

**DATA**  
**FHP-MCO**

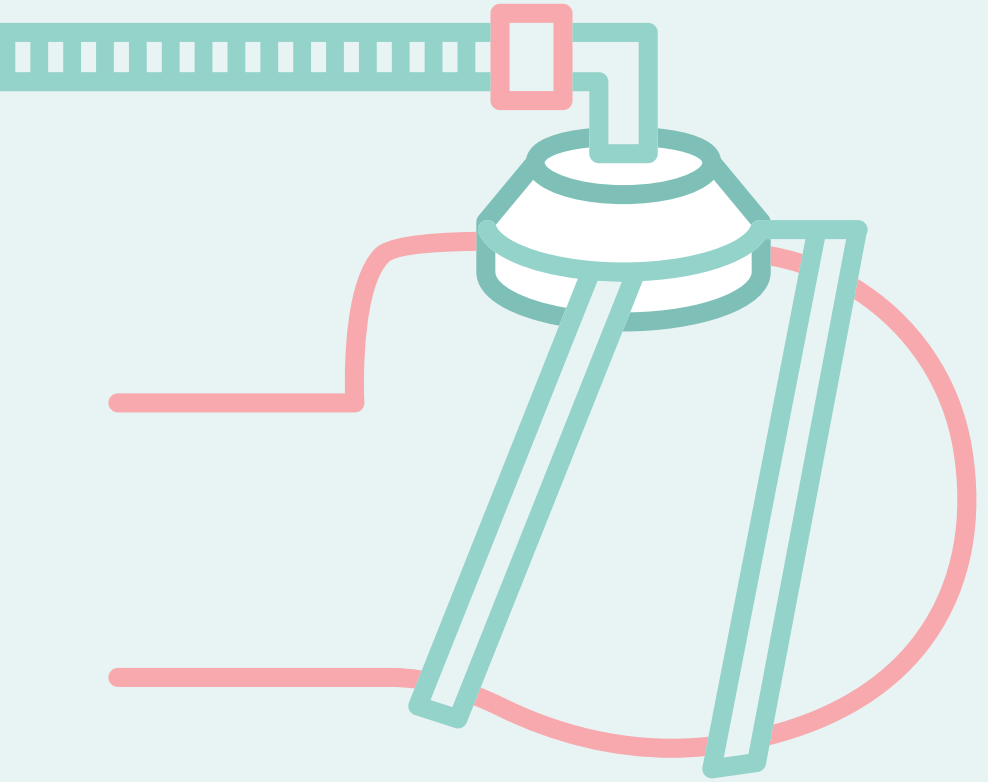
**RÉANIMATION**  
**ÉTAT DES**  
**LIEUX ET**  
**TENDANCES**

MISE À JOUR DE L'ÉDITION 2017

**FHP**  
**MCO**  
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

UNE PUBLICATION  
DE LA FHP-MCO  
MARS 2021

**N°5**



Introduction	4
Méthodologie	5
<b>RÉANIMATION, CE QU'IL FAUT RETENIR</b>	<b>6</b>
État des lieux 2019	8
Séjours avec réanimation, rapportés aux séjours d'hospitalisation complète	10
Les séjours cumulant les 3 suppléments	12
Le profil des patients en réanimation	13
Une progression avec l'âge de la part de marché du secteur privé	15
Distribution de l'activité par catégorie majeure de diagnostic (CMD), pour la totalité des CMD, en nombre de séjours	16
Distribution par catégorie, médecine, chirurgie, interventionnel	20
Les caractéristiques des séjours	22
Les sorties directes de la réanimation vers le domicile	25
Profil des établissements	28
Utilisation du chaînage et ré-hospitalisation	30
Les variations saisonnières	32
L'indice de gravité simplifié	33
Les diagnostics principaux	34
Évolution de la facturation des suppléments depuis 2012	37
Annexe n° 1	39
Annexe n° 2	40

# INTRODUCTION

Cette publication vise à décrire les principales caractéristiques de l'activité des unités de réanimation en 2019.

Les établissements de santé doivent disposer d'une autorisation spécifique pour développer l'activité de réanimation. L'Assurance maladie rémunère le tarif du séjour du patient auquel s'ajoute un supplément journalier pour chaque journée passée dans l'unité de réanimation. Lorsque le patient présente tous les critères médicaux requis (indice de gravité simplifié supérieur à 15 et réalisation d'un acte figurant sur l'une ou l'autre de deux listes limitatives), ce supplément s'appelle « REA » et était en 2020 d'une valeur de 807 € dans le secteur public et de 651 € dans le secteur privé. Lorsque ces critères médicaux ne sont pas réunis, mais que le patient est néanmoins hébergé dans l'unité de réanimation, l'établissement peut facturer un supplément journalier « SI » d'une valeur de 404 € dans le secteur public et de 325 € dans le secteur privé (valeurs 2020). Ce supplément « SI » est à distinguer du supplément « STF » qui rémunère un établissement pour chaque journée passée par un malade dans une unité autorisée de soins intensifs (différente de l'unité de réanimation).

# MÉTHODOLOGIE

L'étude a été réalisée à partir de la base de données PMSI MCO nationale 2019 totale (public + privé), table RSA, accessible sur le site sécurisé de l'ATIH. Tous les séjours pour lesquels il y a facturation d'un supplément « REA », ou de la prestation « SI » (pour un malade hospitalisé en unité de réanimation mais ne présentant pas les caractéristiques le rendant éligible au supplément « REA ») ont été extraits. Les éventuels suppléments « STF » (soins intensifs) ou « SRC » (surveillance continue) facturés pour ces mêmes malades sont également recensés. En revanche, aucun recensement des activités « STF » ou « SRC » sans passage en unité de réanimation n'est fait.

L'analyse a été réalisée selon ces recensements et des tris à plat.

Les données utilisées sont issues de la base PMSI 2019, de l'enquête SAE 2019 et des résultats d'études antérieures portant sur les années 2012 à 2018.

Remarque. Dans l'ensemble de ce document le terme « public » désigne les établissements anciennement sous Dotation globale de financement (DGF), et le terme « privé » ceux anciennement sous Objectif quantifié national (OQN), quel que soit leur statut juridique.

3 établissements de santé privés à but non lucratif : l'Infirmierie Protestante de Lyon, l'Institut Arnault Tzanck à Saint-Laurent du Var et l'Hôpital Américain de Neuilly-sur-Seine sont intégrés sous l'appellation « privé ». Ils produisent 0,5 % de l'activité nationale de réanimation.

# RÉANIMATION, CE QU'IL FAUT RETENIR

Cette analyse témoigne des caractéristiques de l'activité de réanimation et compare l'activité entre secteurs.

Conformément aux autorisations accordées, le secteur public draine 80 % des unités, 89 % des lits autorisés et 88 % des séjours avec passages en réanimation.

Il bénéficie d'un adressage préférentiel vers ses unités dans le cadre de l'urgence : taux d'admission en urgence de 46 % en secteur public et seulement de 16 % en secteur privé.

Inversement, le secteur privé reçoit davantage de malades transférés à partir d'un autre établissement d'hospitalisation (16,3 %, contre 12,8 % en secteur public), et ré-adresse ses patients à une autre structure (en majorité SSR) pour 47 % des patients avec passage en unité de réanimation, alors que le secteur public n'enregistre que 34 % de transfert en sortie.

Les pathologies les plus fréquemment prises en charge en réanimation sont les affections cardiovasculaires, respiratoires et neurologiques. Ces 3 catégories majeures de diagnostic 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 de réanimation du secteur privé, contre 11 % pour le secteur public.

Les pathologies prises en charge dans le secteur public paraissent légèrement différentes en raison de :

- l'indice de gravité simplifié moyen par séjour (52 et 47) ;
- la diversité des pathologies prises en charge (nombre de codes diagnostic principal différents, nombre de CMD pour concentrer 50 % ou 80 % de l'activité) ;
- du caractère plus médical et moins chirurgical des activités développées.

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

Sur les 8 dernières années, l'activité donnant lieu à un financement par supplément (REA, SI) enregistre globalement une très légère progression (+2 % sur 8 ans) en réanimation dans les deux secteurs. Ce sont les suppléments pour séjours en réanimation sans critère d'éligibilité au financement spécifique qui diminuent, témoignant sans doute d'une meilleure appropriation des critères de financement.

On observe des comportements très proches entre les deux secteurs et les modalités de prise en charge des patients sont identiques. Les seules différences portent sur le recrutement des patientèles et l'étendue de la diversité des situations médicales, toutes choses en relation avec la structure des établissements et le statut au regard des autorisations d'activité.

