

HARMONISATION
DU CODAGE PATHOS
Mise à jour SEPTEMBRE 2009

Docteur Catherine Réa (CNAMTS), Docteur Yannick Eon (CNAMTS) Docteur VETEL Chargé
de mission

Sommaire

Préambule	3
1. Codages des démences et des troubles du comportement	5
1.1. Codage du syndrome démentiel profils possibles S0, S1, P2, P1, T2, DG	5
Syndrome démentiel S0	5
Syndrome démentiel S1	5
Syndrome démentiel P2	5
Syndrome démentiel P1	6
Syndrome démentiel T2	6
Syndrome démentiel DG	6
1.2. Codage des troubles du comportement profils S1 P2 P1	6
Troubles du comportement S1	7
Troubles du comportement P2	7
Troubles du comportement P1	7
2. Codage R2	8
Activation à la marche	8
R2 au long cours	9
Entretien à la marche	9
Prévention des rétractions ou Hypertonies Déformantes Acquises (HDA)	9
3. Codage DG	10
4. Codage état terminal M1 associé à codage T2	10
5. Nutrition	10
Définitions	11
Conduite à tenir	11
Choix des modalités de prise en charge, selon la HAS :	12
Profil S0	12
Profil S1	12
Profil DG	12
Profil T2	12
6. Fausses routes (syndromes digestifs hauts)	13
Profil S1	13
Profil T2	13

Mise à jour : SEPTEMBRE 2009

- Mise à jour du chapitre Nutrition
- Mise à jour du chapitre Démences et troubles du comportement

Préambule

La partie nutrition a été rédigée avec la collaboration du Professeur Monique Ferry, gériatre nutritionniste, et du docteur Solety Dauphin, gériatre nutritionniste.

La partie démence a été rédigée avec la collaboration de MME De Rotrou (psychologue équipe de l'hôpital Broca) et des docteurs Elisabeth Hovasse et Michel Habrias (gériatres et psychiatres).

Nous remercions Nathalie Maubourguet présidente de la Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD et son équipe : les docteurs Yves Carteau, Corinne Haglon- Duchemin, Xavier Gervais pour leur relecture efficace et constructive.

Ce document est destiné aux médecins réalisant les coupes PATHOS au sein des établissements et aux médecins conseils en charge des validations de ces coupes. Il est rappelé que pour une bonne évaluation PATHOS, il est nécessaire de mettre à jour au même moment l'évaluation AGGIR.

Il a pour objectif de :

- ✓ Préciser l'esprit du modèle PATHOS notamment pour l'utilisation de certains codages. Il ne s'agit pas d'effectuer des recommandations de codage pour chaque situation clinique, ce qui aboutirait à une multiplication sans fin de situations de jurisprudence.
- ✓ Rappeler que s'agissant d'une validation de coupe « a posteriori », le besoin de soin requis est analysé en fonction de l'état du patient lors de la coupe effectuée par le médecin de l'établissement et donc l'état du patient quelques jours avant la validation sur site par le médecin conseil, d'où l'importance d'éléments de preuve (descriptifs de l'état clinique entre autre) présentés dans le dossier médical et le dossier soin du malade.
- ✓ Rappeler que chaque situation clinique doit être évaluée avec du bon sens. Ce qui compte, c'est ce qu'il faudrait faire « compte tenu de l'état général du patient » (et pas forcément ce qui a été prescrit qui n'est ni forcément légitime ni forcément suffisant).

Philosophie de la notion de soins requis :

-c'est le soin utile qui devrait être fait pour chaque état pathologique selon les recommandations de bonnes pratiques cliniques de la SFGG ou de l'HAS

-mais c'est également un soin qui doit ou devrait être réalisable compte tenu de l'état global du patient, et de l'acceptation de ce soin par le patient. Ce point est essentiel,

L'Assurance maladie ne pouvant financer un soin requis que le malade ne pourrait supporter, tolérer, ou accepter.

