

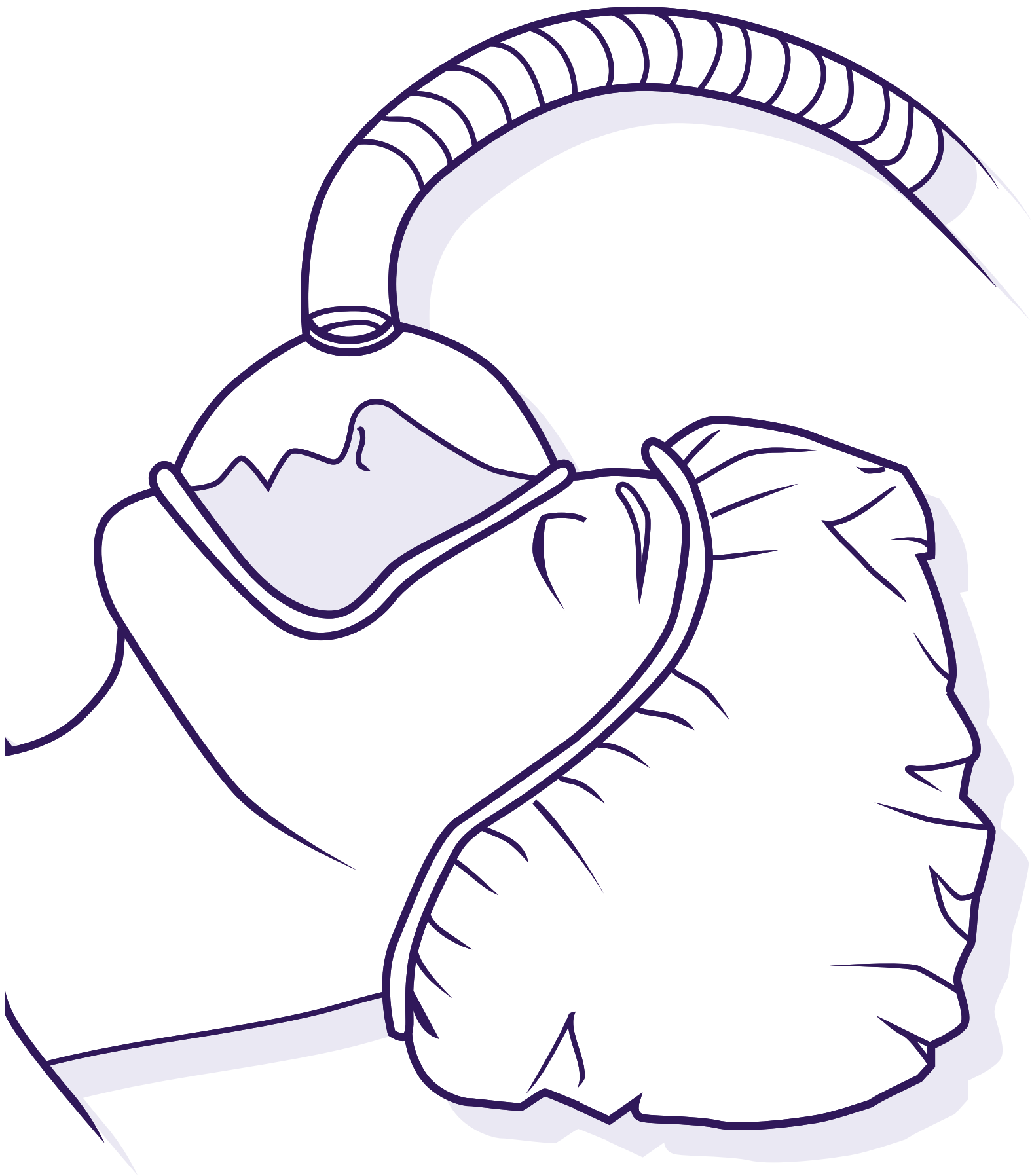
DATA
FHP-MCO

RÉANIMATION
ÉTAT DES
LIEUX ET
TENDANCES

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

UNE PUBLICATION
DE LA FHP-MCO
AOÛT 2017

N°3



La réanimation, une activité emblématique	4
Un point de méthode	5
RÉANIMATION, CE QU'IL FAUT RETENIR	6
Une part de marché privée faible mais une efficacité démontrée	8
Un recours plus fréquent à la réanimation à l'hôpital	10
Les séjours cumulant les 3 types de suppléments	11
Des patients plus âgés dans le secteur privé	12
7 catégories majeures de diagnostics (CMD) expliquent l'activité en réanimation	14
Secteur privé, l'activité de réanimation s'illustre par 3 CMD	16
Une variété de diagnostics plus importante dans le secteur public	17
Les modes d'entrée	18
Une saisonnalité des séjours	19
Des établissements publics et spécialisés en cardiologie	20
Une évolution similaire de l'activité	21

LA RÉANIMATION, UNE ACTIVITÉ EMBLÉMATIQUE

Dans un établissement de santé, l'unité de réanimation prend en charge les patients dont le pronostic vital est engagé à la suite de la défaillance d'une fonction vitale, et met en œuvre des moyens de suppléance. Cette unité est ainsi emblématique de l'activité médicale.