## ÉTAT DES LIEUX 2019

254 006 séjours avec la présence d'un supplément REA et/ou SI sont dénombrés.

Le secteur privé gère 11 % des lits de réanimation autorisés, et produit 12 % des séjours avec réanimation.

Seulement 10,5 % des établissements de santé MCO privés (54 sur les 520 présents dans la base PMSI MCO 2019) disposent d'une autorisation de réanimation, alors que le tiers des établissements publics en ont une (218 sur les 638 présents dans la base).

Les capacités de ces unités sont également très différentes puisqu'une unité de réanimation en secteur public comporte 20,8 lits en moyenne (par entité juridique) alors qu'une unité privée moyenne en a 10.

L'ensemble de ces séjours se distingue par des durées de séjour totales particulièrement longues : 16 jours en moyenne nationale pour un séjour avec passage en réanimation, alors que la durée moyenne nationale de séjour des hospitalisations complètes est de 5,6 jours (6 en secteur public et 4,4 en secteur privé).

Ces chiffres illustrent les différences structurelles entre secteurs public et privé : le secteur privé déploie 11 % des lits de réanimation mais 22 % des lits MCO autorisés en France, ce qui permet au secteur public de disposer d'un lit de réanimation pour 34 lits d'hospitalisation complète MCO (156 421) tandis que le privé a 1 lit de réanimation pour 81 lits d'hospitalisation complète MCO (45 291) (source : SAE 2019).

Si on cumule les suppléments REA et SI, le taux d'occupation de ces lits de réanimation est plus élevé en secteur privé.



	Public	Privé	Total	Part de marché du secteur privé
Nb total d'établissements concernés	218	54	272	20,14 %
Nb total de lits de REA autorisés selon SAE	4 525	555	5 080	10,93 %
Nb de séjours avec au moins un supplément REA et/ou SI	223 658	30 348	254 006	11,94 %
Nb total de séjours avec supplément REA	168 832	23 998	192 830	12,43 %
Nb total de séjours avec supplément SI	58 324	6 620	64 944	10,19 %
Nb de séjours avec REA + SI	3 498	270	3 768	7,16 %
Nb total de séjours avec supplément SI sans supplément REA	54 826	6 350	61 176	10,38 %
Nb total de supplément REA	1 358 370	175 666	1 534 036	11,45 %
Nb total de supplément SI	139 843	19 494	159 337	12,23 %
Nb total de supplément SI quand pas de REA	129 097	18 600	147 697	12,59 %
Taux d'occupation des lits de REA (supplément REA + supplément SI / nbre de lits * 365)	90,71 %	96,34 %	92,01 %	
taux d'occupation « REA pure » (supplément REA / nbre de lits * 365)	82,24 %	86,72 %	83,36 %	
DMS en REA	6,70 j	6,43 jours	6,66 jours	
<b>DMS totale</b>	<b>16,24 jours</b>	<b>15,33 jours</b>	<b>16,13 jours</b>	

Pour corroborer ces chiffres, on les compare à ceux enregistrés dans la base SAE 2019, questionnaire « réanimation ». En raison des différences de modalités d'enregistrement entre les deux systèmes d'information, le rapprochement est fait uniquement pour les chiffres nationaux. Là où le PMSI distingue privé ou public, la base SAE distingue public, privé non lucratif et privé lucratif. Or les établissements privés non lucratifs peuvent être aussi bien anciennement DGF qu'OQN. Des chiffres aussi voisins sont donc très rassurants.

	PMSI 2019	SAE 2019	Différence (PMSI - SAE)/PMSI
Nb de séjours	254 006	248 253	2,3 %
Nb de journées	1 693 373	1 603 783	5,3 %

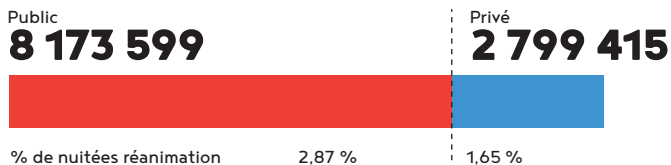
# SÉJOURS AVEC RÉANIMATION, RAPPORTÉS AUX SÉJOURS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE

Rapporté au nombre de séjours avec hospitalisation complète (au moins une nuitée), on observe que la fréquence des séjours avec réanimation est 2,5 fois plus importante dans le secteur public que dans le secteur privé.

Ce taux doit être interprété en tenant compte :

- des capacités en lits de réanimation et donc, des autorisations du secteur public ;
- du case mix de chacun des secteurs (si on s'en tient uniquement au caractère M, C, Z ou K des GHM, 58 % des patients pris en charge dans le secteur public relèvent de GHM « médicaux » en M, contre 15 % dans le secteur privé) ;
- des autorisations d'accueil des urgences (dans le secteur privé, 123 établissements disposent d'un accueil des urgences générales sur les 520 établissements privés ; dans le secteur public, 506 établissements accueillent des urgences générales sur les 638 établissements publics MCO).

## Répartition public/privé du nombre de séjours



Par ailleurs, l'observation du poids des SI (nuitées en réanimation pour des malades n'en relevant pas) a beaucoup diminué par rapport à l'analyse qui avait été réalisée sur la base 2015, puisque le % de supplément SI est passé en 4 ans de 0,58 %, à 0,28 %.

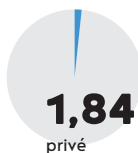
**Il n'y a donc pas de « remplissage » des lits de réanimation par des malades relevant de soins intensifs.**

	Public	Privé	France
Nb total de séjours	8 173 599	2 799 415	10 973 014
Nb de séjours avec REA	223 658	30 348	254 006
% de séjours avec REA	2,74 %	1,08 %	2,31 %
Nb total de nuitées	47 277 809	10 620 213	57 898 022
Nb de nuitées REA	1 358 370	175 666	1 534 036
Nb de nuitées SI	139 843	19 494	159 337
% de nuitées REA	2,87 %	1,65 %	2,65 %
% de nuitées REA + SI	3,17 %	1,84 %	2,92 %
% de SI par secteur	0,30 %	0,18 %	0,28 %

**Les nuitées REA (en %)**



**Les nuitées REA + SI (en %)**



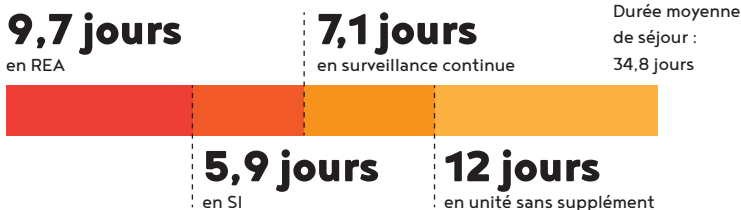
## LES SÉJOURS CUMULANT LES 3 SUPPLÉMENTS

Pour l'année 2019, 5 650 séjours ont cumulé les suppléments REA, SI et SRC. Ces séjours sont répartis en : 1 079 séjours dans le secteur privé et 4 571 séjours dans le secteur public dont 3 310 en CHU.

Ces séjours sont caractérisés par une durée moyenne de séjour extrêmement longue : 34,8 jours en tout dont 9,7 jours en REA, 5,9 jours en SI, et 7,1 jours en SRC, et donc 12 jours en unité sans supplément.

La chirurgie cardiaque sous CEC explique à elle seule 2 201 séjours soit 39 % de ces prises en charge, la CMD 05 (affections cardiovasculaires) dans son ensemble expliquant 55 % de ces séjours particulièrement longs et complexes, les affections respiratoires prenant une modeste seconde place avec 8,5 % des séjours.

### Décomposition de la durée moyenne du séjour

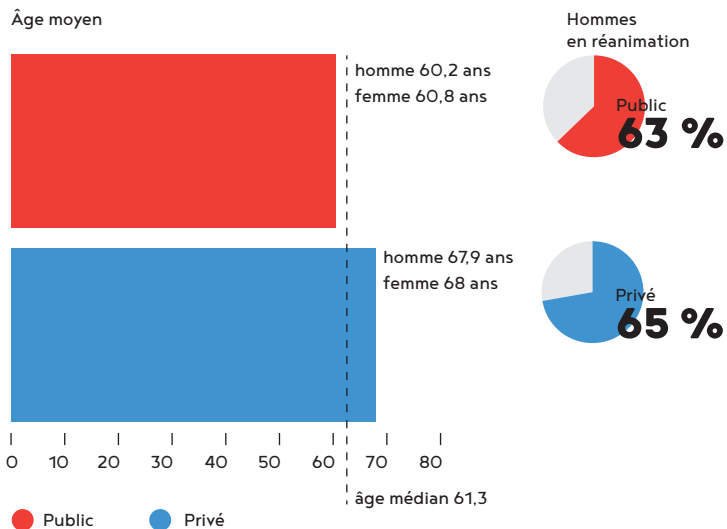


# LE PROFIL DES PATIENTS EN RÉANIMATION

Une prédominance masculine dans les deux secteurs est observée. Une population clairement plus âgée est constatée dans le secteur privé, ce qui est une observation faite pour presque tous les types d'activité.

