

Le modèle « PATHOS »

Guide d'utilisation 2017

**Ce document remplace les guides PATHOS publiés
antérieurement**

Ont participé à l'écriture de ce document, depuis la première version :

- Jean-Marc Ducoudray
- Yannick Eon
- Christian Le Provost
- Robert Leroux
- Emmanuelle Odinet Rollin
- Patrice Prévost
- Catherine Rea
- Michel Salom
- Danièle Steinbach
- Jean-Marie Vétel
- Claire Vuillemin

Sommaire

A) Généralités	5
Aperçu du concept et de l'utilisation.....	5
Fonctionnement de PATHOS.....	9
Les bilans du modèle PATHOS	9
Le modèle PATHOS	13
Rappel des principaux concepts.....	13
Principes de codage	13
– Codage des états pathologiques	13
– Codage des profils de soins	15
B) Définition des profils de soins requis	16
Introduction.....	16
Profil T1	19
Profil T2	19
Profil P1.....	20
Profil P2.....	21
Profils Rééducation.....	21
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, ...)	21
Profil R1.....	22
Profil R2.....	22
Profil CH	24
Profil DG	25
Profil M1	26
Profil M2	27
Profil S1	27
Profil S0.....	28
C) Thésaurus descriptif des états pathologiques	29
Affections cardio-vasculaires	29
1. Insuffisance cardiaque.....	29
2. Coronaropathie	29
3. Hypertension artérielle.....	29
4. Troubles du rythme.....	29
5. Phlébites, lymphœdème, insuffisance veineuse.	30
6. Embolies et thromboses artérielles, gangrène, amputation	30
7. Artériopathies chroniques.....	30
8. Hypotension orthostatique.....	30
Affections neuro-psychiatriques	31
9. Malaises, vertiges, perte de connaissance brève, chutes.....	31
10. Accidents vasculaires cérébraux	31
11. Épilepsie, comitialité focale ou généralisée.....	31
12. Syndrome parkinsonien	32

13. Syndrome confusionnel aigu	32
14. Troubles chroniques du comportement	32
15. États dépressifs	34
16. États anxieux	34
17. Psychoses, délires, hallucinations	35
18. Syndrome démentiel	36
Affections broncho-pulmonaires	38
19. Broncho-pleuro-pneumopathies	38
20. Insuffisances respiratoires	38
21. Embolies pulmonaires	39
Pathologies infectieuses	39
22. Syndromes infectieux généraux bactériens ou viraux	39
23. Syndromes infectieux locaux	39
24. Infections urinaires basses	40
Affections dermatologiques	40
25. Escarres, ulcères et autres plaies	40
26. Autres lésions cutanées graves	40
Affections ostéo-articulaires	41
27. Pathologie de la hanche	41
28. Pathologie de l'épaule	41
29. Pathologie vertébro-discale	41
30. Pathologies osseuses d'autres localisations	41
31. Polyarthrite, pathologies articulaires d'autres localisations	42
Affections gastro-entérologiques	42
32. Syndromes digestifs hauts	42
33. Syndromes abdominaux	43
34. Pathologie hépatique, biliaire, pancréatique	43
35. Dénutrition	43
Affections endocriniennes	46
36. Diabète	46
37. Dysthyroïdie	46
38. Troubles de l'hydratation	46
Affections uro-néphrologiques	47
39. Rétention urinaire	47
40. Insuffisance rénale	47
41. Incontinence	47
Autres domaines pathologiques	48
42. Anémies	48
43. États cancéreux	48
44. Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique	48
45. Syndrome inflammatoire ou fièvre inexplicables	49
46. Pathologies oculaires évolutives	49
47. État grabataire, troubles de la marche	49
48. État terminal à plus ou moins longue échéance	49
49. Autres pathologies	50
50. Aucune pathologie pertinente à retenir	51
Éléments de bibliographie	52
Annexe 1 : Liste des incohérences	53
Annexe 2 :	55

Outil élaboré en partenariat par le Syndicat National de Gériatrie Clinique (SNGC) et le service médical de la CNAMTS, le modèle PATHOS évalue à partir des situations cliniques observées **les soins médico-techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées**, en établissement ou à domicile.

Depuis avril 2010, les gouvernances opérationnelle et technique des modèles AGGIR et PATHOS ont été reprises par la CNSA. La mise à jour de ce guide s'inscrit dans cette gouvernance.

Outil de « coupe transversale », il donne la « photographie » d'une population à un moment donné.

A) Généralités

Aperçu du concept et de l'utilisation

Le modèle consiste à identifier **sur un thésaurus de 50 états pathologiques**, tout ce dont souffre la personne le jour de l'évaluation. Mais, l'état pathologique seul ne suffit pas pour indiquer les moyens à mobiliser pour sa prise en charge, il doit être caractérisé par sa forme clinique, décrite par son profil de soins ou profil de stratégie thérapeutique. Chaque état pathologique présenté sera donc qualifié par un des **12 profils de soins** possibles indiquant les soins requis par l'état pathologique compte tenu du contexte clinique.

Par soins requis, on entend le soin utile qui devrait être fait pour chaque état pathologique selon les recommandations de bonnes pratiques cliniques de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) ou de la Haute Autorité en Santé (HAS), par exemple. Mais c'est également un soin qui devrait être :

- Réalisable et acceptable éthiquement compte tenu de l'état de santé global du patient (pathologies et autonomie),
- Non refusé par le patient
- Que l'on ait ou que l'on n'ait pas actuellement les moyens nécessaires pour faire ce soin.
- 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 coordonateur, 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.

À un état pathologique particulier ne correspond qu'un nombre limité de profils plausibles. Ainsi, **238 couples « état pathologique – profil »** décrivent l'ensemble des situations pouvant être rencontrées en gériatrie.

In fine, le modèle mesure pour l'ensemble des couples état pathologique - profil présentés par une personne, **les niveaux de soins requis à sa prise en charge dans huit postes de ressources** représentant les huit « acteurs » des soins : médecin, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie et pharmacie. Le niveau de soins, pour les professionnels, correspond au temps requis près du malade. Par exemple, ne sont pas compris les temps de préparation des actes, les temps de déplacement, les temps d'échanges avec les familles,

Ces huit indicateurs, calculés pour une population sur la base **de niveaux moyens de soins requis par personne**, sont exprimés en points, correspondant à des unités différentes selon les postes de soins (rapportés à une valeur maximale 100).

Le modèle PATHOS permet donc **d'évaluer les niveaux de soins requis** pour la prise en charge des pathologies dans une population à un moment donné. À domicile ou en établissement, il décrit la situation clinique des personnes et mesure un certain nombre d'indicateurs, données utilisables au niveau d'un individu ou d'un ensemble d'individus.

1/ Au niveau individuel

Comme le modèle AGGIR, il n'est qu'un des éléments de l'ensemble des informations indispensables à la mise en place d'un plan d'aides et de soins personnalisés. Il constitue un bon instrument de description synthétique de l'état de santé d'une personne âgée. Cependant, le nombre de points générés par le modèle n'a pas d'intérêt au niveau individuel.

2/ Au niveau collectif

Comme AGGIR également, mais dans son champ spécifique des soins médicaux et techniques, c'est un excellent outil de comparaison de services ou de populations, démarche qui a guidé sa mise en place et qui permet de :

- apporter une aide **dans l'analyse et la gestion des services, unités ou toute autre structure**, en caractérisant leur recrutement, en évaluant les besoins réels des populations prises en charge, en les comparant à une moyenne nationale pour les structures similaires et en les confrontant aux moyens mobilisables ;
- donner un éclairage particulièrement riche d'enseignements dans le cadre du **financement des structures** dans les champs sanitaire et médico-social, souvent hétérogènes et ne disposant pas tous de systèmes d'information médicalisés. Évaluant les soins requis, il peut en outre être confronté aux systèmes existants mesurant les seuls soins dispensés ;
- participer à **la planification dans le domaine gériatrique** en apportant un ensemble d'informations épidémiologiques sur la typologie et la gravité des pathologies présentées par les personnes accueillies, ainsi que sur le fonctionnement des filières et des réseaux.

PATHOS est avant tout un outil analytique, mais depuis 1999, le Pathos Moyen Pondéré ou PMP (comparable au Gir Moyen Pondéré du modèle AGGIR) globalise les huit types de ressources à mobiliser en un indicateur unique.

Comme pour tout outil d'évaluation, la bonne utilisation suppose une **formation**. La CNSA et les ARS mettent en place des formations dans toutes les régions, elles sont assurées par un médecin de l'ARS et un médecin gériatre formateur. La participation du médecin coordonnateur à ces formations est obligatoire pour pouvoir prétendre à une validation de coupe PATHOS par l'ARS. Les formations organisées par d'autres organismes ne peuvent être validantes.

Pour une bonne utilisation du modèle PATHOS, il est indispensable que l'établissement soit dans des conditions de fonctionnement stables pour l'évaluation, c'est-à-dire par exemple :

- dans les douze mois suivant la date d'ouverture de l'établissement mais suffisamment à distance de l'ouverture, un délai de 6 mois semble nécessaire.
- en dehors de toute période d'épidémie,
- que le médecin coordonnateur ne soit pas nouvellement recruté, situation générant souvent bon nombre de bilans pour faire le point sur l'état de santé des résidents.

- en dehors de l'organisation de bilans systématiques à destination de la majorité des résidents. La réalisation de bilans systématiques avant la coupe PATHOS conduit inévitablement à une surcharge de travail (réalisation des bilans, déplacements éventuels des résidents, explorations secondaires), et le soin requis mesuré n'est pas celui de l'établissement en état de fonctionnement habituel. L'absence de conditions de fonctionnement stables peut conduire à la décision de report de la coupe.
- **En résumé, le modèle PATHOS comporte :**
 - ↳ **Un thésaurus de 50 états pathologiques**¹ représentant la très grande majorité des situations cliniques rencontrées en Gériatrie
 - ↳ **12 profils de stratégie thérapeutique ou profils**² de soins chaque état pathologique repéré étant caractérisé par un profil et un seul



T1	Soins importants et multiples avec surveillance médicale quotidienne. Pronostic vital en jeu dans l'immédiat
T2	Équilibration et surveillance rapprochée Surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière 24 h sur 24 requise le plus souvent
P1	Soins de prise en charge psychiatrique de crise, mais aussi de rechutes fréquentes
P2	Soins de prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapeutique
R1	Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle
R2	Rééducation fonctionnelle d'entretien, discontinuée ou allégée chez un patient ne pouvant supporter une rééducation intensive, parfois collective après évaluation individuelle
CH	Plaies, soins locaux complexes et longs (opérés récents, plaies importantes, dermatose), mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les deux jours
DG	Investigations pour un état non diagnostiqué
M1	Etat terminal soins psychothérapeutiques et/ou techniques lourds
M2	Etat terminal d'accompagnement sans soins techniques lourds conduisant au décès à plus ou moins longue échéance
S1	Surveillance épisodique programmée au long cours des affections chroniques stabilisées et de leurs traitements
S0	Absence de toute surveillance ou de traitement (pathologie séquellaire, traitement inutile ou inefficace...)

¹ La définition complète des états pathologiques est abordée plus loin, page 28.

² La définition complète des profils est abordée plus loin, page 16.

↳ **8 postes de ressources**
ou postes de soins médico-techniques nécessaires



1	Médecin gériatre (généraliste)
2	Médecin psychiatre
3	Soins infirmiers
4	Rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie...)
5	Psychothérapie ordonnancée (psychologue, psychomotricien)
6	Biologie
7	Imagerie
8	Pharmacie et petit matériel

Ces divers éléments permettent :

- **de prendre en compte la polypathologie** en saisissant l'ensemble des états pathologiques présentés par une population de personnes âgées,
- **de caractériser les états pathologiques par un profil de soins** déterminant les ressources à mobiliser en soins nécessaires médicaux et techniques,
- **de déterminer un indicateur par ressource mobilisée** dans chacun des huit secteurs de soins concernés.

