

DRG – Blog édition spéciale: différences entre le codage en soins aigus et en réadaptation

En réadaptation, le codage est effectué selon les mêmes règles que dans le domaine des soins aigus, sauf qu'il existe des formulations concrètes qui différencient la prise en charge dans ST Reha¹.

Comme dans le domaine des soins aigus, le codage du **diagnostic principal** est défini comme la principale dépense du séjour ou comme la principale raison de la réadaptation.

→ voir blog DRG [Diagnostic principal et diagnostic supplémentaire](#)

Comme dans le domaine des soins aigus, le codage des **diagnostics secondaires** est associé à un surcroît de travail diagnostique, thérapeutique ou de soins. Il convient de mentionner en particulier que les limitations fonctionnelles motrices et cognitives (U50/U51) doivent être saisies après le statut à l'admission.

Sont également répertoriés comme diagnostics secondaires tous les diagnostics nouveaux ou récidivants pendant le séjour stationnaire, p. ex. hémorragie gastro-intestinale nécessitant un traitement médicamenteux.

Les procédures sont codées de la même manière que dans le domaine des soins aigus. Les traitements médicamenteux tels que les traitements anti-infectieux (p. ex. antibiotiques i.v. saisis avec 99.22.1 *injection d'anti-infectieux, selon le nombre de jours de traitement*) constituent une exception; ils sont codés de la même manière pour ST Reha et ne peuvent pas être omis comme dans le domaine des soins aigus.

Dans le domaine de la réadaptation, il existe quelques codes de procédure qui doivent être saisis par défaut. Les codes BA.1 à BA.9² sont complétés par la saisie unique d'un code **AA (scores ADL³)**. L'**évaluation (mesures à l'admission)** pour un code AA doit être réalisée dans les 72 heures⁴ suivant le début du séjour stationnaire en réadaptation. Ainsi, une saisie standardisée des scores ADL comprend environ 15 codes CHOP par admission et par sortie qui sont saisis.

Cela signifie que pour chaque cas de réadaptation, **au moins un code CHOP AA et un code CHOP BA doivent être saisis**. En outre, des mesures des fonctions quotidiennes sont relevées et documentées à l'admission et à la sortie. Par exemple, la mesure de la multimorbidité se réfère à la sous-catégorie AA.21 – Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) et doit être relevée et documentée une fois par séjour, à l'admission.

¹ Règles de codage figurant dans le manuel de codage [Instruments pour le codage médical \(admin.ch\)](#)

² Codes CHOP pour des réadaptations spécifiques, classés selon le nombre moyen de minutes de thérapie par semaine, voir catalogue CHOP [Classification suisse des interventions chirurgicales \(CHOP\) – Index systématique – Version 2024 | Publication \(admin.ch\)](#)

³ Activity of Daily Living (ADL) – [Téléchargements – ANQ](#)

⁴ Dans un délai de 3 jours ouvrés, c'est-à-dire que seuls les dimanches et les jours fériés légaux sont considérés comme des jours non ouvrés. Les samedis sont considérés comme des jours de travail.

Diagnostic principal DP	Traitement (B) Rééducation (BA) = 8 types de réadaptation et une classe résiduelle pour les autres types de réadaptation
Diagnostic principal = diagnostic nécessitant une réadaptation	BA.1 Réadaptation neurologique BA.2 Réadaptation psychosomatique BA.3 Réadaptation pulmonaire BA.4 Réadaptation cardiaque BA.5 Réadaptation musculo-squelettique BA.6 Réadaptation en médecine interne et oncologique BA.7 Réadaptation pédiatrique BA.8 Réadaptation gériatrique BA.9 Réadaptation, autre

Tableau: types de réadaptation avec les codes CHOP correspondants

Chaque réadaptation s'accompagne d'une coordination ou de réunions d'équipe de réadaptation hebdomadaires et documentées, ou de visites spécialisées⁵, avec la participation du personnel médical, thérapeutique et soignant. En cas d'absence d'un département, l'information doit être transmise par écrit. En cas de semaines de traitement entamées, la réunion d'équipe/la visite spécialisée ne doit pas obligatoirement avoir lieu, c'est-à-dire que des jours de la semaine définis pour ces réunions/visites spécialisées sont possibles⁶.

Les BA.1 à BA.9 sont exprimés en **minutes de thérapie par semaine** et ont un impact direct sur le RCG, raison pour laquelle **les traitements et leur durée doivent être bien documentés**. Différents seuils peuvent être indiqués en fonction du code CHOP et du type de réadaptation.