Dans le secteur de l'hospitalisation privée, l'activité de réanimation s'est développée dans le cadre réglementaire défini par les pouvoirs publics, c'est-à-dire en fonction des autorisations d'activité et de capacité qui lui étaient octroyées.

Ainsi, seuls 54 établissements de santé privés sont autorisés à disposer d'une unité de réanimation.

L'activité s'est développée également en fonction des besoins des services de chirurgie et de médecine de chacun, et de leur évolution propre. Enfin, à l'instar d'autres spécialités, l'évolution de l'activité de réanimation-anesthésie dépend des ressources humaines médicales disponibles.

Ce DATA propose de faire un état des lieux de cette activité particulière, des profils de patients accueillis, des séjours pris en charge, et des établissements concernés.

UN POINT DE MÉTHODE

Pour mémoire, un établissement de santé peut admettre un malade en unité de réanimation, en raison d'un état de santé critique. Le financement de ce séjour se fera au travers du tarif du séjour global du patient (GHS) dans l'établissement, auquel s'ajouteront autant de suppléments journaliers que de journées passées en unité de soins « critiques », chacun de ces suppléments étant justifié par des caractéristiques médicales précises, et propres à chaque type d'unité : réanimation, soins intensifs ou surveillance continue.

Ces analyses ont été réalisées à partir de la base PMSI de données MCO publiques et privées 2015, accessible depuis le site sécurisé de l'ATIH.

Seuls les séjours donnant lieu à la facturation d'un supplément journalier de réanimation, (ou de soins intensifs pour des patients hospitalisés en service de réanimation mais ne présentant pas les caractéristiques les rendant éligibles au supplément réanimation), sont observés.

Les séjours donnant lieu à la facturation d'un supplément « soins intensifs » ou « surveillance continue » pour ces mêmes malades ayant eu un passage en réanimation sont également recensés.

En revanche, aucun recensement n'est fait pour les activités « soins intensifs » ou « surveillance continue » sans passage en unité de réanimation.

Cette analyse a été réalisée par le Dr Michèle Brami, médecin conseil à la FHP-MCO.

RÉANIMATION, CE QU'IL FAUT RETENIR

Un volume national d'activité conforme aux autorisations délivrées

En 2015, 241 092 séjours en réanimation ont été pris en charge par 228 hôpitaux et 54 cliniques bénéficiaires d'une autorisation.

Conformément aux autorisations accordées, le secteur public gère 80 % des unités de réanimation et 90 % des lits autorisés ; il prend en charge 88 % des séjours qui comprennent un passage en réanimation.

Une activité plus productive dans le secteur privé

Alors que le secteur privé ne gère que 10,7 % des lits de réanimation autorisés, il produit 12 % des séjours avec réanimation.

Des patients plus âgés dans le secteur privé

L'âge moyen des patients en réanimation est de 68 ans dans les cliniques et de 60 ans à l'hôpital.

L'admission des patients en unité de réanimation se fait de façon différente à l'hôpital public et en clinique privée : 45 % des patients en réanimation à l'hôpital public ont été admis par les urgences, contre 14 % en clinique privée.

17 % des patients en réanimation en clinique ont été adressés par un autre établissement de court séjour. Ce taux est de 10 % dans les hôpitaux.

Les affections cardiovasculaires, première cause de soins en réanimation

Les affections cardiovasculaires, respiratoires et neurologiques concentrent 60 % de la totalité des séjours en réanimation.

La chirurgie cardiaque avec circulation extra-corporelle fournit à elle seule 38 % de l'activité totale réalisée dans le secteur privé, *versus* 11 % dans le secteur public.

La durée moyenne de séjour en unité de réanimation est de 9 jours à l'hôpital et de 8 jours en clinique.

Les patients de l'hôpital sont-ils plus « lourds » ?

Trois arguments en ce sens : un indice de gravité simplifié (IGS) moyen par séjour (42 à l'hôpital ; 35 en clinique), une diversité des pathologies prises en charge, le caractère plus médical et moins chirurgical des activités développées.

Mais, à diagnostic principal identique, l'IGS est le même entre les deux secteurs.

La différence s'expliquerait donc davantage par le recrutement, que par une réelle différence de gravité des malades.

