ACTIVITE HAD
EN REGION CENTRE-VAL DE LOIRE
2016-2025

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

EpiDcliC Centre Val de Loire
Épidémiologie des Données cliniques

SOMMAIRE

Table des matières

CE QU'IL FAUT RETENIR EN 2025 4

CONTEXTE EN CENTRE-VAL DE LOIRE 4

METHODES 6

1 – INDICATEURS DE SUIVI DE L'HAD 7

2 – ACTIVITE ET RECOURS A L'HAD EN CVL 8

3 – MENTIONS : PREMIERES DONNEES 10

3 – QUI SONT LES PATIENTS PRIS EN CHARGE 12

PAR L'HAD CVL ? 12

4 – MODES DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAUX 14

5 – PARCOURS DE PRISE EN CHARGE 17

6 – EVALUATIONS ANTICIPEES 18

7 – ERISP 19

8 –TARIFS DE L'HAD 20

9 – ACTIVITE SELON LES STRUCTURES D'HAD 22

10 – ANNEXES 26

Annexe 1 : Zoom cancérologie 26

Annexe 2 : Zoom Maladies Neuro-dégénératives 27

Annexe 3 : détail des modes d'entrée en HAD 28

Annexe 4 : détail des modes de sortie d'HAD 29

Annexe 5 : détail des lieux d'intervention de l'HAD 30

CE QU'IL FAUT RETENIR EN 2025*

L'HAD en Centre-Val de Loire (CVL)

*et évolutions par rapport à 2024

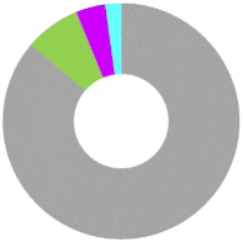
L'HAD en quelques chiffres

10 984 patients — **+ 12 %**

400 641 journées — **+ 10 %**

36,5 journées par patient

L'apparition des mentions**

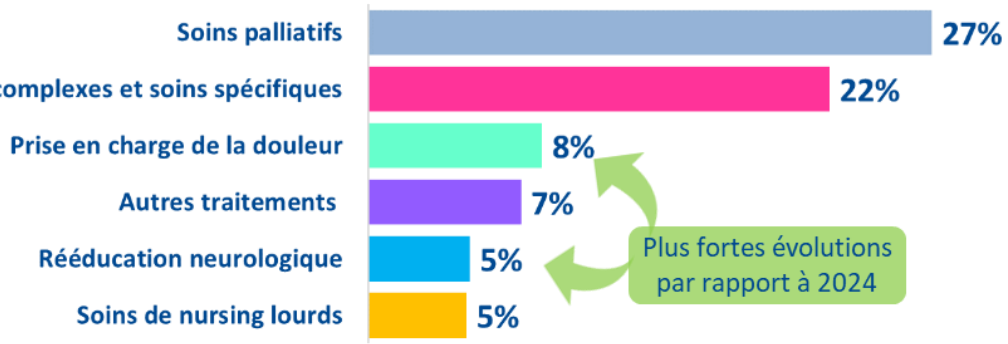


- Socle : **86 %**
- Réadaptation : **8 %**
- Ante et post partum : **4 %**
- Enfants < 3 ans : **2 %**

Les principales prises en charge**

***résultats en journées*





Les lieux de prise en charge…

77 % ↘ pris en charge au domicile personnel

17 % ↗ pris en charge en EHPAD*

… et les hospitalisations conventionnelles évitées

91 % → en cas de prise en charge initiale au domicile

63 % ↘ en cas de prise en charge à la suite d'une hospitalisation conventionnelle

Combien coûte une journée d'HAD ?

273 € ↗ hors médicaments et honoraires

Vs 256 euros en France en 2024

Les équipes rapides d'intervention en soins palliatifs (ERISP)

Une première HAD disposant d'une ERISP en CVL en 2025 – LNA Santé Val de Loire (37)

310 interventions* pour 305 patients**

***suivies de prise en charge HAD

CONTEXTE EN CENTRE-VAL DE LOIRE

5 établissements d'HAD interviennent sur l'ensemble de la région Centre-Val de Loire.

La **réforme des autorisations HAD** mise en œuvre à compter du 12/10/2024 introduit un redécoupage des zones d'intervention pour les établissements d'HAD (figure 1) :

- LNA et Humensia, chacun pouvant désormais intervenir sur l'ensemble des territoires de l'Indre-et-Loire et du Loiret.
- HAD Santé Service du Berry, pouvant désormais intervenir sur tout le département du Cher.

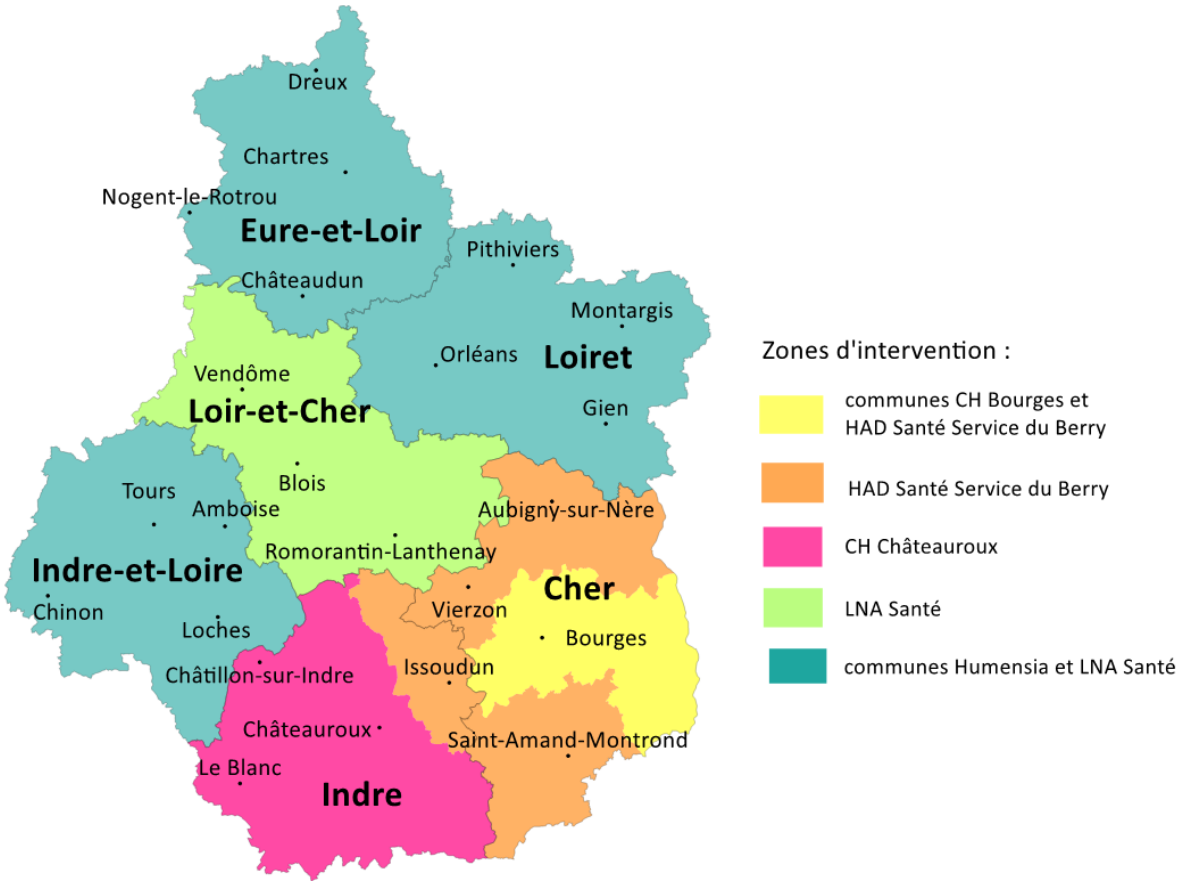


Figure 1 : Zones d'intervention des 5 structures HAD en région CVL en 2025

D'autre part, cette réforme introduit la notion de mentions, socle et spécialisées : réadaptation, ante- et post-partum, enfant de moins de 3 ans (figure 2). Tous les établissements d'HAD doivent disposer de la mention socle. En Centre-Val de Loire, l'activité par mention a débuté en 2025.

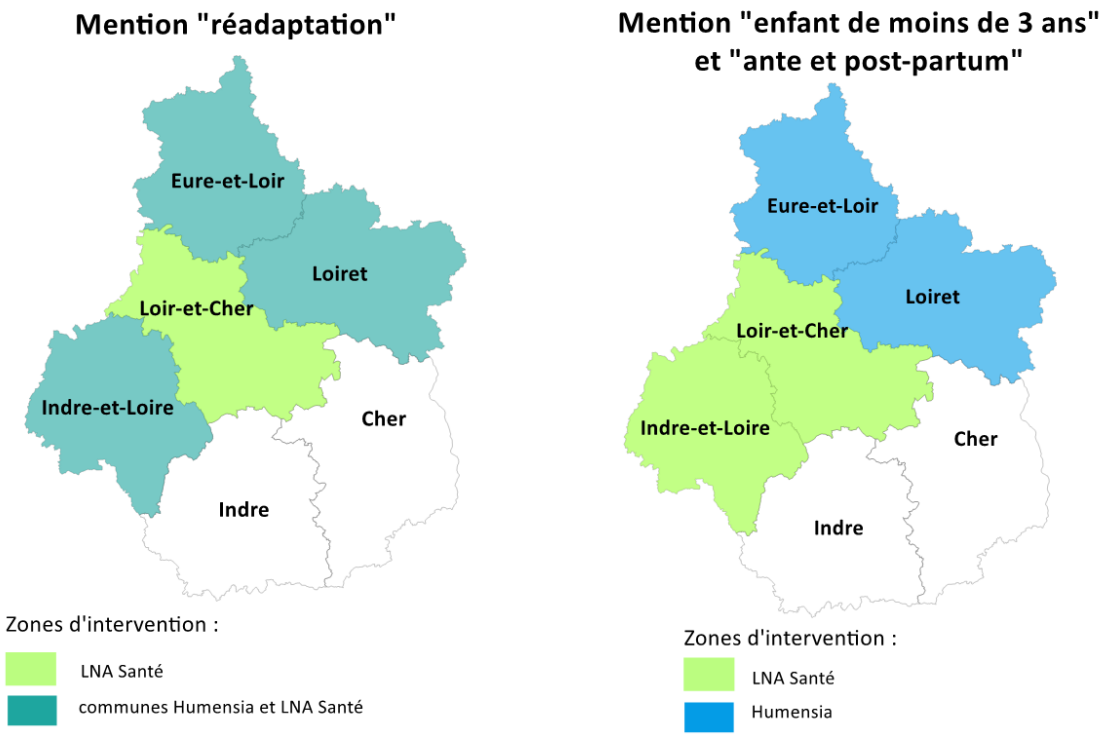


Figure 2 : Zones d'intervention par mention des 5 structures HAD en région CVL en 2025

METHODES

Les données présentées dans ce rapport sont issues de l'exploitation du PMSI, accessible via la plateforme du Système National des Données de Santé (SNDS) de l'Assurance-Maladie.

Une **séquence de soins HAD** est une période de séjour pendant laquelle la prise en charge du patient est caractérisée par une combinaison particulière d'un Mode de prise en charge Principal (MPP), d'un mode de prise en charge Associé (MPA) et d'une valeur de l'Indice de Karnofsky (IK). La séquence de soins constitue une période où MPP, MPA et IK restent inchangés. Pour un même séjour en HAD, une à plusieurs séquences de soins peuvent être générées en fonction de l'évolution de l'état du patient.

Pour l'analyse d'activité des structures HAD de la région CVL, plusieurs indicateurs :

- **"Nombre de séjours HAD"** : pour les modes d'entrée et sortie, lieu d'intervention et nature du séjour

- **"Nombre de patients"** : nombre distinct de patients pris en charge par MPP. Un même patient sera comptabilisé autant de fois qu'il aura de modalités de MPP distinctes au cours de ses séquences de soins en HAD.

- **"Nombre de journées"** : nombre total annuel de journées déterminées par le cumul des durées de séjours des séquences de soins rattachées à un même MPP.

- **Tarifaires** : Groupe Homogène de Tarifs (GHT), médicaments en sus des tarifs d'hospitalisation communs au secteur Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) ou spécifiques à l'HAD, médicaments en accès précoce AAP ou compassionnel AAC (ex ATU/RTU). A noter que cela ne correspond pas nécessairement au remboursement par l'Assurance Maladie.

Le périmètre d'analyse exclut les séquences groupées en erreur (groupes homogènes de prise en charge GHPC 9999 et groupe homogène de tarifs GHT 99) : 474 sous-séquences en 2016, 37 en 2017, 714 en 2018, 323 en 2019, 124 en 2020, 18 en 2021, 4 en 2022, 34 en 2023, 22 en 2024, 8 en 2025.

À noter : ScanSanté exclut ces séquences pour les indicateurs spécifiques définis par la circulaire et pour les taux de recours mais par contre, les inclut pour l'analyse de l'activité.

La **cartographie** par code géographique est réalisée en 2025 avec la population INSEE 2023 (plus récente disponible par code géographique). Elle est présentée en nombre de patients et de journées pour 1 000 habitants.

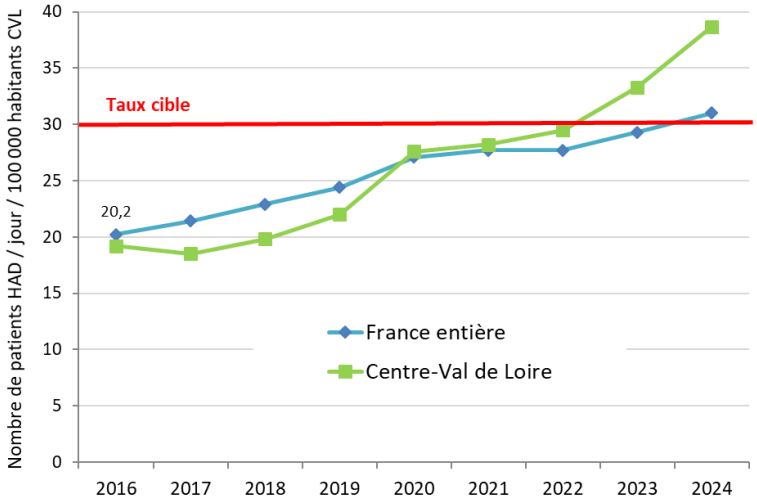
Les indicateurs présentés dans ce rapport peuvent être utilement complétés par ceux mis à disposition sur la nouvelle plateforme open data de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation : HAD — ATIH Data Essentiel. Des données plus détaillées (Data Avancé) sont également disponibles pour les établissements disposant d'un accès PLAGE.