Cette notion d'acceptation du soin est cependant différente de celle de l'obtention de l'accord du patient pour le soin. L'accord du patient doit toujours être recherché, mais la recherche de cet accord n'est plus pertinente devant un soin utile, apportant un bénéfice au patient, chez un patient ne pouvant raisonnablement plus émettre un avis objectif quant au bénéfice du soin, du fait des altérations cognitives secondaire à sa pathologie neuro-dégénérative ou psychiatrique.

Ainsi, par exemple on ne recherche pas systématiquement l'accord d'un résident dément insulino-dépendant pour lui faire son injection d'insuline quotidienne

Les questions à poser concernant les soins Requis sont les suivantes:

Pour chaque état pathologique avec son profil de soins envisagé, il faut donc répondre aux questions :

- le patient, est-il capable de les supporter ?
 - va-t-il participer?
 - au final peut-il en tirer bénéfice ?
- ✓ Rappeler que le dossier médical et/ou infirmier et/ou aide-soignant doit contenir des informations qui pourront aider à juger de la situation et du besoin de soin du patient (Antécédents, descriptif clinique des pathologies en cours, traitement, transmissions IDE écrites permettant de vérifier l'état du patient (troubles du comportement, épisode aigus, décompensations..., leur sévérité, leur fréquence, les mesures de suivi appliquées).

L'absence totale de traçabilité et d'information peut conduire à refuser un codage.

Une traçabilité trop succincte si le malade va bien le jour de la validation alors qu'il allait paraître mal le jour de la coupe, peut conduire à valider le codage avec l'hypothèse basse.

Dans le doute le patient doit être vu physiquement conjointement par le médecin conseil et le médecin coordonnateur ou à défaut par le médecin qui a renseigné la coupe.

1. Codages des démences et des troubles du comportement

Ces recommandations visent à guider les médecins qui utilisent l'outil PATHOS pour coder les patients déments, selon qu'ils présentent ou non des troubles du comportement.

1.1. Codage du syndrome démentiel profils possibles S0, S1, P2, P1, T2, DG

Syndrome démentiel S0

Patient Dément sans traitement médicamenteux spécifique. Démence évoluée le plus souvent. Non accessible aux actions pharmacologiques visant à conserver ou récupérer des fonctions psychomotrices et cognitives.

Syndrome démentiel S1

Patient Dément traité avec traitement médicamenteux spécifique selon les recommandations HAS.

Non accessible à la réhabilitation psychomotrice (refus ou détérioration avancée).

Patient pouvant bénéficier de l'animation.

Syndrome démentiel P2

La stimulation cognitive chez des malades présentant une démence a pour objectif de renforcer les compétences résiduelles cognitives, psychologiques et sociales nécessaires à la participation à la vie sociale et à la réalisation des actes de la vie quotidienne et évitant les désapprentissage.

Il s'agit d'un ensemble de méthodes psycho-pédagogiques correspondant aux situations pragmatiques de vie quotidienne, regroupées en séances effectuées par des personnels formés (psychologue, psychomotricien, ergothérapeute).

Cette réhabilitation cognitive et/ou motrice est codée démence P2 et concerne les malades :

- qui le veulent et le peuvent (ou en requis qui le voudraient et le pourraient objectivement si on donnait les moyens requis) :
- sans troubles graves du comportement, sans refus de soins.
- aux fonctions intellectuelles suffisantes compte tenu de ces objectifs afin que le malade puisse comprendre et effectuer les exercices proposés.
- qui ne sont pas cotés C dans AGGIR pour les sous items de la variable Cohérence (communication et comportement).

Ces types de prises en charge requises s'appuient sur une évaluation médicale et une prescription médicale, ce n'est pas une simple animation.

A noter que les troubles de l'équilibre du dément seront codés dans troubles de la marche R2 si cette rééducation répond aux critères du codage R2 pour les troubles de la marche.

