



**Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation**

SIRET n° 180 092 298 00033 – code APE : 8411 Z

117, boulevard Marius Vivier Merle

69329 LYON CEDEX 03

Téléphone : 04 37 91 33 10

Télécopie : 04 37 91 33 67

Service Financement des Etablissements de Santé

Pôle Allocations de Ressources aux Etablissements de Santé

# **Guide de lecture des valeurs nationales de coûts**

## **Données ENCc HAD 2010**

# Sommaire

<b>Préambule</b> .....	<b>3</b>
<b>I. Présentation de l'échantillon ENCc 2010</b> .....	<b>3</b>
1.1 Par type d'établissements.....	3
1.2 Par Mode de Prise en charge Principal (MPP) .....	4
1.3 Par association Mode de Prise en charge Principal et Mode de Prise en charge Associé (MPP X MPA).....	5
1.4 Par Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC).....	5
<b>II. Corrections préalables au calcul des valeurs nationales</b> .....	<b>6</b>
2.1 Prise en compte du coefficient géographique .....	6
2.2 Suppression des séquences atypiques.....	6
<b>III. Calcul des valeurs nationales et opérations de calage</b> .....	<b>7</b>
<b>IV. Guide de lecture</b> .....	<b>8</b>
4.1 Coûts décomposés par GHPC, par MPP x MPA et par MPP.....	8
4.2 Données nationales PMSI 2010 .....	11
<b>Annexe : Liste des établissements participants à l'ENCc HAD en 2010</b> .....	<b>12</b>

## Préambule

Les coûts présentés dans le fichier des valeurs nationales sont issus de l'Etude Nationale des Coûts à méthodologie commune (ENCc) relative à l'activité d'HAD portant sur l'exercice 2010. Ils sont calculés à partir des données de coûts collectées sur 7 établissements ex-DG et 6 établissements ex-OQN, établissements dont les données ont été jugées de qualité suffisante pour être prises en compte dans le calcul des valeurs nationales.

L'indicateur présenté est le coût journalier moyen d'une séquence. Il est calculé par GHPC, par association Mode de Prise en charge Principal x Mode de Prise en charge Associé (MPPxMPA) et par Mode de Prise en charge Principal (MPP), pour l'ensemble des deux secteurs (ex-DG et ex-OQN).

## I. Présentation de l'échantillon ENCc 2010

### 1.1 Par type d'établissements

**Tableau 1 : Evolution du taux de sondage 2009-2010**

Statut	2009			2010		
	Nb établissements	Nb séquences <sup>1</sup>	Taux de sondage (%)	Nb établissements	Nb séquences <sup>1</sup>	Taux de sondage (%)
Ex-DGF	8	30 763	23,9	7	30 959	24,0
Ex-OQN	9	7 985	9,7	6	4 195	4,6
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>38 748</b>	<b>18,3</b>	<b>13</b>	<b>35 154</b>	<b>16,0</b>

*<sup>1</sup>après suppression des atypies*

**Tableau 2 : Taux de sondage par type d'établissements**

Type d'établissements	Nombre d'établissements intégrés	En séquences		En journées	
		Nombre ENCc <sup>1</sup>	Taux de sondage	Nombre ENCc <sup>1</sup>	Taux de sondage
Centre Hospitalier	4	2 906	6,1	30 371	5,2
EBNL	3	28 053	50,6	380 892	43,4
<b>Total ex-DGF</b>	<b>7</b>	<b>30 959</b>	<b>24,0</b>	<b>411 263</b>	<b>22,7</b>
<b>Total ex-OQN</b>	<b>6</b>	<b>4 195</b>	<b>4,6</b>	<b>86 375</b>	<b>5,3</b>
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>35 154</b>	<b>16,0</b>	<b>497 638</b>	<b>14,4</b>

*<sup>1</sup>après suppression des atypies*

Le taux de sondage 2010 pour l'ensemble des deux secteurs est de 16% en séquences et de 14,4% en journées. Il atteint 24% sur le secteur ex-DG (comme en 2009), ce qui est notamment dû à la participation de Santé Service HAD, plus important établissement HAD de France en volume d'activité. Sur le secteur ex-OQN, le taux de sondage passe de 10% en 2009 à 5% en 2010, le nombre d'établissements intégrés<sup>1</sup> passant de 9 à 6.