1 – INDICATEURS DE SUIVI DE L'HAD

En 2024, près de 39 patients étaient pris en charge en HAD en moyenne par jour et pour 100 000 habitants CVL. Ce nombre est en très forte augmentation, et est supérieur au niveau national (Tableau 1 et Figure 3).

Tableau 1 : synthèse des indicateurs de la Circulaire du 04/12/13[1], CVL de 2016 à 2024[2]
(indicateurs 2025 non disponibles)

Indicateurs spécifiques		Valeur cible	Centre-Val de Loire									évol. 2016-2024	France entière 2024
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
1	Nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants	30	19,2	18,5	19,8	22,0	27,6	28,2	29,5	33,3	**38,7**	↗	**31,0**
2A	Taux brut de séjours d'HAD pour 100 séjours d'hospitalisation complète (MCO + SSR)	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	2,2	2,4	2,6	3,0	**3,8**	↗	**2,8**
2B	Taux brut de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète (MCO + SSR)	74	44,7	43,3	47,0	52,4	73,4	75,6	78,5	88,0	**101,3**	↗	**81,5**
2C	Taux brut de patients pris en charge en HAD pour 1 000 patients pris en charge en hospitalisation complète (MCO + SSR)	.	15,6	15,3	16,7	17,2	27,0	27,9	29,8	34,6	**40,9**	↗	**27,4**
4A	Part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète à temps plein (MCO + SSR) (en %)	.	66,6	65,4	64,0	60,1	51,9	50,8	46,6	49,1	**42,9**	↘	**46,9**
4B	Part des séjours en HAD à partir du domicile (en %)	.	25,9	25,4	26,1	27,2	27,8	30,7	32,4	32,6	**38,2**	↗	**40,5**
4C	Part des séjours en HAD réalisés au bénéfice de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux	.	8,1	9,4	10,4	13,6	19,4	17,1	18,7	14,9	**16,3**	↗	**12,0**
5	Part de certaines prises en charge spécialisées dans l'activité globale d'HAD (rééducation neurologique ou chimiothérapie anticancéreuse ou soins palliatifs) (en %)	.	26,8	28,1	30,1	34,0	32,9	30,6	33,2	35,5	**36,0**	↗	**34,0**



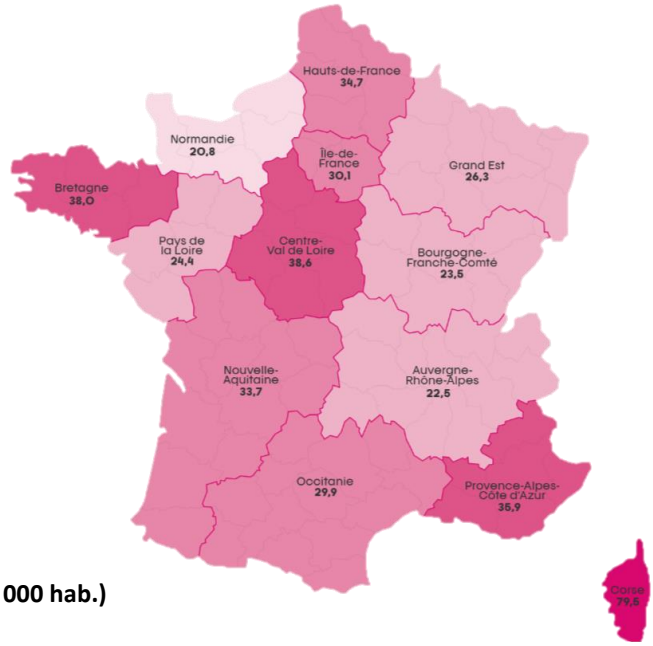


Figure 3 : nombre moyen de patients pris en charge par jour (/100 000 hab.)

- **Evolution France vs CVL 2016-2024**
- **Cartographie France 2024** - Source : rapport FNEHAD[3], exploitation PMSI ATIH

[1] Circulaire DGOS du 04/12/13 http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir_37726.pdf

[2] Source : ScanSanté https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-had?secteur=HAD

[3] Rapport FNEHAD 2024-2025 : Online Flipbook

2 – ACTIVITE ET RECOURS A L'HAD EN CVL

En 2025, 10 984 patients avaient été pris en charge en HAD CVL, correspondant à 400 641 journées de prise en charge, soit 36,5 journées par patient en moyenne.

Cette activité a poursuivi son augmentation en CVL (comme en France entière) :

- + 12 % de patients par rapport à 2024 (+ 1 188 patients).
- + 10 % de journées (+ 36 921 journées).

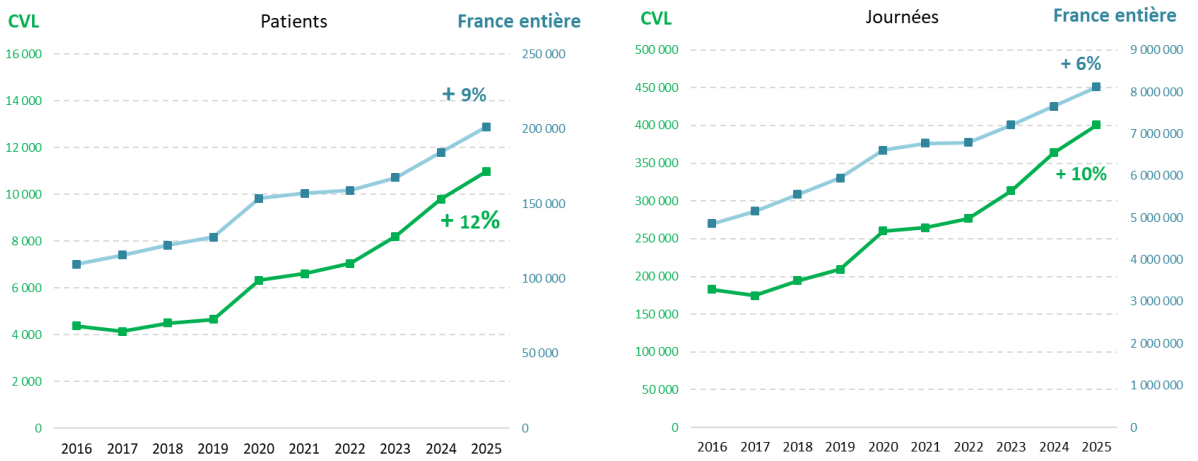
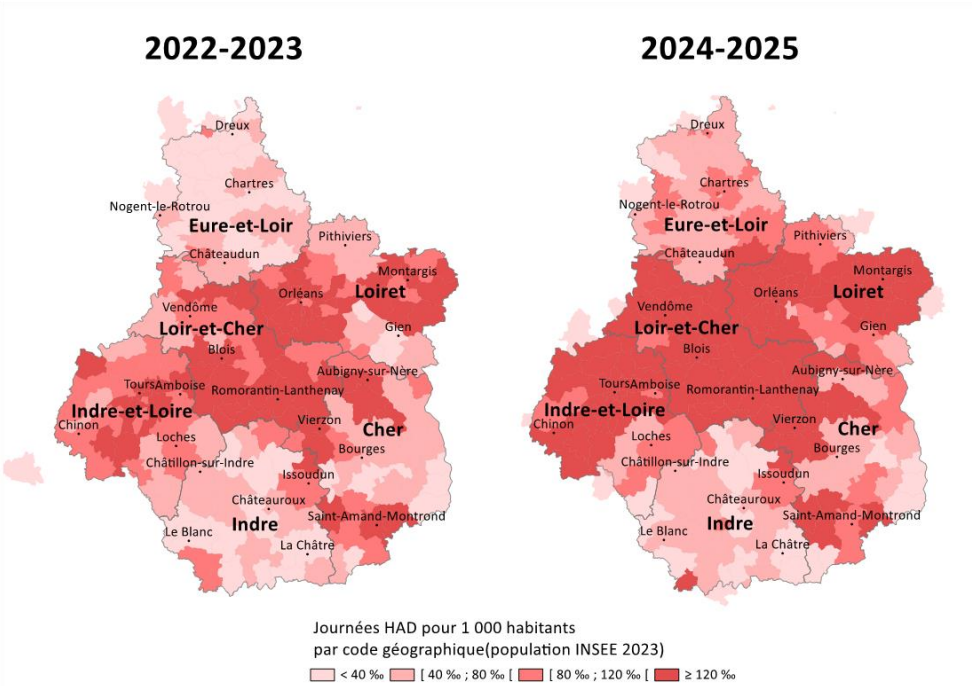


Figure 4 : Évolution du nombre de patients et de journées pris en charge en HAD, CVL 2016-2025

Rapporté au nombre d'habitants, le **recours à l'HAD en journées restait fort sur l'axe ligérien où il a augmenté,** et plus faible dans les deux départements du Sud (Indre et Cher, recours stable) ainsi que l'Eure-et-Loir (en augmentation).

Figure 5 : nombre de journées d'HAD pour 1 000 habitants, par code postal, HAD CVL 2022-2023 vs 2024-2025 - Taux standardisés sur le sexe et l'âge (population de référence : INSEE 2023)



Le recours aux différentes mentions en 2025 est présenté ci-dessous– *attention, échelle différente pour la mention socle*.

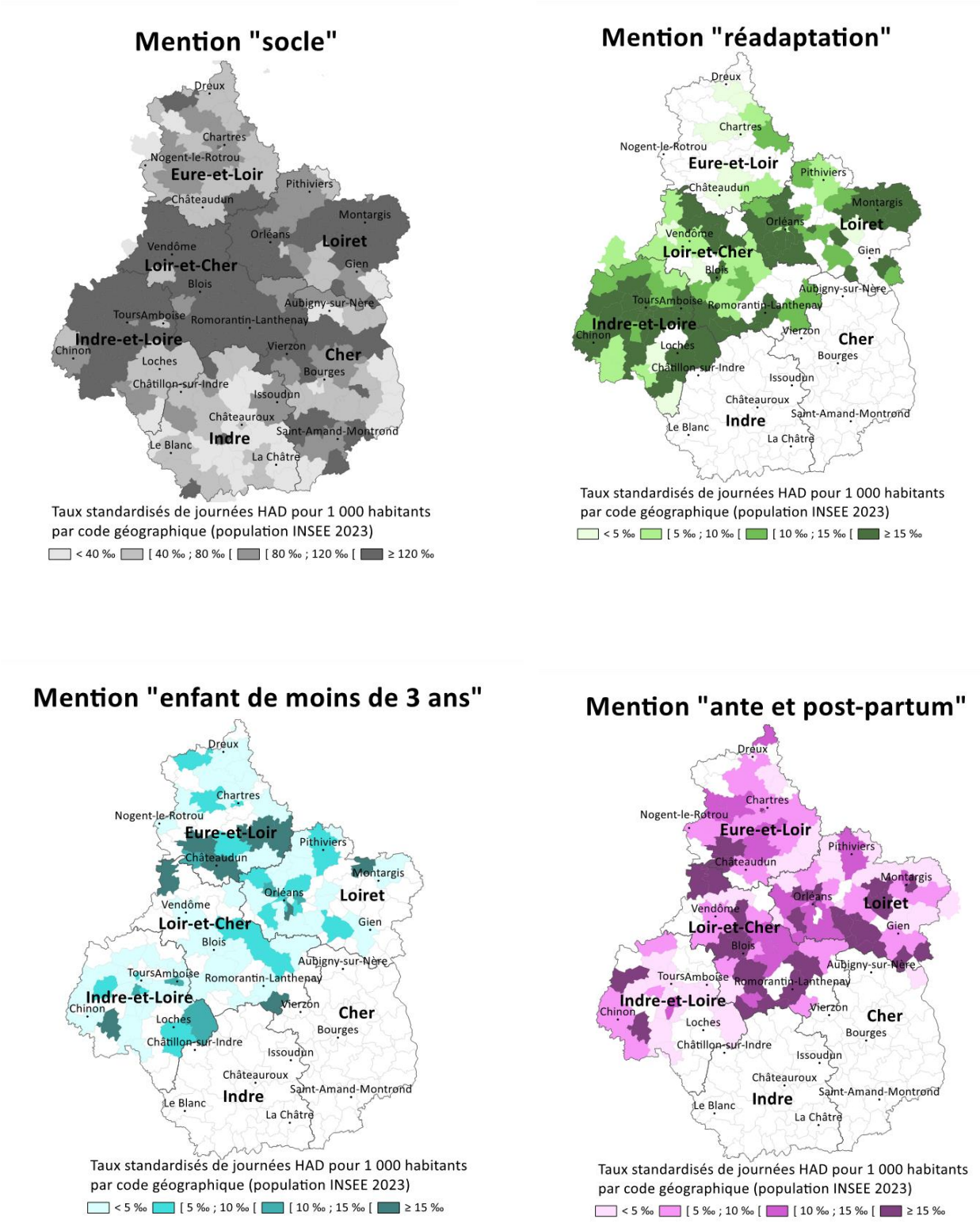


Figure 6 : détail par mention du nombre de journées d'HAD pour 1 000 habitants, par commune, HAD CVL 2025

- Taux standardisés sur le sexe et l'âge (population de référence : INSEE 2023)

3 – MENTIONS : PREMIERES DONNEES

En 2025, sur les 400 641 journées d'HAD réalisées en CVL, 86 % l'ont été au titre de la mention socle, 8 % pour la mention réadaptation, 4 % pour la mention ante- et post-partum, et 2 % pour la mention enfant de moins de 3 ans, variables suivant les structures et leurs autorisations (tableau 2 et figure 7).

Tableau 2 : Nombre de journées et de patients pris en charge en HAD CVL 2025

2025	Toutes mentions		Socle*		Réadaptation		Ante et post partum		Enfant < 3 ans	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Journées CVL	400 641	*100*	345 564	*86*	30 290	*8*	16 097	*4*	8 690	*2*
Patients CVL**	10 984	*100*	9 085	*83*	768	*7*	987	*9*	333	*3*

* y compris les journées sans mention attribuée
** un patient peut être dans plusieurs mentions : ne pas sommer

Les prises en charge correspondantes étaient (figures 7 et 8) :

- En mention « réadaptation » : la rééducation neurologique ou orthopédique
- En mention « ante- et post-partum » : la surveillance de grossesse à risque, le post-partum pathologique et la prise en charge du nouveau-né à risque
- En mention « enfant de moins de 3 ans » : plus hétérogène, principalement pour autres traitements, nutrition entérale, prise en charge du nouveau-né à risque. A noter que la plupart des prises en charge d'éducation du patient et/ou de l'entourage étaient réalisées au sein de cette mention (figure 8).