Les soins sont ordonnancés, après **formalisation d'une évaluation** conduisant au diagnostic, par les médecins (gériatres, psychiatres, rééducateurs fonctionnels...). La fonction du médecin est ensuite de surveiller l'évolution du ou des états pathologiques et de s'assurer de la bonne exécution de ses prescriptions. Le médecin assume la responsabilité de son patient. **Cette place justifie la présence médicale dans chacun des profils de soins requis à la différence des autres acteurs de soins dont l'action est beaucoup plus ciblée et spécifique.**

Fonctionnement de PATHOS

Le médecin évaluateur formé par l'ARS, et qui a pris connaissance des dernières recommandations de codage, a pour tâche de **repérer** les différents états pathologiques du patient et de **caractériser** chaque état pathologique identifié par son profil de stratégie thérapeutique, en respectant la notion de soins requis.

Exemple :

Madame X, 82 ans, a présenté un AVC avec hémiplégie droite flasque sans aphasie il y a quinze jours, elle n'a toujours pas récupéré. Le jour de l'évaluation, elle présente des troubles de la vigilance, des troubles de la déglutition pour lesquels elle doit être aspirée. Elle est sous oxygénothérapie, perfusée afin d'équilibrer son ionogramme. Cet accident vasculaire est en rapport avec une arythmie complète par fibrillation auriculaire traitée par héparine calcique deux fois par jour. Elle présente une escarre sacrée stade 3 avec pansements tous les deux jours.

Cet exemple sera codé :

- Accident vasculaire cérébral, profil T2 (surveillance rapprochée),
- Troubles du rythme, profil T2 (soins d'équilibration et de surveillance avec surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière),
- Escarre, profil CH (pansement de toute plaie importante).

Lorsque l'ensemble des états pathologiques caractérisés par un profil de soins ont été saisis chez un malade donné, un jour donné, **l'algorithme de PATHOS** mesure les niveaux de soins pour chaque couple état pathologique – profil de soins et, après analyse des associations de pathologies présentées, réalise **une sommation pondérée** des moyens requis dans les huit postes de soins.

PATHOS évalue ainsi, quel que soit le nombre de pathologies, **le niveau global de mobilisation de ressources dans les différents postes de consommation de soins nécessaires à la prise en charge du patient ainsi que leur ventilation.**

L'application du programme PATHOS **sur l'ensemble des personnes présentes**, un jour donné, dans un service de soins ou une structure médico-sociale, ou sur toute autre population, permet de réaliser toute une série de bilans. Ces bilans peuvent décrire la population étudiée, caractériser le recrutement des services ou des structures et permettre de comparer plusieurs populations ou services entre eux.

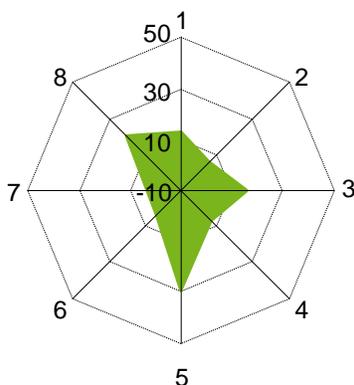
Les bilans du modèle PATHOS

Comportent :

- La **distribution des états pathologiques** et leurs **associations**.
- La **distribution des profils de stratégie thérapeutique**, et le croisement entre profils et états pathologiques (la distribution des états pathologiques par profil et la distribution des profils par état pathologique).
- Un algorithme complexe, imposant l'utilisation de l'informatique, mesure pour l'ensemble des couples état pathologique-profil présentés par une personne **les niveaux de**

moyens à mobiliser pour assurer les besoins réels dans les huit postes de ressources.

Ces huit indicateurs, calculés pour une population sur la base de **niveaux moyens de soins nécessaires par personne** (comparables au GMP du modèle AGGIR), sont exprimés en points, correspondant à des unités différentes selon les postes de ressources, rapportés à une valeur maximale 100. Ils sont habituellement illustrés par un graphique dit « en radar » où chaque axe représente un poste de soins. Ce graphique constitue un « profil de besoins » de la population pouvant être comparé à des profils caractéristiques de certains types de structure.



Le graphique ci-contre visualise la situation moyenne des établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD) validés en 2008 ou en 2009.

Depuis 1999, deux indicateurs ont été mis au point, utilisés dans diverses études au niveau national : les « **Soins Médicaux et Techniques Importants** » et le « **Pathos Moyen Pondéré** » (SMTI et PMP).

- Les « **Soins Médicaux et Techniques Importants** » ou **SMTI**, correspondent à la nécessité d'une prise en charge par une structure disposant de ressources humaines et matérielles suffisantes pour assumer correctement et en toute sécurité des pathologies « lourdes » évolutives et/ou instables, sans préjuger de la nature de cette structure. Un patient est SMTI quand il présente un ou plusieurs couples état pathologique - profil imposant, en soins requis, **une surveillance médicale rapprochée pluri-hebdomadaire et le plus souvent une permanence infirmière (garde ou astreinte) 24 heures sur 24.**

En outre, les populations « SMTI » et « non SMTI » peuvent être subdivisées en « **Groupes de Patients Proches** » ou **GPP**, exclusifs les uns des autres et rassemblant des personnes ayant des besoins quantitativement et qualitativement comparables.

Ainsi, parmi les SMTI, il est possible d'isoler certains patients relevant a priori d'un service de court séjour hospitalier (le pronostic vital est mis en jeu) ou d'un service de soins de suite et de réadaptation (pour certaines rééducations intensives) ou d'une prise en charge lourde par le psychiatre, ou de soins palliatifs. Parmi les « non SMTI » ne présentant pas d'affections lourdes, les déments dits déambulants susceptibles d'être « perturbateurs » imposent une prise en charge particulière, population potentielle des unités dites « Alzheimer » imposant une architecture adaptée et un personnel spécifiquement formé (démences diagnostiquées avec troubles du comportement hors GIR 1, et démences en GIR 2 et 3 sans perte d'autonomie locomotrice dans le modèle AGGIR, avec ou sans troubles du comportement). Parmi les non SMTI, sont également individualisés les patients ne présentant qu'une ou plusieurs affections chroniques

stabilisées n'imposant qu'une surveillance épisodique programmée (profils S0 et S1 sans autres profils associés).

Les groupes de patients proches (GPP) :

SMTI	GPP1	Pronostic vital en jeu au quotidien (profil T1)
	GPP2	Prise en charge psychiatrique de crise (profil P1, sans T1)
	GPP3	Rééducation intensive SMTI (certains profils R1, sans T1 ou P1)
	GPP4	Soins palliatifs (profil M1, quels que soient les profils associés)
	GPP5	Les autres situations SMTI
Non SMTI	GPP6	Les déments susceptibles d'être perturbateurs non SMTI
	GPP7	Les mourants non lucides (profil M2)
	GPP8	Les pathologies chroniques stabilisées (seuls profils S0 et S1)
	GPP9	Les autres situations non SMTI

- Le **Pathos Moyen Pondéré ou PMP** est un indicateur global de charge en soins pour la prise en charge des poly-pathologies dans une population donnée. Il correspond à la somme des points de niveaux de soins nécessaires dans les huit postes de ressources pondérés par un coefficient variable selon les postes, exprimé en moyenne par individu.

$$PMP = \frac{\sum_{i=1}^8 (P_i \times C_i)}{N}$$

P_i = nombre total de points
 C_i = coefficient de pondération lié au type de soins
 N = effectif de la population

À partir de ces coefficients de pondération, il sera possible de déterminer la part de chacun des huit postes de soins dans le calcul du PMP :

$$PartS_i = \frac{(P_i \times C_i)}{\sum_{i=1}^8 (P_i \times C_i)} \times 100$$

Un même GMP peut recouvrir des situations cliniques sensiblement différentes (prédominance locomotrice ou mentale de la perte d'autonomie) mais correspond à des charges en soins de base identiques ne faisant intervenir qu'un seul type de professionnels (les aides soignantes). Par contre, les soins de santé mesurés par le PMP font appel à de multiples intervenants « résumés » dans les huit postes de soins. C'est-à-dire qu'un même PMP peut être une conjugaison très variable des niveaux de soins nécessaires dans ces huit postes, et recouvrir, en matière de besoins et d'organisation, des réalités très différentes.

Le PMP ne permet pas d'évaluer la nature réelle qualitative des besoins, indispensable pour établir un projet d'établissement, les autres indicateurs permettent cette approche qualitative. **Une « bonne » utilisation du modèle PATHOS passe par l'exploitation de l'ensemble des indicateurs qu'il propose.**

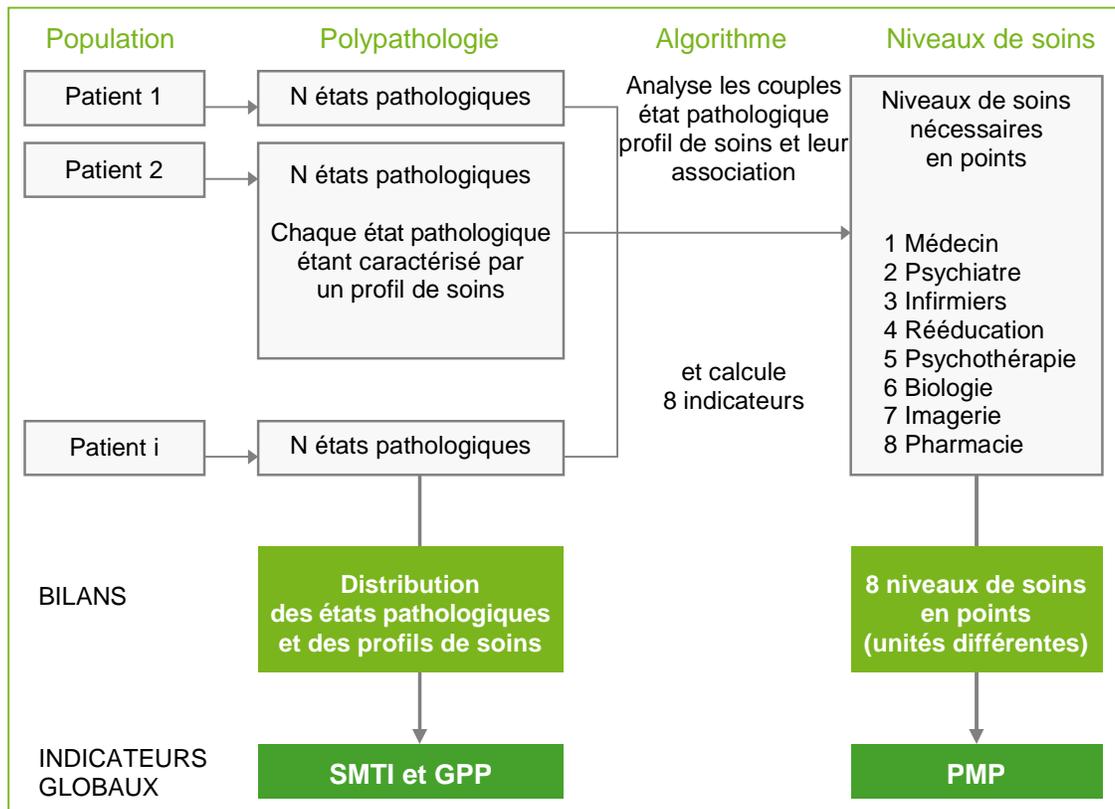
L'utilisation conjointe du **modèle AGGIR** (décrivant la perte d'autonomie et mesurant le niveau de soins de base nécessaires à la prise en charge de cette perte d'autonomie) et du **modèle PATHOS permet donc d'évaluer le niveau de l'ensemble des moyens requis pour une bonne prise en charge des personnes âgées par les différents acteurs de santé.**

Le logiciel de la CNSA (GALAAD) intègre l'ensemble des indicateurs du modèle. Outre la distribution des états pathologiques et des profils de stratégie thérapeutique, outre le niveau de soins nécessaires dans les huit postes de ressources, auparavant présents, les logiciels donnent pour une population la part de personnes SMTI et la distribution des groupes proches de patients, le PMP et la part de chaque poste de soins dans la construction du PMP.

Le modèle PATHOS

Rappel des principaux concepts

- 50 états pathologiques.
- 12 profils de stratégie thérapeutique.
- 238 couples état pathologique – profil.
- 8 postes de soins.