Exemple de réadaptation gériatrique:

- BA.80 Réadaptation gériatrique, avec moins de 300 minutes de thérapie par semaine
- BA.81 Réadaptation gériatrique, avec en moyenne 300 jusqu'à moins de 375 minutes de thérapie par semaine
- BA.82 Réadaptation gériatrique, avec en moyenne 375 jusqu'à moins de 450 minutes de thérapie par semaine
- BA.83 Réadaptation gériatrique, avec en moyenne 450 jusqu'à moins de 525 minutes de thérapie par semaine
- BA.84 Réadaptation gériatrique, avec en moyenne 525 jusqu'à moins de 600 minutes de thérapie par semaine
- BA.85 Réadaptation gériatrique, avec en moyenne 600 minutes de thérapie et plus par semaine

En réadaptation, il existe dans la **catégorie BB.3 et BB.4 des codes supplémentaires** qui permettent de saisir des prestations de soins spécifiques complexes. Par exemple, gestion des plaies d'au moins 60 min/jour ou prise en charge 1:1 (prise en charge possible d'un seul patient à la fois). Ces codes sont saisis pour chaque jour où les soins sont effectués. Contrairement à l'hôpital de soins aigus, le traitement infirmier complexe (99.C) ne doit pas être codé en réadaptation – ce code n'est pas compatible avec les codes BA.

⁵ Caractéristiques minimales des codes CHOP BA.

⁶ **Exemple:** si un-e patient-e est admis-e un jeudi et sort le mardi suivant, mais que la réunion d'équipe a toujours lieu le mercredi, l'hôpital n'attend pas que la réunion d'équipe soit avancée. Dans ce cas, cette caractéristique minimale n'est pas exigée pour la saisie du code.

Exemple de codage (réadaptation neurologique)

Un patient est transféré en réadaptation stationnaire à la suite d'un infarctus cérébral de l'artère cérébrale moyenne et avec une hémiparésie flasque. Au titre du diagnostic secondaire, il existe une maladie cardiaque coronaire bilatérale, traitée par des médicaments. Sur le plan des soins, le patient a besoin de 73 points de dépense supplémentaires documentés allant au-delà de la prestation de base. De plus, il bénéficie en moyenne de 700 minutes par semaine de logopédie et d'ergothérapie pendant 4 semaines. Enfin, une visite à domicile a lieu pendant la réadaptation afin de clarifier la situation à domicile ainsi que les autres objectifs et mesures de réadaptation.

Codage⁷:

DP	I63.4	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales (G)
DS	G81.0	Hémiparésie ou hémiparésie flasque (G)
DS	I25.12	Cardiopathie artérioscléreuse: maladie bitronculaire
DS	U50.	Limitation fonctionnelle motrice
DS	U51.	Limitation fonctionnelle cognitive
B	BA.1	Réadaptation neurologique
B	AA.1	Mesure de l'Activity of Daily living [ADL]
B	93.89.D2	Visite diagnostique à domicile dans le cadre d'une évaluation de réadaptation aiguë ou de réadaptation, durée de plus de 4 heures jusqu'à 6 heures

Dans les RCG, on entend comme séparateurs de coûts des variables qui peuvent expliquer les différences dans la consommation de ressources. Ces variables sont les codes CIM-10 et CHOP, les diagnostics principaux et secondaires, les traitements et procédures, l'âge, les limitations fonctionnelles motrices et cognitives. Pour le développement de la version, seules les variables qui existent déjà en tant que données de routine dans le cadre des collectes de données standardisées sont prises en compte dans les analyses.

Différences SwissDRG vs ST Reha

1. Calcul de la durée de séjour

ST Reha repose sur des forfaits et chaque jour est facturé séparément, c'est pourquoi tous les jours civils sont comptés. Dans le domaine des soins aigus, les nuits sont comptabilisées (c'est-à-dire le nombre de jours civils – 1) ou les jours d'admission et de sortie additionnés.

Exemple – Séjour du 3 au 15 mars:

- Durée du séjour en réadaptation: 13 jours
- Durée du séjour dans un hôpital de soins aigus: 12 jours

La durée du séjour est particulièrement importante pour ST Reha, car le nombre total de minutes de thérapie est calculé par la durée du séjour afin d'obtenir une moyenne journalière de minutes de thérapie ou de minutes de thérapie/semaine (p. ex. pour le code CHOP BA.5 *Réadaptation musculo-squelettique*).

⁷ DP = diagnostic principal, DS = diagnostic secondaire, B = traitement

2. Traitements ambulatoires externes

Dans le domaine des soins hospitaliers aigus, on code et on saisit les prestations fournies par un autre fournisseur de prestations, lorsque le patient est retransféré le jour même. Par exemple, un hôpital régional qui transfère le patient en cas de douleurs thoraciques dans un centre hospitalier pour une coronarographie puis le retransfère le jour même codera la coronarographie. Le centre hospitalier établit une facture ambulatoire à l'hôpital régional.

Sous ST Reha, cette réglementation ne s'applique pas aux prestations figurant dans la liste «Accord relatif à la facturation séparée de prestations pendant un séjour en stationnaire»⁸. Celles-ci sont facturées directement et séparément à l'assurance et ne doivent pas être codées sur le cas de réadaptation stationnaire.

3. Réduction pour transfert

Sous ST Reha, il n'y a pas de réduction pour transfert, contrairement au domaine des soins hospitaliers aigus.