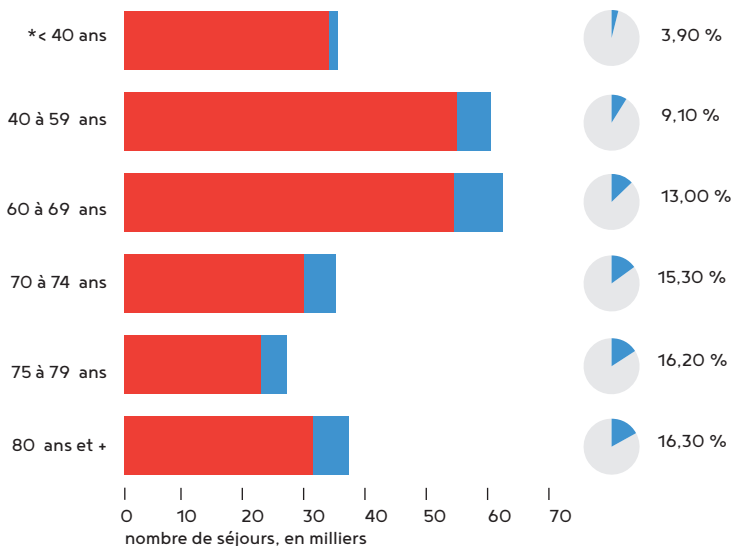
## Profil des patients par âge et sexe

Âge moyen



## Nombre de séjours selon la classe d'âge des patients et part de marché du privé

PDM du privé  
Total 11,90 %



Remarque : ces classes d'âge sont celles utilisées dans le calcul de l'indice de gravité simplifié. On rappelle qu'à partir de 70 ans, le seul critère d'âge suffit à atteindre le seuil de 15 dans l'évaluation de cet indice

\*Parmi ces séjours, 1 184 concernent des enfants de moins de 1 an, toujours pour des affections néonatales, qui auraient dû donner lieu à une prise en charge en unité de réanimation pédiatrique, et à la facturation d'un supplément REP, voire NN3, et non pas de REA. Ils n'auraient pas dû apparaître dans la présente étude. 91 % de ces séjours étaient produits par des CHU, dont on n'imagine pas qu'ils n'aient pas d'unité de réanimation pédiatrique. Remarquons au passage que facturer un supplément REA (805 € en 2019) à la place d'un supplément REP (912 € en 2019) lèse l'établissement.

## UNE PROGRESSION AVEC L'ÂGE DE LA PART DE MARCHÉ DU SECTEUR PRIVÉ

Cette progression est sans doute en rapport avec la fréquence des affections cardiovasculaires.

Cet âge moyen supérieur dans le secteur privé interpelle. Deux éléments expliquent au moins partiellement cette différence :

- le mode d'entrée par les urgences, plus fréquent en secteur public ;
- le case mix avec une orientation beaucoup plus médicale que chirurgicale en secteur public.

De plus, on rappelle les caractéristiques des bases totales de données public/privé :

- sur les 2 562 GHM présents dans la base, 2 372 comportent des séjours dans les deux secteurs (exclusion faite des GHM interdits dans le secteur privé : transplantation d'organes, grands brûlés, pose d'implants cochléaires, etc....). Parmi ces 2 372 GHM, 1 956 présentent un âge moyen des patients pris en charge plus élevé dans le secteur privé que public.
- si on restreint l'observation aux seuls GHM ayant une population supérieure à 100 individus dans chacun des secteurs, il reste 1 434 GHM communs pour lesquels 1 205 GHM ont un âge moyen des patients plus élevé dans le secteur privé que public.

L'âge moyen des malades « réanimés » en secteur privé n'est donc pas une spécificité de la réanimation, mais une caractéristique de toute la patientèle des établissements de santé privés.

Toutefois, pour quelles raisons les malades entrant en urgence pour une affection médicale seraient-ils plus jeunes que ceux bénéficiant d'une hospitalisation programmée pour une affection chirurgicale ? Ce point est à expertiser plus avant.

## **DISTRIBUTION DE L'ACTIVITÉ PAR CATÉGORIE MAJEURE DE DIAGNOSTIC (CMD), POUR LA TOTALITÉ DES CMD, EN NOMBRE DE SÉJOURS**

3 CMD concentrent 60 % des prises en charge en réanimation, et 7 CMD justifient 81 % de la totalité de l'activité de réanimation, France entière.

Ce sont les pathologies cardiovasculaires qui arrivent en tête, suivies des pathologies respiratoires. Et ce, même s'il existe des structures spécifiques aux pathologies cardiovasculaires avec les 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.

Il faut aussi se souvenir que les  $\frac{3}{4}$  des patients bénéficiant d'une chirurgie cardiaque sous CEC séjournent en réanimation à la sortie du bloc opératoire, ce qui représente 43 % des 73 611 séjours de la CMD5 identifiés dans le tableau ci-après. À noter que pour pouvoir bénéficier d'une autorisation de chirurgie cardiaque, un établissement de santé doit obligatoirement être également titulaire d'une autorisation de réanimation.

Dans le secteur privé, la seule CMD5 concentre près de 52 % de l'activité de réanimation, et les 4 CMD cardiovasculaire, respiratoire, neurologie et digestive décrivent près de 82 % du total de l'activité de la réanimation du secteur privé.

On constate donc une concentration de l'activité sur un petit nombre de CMD beaucoup plus importante dans le secteur privé.

Les activités « réservées » au public - grands brûlés (CMD22), transplantations d'organes (CMD27) et celles qui dépendent essentiellement de l'accueil des urgences, c'est à dire les traumatismes (CMD21) et traumatismes multiples graves (CMD26) - sont à l'origine de 10 % de l'activité de réanimation du secteur public.



Il est beaucoup plus difficile d'évaluer l'impact des autorisations de neurochirurgie ou de radio neurologie interventionnelle sur l'activité enregistrée en CMD1 neurologie. Signalons simplement qu'en tête des établissements de santé privés ayant pris en charge des malades de réanimation pour des affections neuro vasculaires, se situent les établissements de santé privés disposant d'unités neuro vasculaires (Hôpital Privé Clairval à Marseille pour 436 séjours, la Clinique du Millénaire à Montpellier pour 84 séjours, la Clinique des Cèdres à Cornebarrieu pour 79 séjours, etc.).

Concernant le pourcentage d'entrée en urgence, deux remarques sont à formuler :

- les affections cardiovasculaires sont celles qui ont le plus faible taux d'entrée en urgence dans chacun des deux secteurs, du moins sur les CMD qui fournissent un gros volume de séjours. On peut donc penser qu'il s'agit le plus souvent de prises en charge programmées, les situations médicales d'urgence cardiologique étant dirigées vers les USIC plutôt que vers la réanimation. D'ailleurs, on a déjà vu que la chirurgie cardiaque, le plus souvent programmable, explique 43 % des enregistrements observés.
- même pour les CMD qui, intuitivement, auraient dû donner lieu à une entrée en urgence systématique (traumatismes multiples graves, traumatismes), on trouve des taux relativement faibles (59 %, 56 %) d'entrée en urgence. On a recherché s'il pouvait s'agir de prises en charge en deux temps : première prise en charge dans une structure de proximité puis transfert vers un établissement avec réanimation. Cependant le taux de transfert (7 % pour la CMD26, contre 33 % en provenance du domicile) ne compense pas, tant s'en faut, la différence. Une problématique de qualité insuffisante du codage existe-t-elle ?

