

GUIDE PATHOS 2017 : ce qui a changé pour le codage

Conséquences
pratiques

A) Généralités

Aperçu du concept et de l'utilisation

- Si le soin n'est pas prescrit par le médecin traitant, alors qu'il semble que le soin soit requis selon l'avis du médecin coordonnateur, il faut s'interroger sur les raisons de la non prescription par le médecin traitant. Dans cette situation, le soin n'est pas systématiquement requis, l'avis du médecin traitant est à prendre en considération s'il apparaît justifié.

Donc dialogue avec le
médecin traitant !

...

Par exemple, ne sont pas compris les temps de préparation des actes, les temps de déplacement, les temps d'échanges avec les familles,

Donc voir les familles en
présence du résident...

Fonctionnement de PATHOS

Madame X, 82 ans, a présenté un AVC ...

Cet exemple sera codé :

- Accident vasculaire cérébral, profil T2 (au lieu de T1).

Donc pas de T1 en EHPAD

B) Définition des profils de soins requis

Traçabilité des informations dans les dossiers

Enfin, bien se poser la question de « Qui devrait faire le soin ? » Soin d'aide-soignante = codage AGGIR, soin effectué par une infirmière = codage PATHOS. De même pour l'aide à la marche : les compétences d'un kinésithérapeute sont-elles nécessaires pour faire marcher cette personne? Dans quel objectif?

Donc attention à la
rédaction du plan de
soin !

Codage de la prévention dans PATHOS

Prévention des fausses routes

La prise en charge (kinésithérapeute ou orthophoniste) du trouble de la déglutition lorsque c'est utile, faisable, non refusée, sera codée en R sur la pathologie causale. Dans le dossier devront figurer le bilan initial, les actions mises en place, l'évolution, les perspectives, ...

Donc dialogue avec le
rééducateur

Profil T2

Équilibration thérapeutique et surveillance rapprochée

Exemple :

Insuffisance cardiaque stade III ou IV... La surveillance mise en place doit être retrouvée dans le dossier (poids, œdèmes, auscultation, pression artérielle, saturation, biologie par exemple)

Stade III : dyspnée pour les efforts modérés, avec importante limitation de l'activité physique.
Stade IV : dyspnée au moindre effort ou de repos.

Profil P2

Prise en charge psychothérapique de soutien

Il s'agit du niveau de soins... mobilisant surtout les paramédicaux et le personnel d'une manière générale.

Donc la résidente à
l'accueil, ça compte !

Ce profil P s'applique à des états pathologiques caractérisés (dépression, psychose, anxiété généralisée ... et non à de simples symptômes. En particulier dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, il est fréquent d'avoir des symptômes anxieux ou dépressifs qui ne seront pas codés en plus de la maladie d'Alzheimer puisqu'ils en font partie.

Le médecin traitant doit préciser que l'anxiété et/ou la dépression PREEXISTAIENT

Dans Pathos, il est recommandé de coder l'état pathologique psychiatrique qui mobilise le plus les soignants avec le profil P2. Les autres états pathologiques psychiatriques seront codés avec le profil S1.

Il faut surtout utiliser le codage le plus favorable : P2 pour psychoses ou dépression, éventuellement anxiété

Profils Rééducation

Les profils R sont associés à des pathologies pour lesquelles la rééducation est le principal acte de soins. Rééducation est entendu au sens large de toute profession paramédicale autorisant un acte rééducatif (orthophoniste, ergothérapeute, ...).

Le référentiel des actes de kinésithérapie précise que les activités spécifiques du masseur kinésithérapeute sont d'examiner le patient de façon globale et analytique, pratiquer anamnèse, interrogatoire examen clinique, établir un diagnostic kinésithérapique, décider d'une stratégie thérapeutique et de l'organisation des soins, proposer une réponse aux plaintes et / ou demandes du patient, planifier les bilans et actes, communiquer et rendre compte de sa pratique aux autres professionnels de santé.

Coder une pathologie en R suppose que cette démarche thérapeutique soit mise en œuvre et retrouvée dans le dossier. L'absence du rééducateur concerné ne dispense pas des premières étapes d'examen et diagnostic rééducatif ou de prescription argumentée.

