

En 2014, 48 % des patients admis en hospitalisation à domicile (HAD) ont plus de 65 ans. Les femmes sont prises en charge plus jeunes et 30 % de leurs séjours concernent la périnatalité. Les soins palliatifs, de cancérologie et les pansements complexes sont les trois autres principaux motifs d'admission. Ces quatre motifs constituent les deux tiers des séjours. Les séjours pour pansements complexes sont les plus longs (40 jours contre 18 en moyenne) ; les soins palliatifs concernent les patients les plus dépendants. Enfin, pour deux patients sur trois, l'HAD permet de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation en établissement de santé.

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 s'adresse à tous les patients, mais la moitié d'entre eux ont plus de 65 ans

En 2014, on trouve des patients de tous les âges – de la naissance à la fin de vie – en HAD (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 : de fait, en 2014, les plus de 65 ans totalisent 48 % des séjours (21 % pour les plus de 80 ans). Les enfants concentrent 7 % des séjours, dont 4 % pour les nourrissons. Pour les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (85 % des séjours) ; pour cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent un séjour sur quatre. Pour les femmes, une hospitalisation sur trois concerne des soins de périnatalité, pour les 25-30 ans principalement.

L'HAD doit s'adapter à des prises en charge et des durées de séjour variées

Les soins palliatifs, de cancérologie, la périnatalité, les pansements complexes et les soins

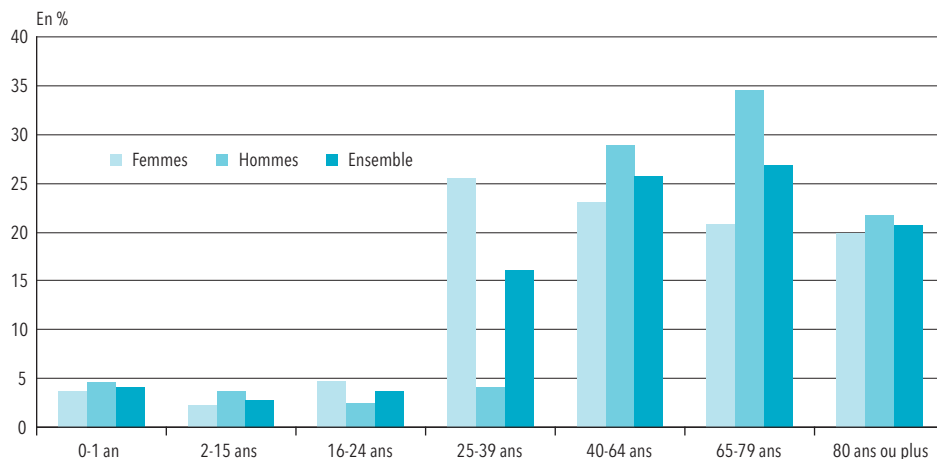
spécifiques sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD (66 % des séjours, voir la fiche « Les structures d'hospitalisation à domicile »). Les autres groupes de modes de prise en charge principaux sont moins fréquents, voire rares ; leur part dans la demande d'HAD varie selon les années.

Les soins palliatifs et les soins spécifiques concernent des séjours bien plus longs que les séjours de périnatalité ou de cancérologie (tableau). Ainsi, les séjours les plus longs, pour pansements complexes, durent en moyenne 40 jours en 2014 (contre 18 jours en moyenne pour l'ensemble des séjours monoséquences d'HAD). En mesurant l'activité en journées, ils deviennent le premier motif de prise en charge en HAD, devant les soins palliatifs (avec 24 000 journées contre 22 000 pour les soins palliatifs en 2014). Pour les soins palliatifs, la durée moyenne est de 23 jours. C'est presque trois fois plus qu'un séjour de périnatalité (8 jours) et quatre fois plus qu'un séjour pour soins de cancérologie. En périnatalité, les séjours concernent des post-partum pathologiques (53 %), la surveillance des grossesses à risque (20 %), des retours précoces à domicile après accouchement¹ (15 %), ou la prise en charge des nouveau-nés à risque (11 %). Les soins de chimiothérapie anticancéreuse constituent, quant à eux, le plus grand nombre des séjours de cancérologie (66 %).

Les prises en charge en HAD doivent aussi tenir compte du degré de dépendance des patients. Concernant la périnatalité et les soins de cancérologie, les patients, plus jeunes, sont également plus

1. À partir de 2015, le motif de retour précoce à domicile après accouchement ne sera plus admis comme motif de prise en charge en HAD.