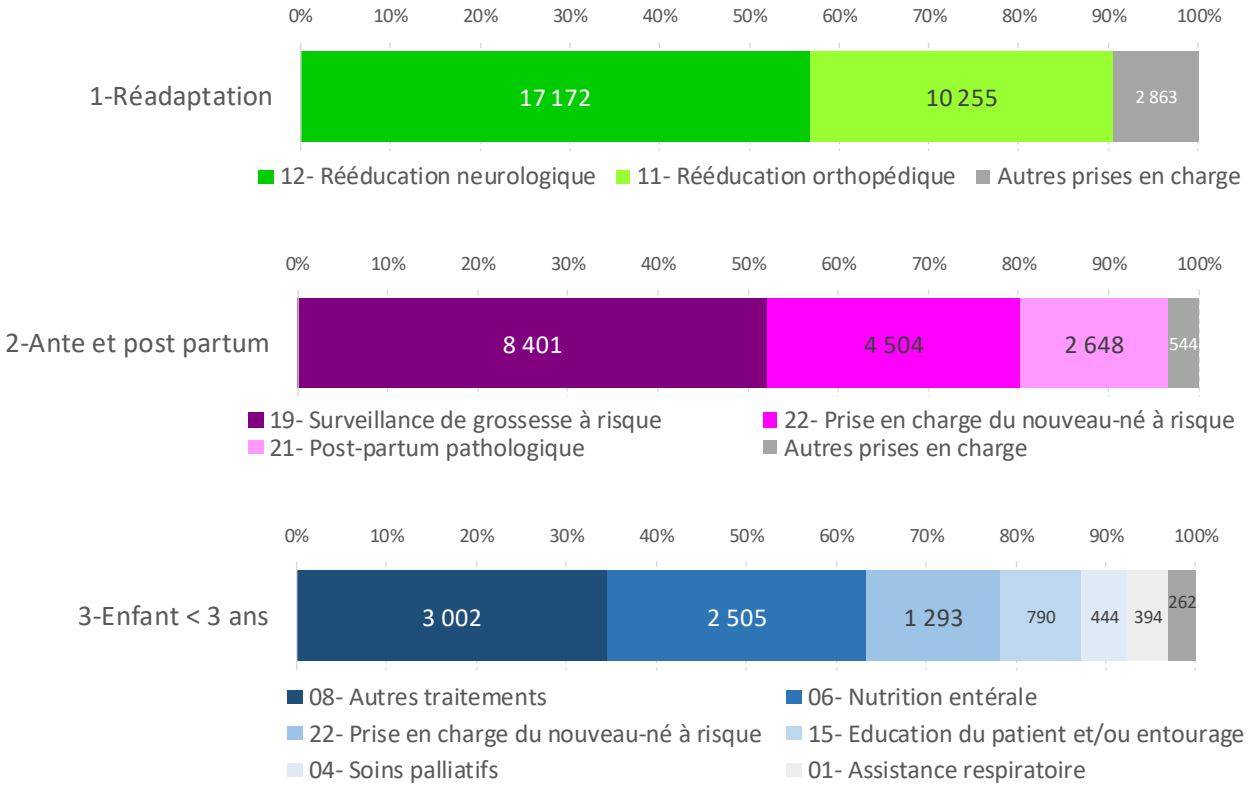


Figure 7 : Répartition des journées d'HAD par mention, selon le mode de prise en charge principal (MPP), CVL 2025

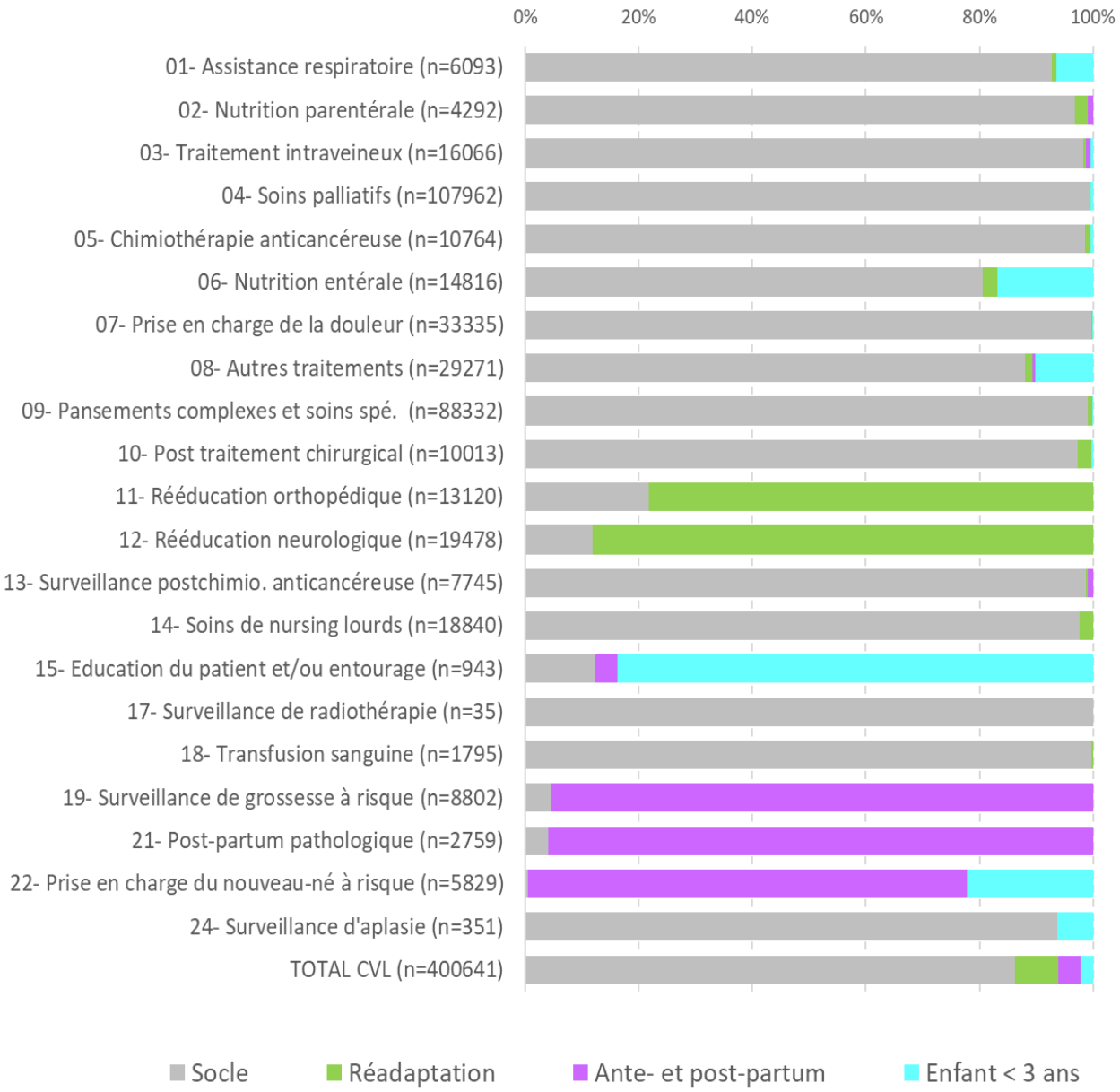


Figure 8 : Répartition des journées d'HAD en mentions socle et spécialisées, par mode de prise en charge principal (MPP), CVL 2025

3 – QUI SONT LES PATIENTS PRIS EN CHARGE PAR L'HAD CVL ?

En 2025, 10 984 patients ont été pris en charge en HAD CVL, dont 56 % de femmes, 51 % de patients de 75 ans ou plus et 6,5 % d'enfants de moins d'un an (figure 9).

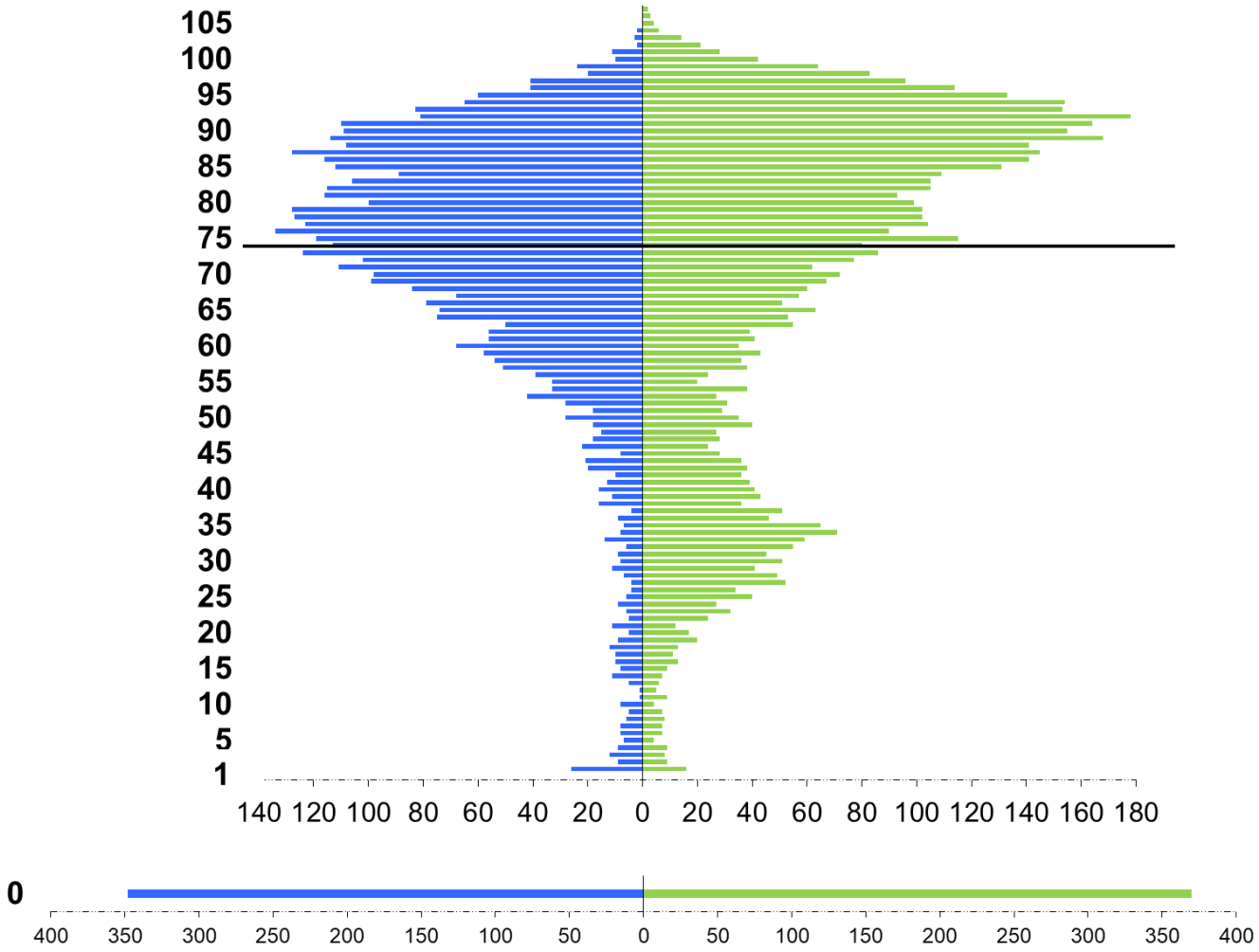


Figure 8 : Pyramides des âges des patients pris en charge en HAD CVL, 2025

Hors périnatalité, 9 918 patients ont été pris en charge en HAD CVL en 2025, de profil similaire aux années antérieures (tableau 3).

Les patients nouvellement pris en charge en HAD réadaptation en 2025 étaient plus jeunes, plus dépendants, mais décédaient très peu par rapport aux autres patients d'HAD (hors périnatalité).

Tableau 3 : Profil des patients (hors MPP mère/enfant) en HAD et en HAD Réadaptation, CVL 2025

2025		Total HAD hors périnatalité		HAD Réadaptation	
Nb patients		**9 918**		768	
Sexe	Hommes	4 620	47%	391	51%
	Femmes	5 298	53%	377	49%
Décès		3 578	36%	16	2%
Age	>= 75	5 561	56%	302	39%
	>= 85	3 380	34%	95	12%
	moyenne [min-max]	71,0	[0-107]	67,7	[12-101]
Index Karnofsky * médiane [min-max]	premier	40	[10-100]	40	[20-60]
	dernier	30	[10-100]	40	[10-70]
AVQ ** médiane [min-max]	cognitive début	3	[2-8]	2	[2-8]
	cognitive fin	4	[2-8]	2	[2-8]
	physique début	12	[4-16]	9	[4-16]
	physique fin	13	[4-16]	8	[4-16]

* IK : de 10 (moribond) à 100 (autonome)
** cognitive : de 2 (autonome) à 8
** physique : de 4 (autonome) à 16

Les cancers restaient la principale pathologie renseignée (tableau 4).

Tableau 4 : Principales pathologies des patients en HAD, CVL 2025

Pathologies	Patients		Journées		Journées éligibles au financement **		
	N	%	N	%	N	2018	évol. 2018-2025
Cancer *	3 050	**28%**	129 990	**32%**			
Maladie neurodégénérative **	987	**9%**	42 809	**11%**	19 477	18 738	+3,9 %
Alzheimer, Parkinson, autres syndromes extrapyramidaux et troubles de la motricité	611	6%	20 295		10 255	9 989	+2,7 %
SEP et autres maladies démyélinisantes du système nerveux central	217	2%	11 351		3 387	3 733	-9,3 %
SLA et autres affections dégénératives du système nerveux	175	2%	11 545		5 998	5 103	+17,5 %

* au moins 1 séquence avec DP ou DCMPP : codes en C, D00 à D09, D37 à D48, Z51.0 à Z51.2

** fiche technique DGOS/R4 "Accompagnement financier à l'hospitalisation à domicile (HAD) pour les maladies neurodégénératives" ; les journées éligibles au financement concernent l'ensemble des journées du séjour repéré -> attention, ne pas diviser par la colonne "journées" qui concerne uniquement les séquences avec DP ou DCMPP de maladie neurodégénrative

➔ *Cf zooms cancérologie et maladies neurodégénératives en annexes 1 et 2.*

Aide financière maladies neurodégénératives

Depuis fin 2018, les établissements d'HAD bénéficient d'un financement complémentaire des maladies neurodégénératives, pour lequel une enveloppe fermée est versée à posteriori afin de compenser partiellement la dégressivité tarifaire en HAD.