Tous ces éléments permettent l'analyse **quantitative et qualitative** de l'état de santé d'une population, et des moyens à mettre en œuvre pour prendre en charge cette population. Les indicateurs globaux (SMTI et PMP) sont intégrés aux logiciels institutionnels (GALAAD), avec AGGIR et l'outil SOCIOS depuis la fin de l'année 2003.

Les algorithmes de calcul des différents indicateurs du modèle PATHOS sont consultables sur le site de la CNSA. Ces algorithmes peuvent être intégrés à tous les logiciels s'intéressant aux personnes âgées à la seule condition de réaliser une passerelle entre ces logiciels et l'outil institutionnel GALAAD selon un cahier des charges disponible auprès de la MSI de la CNSA.

Principes de codage

– Codage des états pathologiques

L'objectif de PATHOS n'est pas la description fine des pathologies présentées par les personnes âgées, mais la description d'états pathologiques regroupant des pathologies voisines, requérant la même prise en charge. La classification CIM 10 n'est donc pas de mise ici, un thésaurus simple étant amplement suffisant pour décrire les situations cliniques

rencontrées en gériatrie. **Ce thésaurus comporte 49 états pathologiques** possibles (la pathologie N°50 = absence de pathologie). Il a été élaboré après analyse des diagnostics recueillis dans un collectif d'hôpitaux gériatriques (et après analyse des données issues du thésaurus des anciens logiciels institutionnels).

Un état pathologique est l'expression d'un dysfonctionnement : ce peut être un diagnostic précis tel qu'escarres et diabète, ou un syndrome beaucoup plus général tel que syndromes digestifs hauts et artériopathie chronique.

⇒ **Ne seront codés que les états pathologiques « pertinents », c'est-à-dire rendant compte exactement de la réalité clinique.**

Chaque état pathologique comporte la liste des principaux diagnostics inclus dans sa rubrique (les 50 états pathologiques sont décrits plus loin dans le détail, page 19).

Exemple : ANÉMIE regroupe,

- anémie par saignement,
- anémie en rapport avec une maladie hématologique maligne,
- anémie par carence en fer,
- anémie par déficit en vitamines B12, en folates,
- anémie inflammatoire,
- anémie en rapport avec une insuffisance rénale chronique,
- anémie réfractaire,
- anémie hémolytique,
- anémie n'ayant pas fait sa preuve.

Tous ces diagnostics seront codés dans la rubrique N°42 ANÉMIE.

⇒ **Lorsqu'un état pathologique se complique d'un autre état pathologique individualisé dans le thésaurus, le second sera rajouté avec son profil propre.**

Exemple :

- l'anémie par saignement d'un cancer sera codé 42 ANÉMIE et 43 CANCER,
- l'anémie en rapport avec une insuffisance rénale chronique sera codée 42 ANÉMIE et 40 INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE.

⇒ **Il n'y a pas de rubrique « Altération de l'état général » ni « Troubles ioniques »**

Ce sont le ou les états pathologiques responsables qui seront codés avec leur profil propre.

⇒ **Il n'y a pas de rubrique « Pathologie iatrogène »**

Il s'agit ici de l'étiologie de symptômes qui seront codés individuellement, l'arrêt d'un médicament ne générant pas une activité soignante.

Exemple : Une anémie par saignement sous AINS sera ainsi codée 42 ANÉMIE.

⇒ **Codage de la « Douleur »**

On codera la pathologie responsable avec son profil propre. Un état douloureux mal contrôlé par le traitement qu'il faut adapter en permanence, avec une surveillance rapprochée sera codé T2. La prise orale d'antalgiques ou tous traitements adaptés contrôlant le symptôme, y compris les morphiniques, sera codée en profil S1.

– **Codage des profils de soins**

Chaque état pathologique n'a qu'un nombre limité de profils de soins plausibles.

Exemple : INSUFFISANCE CARDIAQUE peut avoir 4 profils de soins possibles suivant la situation clinique :

- T1 soins techniques importants, pronostic vital en jeu.
- T2 surveillance rapprochée, permanence infirmière.
- DG recherche diagnostique.
- S1 surveillance programmée et administration médicamenteuse.

Seule « Autre pathologie » (N°49) a la possibilité d'avoir le choix des 12 profils de stratégie thérapeutique définis.

**À chaque état pathologique correspond
un profil de soins et un seul**

⇒ **Aggravation**

Si une pathologie déjà codée présente une **aggravation** (c'est-à-dire un changement de stratégie ou d'ambiance thérapeutique), il suffira de modifier son profil.

Exemple : Un patient asthmatique équilibré (broncho-pneumopathie S1) présentant un épisode aigu grave sera toujours codé broncho-pneumopathie, mais passera désormais en profil T1 ou T2.

B) Définition des profils de soins requis

Introduction

Un profil de soins permet de qualifier l'état pathologique auquel il est associé. Il détermine **les niveaux de soins REQUIS** pour le prendre en charge, **et pas obligatoirement les soins dispensés**.

Enfin ce n'est pas parce que l'établissement ne dispose pas actuellement de moyens (psy, kiné, ergo, etc.) que le soin n'en est pas pour autant requis, cette notion est essentielle. **Le caractère requis du soin s'appuie sur une évaluation indispensable et traçable (avec des outils validés quand ils existent)**.

Chacun des états pathologiques du patient, aigus, sub-aigus, chroniques, est défini par un seul profil choisi parmi les différents profils possibles. C'est le couple état pathologique – profil de soins qui détermine les niveaux de ressources médicales et techniques devant être mobilisées.

La définition des soins requis est rappelée dès la première page de ce document, dans le chapitre généralités.

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

- Les soins sont-ils médicalement justifiés ?
- Les soins sont-ils **éthiquement** acceptables ?
- Le patient, est-il capable de les supporter ?
- Va-t-il participer ? Va-t-il refuser le soin ?
- Au final **pourrait-il en tirer bénéfice** ?

Traçabilité des informations dans les dossiers

Il est important de rappeler que le dossier médical et le dossier de soins doivent contenir des informations essentiellement cliniques descriptives 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 pourrait conduire à ne pas retenir le codage qui serait pertinent.

Une traçabilité trop succincte si le malade va bien le jour de la validation alors qu'il paraissait mal le jour de la coupe Pathos, peut conduire à valider le codage avec l'hypothèse basse, la validation est basée sur des preuves.

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 ?

Les profils rendent compte de la **gravité** de l'état pathologique et, s'ils se modifient dans le temps, de l'**instabilité** de l'état pathologique. Rappelons que chaque état pathologique n'a qu'un **nombre limité de profils possibles** (déterminant 238 couples états pathologiques – profils de soins décrivant l'ensemble des situations cliniques rencontrées en gériatrie).

Evaluation de l'état de la personne âgée

Les diagnostics codés dans PATHOS reposent sur :

- des évaluations pratiquées à l'aide d'outils validés quand ils existent,
- des investigations cliniques ou paracliniques,
- des constats formalisés dans le dossier médical et/ou de soins par les équipes soignantes.

Ces éléments doivent pouvoir être présentés lors de la validation de la coupe. Ils servent de base à l'évaluation des soins requis et à la définition du profil retenu.

L'impossibilité de délivrer les soins requis (absence de kinésithérapeute, de psychologue, ...) ne dispense pas de la réalisation de l'évaluation.

Codage de la prévention dans PATHOS

La prévention non codée dans PATHOS concerne les actions de prévention collectives ou individuelles, **non précédées** d'une évaluation individuelle du risque (animation gymnastique par exemple, lecture du journal etc).

Les actions de **prévention codées dans PATHOS** reposent sur :

- Une évaluation individuelle d'un risque, consultable dans le dossier,
- L'identification du (ou des) professionnel(s) de santé chargé(s) ou nécessaire(s) pour la mise en œuvre de cette prévention,
- Le suivi de l'évaluation du risque quand l'action a été mise en œuvre.

La nature et l'intensité du soin requis détermineront le profil à retenir.

Exemples :

Prévention d'escarres (indépendamment de la prévention de la dénutrition)

La prévention « classique », en l'absence de lésion clinique, est effectuée par les aides-soignantes dans le cadre des soins de base pour les malades à risque et est codée dans AGGIR (transfert).

La prise en charge d'une lésion débutante, dès le stade de la rougeur, (traçabilité dans le dossier) justifie une surveillance IDE et sera codée « Escarres S1 »

Prévention de la dénutrition ou prise en compte des risques identifiés

L'aide à l'alimentation est du ressort d'AGGIR.

La mise en évidence à travers la fiche de surveillance alimentaire d'une insuffisance ou d'une réduction des apports, relève d'une surveillance IDE et d'une stratégie de prise en charge avec une évaluation des paramètres du diagnostic de dénutrition (poids, albumine avec CRP, short MNA...)

Cette prévention sera codée S1 avec des réévaluations régulières (évaluation des ingesta, mesures du poids, ...), mettant en évidence l'efficacité de cette prévention.

Le risque identifié et tracé, (comme par exemple la constatation de réduction d'apports, la perte de poids, ou le besoin accru en lien avec un état pathologique particulier) associé à la

traçabilité des actions mises en place sera codé comme la prise en charge de la dénutrition codée S1.

Prévention des fausses routes

La prévention commence par une bonne installation (position assise, table adaptée.)

Chez un patient présentant une pathologie à risque (neurologique par exemple) le dépistage, le suivi de la prise en charge adéquate (ex le choix de texture), nécessitent une surveillance IDE et sera codé « Syndromes digestifs hauts S1 »

Rappel

Si fausses routes répétitives, avec pneumopathies de déglutition en dépit de la prévention (traçabilité) codage « Syndromes digestifs hauts T2 »

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, ...

Prévention des troubles de la marche :

L'entretien de la marche relève d'AGGIR : déplacement intérieur.

Le maintien de la marche après une période de rééducation effective et temporaire pour revalidation, peut relever d'un entretien par les aides-soignantes, mis en place sous surveillance IDE sera codé « Trouble de la marche S1 » (traçabilité dossier)

Rappel

Le patient marchait, il ne marche plus au décours d'un épisode aigu, donc on revalide avec un kinésithérapeute codage R1 ou R2 selon intensité de la rééducation requise.

Prévention des rétractions

L'installation au lit ou au fauteuil d'un malade grabataire, relève uniquement du codage AGGIR, déplacement intérieur C et transfert C.

La prévention des rétractions chez des patients à risque (AVC, Parkinson, Charcot, SEP..) relevant d'actions quotidiennes lors des soins de base, sous surveillance infirmière est codée S1.

Rappel :

Prise en charge quotidienne « possible et utile » de rétractions débutantes par kinésithérapeute : codage « état grabataire R2 ».

Prévention de l'incontinence urinaire

Le maintien de la continence passe par une stratégie et par un repérage des causes qui pourraient provoquer l'incontinence (constipation, infection urinaire, troubles de la marche, troubles des fonctions supérieures...)

La tenue d'un calendrier mictionnel avec l'accompagnement régulier aux toilettes d'une personne à risque identifié (traçabilité) est codée « Incontinence S1 »

Prévention des récidives ou des aggravations :

Sous réserve d'une traçabilité et de l'application des recommandations professionnelles (bonnes pratiques, recommandations des sociétés savantes ou de l'HAS... selon le niveau de soins requis, codage S1 ou T2.

À chaque état pathologique correspond *un profil de soins et un seul*

Le modèle PATHOS comporte 12 profils de soins :

T1		CH	pour CHirurgie
T2	pour Technique	DG	pour DiaGnostic
P1		M1	
P2	pour Psychiatrie	M2	pour Mourant
R1		S1	
R2	pour Rééducation	S0	pour Soins

Profil T1

Pronostic vital en jeu dans l'immédiat.

Niveau de soins techniques et médicaux importants et multiples avec surveillance médicale constante (temps médical quotidien supérieur à 20 mn) liée à la présence de facteurs de risques vitaux qu'ils soient aigus (le plus souvent) ou chroniques. On pourrait revendiquer pour cette pathologie une prise en charge en réanimation. Ces situations sont très exceptionnelles en EHPAD et peuvent rarement se rencontrer en USLD.

Exemples :

- Malade en détresse cardiorespiratoire aiguë post embolie pulmonaire, avec héparinothérapie, oxygène et surveillance très étroite.
- Choc septique sur septicémie à germes multirésistants.