Une évolution identique de l'activité dans les deux secteurs

Sur les 4 dernières années, les deux secteurs hospitaliers présentent une légère progression de l'activité de réanimation et de soins intensifs. Une forte augmentation de l'activité de surveillance continue est notée.

UNE PART DE MARCHÉ PRIVÉE FAIBLE MAIS UNE EFFICIENCE DÉMONTRÉE

Seuls 10 % des établissements de santé privés MCO disposent d'une autorisation d'unité de réanimation, alors que le tiers des établissements publics en bénéficie.

Les capacités de ces unités sont également très différentes : 19,6 lits en moyenne à l'hôpital (par entité juridique) ; 9,8 lits en clinique.

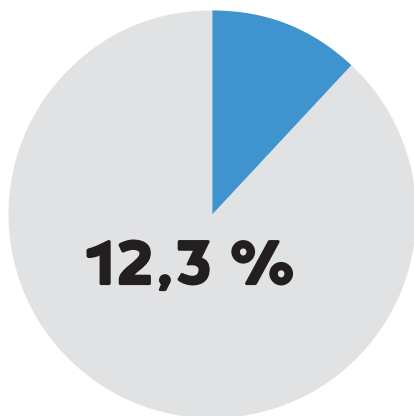
Alors que le secteur privé ne gère que 10,7 % des lits de réanimation autorisés, il produit 12,3 % des séjours avec réanimation. Ce taux est relativement constant en particulier concernant les séjours en réanimation mais relevant de l'unité de soins intensifs.

Le taux d'occupation des lits de réanimation est plus élevé dans le secteur privé que public : 99 % versus 93 %.

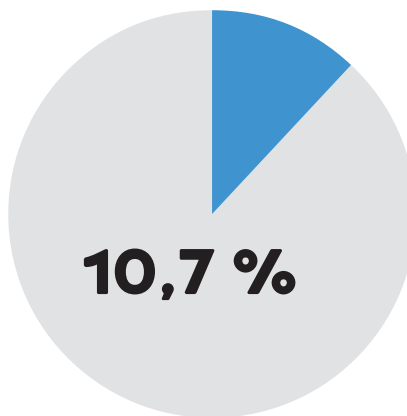
L'ensemble de ces séjours se distingue par des durées de séjour totales (réanimation + suite post réanimation) particulièrement longues : 17,7 jours à l'hôpital et 15,9 jours en clinique.

	Total (public-privé)	Part de marché du privé
Nombre d'établissements concernés	282	19,15 %
Nombre total de lits autorisés	5 026	10,72 %
Nombre de séjours avec au moins un supplément	241 092	12,23 %
Nombre total de séjours avec supplément réanimation	172 695	12,29 %
Nombre total de séjours en unité de réanimation, avec supplément soins intensifs	72 231	11,88 %
Nombre total de séjours avec supplément soins intensifs sans supplément réanimation	68 397	12,09 %
Nombre total de suppléments réanimation	1 534 732	11,15 %
Nombre total de suppléments soins intensifs	182 708	12,91 %
Nombre total de suppléments soins intensifs quand absence de réanimation	168 992	13,37 %

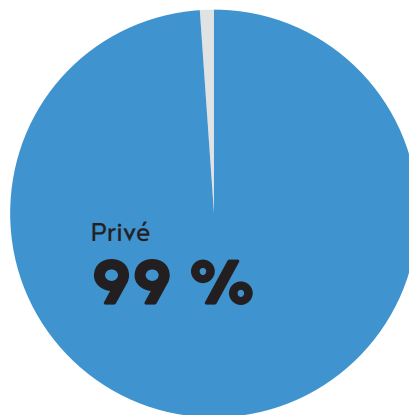
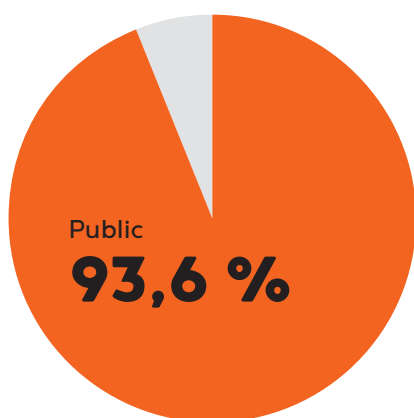
Part de marché du privé des séjours avec supplément réanimation



Part de marché du privé (sur un nombre total de lits autorisés de 5 026)



Taux d'occupation des lits de réanimation (supplément réanimation + supplément soins intensifs)



DMS en réanimation (en nombre de jours)



DMS totale



■ Privé ■ Public

UN RECOURS PLUS FRÉQUENT À LA RÉANIMATION À L'HÔPITAL

La fréquence des séjours avec réanimation est 2,5 fois plus importante à l'hôpital qu'en clinique. Ce taux doit toutefois être interprété en tenant compte des capacités en lits de réanimation et donc des autorisations accordées à chacun, et surtout du recrutement de chaque type d'établissement : tous (ou presque) les établissements publics disposent d'un service d'accueil des urgences alors que cet accueil n'est autorisé que dans 1 clinique privée sur 4.

