

En 2020, 154 000 patients sont pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD), pour 258 000 séjours. Les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et les traitements intraveineux sont quatre des cinq principaux motifs d'admission (deux tiers des séjours) en HAD. Les séjours pour soins de nursing lourds sont les plus longs (58 jours, contre 18 en moyenne, tous motifs confondus) et concernent les patients les plus dépendants. À l'inverse, les séjours techniques de cancérologie sont les plus courts, avec 95 % de patients autonomes ou faiblement dépendants. En 2020, 6,8 % des séjours en HAD comportent un diagnostic de Covid-19. Durant la crise sanitaire, l'HAD a permis à davantage de patients n'étant pas atteints de Covid-19 d'éviter une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement : la part de trajectoires de soins domicile-HAD-domicile atteint 30 %, après 25 % en 2019.

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

L'HAD s'adapte à des prises en charge variées, dont la durée est liée au degré de dépendance des patients

En 2020, 154 000 patients sont pris en charge en HAD, pour 258 000 séjours (tableau 1). Les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et soins spécifiques, ainsi que les traitements intraveineux représentent quatre des cinq principaux motifs d'admission des patients en HAD, soit 66 % des séjours (voir fiche 14, « Les établissements d'hospitalisation à domicile », graphique 1). En 2020, le nombre de séjours pour « autres motifs de prise en charge » – dont notamment la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs – progresse nettement et devient le troisième mode de prise en charge (14 % des séjours, après 8,6 % en 2019).

La durée des séjours en 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, 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 58 jours (55 jours en 2019), contre 18 jours pour la moyenne des séjours en HAD (20 jours en 2019). Ils sont quatre fois plus longs qu'un séjour de périnatalité (12 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 (53 %), la surveillance des grossesses à risque (31 %) ou la prise en charge des nouveau-nés à risque (15 %). Les soins de chimiothérapie anticancéreuse constituent l'essentiel des séjours de cancérologie (79 %), le reste relevant de la surveillance post chimiothérapie.

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,

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.

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 : 93 % 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 64 % et 77 % moyennement à fortement dépendants).

Plus de la moitié des séjours en HAD accueillent 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 2020, les patients de 65 ans ou

Tableau 1 Répartition des séjours en HAD selon le mode de prise en charge principal et le degré de dépendance du patient observés à l'admission en 2020

Modes de prises en charge principaux regroupés ¹	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours monoséquences terminés en 2020 ³		Degré de dépendance globale du patient, observé à l'admission				Part des séjours codés avec un DP ou un DA de Covid-19 (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	57	405	5	58	37	4	1	0	
Soins palliatifs	51	1 732	25	2	22	36	41	4	
Autres motifs de prise en charge ²	37	611	11	13	30	24	32	35	
Pansements complexes et soins spécifiques	33	1 614	45	17	43	25	15	1	
Traitements intraveineux	29	492	11	27	45	17	11	2	
Périnatalité	16	205	12	48	41	0	10	1	
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	14	655	37	3	33	33	31	3	
Soins de nursing lourds	7	513	58	0	7	46	47	5	
Rééducation, réadaptation, éducation	7	220	26	7	46	29	18	2	
Post-traitement chirurgical	6	169	19	25	55	17	4	1	
Sortie précoce de chirurgie	0	3	7	43	35	21	1	-	
Ensemble	258	6 618	18	24	34	21	20	7	

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 logique médical 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. Environ 239 000 séjours terminés sont comptabilisés en 2020, soit 93 % des séjours d'HAD, et 176 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge), soit 68 % des séjours en HAD.

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

Source > ATI, PMSI-HAD 2020, traitements DREES.

plus totalisent ainsi 59 % des séjours (dont 29 % pour les 80 ans ou plus). En 2015, cette part n'était que de 50 % pour les plus de 65 ans et de 22 % pour les plus de 80 ans. Les enfants et adolescents (jusqu'à 15 ans) représentent, quant à eux, 6 % des séjours, dont 3 % pour les nourrissons.

Pour les femmes, les soins techniques de cancérologie sont le premier motif de prise en charge en HAD (22 % des séjours). La périnatalité, qui était encore le premier motif de prise en charge en 2014 (30 % des séjours), principalement pour les 25-39 ans, passe désormais en cinquième position (11 % des séjours), du fait notamment de la restriction du champ des activités périnatales autorisées en HAD. Pour les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (87 % des séjours). Pour eux, dans cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent presque un séjour sur quatre.

Le Covid-19 concerne 6,8 % des séjours en HAD en 2020

En 2020, 17 400 séjours en HAD comportent un diagnostic, principal ou associé, de Covid-19, soit 6,8 % de l'ensemble des séjours en HAD de l'année. Cette proportion est très variable d'un mode de prise en charge à l'autre. La proportion la plus élevée, et de très loin, concerne la catégorie « autres motifs de prise en charge », qui regroupe notamment la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les

surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs (35,4 % de séjours Covid-19).

La prise en charge du Covid-19 au sein des « autres motifs de prise en charge » explique qu'en 2020, le nombre de séjours de cette catégorie connaît une forte hausse. Hors Covid-19, il ne représente que 10,0 % des séjours en HAD (14,4 % y compris Covid-19) et se classe, comme en 2019, au cinquième rang des modes de recours.