Profil T2

Équilibration thérapeutique et surveillance rapprochée,

D'un état clinique requérant une surveillance médicale pluri-hebdomadaire, le plus souvent une permanence infirmière 24 heures sur 24 (garde ou astreinte), des soins techniques infirmiers journaliers.

Il s'agit, en présence d'un état pathologique préoccupant, de tous les soins médicaux et techniques importants concernant un patient **sous traitement continu** : permanence infirmière, soins techniques infirmiers lourds (plus de 30 minutes par jour) **et surveillance médicale journalière ou pluri-hebdomadaire** (plus d'une heure par semaine soit 10 mn par jour).

- Il peut s'agir **d'une pathologie aiguë, d'un état précaire** ou encore précaire après un stade T1.

Exemple :

Broncho-pneumopathie aiguë sous perfusion, antibiothérapie. oxygénothérapie, surveillance quotidienne des constantes (TA, température, saturation)

- ou d'une surveillance rapprochée au long cours et d'adaptations thérapeutiques imposées par des **états pathologiques instables** à risque de rechutes fréquentes risquant d'induire des hospitalisations itératives, telles que l'on peut en rencontrer dans les graves insuffisances cardiaques, respiratoires, ... ces états instables pouvant être **assez bien stabilisés au prix d'une telle surveillance rapprochée. Le codage Pathos prend donc en compte également la prévention de l'aggravation.**

Exemple :

Insuffisance cardiaque stade III ou IV de la classification NYHA, qui peut se décompenser à tout moment ou qui n'est équilibrée qu'au prix d'une surveillance quotidienne rapprochée, les ajustements thérapeutiques fréquents et les surveillances biologiques et soignantes attestant de cette situation. La surveillance mise en place doit être retrouvée dans le dossier (poids, œdèmes, auscultation, pression artérielle, saturation, biologie par exemple)

L'une des difficultés de codage se rencontre, lors de certaines situations cliniques, dans le choix entre le profil T2 imposant une surveillance rapprochée et le profil S1 correspondant à une simple surveillance épisodique programmée.

Se poser toujours la question : l'état observé impose-t-il une **surveillance médicale pluri-hebdomadaire ET une permanence infirmière ?** (il ne s'agit pas d'une permanence infirmière 24H/24 dans la chambre du patient, mais d'une présence IDE dans la structure ou d'une astreinte, donc joignable rapidement) **ET des soins techniques infirmiers journaliers ?**

Ainsi, un patient relevant d'une **oxygénothérapie au long cours** sera codé T2 ou S1 selon le contexte clinique. T2 correspond à un patient dont l'état général altéré impose une surveillance rapprochée. En revanche, une insuffisance respiratoire chronique non compliquée nécessitant un traitement, y compris l'oxygène, et une surveillance programmée sera codée en S1.

Les patients **porteurs chroniquement d'une stomie** (colostomie, gastrostomie, urétérostomie) ou d'une trachéotomie seront codés T2 ou S1 selon le contexte également. Le profil T2 correspond à des situations cliniques graves avec altération de l'état général imposant une surveillance rapprochée, le patient est en outre incapable d'effectuer seul ses soins et ses changements de poche.

De même pour les **perfusions sous cutanées itératives**. Le simple complément hydrique chez une personne buvant peu sera codé en profil S1. Par contre, si l'acte technique n'est pas lourd en lui-même, la nécessité d'une perfusion sous cutanée témoignant d'un état clinique grave, avec troubles ioniques, chez un malade « impiquable » en IV, requérant une surveillance clinique et biologique rapprochée si l'on veut éviter une aggravation de la situation à moyen terme, relève du profil T2.

Profil P1

Prise en charge psychiatrique d'un état de crise

Niveau de soins psychiatriques et psychothérapeutiques **individuels** importants requis pour **prendre en charge quotidiennement** des situations neuro-psychiatriques graves, qu'elles soient aiguës ou au stade d'équilibration thérapeutique et à surveillance rapprochée, ou d'une pathologie psychiatrique très instable au long cours avec risque de rechutes très fréquentes. Ce profil en termes de besoin mobiliserait fortement le **psychiatre** et l'équipe soignante, qu'il y ait ou non actuellement un psychiatre consultant. La prise en charge médicamenteuse est comprise dans le profil.

Exemple :

- État dépressif avec tentative de suicide.
- Psychose hallucinatoire chronique en phase productive, mobilisant le personnel tout au long de la journée et la nuit.
- Troubles sévères du comportement en équilibration thérapeutique ou en surveillance rapprochée avec risque de rechutes fréquentes, mobilisant le personnel toute la journée et la nuit

Profil P2

Prise en charge psychothérapique de soutien

La définition de ce profil a évolué dans le temps, en suivant la parution des recommandations de la HAS et l'avancement du plan Alzheimer 2008-2012. Il s'agit du niveau de soins psychiatriques et psychothérapiques, requis pour prendre en charge, surveiller et traiter des troubles neuro-psychiatriques diagnostiqués et contrôlés, mobilisant surtout les paramédicaux et le personnel d'une manière générale.

Exemple :

- État dépressif récent sous traitement psychothérapique et médicamenteux stabilisé au prix de cette prise en charge institutionnelle.
- Troubles du comportement multiples et perturbants canalisés par la prise en charge collective ou individuelle.

Remarque : La psychothérapie ordonnancée, entrant dans le cadre du profil P2, n'est pas exclusive des psychologues, mais concerne **l'ensemble de l'équipe soignante** qui doit être formée à ce type de soutien (dans les unités dites « Alzheimer » par exemple).

Là encore, un profil P2 peut parfaitement être codé même en l'absence de psychologue ou de psychomotricien, on est en soins requis.

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.

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.

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 l'anamnèse, l'interrogatoire, l'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.

Profil R1

RRF intensive individuelle

Niveau de soins et environnement technique de rééducation/réadaptation fonctionnelle quotidienne et individuelle (2 fois 20 – 25 minutes par jour, voire plus selon les pathologies), encore faut-il que le malade puisse supporter cette rééducation lourde et soit coopératif. Il est nécessaire que ses capacités cognitives permettent la compréhension des consignes et l'apprentissage des exercices proposés par le rééducateur.

Il s'agit ici d'une rééducation fonctionnelle intensive impliquant **le médecin rééducateur fonctionnel** pour l'analyse de la situation, l'établissement du projet de soins, la surveillance de l'évolution, **le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'orthophoniste, pour des actions prolongées, le plus souvent biquotidiennes** (prise en charge de type SSR).

Le profil R1 suppose en outre que la personne âgée présente un état général et une situation clinique qui lui permettraient de supporter un ou plusieurs types de rééducation intensive de plus de 45 mn tous les jours au cours d'une semaine.

Exemple :

- Rééducation active et lourde d'une hémiplegie, après la phase aiguë au cours de laquelle on s'est contenté d'un simple positionnement.
- Rééducation d'une prothèse totale du genou avec kinésithérapie biquotidienne.
- Rééducation et appareillage d'amputé récent pour artérite.
- Re-verticalisation, rééducation individuelle lourde au long cours post AVC massif semi récent.

On inclut également ici certaines revalidations lourdes des personnes âgées qui, au décours d'une pathologie aiguë ou subaiguë, doivent être reverticalisées et revalidées pour autant qu'elles puissent supporter une rééducation intensive.

La rééducation du lymphœdème, la kinésithérapie respiratoire et la rééducation de l'incontinence urinaire sont incluses dans ce profil R1 en raison du caractère individuel obligatoire de ce type d'intervention. Dans ces cas, il n'y a pas d'alternative entre rééducation lourde intensive et rééducation d'entretien ou allégée (R2 ci-dessous) : la rééducation s'impose ou ne s'impose pas (la valeur en points de R1 pour une incontinence sera très différente de celle d'un AVC, car c'est bien le couple « état pathologique/ profil de soins » qui détermine les niveaux de soins nécessaires).

Profil R2

RRF d'entretien ou allégée

Niveau de soins requis de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, de l'ordre de 20 à 30 minutes par jour requises, faites par un rééducateur, pouvant être discontinu ou allégée chez un patient ne pouvant pas supporter une rééducation intensive.

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

- 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.
- légitime, utile à son état,
- qu'elle devrait être effectuée par un rééducateur 20 à 30 mn/jour, au moins 5 jours sur 7.

Ce n'est pas parce qu'un rééducateur intervient actuellement que le soin est requis, à l'inverse un soin de rééducation peut être requis même s'il n'y a pas actuellement d'intervention.

Il s'agit ici de la phase qui peut succéder à une période de rééducation intensive type R1 avec des actions plus brèves, et/ou plus espacées des rééducateurs, ou d'une rééducation plus légère chez les personnes âgées ne pouvant physiquement supporter de trop longues ou de trop fréquentes séances.

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.

La prise en charge des troubles de l'équilibre chez le malade dément, dont l'objectif est de maintenir et de sécuriser la déambulation, est codée R2, si celui-ci est capable de comprendre et d'exécuter des consignes simples.

Une question à se poser est : « la compétence de rééducateur est-elle nécessaire pour prendre en charge cette personne ? »

Exemples :

- Reprise de la marche après un état grippal ayant généré un alitement de plusieurs jours.
- Rééducation d'entretien d'un malade parkinsonien qui garde un minimum d'autonomie motrice.

La mobilisation passive des patients alités pour une affection aiguë ou sub-aiguë associée à un profil T1 et T2, ou des patients bénéficiant de pansements lourds (CH) ainsi que les patients en phase terminale (M1 et M2), est incluse dans ces profils et ne sera pas codée en R sur un autre état pathologique.

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

Rappel

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.

Le maintien de la marche après une période de rééducation effective et temporaire pour revalidation, peut relever d'un entretien par les aides-soignantes, mis en place sous surveillance IDE sera codé « Trouble de la marche S1 » (traçabilité dossier)

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 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.

R2 au long cours

Possible chez le patient parkinsonien ayant encore une certaine autonomie (GIR2, 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 : Pour les AVC, 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).

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 codage possible dans certains cas chez patients à haut risque si AVC ou Charcot ou SEP, ou démence Alzheimer ou apparentée (évaluation, traçabilité dans dossier...)

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

Codage Etat grabataire troubles de la marche/ S1 : prévention sujets à risque identifié.

Codage Etat grabataire troubles de la marche R2 : 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 et régulièrement réévaluée.

Profil CH

Soins locaux complexes et longs

Niveau de soins médicaux et techniques requis pour effectuer et surveiller des pansements pour des plaies importantes ou toute lésion cutanée nécessitant des soins locaux lourds (opérés, escarres, gangrène...).

Il s'agit de tous les soins locaux nécessités par un **opéré récent** : drain, ablation de fils, pansements. Les **soins d'escarres, d'ulcères, de gangrène et de tout autre type de lésion cutanée importante** nécessitant des soins locaux lourds et prolongés sont compris dans ce niveau de soins.

Le profil CH suppose que l'**infirmière est mobilisée au moins 20 minutes tous les jours ou tous les deux jours**. Les situations relevant de CH **témoignent souvent (escarres notamment) d'un état clinique grave** imposant un environnement technique, avec surveillance rapprochée pour la renutrition, la rééquilibration des constantes vitales si l'on veut éviter une aggravation de la situation à moyen terme (imposant notamment une permanence infirmière).

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.

Les pansements « légers » (ulcères variqueux simples par exemple) relèvent du profil S1.

Profil DG

Investigations pour une pathologie froide non encore diagnostiquée

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 :

- Les troubles sont-ils récents ou y a-t-il un fait nouveau justifiant un regain d'intérêt pour une pathologie ancienne ?
- Le patient peut-il en tirer bénéfice ?
- Est-il en capacité d'émettre un avis motivé, et si oui est-il d'accord ?
- Est-il capable de supporter la ou les investigations ?
- Va-t-il participer ?