D'où l'importance d'avoir :

- Toujours une **ordonnance**
- Toujours un **bilan initial** (par le médecin ou le rééducateur)
- Toujours **des traces de l'évolution** : si le kiné ne les note pas il faut que les IDE le fassent.

Profil R1

RRF intensive individuelle

Il est nécessaire que ses capacités cognitives permettent la compréhension des consignes et l'apprentissage des exercices proposés par le rééducateur.

Exceptions : drainage lymphatique et éventuellement rééducation respiratoire.

Profil R2

RRF d'entretien ou allégée

... possible pour le patient et que celui-ci va coopérer, qu'il a les capacités cognitives pour comprendre les consignes du rééducateur, et l'apprentissage des exercices.

Cette démarche devrait être inscrite au dossier du patient et prescrite par un médecin. Le rééducateur doit faire un bilan avant la prise en charge, établir un plan de soins, et refaire régulièrement des bilans.

Une question à se poser est : « la compétence de rééducateur est-elle nécessaire pour prendre en charge cette personne ? » (Voir plus haut « traçabilité »).

Les massages et la mobilisation passive des personnes confinées au lit et au fauteuil ne sera pas codée en R, sauf prescription motivée.

Exemple de prescription motivée : **lutte contre les rétractions douloureuses**

L'entretien de la marche relève d'AGGIR : déplacement intérieur. Par entretien de la marche il faut comprendre la prise en charge d'une personne âgée sans perspective d'amélioration, et donc sans que la compétence d'un rééducateur soit nécessaire.

Possibilité de coder plusieurs R2 pour un même patient : OUI.

Oui : s'il s'agit d'une rééducation spécifique articulaire pour des pathologies distinctes éloignées et identifiées : ex. R2 associé à pathologie de l'épaule (rééducation de l'épaule) + R2 associé à pathologie de la hanche, ou associé à R2 trouble de la marche. Par contre, après la pose d'une prothèse de hanche, on ne codera pas R2 pour pathologie de la hanche et R2 pour trouble de la marche. D'une manière plus générale, coder plusieurs R2 pour les états pathologiques troubles de

Il faut évidemment deux ordonnances distinctes.

la marche, syndrome parkinsonien, AVC, pathologie de la hanche, doit amener à se poser la question de la nécessité de plusieurs besoins de rééducation différents.

Profil CH

Soins locaux complexes et longs

Exemple : Soins requis par détersion d'une vaste escarre du siège stade III ou IV.

Pansement important avec prémédication antalgique nécessaire. Dans cette situation, la prémédication est comprise dans le profil CH. Les stomies arrachées par les patients et pour lesquelles il faut refaire les pansements plusieurs fois par jour pourront être codées CH, si les conditions ci-dessus sont remplies.

Il faut tracer la prémédication, de même que la nécessité de refaire plusieurs fois par jour (transmissions, plan de soins)

Profil DG

Investigations pour une pathologie froide non encore diagnostiquée

Le DG sera retenu si les conditions précédentes sont remplies, avec traçabilité. Les éléments de traçabilité doivent rendre compte à travers la démarche diagnostique du bénéfice pour le patient et s'inscrire dans une discussion bénéfice/risque temporalisée, c'est-à-dire permettant d'expliquer la légitimité du profil DG à ce moment-là. Cette rubrique concerne le travail généré, par la prise de contact et l'examen clinique initial pour l'état pathologique signalé. Dans les conditions décrites ci-dessus, le profil DG commence quand un problème de santé non diagnostiqué est signalé au médecin, et s'arrête quand les prescriptions d'examen à visée étiologique ont été rédigées, même si le diagnostic n'est pas encore confirmé.

Il faut tracer l'intérêt du diagnostic pour le résident : modification d'une prise en soin, surveillance différente, etc.