Les tableaux suivants présentent les taux de sondage par Mode de Prise en charge Principal (MPP), par croisement Mode de Prise en charge Principal x Mode de Prise en charge Associée (MPA) et par Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC).

<sup>1</sup> La liste des 16 établissements participants à l'ENCc HAD 2010 est présentée en annexe.

## 1.2 Par Mode de Prise en charge Principal (MPP)

**Tableau 3 : Taux de sondage par Mode de Prise en charge Principal (MPP)**

MPP	Libellé	En séquences			En journées		
		Nombre ENCc	Taux de sondage 2010	Evolution 2009-2010 (en points)	Nombre ENCc	Taux de sondage 2010	Evolution 2009-2010 (en points)
01	Assistance respiratoire	486	9,0%	-1,4	14 879	12,1%	1,0
02	Nutrition parentérale	1 670	20,9%	-4,5	26 132	21,3%	-6,3
03	Traitement intraveineux	1 288	9,3%	-2,1	15 556	10,4%	-1,0
04	Soins palliatifs	7 596	14,2%	-4,8	136 969	15,1%	-4,1
05	Chimiothérapie anti-cancéreuse	3 815	25,5%	-8,6	19 842	30,0%	-7,4
06	Nutrition entérale	1 195	13,0%	-3,7	36 902	14,2%	-2,6
07	Prise en charge de la douleur	362	7,4%	-2,1	4 664	6,8%	-1,2
08	Autres traitements	929	10,0%	-5,6	4 446	4,1%	-3,6
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2 706	10,9%	-3,2	84 110	12,2%	-2,0
10	Post traitement chirurgical	2 642	21,2%	3,6	40 646	24,5%	-2,3
11	Rééducation orthopédique	209	7,3%	0,2	4 356	7,6%	1,6
12	Rééducation neurologique	200	8,7%	-1,1	4 454	8,1%	-2,7
13	Surveillance post chimiothérapie anti-cancéreuse	4 421	42,5%	13,6	40 718	38,3%	0,3
14	Soins de nursing lourds	716	7,3%	-3,3	19 100	7,2%	-4,3
15	Education du patient et de son entourage	414	14,4%	5,3	8 697	18,5%	4,2
17	Surveillance de radiothérapie	57	20,1%	1,7	712	16,2%	-6,8
18	Transfusion sanguine	54	20,6%	16,4	158	22,2%	17,1
19	Surveillance de grossesse à risque	86	1,6%	-1,3	2 269	2,2%	-0,9
20	Retour précoce à domicile après accouchement	35	0,4%	-5,9	242	0,6%	-7,9
21	Post-partum pathologique	6 150	42,6%	-5,9	31 249	39,3%	-4,9
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	45	0,9%	0,7	534	1,9%	1,5
24	Surveillance d'aplasie	78	21,0%	-10,6	1 003	24,3%	-19,4
<b>Total</b>		<b>35 154</b>	<b>16,0%</b>	<b>-2,9</b>	<b>497 638</b>	<b>14,4%</b>	<b>-2,9</b>

Le taux de sondage en nombre de séquences est supérieur à 10% pour de nombreux MPP, il atteint quasiment 43% pour la Surveillance post-chimiothérapie anti-cancéreuse (MPP 13) et le Post-Partum pathologique (MPP 21). Comme en 2009, le taux de sondage est inférieur à 4% sur la Surveillance de grossesse à risque (MPP 19) et la Prise en charge du nouveau-né à risque (MPP 22). Il diminue par ailleurs fortement sur le Retour à domicile après accouchement (MPP 20), mais augmente sur la Transfusion sanguine (MPP 18). Ces fortes évolutions doivent cependant être nuancées par la faible activité associée à ces modes de prise en charge.

### 1.3 Par association Mode de Prise en charge Principal et Mode de Prise en charge Associé (MPP X MPA)

**Tableau 4 : Taux de sondage par association MPP X MPA (en séquences)**

Taux de sondage	Tous MPP X MPA		
	Nombre de MPP X MPA	Part de MPP X MPA ENCc 2010	Part de séquences nationales 2010
0%	61	19,9%	3,4%
]0% ; 5%[	40	13,1%	12,6%
[5% ; 10%[	59	19,3%	19,8%
[10% ; 20%[	77	25,2%	40,0%
[20% ; 30%[	32	10,5%	11,1%
30% et plus	37	12,1%	13,0%
<b>Total</b>	<b>306</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Sur les 329 associations MPP X MPA existantes en 2010, 306 comptent au moins une séquence dans la base nationale 2010. Dans l'ENCc, il y a 245 associations MPP X MPA, dont 107 d'au moins 30 séquences. Celles-ci représentent au national 85% de l'activité.