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 bénéfique/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'examens à visée étiologique ont été rédigées, même si le diagnostic n'est pas encore confirmé. **Ce profil concerne des situations cliniques « froides ».**

Exemples :

- Explorations requises par une fièvre inexplicquée au long cours, une VS accélérée, le typage d'une démence débutante, la découverte fortuite d'une anémie ou d'une insuffisance rénale biologique, toute situation se caractérisant par l'ampleur des examens complémentaires...
- Suspicion d'une embolie pulmonaire chez un malade chez lequel est apparue une polypnée isolée sans signe de gravité.

- Cancer DG : couvre toutes les explorations requises et **réalisables** pour faire le diagnostic, explorations d'une « masse » suspecte ou d'une anomalie suspecte de pathologie cancérologique hématologique.

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.

La charge de travail et les explorations imposées par les problèmes diagnostiques survenant dans des ambiances « chaudes » de soins techniques lourds est incluse dans les moyens requis pour ces niveaux techniques (T1, T2, P1 et R1).

Profil M1

Soins terminaux psychothérapeutiques et /ou techniques lourds

Ce profil ne peut être associé qu'à l'état pathologique « état terminal »

Il s'agit ici de la fin de vie, conséquences de l'évolution d'une ou plusieurs maladies (éventuellement lentes) nécessitant une mobilisation importante de moyens relationnels (d'ordre psychothérapeutique avec le patient et sa famille) et de moyens techniques (équilibre difficile ou ajustement quotidiens de médicaments pour le confort par voie orale ou parentérale) du fait de la permanence et/ou de l'instabilité de symptômes pénibles requérant un contrôle technique et une surveillance rapprochée (contrôle des troubles fonctionnels gênant le confort : douleurs, vomissements, hoquet, encombrement respiratoire, etc.). Soins nécessitant une formation spécifique de l'ensemble du personnel.

La lucidité du patient n'est pas obligatoire.

On peut être en phase terminale de soins palliatifs.

Dans le cadre de l'état terminal :

- L'équipe médico-soignante a informé la famille et formalisé dans le dossier médical et soignant que le projet de soins est désormais centré sur le confort et l'accompagnement de fin de vie
- Une grande partie des thérapeutiques est arrêtée, les seules restantes sont celles maintenues pour confort uniquement.
- Habituellement, les pathologies causales responsables à mentionner sont S1 ou S0 car logiquement, les traitements curatifs (chimiothérapies) ou symptomatiques (Alzheimer) sont arrêtés.

Rappel définition des soins palliatifs :

Les soins palliatifs sont des soins actifs continus évolutifs coordonnés, pour des pathologies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase terminale (cf HAS)

En dehors de la situation d'état terminal, il convient de coder chaque pathologie avec son profil.

Le codage T2 peut parfois être associé au codage M1. 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. Le profil M1 donne des points gériatre, psychiatre, psychothérapeute, infirmier, rééducation, pharmacie.

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.

Le profil M1 donne des points dans tous les postes (gériatre, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, pharmacie), sauf imagerie et biologie. Le nombre de points est maximum dans les postes « infirmier » et « psychothérapie ».

Profil M2

Soins terminaux d'accompagnement

Ce profil ne peut être associé qu'à l'état pathologique « état terminal »

Il s'agit ici de malades pour lesquels a été clairement formulé l'état de « fin de vie » (et non de malades simplement grabataires au long cours), conséquences de l'évolution d'une ou plusieurs maladies (éventuellement lentes) pour lesquelles les symptômes d'inconfort physique et psychique doivent être bien contrôlés sans soins techniques particulièrement lourds. L'accompagnement psychologique de l'entourage est de caractère courant, sans complexité particulière.

Etat terminal/M2 ne sera codé que lorsque toute thérapeutique curative (hormis les soins imposés par les escarres CH) est exclue et que l'équipe médicale a formulé, ou aurait dû formuler, le passage aux soins de confort (La kinésithérapie de confort (massages par ex) est incluse dans le profil M2).

Le profil M2 donne des points dans les postes (gériatre, infirmier, rééducation, pharmacie).

Profil S1

Surveillance épisodique programmée

Surveillance programmée au long cours des pathologies chroniques stabilisées et de leur traitement : pansements simples, préparation et dispensation de médicaments, surveillance de la prise médicamenteuse et éventuelle prévention des complications.

Il s'agit ici du niveau de soins médicaux et techniques requis par un patient prenant au long cours une thérapeutique pour une pathologie identifiée. C'est notamment le patient à domicile ou en EHPAD présentant une poly-pathologie, vu tous les quinze jours ou tous les mois par son médecin traitant. Des bilans programmés toutes les semaines ou tous les mois peuvent

avoir été prévus pour de tels patients. Il s'agit en particulier ici de tous les traitements dits « de fond », ou les simples surveillances épisodiques pour des situations particulières sans traitement médicamenteux.

Ce niveau est notamment requis lorsque l'infirmière doit préparer les médicaments, en vérifier l'administration et effectuer la traçabilité et les surveillances cliniques et biologiques indispensables.

Exemple :

- Simple protocole thérapeutique d'adaptation des doses d'insuline en fonction de variations modérées de la glycémie.
- Patient parkinsonien bien équilibré auquel on administre plusieurs fois par jour du Modopar.
- Patient ayant une perfusion sous cutanée en simple prévention d'une déshydratation et dont le rythme de surveillance biologique est stable.

Profil S0

Aucun soin médical ou technique

Tout état pathologique pour lequel il n'y a **pas ou plus** d'administration de médicament ni surveillance particulière (absence significative de prévention, surveillance ou soins, abstention thérapeutique).

Cette rubrique concerne tous les états pathologiques stabilisés ou séquellaires qui peuvent générer et expliquer par exemple une perte d'autonomie mais ne requièrent aucun soin technique, ni aucune surveillance particulière. On peut être en perte d'autonomie et ne plus être « malade ». L'éventualité d'une personne âgée sans pathologie « pertinente », c'est-à-dire sans consommation de soins, n'a rien d'exceptionnel.

Ce profil peut aussi s'appliquer aux pathologies pour lesquelles il n'existe aucun traitement ou pour lesquelles les traitements ne sont plus efficaces ou ne paraissent pas prioritaires : démence très évoluée au-dessus de toute ressource thérapeutique, incontinence urinaire imposant des soins de base pour l'hygiène de l'élimination sans soins techniques, mourants ne prenant plus aucun médicament par voie orale pour une HTA ou des troubles du rythme par exemple qui deviennent S0.

C) Thésaurus descriptif des états pathologiques

Affections cardio-vasculaires

1. Insuffisance cardiaque

- * **Cette rubrique regroupe** : l'insuffisance cardiaque droite, gauche ou globale, quelle qu'en soit l'étiologie (hypertensive, post-infarctus, valvulopathie opérée ou non, CMO, etc.), en poussées ou difficile à équilibrer (T1 ou T2) ou équilibrée par un traitement de fond (S1).
- * **Profils retenus** : T1, T2, DG, S1

2. Coronaropathie

- * **Cette rubrique regroupe** : **toutes les pathologies coronariennes** qu'elles soient aiguës (IDM) ou chroniques, opérées ou non, en poussées (angor d'effort) ou sous traitement de fond, quel qu'en soit le mécanisme (athéromateux, thrombotique, ...).
- * **Profils retenus** : T1, T2, DG, S1, S0

3. Hypertension artérielle

- * **Cette rubrique regroupe** : les hypertensions artérielles systoliques, diastoliques, systolo-diastoliques, quelle qu'en soit l'étiologie.
- * **Profils retenus** : T1, T2, DG, S1, S0

Le profil T2 est réservé aux hypertensions difficiles à équilibrer, symptomatiques, justifiant une surveillance pluriquotidienne.

La pose d'un holter tensionnel relève du profil DG.

Le profil T1 ne se rencontre pas en établissement.

4. Troubles du rythme

- * **Cette rubrique regroupe** : tous troubles du rythme, qu'ils soient d'origine auriculaire ou ventriculaire, dès lors qu'ils sont cliniquement pertinents, **traités ou non et surveillés** : l'arythmie ventriculaire par fibrillation, flutter auriculaire, maladie de l'oreillette, les troubles de la conduction auriculo-ventriculaire **appareillés ou non**. Les simples extrasystoles ne seront pas mentionnées.
- * **Profils retenus** : T1, T2, DG, S1, S0

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

La pose d'un holter d'enregistrement rythmique relève du profil DG.

5. Phlébites, lymphœdème, insuffisance veineuse.

- * **Cette rubrique regroupe** : les phlébites, et ses conséquences locales.
 - **évidentes** cliniquement,
 - ou **confirmées** par le Doppler en cas de doute,
 - la **prévention** pharmacologique est incluse dans cette rubrique.
- * **Profils retenus** : T1, T2, R1, DG, S1.

La prévention pharmacologique relève du profil S1, ainsi que la pose de bas de contention (qui ne sont pas dans habillage dans AGGIR).

La rééducation du lymphœdème sera codée R1 (rééducation individuelle).

6. Embolies et thromboses artérielles, gangrène, amputation

- * **Cette rubrique regroupe** : les **accidents artériels périphériques** qu'ils soient d'origine embolique, sur troubles du rythme ou par thrombose artérielle, suspectés ou diagnostiqués par Doppler ou artériographie, opérés ou non. Ne concerne pas les AVC emboliques, ni les embolies pulmonaires.

Cette rubrique ne concerne pas les accidents vasculaires cérébraux emboliques qui sont regroupés dans la rubrique accidents vasculaires cérébraux, pathologie N°10, mais inclut bien sûr les thromboses et embolies artérielles opérées récemment, en soins locaux, en rééducation ou en surveillance.

- * **Profils retenus** : T1, T2, R1, R2, CH, DG, S1, S0

S0 correspond par exemple à une amputation de longue date, notée car elle peut retentir sur l'autonomie.

7. Artériopathies chroniques

- * **Cette rubrique regroupe** : **toutes les artériopathies** y compris les artériopathies inflammatoires (maladie de Horton.), les stades 2 et 3 de claudication intermittente traitée. Le stade 1 de claudication intermittente non traitée sera codé S0.
- * **Profils retenus** : T2, DG, S1, S0

8. Hypotension orthostatique

- * **Cette rubrique regroupe** : les hypotensions graves, éventuellement responsables de chutes qu'il s'agisse d'hypotension primitive ou iatrogène (sauf traitement de l'hypertension). En cas d'hypotension orthostatique **responsable de chutes**, ces deux rubriques associées seront codées avec leur profil propre. Les hypotensions orthostatiques secondaires à un traitement d'hypertension seront codées dans la rubrique hypertension.
- * **Profils retenus** : S1, S0

S1 correspond à la pose de bas de contention et/ou au suivi médicamenteux.

Affections neuro-psychiatriques

9. Malaises, vertiges, perte de connaissance brève, chutes

- * **Cette rubrique regroupe :** tous ces symptômes quelle que soit leur étiologie (l'exploration et l'observation sont souvent longues, le diagnostic étiologique peut nécessiter des examens paracliniques nombreux).

Si une étiologie est retrouvée, la situation clinique initiale : malaises, vertiges, perte de connaissance sera associée à son étiologie tant que la symptomatologie persistera car faire un diagnostic ne fait pas ipso facto disparaître la mobilisation de soins liés au symptôme.

Exemple :

- Une perte de connaissance brève liée à un angor syncopal sera codée en plus de coronarite (état pathologique N°2).
- Une perte de connaissance très brève et soudaine liée à un bloc auriculo-ventriculaire sera codée en plus du trouble du rythme (N°4).

Si une chute est responsable d'une fracture, ces deux rubriques seront codées.

- * **Profils retenus :** P1, R1, R2, DG, S1, S0

10. Accidents vasculaires cérébraux

- * **Cette rubrique regroupe :** les accidents ischémiques cérébraux transitoires ou non, quelle qu'en soit la cause, aigus ou séquellaires, les thrombophlébites cérébrales, les accidents hémorragiques cérébraux, cérébro-méningés ou méningés, les hématomes intra-dural ou sous-dural. **Les états dépressifs ou mélancoliques associés pourront éventuellement être codés en plus.**

- * **Profils retenus :** T1, T2, R1, R2, DG, S1, S0

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.

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, aggravation de la perte d'autonomie, complications, etc. à l'arrêt de la prise en charge ou à l'inverse début tardif de récupération. Des évaluations tracées sont alors nécessaires.).