Au regard du nombre de séjours avec hospitalisation complète, on observe que les séjours en réanimation correspondent à 2,2 % du total de l'activité en France ; 2,6 % de l'activité à l'hôpital et à 1 % en clinique.

Une gravité des séjours variables

Le calcul de l'IGS moyen pour l'ensemble des séjours dans les deux secteurs est en faveur du secteur public avec un IGS moyen à 42, *versus* 35,4 dans le secteur privé.

Pourtant ramené au diagnostic principal, l'IGS moyen, diagnostic par diagnostic, est très voisin entre les deux secteurs, et la différence observée au plan des moyennes nationales est sans doute davantage en rapport avec le recrutement qu'avec une réelle différence de gravité des malades pris en charge.

Le nombre de nuitées en « soins intensifs de réanimation » est identique dans les deux secteurs (malades hospitalisés en unité de réanimation mais ne présentant pas les caractéristiques médicales autorisant la facturation du supplément réanimation mais seulement celle du supplément soins intensifs en réanimation).

LES SÉJOURS CUMULANT LES 3 TYPES DE SUPPLÉMENTS

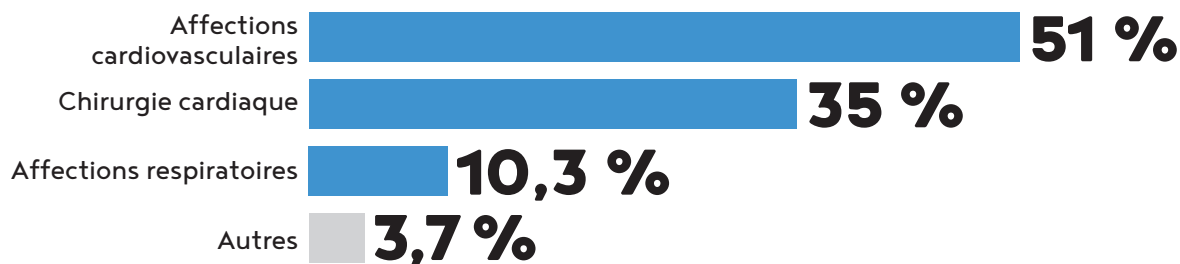
Un malade hospitalisé en réanimation est généralement transféré dans une unité moins « critique » dès que son état s'améliore. Pour un même séjour, on va donc enregistrer à la fois des suppléments journaliers de réanimation et des suppléments journaliers de soins intensifs ou de surveillance continue.

Sur la base étudiée, 6 093 séjours ont cumulé les 3 types de suppléments : réanimation, STF et SRC. Ils se répartissent ainsi :



Les durées moyennes de ces séjours sont extrêmement longues : 39,1 jours en totalité, soit 11,8 jours en réanimation, 5,8 jours en soins intensifs et 7,6 jours en SRC, ainsi que 14 jours en unité sans supplément.

Les affections cardiovasculaires expliquent 51 % de ces séjours, et la chirurgie cardiaque sous CEC en explique à elle seule 35 % (2 115 séjours). Les affections respiratoires expliquent ensuite 10,3 % des séjours.



DES PATIENTS PLUS ÂGÉS DANS LE SECTEUR PRIVÉ

Le patient accueilli en réanimation est plus souvent un homme :
65 % dans le secteur privé et 62,4 % dans le secteur public.

