

HARMONISATION DU CODAGE PATHOS

Mise à jour AVRIL 2009

Sommaire

<i>Mise à jour</i>	3
<i>Préambule</i>	3
1. Codages des démences et des troubles du comportement	4
1.1. Codage du syndrome démentiel S0, S1, P2, P1, T2, DG	4
<i>Syndrome démentiel S0</i>	4
<i>Syndrome démentiel S1</i>	4
<i>Syndrome démentiel P2</i>	4
<i>Syndrome démentiel P1</i>	5
<i>Syndrome démentiel T2</i>	5
<i>Syndrome démentiel DG</i>	5
1.2. Codage des troubles du comportement S1 P2 P1	5
<i>TR DU COMPORTEMENT S1</i>	6
<i>TR DU COMPORTEMENT P2</i>	6
<i>TR DU COMPORTEMENT P1</i>	6
2. Codage R2	7
<i>Activation à la marche</i>	7
<i>R2 au long cours</i>	8
<i>Entretien à la marche</i>	8
<i>Prévention des rétractions</i>	8
3. Codage DG	9
4. Codage M1 associé à codage T2	9
5. Nutrition	9
6. Fausses routes	11

Mise à jour : avril 2009

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

Préambule

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 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 des situations de jurisprudence (ce que nous ne souhaitons pas).
- ✓ 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 (et pas forcément ce qui a été prescrit qui n'est ni forcément légitime ni forcément suffisant).

Les questions qui doivent être posées sont les suivantes :

Pour le profil envisagé, le patient est-il d'accord, est-il capable, va-t-il participer, peut-il en tirer bénéfice ?

- ✓ Rappeler que le dossier médical et/ou infirmier doit contenir des informations qui pourront aider à juger de la situation et du besoin de soin du patient (ANTCD, 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 appliquées).

L'absence totale d'information conduit à refuser un codage.

Une information très succincte si le malade va bien le jour de la validation même si il allait soit disant mal le jour de la coupe, peut conduire à valider le codage avec l'hypothèse basse.

Dans le doute le patient doit être vu 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 S0, S1, P2, P1, T2, DG

Syndrome démentiel S0

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

Syndrome démentiel S1

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

Non accessible à éducation psychomotrice (refus ou détérioration avancée).

Patient pouvant bénéficier de l'animation.

Syndrome démentiel P2

Patient Dément

Accessible aux exercices de stimulation cognitive. (différent de la simple participation ou simple présence aux «animations d'après midi même si ces activités participent pour une certaine part à une stimulation cognitive»).

Cela suppose donc des fonctions intellectuelles suffisantes dans le cadre d'une démence débutante à légère telle que décrite dans le guide de codage, ce qui signifie un MMS = à 20, ou à 19 pour les patients n'ayant pu bénéficier d'une scolarité jusqu'au certificat d'étude.

Ou

Accessible à une prise en charge individuelle ou collective par professionnel paramédical (psychomotricien, psychologue, ergothérapeute).

L'objectif recherché est le maintien ou la réhabilitation des capacités restantes. Cela suppose que le patient est consentant et participatif.

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

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. 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 démence hydrocéphalie à pression normale ou 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 dans les 3 à 4 mois qui suivent leur admission en EHPAD, ou les patients qui se dégraderaient de façon récente sur le plan cognitif.

Ce diagnostic précis effectué doit présenter une utilité pour le patient et n'est pas légitime dans les formes avancées

1.2. Codage des troubles du comportement 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.

TR DU COMPORTEMENT S1

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

TR 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 de la démence ou d'autres pathologies : dépression, hallucinations, pathologies somatiques (AVC, fracture, fécalome, rétention urine, trouble métabolique)

Le codage P2 sous entend :

La nécessité d'une prise en charge requise psychothérapique et ou psychomotrice (requis et acceptée par le patient) associée ou non à une prise en charge médicamenteuse.

Les troubles du comportement doivent impérativement être documentés.