11. Épilepsie, comitialité focale ou généralisée

- * **Cette rubrique regroupe :**
 - La maladie épileptique, crises comitiales focales ou généralisées, dont la recherche étiologique peut être complexe. Si la comitialité est en rapport avec un AVC ancien sans séquelles et sans traitement, seule cette comitialité sera codée. Si l'AVC en cause présente des séquelles, un suivi ou un traitement, il sera codé en sus de la comitialité, avec son profil propre.
 - Une crise comitiale isolée à l'occasion d'un AVC transitoire ne sera pas forcément traitée, une telle situation sera codée S0.

- La mise en route d'une thérapeutique antiépileptique avec équilibration et surveillance rapprochée sera codée T2.

L'exploration d'une crise, en cas de modifications cliniques, sera codée DG.

- * **Profils retenus** : T1, T2, DG, S1, S0

12. Syndrome parkinsonien

- * **Cette rubrique regroupe** : la maladie de Parkinson à tous les stades de son évolution, et tout syndrome parkinsonien, y compris iatrogène. **En cas d'évolution démentielle**, syndrome parkinsonien et syndrome démentiel pourront être codés avec leur profil propre.

Il en sera de même des états dépressifs associés au syndrome parkinsonien.

Par extension, les pathologies chroniques neurologiques dégénératives sont codées ici (SLA, SEP, PSP...).

- * **Profils retenus** : T2, R1, R2, DG, S1, S0

Au stade d'affection invalidante traitée par les anti-parkinsoniens au long cours coder S1. Par contre, s'il apparaît des effets de début et de fin de dose avec des difficultés d'équilibration, le patient sera codé en profil T2. Si les anti-parkinsoniens ne sont plus efficaces : profil S0.

Le profil R2 au long cours est possible chez le patient parkinsonien ayant encore une certaine autonomie (GIR 2, GIR3), dans l'objectif de maintenir celle-ci.

13. Syndrome confusionnel aigu

- * **Cette rubrique regroupe** : tous **les états aigus**, brutaux, bien différents d'une évolution démentielle progressive sur plusieurs mois ou années. Ils traduisent une souffrance cérébrale diffuse et doivent être évoqués devant toute perturbation aiguë de comportement, troubles de la vigilance, altération brutale des fonctions cognitives.

Les syndromes confusionnels ont des origines multiples : après la phase diagnostique, c'est l'étiologie du syndrome confusionnel et son traitement qui se substituera à cette rubrique. Après la phase aiguë, les troubles du **comportement persistant, seront codés pour eux-mêmes.**

Exemple : Syndrome confusionnel par hypoglycémie chez un diabétique non insulino-dépendant. **Au stade d'arrivée, on codera syndrome confusionnel puis après disparition de la confusion**, le diagnostic de surdosage en hypo-glycémifiants étant établi, on codera la seule pathologie **diabète**.

- * **Profils retenus** : T1, T2, P1, DG

14. Troubles chroniques 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 graves des fonctions instinctuelles : sommeil, appétit, sexualité, conduites d'élimination urinaires et anales.

* **Cette rubrique regroupe** : fugues, agitation, agressivité, refus ou demande excessive de soins, troubles alimentaires, troubles vestimentaires, certains troubles sphinctériens, actes incohérents. Les « **troubles caractériels** » et **les troubles graves du sommeil** (insomnie majeure et hypersomnie) sont à inclure ici.

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.

* **Profils retenus** : S1, P1, P2

Troubles du comportement S1

Patient équilibré par des thérapeutiques pharmacologiques et environnementales (architecture adaptée).

Troubles du comportement P2

Le codage P2 sous-entend :

- Le besoin d'une prise en charge psychothérapique et ou psychomotrice (**requis, faisable compte tenu de l'état du patient**) par un psychologue, un psychomotricien (même s'il n'y en a pas actuellement dans l'établissement), associée ou non à une prise en charge médicamenteuse.
- 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 requerrait un peu de prise en charge par un psychiatre (ou de gériatre formé à la psycho-gériatrie) et beaucoup de prise en charge psychothérapique.

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 neurodégénérative 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, ...).

Exemple : Démence évoluée sous traitement médicamenteux depuis plusieurs mois avec troubles du comportement chroniques en unité « Alzheimer » : démence S1 et troubles du comportement P2.

Troubles du comportement P1

Troubles graves du comportement, aigus ou chroniques, à rechutes fréquentes qui nécessiteraient une intervention médicale pluri hebdomadaire (psychiatre, gériatre formé à psycho-gériatrie) et une permanence médicale et paramédicale organisée (même si elle n'existe pas actuellement).

Le plus souvent il s'agit d'auto ou hétéro agressivité, d'agitation psychomotrice, de violence diurne et/ ou nocturne. Patients qui pourraient relever, si ces troubles sont chroniques, d'Unités

d'Hébergement Renforcées (UHR) ou d'unités cognitivo-comportementales (UCC), 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 devrait mettre en œuvre même si cela n'est pas fait actuellement beaucoup d'interventions de psychiatre (où de gériatre formé à la psycho-gériatrie) et un peu de psychothérapie.

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

Dans les établissements spécialisés, labellisés UHR ou non, tous les résidents ne sont pas automatiquement codés P1. Ils ne le sont plus quand les troubles du comportement ont diminué et sont gérables par le personnel de l'établissement, que l'intervention du psychiatre n'est plus nécessaire de façon rapprochée.

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 qui pourrait apporter un bénéfice au patient que ce soit en termes d'amélioration mnésique ou cognitive ou comportementale ou physique ou d'autonomie ou de qualité de vie. Le projet de soin doit être adapté au GIR du patient qui conditionne la faisabilité de la prise en charge.

15. États dépressifs

- * **Cette rubrique regroupe :** les états dépressifs sévères, névrotiques ou réactionnels, la mélancolie. Il importe de rechercher une démence débutante (qui peut être associée), et de préciser les causes organiques, l'hypothyroïdie tout particulièrement. Si ces étiologies étaient confirmées, elles seraient alors codées en sus de l'état **dépressif si ce dernier nécessite une prise en charge spécifique.**
- * Ne pas confondre : « dépression » langage courant, simple symptôme, tristesse, avec « syndrome dépressif » dans le cadre d'une maladie dépressive, état dépressif caractérisé (tristesse de l'humeur, vision péjorative de l'avenir, inhibition, idées de mort) que cet état soit réactionnel ou non.
- * Seuls ces états dépressifs caractérisés se codent **N°15**
- * **Profils retenus :** T2, P1, P2, S1

Le profil P1 correspond à une phase aiguë ou très instable et à haut risque de rechute en équilibration thérapeutique et surveillance rapprochée qui imposerait une prise en charge quotidienne ou pluri-hebdomadaire individuelle par un psychiatre et un psychologue, **P2** à une prise en charge par une psychologue et /ou l'équipe de l'institution au long cours.

16. États anxieux

- * **Cette rubrique regroupe :** de nombreuses névroses, phobies, obsessions, attaques de panique...
- * On distingue l'anxiété « normale » (simple inquiétude temporaire, anxiété du soir) de l'état anxieux pathologique au long cours avec conséquences sur la vie quotidienne (troubles du sommeil, agitation épisodique, demandeur excessif)

- * Cet état anxieux est pathologique parce qu'au long cours il existe :
 - o Anxiété sans objet (je suis angoissé, et je ne sais pas pourquoi et ce n'est pas d'hier)
 - o Anxiété pour des situations passées (Décès d'un proche il y a 10 ans)
 - o Anxiété pour futilités

* Seuls ces états anxieux se codent **N°16**

* **Profils retenus** : T2, P1, P2, DG, S1

Lors de somatisations, le problème se pose avec des pathologies identifiées et le niveau de soins techniques relève du profil DG.

Le profil P1 correspond à une phase aiguë ou très instable et à haut risque de rechute en équilibration thérapeutique et surveillance rapprochée qui imposerait une prise en charge quotidienne ou pluri-hebdomadaire individuelle par un psychiatre et un psychologue.

Les états anxieux sévères au long cours, mobilisent les médecins et l'équipe soignante, qu'ils épuisent souvent par leurs demandes réitérées, et relèvent de P2.

17. Psychoses, délires, hallucinations

* **Cette rubrique regroupe** : tous les états psychotiques. Ils témoignent d'une altération de l'appréhension de la réalité.

Les psychoses ce sont:

- * Tous les états psychotiques (schizophrénie, paranoïas, psychose hallucinatoire chronique, psychose maniaco-dépressive)
- * Les maladies délirantes ayant pour thèmes : délire de préjudice, de jalousie, d'hypochondrie, de persécution, mystique etc, mobilisant lourdement les équipes soignantes
- * Les maladies hallucinatoires : les perceptions sans objet (visuelles, auditives, etc...) qui viennent compliquer la prise en charge d'un état pathologique autre diagnostiqué ou non
- * Seules ces pathologies caractérisées se codent **N°17**

Il est important de dissocier les états pathologiques des symptômes associés à une démence par exemple (lorsque ces symptômes associés et en lien avec le syndrome démentiel ont des répercussions alors on peut les coder sur les troubles du comportement)

* **Profils retenus** : T1, T2, P1, P2, S1

Dans une phase aiguë, les psychotiques peuvent relever de soins techniques importants avec surveillance médicale quotidienne, et être en profil T1 ou T2 selon que le risque vital est en jeu ou non dans l'immédiat. Ces codages sont très exceptionnels.

Le profil P1 correspond à une phase aiguë nécessitant un diagnostic psychiatrique précis et la mise en place d'un traitement médicamenteux, ou à une phase très instable et à haut risque de rechutes en équilibration thérapeutique et surveillance rapprochée qui imposerait une prise en charge quotidienne ou pluri-hebdomadaire individuelle par un psychiatre et un psychologue.

Le profil P2 correspond à une prise en charge institutionnelle au long cours.

Dans une phase chronique, il s'agit des délires de préjudice, de jalousie, d'hypochondrie, de persécution mystique, stabilisés mais mobilisant lourdement les équipes soignantes, qui seront

codés P2. À long terme, la pathologie peut s'enkystrer et ne plus nécessiter d'autre surveillance que celle d'un traitement stable et de son observance codée en profil S1.

18. Syndrome démentiel

- * **Cette rubrique regroupe : les syndromes démentiels de toute étiologie** : Alzheimer, démence vasculaire, frontale, mixte, à corps de Lewy... et toute pathologie pouvant générer des pseudo-démences.

Un diagnostic précoce permet de dissocier la maladie d'Alzheimer des états démentiels secondaires : pathologies iatrogènes, hypothyroïdies, hématomes sous-duraux, tumeurs cérébrales, **qui seront codés EN PLUS s'ils existent dans la liste des états pathologiques**. Les quelques diagnostics spécifiques « hors liste » **seront UNIQUEMENT codés dans cette rubrique syndromes démentiels** (cas de la rare hydrocéphalie à pression normale, souvent recherchée et parfois diagnostiquée, mais peu suivie d'une intervention neuro-chirurgicale justifiant qu'on ne lui réserve pas une ligne particulière).

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. **Les oligophrènes lorsqu'ils ont des troubles des fonctions supérieures importants voire des troubles du comportement, seront codés ici.**

Le codage du syndrome démentiel ne concerne que les **troubles cognitifs**.

- * **Profils retenus** : 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, trouble du comportement important, 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 qui devraient être effectuées par des personnels formés qu'ils soient ou non actuellement présents dans l'établissement (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 deux 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.

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

À 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 des troubles cognitifs (et non des troubles du comportement qui seront codés à part et en plus) individuelle psychiatrique pluri-hebdomadaire.

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

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). On ne retrouve pas ce codage en EHPAD ou USLD

Syndrome démentiel DG

Ce code correspond à la recherche de l'étiologie des troubles cognitifs (le typage 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 étiologique précis doit présenter une utilité pour le patient (ex. permettre d'adapter la prise en charge des symptômes psycho-comportementaux de la démence). Le diagnostic de démence peut généralement être fait en établissement.

La recherche étiologique est très discutable dans les formes évoluées des démences avec grabatisation voire état quasi-végétatif.