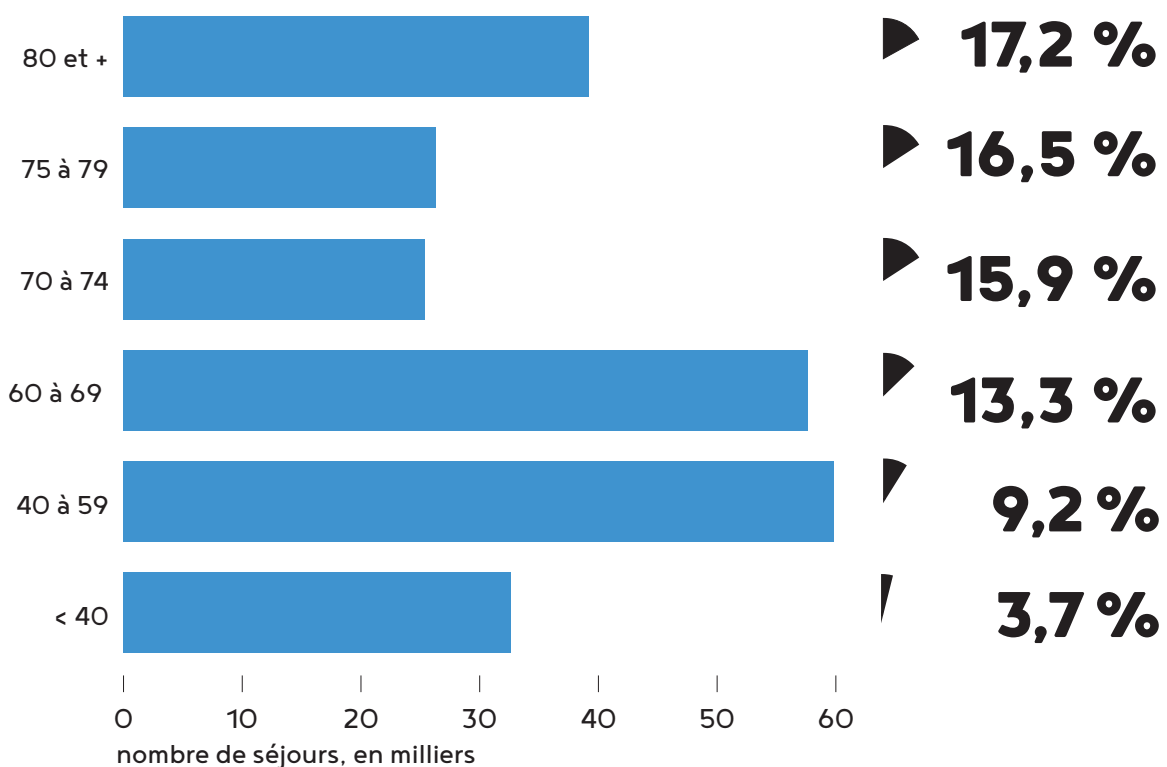
L'âge moyen du patient en réanimation est plus élevé dans le secteur
privé : 68 ans, versus 60 ans dans le secteur public.

Âge moyen des hommes : 59,9 ans à l'hôpital ; 67,9 ans en clinique.

Âge moyen des femmes : 60,9 ans à l'hôpital ; 68,9 ans en clinique.

La part de marché du secteur privé augmente avec l'âge du patient,
une situation expliquée sans doute par la fréquence des affections
cardiovasculaires.

Nombre de séjour suivant l'âge des patients et part de marché du privé





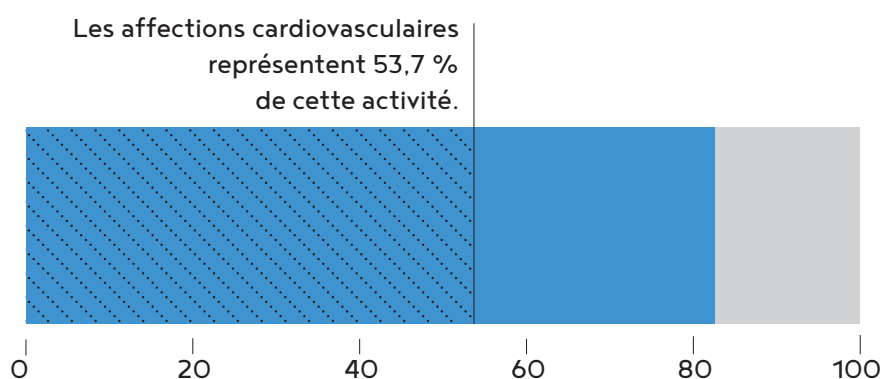
7 CATÉGORIES MAJEURES DE DIAGNOSTICS (CMD) EXPLIQUENT L'ACTIVITÉ EN RÉANIMATION

7 CMD justifient 81 % de la totalité de l'activité de réanimation. En particulier, 3 CMD (CMD 5 : affections cardiovasculaires, CMD 4 : respiratoires, et CMD 1 : affections neurologiques) expliquent 60 % des prises en charge.

Dans le secteur privé, 4 CMD (cardiovasculaire, respiratoire, neurologie et digestive) décrivent 82,5 % du total de l'activité de réanimation. Les affections cardiovasculaires expliquent seules 53,7 % de cette activité.

Globalement, ce sont les affections cardiovasculaires qui arrivent en tête, suivies des pathologies respiratoires et ce, même s'il existe des structures spécifiques avec des unités de soins intensifs en cardiologie. Pour rappel, l'admission en réanimation est justifiée lorsque l'état du patient requiert la suppléance d'une fonction vitale, ce qui n'est pas le cas pour l'admission en unité de soins intensifs.