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2014



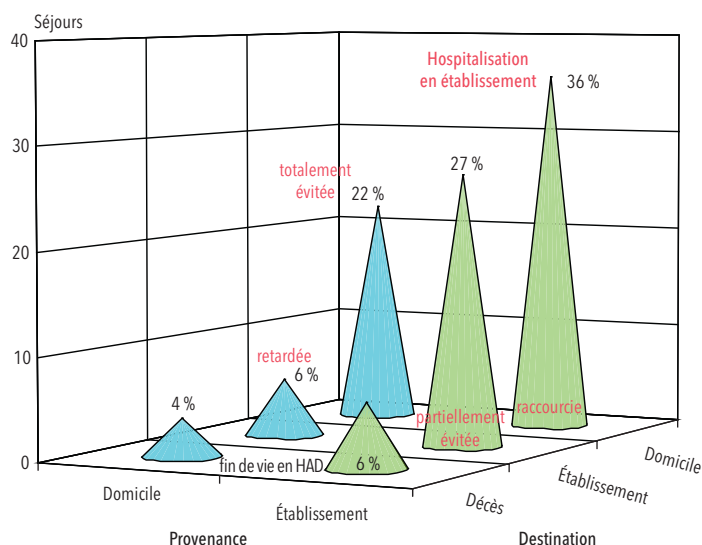
Note > Les âges sont ceux observés à l'admission.

Lecture > En 2014, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 4 % des admissions en HAD chez les hommes et 26 % chez les femmes.

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

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2014 ; traitements DREES.

Graphique 2 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2014



Lecture > L'hospitalisation en établissement a été totalement évitée pour 22 % des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2014 (ils sont restés à leur domicile). Pour 36 % des patients, l'hospitalisation a été raccourcie (ils provenaient d'un établissement avant l'HAD et sont restés ensuite à leur domicile). 10 % des séjours se sont terminés par un décès.

Champ > Les 157 912 séjours en HAD terminés en 2014 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris SSA, pour lesquels les informations de provenance et de destination sont disponibles dans le PMSI (97 % des séjours terminés).

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2014, traitements DREES.

autonomes ou faiblement dépendants. À l'inverse, trois quarts des patients en soins palliatifs sont moyennement à fortement dépendants. Les séjours pour pansements complexes concernent eux aussi des patients plutôt dépendants (42 % sont moyennement à fortement dépendants).

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

Au total, 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. Son objectif est principalement d'éviter ou de raccourcir une

hospitalisation. En 2014, près de trois patients sur dix provenaient de leur domicile (graphique 2). L'HAD a permis d'éviter totalement une hospitalisation en établissement de santé pour un patient sur cinq puisque 22 % demeurent chez eux en fin de séjour. Pour 6 % des patients, l'HAD retarde l'hospitalisation complète puisqu'ils ont été dès le début hospitalisés à domicile, puis ont été transférés en établissement traditionnel. Sept patients sur dix sont admis en HAD à la suite d'une prise en charge en établissement de santé : 36 % des patients écourtent une hospitalisation complète en restant à domicile. Mais ce n'est pas le cas pour un patient sur quatre (27 %) pour qui une (ré)hospitalisation est nécessaire. ■

Champ

Voir la fiche « Les structures d'hospitalisation à domicile ».

Définitions

- **Le 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.
- **Le 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-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

- *Les Dépenses de santé en 2014 – édition 2015 – Résultats des Comptes de la santé*, 2015, Études et Statistiques, DREES, septembre.
- *Chiffres clés : l'hospitalisation à domicile en 2014 – édition 2015*, rapport de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile, août.
- *Analyse de l'activité hospitalière 2014 – édition 2015*, ATIH, juillet.
- Valdelièvre H., Chaleix M., Afrite A., Com-Ruelle L., 2009, « Les structures d'hospitalisation à domicile », *Études et Résultats*, n° 697, DREES, juillet.
- Afrite A., Com-Ruelle L., Chaleix M., Valdelièvre H., 2009, « L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients », *Questions d'économie de la santé*, n° 140, IRDES, mars.

Sources

Voir la fiche « Les structures d'hospitalisation à domicile ».

Tableau Répartition des séjours selon le mode de prise en charge principal et le degré de dépendance du patient observés à l'admission en 2014

Modes de prise en charge principaux regroupés* prescrits à l'admission	Séjours		Pour les séjours mono-séquences terminés en 2014**	Degré de dépendance globale du patient observé à l'admission			
	Effectifs (en milliers)	Pourcentage		Durée moyenne des séjours (en journées)	Pourcentage de patients complètement autonomes	Pourcentage de patients faiblement dépendants	Pourcentage de patients moyennement dépendants
Soins palliatifs	31	18	23	2	25	39	34
Périnatalité	30	17	8	68	27	0	5
Soins techniques de cancérologie	29	17	6	50	44	5	1
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	25	14	40	14	44	26	16
Traitement intraveineux	17	10	12	25	47	18	11
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	14	8	33	2	36	31	31
Autres motifs	10	6	13	22	44	19	15
Soins de nursing lourds	9	5	43	0	8	47	44
Post-traitement chirurgical	5	3	16	21	57	17	5
Rééducation, réadaptation, éducation	5	3	22	11	45	27	17
Non renseigné	0	0	4	100	0	0	0
Ensemble	174	100	18	27	36	21	17

* Agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existants dans le recueil.

** On comptabilise environ 162 000 séjours terminés en 2014, 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 2014.

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

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2014, traitements DREES.