Affections broncho-pulmonaires

19. Broncho-pleuro-pneumopathies

- * **Cette rubrique regroupe :** **En aigu**, la bronchite aiguë ou la surinfection bronchique chez un patient souffrant de bronchopathie chronique, les pneumopathies aiguës, les pleurésies associées ou non à une pneumopathie.

En chronique, la bronchite chronique, les autres pneumopathies chroniques dont notamment la silicose, l'asbestose...

La tuberculose pulmonaire entre dans le cadre des broncho-pleuro-pneumopathies.

- * **Profils retenus :** T1, T2, R1, DG, S1, S0

T2 comprend des temps de médecin, infirmier, kiné, imagerie, biologie et traitement dont l'antibiothérapie. Il n'est pas correct de coder en plus syndrome infectieux général. La prescription d'oxygénothérapie ne justifie pas à elle seule le codage T2.

DG est retenu lorsqu'une réflexion diagnostique est faite et que sont demandées fibroscopie ou biopsies, après la phase aiguë.

R1 comprend des temps de médecin, infirmier, kiné +++, traitement dont antibiothérapie et aérosols. Il n'est pas correct de coder en plus syndrome infectieux général.

La kinésithérapie respiratoire relève du profil R1 (rééducation forcément individuelle) pour autant que le malade puisse la supporter et y participer activement.

20. Insuffisances respiratoires

- * **Cette rubrique regroupe :** l'insuffisance respiratoire aiguë, l'insuffisance respiratoire chronique grave, **définie par une hypoxie sanguine de repos** < 55 mm de mercure (2 mesures à 15 j d'intervalle) et VEMS < à 50 % des valeurs normales. Cette IRC grave pose le problème de l'**oxygénothérapie au long cours**.

- * **Profils retenus :** T1, T2, R1, DG, S1, S0

Les explorations ventilatoires relèvent du profil DG et la kinésithérapie respiratoire du profil R1 (rééducation individuelle).

Les patients relevant d'une oxygénothérapie au long cours seront codés T2 ou S1 selon le contexte (T2 correspond à un patient dont l'état général est altéré et dont la situation clinique impose une surveillance médicale et infirmière rapprochée, notamment avec mesure de la saturation en O₂, et adaptation régulière du traitement). L'insuffisance respiratoire chronique non compliquée nécessitant un traitement (y compris l'oxygène, si besoin) et une surveillance programmée sera codée en profil S1.

Dès que surviennent des phases d'encombrement à rechute **imposant une permanence infirmière**, le malade doit être codé T2 incluant la surveillance et la kinésithérapie.

Cas particulier de la trachéotomie qui sera codée T2 si nécessité d'une infirmière pour aspirations itératives, et S1 pour la simple surveillance et changement de canule.

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, ...)

21. Embolies pulmonaires

- * **Cette rubrique regroupe :** toutes les formes cliniques de **migration aiguë, et/ou récidivante**. Ce diagnostic pose également le problème du traitement préventif lorsqu'il existe des troubles du rythme associés qui seront donc codés également, avec leur profil propre.

Dans le cas d'une embolie pulmonaire survenant sur une phlébite, **on codera l'embolie pulmonaire ET la phlébite** chacune avec son profil propre ; il en sera de même pour la fibrillation auriculaire. Si l'embolie pulmonaire induit une insuffisance ventriculaire gauche, on codera les deux diagnostics.

- * **Profils retenus :** T1, T2, DG, S1

Le diagnostic est difficile et parfois méconnu mais aussi souvent porté par excès. À la phase initiale, le pronostic vital conditionne le profil T1. Le profil T2 correspond à la période de soins, sans pronostic vital en jeu, imposant une surveillance médicale pluri-hebdomadaire et une permanence infirmière (**T1 et T2 comportent la valorisation des moyens diagnostiques**).

Le profil DG correspond à une phase diagnostique **à distance de tout épisode aigu** faisant suspecter une embolie pulmonaire ou un ATCD d'embolie pulmonaire non diagnostiquée initialement. Le traitement de fond (par voie injectable ou orale) après une embolie pulmonaire sera codé S1.

Pathologies infectieuses

22. Syndromes infectieux généraux bactériens ou viraux

- * **Cette rubrique regroupe :** tous les **états infectieux généralisés** aigus, avec ou sans septicémie, ou chroniques (Osler) ainsi que les pathologies virales. Ces états infectieux généraux concernent toutes les diffusions y compris méningées, hors broncho-pneumopathie aiguë N°19.

- * **Profils retenus :** T1, T2, DG, S1

Les épisodes aigus seront codés T1 ou T2 selon l'existence d'un risque vital ou non (incorporant la phase diagnostique avec hémocultures notamment). Le profil DG concerne les investigations en cas de suspicion de pathologie infectieuse. S1 sera utilisé pour les traitements antibiotiques « de consolidation » par voie orale n'imposant qu'une surveillance épisodique.

23. Syndromes infectieux locaux

- * **Cette rubrique regroupe :** le zona, l'érysipèle, tous les abcès des parties molles où qu'ils se trouvent ainsi que les lésions cutanées localisées d'origine infectieuse **sauf les localisations osseuses qui seront codées dans la rubrique N°30 et les pathologies infectieuses oculaires N°46**.

- * **Profils retenus :** T1, T2, CH, S1

Le profil CH correspond à des soins locaux « lourds » (pansements mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les jours ou tous les deux jours). Des soins locaux simples sont S1.

24. Infections urinaires basses

- * **Cette rubrique regroupe** : toutes les infections urinaires sans signes généraux et cliniquement pertinentes, **posant de réels problèmes et souvent récidivantes**, quelle qu'en soit l'étiologie, et en particulier les infections sur sonde, etc.

Si une infection urinaire basse **génère un syndrome infectieux général**, par convention, on conservera l'infection urinaire basse et on rajoutera l'état pathologique N°22 (la pyélonéphrite n'est pas une infection urinaire basse et doit être codée N°22).

- * **Profils retenus** : DG, S1, S0

Devant une infection urinaire basse récidivante, il est licite d'effectuer des investigations justifiant le codage en profil DG. Une infection urinaire connue mais « banale » n'imposant ni traitement ni surveillance particulière, sera codée en profil S0. **La découverte d'un germe multi-résistant asymptomatique ne légitime aucunement un profil T2 mais simplement un codage S1.** (rapport ministériel du Dr CARLET). La pratique d'un ECBU ne justifie pas le codage DG.

Affections dermatologiques

25. Escarres, ulcères et autres plaies

- * **Cette rubrique regroupe** : toutes les lésions cutanées entraînant une vaste perte de substance et un traitement prolongé. La rubrique comprend **toutes les escarres** quelle qu'en soit la localisation sur les membres, le tronc ou le bassin.

- * **Profils retenus** : CH, S1

CH correspond à des soins complexes et longs, mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les jours ou tous les deux jours. **L'escarre CH est un marqueur de la gravité de l'état général** du patient et peut s'accompagner d'état(s) pathologique(s) imposant une permanence infirmière. 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 déterision est nécessaire.

La multiplication de pansements simples peut également permettre de coder CH.

S1 correspond à une surveillance infirmière d'une lésion débutante.

La prévention des escarres chez un malade confiné au lit et au fauteuil (positionnement, ...) est prise en compte dans AGGIR (transferts).

26. Autres lésions cutanées graves

- * **Cette rubrique regroupe** : les autres pathologies en dehors de l'ulcère et de l'escarre, qu'il s'agisse des pertes de substance liées aux **dermatoses bulleuses et brûlures**, ou des autres pathologies dermatologiques graves tels que les **grands psoriasis**, les **eczémas suintants**, etc. générant des soins techniques.

- * **Profils retenus** : CH, DG, S1

Les lésions peuvent nécessiter des biopsies en vue du diagnostic : profil DG.

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

Les soins locaux seront codés CH ou S1 selon le contexte et la mobilisation de l'infirmière.

Affections ostéo-articulaires

27. Pathologie de la hanche

- * **Cette rubrique regroupe** : toutes les fractures opérées récemment ou non, les arthropathies, les arthroses opérées récemment ou non, les infections locales quel que soit le germe, la nécrose aseptique.

Elle n'inclut pas les fractures du bassin qui seront à mettre dans « pathologie osseuse d'autres localisations » (état pathologique N°30).

- * **Profils retenus** : T2, R1, R2, DG, S1, S0

Le diagnostic d'une atteinte de la hanche peut être difficile et nécessiter des investigations complémentaires (scintigraphie, ponctions, tomographies), une telle situation relève du profil DG à distance de tout épisode chaud.

28. Pathologie de l'épaule

- * **Cette rubrique regroupe** : toutes les fractures de l'épaule, les arthrites infectieuses ou inflammatoires, la pseudo polyarthrite rhumatoïde si la maladie prédomine aux épaules, les tendinopathies, les manifestations microcristallines de cette localisation.

- * **Profils retenus** : T2, R1, R2, DG, S1, S0

Les difficultés diagnostiques relèvent du profil DG.

29. Pathologie vertébro-discale

- * **Cette rubrique regroupe** : toutes les fractures vertébrales, c'est-à-dire récentes, toutes les déformations cyphotiques ou scoliotiques, les déminéralisations osseuses ostéoporotiques ou ostéomalaciques du rachis responsables **ou à risque** d'un ou plusieurs tassements vertébraux, même anciens s'ils sont symptomatiques. Les lésions discales sont également incluses dans cette rubrique. Les pathologies infectieuses, vertébrales ou discales sont également cotées ici.

- * **Profils retenus** : T2, R1, R2, DG, S1, S0

En phase aiguë, les soins relèvent du profil T2. Les problèmes diagnostiques et leurs investigations : DG. Les traitements reminéralisants relèvent du profil S1 (vitamine D, calcium et éventuellement anti-ostéoporotiques). Une cypho-scoliose ancienne, sans signes cliniques vertébraux, mais responsable d'une insuffisance respiratoire imposant une surveillance et/ou un traitement, sera codée état pathologique N°20 avec son profil ET pathologie vertébro-discale S0.

30. Pathologies osseuses d'autres localisations

- * **Cette rubrique regroupe** : toutes les lésions osseuses à l'exception des lésions néoplasiques, qu'il s'agisse de fractures, de pathologies de la trame osseuse, d'abcès, **de localisations autres que l'épaule, la hanche et les vertèbres**. Cette rubrique inclut les atteintes des côtes, du bassin, du crâne, des sinus, des maxillaires, des dents...

En cas de lésions osseuses associant des atteintes de la hanche ou de l'épaule, en plus d'autres localisations codées 30, hanche et épaule seront spécifiquement désignées par leur code spécifique 27 ou 28.

- * **Profils retenus** : T2, R1, R2, DG, S1, S0

31. Polyarthrite, pathologies articulaires d'autres localisations

- * **Cette rubrique regroupe : les polyarthrites** : la polyarthrite rhumatoïde, les accès de goutte ou de chondrocalcinose polyarticulaire. *En cas de mono-arthrite, si l'articulation atteinte concerne uniquement l'épaule, la hanche, une articulation disco-vertébrale, celles-ci seront codées dans les rubriques 27, 28 et 29.* Par contre, en cas d'autres localisations osseuses (genoux, mains, chevilles, etc.), celles-ci seront codées en 31, sous ce terme global de polyarthrite et autres localisations articulaires.
- * **Profils retenus** : T2, R1, R2, DG, S1, S0

Ces pathologies posent des problèmes de diagnostic, de surveillance et de traitement de fond, de prise en charge des poussées aiguës ainsi que la prise en charge dans le cadre de la rééducation.

Affections gastro-entérologiques

32. Syndromes digestifs hauts

- * **Cette rubrique regroupe** : toutes les symptomatologies cliniquement pertinentes de la sphère digestive haute, quelle qu'en soit l'étiologie : hernie hiatale, œsophagite, gastrite, ulcère gastrique ou duodéal. **Les troubles de la déglutition récidivants**, quelle qu'en soit l'étiologie sont à mentionner dans cette rubrique. **Les cancers seront cotés dans la rubrique spécifique.**
- * **Profils retenus** : T1, T2, CH, DG, S1, S0

Les situations graves relèvent des profils T1 ou T2, les investigations endoscopiques de DG, les soins locaux en post opératoire de CH et les traitements de fond de S1.