4 – MODES DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAUX

Tableau 5 : Activité en journées et en patients par MPP, CVL 2025

Activité par Mode de Prise en charge Principal (MPP) 2025	Journées			Patients			Nombre de jours/patients dans l'année
	N	%	Évolution 2024-2025	N	%	Évolution 2024-2025	
01- Assistance respiratoire	6 093	1,5%	*-20,7%*	85	0,8%	*-3,4%*	72
02- Nutrition parentérale	4 292	1,1%	*+21,1%*	130	1,2%	*+19,3%*	33
03- Traitement intraveineux	16 066	4,0%	*+8,8%*	1 658	15,1%	*+15,9%*	10
04- Soins palliatifs	107 962	26,9%	*-1,4%*	3 071	28,0%	*+5,0%*	35
05- Chimiothérapie anticancéreuse	10 764	2,7%	*+18,2%*	398	3,6%	*+39,6%*	27
06- Nutrition entérale	14 816	3,7%	*-2,0%*	224	2,0%	*-3,9%*	66
07- Prise en charge de la douleur	33 335	8,3%	*+48,5%*	3 318	30,2%	*+72,9%*	10
08- Autres traitements	29 271	7,3%	*+44,3%*	1 116	10,2%	*+23,5%*	26
09- Pansements complexes et soins spécifiques	88 332	22,0%	*+8,6%*	1 326	12,1%	*+7,4%*	67
10- Post traitement chirurgical	10 013	2,5%	*-1,1%*	244	2,2%	*-10,0%*	41
11- Rééducation orthopédique	13 120	3,3%	*-3,0%*	377	3,4%	*-4,8%*	35
12- Rééducation neurologique	19 478	4,9%	*+57,5%*	504	4,6%	*+66,3%*	39
13- Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	7 745	1,9%	*+33,1%*	340	3,1%	*+14,9%*	23
14- Soins de nursing lourds	18 840	4,7%	*+2,4%*	277	2,5%	*+14,5%*	68
15- Education du patient et/ou entourage	943	0,2%	*+197,5%*	55	0,5%	*+243,8%*	17
17- Surveillance de radiothérapie	35	0,0%	*-85,3%*	4	0,0%	*-60,0%*	9
18- Transfusion sanguine	1 795	0,4%	*+18,4%*	279	2,5%	*+25,7%*	6
19- Surveillance de grossesse à risque	8 802	2,2%	*+48,8%*	333	3,0%	*+44,2%*	26
21- Post-partum pathologique	2 759	0,7%	*-40,1%*	256	2,3%	*-46,4%*	11
22- Prise en charge du nouveau-né à risque	5 829	1,5%	*-17,5%*	546	5,0%	*-24,0%*	11
24- Surveillance d'aplasie	351	0,1%	*+216,2%*	10	0,1%	*-47,4%*	35
29- Sortie précoce de chirurgie							
TOTAL* **	**400 641**		***+10,2%***	**10 984**		***+12,1%***	***36***

** Il s'agit de prise en charge de patients nécessitant un suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents*

*** créé au 1er mars 2016*

**** Total patients distincts (un même patient peut avoir plusieurs MPP)*

Les soins palliatifs concernaient 28 % des patients et représentaient 27 % des journées (≈stable) ; ils restaient la 1ère activité en journées (tableau 5). On peut en rapprocher :

- **Les prises en charge de la douleur** : 30,2 % des patients mais seulement 8,3 % des journées, toujours en augmentation et la 1ère activité en patients.
- **Les soins de nursing lourds** : 2,5 % des patients et 4,7 % des journées, en augmentation.
- **L'assistance respiratoire :** moins d'une centaine de patients (0,8 %), et 1,5 % des journées, en diminution.

Les pansements complexes représentaient la 2ème activité, en augmentation par rapport à 2024.

La périnatalité (grossesse, post-partum et nouveau-né) représentait 10 % des patients mais seulement 4 % des journées ➔ en diminution globale, malgré une forte augmentation des surveillances de grossesse à risque.

Les rééducations orthopédique et neurologique, en fort développement depuis 2022, concernaient encore peu de patients, mais représentaient un nombre important de journées (cf figure 10).

La chimiothérapie anticancéreuse à domicile et la surveillance post-chimiothérapie concernaient peu de patients (moins de 400) mais étaient en croissance, tant en journées qu'en patients (figures 10 et 11). Les durées de prise en charge annuelles diminuaient pour la chimiothérapie anticancéreuse (27

jours par an et par patient en 2025, vs 32 jours en 2024), tandis qu'elles augmentaient pour la surveillance post-chimiothérapie (23 jours en 2025, vs 20 en 2024).

L'HAS a ainsi émis des recommandations en 2015 pour encourager le développement de la chimiothérapie en HAD (hors chimiothérapie par voie orale).

La transfusion sanguine à domicile concernait moins de 300 patients mais était elle aussi en croissance (figures 10 et 11).

Des recommandations professionnelles ont été publiées en mai 2018 pour permettre à un plus grand nombre de malades de bénéficier de transfusion à leur domicile, cependant il existait des freins potentiels liés à la complexité de mise en œuvre opérationnelle et au prix des produits sanguins labiles.

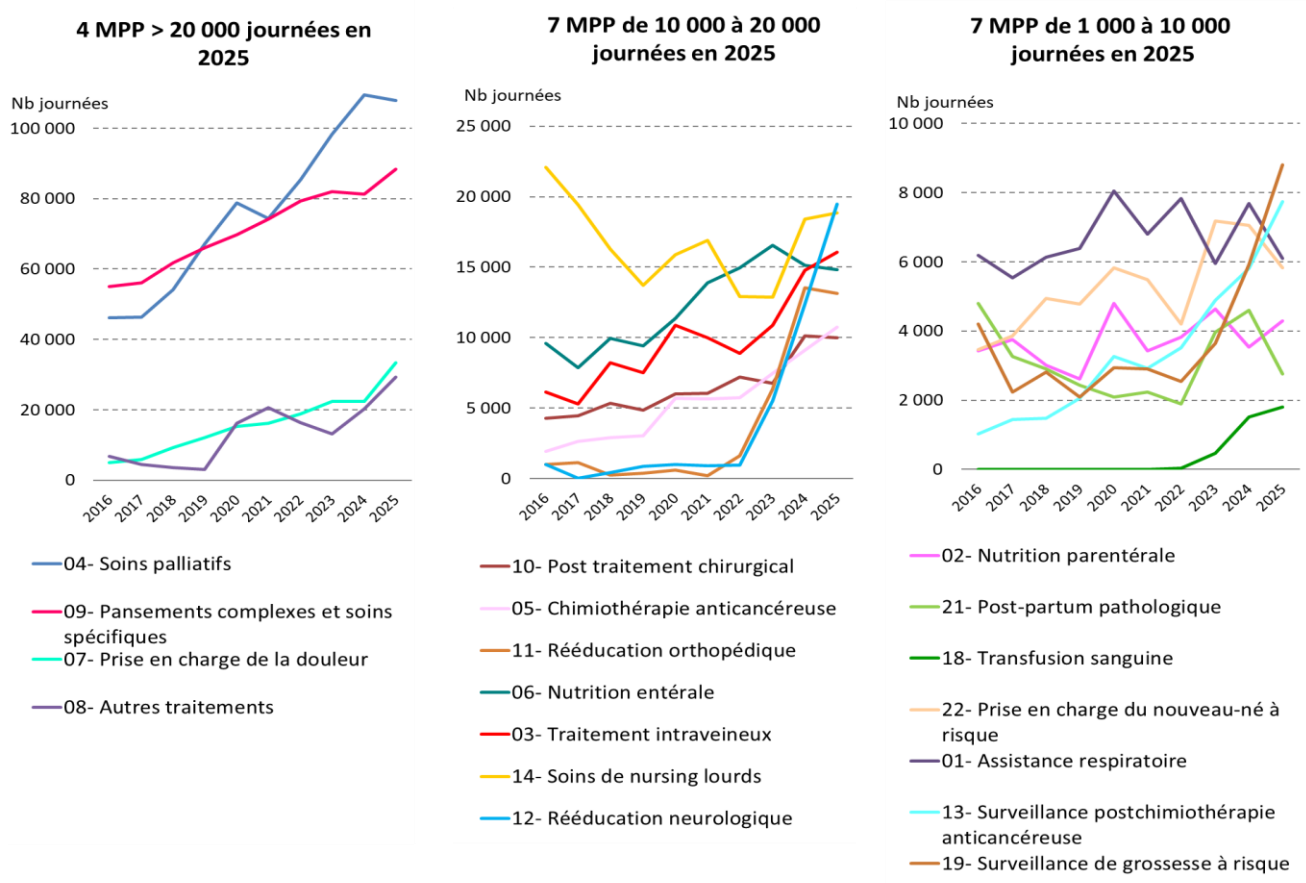


Figure 10 : Evolution des MPP en journées, CVL 2016-2025

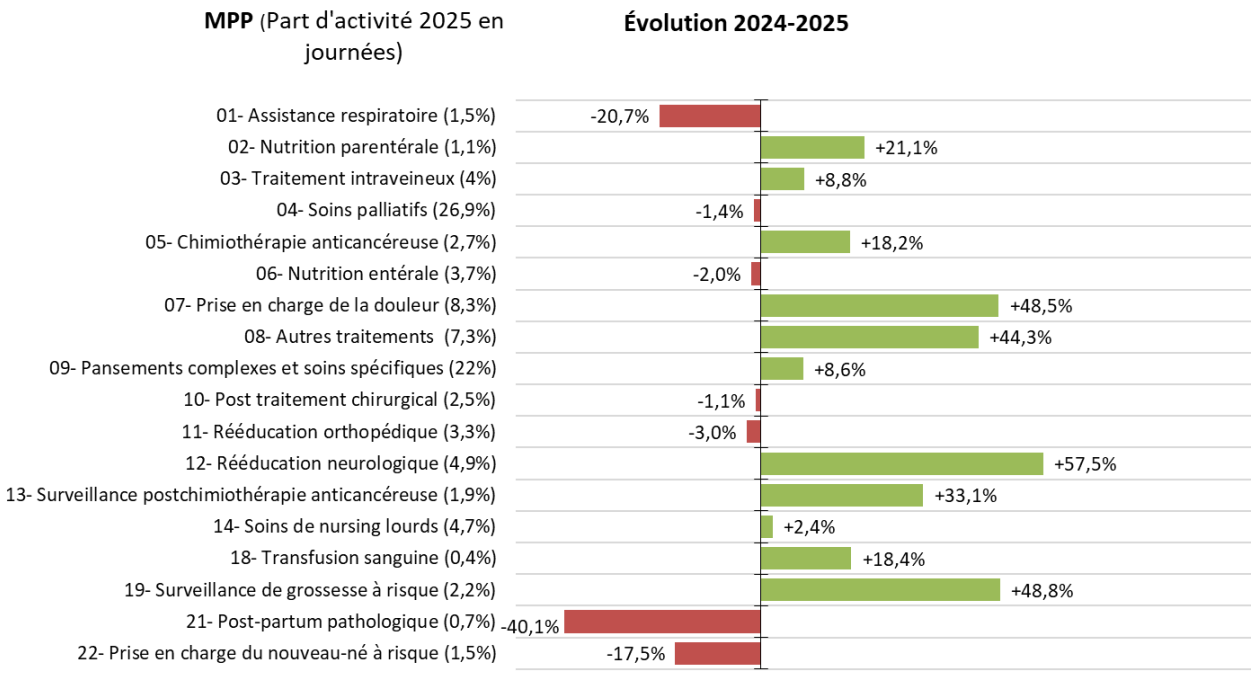


Figure 11 : Evolution des MPP en journées, CVL 2024-2025

Attention, hors MPP concernant moins de 55 patients par an : évolutions très sensibles à de faibles variations du nombre de patients

5 – PARCOURS DE PRISE EN CHARGE

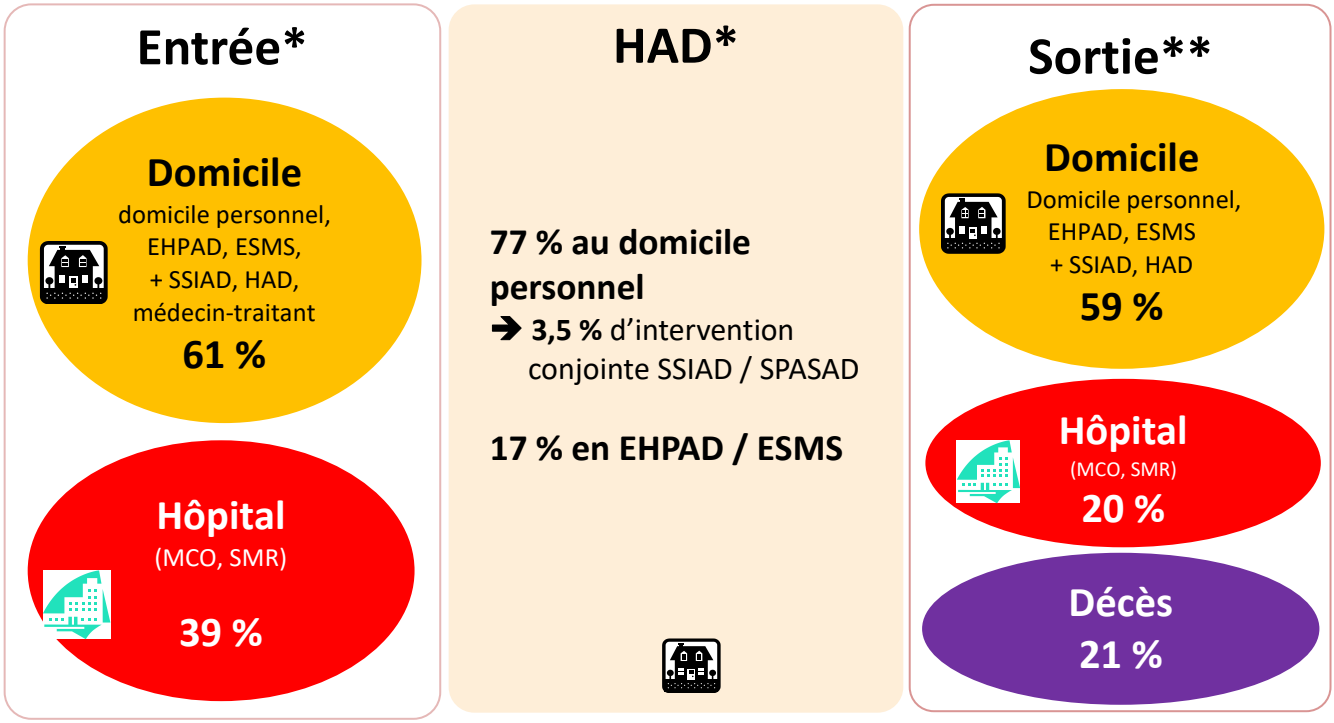


Figure 12 : Evolution des MPP en journées, CVL 2016-2025
ESMS : établissement ou service social ou médico-social
* parmi l'ensemble des séjours 2025 (n = 18 276) ** parmi les séjours terminés en 2025 (n = 17 168)

L'entrée en provenance du domicile augmentait (61 % en 2025 vs 56 % en 2024), tandis que la répartition des lieux de sortie restait stable.

L'intervention de l'HAD permet d'éviter des hospitalisations conventionnelles. **En 2025, lorsque l'HAD est intervenue :**

- **En prise en charge initiale au domicile, elle a permis à 91 % des patients de rester chez eux (stable)** : 25 % étaient décédés chez eux et 66 % restaient à domicile.
- **A la suite d'une hospitalisation conventionnelle, elle a permis à 63 % des patients de rester à domicile (en diminution par rapport à 2024)** : 14 % étaient décédés chez eux et 49 % restaient à domicile. Donc 37 % nécessitaient une ré-hospitalisation conventionnelle (vs 32% en 2024).

