

En 2024, 184 500 patients sont pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD), pour 328 700 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 traitements intraveineux, et les pansements complexes et soins spécifiques. 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 96 % de patients autonomes ou faiblement dépendants. Plus d'un tiers des séjours d'HAD permettent d'éviter une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement ; cette part était d'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 2024, 184 500 patients sont pris en charge en HAD, pour 328 700 séjours (*tableau 1 et tableau complémentaire A*). Deux tiers des motifs d'admission en HAD dépendent de quatre grands modes de prises en charge : les soins techniques de cancérologie (22 % des séjours d'HAD), les soins palliatifs (18 %), les traitements intraveineux (14 %), ainsi que les pansements complexes et soins spécifiques (11 %). 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 16 % des séjours d'HAD en 2024 (contre 9 % en 2019).

La durée des séjours d'HAD varie beaucoup suivant le motif d'admission. Les soins de nursing lourds¹, 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 monoséquences², les séjours pour soins de nursing lourds durent en moyenne 60 jours (55 jours en 2019, avant la crise sanitaire), contre 15 jours pour la moyenne des séjours d'HAD (20 jours en 2019). Ils sont plus de huit fois plus longs que les séjours pour traitements intraveineux (7 jours), et quinze fois plus longs que les séjours pour soins techniques de cancérologie (4 jours). Ces derniers sont essentiellement constitués de chimiothérapie anticancéreuse (77 % d'entre eux), le reste relevant de la surveillance post-chimiothérapie. En périnatalité, les séjours concernent des post-partum pathologiques (44 %), la surveillance des grossesses à risque (36 %) ou la prise en charge de nouveau-nés à risque (18 %).

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.

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, pour une très grande majorité, autonomes ou faiblement dépendants (96 % 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 pris en charge en HAD pour soins palliatifs ou pour assistance respiratoire ou nutritionnelle sont également parmi les patients les plus dépendants (respectivement 75 % et 63 %

des séjours de patients 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 importante (graphique 1). En 2024, les patients de 65 ans ou plus totalisent ainsi 58 % des séjours (dont 27 % pour les 80 ans ou plus). Les enfants et adolescents (jusqu'à 15 ans) représentent, quant à eux, 7 % des séjours, dont 3,4 % pour les moins de 2 ans. Pour les femmes, les soins techniques de cancérologie sont le premier motif de prise en charge en HAD (22 % des séjours).

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 2024

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 2024 ⁵	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	73,6	517,4	4,4	61,3	34,5	3,7	0,5
Soins palliatifs	60,0	2 140,8	27,2	2,1	22,4	32,6	42,9
Autres motifs de prises en charge ²	54,0	710,1	7,0	28,8	27,5	13,5	30,2
Traitements intraveineux	45,8	560,4	6,8	41,3	36,2	13,7	8,7
Pansements complexes et soins spécifiques	37,6	1 862,9	44,1	19,6	43,2	23,7	13,4
Périnatalité	17,7	253,6	13,6	39,6	46,9	0,9	12,6
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	14,4	636,4	34,3	2,6	34,6	30,5	32,3
Rééducation, réadaptation, éducation	12,1	371,5	23,4	4,8	49,9	31,1	14,3
Post-traitement chirurgical	8,2	217,1	18,2	15,3	68,5	13,0	3,2
Soins de nursing lourds	5,1	389,9	60,4	0,1	8,2	47,7	43,9
Sortie précoce de chirurgie	0,3	4,0	8,3	30,4	57,9	11,3	0,3
Ensemble	328,7	7 664,1	14,7	29,7	34,1	17,2	19,0

HAD : hospitalisation à domicile.

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 2024 ou avant, terminés en 2024 ou après.

4. Les journées sont celles de l'année 2024 (les journées antérieures à 2024 sont exclues pour les séjours ayant commencé avant).

5. 309 000 séjours terminés sont comptabilisés en 2024, soit 94,0 % des séjour d'HAD, dont 219 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge), soit 66,6 % des séjours d'HAD.

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

Source > ATI-H, PMSI-HAD 2024, traitements Drees.

La périnatalité, qui était encore le premier motif de prise en charge en 2014 (29 % des séjours), principalement pour les 25-39 ans, est désormais en cinquième position (9 % des séjours), du fait notamment de la restriction du champ des activités périnatales autorisées en HAD à la suite des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)³. 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.