4. Respiration artificielle

En réadaptation, les codes des catégories 93.9E. *Ventilation non invasive [NIV] hors unité de soins intensifs, durée du traitement selon le nombre de jours*, 93.9F. *Ventilation mécanique et assistance respiratoire* ou 93.9 G. *Traitement des troubles de la ventilation, de l'oxygénation et de la régulation respiratoire en dehors de l'unité de soins intensifs* peuvent être utilisés pour représenter la ventilation en réadaptation, à condition que la ventilation représente une charge > 0 pour la clinique. Cela vaut également pour les traitements par pression positive au masque, que l'on peut illustrer avec 93.9 G.09 *Traitement des troubles de la ventilation, de l'oxygénation et de la régulation respiratoire en dehors de l'unité de soins intensifs, autre*. Les apports d'oxygène purs ne sont toutefois pas représentés avec le CHOP (seul le diagnostic qui génère la charge peut être représenté).

Changements de 2024 à V3.0/2025⁹

Transformation de tous les RCG à l'exception de la réadaptation psychosomatique et de la réadaptation cardiaque

Les diagnostics secondaires ont été étendus en tant que critères de split, par exemple

⁸Contrat:

[Accord relatif à la facturation séparée de prestations durant un séjour en stationnaire.pdf \(hplus.ch\)](#)

Clarifications, y compris liste:

[Clarifications sur la facturation séparée de prestations durant un séjour en stationnaire du 1er janvier 2022.pdf \(hplus.ch\)](#)

⁹ Plus d'infos sur la page SwissDRG

Présentation du système: [ST Reha 3.0 Présentation du système \(swissdrg.org\)](#)

Rapport de développement: [Rapport sur le développement de la structure tarifaire ST Reha Version 1.0 \(swissdrg.org\)](#)

- Tumeurs
- Syndromes paralytiques
- Insuffisance ventriculaire gauche → Blog [Insuffisance cardiaque](#)
- État confusionnel aigu → Blog [État confusionnel aigu](#)
- Épisodes dépressifs sévères
- Athérosclérose
- État post-COVID

Il convient ici de noter que les diagnostics doivent être représentés ou codés aussi précisément que possible, comme dans le domaine des soins aigus. Les codes non spécifiques ne sont pas pertinents pour les DRG.

Vous trouverez ici une vue d'ensemble détaillée des nouveaux facteurs qui entrent en ligne de compte dans les différents domaines:

RCG	Critères de split étendus	Critères de split renforcés
TR13A	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostics: syndrome amnésique 	
TR13B	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostics principaux: syndromes parkinsoniens • Diagnostics: tumeurs, syndromes paralytiques, insuffisance ventriculaire gauche • Delirium désormais en diagnostic au lieu de diagnostic principal • Codes CHOP: prestation supplémentaire du traitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Codes CHOP: traitement neuropsychologique
TR14A	<ul style="list-style-type: none"> • Codes CHOP: charge supplémentaire élevée 	
TR15A	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostics supplémentaires: épisodes dépressifs sévères 	<ul style="list-style-type: none"> • Codes CHOP: charge supplémentaire
TR16A		<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostics: fractures tumorales
TR16B	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostics: insuffisance ventriculaire gauche • Diagnostics supplémentaires: épisodes dépressifs sévères, état post-COVID • Codes CHOP: prestation supplémentaire du traitement 	
TR17A	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostics: insuffisance ventriculaire gauche • Codes CHOP: traitement par pression positive au masque, charge supplémentaire élevée 	
TR19A	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostics: delirium • Codes CHOP: charge supplémentaire 	

Tableau: vue d'ensemble du développement du système après les RCG

Pertinence des RCG pour la précision des diagnostics

Les diagnostics doivent être présentés aussi précisément que possible. Cela sert non seulement à garantir la qualité requise du diagnostic et de la documentation, mais cela peut aussi avoir des répercussions sur l'attribution des RCG. Par exemple pour le RCG de base TR13:

Les diagnostics secondaires suivants permettent notamment de déterminer si un cas relève du TR13B, plus élevé en termes de cost-weight, et non du TR13C:

Diagnostic	TR13C	TR13B
Insuffisance cardiaque	«Insuffisance cardiaque gauche décompensée» → <i>I50.19 Insuffisance ventriculaire gauche, non précisée</i> Non pertinent pour le RCG, même sans indication de côté: <i>I50.9 Insuffisance cardiaque, sans précision</i>	«Insuffisance cardiaque gauche aiguë décompensée NYHA III» → <i>I50.13 Insuffisance cardiaque gauche, avec symptôme en cas d'effort léger, stade NYHA III</i> Également pertinent: → <i>I50.14 Insuffisance cardiaque gauche, avec symptôme au repos, stade NYHA IV</i>
Tumeurs	«Tumeur des méninges» → <i>C70.9 Méninges, sans précision</i> «Tumeur au cerveau» → <i>C71.9 Tumeur maligne: encéphale, sans précision</i>	«Astrocytome L1» → <i>C70.1 Tumeur maligne: méninges rachidiennes</i> «Glioblastome pariétal» → <i>C71.3 Tumeur maligne: lobe pariétal</i>
État confusionnel aigu	Le patient était dans un état confusionnel aigu → <i>F05.9 Delirium, sans précision</i>	Le patient a souffert d'un délire postopératoire/induit par des médicaments → <i>F05.8 Autres formes de delirium</i>