En 2025, **77 % des patients ont été pris en charge à leur domicile personnel** (en diminution) **et 17 % en EHPAD** (en augmentation).
L'intervention simultanée d'une HAD avec un SSIAD ou un SPASAD progresse : 3,5 %, vs 0,3 % en 2018, année où l'intervention simultanée a été autorisée.

Plus de détails sur les modes d'entrée, sortie et lieu d'intervention en annexes 3, 4 et 5.

6 – EVALUATIONS ANTICIPEES

Depuis 2022, les évaluations anticipées réalisées par les structures d'HAD sont recueillies dans le PMSI sous format agrégé : nombre de patients en EHPAD, ESMS ou établissements sociaux ayant eu une évaluation anticipée (non suivie d'une admission dans les 7 jours suivant l'évaluation).

L'évaluation anticipée est réalisée pour des résidents en EHPAD, autres ESMS (hors EHPAD) ou établissements sociaux, éligibles à l'HAD, dont l'état de santé est susceptible de se dégrader à courte terme et qui ont émis le souhait de ne pas être transférés à l'hôpital ou pour lesquels les équipes soignantes ont retenu le principe d'une limitation de traitement après discussion collégiale. Ce dispositif permet d'anticiper la prise en charge en HAD et d'éviter les transferts vers les services d'urgence. Tous les patients ayant eu une évaluation anticipée ne seront cependant pas forcément admis en HAD, l'admission définitive dépendant de critères d'éligibilité précis, de l'état de santé réel au moment de la dégradation, ainsi que du consentement final.

En 2025, 858 résidents d'EHPAD/ESMS/établissements sociaux avaient eu une évaluation anticipée réalisée par une HAD CVL, correspondant à un ratio moyen de 32 patients avec évaluation anticipée pour 100 patients « éligibles » (pris en charge par l'HAD en EHPAD, ESMS ou établissement social) (tableau 6) ➔ stable depuis 2023, globalement et quelle que soit la structure HAD.

97,6 % des patients ayant eu une évaluation anticipée résidaient en EHPAD (vs 0,9 % en ESMS, soit moins de 10 patients ; et 1,5 % en établissements sociaux, soit 13 patients).

Tableau 6 : évaluations anticipées par antenne d'HAD CVL, 2025

Antenne HAD CVL - 2025	Patients HAD ayant eu une évaluation anticipée	Patients HAD en EHPAD, ESMS, établissement social	Ratio*
HAD CH Bourges	50	99	51
HAD Santé Service du Berry	5	176	3
HUMENSIA Eure-et-Loir	34	157	22
HUMENSIA en Touraine	168	255	66
HUMENSIA Orléans	51	98	52
HAD CH Châteauroux		77	
LNA SANTÉ Val de Loire	197	701	28
LNA SANTÉ Loir-et-Cher	99	311	32
LNA SANTÉ Orléans	242	774	31
LNA SANTÉ Eure-et-Loir	12	44	27
TOTAL HAD CVL	858	2 692	32

***** ratio du nombre de patients avec évaluation anticipée réalisée par les HAD en EHPAD, ESMS et établissements sociaux (qu'il y ait eu ensuite ou non une prise en charge en HAD), rapporté au nombre de patients pris en charge par l'HAD en EHPAD, ESMS ou établissement social.

Exemple de lecture : Au total les établissements d'HAD CVL ont réalisé en 2025 des évaluations anticipées pour 858 patients, soit un ratio de 32 évaluations anticipées pour 100 patients pris en charge par l'HAD en EHPAD, ESMS ou établissements sociaux.

7 – ERISP

En 2025, première année de mise en œuvre des équipes rapides d'intervention en soins palliatifs (ERISP) en CVL, 310 interventions pour 305 patients ont été réalisées par LNA Santé Val-de-Loire (37), seule HAD disposant d'une ERISP en 2025 (autorisée en février). *A noter que les interventions ERISP non immédiatement suivies d'HAD ne sont pas prises en compte.*

Après l'intervention, la durée d'hospitalisation en HAD s'établissait à 10,6 jours en moyenne (médiane 5 jours) ; tandis qu'un séjour de soins palliatifs en HAD sans intervention de l'ERISP avait une durée moyenne de 31 jours.

Par rapport aux patients de soins palliatifs pris en charge en HAD sans intervention de l'ERISP, les patients avec intervention de l'ERISP étaient plus souvent des femmes, plus âgées, avec une plus forte mortalité (tableau 7).

Tableau 7 : patients pris en charge par une ERISP en HAD CVL en 2025

2025		Patients HAD ERISP		Patients HAD soins palliatifs* hors ERISP	
Nb patients		**305**		**4 429**	
Sexe	Hommes	102	33%	2 020	46%
	Femmes	203	67%	2 409	54%
Décès		245	80%	3 145	71%
Age	>= 75	272	89%	3 294	74%
	>= 85	219	72%	2 262	51%
	moyenne [min-max]	88,0	[56-107]	81,0	[0-107]
Index Karnofsky ** médiane [min-max]	premier	20	[10-50]	30	[10-100]
	dernier	20	[10-50]	10	[10-90]
AVQ * médiane [min-max]**	cognitive début	8	[2-8]	5	[2-8]
	cognitive fin	8	[2-8]	8	[2-8]
	physique début	16	[4-16]	15	[4-16]
	physique fin	16	[4-16]	16	[4-16]

* Mode de prise en charge principal (MPP) ou associé (MPA) = 04

** IK : de 10 (moribond) à 100 (autonome)

*** cognitive : de 2 (autonome) à 8 - physique : de 4 (autonome) à 16

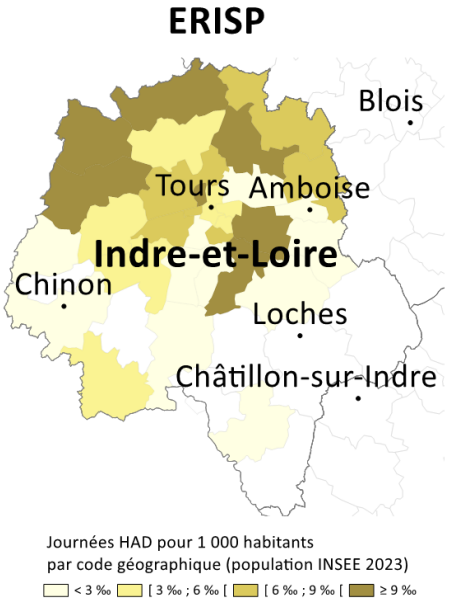


Figure 13 : recours à l'ERISP : nombre de journées d'HAD après intervention de l'ERISP, pour 1 000 habitants, par commune, HAD CVL 2025 - Taux standardisés sur le sexe et l'âge (population de référence : INSEE 2023)

8 –TARIFS DE L'HAD

En région CVL en 2025, le tarif moyen d'une journée d'HAD pour l'assurance maladie était de 273 euros hors médicaments et honoraires (France : 256 € en 2024[4]). Ce tarif de base était globalement en augmentation sur les six dernières années (tableau 8).

A noter que depuis la pandémie Covid-19, les tarifs de l'HAD ont fait l'objet de revalorisations annuelles récurrentes, souvent supérieures ou incitatives par rapport à l'hospitalisation MCO, afin d'accompagner le virage ambulatoire et le développement des soins à domicile.

A ce tarif de base s'ajoutaient les médicaments :

- De la liste en sus (commune MCO/HAD) : 78 € / jour en moyenne pour les 437 séjours concernés sur 18 276 en 2025, en forte diminution depuis 2019 ➔ sorties de la liste en sus ?
- Coûteux hors liste en sus : 28 € / jour en moyenne pour les 3 653 séjours concernés en 2025, fluctuant (de 23€ à 58€ entre 2020 et 2025)
- En accès précoce (AAP) ou compassionnel (AAC), ayant remplacé depuis 2022 les accès en ATU/post-ATU : très peu de séjours concernés (5 en 2025), pour un tarif moyen de 45€ / jour.

S'ajoutaient également les honoraires des praticiens hospitaliers pour les HAD privées, non compris dans le tarif de base des GHT. Ces honoraires concernaient très peu de séjours en 2025 (10, vs 172 en 2019), pour un tarif moyen de 791€ / jour.

Tableau 8 : Évolution du tarif moyen journalier par structure HAD, région CVL, 2019-2025

Tarif moyen par jour		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
HAD CH Bourges	Tarif hors médicaments	182 €	193 €	195 €	198 €	209 €	236 €	241 €
	Tarif total	200 €	211 €	202 €	205 €	217 €	241 €	247 €
HAD santé service du Berry	Tarif hors médicaments	233 €	237 €	242 €	252 €	272 €	272 €	291 €
	Tarif total	246 €	237 €	244 €	256 €	275 €	273 €	295 €
HUMENSIA	Tarif hors médicaments	204 €	218 €	228 €	239 €	244 €	255 €	264 €
	Tarif total	216 €	218 €	229 €	239 €	247 €	258 €	267 €
HAD CH Châteauroux	Tarif hors médicaments	188 €	184 €	202 €	212 €	218 €	228 €	242 €
	Tarif total	189 €	188 €	211 €	218 €	224 €	234 €	256 €
LNA SANTÉ	Tarif hors médicaments	239 €	243 €	262 €	268 €	273 €	276 €	276 €
	Tarif total	248 €	245 €	264 €	270 €	277 €	285 €	282 €
TOTAL HAD CVL	**Tarif hors médicaments**	**225 €**	**232 €**	**249 €**	**257 €**	**263 €**	**268 €**	**273 €**
	Tarif total	**236 €**	**234 €**	**250 €**	**259 €**	**267 €**	**275 €**	**278 €**

[4]Rapport FNEHAD 2024-2025 : Online Flipbook

Les tarifs journaliers moyens restaient hétérogènes selon les prises en charge, reflet de la lourdeur de prise en charge (figure 14 – hors médicaments et honoraires).

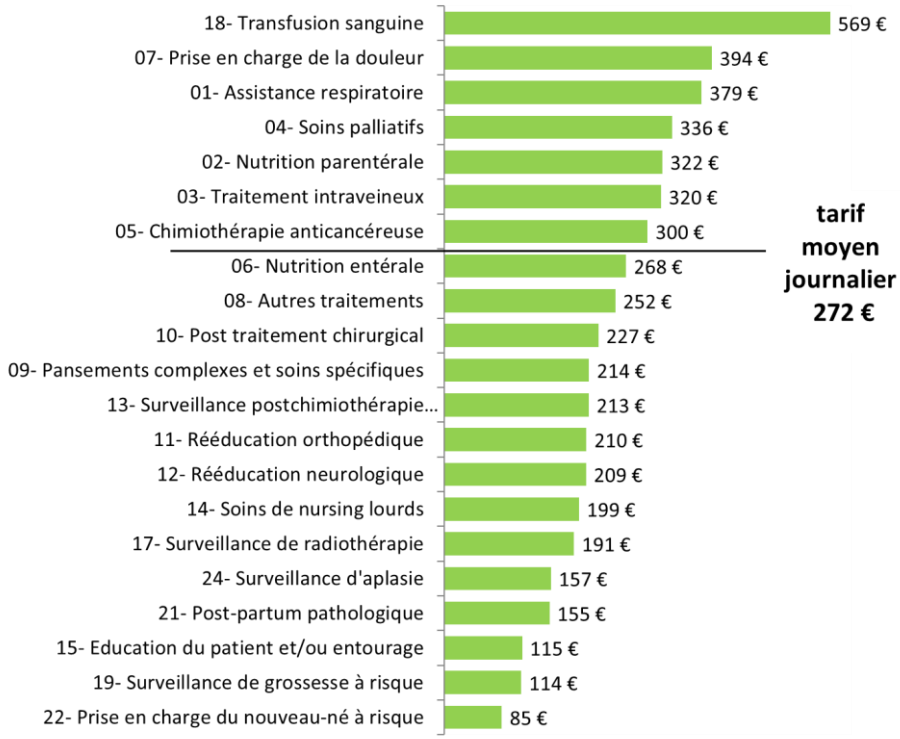


Figure 14 : Tarif moyen journalier par mode de prise en charge principal, région CVL, 2025

En 2025, le tarif moyen par patient en HAD était de 10 127 €, stable (10 516 € en France en 2024[5]) (figure 15). A noter que le tarif médian était très inférieur, à 3 963 €.

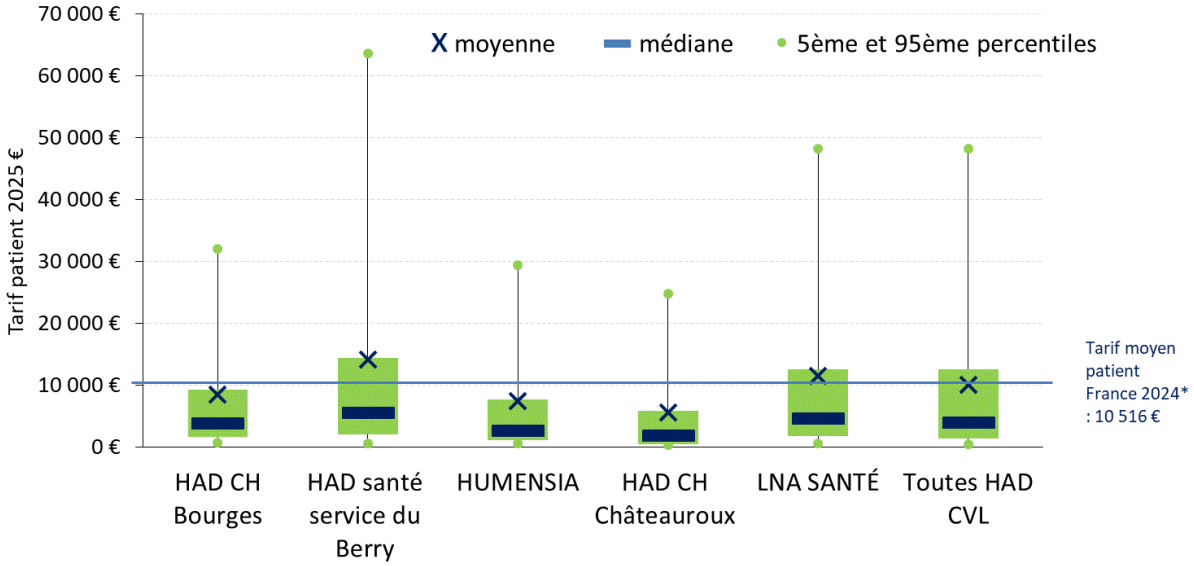


Figure 15 : Tarif patient HAD, région CVL, 2025 – 5ème, 25ème, 50ème (médiane), 75ème et 95ème percentiles ; moyenne

[5] Rapport FNEHAD 2024-2025 : Online Flipbook

9 – ACTIVITE SELON LES STRUCTURES D'HAD

LNA Santé a réalisé 66 % des journées d'HAD CVL en 2025, part en augmentation (57 % en 2016, figures 16 et 17, tableau 9) ; suivie par Humensia avec 23 % des journées (vs 31 % en 2016). L'HAD Santé Service du Berry a réalisé un peu plus de 6 % des journées d'HAD CVL en 2025, part fluctuante. Enfin, les HAD des CH de Châteauroux et de Bourges avaient réalisés chacune environ 2,5 % des journées d'HAD CVL, part en diminution.