Syndrome démentiel P1

Le profil P1, soins psychiatriques importants, correspond à l'exceptionnel besoin de prise en charge individuelle psychiatrique pluri-hebdomadaire des troubles cognitifs (et non des troubles du comportement qui seront codés à part et en plus).
Pathologie psychiatrique démentifiée (démence rare, Creutzfeldt Jacob etc ...).

Syndrome démentiel T2

Le profil T2 correspond à la phase d'équilibration, avec surveillance rapprochée, d'un traitement médicamenteux spécifique des troubles cognitifs. Cependant, la bonne tolérance des traitements anticholinestérasiques ou apparentés actuels rend ce profil exceptionnel, ainsi, sauf cas particulier, la simple surveillance de la mise en œuvre d'un traitement anti Alzheimer relève du profil S1.

Le profil T2 peut aussi concerner les traitements spécifiques, par exemple dans le cas de démence secondaire à une hydrocéphalie à pression normale ou une tumeur cérébrale (ponction lombaire soustractive, équilibration thérapeutique rapprochée)

Syndrome démentiel DG

Ce code correspond à la recherche de l'étiologie des troubles cognitifs (la typologie de la démence). Il peut concerner les patients au diagnostic incertain, les patients qui se dégraderaient de façon récente ou brutale sur le plan cognitif ou comportemental
Ce diagnostic précis doit présenter une utilité pour le patient, (ex permettre d'adapter la prise en charge des symptômes psycho-comportementaux de la démence) .
La recherche étiologique est discutable dans les formes terminales des démences avec grabatisation et état quasi-végétatif.

1.2. Codage des troubles du comportement profils S1 P2 P1

Les troubles du comportement sont à coder dans PATHOS à la rubrique troubles du comportement.

Il s'agit selon la définition retenue de la conférence de consensus de l'International Psychogeriatric Association publiée en 2000 et reprise par un groupe d'experts français (THEMA 2 publiée en 2005) de :

- Perturbations affectives et émotionnelles de l'apathie, dépression, anxiété, hypomanie, perturbations émotionnelles, conduites régressives.
- Troubles comportementaux proprement dits : agitation, agressivité, stéréotypies motrices (déambulation, stéréotypies gestuelles perturbantes et vocales cris continus)
- Signes psychotiques : délires, hallucinations, troubles de l'identification.
- Modifications des fonctions instinctuelles : sommeil, appétit, sexualité, conduites d'élimination.

Troubles du comportement S1

Patient équilibré par des thérapeutiques pharmacologiques et environnementales, architecture adaptée.

Troubles du comportement P2

Une ou plusieurs pathologies sous jacentes responsables de ces troubles du comportement sont à rechercher et à coder en sus. Il peut s'agir d'une maladie neuro-dégénérative à l'origine d'une démence, ou bien d'autres pathologies : psychiatriques (syndrome dépressif, pathologie psychotique, ...), somatiques à l'origine d'un syndrome confusionnel (AVC, fracture, fécalome, rétention urine, trouble métabolique, ...)

Le codage P2 sous-entend :

La nécessité d'une prise en charge psychothérapique et ou psychomotrice (**requis, faisable compte tenu de l'état du patient**) par le psychologue, le psychomotricien, associée ou non à une prise en charge médicamenteuse.

Les troubles du comportement doivent impérativement être documentés.

Le dossier de soins infirmier ou aide-soignant (ou le dossier médical) doit objectiver une forte sollicitation de l'équipe soignante avec description des troubles +++ et éventuellement description de l'efficacité de la prise en charge relationnelle qui calme les symptômes comportementaux du malade.

Le profil P2 met en œuvre un peu de prise en charge par un psychiatre (ou de gériatre formé à la psycho-gériatrie) et beaucoup de prise en charge psychothérapique.

