palliatifs	52,2	1 802	26,9	2,0	21,2	34,5	42,3	3,3
Autres motifs de prise en charge ²	41,2	636	9,5	20,8	30,6	18,6	30,0	13,6
Pansements complexes et soins spécifiques	35,2	1 724	44,5	19,2	42,3	24,3	14,2	2,2
Traitements intraveineux	33,7	493	8,8	35,9	40,7	14,7	8,7	2,8
Périnatalité	15,0	216	13,2	47,0	40,1	1,6	11,3	1,3
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	14,3	630	34,6	2,8	32,2	31,8	33,2	3,6
Rééducation, réadaptation, éducation	7,7	250	26,1	5,9	47,2	29,9	17,0	2,2
Post-traitement chirurgical	7,4	185	18,7	20,0	62,2	14,6	3,3	1,1
Soins de nursing lourds	5,8	421	68,3	0,1	7,4	44,6	47,1	5,8
Sortie précoce de chirurgie	0,2	2	6,0	35,1	45,0	17,8	2,1	0,4
Ensemble	274,6	6 819	17,1	27,4	33,9	19,2	19,5	3,8

HAD : hospitalisation à domicile ; DP : diagnostic principal ; DA : diagnostic associé.

1. Les modes de prises en charge principaux sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement médical logique par rapport aux 23 modes de prises en charge existant dans le recueil.

2. Les autres motifs de prises 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. Les séjours comprennent ceux commencés en 2022 ou avant, terminés en 2022 ou après.

4. Les journées sont celles de l'année 2022 (les journées antérieures à 2022 sont exclues pour les séjours ayant commencé avant).

5. 256 600 séjours terminés sont comptabilisés en 2022, soit 93,4 % des séjours d'HAD, et 184 400 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge), soit 67,2 % des séjours d'HAD.

6. Les séjours avec diagnostic de Covid-19 correspondent à des séjours ayant pour motif principal ou associé le Covid-19.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-HAD 2022, traitements DREES.

(pour 77 % d'entre eux), le reste relevant de la surveillance post-chimiothérapie. En périnatalité, les séjours concernent des post-partum pathologiques (43 %), la surveillance des grossesses à risque (39 %) ou la prise en charge de nouveau-nés à risque (18 %).

Le degré de dépendance des patients, lié notamment à leur âge, varie nettement en fonction du 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 (95 % pour la cancérologie), alors que les patients en soins de nursing lourds sont, par définition, des malades ayant perdu toute autonomie : 92 % d'entre eux sont moyennement ou fortement dépendants (tableau 1). Les patients en HAD pour assistance respiratoire ou nutritionnelle et pour soins palliatifs sont également parmi les patients les plus dépendants (respectivement 65 % et 77 % moyennement à fortement dépendants).

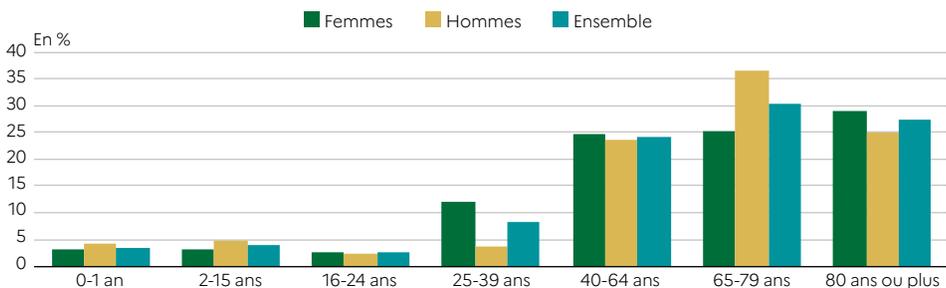
Plus de la moitié des séjours d'HAD concernent des personnes âgées

Même si l'HAD n'a pas pour mission de répondre spécifiquement aux besoins des personnes âgées, leur part y est de plus en plus importante (graphique 1). En 2022, les patients de 65 ans

ou plus totalisent ainsi 57,6 % des séjours (dont 27,3 % pour les 80 ans ou plus). Cette part recule de 0,8 point en 2022 et 2021 après avoir fortement augmenté en 2020 (+2,9 points pour les 65 ans ou plus, comme pour les 80 ans ou plus), probablement afin d'éviter des hospitalisations avec hébergement aux plus fragiles. Malgré ce reflux, la part des patients âgés reste supérieure en 2022 à son niveau d'avant la crise, où il était déjà en augmentation régulière (56,3 % en 2019, après 50,0 % en 2015 par exemple). Les enfants et adolescents (jusqu'à 15 ans) représentent, quant à eux, 7,4 % des séjours, dont 3,5 % pour les moins de 2 ans.

Pour les femmes, les soins techniques de cancérologie sont le premier motif de prise en charge en HAD (23 % des séjours). La périnatalité, qui était encore le premier motif de prise en charge en 2014 (29 % des séjours), principalement pour les 25-39 ans, passe désormais en cinquième position (9 % des séjours), du fait notamment de la restriction du champ des activités périnatales autorisées en HAD suite à des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)⁴. Pour les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (85 % des séjours). Pour eux, dans cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent presque un séjour sur quatre.

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2022



Lecture > En 2022, les séjours des patients de 25 à 39 ans représentent 12 % des séjours chez les femmes et 4 % chez les hommes.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Source > ATI, PMSI-HAD 2022, traitements DREES.

4. Circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD disponible sur le site Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37726> et recommandations de bonnes pratiques de la HAD datant d'avril 2011, disponibles sur le site de la Haute Autorité de santé : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1066375/fr/situations-pathologiques-pouvant-relever-de-l-hospitalisation-a-domicile-au-cours-de-l-ante-et-du-post-partum.

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

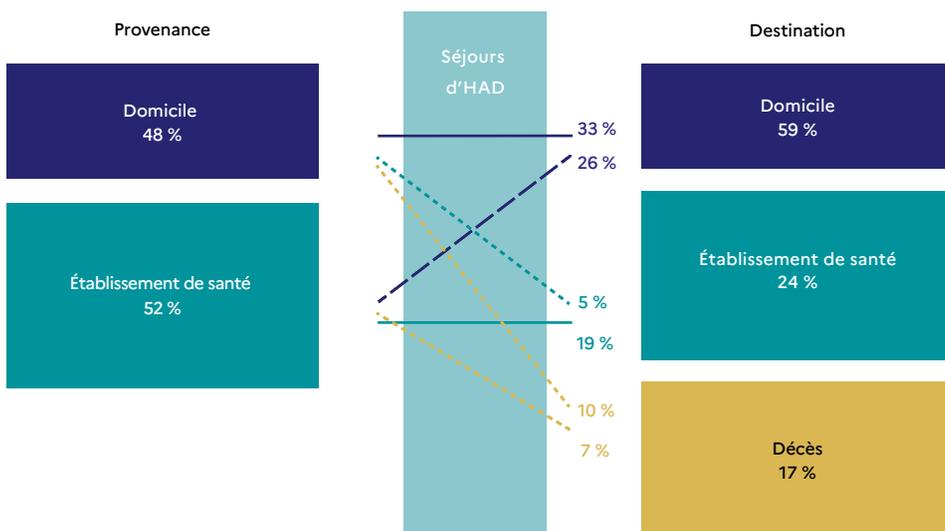
L'HAD propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville, ce qui en fait une activité multiforme. L'admission en HAD et la sortie d'HAD peuvent ainsi être prescrites aussi bien par le médecin hospitalier que par le médecin traitant.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

La part de patients admis directement depuis leur domicile, en nette augmentation depuis le début de la crise sanitaire, poursuit sa progression (48 % en 2022, après 37 % en 2019) [schéma 1]. Pour une majorité d'entre eux, l'HAD évite une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque 33 % de ces

séjours permettent aux patients de demeurer chez eux après le séjour (25 % en 2019). Par ailleurs, à défaut de l'éviter, l'HAD retarde l'hospitalisation complète pour 5 % des séjours, dans la mesure où les patients concernés sont transférés en établissement traditionnel à la suite de leur hospitalisation à domicile.

En outre, 52 % des séjours d'HAD concernent des patients admis après une prise en charge en établissement de santé traditionnel. La moitié d'entre eux écourtent une hospitalisation complète en parvenant à rester à domicile après l'HAD (26 % des séjours), tandis que pour d'autres (19 %), une nouvelle hospitalisation reste nécessaire ensuite. Enfin, 17 % des séjours d'HAD s'achèvent avec le décès du patient, principalement en soins palliatifs (où environ un séjour sur deux se conclut par un décès). ■

Schéma 1 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour d'HAD en 2022



HAD : hospitalisation à domicile.

Note > En 2022, 200 séjours ont été exclus du schéma, car il n'est pas possible de connaître la provenance ni la destination des patients correspondants, ni de savoir si les séjours sont terminés.

Lecture > En 2022, 52 % des séjours d'HAD sont précédés d'un séjour en établissement de santé, 59 % des séjours d'HAD se terminent par un retour à domicile. Pour 33 % des séjours, l'hospitalisation a été totalement évitée, puisque les patients ont eu une trajectoire domicile-HAD-domicile.

Champ > Les 256 600 séjours d'HAD terminés en 2022 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, pour lesquels les informations sur la provenance et la destination sont disponibles dans le PMSI-HAD (99,9 % des séjours terminés).

Source > ATIH, PMSI-HAD 2022, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé exerçant une activité d'HAD en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy). L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de soins de suite et de réadaptation (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 programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, tandis que l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comptabilisés comprennent ceux commencés en 2022 ou avant, terminés en 2022 ou après. Seules les journées de 2022 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2022 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2022).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)¹ de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Le PMSI mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-HAD existe depuis 2005.

Définitions

> **Mode de prise en charge** : il s'agit d'un traitement prescrit et appliqué au patient. Plusieurs modes de prises 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) comprenant 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 : complètement autonome, faiblement, moyennement, fortement dépendant.

> **Séjours avec diagnostic de Covid-19** : séjours d'hospitalisation pour lesquels le Covid-19 est le motif médical principal de prise en charge, ou pour lesquels un diagnostic de Covid-19 est associé au motif principal. En pratique, dans le PMSI-HAD, ces séjours sont identifiés comme ceux dont le diagnostic principal (DP), relié (DR) ou associé (DA), est codé avec les modalités U7:10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U7:11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07:12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U7:14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U7:15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié).

1. La statistique annuelle des établissements de santé, sources, outils et enquêtes, est disponible sur le site de la DREES : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/00-la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae>.

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2024, mars). Analyse de l'activité hospitalière 2022. Note et rapport d'analyse.

> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2022, octobre). L'hôpital de demain sera le domicile. Rapport d'activité 2021-2022.

> **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 23.