Tableau 9 : récapitulatif de l'activité des structures d'HAD, CVL 2024-2025

		HAD CH Bourges	HAD Santé service du Berry	Humensia	HAD CH Châteauroux	LNA Santé	TOTAL CVL
2024	Nb patients	280	539	3 122	443	5 459	**9 796**
	Nb journées	9 478	30 343	90 372	10 628	222 899	**363 720**
	Nb journées par patient dans l'an	34	56	29	24	41	**37**
	Nb patients par jour*	26	83	248	29	611	**996**
2025	Nb patients	314	536	3 291	470	6 445	**10 984**
	Nb journées	10 748	25 576	91 236	10 207	262 874	**400 641**
	Nb journées par patient dans l'an	34	48	28	22	41	**36**
	Nb patients par jour*	29	70	250	28	720	**1 098**
	Evolution patients 2024-2025	12%	-1%	5%	6%	18%	**12%**
	Evolution journées 2024-2025	13%	-16%	1%	-4%	18%	**10%**

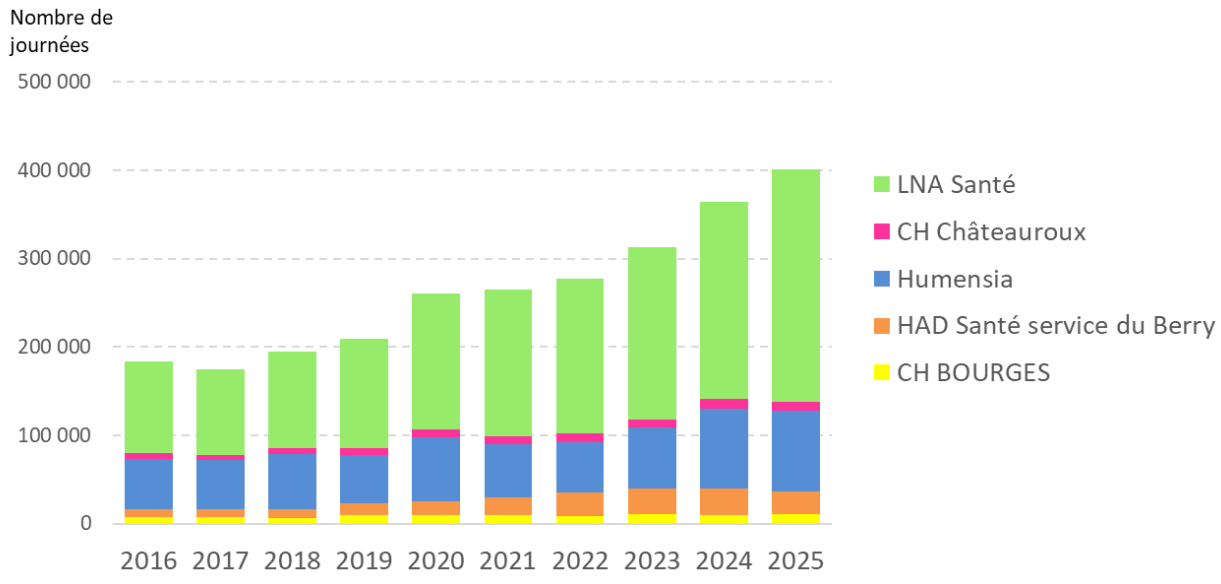


Figure 16 : Évolution du nombre de journées d'HAD par structure, CVL 2016-2025

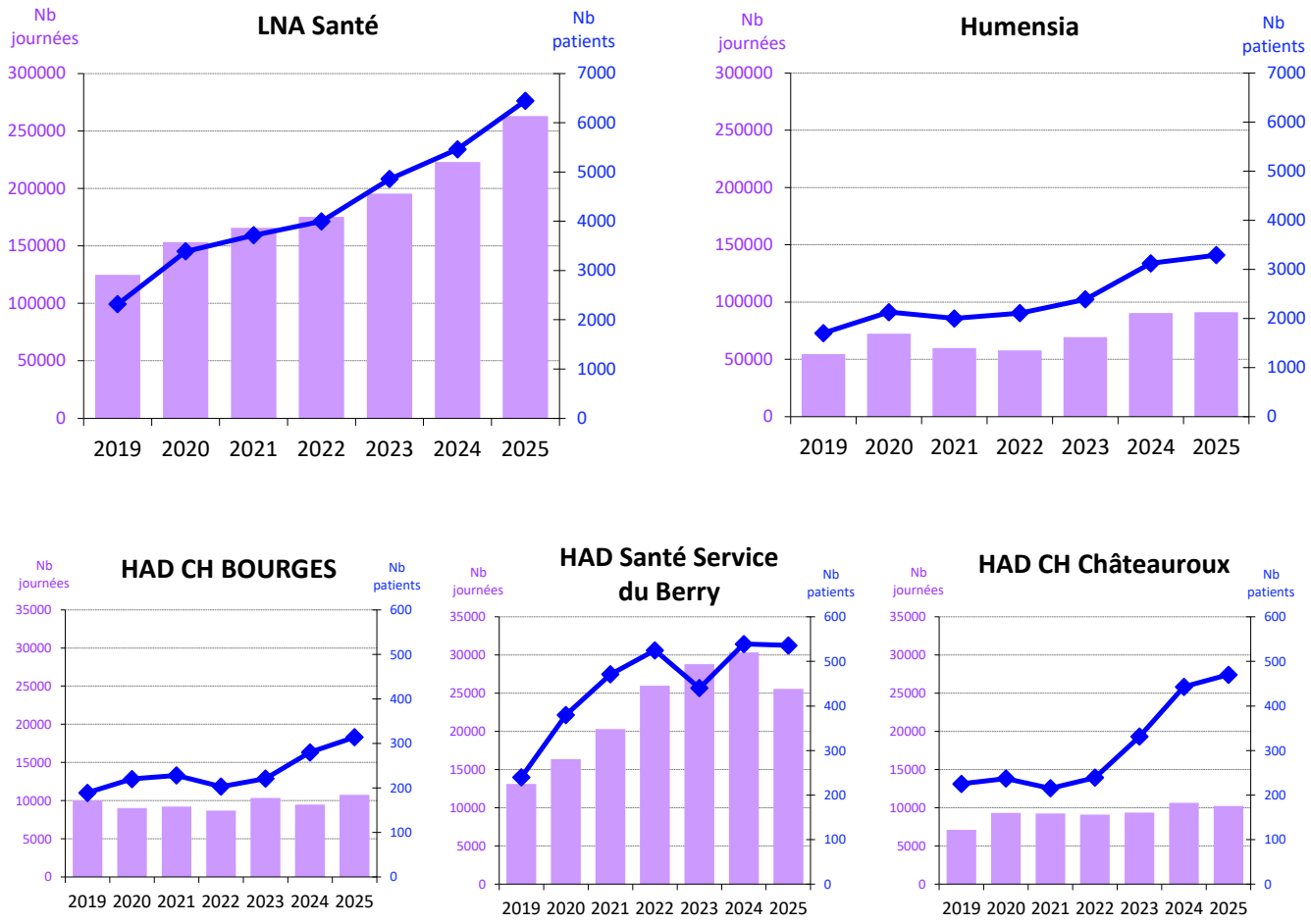


Figure 17 : Évolution du nombre de journées et de patients d'HAD, détail par structure, CVL 2019-2025

En 2025, le nombre moyen de journées par patient était de 36 jours, tandis que la durée moyenne de séjour était de 22 jours (pour les 17 168 séjours d'HAD terminés) ; en diminution sur la période 2016-2025 (figure 18). Dans les 2 cas, l'HAD Santé Service du Berry et LNA Santé présentaient des prises en charge plus longues, tandis que l'HAD du CH Châteauroux présentait les durées les plus courtes, et en forte diminution. A noter que l'HAD Châteauroux a fortement modifié ses prises en charge depuis 2019 : diminution des soins palliatifs et des pansements complexes, au profit des traitements intraveineux, chimiothérapies anticancéreuses et autres traitements (figure 19).

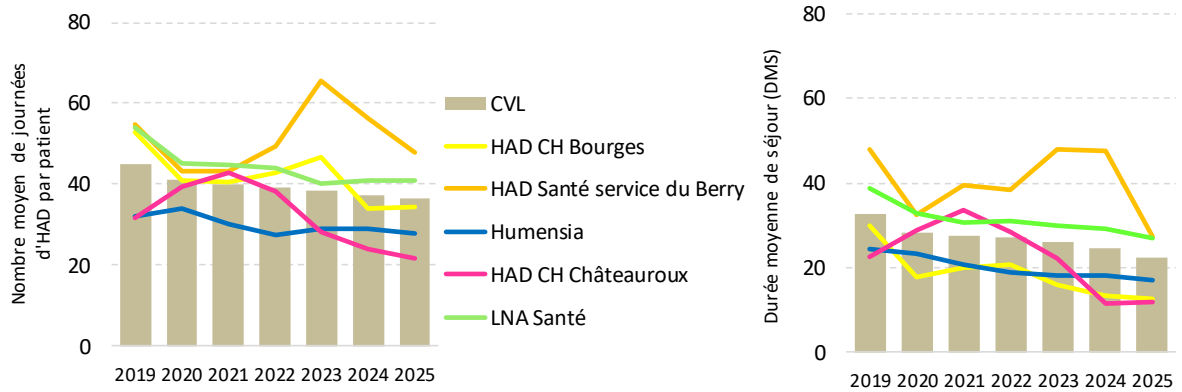


Figure 18 : Évolution du nombre moyen de journées d'HAD par patient, et de la durée moyenne de séjour d'HAD, par structure CVL 2019-2025

En 2025, LNA Santé a réalisé 67 % de l'activité en mention « réadaptation », tandis qu'Humensia a réalisé 65 % de l'activité en mention « ante- et post-partum » (particulièrement concentrée dans l'antenne du Loiret : 48 %) et 65 % de l'activité en mention « enfant de moins de 3 ans » (figure 19).

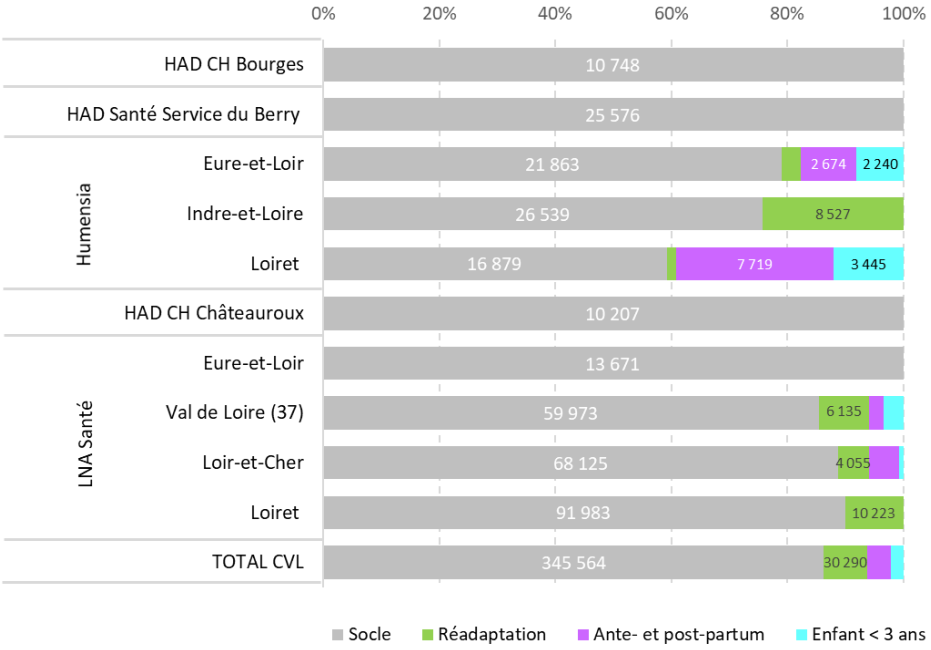


Figure 19 : Répartition des journées d'HAD par mention et par antenne HAD, CVL 2025

En 2025, l'HAD du CH de Bourges se distinguait par une forte activité de prise en charge de la douleur (26 % de ses journées) et une part importante de chimiothérapie anticancéreuse, également retrouvée à l'HAD du CH de Châteauroux (figure 20). L'HAD Santé Service du Berry avait une activité de soins palliatifs particulièrement marquée (50 % de ses journées). La répartition d'activité de LNA Santé était proche de celle en CVL, reflet de son volume d'activité.

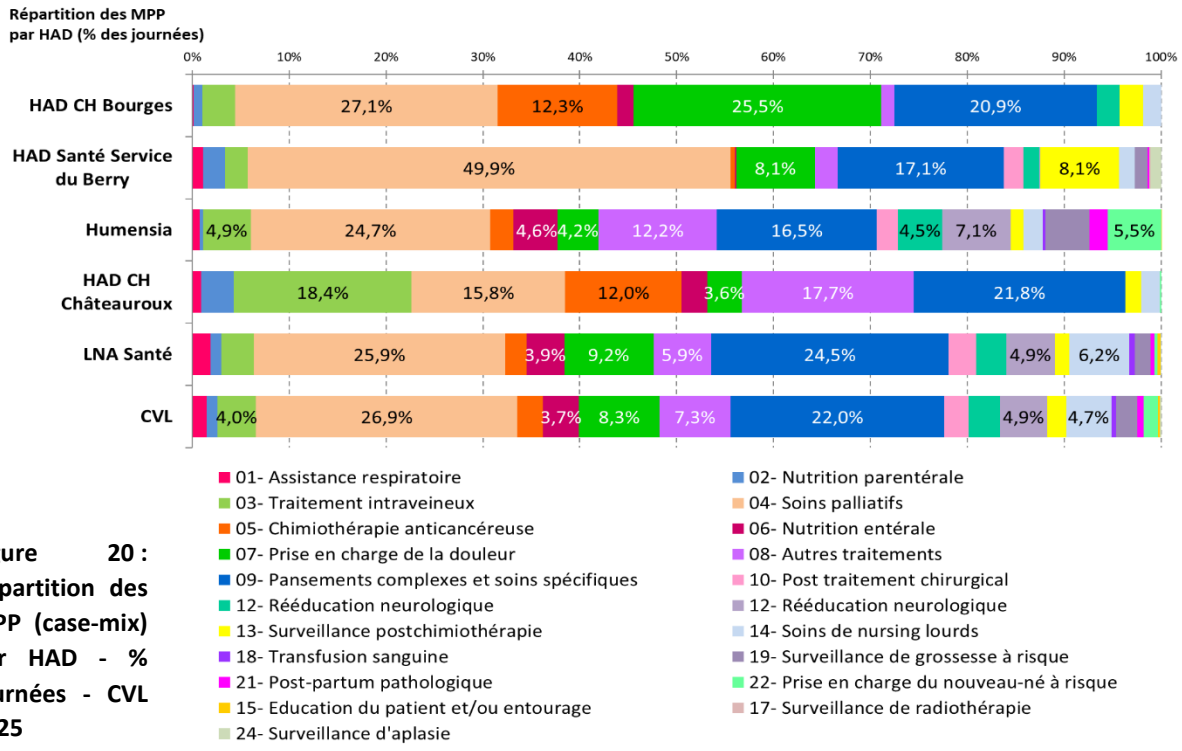


Figure 20 : Répartition des MPP (case-mix) par HAD - % journées - CVL 2025

Plus de la moitié des prises en charge autour de la périnatalité (MPP 19, 21 et 22) étaient réalisées par Humensia (figure 21).