Troubles du comportement P1

Troubles graves du comportement, aigus ou chroniques, à rechutes fréquentes (tels que décrits dans l'introduction THEMA 2005) nécessitant une intervention médicale pluri hebdomadaire

(psychiatre, gériatre formé à psycho-gériatrie) et une permanence médicale et paramédicale organisée.

Le plus souvent il s'agit d'auto ou hétéro agressivité, d'agitation psycho-motrice, de violence diurne et/ ou nocturne. Patients qui pourraient relever, si ces troubles sont chroniques, d'Unités d'Hébergement Renforcées (UHR), c'est-à-dire d'unités d'hébergement labellisées pour la prise en charge des syndromes démentiels avec troubles sévères du comportement, et non de simples unités Alzheimer.

Le diagnostic étiologique de ces troubles est à rechercher et à coder.

Le profil P1 met en œuvre en soins requis beaucoup d'interventions de psychiatre (où de gériatre formé à la psycho-gériatrie) et un peu de psychothérapie

Cas particulier de l'apathie :

L'apathie est un trouble du comportement non productif qui ne doit pas pour autant être oublié.

Ce trouble sera codé P2 ou P1 selon le besoin de soins requis apportant un bénéfice au patient que ce soit en terme d'amélioration mnésique ou cognitive ou comportementale ou physique ou d'autonomie ou de qualité de vie.

2. Codage R2

Sous-entend en terme de soins requis, que la prise en charge est :

- ✓ possible pour le patient et que celui-ci va coopérer,
- ✓ légitime, utile à son état
- ✓ qu'elle devrait être effectuée par un kinésithérapeute 15mn/jour, au moins 5 jours sur 7.

Ce n'est pas parce que de la kinésithérapie est prescrite que le codage sera validé car on est dans le soin utile requis.

Activation à la marche

Le guide propose le codage R2 dans le cadre d'une « activation à la marche ».

On entend par là qu'on prend en fait le pari d'une revalidation à la marche (barres parallèles si possible, montée et descente d'escalier chez un patient qui marchait et qui au décours d'une pathologie récente intercurrente ne marche plus ou qui présente une instabilité à la marche mais dont on pense sincèrement que la kinésithérapie pourrait l'améliorer).

Cette démarche devrait être inscrite au dossier du patient et prescrite par un médecin.

La prise en charge des troubles de l'équilibre chez le dément, dont l'objectif est de maintenir et de sécuriser la déambulation, est codée R2.

L'entretien à la marche effectué par l'équipe soignante, de façon pluriquotidienne, pour aller à la salle à manger ou à l'animation lorsqu'on fait marcher « au bras » ne se code que trouble de la marche S1 et pas R2 car ne relève pas d'un kinésithérapeute.

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.

R2 au long cours

- ✓ Possible chez le patient parkinsonien ayant encore une certaine autonomie (GIR 2, GIR3), dans l'objectif de maintenir celle-ci.
- ✓ R2 possible dans les 6 mois qui suivent un AVC, dans la mesure où le patient a récupéré une certaine autonomie, et dans l'objectif d'améliorer celle-ci.

NB Le codage R1 peut être proposé si l'état du patient justifie une prise en charge d'au moins 30 minutes par jour ou couplée avec une rééducation orthophonique, ce qui suppose que le patient soit en état et supporte ces soins.

Au-delà de 6 mois, il faut trouver des éléments dans le dossier qui permettent de justifier la poursuite de la rééducation (par exemple régression, perte d'autonomie, complications, etc... à l'arrêt de la prise en charge).

Entretien à la marche

Entretien à la marche d'une personne qui marche mais pour laquelle on craint une perte d'autonomie progressive : codage S1.

Prévention des rétractions ou Hypertonies Déformantes Acquisées (HDA)

Codage dans la rubrique trouble de la marche/état grabataire (mais ne peut s'appliquer systématiquement à tous les patients grabataires car la prévention des Hypertonies Déformantes Acquisées par le positionnement fait partie des soins de base déjà valorisés par le GIR) donc possible si AVC ou Charcot ou SEP, ou démence Alzheimer ou apparentée dans certains cas (voir le patient peut être très utile dans ce cas) ...