4 CMD décrivent 82,5 % de l'activité privée en réanimation



4 CMD - grands brûlés, transplantation d'organes (pour laquelle le secteur privé n'a pas d'autorisation), urgences traumatiques, et traumatismes multiples graves -représentent 10 % de l'activité de réanimation à l'hôpital.

Au sens du PMSI (GHM en C, en K, ou en M), la chirurgie, qui justifie 68 % des prises en charge en réanimation en clinique, ne représente que 40,8 % des motifs d'admission en réanimation à l'hôpital.

Les seuls GHM de chirurgie cardiaque sous CEC représentent 14,7 % du total de l'activité, 11,4 % du total à l'hôpital, et 38,4 % en clinique.

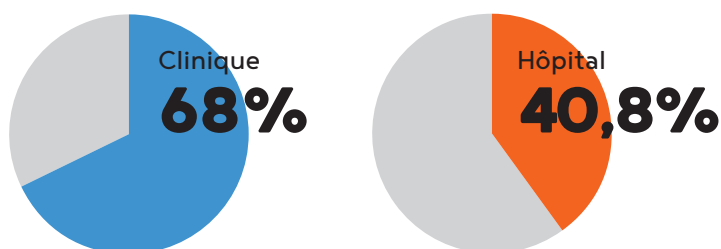
À l'inverse, la médecine justifie 52,3 % des prises en charge à l'hôpital et seulement 25,9 % en clinique.

Sur un plan médical, on peut supposer que les séjours groupés dans des GHM en C sont des séjours pour lesquels le passage en unité de réanimation est davantage programmable que pour les séjours en GHM en M.

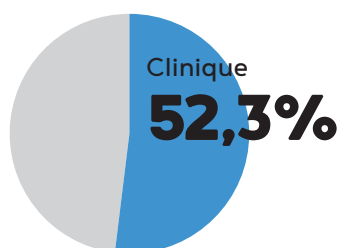
L'activité interventionnelle ne génère qu'une faible part de l'activité en réanimation et cette part est la même entre public et privé (5,7 %), alors que la part de l'interventionnel est très différente entre les secteurs.

Une prise en charge en réanimation justifiée par ...

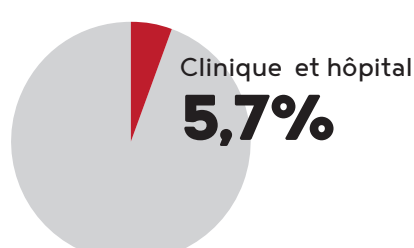
... un GHM en chirurgie



... un GHM en médecine



... un GHM en interventionnel



■ Privé ■ Public

SECTEUR PRIVÉ, L'ACTIVITÉ DE RÉANIMATION S'ILLUSTRE PAR 3 CMD

Pour 3 CMD, la part de marché du secteur privé est supérieure à sa part de marché nationale : la CMD 5 cardiovasculaire avec 22 % de part de marché ; la CMD 13 gynécologie avec 15 % ; la CMD 12 urologie avec 15 %.

La part de marché du secteur privé s'élève ensuite pour les 10 CMD suivantes, de façon décroissante : affections digestives 12 % ; affections rénales 11,8 % ; endocrinologie 11,6 % ; pneumologie 10,2 % ; autres facteurs 9,8 % ; hépato-biliaire 9,2 % ; appareil locomoteur 8,7 % ; affections du sang 7,6 % ; affections myeloprolifératives 7,0 % ; maladies infectieuses 6,9 %.

Les parts de marché du privé supérieures à la moyenne

CMD 5 cardiovasculaire



CMD 13 gynécologie



CMD 12 urologie



UNE VARIÉTÉ DE DIAGNOSTICS PLUS IMPORTANTE DANS LE SECTEUR PUBLIC

Dans le secteur privé, on constate une plus grande concentration des séjours sur un plus petit nombre de codes CIM 10 différents en diagnostic principal. Par ailleurs, l'IGS moyen par diagnostic principal est très proche entre les secteurs public et privé.

	Public	Privé	France
Nombre total de codes CIM 10 différents en diagnostic principal	4 912	1 798	4 993
Nombre de codes CIM 10 pour 50 % des séjours	78	27	85
Nombre de codes CIM 10 pour 80 % des séjours	350	162	438

En s'appuyant sur l'analyse du diagnostic principal, les prises en charge en urgence absolue représenteraient 64 % de l'activité pour le secteur public et 25 % pour le secteur privé.

Nombre total de codes CIM 10 différents en diagnostic principal



LES MODES D'ENTRÉE

La notion d'entrée en urgence, lorsqu'elle est codée, est présente pour 45,3 % des séjours avec passage en réanimation en secteur public, et seulement 14,2 % des séjours en secteur privé.