Par exemple : découverte d'un **pouls irrégulier** chez une personne non anticoagulée : la décision de mettre sous anticoagulants sera prise ou non selon qu'il s'agit de fibrillation ou d'extrasystoles. Prise de rendez-vous cardiologue + écho cardiaque, éventuellement Holter.
Intérêt : prévention des AVC

Ce qui n'est pas DG :

- La prise de rendez-vous chez un spécialiste, sans autre investissement médical ou paramédical dans l'établissement (rendez-vous en dermatologie pour une lésion cutanée par exemple)
- Les problèmes découverts à l'occasion de bilans systématiques réalisés lors de la coupe PATHOS. La coupe PATHOS doit permettre de mesurer la charge en soins pérenne de l'établissement, et ne doit pas être l'occasion de bilans systématiques générant de nouvelles charges de travail.
- Les pathologies anciennes non explorées, comme par exemple les anémies connues depuis plusieurs mois. L'avis du médecin traitant sur l'intérêt de l'exploration est alors nécessaire, ainsi que l'argumentation qui a amené à temporiser jusqu'à la coupe pathos pour demander le bilan.

C) Thésaurus descriptif des états pathologiques

3. Hypertension artérielle

Le profil T2 est réservé aux hypertensions difficiles à équilibrer, symptomatiques, justifiant une surveillance pluriquotidienne. .. Le profil T1 ne se rencontre pas en établissement.

4. Troubles du rythme

Mettre en place et/ou équilibrer un traitement anticoagulant pour une arythmie cardiaque relève du profil T2, sous réserve d'une traçabilité des surveillances biologique et clinique en accord avec les recommandations.

La surveillance d'un traitement équilibré relève du profil S1

6. Embolies et thromboses artérielles, gangrène, amputation

Cette rubrique ... Ne concerne pas les AVC emboliques, ni les embolies pulmonaires.

8. Hypotension orthostatique

Les hypotensions orthostatiques secondaires à un traitement d'hypertension seront codées dans la rubrique hypertension.

Instauration d'un traitement par AVK pour fibrillation (comme dans l'exemple précédent) avec INR 2 fois /semaine = T2

Si cause neurologique et traitement Midodrine : hypotension S1.
Si bas de contention : Phlébites S1

14. Troubles chroniques du comportement

Les troubles du comportement doivent impérativement être décrits et documentés dans les dossiers en raison de l'importante mobilisation de personnel qu'ils génèrent. La grille NPI-ES peut être un bon support pour l'évaluation des troubles du comportement, à condition qu'elle soit remplie par des personnes formées.

Troubles du comportement P1

Les troubles du comportement codés P1 sont tels qu'il n'est pas supportable, dans un établissement non spécialisé, d'en accepter plusieurs.

18. Syndrome démentiel

Les troubles du comportement importants seront codés EN PLUS (la prise en charge par le personnel est lourde), dans « troubles chroniques du comportement » N°14.

Syndrome démentiel S1

• Patient dément ... Non accessible à la réhabilitation psychomotrice (refus, trouble du comportement important, ou détérioration avancée).

Syndrome démentiel P2

La stimulation cognitive... Le comportement et la participation des résidents lors de ces séances doit être retrouvée dans les dossiers.

Syndrome démentiel P1

Ce codage est exceptionnellement rencontré probablement en raison de son inadéquation avec la situation qui relève soit d'un profil P1 en rapport avec une affection psychiatrique soit d'un profil P1 en rapport avec des troubles du comportement.

Syndrome démentiel T2

On ne retrouve pas ce codage en EHPAD ou USLD

Syndrome démentiel DG

Le diagnostic de démence peut généralement être fait en établissement.

NPI indispensable pour P1 et P2.

Pour P1, en plus CMAI et appels au psychiatre.

Médicament « anti-démence » = Syndrome démentiel S1 + troubles du comportement P2.

P2 : MMS >15 et croiser avec cohérence dans AGGIR

DG : Il faut tracer l'intérêt pour le résident : prise en soins orthophonique, médicamenteuse, etc.

19. Broncho-pleuro-pneumopathies

La prescription d'oxygénothérapie ne justifie pas à elle seule le codage T2.

DG est retenu lorsqu'une réflexion diagnostique est faite ...