Il convient de noter que les associations MPP\*MPA ayant un taux de sondage supérieur à 10% représentent plus de 60% de l'activité nationale.

### 1.4 Par Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC)

**Tableau 5 : Taux de sondage par GHPC (en séquences)**

Taux de sondage	Tous GHPC			GHPC d'au moins 30 séquences		
	Nombre de GHPC	Part de GHPC ENCc 2010	Part de séquences nationales 2010	Nombre de GHPC	Part de GHPC ENCc 2010	Part de séquences nationales 2010
0%	517	36,4%	5,7%	0	0,0%	0,0%
]0% ; 5%[	137	9,7%	14,2%	2	1,3%	2,2%
[5% ; 10%[	196	13,8%	21,8%	27	17,6%	12,9%
[10% ; 20%[	268	18,9%	33,1%	57	37,3%	26,1%
[20% ; 30%[	112	7,9%	12,1%	30	19,6%	11,0%
30% et plus	189	13,3%	13,0%	37	24,2%	12,1%
<b>Total</b>	<b>1 419</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>153</b>	<b>100,0%</b>	<b>64,4%</b>

Sur les 1 826 GHPC existants en 2010, 1 419 comptent au moins une séquence dans la base nationale 2010. L'activité nationale est très concentrée, puisque 16% des GHPC regroupent 80% de l'activité en nombre de séquences. Ainsi, beaucoup de GHPC présentent un nombre faible ou nul de séquences au niveau national et à fortiori dans l'échantillon. Dans le recueil de coûts 2010, 902 GHPC (64%) présentent au moins une séquence. Les 36% restant ne sont pas représentés dans l'ENCc, mais ils ne représentent que 6% de l'activité nationale.

Il convient de noter que les GHPC pour lesquels le taux de sondage est supérieur à 10% représentent plus de 60% des séquences de la base nationale.

Les coûts moyens journaliers sont calculés sur les GHPC d'au moins 30 séquences, soit 153 GHPC. Ceux-ci regroupent, au national, 64% de l'activité. Parmi ces GHPC, ceux pour lesquels le taux de sondage est supérieur à 10% représentent plus de la moitié de l'activité nationale.

## II. Corrections préalables au calcul des valeurs nationales

### 2.1 Prise en compte du coefficient géographique

Dans la mesure où certaines zones géographiques donnent lieu à des surcoûts dont il convient de ne pas répercuter l'effet dans le calcul du coût moyen journalier national, les coûts des séquences des établissements concernés sont diminués à l'aide du coefficient géographique correspondant. La composition de l'échantillon 2010 conduit à minorer ainsi de 7% les coûts des établissements de la région Ile-de-France.

### 2.2 Suppression des séquences atypiques

Avant de calculer les coûts journaliers moyens, des contrôles sont menés sur les données de coûts pour détecter d'éventuelles atypies, et supprimer si nécessaire les séquences présentant ces atypies.

**Suppression des séquences à cheval :** Dans la méthodologie ENCC, les charges remontées par les établissements couvrent l'année civile 2010, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre. Les séquences à cheval sur 2009 et/ou 2011 ne peuvent donc pas être correctement valorisées. En effet, pour une séquence débutant en 2009 et se terminant en 2010, seules les journées de 2010 sont valorisées avec les charges recueillies à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Etant donné que les charges 2009 ne sont pas prises en compte, ces séquences ne sont pas incluses dans le calcul des valeurs nationales. Ainsi, 3 605 séquences à cheval sont supprimées, soit 9% de la base initiale.

**Suppression des séquences en erreur :** Les 928 séquences groupées en GHPC erreur (GHPC 9999) sont supprimées.

**Suppression des séquences présentant un GHPC non autorisé :** La liste des GHPC a changé le 1<sup>er</sup> mars 2010. Les séquences réalisées en janvier-février et classées dans un GHPC existant en 2009 mais non autorisé à partir du 1<sup>er</sup> mars sont supprimées. Cette suppression concerne 157 séquences.