On doit donc avoir des informations sur la pathologie particulière s'accompagnant habituellement d'une évolution vers des Hypertonies Déformantes Acquisées (AVC, Parkinson, SEP, ...).

Prévention des rétractions R2 :

On ne code pas R2 simplement du fait de l'existence d'une intervention effective actuelle d'un kinésithérapeute. en effet, on doit se placer dans le cadre du soin requis et non constaté.

Le dossier médical, infirmier ou aide-soignant doit dans ce cas contenir un minimum d'information concernant ce besoin de soin : objectivation d'un retentissement fonctionnel diminuant l'autonomie et/ou entraînant des complications et/ou diminuant la qualité de vie, bilan kinésithérapique et/ou ergothérapique. L'intervention R2 doit être une prévention active ou dont l'objectif est la réversibilité partielle ou totale améliorant les critères précédents.

La mobilisation passive des patients alités pour une affection aiguë ou sub aiguë (pansements lourds, M1, M2) est déjà incluse dans les profils.

3. Codage DG

Pour toute pathologie, effective et objectivable dans le dossier, à laquelle il est associé, ce codage suppose qu'une démarche diagnostique, y compris de diagnostic étiologique serait souhaitable, même si pour diverses raisons cela n'a pas été fait. Là encore l'intérêt et l'utilité de la démarche doivent être évalués et les questions à se poser restent toujours les mêmes :

Le patient peut-il en tirer bénéfice ? et s'il est en capacité d'émettre un avis motivé, est-il d'accord, est-il capable, va-t-il participer?

4. Codage état terminal M1 associé à codage T2

Le codage T2 dans ce cas concerne une pathologie intercurrente que l'on prend en charge pour éviter de majorer l'inconfort ou la douleur du patient.

Par exemple broncho-pneumopathie T2 pour prise en charge d'une pneumopathie d'inhalation chez un patient codé état terminal M1 sur un cancer digestif.

Les soins techniques et psychothérapeutiques en regard de la pathologie justifiant l'état terminal associé à M1 sont déjà valorisés dans le profil M1.

Il est important d'expliquer l'état terminal par la ou les pathologies causales en codant ces pathologies S1 s'il y a encore administration de médicaments ou S0 dans le cas contraire (et s'ils sont légitimes+++ , les anti Alzheimer ne sont pas légitimes dans les états terminaux M2 ou M1)

5. Nutrition

L'actualisation des recommandations de codage pour l'état pathologique dénutrition est rendu nécessaire par la publication, en janvier 2008, d'un document de la Haute Autorité en Santé

(HAS) intitulé : « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée ». Le document de la HAS est téléchargeable à l'adresse suivante :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546836/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denuitration-proteino-energetique-chez-la-personne-agee

Le document de la HAS précise les bonnes pratiques qui consistent, entre autres, à :

« Rechercher les situations à risque ... »,
« Rechercher les étiologies de la dénutrition »,
et à « Surveiller régulièrement le poids de la personne âgée »,
et « Proposer diverses prises en charge ».

Le groupe de travail de l'HAS considère qu'il est indispensable de peser toutes les personnes à l'entrée dans le service ou la structure et une fois par mois. Le poids mesuré doit être à chaque fois noté dans le dossier médical. La courbe de poids est un élément indispensable du dépistage et du suivi thérapeutique.

Définitions

Le diagnostic de dénutrition est posé (et donc le codage dénutrition peut être utilisé) quand l'un au moins des critères suivants est présent :

Perte de poids $\geq 5\%$ du poids du corps en un mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois.
IMC < 21
Albuminémie < 35 g/l
Test MNA $< 17/30$.