DG : recherche d'un trouble de déglutition ou d'une étiologie particulière

20. Insuffisances respiratoires

Le codage T2 est justifié si une surveillance infirmière est prescrite et dont les résultats doivent figurer au dossier (oxymétrie, TA, pouls, fréquence respiratoire, cyanose, ...)

Gaz du sang : hypoxie avec $paO_2 < 60\text{mmHg}$ sinon pas d'insuffisance respiratoire

24. Infections urinaires basses

La pratique d'un ECBU ne justifie pas le codage DG.

25. Escarres, ulcères et autres plaies

La nécessité d'une prise en charge antalgique avant ou pendant le pansement peut justifier le codage CH. Généralement un pansement devient important quand une détersion est nécessaire.

La multiplication de pansements simples peut également permettre de coder CH. (voir plus haut « Profil CH »).

Penser aux **prémédications « cachées »** dans le traitement de base mais **sans lesquelles le pansement ne pourrait être réalisé**

26. Autres lésions cutanées graves

La simple prise de rendez-vous chez un dermatologue pour le diagnostic ou l'exérèse d'une lésion cutanée est codé S1.

32. Syndromes digestifs hauts

Les fausses routes Profil T2

Ces situations sont généralement à l'origine de pneumopathies de déglutition, et justifient la prescription d'antibiotiques de façon répétée.

33. Syndromes abdominaux

Le profil T2 est retenu si l'intervention d'un médecin est nécessaire pour suivre l'évolution à court terme.

Tracer les appels au médecin. **On est en soins requis, donc même s'il ne vient pas on peut coder T2.**

35. Dénutrition

Si le pronostic nutritionnel ne permet pas d'espérer une reprise de poids, ou une remontée de l'albumine, dans le cas par exemple d'une perte de poids observée sur plusieurs mois, sans facteur déclenchant aigu, et prise en charge par une alimentation adaptée, enrichie, ou en texture modifiée, le codage est S1.

Profil DG

La survenue d'une pathologie intercurrente, d'un alitement prolongé, d'une entrée récente dans l'EHPAD ou d'un retour d'hospitalisation relèvent du contexte souvent aigu et non de l'étiologie de la dénutrition. Il convient alors de coder la dénutrition avec son profil de prise en charge.

L'inexorable perte de poids du dément ne justifie pas autre chose qu'un S1. Croiser avec AGGIR manger B ou C

Dans ce cas **pas de DG, mais un T2**, surtout après hospitalisation ou dans les suites d'une infection +++

Profil T2

Le codage dénutrition T2 implique la mise en place d'une surveillance rapprochée, au moins des ingesta et de la courbe de poids, éventuellement du taux d'albumine dans un contexte de déstabilisation de l'état de santé de la personne.

Feuille de surveillance alimentaire, pesée hebdomadaire. Intérêt de la préalbumine.

36. Diabète

Un diabète stable, bien équilibré même par l'insulinothérapie relève du profil S1. Les ajustements thérapeutiques, protocolisés, pour des glycémies restant dans les objectifs ou proches des objectifs sont codés S1.

Les modifications thérapeutiques pour des glycémies dépassant franchement les objectifs, ou à l'origine des symptômes sont codés T2. L'intervention médicale est alors nécessaire.

L'intervention médicale peut être téléphonique ; comme pour les syndromes abdominaux il faut tracer les appels.

38. Troubles de l'hydratation

Le profil T2 correspond à un patient dont l'état général est altéré et dont la situation clinique impose une surveillance biologique et clinique rapprochée. Le ionogramme est déséquilibré.

La prise d'eau par voie orale relève du codage AGGIR.

Pas de iono : pas de T2 !

Croiser avec AGGIR : manger B ou C

42. Anémies

Les anémies connues depuis plusieurs mois et non explorées ne pourront être codées DG au moment de la coupe PATHOS Elles seront codées S1. Dans cette situation, les arguments du médecin traitant seront nécessaires pour justifier un autre codage.

47. État grabataire, troubles de la marche

Ici il est indispensable de s'assurer que cette personne aura le désir, la volonté, et les capacités cognitives de participer à ce type de rééducation.