

# Réadaptation — juste coder ou... coder juste ?



**Mai 2019** : les soins apportés aux patients en réadaptation sont codés, comme les autres. Comme les autres ? Pas tout à fait. Pas encore, car aujourd’hui, le financement des prestations en réadaptation ne dépend pas des grilles tarifaires. En prévision de ST Reha, système similaire aux DRG visant à unifier la tarification et la facturation des dossiers en réadaptation, les établissements de santé ont la consigne de coder les cas de réadaptation pour des raisons statistiques, en vue de récolter un maximum de données pertinentes et d’établir les grilles tarifaires prévues pour 2022. En d’autres mots : ce qu’on code aujourd’hui ne fait « que » préparer la tarification de demain.

## Préparer ST Reha

Repoussée à plusieurs reprises, l'introduction de ST Reha – annoncée d'abord pour 2018, puis pour 2020 et enfin 2022 – peut sembler incertaine ou trop lointaine pour que les établissements de santé concernés s'y préparent. ST Reha nous paraît aujourd'hui d'autant plus incertaine qu'aucun autre pays n'a jusqu'ici mis en œuvre un

système de forfaits pour la réadaptation, ce qui pose quantité de questions quant à sa réalisation. Ce sentiment que « ça n'arrivera pas » existait aussi quand était annoncée l'introduction des DRG, et pourtant aujourd'hui, ce dernier est bien le système de tarification en vigueur pour les hôpitaux aigus.

## Pourquoi coder les cas en CTR ?

D'abord, parce que le manuel de codage, validé par le Conseil fédéral, est très clair sur la manière de coder la réadaptation. Ensuite, parce que la qualité et la précision des grilles tarifaires d'après-demain dépendent dès aujourd'hui des données sur la base desquelles elles auront été élaborées. En effet, les forfaits par cas ne sont pas le produit d'une formule toute faite qu'un algorithme se borne à appliquer : ils ont été développés sur la base des données récoltées. Pour reprendre les termes du Secrétariat central de H+, il s'agit d'un « système apprenant ». Pour que SwissDRG SA puisse procéder à des adaptations centrées sur les prestations, elle doit pouvoir reconnaître les prestations qui portent sur tout le système ST Reha. Le système DRG a été très approximatif dans les mois qui ont suivi son introduction. Plusieurs années ont été nécessaires pour qu'il apprenne et comprenne l'ensemble des réalités concrètes en jeu : un manuel après l'autre, un supplément après l'autre, ajustement après ajustement, les algorithmes sont devenus de plus en plus juste, puis fidèles à la réalité du monde de la santé au fur et à mesure que SwissDRG SA a bénéficié de données correctes.

En effet, en pures règles opératoires qu'ils sont, les algorithmes n'ont aucune capacité d'apporter appréciations ou corrections sur les données qui leur sont fournies. L'algorithme ne fait que les traiter, et

c'est pour ça qu'il est conçu. Pour citer un exemple fréquent d'erreur de codage, un algorithme n'a aucun moyen de déduire d'une facture que si le prix est plus élevé que le coût déterminé par les codes, c'est peut-être qu'il y a eu des complications... Sur la base de données imprécises ou faussées, il ne peut produire qu'un système faux.

Faute d'un codage précis, les données servant à l'élaboration de ST Reha seront elles aussi incorrectes ou approximatives, ce qui va fausser les données qui seront utilisées pour déterminer les codes en réadaptation, augurant des premières années très compliquées. Si l'on ne s'y prépare pas de la meilleure manière, ST Reha mettra autant, voire plus de temps que les DRG à fonctionner correctement... Ce mouvement ne s'arrête pas au domaine de la réadaptation et à ses RCG : la tendance allant vers des forfaits par cas dans tous les domaines – y compris l'ambulatoire – l'expérience des DRG doit nous servir. Les DRG ont été un premier pas, un démarrage : ils ont été introduits même si les données à dispositions ne pouvaient, par définition, pas être excellentes. Forts de cette expérience et sachant que la récolte de données a déjà commencé, il est indispensable que ST Reha bénéficie rapidement d'un maximum de données pertinentes.

## Coder, un métier

Leurs finances dépendant directement du codage des dossiers, les hôpitaux sont équipés en équipes dédiées : en aigu, si le codage ne tourne pas, ce sont les finances qui vont faire défaut... Tel n'est pas le cas pour les centres de réadaptation, dont les factures ne dépendent pas du codage et qui n'ont souvent ni le budget ni les possibilités de trouver des codificatrices ou des formations au codage pour leurs employés, les unes étant aussi rares que les autres à l'heure actuelle en Suisse romande.

Coder, c'est un métier à part entière dans lequel on fait face à de vrais casse-tête : la définition du diagnostic principal, pour ne citer que cet exemple, est très complexe. On croit parfois à tort que coder au plus simple en entrant les échelles EBI ou le diagnostic principal fait l'affaire, mais ce n'est pas vrai. On croit aussi qu'une secrétaire médicale ou une infirmière chevronnée peut assumer le codage, mais ce n'est pas plus vrai. Une autre explication de la difficulté

de mener un codage de qualité en réadaptation est aussi une vaste question pour les directions générales des CTR : vu la faible masse critique des cas, faut-il créer un poste ? Les séjours en réadaptation tendant à être plus longs que les séjours en aigu, ils ne représentent généralement pas une masse critique suffisante à justifier la création d'un poste dédié, sachant qu'un codificateur code entre 2 et 3 cas par heure, sans compter qu'il n'est jamais agréable de dépendre d'un seul employé. Enfin, les nombreux ajustements apportés en 2019 rendent la tâche encore plus difficile qu'elle ne l'était déjà, si ce n'est impossible pour des codificateurs débutants.

## Codage en réadaptation : un exemple concret

Un exemple concret et récent permet d'illustrer l'importance de prendre le codage au sérieux et quelles différences peuvent survenir selon que l'on code correctement ou au plus simple.

### Etape 1 : les directives du manuel

Le manuel de codage prévoit (en D15g) que lors de transferts de patients, chaque hôpital code un cas séparé : en plus du diagnostic principal, des codes spécifiques s'appliquent pour les suites de

traitements. Tous les soins de type réhabilitation/réadaptation/convalescence étant considérés comme des suites de traitements, ils reçoivent un code Z (fig. 1).

Coder un cas de réadaptation implique donc d'entrer, en plus du diagnostic principal, le code Z de suivi de traitement. Mais ce n'est pas tout.

Fig. 1 – Manuel de codage médical 2019