**Suppression des séquences dites atypiques :** Une procédure de détection des atypies a été mise en place de sorte d'exclure les séquences présentant des valeurs non conformes pouvant influencer la valeur moyenne. Sont ainsi supprimées :

- 411 séquences avec un coût intervenant très faible, c'est-à-dire un coût total intervenant sur le séjour inférieur à 20€ et un coût journalier intervenant sur la séquence inférieur à 4€.
- 5 séquences avec un coût journalier très élevé et une incohérence médicale.
- 3 séquences avec un coût intervenant élevé.
- 1 séquence avec un coût passage d'un infirmier libéral très élevé.

### III. Calcul des valeurs nationales et opérations de calage

L'ENCc est une enquête par sondage auprès d'un échantillon d'établissements, et donc de séquences. De ce fait, les coûts journaliers moyens ne sont que des estimateurs du coût national inconnu. Ainsi, ces valeurs calculées sont sensibles à la composition de l'échantillon d'établissements. Cette variabilité peut être réduite en utilisant une technique de redressement (appelée aussi calage).

Pour résumer, le principe du redressement consiste à tirer profit d'une information auxiliaire - c'est-à-dire en pratique d'un ensemble de variables corrélées au coût complet - disponible dans un fichier national afin de modifier les poids de sondage initiaux. Les poids calés ont pour propriété, d'une part d'être proches des poids initiaux (lesquels reflètent directement la méthode d'échantillonnage) et d'autre part de produire des estimations de totaux, pour chacune des variables auxiliaires, égales aux vrais totaux de ces variables, cela quel que soit l'échantillon tiré. Les vrais totaux sont obtenus à partir d'un fichier exhaustif, en l'occurrence la base nationale annuelle regroupant tous les séjours du PMSI. Le calage permet donc une certaine stabilisation des estimations de coût moyen, cela d'autant plus que les variables auxiliaires sont corrélées au coût complet.

L'individu statistique traité est la séquence : de ce fait, chaque séquence de la base a un poids calé qui lui est propre. Pour réaliser les calages simultanément sur plusieurs variables auxiliaires, la macro SAS CALMAR (CALage sur MARGes) développée par l'Insee a été utilisée. Les pondérations calées produites par le logiciel sont telles que :

- pour une variable auxiliaire qualitative (comme le type d'établissement), les effectifs pondérés des modalités de la variable dans l'échantillon, après redressement, seront égaux aux effectifs connus sur la population ;
- pour une variable auxiliaire quantitative (comme la durée de séquence), le total pondéré de la variable dans l'échantillon, après redressement, sera égal au total connu sur la population.

Les bases nationales annuelles du PMSI 2010 ont été utilisées pour calculer les vrais totaux sur lesquels est réalisé le calage.

Les variables de calage sélectionnées sont les suivantes :

- **type de l'établissement (3 modalités)**
  - centre hospitalier universitaire (CHU) et centre hospitalier (CH)
  - établissement privé à but non lucratif (EBNL)
  - établissement privé
- **durée totale de la séquence**
- **score AVQ (=somme des six variables AVQ)**

Le calage s'effectue GHPC par GHPC, pour les GHPC présentant un nombre suffisant de séquences (au minimum 30 séquences).

Tous les GHPC ne sont pas calés sur ces trois variables. Par exemple, si un GHPC est alimenté au national uniquement par des établissements privés, le type d'établissement n'est pas pris en compte.

In fine, le coût journalier moyen estimé par GHPC disponible dans le référentiel est issu du calcul suivant :

$$\frac{\sum_{\text{séquences}} \text{Poids redressé de la séquence} \times \text{coût de la séquence}}{\sum_{\text{séquences}} \text{poids redressé}}$$

Les coûts par MPP x MPA et par MPP sont obtenus en agrégeant les coûts calés des GHPC à l'aide du casemix national 2010. Ainsi, les coûts par MPPxMPA et par MPP ne reflètent pas l'entièreté de l'activité nationale mais uniquement celle correspondant aux GHPC d'au moins 30 séquences dans l'ENC.

## IV. Guide de lecture

Les valeurs nationales HAD 2010 sont éditées sous la forme d'un fichier Excel constitué de plusieurs onglets.