CMD	Nb séjours public	Nb séjours privé	Total	Libellé
5	57 907	15 704	73 611	Cardio vasculaire
4	42 470	4 995	47 465	Pneumologie
1	29 528	1 470	30 998	Neurologie
6	18 299	2 581	20 880	Affections digestives
21	10 800	424	11 224	Traumatismes
11	9 938	1 276	11 214	Affections rénales
8	8 908	734	9 642	Appareil locomoteur
7	8 353	827	9 180	Hépto biliaire
26	6 177	29	6 206	Traumatismes multiples graves
10	5 060	537	5 597	Endocrinologie
3	3 151	236	3 387	ORL
18	3 001	260	3 261	Maladies infectieuses
27	3 211		3 211	Transplantations organes
9	2 668	157	2 825	Peau et sein
16	2 460	222	2 682	Affection sang
17	2 350	132	2 482	Affection myéloprolifération
20	1 839	46	1 885	Toxicologie
14	1 504	85	1 589	Obstétrique
23	1 355	195	1 550	Autres facteurs
22	1 235	2	1 237	Brûlures
12	948	241	1 189	Appareil génital masculin
13	890	142	1 032	Appareil génital féminin
25	628	16	644	Maladies dues au VIH
19	482	11	493	Troubles mentaux
15	212	1	213	Nouveau-nés
2	178	6	184	Ophthalmologie
<b>Total</b>	<b>223 552</b>	<b>30 329</b>		

	% cumulé	Part de marché du privé	% entrée/urgences en public	% entrée/urgences en privé	% de la CMD dans le secteur public	% de la CMD dans le secteur privé	% cumulé en public	% cumulé en privé
	28,99 %	21,30 %	29 %	7 %	25,90 %	51,80 %	25,90 %	51,80 %
	47,69 %	10,50 %	57 %	28 %	19,00 %	16,50 %	44,90 %	68,20 %
	59,90 %	4,70 %	52 %	10 %	13,20 %	4,80 %	58,10 %	73,10 %
	68,12 %	12,40 %	51 %	30 %	8,20 %	8,50 %	66,30 %	81,60 %
	72,55 %	3,80 %	56 %	24 %	4,80 %	1,40 %	71,10 %	83,00 %
	76,96 %	11,40 %	52 %	26 %	4,40 %	4,20 %	75,60 %	87,20 %
	80,76 %	7,60 %	52 %	23 %	4,00 %	2,40 %	79,60 %	89,60 %
	84,38 %	9,00 %	45 %	28 %	3,70 %	2,70 %	83,30 %	92,40 %
	86,82 %	0,50 %	59 %	34 %	2,80 %	0,10 %	86,10 %	92,50 %
	89,02 %	9,60 %	58 %	27 %	2,30 %	1,80 %	88,30 %	94,20 %
	90,36 %	7,00 %	36 %	10 %	1,40 %	0,80 %	89,70 %	95,00 %
	91,64 %	8,00 %	57 %	31 %	1,30 %	0,90 %	91,10 %	95,90 %
	92,91 %	0,00 %	15 %		1,40 %	0,00 %	92,50 %	95,90 %
	94,02 %	5,60 %	52 %	26 %	1,20 %	0,50 %	93,70 %	96,40 %
	95,08 %	8,30 %	58 %	45 %	1,10 %	0,70 %	94,80 %	97,10 %
	96,05 %	5,30 %	27 %	17 %	1,10 %	0,40 %	95,90 %	97,50 %
	96,80 %	2,40 %	66 %	24 %	0,80 %	0,20 %	96,70 %	97,70 %
	97,42 %	5,30 %	46 %	9 %	0,70 %	0,30 %	97,30 %	98,00 %
	98,03 %	12,60 %	34 %	24 %	0,60 %	0,60 %	98,00 %	98,60 %
	98,52 %	0,20 %	34 %	50 %	0,60 %	0,00 %	98,50 %	98,60 %
	98,99 %	20,30 %	48 %	23 %	0,40 %	0,80 %	98,90 %	99,40 %
	99,40 %	13,80 %	19 %	11 %	0,40 %	0,50 %	99,30 %	99,90 %
	99,65 %	2,50 %	51 %	19 %	0,30 %	0,10 %	99,60 %	99,90 %
	99,84 %	2,20 %	62 %	36 %	0,20 %	0,00 %	99,80 %	100,00 %
	99,93 %	0,50 %	11 %	0 %	0,10 %	0,00 %	99,90 %	100,00 %
	100 %	3,30 %	40 %	17 %	0,10 %	0,00 %	100,00 %	100,00 %

## **DISTRIBUTION PAR CATÉGORIE, MÉDECINE, CHIRURGIE, INTERVENTIONNEL**

Il ne s'agit pas des disciplines médicales au sens des autorisations (médecine, chirurgie) mais uniquement de la caractérisation au sens PMSI des groupes homogènes de malades (GHM en C, en K, en M, ou en Z...).

La chirurgie, qui justifie 65 % des prises en charge en réanimation dans le secteur privé, ne représente que 38 % des causes de prise en charge en réanimation dans le secteur public.

En regard, la médecine est beaucoup plus fréquente en secteur public (54,3 % contre 28,8 %).

L'activité interventionnelle (GHM en K) ne génère qu'une faible part de l'activité de réanimation, et cette part est peu différente entre les secteurs public et privé alors que la part de l'activité interventionnelle est très différente entre les secteurs (6,4 % des prises en charge en réanimation, mais 5,1 % de la totalité des séjours en hospitalisation complète dans le secteur public et 9,4 % dans le secteur privé).

On rappelle que les activités de cardiologie interventionnelle sont généralement prises en charge en unité de soins intensifs de cardiologie, et non pas en unité de réanimation.

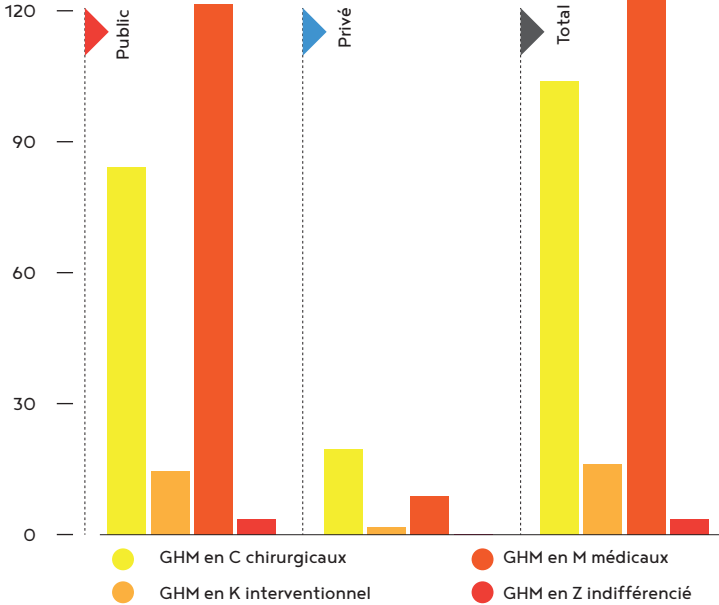
On peut supposer que les séjours groupés dans des GHM en C sont des séjours pour lesquels le passage en unité de réanimation est davantage programmable que pour les séjours en GHM de médecine.

Par rapport à l'activité totale de réanimation, les seuls GHM de chirurgie cardiaque sous CEC (racines de GHM de O5C02 à O5C07) représentent un total de 13,6 % (10,6 % dans le secteur public et 35,4 % dans le secteur privé).

## Distribution de l'activité

Total  
254 006

Nb de séjours en milliers



Place de l'interventionnel

6,5 %

5,9 %

6,4 %



Place de la chirurgie

37,6 %

64,7 %

40,9 %



Place de la médecine

54,3 %

28,8 %

51,3 %

● Public

● Privé

● National



# LES CARACTÉRISTIQUES DES SÉJOURS

## LES MODES D'ENTRÉE

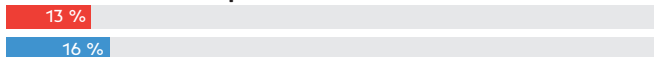
Les entrées par transfert décrivent 13 % de l'activité en réanimation du secteur public et 16 % de l'activité du secteur privé, témoignant d'un rôle de recours plus fréquent des établissements de santé privés, sans doute à cause de leur taille, au moins auprès des autres établissements privés de la zone géographique.

La notion d'entrée en urgence, lorsqu'elle est codée, est présente pour 46 % des séjours avec passage en réanimation en secteur public, et seulement 16 % des séjours en secteur privé.

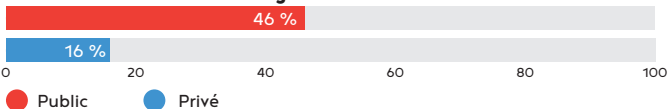
Même s'il faut garder à l'esprit que le mode d'entrée PMSI s'applique au séjour et non pas au passage en réanimation, on peut quand même imaginer que le passage en réanimation se situe en début de séjour. Ainsi on peut penser que l'adressage privilégié des urgences à l'hôpital public explique une part importante des passages en réanimation.