La dénutrition est qualifiée de sévère si un au moins des critères suivants est présent :

Perte de poids est $\geq 10\%$ en un mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois
IMC < 18
Albuminémie < 30 g/l

Conduite à tenir

Dès que le diagnostic de dénutrition est posé, il est recommandé de corriger les facteurs de risque et de rechercher une (des) étiologie(s).

Ce n'est qu'ensuite et conjointement au traitement des causes de la dénutrition que la démarche thérapeutique de renutrition doit être initiée par des conseils nutritionnels et/ou une alimentation enrichie.

Quand l'appétit est faible, la prise en charge doit être immédiate, même si la recherche des causes, parfois longue, n'est pas terminée.

Il est rappelé que la prise en charge nutritionnelle pour être pleinement efficace doit être associée à une augmentation de l'activité physique qui permet de faciliter l'anabolisme musculaire.

Choix des modalités de prise en charge, selon la HAS :

« En dehors des situations qui contre-indiquent l'alimentation par voie orale, il est recommandé de débiter prioritairement la prise en charge nutritionnelle par des conseils nutritionnels et/ou une alimentation enrichie, si possible en collaboration avec une diététicienne ».

La complémentation nutritionnelle orale à l'aide de suppléments nutritionnels en boîte (CNO) est envisagée seulement en cas d'échec des mesures précédentes ou bien d'emblée chez les malades ayant une dénutrition sévère si leur alimentation est insuffisante.

La prescription des médicaments adjuvants comme par exemple l'alpha-cétoglutarate d'ornithine doit être accompagnée d'un apport protéino-énergétique suffisant. Son utilisation isolée n'est pas recommandée. Si cette molécule est prescrite, il n'est pas utile de la prescrire au-delà de 6 semaines.

En fonction de ces recommandations de l'HAS les profils à retenir sont les suivants :

Profil S0

Le diagnostic est fait, mais compte tenu de l'état de santé et du pronostic du patient, aucune thérapeutique spécifique de renutrition ne semble ni utile ni raisonnable. Une simple surveillance de l'alimentation par les aides-soignantes peut être proposée. La variable « manger » devrait être cotée « B ou C » dans AGGIR. Il doit y avoir prise en charge par la seule alimentation et surveillance de la consommation alimentaire.

Profil S1

Le diagnostic est fait, et le traitement consiste en une alimentation améliorée et/ou plus abondante et/ou enrichie par la cuisine+++ . La surveillance de l'alimentation est authentifiée par une fiche de surveillance alimentaire, une courbe de poids est faite. La personne doit pouvoir à priori tirer un bénéfice réel de cette stratégie.

La prescription des médicaments adjuvants, comme par exemple l'alpha-cétoglutarate d'ornithine, dès lors qu'elle répond aux recommandations de l'HAS est codée S1

Profil DG

Le patient répond aux critères de la définition de la dénutrition, et son état de santé justifie des investigations pour en rechercher l'étiologie. Le patient doit pouvoir tirer un bénéfice du diagnostic.

Profil T2

Dénutrition sévère d'emblée, ou secondaire à un événement aigu (infection, intervention, convalescence, ...) ou à l'insuffisance d'une tentative de renutrition S1.

L'état de santé de la personne justifie une surveillance plurihebdomadaire, et éventuellement la prescription de compléments nutritionnels par voie orale (CNO), le plus souvent après échec des autres mesures mises en oeuvre (conseils diététiques et alimentation enrichie...).

6. Fausses routes (syndromes digestifs hauts)

Profil S1

Fausses routes ponctuelles ou occasionnelles, nécessitent une surveillance des prises orales sous responsabilité infirmière et une position assise pour les repas

Profil T2

Fausses routes récidivantes et/ou fausses routes à l'origine de bronchopneumopathies récidivantes.

Les fausses routes documentées dans le dossier médical ont présenté des critères de gravité tels que la présence de l'infirmière a été requise pour la prise en charge aigue, et la présence du médecin pour confirmer le diagnostic et mettre en place les mesures préventives.