Les entrées par transfert représentent 10,6 % de l'activité de réanimation à l'hôpital public et 17,3 % en clinique.

Les modes de sortie

Le taux de retour à domicile s'élève à 43 % pour les séjours en réanimation à l'hôpital et à 36 % pour les séjours en clinique.

Les sorties par transfert concentrent près de la moitié des sorties des séjours en clinique.

4 % des séjours en réanimation à l'hôpital et 2,6 % des séjours en réanimation en clinique s'achèvent par un retour direct au domicile. Pourtant, il ne paraît pas possible qu'un malade relevant d'une réanimation puisse sortir de l'établissement sans passer par une unité d'hospitalisation plus classique. Ce point est susceptible de donner lieu à des contrôles T2A.

UNE SAISONNALITÉ DES SÉJOURS

On observe une chute de l'activité de réanimation au mois d'août dans les deux secteurs hospitaliers. Par ailleurs, le pic d'activité se situe en décembre dans le secteur public et en octobre dans le secteur privé.

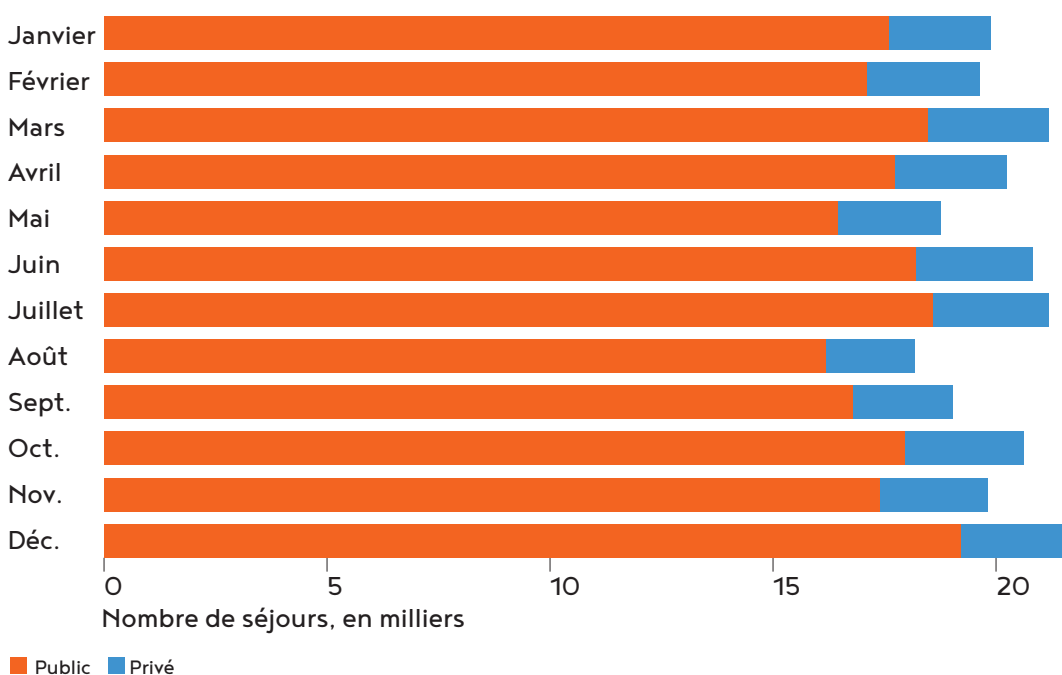
La part de marché des unités de réanimation du secteur privé varie de 11 % en août à 13 % en octobre, pendant que l'activité nationale mensuelle varie de 7,5 % en août à 9 % en décembre.

Des séjours répétés

223 831 malades différents ont été accueillis dans des unités de réanimation en 2015. Ce qui correspond à 1,057 passage par malade.

93,7 % des patients en réanimation à l'hôpital n'ont eu qu'un seul séjour dans ce type d'unité, ils étaient 96,4 % en clinique.

À l'hôpital, 5,3 % des patients ont connu 2 séjours en réanimation ; ils n'étaient que 3,2 % en clinique.



DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET SPÉCIALISÉS EN CARDIOLOGIE

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) arrive en tête du classement des établissements de santé, produisant à elle seule, 12,7% de la totalité des séjours avec réanimation, et 12 % de la totalité des suppléments de réanimation du secteur public.

L'AP-HP est suivie par les grands CHU, dans l'ordre : Hôpitaux Civils de Lyon, Bordeaux, Toulouse, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille.

Dans ce classement national, le premier établissement de santé privé, la Clinique Clairval à Marseille, arrive en 29^e position. Suivent de la 31^e à la 34^e place, l'Hôpital privé Jacques Cartier à Massy (91), les cliniques Pasteur à Toulouse (31), Saint Martin à Caen (14) et Saint Augustin à Bordeaux (33).