Mode entrée	Public	Privé
PIE	990	36
Mutation	697	27
Transfert	28 636	4 958
Domicile	193 306	25 326
Dont : entrée en urgence	103 088	4 794
Naissance	29	1
<b>Total</b>	<b>223 658</b>	<b>30 348</b>

### Entrées en réanimation par transfert



### Entrées en réanimation en urgence



## LES MODES DE SORTIE

Le taux de décès est de 20,2 % dans le secteur public et de 13,2 % dans le secteur privé.

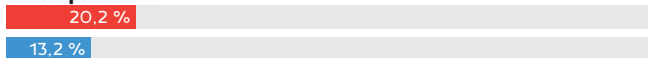
L'analyse des GHM des séjours avec décès montre une fois encore une prédominance des GHM médicaux de la CMD5, avec essentiellement des décès très rapides puisqu'il s'agit de GHM avec décès en moins de 2 jours.

Et si le case mix des séjours avec décès s'étend sur plus de 1 000 GHM, les 7 plus fréquents décrivent 20 % des sorties par décès (cf annexe n° 1).

Le taux de retour à domicile est de 43 % en secteur public et de 39 % en secteur privé.

Surtout, ce sont les sorties par transfert qui concentrent près de la moitié des sorties du secteur privé. Doit-on y voir le rôle de prestataire de service des structures MCO avec réanimation, pour le tiers de ces transferts qui sont dirigés vers des établissements MCO, les deux autres tiers étant adressés à des structures de SSR ?

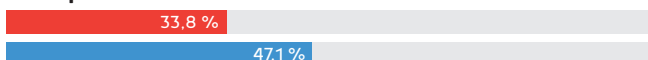
### Sortie par décès



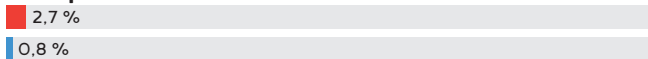
### Sortie par retour au domicile



### Sortie par transfert



### Sortie par mutation



0 20 40 60 80 100

● Public ● Privé

Mode de sortie	Destination	Public	Privé
0 : PIE*	1 vers MCO	986	35
0 : PIE	2 vers SSR	3	1
0 : PIE	4 vers Psy	1	
6 : Mutation	2 vers SSR	4 611	220
6 : Mutation	3 vers USLD	94	
6 : Mutation	4 vers Psy	976	
6 : Mutation	6 vers HAD	246	8
7 : Transfert	1 vers MCO	45 017 soit 60 % des transferts du public	4 806 soit 33 % des transferts du privé
7 : Transfert	2 vers SSR	25 077 soit 33 % des transferts du public	9 234 soit 65 % des transferts du privé
7 : Transfert	3 vers USLD	1 587	58
7 : Transfert	4 vers Psy	3 184	120
7 : Transfert	6 vers HAD	682	68
8 : Domicile		95 133	11 736
8 : Domicile	7 vers médico sociaux	958	69
9 : Décès		45 103	3 993
<b>Total</b>		<b>223 658</b>	<b>30 348</b>

\*PIE = prestation inter établissements



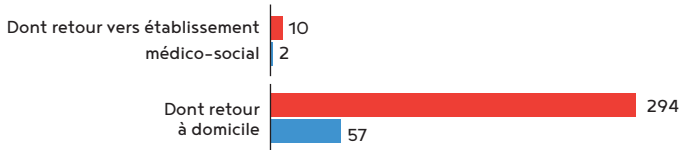
# LES SORTIES DIRECTES DE LA RÉANIMATION VERS LE DOMICILE

Il ne paraît pas possible qu'un malade relevant de la réanimation puisse sortir de l'établissement pour retourner directement à son domicile sans passer par une unité d'hospitalisation classique.

On calcule donc pour chaque séjour un champ : durée totale de séjour - nombre de suppléments de REA. On recense alors les séjours avec sortie domicile et pour lesquels :

- la durée totale du séjour - nombre de suppléments = -1 (davantage de suppléments facturés que de nuitées totales)
- la durée totale du séjour - nombre de suppléments = 0

## Séjours avec sortie vers le domicile avec délai -1 et délai 0



● Public    ● Privé

Dans le cas d'un « délai = -1 »

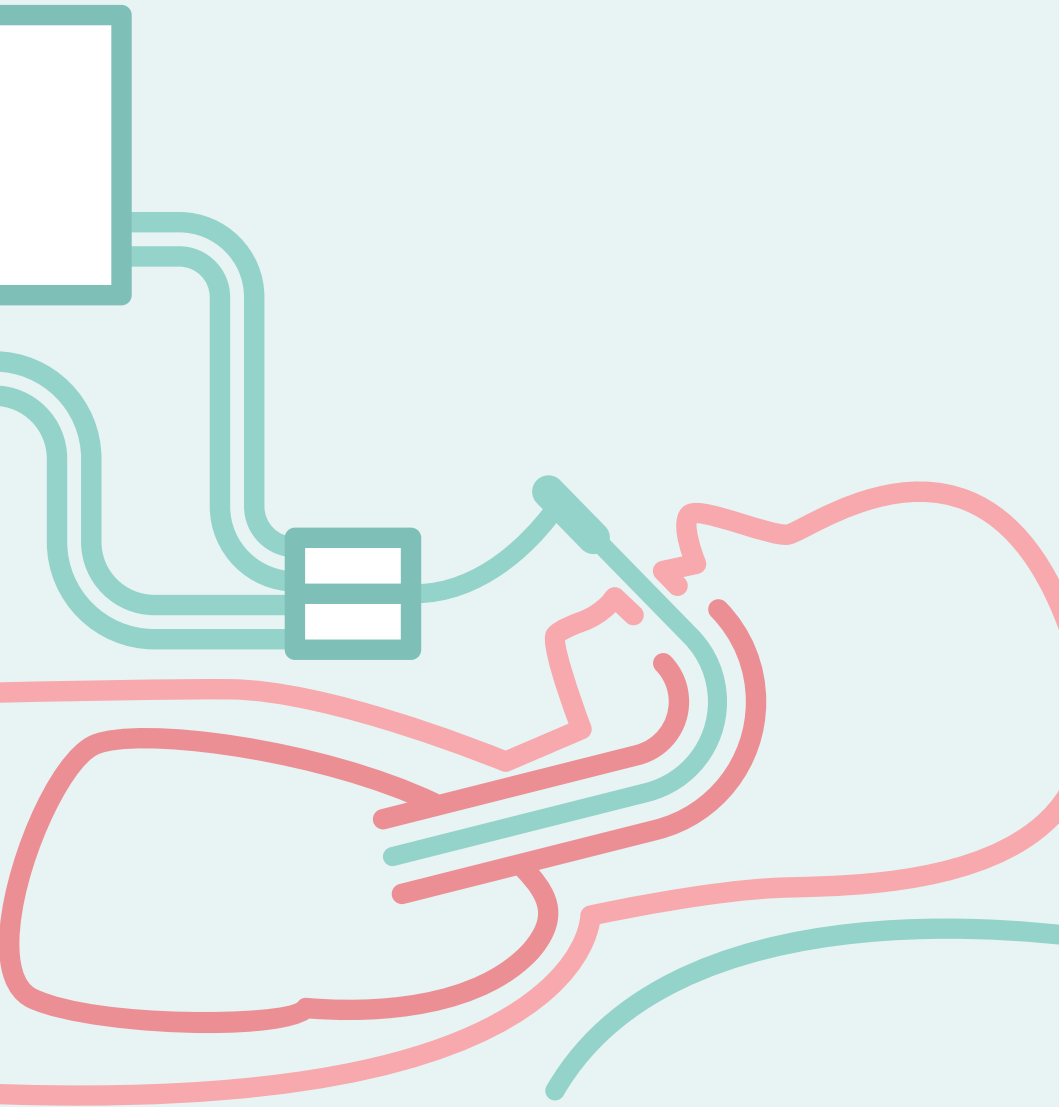
Il s'agit d'admissions en unité de réanimation, avec facturation d'un supplément REA, et sortie le jour même. Cette pratique est retrouvée dans presque tous les établissements (261 sur 272). Le diagnostic principal décrit le plus souvent une cause en rapport avec une intoxication aiguë.

Dans le cas d'un « délai = 0 »

363 séjours dans ce cas, dont il faut écarter 12 séjours, produits par 10 établissements différents, avec retour vers une structure médico-sociale, pour des patients généralement âgés de plus de 65 ans et à l'issue de séjours longs en réanimation (moyenne 18 jours).

Pour les 294 autres cas enregistrés dans le secteur public, il s'agit dans 191 cas de séjours de courte durée (1,2 ou 3 jours) avec une entrée en urgence pour des diagnostics d'intoxication (éthylrique mais surtout médicamenteuse) aiguë dans plus de la moitié des cas. Pour les séjours plus longs, on retrouve surtout des diagnostics de pathologies respiratoires. Plus d'une trentaine d'établissements différents sont concernés par ces séjours.