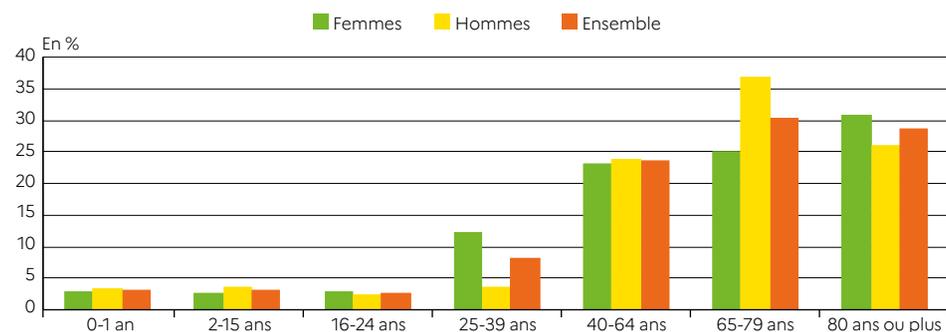
Par ailleurs, dans l'ensemble des séjours, les « autres motifs de prise en charge » sont les seuls pour lesquels la proportion de patients moyennement ou fortement dépendants évolue de façon significative en 2020, passant de 44 % à 56 %. Pour les autres modes de prises en charge, cette proportion reste globalement stable.

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 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 2020, pour 44 % des séjours d'HAD (37 % en 2019), les patients sont admis directement depuis

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2020



Lecture > En 2020, les séjours des patients âgés de 25 à 39 ans représentent 12 % des séjours chez les femmes et 4 % chez les hommes.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2020, traitements DREES.

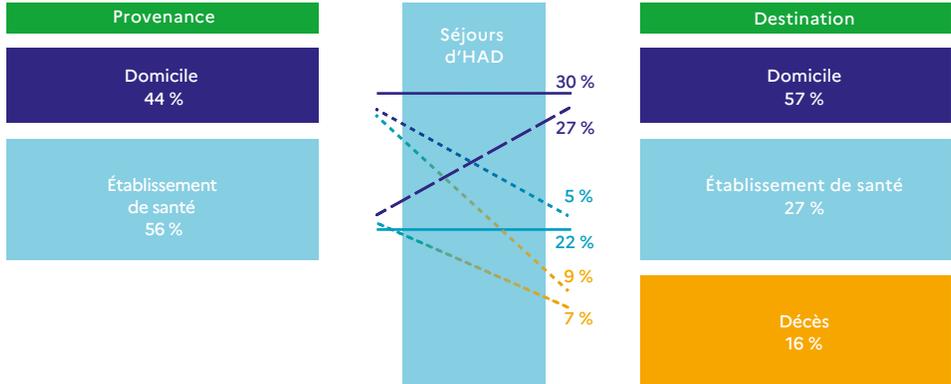
leur domicile (schéma 1). Pour une majorité d'entre eux, l'HAD évite une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque 30 % de ces séjours permettent aux patients de demeurer chez eux après le séjour. Par ailleurs, à défaut de l'éviter, l'HAD retarde l'hospitalisation complète pour 5 % des séjours, dans la mesure où les patients concernés sont transférés en établissement traditionnel à la suite de leur hospitalisation à domicile.

Durant la crise sanitaire, l'HAD a permis à davantage de patients n'étant pas atteints de Covid-19 d'éviter une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque la part de trajectoires de soins domicile-HAD-domicile atteint 30 % en 2020, après 25 % en 2019. Cela peut s'expliquer par un mouvement de report d'une partie de l'activité usuelle de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) vers l'HAD. En raison du risque de contagion en

établissement de santé et des déprogrammations, notamment pour affecter du personnel aux unités Covid-19, de nombreux patients sont pris en charge à domicile plutôt qu'en hospitalisation conventionnelle. Interrogés sur ce point dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE 2020), près de la moitié des établissements de santé d'HAD déclarent avoir augmenté leur activité pour prendre en charge des patients n'étant pas atteints de Covid-19, en vue de soulager les services de MCO.

Par ailleurs, 56 % des séjours en 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 (27 % des séjours), tandis que pour d'autres (22 %), une nouvelle hospitalisation reste nécessaire ensuite. Enfin, 16 % des patients sont décédés en HAD en 2020 ; ils étaient 13 % en 2019. ■

Schéma 1 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2020



Note > En 2020, 5 700 séjours ont été exclus du graphique, 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 2020, 56 % des séjours en HAD sont précédés d'un séjour en établissement de santé, 57 % des séjours en HAD se terminent par un retour à domicile. Pour 30 % des séjours, l'hospitalisation a été totalement évitée, puisque les patients ont eu une trajectoire domicile-HAD-domicile.

Champ > Les 234 000 séjours en HAD terminés en 2020 en France entière (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 (98 % des séjours terminés).

Source > ATIH, PMSI-HAD 2020, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), exerçant une activité d'HAD. 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 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 2020 et ceux non terminés fin 2020. Les journées sont celles de l'année 2020 (les journées antérieures à 2020 sont exclues pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (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. 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 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 : totalement autonome, faiblement, moyennement, fortement ou complètement dépendant.

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

> **Séjours avec diagnostic associé de Covid-19** : séjours d'hospitalisation pour lesquels un diagnostic de Covid-19 est associé au motif médical principal de prise en charge. En pratique, dans le PMSI-HAD, ces séjours sont identifiés comme ceux dont le diagnostic associé (DA) est codé avec les modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié). La modalité de codage U07.13 (autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie Covid-19) n'est pas incluse dans les décomptes. Ces séjours codés en U07.13 (1 000 séjours avec 19 200 journées) concernent des personnes contacts ou coexposées, avec un diagnostic de Covid-19 non retenu cliniquement ou radiologiquement, prélèvement non effectué, non conclusif ou négatif, ainsi que les cas possibles secondairement infirmés.

Pour en savoir plus

- > **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2020, septembre). Analyse de l'activité hospitalière 2020. Rapport annuel.
- > **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2020, décembre). L'HAD, un partenaire présent, réactif et adaptable. Rapport d'activité 2019-2020.
- > **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016) : un essor important. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 23.