Le dossier de soins IDE (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 psychiatre et beaucoup de psychothérapie

Le profil P1 met en œuvre beaucoup de psychiatre et un peu de psychothérapie

TR 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 psychogériatrie) et une permanence médicale et paramédicale organisée.

Le plus souvent il s'agit d'auto ou hétéro agressivité agitation violence diurne et/ ou nocturne. Patients qui pourraient relever d'unités spécifiques renforcées.

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

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 et accepté par le patient, selon les principes généraux vus plus haut.

2. Codage R2

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

- ✓ possible pour le malade qui va coopérer,
- ✓ légitime, utile à son état,
- ✓ et quelle devrait être effectuée par un kinésithérapeute 15mn/jour en salle de kinésithérapie, ou en chambre pour ceux qui ne peuvent se déplacer (AVC massif, appui non encore autorisé après fracture du col fémoral...)

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

Cela sous-entend également que l'âge ne rentre pas en ligne de compte.

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, 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.

A l'avenir, cette démarche devrait être inscrite au dossier du patient notamment lorsqu'est prescrite de la kinésithérapie.

L'entretien à la marche, 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)
- ✓ R2 possible dans les 6 mois qui suivent un AVC, si le patient est coopérant, et si la kinésithérapie est légitime et utile à son état.

NB Le codage R1 peut être proposé si l'état du patient justifierait une prise en charge type rééducation fonctionnelle qui est plus lourde, de niveau SSR et qui suppose que le patient soit en état et d'accord pour le supporter.

Si rééducation kiné couplée à rééducation orthophonique après AVC avec patient pouvant participer alors codage R1 possible.

Au-delà de 6 mois, il faut trouver des éléments dans le dossier qui permettent de justifier la poursuite de la rééducation.

Entretien à la marche

Entretien à la marche de quelqu'un qui marche mais pour lequel on craint une perte d'autonomie progressive : codage S1

Prévention des rétractions

Codage dans la rubrique trouble de la marche/état grabataire S1 (mais ne peut s'appliquer systématiquement à tous les patients grabataires car la prévention fait partie des soins de base déjà valorisés par le GIR) donc possible si AVC ou Charcot ou SEP voir Alzheimer 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 rétractions (AVC, Parkinson, SEP).

Prévention des rétractions et R2.

On doit se placer dans le cadre du soin requis et non constaté.

Le dossier médical doit dans ce cas contenir un minimum d'information concernant ce besoin de soin, avec suivi des objectifs de soin.

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

3. Codage DG

Pour toute pathologie où il est associé, ce codage suppose qu'une démarche effective et objectivable dans le dossier 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 est-il d'accord, est-il capable, va-t-il participer, peut-il en tirer bénéfice ?

Seules les démences légères à modérées non encore traitées peuvent justifier DG si on est en période exploratoire et avant tout traitement.

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 compris 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-denutrition-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 ».
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

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 (CNO) est envisagée seulement en cas d'échec des mesures précédentes ou bien d'emblée chez les malades ayant une dénutrition sévère. »

Place des médicaments adjuvants :

« L'alpha-cétoglutarate d'ornithine (CETORNAN®) est une molécule dont les propriétés sont (notamment) de limiter le catabolisme protéique musculaire.... La prescription d'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 nous proposons les profils suivants avec les médicaments et CNO selon les situations pathologiques ci dessous :

Profils

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.

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 et l'accepter.

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. La perte de poids doit être récente, et le patient doit pouvoir tirer un bénéfice du diagnostic.

T2 : Dénutrition sévère d'emblée, ou à la suite d'un événement aigu (infection, intervention, convalescence, ...) ou 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)

Profils retenus

S1 : Fausses routes ponctuelles ou occasionnelles, nécessitent une surveillance des prises orales sous responsabilité infirmière et une position assise pour les repas

T2 : Fausses routes récidivantes et/ou fausses routes à l'origine de broncho-pneumopathies 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.