### 4.1 Coûts décomposés par GHPC, par MPP x MPA et par MPP

Coûts décomposés par GHPC : ne sont présents que les GHPC qui présentent au moins 30 séquences après suppression des valeurs atypiques dans l'échantillon de l'ENCc HAD 2010.

Coûts décomposés par MPP x MPA : ne sont présentes que les associations MPP x MPA pour lesquelles au moins un GHPC de l'association a au moins 30 séquences après suppression des valeurs atypiques dans l'échantillon de l'ENCc HAD 2010.

Coûts décomposés par MPP : ne sont présents que les MPP pour lesquels au moins un GHPC du MPP a au moins 30 séquences après suppression des valeurs atypiques dans l'échantillon de l'ENCc HAD 2010.

Pour rappel, le coût journalier est obtenu après les traitements statistiques suivants :

- Abattement du coefficient géographique
- Elimination des séquences atypiques
- Application du processus de calage sur marges

Deux coûts journaliers sont présentés : un coût hors structure et hors médecin traitant, et un coût hors structure, hors médecin traitant et hors molécules onéreuses. Ce dernier permet de se rendre compte de l'impact des molécules onéreuses sur le coût total de la séquence.

Il convient de noter que le coût journalier est une moyenne des coûts des établissements. Ces coûts peuvent varier de façon importante suivant les établissements pour des raisons

d'organisation interne, de techniques employées... Le coût journalier moyen calculé n'est donc qu'une valeur possible du coût.

Le coût journalier est également décomposé en plusieurs postes de coûts. Attention, il n'est pas garanti que la décomposition du coût sur les différents postes soit fidèle à la réalité. En effet, le processus statistique de calage sur marges est effectué sur le coût journalier total grâce à des variables explicatives de ce dernier (score AVQ par exemple). Ce calage ne permet donc pas redresser la structure du coût, de sorte de la rendre plus proche de la décomposition du coût telle qu'elle serait observée sur la base nationale. Cette décomposition est donc fortement dépendante de l'échantillon.

Dans la méthodologie ENCc HAD 2010, deux scénarios de recueil existent. Soit l'établissement n'est pas en mesure de séparer les charges intervenants au domicile du patient des charges de transport des intervenants (il est alors en scénario 1), soit il peut faire cette distinction (il est alors en scénario 2). Le scénario « cible » est le scénario 2. Cependant, tant que tous les établissements ne suivent pas ce scénario, ces deux charges (intervenants au domicile du patient et transport des intervenants) sont regroupées dans la même section « intervenants », de manière à être sur le même périmètre de charges pour tous les établissements.

Les 8 grands postes de coûts présentés sont les suivants :

- intervenants
- charges au domicile du patient (CDP)
- bilan, coordination médicale et sociale des soins (BCMSS)
- continuité des soins (CS)
- logistique dédiée au patient (LDP)
- logistique médicale (LM)
- logistique et gestion générale (LGG)
- structure

Outre les dépenses totales de chacun de ces postes, les sous-postes de coûts les plus contributifs du total sont parfois détaillés. Par exemple, pour les coûts de LGG, le coût total et le détail des coûts de 5 des 11 sections de LGG<sup>2</sup> sont présentés.

En pratique : les boutons au-dessus des colonnes permettent « d'ouvrir » chacun des grands postes de coûts pour afficher les sous-postes les plus contributifs. Il y a donc deux niveaux de décomposition disponibles : par grand poste (bouton de hiérarchie « 1 » en haut à gauche de l'onglet), et par poste détaillé, pour les postes les plus contributifs (bouton de hiérarchie « 2 »).

Chacun des grands postes de coûts est détaillé ci-dessous.

### **Intervenants**

Il s'agit des dépenses des intervenants médicaux, soignants et autres (salariés et libéraux) qui interviennent au domicile du patient, ainsi que les dépenses de transport de ces intervenants.

Sont détaillées les dépenses d'infirmier, aide-soignant, masseur-kinésithérapeute, sage-femme, aide à la vie, diététicien, psychologue, parc automobile.

---

<sup>2</sup> Il est donc normal que le total des 5 sous-postes présentés ne soit pas égal au total des charges de LGG puisqu'il faudrait ajouter les 6 postes absents aux 5 présents pour obtenir le total.

Les dépenses de parc automobile recouvrent les charges de fonctionnement et d'entretien du parc de véhicules dédié aux tournées des intervenants (achat, location des véhicules, assurances, carburant, entretien, ...).