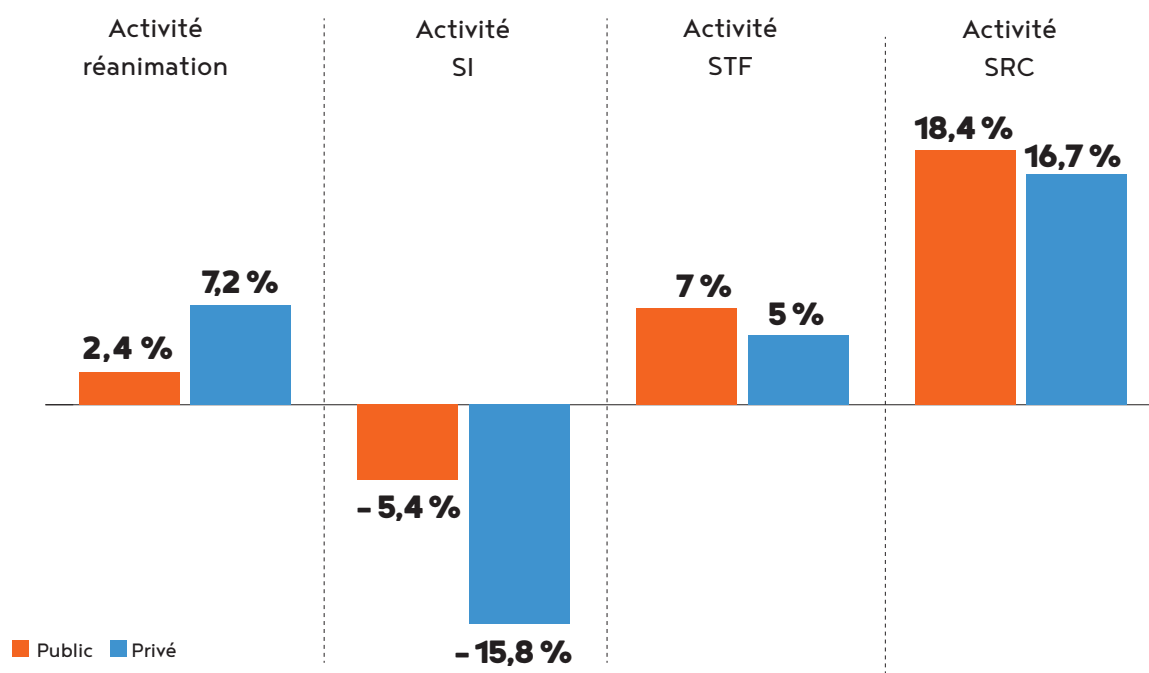
L'activité en réanimation représente 2,8 % de l'activité globale. Elle s'élève à 3 % par rapport à l'activité globale du secteur public, et à 1,6 % de l'activité du secteur privé.

Les établissements de santé publics dont l'activité en réanimation est élevée, sont des établissements connus pour leur activité orientée vers la cardiologie et plus particulièrement la chirurgie cardiaque, ou vers la neurologie.

De même, dans le secteur privé, se retrouvent des établissements reconnus en cardiologie mais aussi des établissements plus polyvalents.

UNE ÉVOLUTION SIMILAIRE DE L'ACTIVITÉ

Sur les 4 dernières années (2012-2015), la progression de l'activité de réanimation et celle des soins intensifs a été régulière, alors que celle de surveillance continue était beaucoup plus importante.



ANTI-JARGON

AP-HM Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
AP-HP Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ATIH Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CEC Circulation extra-corporelle
CIM Classification internationale des maladies 10e version
CMD Catégorie majeure de diagnostic
DMS Durée moyenne de séjour
GHM Groupe homogène de malades
GHS Groupe homogène de séjours
IGS Indice de gravité simplifiée
PDM Part de marché
SRC Supplément surveillance continue
STF Supplément soins intensifs

Publication éditée par la FHP-MCO, août 2017

Enquête réalisée par la FHP-MCO.

Rédaction : Dr Michèle Brami, médecin conseil FHP-MCO et BVM communication

Conception graphique et réalisation : BVM communication. Crédits : © Shutterstock

RÉANIMATION TENDANCES ET PARTS DE MARCHÉ



Syndicat national
des 550 établissements
de santé privés exerçant
une activité en médecine,
chirurgie, obstétrique (MCO)

FHP-MCO
106, rue d'Amsterdam
75009 Paris
www.fhpmco.fr

 [@fhpmco](https://twitter.com/fhpmco)

 www.youtube.com/fhpmco