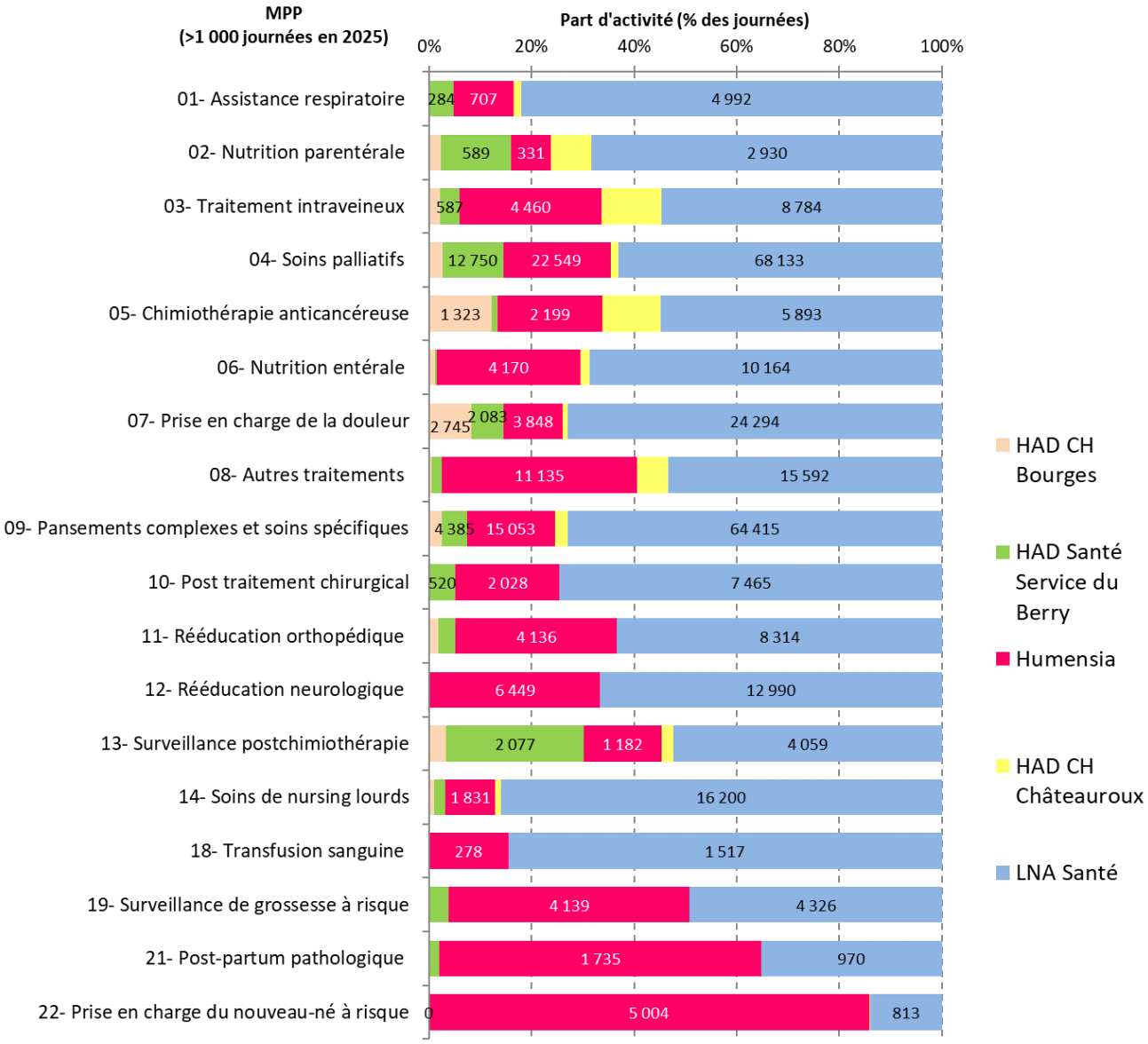


Figure 21 : Part d'activité des structures d'HAD, totale et par MPP, CVL 2025

10 – ANNEXES

Annexe 1 : Zoom cancérologie

En 2025, les pathologies cancéreuses représentaient 32,5 % des journées d'HAD. Près de la moitié des journées HAD pour « Cancer » concernaient des soins palliatifs.

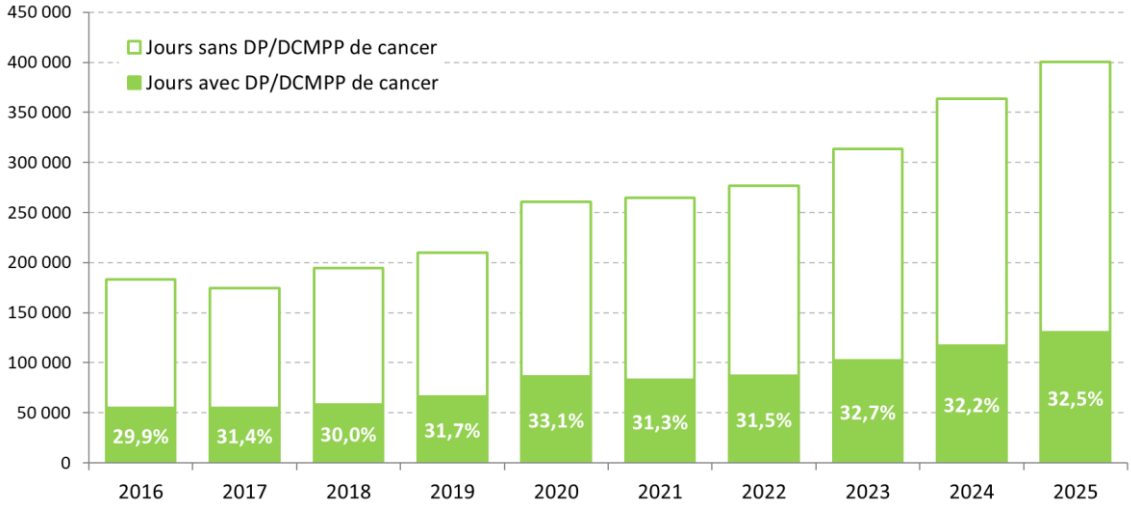


Figure S1 : Évolution du nombre de journées d'HAD avec DP/DCMPP de cancer, CVL 2016-2025

Tableau S1 : Activité par MPP en journées avec ou sans cancer, CVL 2025

Activité par Mode de Prise en charge Principal (MPP) 2025	Journées sans DP/DCMPP de cancer		Journées avec DP/DCMPP de cancer	
	N	%	N	%
01- Assistance respiratoire	5 510	2%	583	0%
02- Nutrition parentérale	1 366	1%	2 926	2%
03- Traitement intraveineux	11 961	4%	4 105	3%
04- Soins palliatifs	45 629	17%	62 333	48%
05- Chimiothérapie anticancéreuse	1 130	0%	9 634	7%
06- Nutrition entérale	9 308	3%	5 508	4%
07- Prise en charge de la douleur	17 395	6%	15 940	12%
08- Autres traitements	20 503	8%	8 768	7%
09- Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	81 513	30%	6 819	5%
10- Post traitement chirurgical	8 984	3%	1 029	1%
11- Rééducation orthopédique	12 277	5%	843	1%
12- Rééducation neurologique	18 144	7%	1 334	1%
13- Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	673	0%	7 072	5%
14- Soins de nursing lourds	16 246	6%	2 594	2%
15- Education du patient et/ou entourage	940	0%	3	0%
17- Surveillance de radiothérapie			35	0%
18- Transfusion sanguine	1 341	0%	454	0%
19- Surveillance de grossesse à risque	8 802	3%		
21- Post-partum pathologique	2 759	1%		
22- Prise en charge du nouveau-né à risque	5 829	2%		
24- Surveillance d'aplasie	266	0%	85	0%
TOTAL	270 576	100%	130 065	100%

Annexe 2 : Zoom Maladies Neuro-dégénératives

En 2025, 10,7 % des journées d'HAD concernaient des maladies neurodégénératives, stable ; dans près de la moitié des cas, il s'agissait de prises en charge pour démence.

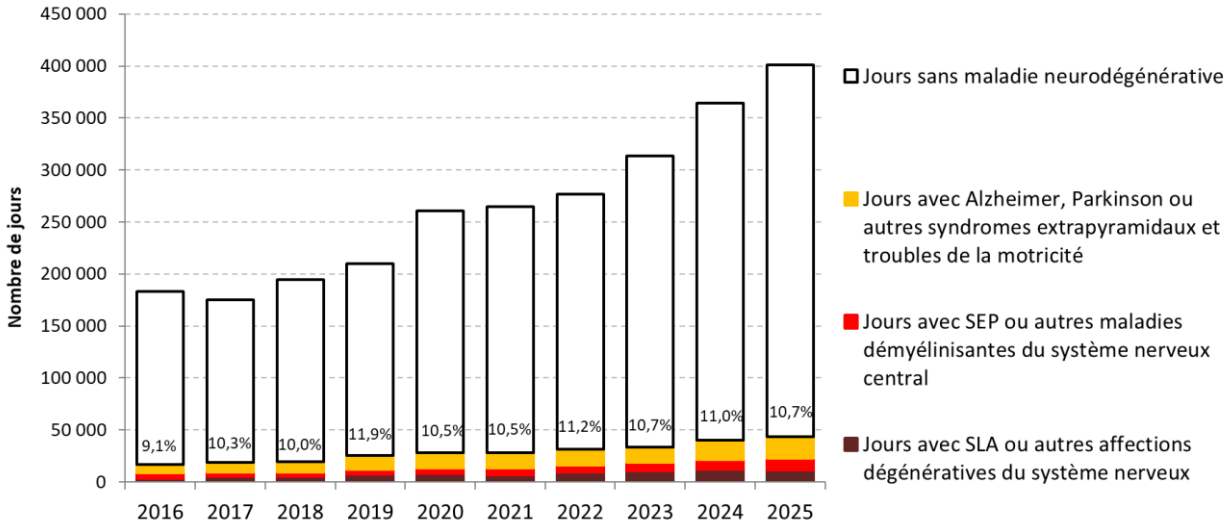


Figure S2 : Évolution du nombre de jours HAD avec DP/DCMPP de maladie neurodégénérative, CVL 2016-2025

Les soins palliatifs représentaient 44 % des journées pour « maladie neurodégénérative » et les soins de nursing lourds 11 %. Les patients provenaient pour 53 % du domicile, versus 42 % pour les autres pathologies.

Tableau S2 : Activité par MPP en journées avec ou sans maladie neurodégénérative, CVL 2025

Activité par Mode de Prise en charge Principal (MPP) 2025	Journées sans DP/DCMPP de maladie neurodégénérative		Journées avec DP/DCMPP de maladie neurodégénérative	
	N	%	N	%
01- Assistance respiratoire	4 861	1%	1 232	3%
02- Nutrition parentérale	4 263	1%	29	0%
03- Traitement intraveineux	15 579	4%	487	1%
04- Soins palliatifs	89 038	25%	18 924	44%
05- Chimiothérapie anticancéreuse	10 730	3%	34	0%
06- Nutrition entérale	13 479	4%	1 337	3%
07- Prise en charge de la douleur	29 793	8%	3 542	8%
08- Autres traitements	25 425	7%	3 846	9%
09- Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	85 034	24%	3 298	8%
10- Post traitement chirurgical	9 917	3%	96	0%
11- Rééducation orthopédique	12 494	3%	626	1%
12- Rééducation neurologique	14 911	4%	4 567	11%
13- Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	7 686	2%	59	0%
14- Soins de nursing lourds	14 120	4%	4 720	11%
15- Education du patient et/ou entourage	937	0%	6	0%
17- Surveillance de radiothérapie	35	0%		
18- Transfusion sanguine	1 793	1%	2	0%
19- Surveillance de grossesse à risque	8 798	2%	4	0%
21- Post-partum pathologique	2 759	1%		
22- Prise en charge du nouveau-né à risque	5 829	2%		
24- Surveillance d'aplasie	351	0%		
TOTAL	357 832	100%	42 809	100%

Annexe 3 : détail des modes d'entrée en HAD

Les entrées en provenance du domicile progressaient, tandis que les entrées en provenance des EHPAD restaient stables et que l'adressage MCO diminuait (37 % en 2025, vs 42 % en 2024). La part d'adressage via le médecin-traitant atteignait 5 % en 2025, en augmentation continue.

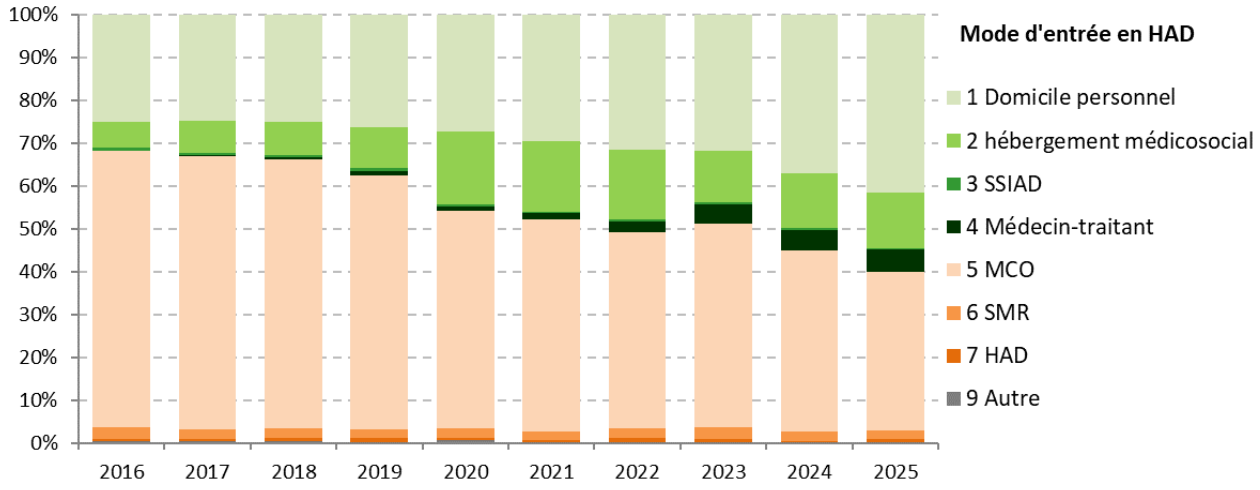


Figure S3 : Évolution des modes d'entrée des séjours HAD, CVL 2016-2025

L'HAD des CH de Bourges et Châteauroux présentaient les plus hauts taux d'entrée à partir du domicile. Cette proportion élevée pour l'HAD de Bourges était en lien notamment avec le développement de la chimiothérapie en HAD (12 % des journées en 2025, vs 2,7 % en CVL).