Pour les 57 cas enregistrés dans le secteur privé, il s'agit surtout de pathologies respiratoires et cardio vasculaires lourdes.



## PROFIL DES ÉTABLISSEMENTS

Les établissements les plus producteurs de journées de réanimation (cf annexe n°2)

L'AP-HP (toujours présentée comme un établissement unique) arrive en tête, produisant à elle seule 11,1 % de la totalité des séjours avec réanimation, c'est-à-dire presque autant que la totalité du secteur privé (11,9 %).

L'AP-HP est suivie par les grands CHU, dans l'ordre : HCL, Bordeaux, AP-HM, Toulouse.

Dans ce classement, le premier établissement de santé privé n'arrive qu'en 30<sup>e</sup> position : l'Hôpital Privé Clairval à Marseille (13), suivi d'un regroupement entre les 32<sup>e</sup> et 37<sup>e</sup> place des cliniques Saint-Martin à Caen (14), Pasteur à Toulouse (31), Ambroise Paré à Neuilly-sur-Seine (92) et l'Hôpital Privé Jacques Cartier à Massy (91), puis la Clinique Saint Augustin à Bordeaux (33).

En observant l'activité de réanimation dans l'activité de l'établissement, la distribution est bien différente.

Pour identifier les structures MCO de relativement petite taille, mais disposant d'une unité de réanimation, et dont l'activité totale est le plus souvent orientée vers quelques disciplines particulières, on calcule, par établissement, le nombre de séjours avec passage en réanimation, rapporté au nombre total de séjours en hospitalisation complète, hors séances et hors erreurs, enregistrés dans l'établissement.

Cette part de la réanimation ainsi calculée pour les 272 établissements qui développent l'activité, atteint 3,62 % France entière : 3,51 % pour le public et 4,77 % pour le privé.

## Part des séjours avec réanimation pour les 272 établissements ayant eu des séjours de REA en 2019



	Public	Privé	France
Nb de séjours avec REA	223 658	30 348	254 006
Nb total de séjours d'hospitalisation complète pour les 272 établissements	6 374 832	636 116	7 010 948
% de séjours avec REA	3,51 %	4,77 %	3,62 %

On observe des variations importantes par catégorie d'établissement, au sein des établissements publics.

	Nb de séjours avec réanimation	Nb de séjours avec hospitalisation complète	% de séjours avec réanimation
CH	80 091	3 325 222	2,40 %
CHU	127 776	2 686 459	4,80 %
CLCC	1 281	38 684	3,30 %
Hôpitaux d'Instruction des Armées	3 317	48 631	6,80 %
ESPIC	11 193	275 836	4,10 %
<b>Total</b>	<b>223 658</b>	<b>6 374 832</b>	<b>3,50 %</b>

Ce sont les établissements les plus susceptibles de recevoir des urgences qui enregistrent les taux les plus élevés.

Dans le secteur privé, on retrouve en tête les établissements ayant une forte activité de cardiologie : Clinique du Val d'Or à Saint-Cloud (92), Clinique Ambroise Paré à Neuilly-sur-Seine (92), Clinique Saint Augustin à Bordeaux (33), Centre Cardiologique du Nord à Saint-Denis (93), mais aussi des établissements plus polyvalents, comme l'Hôpital Privé de Marne Chanteraine à Brou-sur-Chanteraine (77).

## UTILISATION DU CHAÎNAGE ET RÉ-HOSPITALISATION

Tous les séjours sont identifiés par un numéro d'identification anonyme qui caractérise le patient sans permettre de connaître son état civil.

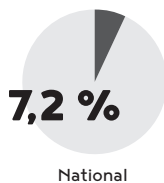
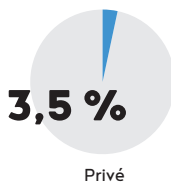
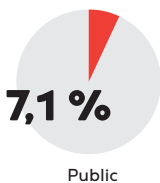
Parmi les 254 006 séjours avec passage en réanimation, on identifie 233 584 patients différents, puisque certains d'entre eux ont eu deux, voire plus, hospitalisations avec passage en réanimation, au cours de l'année 2019. Et 0,5 % des patients ont eu plusieurs hospitalisations dans des établissements alternativement publics et privés.

Ainsi, un malade qui a bénéficié d'une prise en charge en réanimation dans un établissement public a deux fois plus de « chance » d'avoir un autre séjour en réanimation au cours de l'année que le malade pris en charge dans le secteur privé.

On peut aussi penser que les malades pris en charge dans le secteur public sont plus fragiles et plus susceptibles de se décompenser en cours d'année, mais certaines observations laissent perplexes. Exemple dans la base publique, on trouve deux patients ayant eu l'un, 51 séjours en réanimation, l'autre 24 séjours en réanimation au cours de l'année : il s'agit de deux enfants de 12 et 11 ans, suivis au CHU de Dijon pour hypercholestérolémie essentielle et traités par aphérèse sanguine réalisée en hospitalisation de jour, mais en unité de réanimation, avec facturation d'un supplément SI. Dans la base privée, on trouve également une patiente de 48 ans bénéficiant de séances d'aphérèse sanguine en hôpital de jour avec facturation d'un supplément SI, et qui a eu 15 séances dans l'année dans le même établissement.

Pour l'année 2019 Malades ayant eu en réanimation	Public	Privé	Ont changé de secteur	France
1 seul séjour	190 046	26 725		216 771
2 séjours	12 142	886	1 140	14 168
3 séjours	1 811	76	202	2 089
4 séjours	335	17	42	394
5 séjours	92	2	12	106
6 séjours	22	1	0	23
entre 7 et 51 séjours en réanimation	27	1	5	33
<b>Total</b>	<b>204 475</b>	<b>27 708</b>	<b>1 400</b>	<b>233 584</b>
Taux de ré-hospitalisation	7,1 %	3,5 %		7,2 %

## Taux de réhospitalisation après passage en réanimation

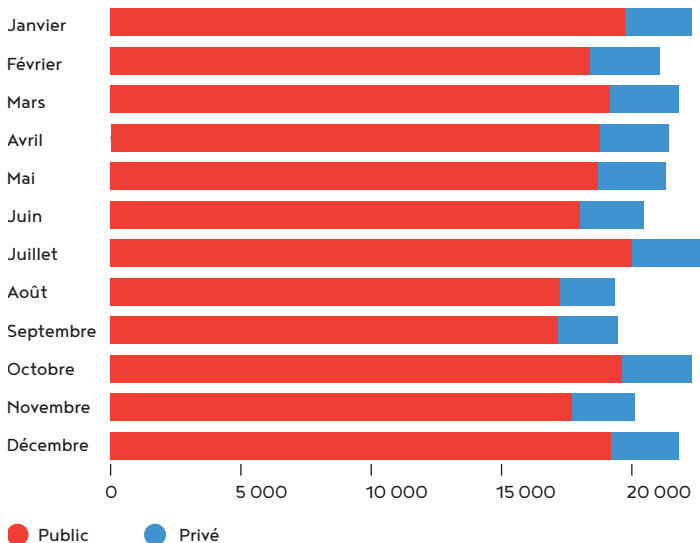


## LES VARIATIONS SAISONNIÈRES

On observe une discrète diminution de l'activité en août et septembre, et c'est le mois de juillet qui a été le plus actif en 2019.

La part de marché des unités privées 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.

### Nombre de séjours





## L'INDICE DE GRAVITÉ SIMPLIFIÉ

L'indice de gravité simplifié moyen est ainsi de : 52,4 dans le secteur public et de 46,9 dans le secteur privé.

### L'indice de gravité simplifié moyen



Ce premier résultat laisse penser que les patients pris en charge dans le secteur public sont différents que ceux pris en charge dans le secteur privé.

Mais comme on connaît le biais lié au recrutement - accueil des urgences -, il a paru opportun de rapprocher ce résultat du diagnostic principal du séjour.

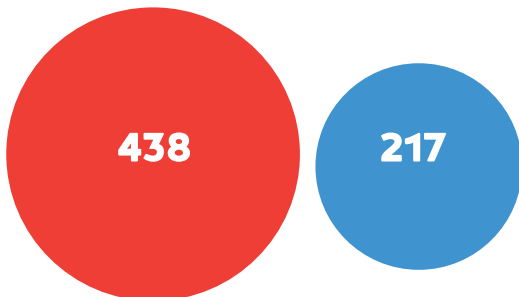
## LES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX

Comme toujours, les diagnostics principaux sont distribués sur un grand nombre de codes différents, beaucoup plus grand dans le secteur public que privé.

