



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



TRIBUNE PROFESSIONNELLE

## Optimisation de la cotation dans la prise en charge des escarres : oui, mais à quel prix ?<sup>☆</sup>

*Financial rating optimization in pressure ulcers management: Yes, but at what price?*

C. Crouzet, B. Chaput<sup>\*</sup>, J.-L. Grolleau

Service de chirurgie plastique, reconstructrice et des brûlés, CHU de Rangueil, 1, avenue Jean-Poulhès, 31059 Toulouse, France

Reçu le 10 décembre 2012 ; accepté le 19 février 2013

### MOTS CLÉS

Escarre ;  
Valorisation ;  
Lambeau ;  
Dépenses de santé

### KEYWORDS

Pressure ulcer;  
Financial valorisation;  
Flap;  
Health spending

**Résumé** La prise en charge chirurgicale de l'escarre en France demeure très coûteuse même si les mesures de prévention et l'amélioration du parcours de soins ont permis de limiter les dépenses dans ce domaine ces dernières années. Depuis 2004, le mode de financement des établissements de santé français par la tarification à l'acte (TAA) et la maîtrise médicalisée des dépenses de soins hospitaliers nous obligent forcément à nous intéresser à ces considérations purement économiques et parfois à nuancer nos besoins en durée d'hospitalisation ou en soins spécialisés pour optimiser le groupe homogène de séjour (GHS) d'un patient. Cela ne risque-t-il pas à l'avenir d'obliger le chirurgien à biaiser les réels besoins du patient au profit de l'établissement hospitalier ? Au travers d'une analyse médico-économique de nos pratiques, réalisée dans le service de chirurgie plastique du CHU de Toulouse, nous avons tenté d'identifier comment optimiser la prise en charge chirurgicale de l'escarre en termes de valorisation de séjour. L'objectif étant néanmoins de rester critique sur les dérives que cela pourrait instaurer à l'avenir pour notre activité clinique.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** The surgical management of pressure ulcers remains very expensive even if preventive measures and improved care pathways allowed to reduce spending in this domain in recent years. Since 2004, the funding of French hospitals by "fee-for-service" and the needs of saving health spending necessarily compels us to interest ourselves in these purely economic considerations and sometimes modify our requirements for hospital stay to optimize a "patient" valorisation group". In the future, this may lead the surgeon to bias the real needs of the patient for the benefit of hospital establishment. Through a medico-economic analysis of our practices conducted in the plastic surgery department of the University hospital of Toulouse, we tried to

<sup>☆</sup> Communication lors de la table ronde sur les escarres, 57<sup>e</sup> congrès de la SoFCPRE, Paris, 21 novembre 2012.

<sup>\*</sup> Auteur correspondant.

Adresse e-mail : benoitchaput31@gmail.com (B. Chaput).

identify how to optimize the surgical management of pressure ulcers in terms of valorisation of hospital stay. The aim is still to remain critical about the aberrations that this could introduce in the future for our clinical activity.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

L'escarre passionne peu les chirurgiens car il s'agit d'une prise en charge lourde et peu valorisante. Elle se positionne comme le trouble trophique le plus fréquent chez les sujets alités, intéressant principalement les traumatisés médullaires, les patients dans le coma ou les grabataires. Le recours chirurgical reste néanmoins le plus souvent réservé aux blessés médullaires, chez qui l'incidence de cette pathologie frôle les 25 % [1,2]. Pour le système de santé, l'impact économique de cette prise en charge médico-chirurgicale s'avère colossale. De multiples pôles de dépenses doivent être considérés : les soins locaux, purement techniques, médicaux et chirurgicaux, les thérapies médicamenteuses, les hospitalisations en services spécialisés et en centre de rééducation ou soins de suites, mais également les soins à domicile et toute la logistique qu'ils comportent (personnels de soins, matériels, transports ...).

Certains auteurs ont tenté d'évaluer le coût de la prévention et celui du traitement curatif. Sans surprise, la prévention possède un meilleur rendement économique que le traitement curatif de l'escarre. Cependant, l'évaluation objective et précise du coût réel de la prise en charge de l'escarre reste très difficile [3–6]. De plus, le système de santé français ayant ses particularités, ces études internationales ne s'adaptent pas réellement à notre modèle de soins. En 2012, on se rend compte que même le centre de gestion d'une structure tel que le CHU de Toulouse se retrouve dans l'incapacité d'établir précisément le coût global de la prise en charge de l'escarre, que ce soit au sein de notre service de chirurgie plastique ou dans l'institution hospitalière en général.

En clair, si on ne sait pas précisément ce que coûte l'escarre, on peut néanmoins établir ce qu'elle peut rapporter à un service de chirurgie. La maîtrise médicalisée des dépenses de soins hospitaliers nous oblige à nous intéresser à ces considérations purement économiques et pourrait nous inciter à nuancer nos besoins en durée d'hospitalisation ou en soins spécialisés pour optimiser la valorisation du groupe homogène de séjour (GHS) d'un patient.

Au travers d'une étude réalisée dans le service de chirurgie plastique du CHU de Toulouse, nous avons tenté d'identifier comment optimiser la prise en charge chirurgicale de l'escarre tout en améliorant le rapport coût—efficacité. L'objectif étant néanmoins de rester critique sur les dérives que cela pourrait entraîner à l'avenir pour notre activité clinique.

## Patients et méthodes

Dans le cadre d'une étude analytique rétrospective, de septembre 2011 à septembre 2012, nous avons répertorié l'ensemble des patients pris en charge dans le service de chirurgie plastique et reconstructrice du CHU de Toulouse. En collaboration avec le département d'informations médicales (DIM), nous avons colligé l'ensemble des données du codage PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) et la valorisation des séjours à partir des fichiers validés et transmis à la sécurité sociale.

Nous avons répertorié les paramètres suivants : type de pathologie, les actes chirurgicaux, le groupe homogène de malade (GHM), la durée du séjour et la valorisation définitive globale. Nous nous sommes particulièrement intéressés aux recettes issues de l'activité propre de notre unité.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM	BORNES basses	BORNES hautes	TARIF (en euros)	FORFAIT EXB (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
3314	09C021	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite, niveau 1	3	26	5 189,06		1 186,94	149,4
3315	09C022	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite, niveau 2	9	50	9 545,01	4 355,95		127,38
3316	09C023	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite, niveau 3	10	85	14 003,45	4 458,44		306,61
3317	09C024	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite, niveau 4	9	92	24 225,05	10 221,60		533,52
3318	09C02J	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite, en ambulatoire			1 628,24			

**Figure 1** Récapitulatif des groupe homogène de séjour (GHS)/groupe homogène de malades (GHM) avec libellé. Principe des bornes de valorisation. L'encadré en rouge correspond au GHM d'intérêt pour nous, le niveau 4.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3184766>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3184766>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)