Ne sont pas détaillées les dépenses de médecin traitant, médecin spécialiste, puéricultrice, auxiliaire de puériculture, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, autre intervenant.

### **Charges au domicile du patient**

Il s'agit des postes de charges à caractère médical engagées au domicile du patient (hors charges d'intervenants). Ce sont des charges « affectables » aux séjours : charges directement affectées aux séjours ou aux séquences et charges non affectées (« résiduelles »).

Sont détaillées les dépenses totales de CDP, les dépenses de spécialités pharmaceutiques facturables en sus, spécialités pharmaceutiques non facturables en sus - liste traceurs, spécialités pharmaceutiques non facturables en sus - hors liste traceurs, médicaments sous ATU, produits sanguins labiles, consommables médicaux - liste traceurs, consommables médicaux - hors liste traceurs, matériel médical - liste traceurs, matériel médical - hors liste traceurs, transport du patient.

Ne sont pas détaillées les dépenses de matériel à pression négative, sous-traitance à caractère médical hors transport du patient (laboratoires + imagerie + autre), spécialités pharmaceutiques en compte de tiers facturables en sus, autres consommables médicaux en compte de tiers.

### **Bilan, coordination médicale et sociale des soins**

Il s'agit des charges de personnel (salariés et libéraux) liées au travail de coordination médicale, soignante et sociale relative à la prise en charge du patient.

Sont détaillées les dépenses de personnel médical, personnel soignant, personnel autre.

### **Continuité des soins**

Il s'agit des charges de personnel (salariés et libéraux) liées à la prise en charge des soins en-dehors des heures d'ouverture de la structure.

Seules les dépenses totales apparaissent, ne sont pas détaillées les dépenses de personnel médical, personnel soignant, personnel autre.

### **Dépenses de logistique dédiée au patient**

Il s'agit des charges liées à la préparation, la manutention et la livraison des spécialités pharmaceutiques, des consommables et du matériel installé au domicile du patient.

### **Dépenses de logistique médicale**

Les dépenses de pharmacie sont détaillées.

Ne sont pas détaillées les dépenses de stérilisation, génie biomédical, hygiènes et vigilances, autre logistique médicale.

### **Dépenses de logistique et gestion générale**

Sont détaillées les dépenses de services administratifs à caractère général, services administratifs liés au personnel, accueil et gestion des malades, DSIO, DIM.

Ne sont pas détaillées les dépenses de blanchisserie, restauration, services hôteliers, entretien-maintenance, transport motorisé des patients, brancardage et transport pédestre des patients.

### **Structure**

Seules les dépenses totales apparaissent, ne sont pas détaillées les dépenses de structure financière et structure immobilière.

## **4.2 Données nationales PMSI 2010**

Pour chaque GHPC d'au moins 30 séquences dans l'échantillon, le taux de sondage est présenté ainsi que les données nationales qui ont été utilisées dans le processus de calage (durée moyenne de séquence et score AVQ).

## Annexe : Liste des établissements participants à l'ENCc HAD en 2010

Statut	Finess	Raison sociale	Ville
Ex-DF	030780118	HAD Centre Hospitalier de Vichy	VICHY
Ex-DF	170780159	Centre Hospitalier de La Rochelle	LA ROCHELLE
Ex-DF	440012128	HAD de Nantes	NANTES
Ex-DF	690788930	Soins et Santé	CALUIRE ET CUIRE
Ex-DF	740790381	CHI du Leman	THONON-LES-BAINS
Ex-DF	790000012	HAD - Centre Hospitalier de Niort	NIORT
Ex-DF	920813623	Santé Service HAD	PUTEAUX
Ex-DF	970100194	HAD-CH Louis Daniel Beauperthuy	POINTE-NOIRE
Ex-OQN	060785243	HAD de Nice et région	NICE
Ex-OQN	370103673	HAD 37	SAINT-CYR SUR LOIRE
Ex-OQN	400780888	Santé Service Dax	DAX
Ex-OQN	470009358	HAD 47	BOE
Ex-OQN	590812509	Santélyys HAD	LOOS
Ex-OQN	600003008	HAD-ACSSO	NOGENT-SUR-OISE
Ex-OQN	630010296	HAD 63	CEBAZAT
Ex-OQN	760020529	HAD du Cèdre	BOIS-GUILLAUME