### Nombre de codes du diagnostic principal

	Public	Privé	France
Nb total de codes CIM 10 différents en diagnostic principal	4 636	1 789	4 738
Nb de codes CIM 10 pour 50 % des séjours	98	36	93
Nb de codes CIM 10 pour 80 % des séjours	438	217	425

### Nombre total de codes CIM 10 pour 80 % des séjours



### Nombre total de codes CIM 10 pour 50 % des séjours



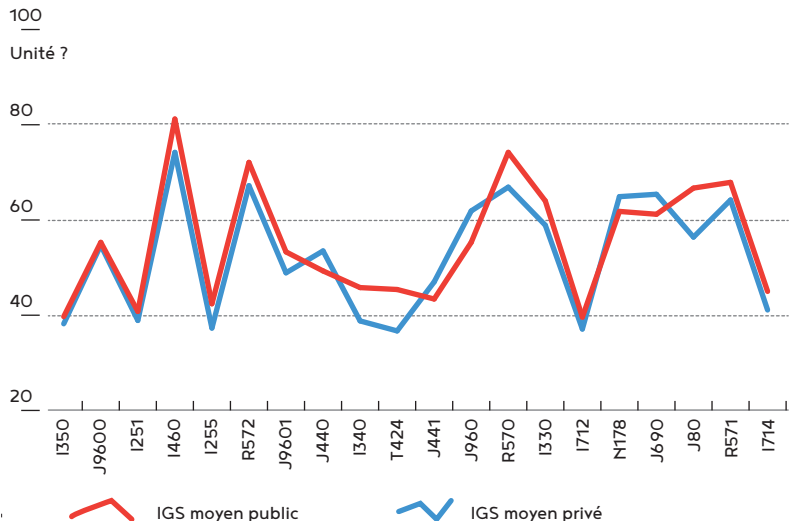
Les 25 codes CIM les plus fréquents décrivent 27 % des séjours de réanimation du secteur public et 37 % du secteur privé. Il s'agit des codes suivants, pour lesquels on calcule également l'IGS moyen :

Libellé	Code CIM	Nb public	Nb privé	Nb total	IGS moyen public	IGS moyen privé
Sténose (de la valvule) aortique (non rhumatismale)	I350	5868	2997	8865	39,7	38,2
Insuffisance respiratoire aigüe	J9600	5043	464	5507	55,3	54,7
Cardiopathie artérioscléreuse	I251	3061	2252	5313	40,8	38,9
Arrêt cardiaque réanimé avec succès	I460	3822	240	4062	81,2	74,2
Myocardopathie ischémique	I255	3098	841	3939	42,4	37,3
Choc septique	R572	3439	297	3736	72,1	67,2
Insuffisance respiratoire	J9601	3309	173	3482	53,3	48,9
Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aigüe des voies respiratoires inférieures	J440	3041	233	3274	49,3	53,5
Insuffisance (de la valvule) mitrale (non rhumatismale)	I340	2280	981	3261	45,8	38,8
Intoxication par benzodiazépines	T424	2735	72	2807	45,4	36,7
Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision	J441	2432	312	2744	43,4	47,0
Insuffisance respiratoire aigüe	J960	2193	59	2252	55,3	61,9
Choc cardiogénique	R570	1983	182	2165	74,2	66,9
Endocardite infectieuse (aigüe et subaigüe)	I330	1850	208	2058	64,0	58,9
Anévrisme aortique thoracique, sans mention de rupture	I712	1488	508	1996	39,6	37,1
Autres insuffisances rénales aigües	N178	1629	252	1881	61,8	64,9
Pneumopathie due à des aliments et des vomissements	J690	1743	130	1873	61,2	65,4
Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte	J80	1677	122	1799	66,7	56,4
Choc hypovolémique	R571	1657	93	1750	67,9	64,2
Anévrisme aortique abdominal, sans mention de rupture	I714	1279	438	1717	45,0	41,1
Péritonite aigüe	K650	1548	132	1680	71,1	59,9
État de grand mal épileptique	G410	1598	41	1639	53,9	52,8
Coma (sans précision)	R4028	1546	79	1625	59,2	67,7
Hémorragie sous-durale traumatique, sans plaie intracrânienne	S0650	1511	46	1557	62,1	51,1
Troubles vasculaires aigus de l'intestin	K550	1444	104	1548	77,9	72,0

Ces codes sont très proches de ceux qui avaient été observés lors de la même étude réalisée sur la base 2015.

Pour illustrer le différentiel entre secteurs du niveau d'IGS pour un même diagnostic, on choisit de représenter les variations de l'IGS/diagnostic principal sur les 20 premiers diagnostics.

### Distribution de l'IGS moyen par diagnostic principal



Cette distribution met en évidence :

- ➔ une plus grande concentration des séjours sur un plus petit nombre de codes CIM10 différents de diagnostic principal dans le secteur privé ;
- ➔ un IGS moyen par diagnostic principal très proche, pour ne pas dire identique, entre les secteurs public et privé.

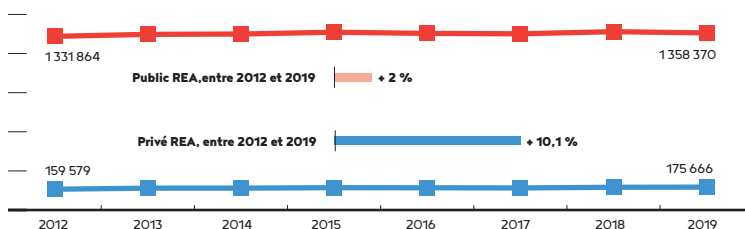
Ce n'est donc pas tant la « lourdeur » des malades qui diffère entre secteurs, que le recrutement, comme l'indique la gravité de chaque malade à pathologie égale, décrite par un même code CIM.

# ÉVOLUTION DE LA FACTURATION DES SUPPLÉMENTS DEPUIS 2012

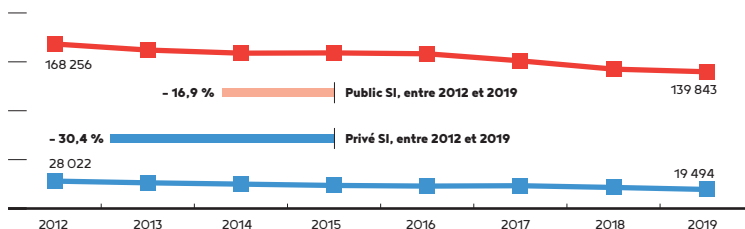
On est frappé par l'extrême stabilité des chiffres de suppléments REA, et par le tassement important observé sur le volume de suppléments SI (rappelons qu'il s'agit des séjours en réanimation, de patients n'en relevant pas au sens administratif, car ne justifiant pas la facturation du supplément REA).

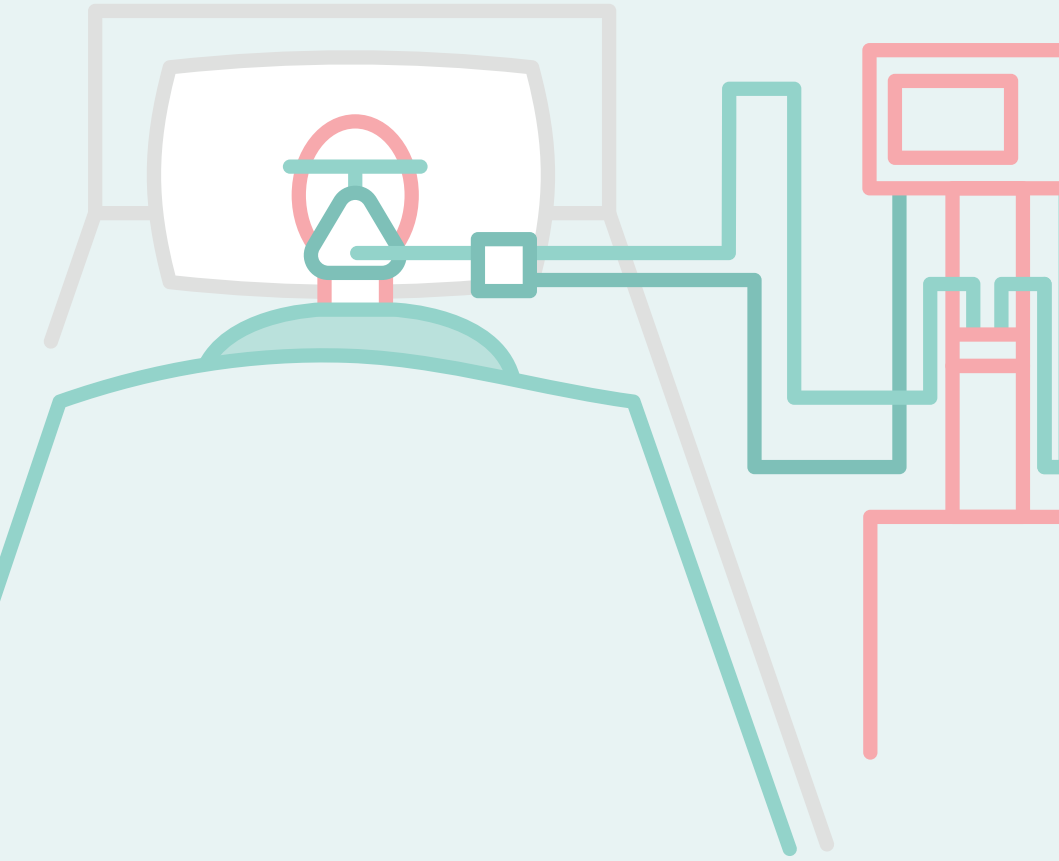
En raison du taux d'occupation de ces lits, calculé sur le nombre de lits autorisés, il est évident que la création de quelques centaines de lits permanents permettrait une meilleure fluidité des prises en charge, et que surtout, des procédures d'adaptation de l'offre à des situations exceptionnelles doivent être élaborées.