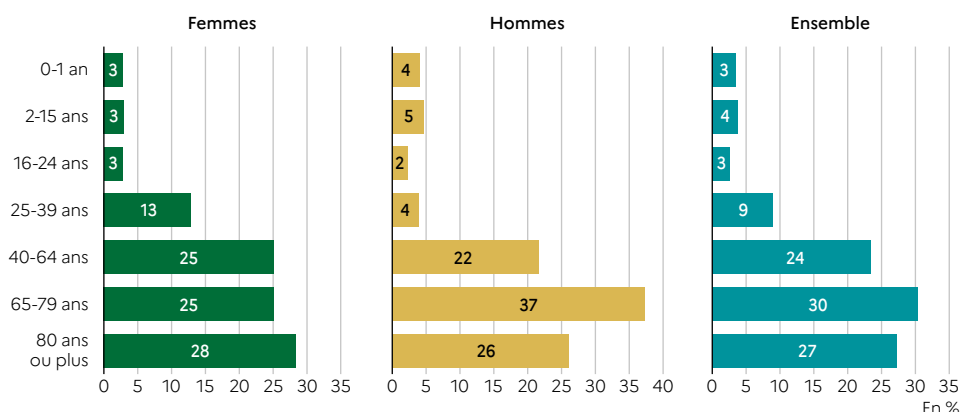
Une hospitalisation en établissement serait raccourcie ou évitée pour près de deux patients sur trois

L'HAD propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville, qui lui confère ainsi un caractère multifforme. Ainsi, l'admission en HAD et la sortie d'HAD peuvent 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 (52 % en 2024, contre 37 % en 2019) [schéma 1]. Pour une majorité d'entre eux, l'HAD évite une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque 37 % 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, 48 % 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 (25 % des séjours), tandis que pour d'autres (16 %), une nouvelle hospitalisation reste nécessaire ensuite. Enfin, 17 % des séjours d'HAD s'achèvent par le décès du patient, principalement en soins palliatifs (où environ un séjour sur deux se conclut par un décès). ■

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2024

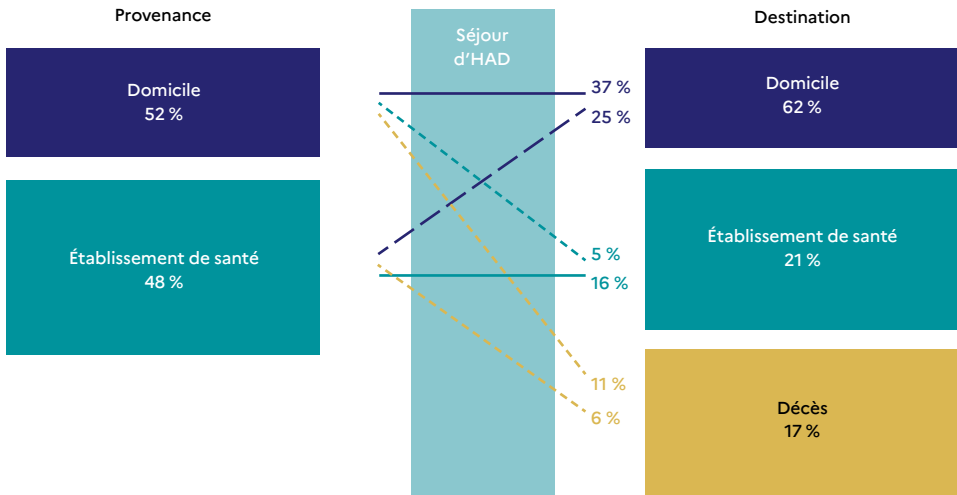


Lecture > En 2024, les séjours des patients de 25 à 39 ans représentent 13 % des séjours chez les femmes et 4 % chez les hommes.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2024, traitements Drees.

3. 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 l'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.

Schéma 1 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour d'HAD en 2024

HAD : hospitalisation à domicile.

Note > En 2024, 300 séjours ont été exclus du schéma, car il n'est pas possible de connaître la provenance ou la destination des patients correspondants, ni de savoir si les séjours sont terminés.

Lecture > En 2024, 48 % des séjours d'HAD sont précédés d'un séjour en établissement de santé, 62 % des séjours d'HAD se terminent par un retour à domicile. Pour 37 % des séjours, l'hospitalisation a été totalement évitée, puisque les patients ont eu une trajectoire domicile-HAD-domicile.

Champ > Les 309 000 séjours d'HAD terminés en 2024 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.

Source > ATIH, PMSI-HAD 2024, traitements Drees.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements de santé exerçant une activité d'hospitalisation à domicile (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 médicaux et de réadaptation (SMR), mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers, de la dialyse à domicile et des prestataires de services. 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 2024 ou avant, terminés en 2024 ou après. Seules les journées de 2024 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2024 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2024).

Sources

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.).

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 (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 : complètement autonome, faiblement dépendant, moyennement dépendant et fortement dépendant.

Pour en savoir plus

- > **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2025, décembre). *Analyse de l'activité hospitalière 2024 en hospitalisation à domicile*. Note et rapport d'analyse.
- > **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2025, octobre). *Rapport d'activité 2024-2025*.