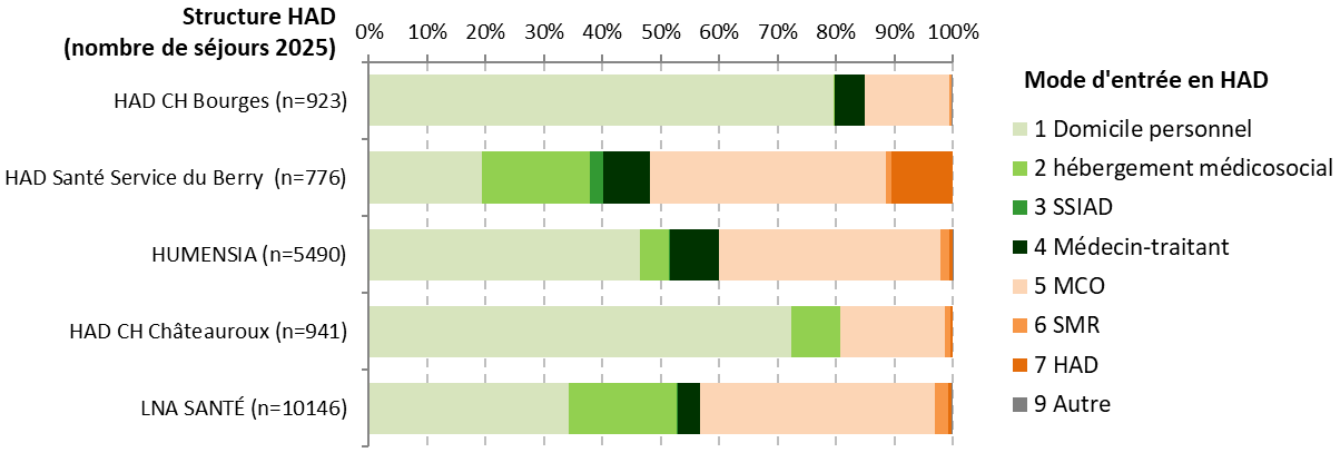


Figure S4 : Modes d'entrée des séjours par structure d'HAD CVL, 2025

Annexe 4 : détail des modes de sortie d'HAD

Hors décès, 75 % des patients restaient à domicile (domicile personnel, EHPAD, établissement ou service social ou médico-social + prise en charge HAD, SSIAD) **en fin de séjour (stable).**

Les SSIAD restaient encore très peu représentés aussi bien en entrée qu'en sortie, ceci pouvant être lié à un défaut de codage (l'entrée SSIAD étant assimilée à une entrée domicile) ou à une collaboration encore peu développée SSIAD-HAD.

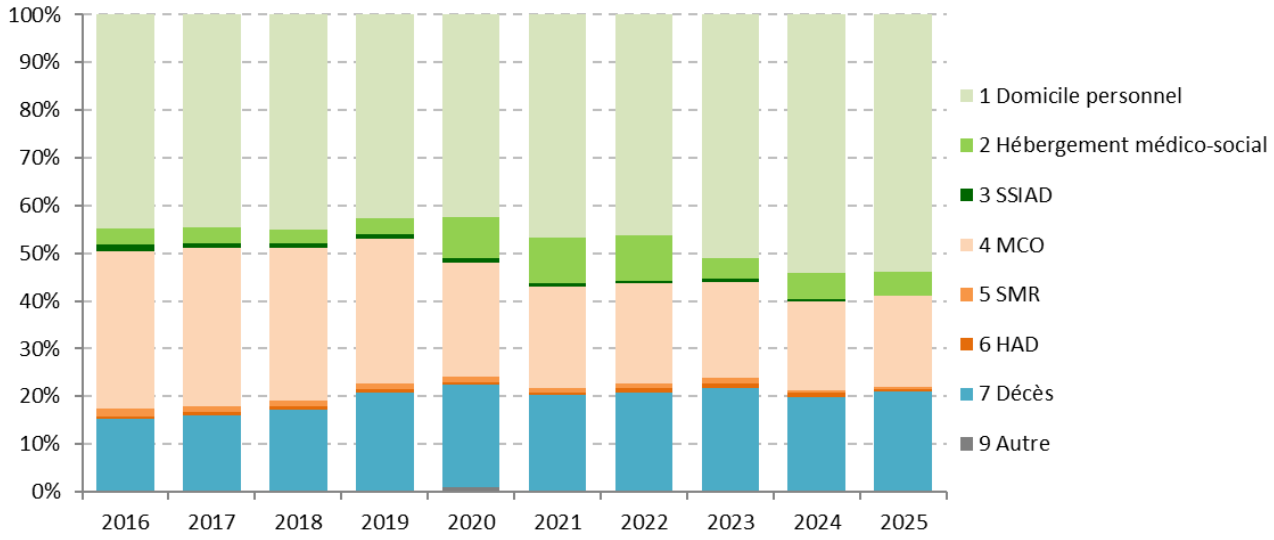


Figure S5 : Évolution des modes de sortie des séjours HAD, CVL 2016-2025

L'HAD des CH Bourges et Châteauroux, ainsi qu'Humensia avaient de faibles taux de décès (≤ 15 %). A noter qu'Humensia prenait en charge 63 % des journées autour de la périnatalité en 2025, à faible taux de décès.

Hors décès, seuls 41 % des patients de l'HAD Santé service du Berry restaient à domicile ; au profit du MCO (57 %).

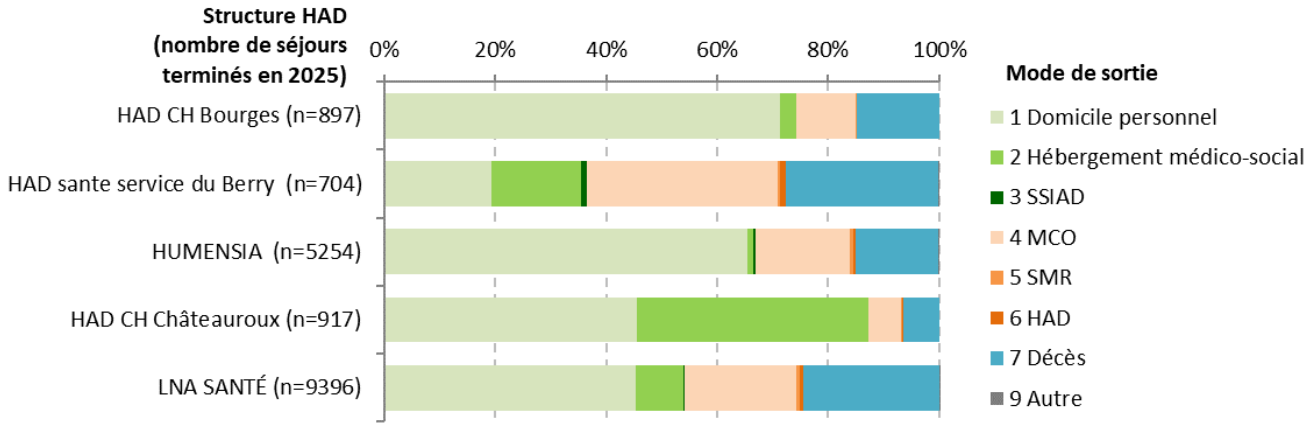


Figure S6 : Modes de sortie des séjours HAD par structure HAD, CVL 2025

Annexe 5 : détail des lieux d'intervention de l'HAD

En 2025, **77 % des patients ont été pris en charge à leur domicile personnel** (en diminution) **et 17 % en EHPAD** (en progression).
L'intervention simultanée d'une HAD avec un SSIAD ou un SPASAD continuait à progresser : 3,5 % en 2025 (intervention simultanée autorisée à partir de 2018).

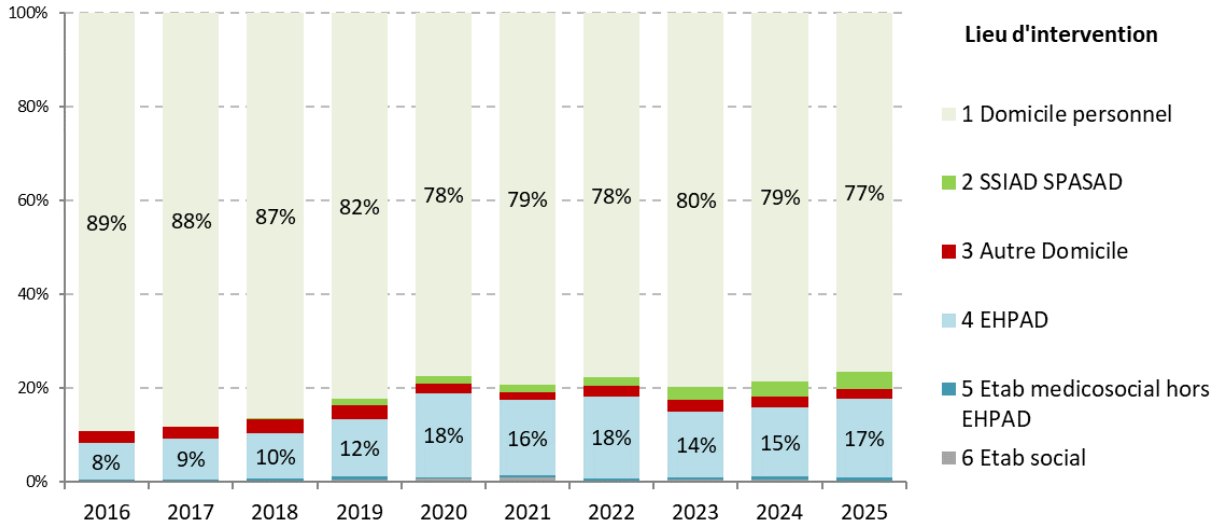


Figure S7 : Évolution des types de lieu d'intervention de l'HAD, CVL 2016-2025

L'HAD Santé Service du Berry présentait les plus hauts taux d'intervention en EHPAD ou conjointes avec un SSIAD/SPASAD.

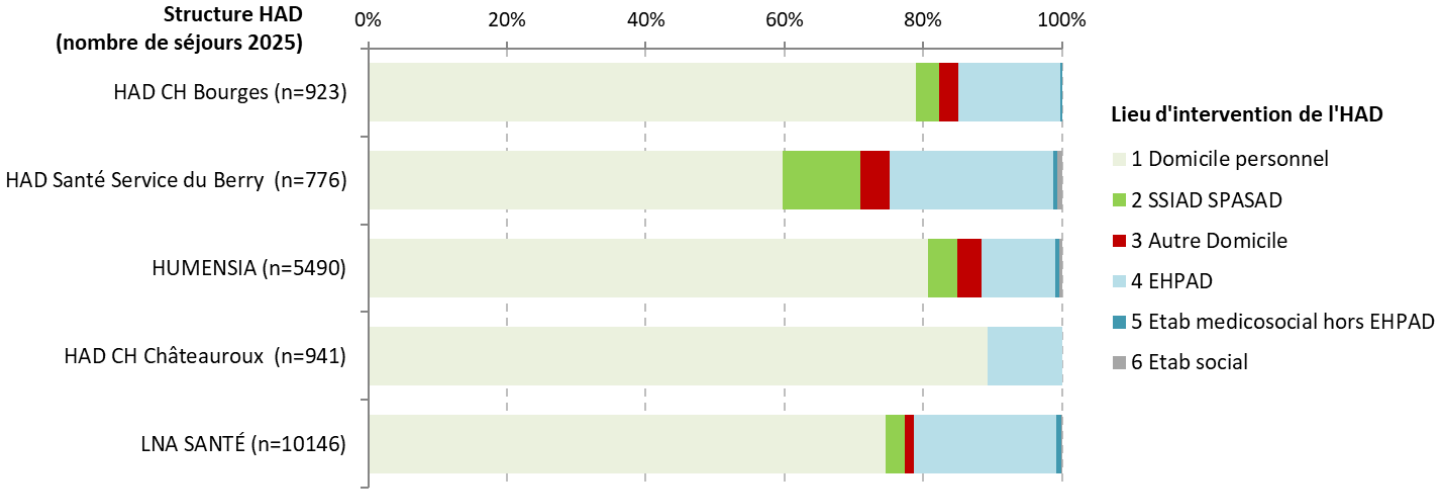


Figure S8 : Type de lieu d'intervention de l'HAD par structure HAD, CVL 2025

Comité de rédaction :

L'équipe d'EpiDcliC – Epidémiologie des Données Cliniques en Centre-Val de Loire : Pr. GRAMMATICO-GUILLON Leslie ; Dr LAURENT Emeline ; Mme GODILLON Lucile ; Mme LECUYER Anne-Isabelle.

Internes de santé publique : DESMARS Hugo ; GOURDON Lou-Ann.

Relecteurs et comité scientifique :

ARS Centre-Val de Loire :

- Dre Katia DAVID
- Mme Sophie BUCHET

Professionnels HAD :

- HAD CH Bourges : Dre Danièle DORION
- HAD CH Châteauroux : Dr Emmanuel CARREEL
- HAD du Berry – Fondation Santé Service : Mme Mélissandre LEICHTNAM
- HAD Humensia : M. Tony-Marc CAMUS – Dre Béatrice BIRMELE
- HAD LNA :
    - Eure-et-Loir : Mme Laure JACQUES-FELIX-ALEXANDRE – Dre Aude CHARTIER-GELINEAU
    - Val-de-Loire (37) : M. Thomas SIBONI - Dre Cécile DU PASSAGE
    - Loir-et-Cher : Mme Laure JACQUES-FELIX-ALEXANDRE
    - Loiret : Mme Virginie MASLARD

Remerciements :

Agence Régionale de Santé (ARS) Centre-Val de Loire
Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Tours
Université de Tours