## Évolution 2012-2019 du nombre de suppléments REA facturés



## Évolution 2012-2019 du nombre de suppléments SI facturés





# ANNEXE N° 1

## LES GHM LES PLUS FRÉQUENTS DES SÉJOURS AVEC SORTIE PAR DÉCÈS

GHM	Libellé du GHM	Public	Privé	Total
05M22E	Autres affections de la CMD O5 avec décès : séjours de moins de 2 jours	2 539	157	2 696
04M134	Œdème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 4	1 623	89	1 712
04M24E	Affections de la CMD O4 avec décès : séjours de moins de 2 jours	1 214	95	1 309
01M36E	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec décès : séjours de moins de 2 jours	1 224	18	1 242
06C044	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 4	1 037	105	1 142
05M094	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 4	938	111	1 049
04M054	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	748	91	839

## ANNEXE N° 2

### LES 40 ÉTABLISSEMENTS QUI ENREGISTRENT LE PLUS DE SÉJOURS EN RÉANIMATION

Région	Finess	Categorie	Raison sociale	Nb séjours de réanimation	Nb total de séjours dans l'établissement	Poids de la réanimation
Île-de-France	750712184	CHU	AP-HP	28 088	921 589	3,0 %
Auvergne-Rhône-Alpes	690781810	CHU	Hospices Civils de Lyon	9 171	272 845	3,4 %
Nouvelle-Aquitaine	330781196	CHU	CHU de Bordeaux	9 089	183 522	5,0 %
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	130786049	CHU	AP-HM	5 316	191 288	2,8 %
Occitanie	310781406	CHU	CHR de Toulouse	4 821	195 139	2,5 %
Grand-Est	670780055	CHU	CHU de Strasbourg	4 588	142 220	3,2 %
Pays-de-la-Loire	440000289	CHU	CHU de Nantes	4 465	131 668	3,4 %
Occitanie	340780477	CHU	CHU Montpellier	4 146	119 801	3,5 %
Hauts-de-France	590780193	CHU	CHRU de Lille	3 966	171 448	2,3 %
Bourgogne-Franche-Comté	210780581	CHU	CHU de Dijon	3 774	92 608	4,1 %
Auvergne-Rhône-Alpes	380780080	CHU	CHU de Grenoble	3 664	97 560	3,8 %
Pays-de-la-Loire	490000031	CHU	CHRU d'Angers	3 383	85 305	4,0 %
Bretagne	350005179	CHU	CHRU de Rennes	3 253	102 625	3,2 %
Normandie	760780239	CHU	CHU de Rouen	3 212	135 325	2,4 %
Auvergne-Rhône-Alpes	630780989	CHU	CHU Clermont-Ferrand	3 187	90 012	3,5 %
Centre-Val-de-Loire	370000481	CHU	CHU de Tours	3 101	97 077	3,2 %
Grand-Est	540023264	CHU	CHRU de Nancy	3 065	124 796	2,5 %
La Réunion	970408589	CHU	CHU de La Réunion	2 744	93 033	2,9 %
Hauts-de-France	800000044	CHU	CHU d'Amiens	2 645	84 734	3,1 %
Grand-Est	570005165	CHU	CHR de Metz-Thionville	2 396	88 455	2,7 %



Auvergne- Rhône-Alpes	420784878	CHU	CHU de Saint-Étienne	2 303	80 902	2,8 %
Normandie	140000100	CHU	CHU Côte de Nacre Caen	2 187	85 457	2,6 %
Nouvelle-Aquitaine	860014208	CHU	CHR de Poitiers	2 181	83 836	2,6 %
Grand-Est	510000029	CHU	CHR de Reims	2 024	69 044	2,9 %
Bretagne	290000017	CHU	CHU de Brest	1 992	75 596	2,6 %
Provence-Alpes- Côte-d'Azur	130785652	PSPH/ EBNL	Hôpital Saint Joseph	1 704	60 429	2,8 %
Bourgogne- Franche-Comté	250000015	CHU	CHU de Besançon	1 673	78 548	2,1 %
Provence-Alpes- Côte-d'Azur	060785011	CHU	CHU de Nice	1 625	84 962	1,9 %
Île-de-France	750150104	PSPH/ EBNL	Institut Mutualiste Montsouris	1 403	32 592	4,3 %
Provence-Alpes- Côte-d'Azur	130784051	Privé	Hôpital Privé Clairval	1 379	14 467	9,5 %
Occitanie	300780038	CHU	CHU de Nîmes	1 365	74 045	1,8 %
Normandie	140017237	Privé	Hôpital Privé St Martin Caen	1 357	39 104	3,5 %
Grand-Est	680000973	CH	CH de Colmar	1 357	59 942	2,3 %
Occitanie	310780259	Privé	SA Clinique Pasteur	1 350	41 308	3,3 %
Île-de-France	920300753	Privé	Centre Chirurgical Ambroise Paré	1 345	16 535	8,1 %
Île-de-France	910300219	Privé	Hôpital Privé Jacques Cartier	1 340	20 952	6,4 %
Île-de-France	770021145	CH	Grand Hôpital de l'Est Francilien	1 290	75 195	1,7 %
Auvergne- Rhône-Alpes	740781133	CH	CH Annecy-Genevois	1 268	62 343	2,0 %
Grand-Est	680020336	CH	GRPE Hosp. Région Mulhouse et Sud Alsace	1 260	62 453	2,0 %
Centre-Val- de-Loire	450000088	CHU	CHR d'Orléans	1 253	63 815	2,0 %
Nouvelle-Aquitaine	330780081	Privé	Clinique Saint Augustin	1 214	16 689	7,3 %

## ANTI-JARGON

<b>AP-HM</b>	Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
<b>AP-HP</b>	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
<b>ATIH</b>	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
<b>CEC</b>	Circulation extra-corporelle
<b>CIM</b>	Classification internationale des maladies 10 <sup>e</sup> version
<b>CLCC</b>	Centre de lutte contre le cancer
<b>CMD</b>	Catégorie majeure de diagnostic
<b>DGF</b>	Dotation globale de financement
<b>DMS</b>	Durée moyenne de séjour
<b>ESPIC</b>	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
<b>GHM</b>	Groupe homogène de malades
<b>GHS</b>	Groupe homogène de séjours
<b>HPL</b>	Hospices Civils de Lyon
<b>IGS</b>	Indice de gravité simplifiée
<b>MCO</b>	Médecine chirurgie obstétrique
<b>OQN</b>	Objectif quantifié national
<b>PIE</b>	Prestation inter établissement
<b>PDM</b>	Part de marché
<b>PMSI</b>	Programme de médicalisation des systèmes d'information
<b>RSA</b>	Résumé de sortie anonyme
<b>SAE</b>	Statistique annuelle des établissements
<b>SRC</b>	Supplément surveillance continue
<b>SSR</b>	Soins de suite et de réadaptation
<b>STF</b>	Supplément soins intensifs
<b>USLD</b>	Unité de soins de longue durée

Publication éditée par la FHP-MCO, mars 2021

Enquête réalisée par la FHP-MCO.

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

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



# RÉANIMATION ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES

MISE À JOUR DE L'ÉDITION 2017

FHP  
MCO  
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

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](http://www.fhpmco.fr)