La gastrostomie peut être codée ici si elle a été posée pour prévenir ou diminuer les troubles de la déglutition, ou dans l'état pathologique dénutrition lorsque son objectif principal est la renutrition. Selon les problèmes que posent sa tolérance et sa surveillance, on codera syndrome digestif haut S1 ou T2, ce dernier correspondant à une situation clinique grave avec altération de l'état général imposant une surveillance rapprochée.

Les fausses routes

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 aiguë, et la présence du médecin pour confirmer le diagnostic et mettre en place les mesures préventives. Ces situations sont généralement à l'origine de pneumopathies de déglutition, et justifient la prescription d'antibiotiques de façon répétée.

33. Syndromes abdominaux

- * **Cette rubrique regroupe** : toutes les symptomatologies abdominales, indépendamment de leurs étiologies et de l'organe en cause, toute pathologie bénigne du colon : sigmoïdite, colite infectieuse ou ischémique, aiguë ou chronique, syndrome occlusif ou sub-occlusif, constipation opiniâtre, diarrhée, hernies, polypes bénins, diverticulose...

Les pathologies méésentériques, utérines, ovariennes, tubaires, vésicales bénignes seront répertoriées ici. **Les cancers seront cotés dans la rubrique spécifique.**

- * **Profils retenus** : T1, T2, DG, CH, S1, S0

Les syndromes abdominaux à la phase aiguë peuvent générer beaucoup de soins techniques, aspiration, perfusions... (T1 ou T2). En post opératoire les soins locaux importants relèvent du profil CH. Le profil T2 est retenu si l'intervention d'un médecin est nécessaire pour suivre l'évolution à court terme.

34. Pathologie hépatique, biliaire, pancréatique

- * **Cette rubrique regroupe** : toutes les pathologies de l'arbre biliaire, lithiasiques ou non, les pathologies hépatiques iatrogènes ou non, les cirrhoses hépatiques compensées ou décompensées, les hépatites aiguës ou chroniques.

La pathologie pancréatique de nature bénigne est codée ici. **Les cancers sont cotés dans la rubrique spécifique.**

- * **Profils retenus** : T1, T2, CH, DG, S1, S0

Les investigations nécessaires dans le cadre d'une réflexion clinique, échographie, scanner, cathétérisme rétrograde, relèvent de DG. Les soins locaux en post opératoire de CH et la prise d'extraits pancréatiques ou autres thérapeutiques au long cours de S1.

35. Dénutrition

Les consignes de codage PATHOS dans la dénutrition suivent les recommandations publiées, 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-dedenutrition-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 la 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% du poids du corps en un mois ou \geq 15% en 6 mois.
- IMC $<$ 18.
- Albuminémie $<$ 30 g/l.

Conduite à tenir

Attention, l'albuminémie s'interprète au regard de la CRP.

Chez les personnes âgées, l'IMC constaté sera interprété au regard de l'IMC antérieur.

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.

* **Profils retenus** : S0, S1, DG, T2.

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 II y a prise en charge par la seule alimentation habituelle 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 et/ou fractionnée par la **cuisine+++**. Par extension, la prévention de la dénutrition chez un malade à risque identifié et tracé, mais ne répondant pas encore aux critères de la HAS, pourra être codée dénutrition S1.

La surveillance de l'alimentation est authentifiée par une fiche de surveillance alimentaire, une courbe de poids est faite. La personne doit pouvoir a priori tirer un bénéfice réel de cette stratégie.

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.

La prescription des médicaments adjuvants, comme par exemple l'alpha-cétoglutarate d'ornithine, dès lors qu'elle répond aux recommandations de la 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 de la dénutrition. Le patient doit pouvoir tirer un bénéfice du diagnostic.

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.

Profil T2

Dénutrition récente sévère d'emblée ou secondaire à un événement aigu (infection, intervention, convalescence, ...).

Le profil T2 correspond à des situations cliniques graves avec altération de l'état général, lorsque la thérapeutique a, a priori, encore de réelles chances de succès. Elle impose une surveillance de la renutrition rapprochée clinique et biologique traçable sur le dossier soin et médical et une permanence infirmière.

L'état de santé de la personne justifie une surveillance médico-infirmière pluri hebdomadaire et éventuellement la prescription de compléments nutritionnels par voie orale (CNO), en complément des autres mesures mises en œuvre (conseils diététiques, alimentation enrichie...).

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.

Le patient redevient S1 quand le poids se stabilise et qu'on allège le temps de surveillance médicale.

Les patients relevant d'une gastrostomie de renutrition seront codés T2 ou S1 selon le contexte de surveillance rapprochée ou non. La nutrition entérale sera codée S1 quand elle ne nécessite que le simple changement des poches et une surveillance épisodique.

Affections endocriniennes

36. Diabète

- * **Cette rubrique regroupe : tout diabète** traité en routine ainsi que les accidents qui peuvent émailler l'évolution du traitement : hypoglycémie, acidocétose, coma hyperosmolaire. **Les complications** artérielles seront codées en plus : N°2 pour les coronaropathies, N°7 pour les artériopathies chroniques, N°10 pour les accidents vasculaires cérébraux, N°46 pour les pathologies oculaires évolutives telles que glaucome, rétinopathie diabétique, etc.

- * **Profils retenus : T1, T2, S1**

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.

La surveillance du diabète ou de ses éventuelles complications est affectée aux numéros du diagnostic des complications avec le profil S1 (complications vasculaires, coronariennes, rénales et oculaires).

37. Dysthyroïdie

- * **Cette rubrique regroupe :** toutes les **hypothyroïdies** quelle qu'en soit l'origine : iatrogène essentiellement par l'amiodarone mais également hypothyroïdie dans les suites d'un traitement d'hyperthyroïdie par iode 131 ou thyroïdectomie ou thyroïdite de Hashimoto évoluée. Ne seront codées que les hypothyroïdies traitées en excluant les affections biologiquement frustrées ou sans incidence clinique.

Toutes les **hyperthyroïdies** quelle qu'en soit l'étiologie : Basedow, nodule chaud, pathologie iatrogène, thyroïdite... Une fibrillation auriculaire associée sera codée en plus.

- * **Profils retenus : T2, CH, DG, S1**

Le démarrage des traitements (thyroxine, ATS), avec risque cardiaque notamment, relève de T2 (surveillance rapprochée). Le traitement d'entretien sera codé S1. Les investigations sont DG et les soins locaux lourds en post opératoires d'une intervention pour hyperthyroïdie CH.

38. Troubles de l'hydratation

- * **Cette rubrique regroupe :** tous les troubles de l'hydratation, quelle qu'en soit l'étiologie, et pose entre autres le problème du codage des perfusions sous cutanées. Lorsque la cause d'une déshydratation est connue, coder la pathologie responsable en sus des troubles de l'hydratation, avec son profil propre. **Si cette pathologie nécessite une surveillance et des soins importants (profil T1 et T2), le trouble de l'hydratation sera traité avec la pathologie aiguë en cause (perfusions) et sera seulement signalé par un codage S1.**

- * **Profils retenus : T2, DG, S1**

Le patient relevant d'une **perfusion sous cutanée** sera codé T2 ou S1 selon le contexte. 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.

Le simple complément hydrique sous cutané chez une personne buvant peu, conservant un état général satisfaisant sera codé en profil S1.

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

Affections uro-néphrologiques

39. Rétention urinaire

* **Cette rubrique regroupe** : toutes les rétentions qu'elles soient aiguës ou chroniques, que l'obstacle canalaire soit bénin ou malin ; en cas de rétention par néo de la prostate seront codées rétention urinaire et la rubrique « cancers ».

* **Profils retenus** : T2, DG, S1

La charge de soins induite **par une sonde à demeure ou un cathéter sus pubien**, sa surveillance et son changement relèvent du profil S1. En revanche un patient se mettant itérativement en rétention ou ayant une sonde urinaire ou un cathéter sus pubien posant des problèmes techniques pluri-hebdomadaires sera codé T2.

40. Insuffisance rénale

* **Cette rubrique regroupe** : toutes les insuffisances rénales quelle qu'en soit l'étiologie dès lors que cette pathologie apparaît comme cliniquement pertinente : insuffisance rénale fonctionnelle, insuffisance rénale par néphropathie hypertensive, infectieuse ascendante, polykystose rénale, obstacle urétéral, iatrogène... **Elle inclut également les patients en dialyse péritonéale ou hémodialysés.**

* **Profils retenus** : T1, T2, DG, S1, S0

Si le malade est en dialyse péritonéale dans l'établissement, le malade sera en profil T2. Par contre s'il est en hémodialyse chronique, dans la mesure où cette thérapeutique est effectuées hors de l'établissement, le malade sera codé S1. Une insuffisance rénale fonctionnelle, à l'occasion d'une pathologie aiguë infectieuse par exemple, n'imposera pas d'emblée des explorations diagnostiques.

41. Incontinence

* **Cette rubrique regroupe** : toutes les incontinenances quel qu'en soit le mécanisme : urgence mictionnelle, effort, mixte, et quelle qu'en soit l'étiologie.

* **Profils retenus** : R1, DG, S1, S0

Les investigations nécessaires au diagnostic et pertinentes compte tenu de l'état de santé de la personne (débimétrie, cystomanométrie, échographie) relèveront de DG, la rééducation de R1 (rééducation individuelle), la prise en charge pharmacologique de S1.

Le malade porteur d'une **sonde à demeure** sera codé S1 et **la simple pose de protections** S0 (prise en charge au titre de l'hygiène de l'élimination dans AGGIR). Il en est de même pour le malade qui est mené plusieurs fois par jour aux toilettes par les aides soignantes (AGGIR . hygiène de l'élimination urinaire B).

La confrontation du diagnostic d'incontinence avec le niveau d'autonomie pour l'hygiène de l'élimination mesurée avec AGGIR permet de mettre en évidence des comportements inadéquats dans les structures telles que la pose systématique de protections à des malades pourtant valides et cohérents, sans projet en matière de prise en charge de l'incontinence.

Autres domaines pathologiques

42. Anémies

- * **Cette rubrique regroupe :** toutes les anémies quelle qu'en soit l'étiologie dès lors qu'elles sont cliniquement pertinentes.
 - anémies par saignement, si elles sont par exemple dues à un cancer digestif, on codera anémie N°42 et cancer N°43,
 - anémies en rapport avec une affection hématopoïétique maligne seront codées N°42 et hémopathie maligne N°44,
 - anémies par déficit en folates, en B12, en fer (N°42 seul),
 - anémie inflammatoire sera aussi codée en fonction de l'étiologie du syndrome inflammatoire et si celui-ci est inexpliqué par son code spécifique N°45 en sus de N°42,
 - anémie en rapport avec une insuffisance rénale chronique sera codée N°42 et N°41,
 - anémie réfractaire, les anémies hémolytiques du sujet âgé (N°42 seul).

- * **Profils retenus :** T1, T2, DG, S1, S0

Les investigations requises, ponction sternale, fibroscopies digestives, biologie seront codées DG. Les transfusions répétées dans l'EHPAD ou l'USLD relèvent du profil T1 ou T2 selon le caractère vital ou non de la situation.

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.

43. États cancéreux

- * **Cette rubrique regroupe :** toutes **les tumeurs solides** en place ou opérées récemment. Si le cancer est associé à des manifestations symptomatiques diverses on cotera simultanément le cancer et ses conséquences.

- * **Profils retenus :** T1, T2, CH, DG, S1, S0

Si un cancer est responsable d'un état terminal M1 ou M2, le profil retenu pour le cancer dépendra des traitements anticancéreux qui sont encore effectués. Si les traitements sont arrêtés le codage sera S0.

Cas particulier de la trachéotomie qui sera codée T2 si nécessité d'une infirmière pour aspirations itératives, et S1 pour la simple surveillance et changement de canule.

44. Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique

- * **Cette rubrique regroupe :** toutes **les affections malignes** telles que : Myélome, Waldenstroëm, lymphomes, leucoses malignes aiguës ou chroniques.

- * **Profils retenus :** T1, T2, DG, S1, S0

À signaler qu'en cas de transfusion, le profil de soins sera T2 eu égard à la surveillance clinique et aux dossiers administratifs lourds imposés par la traçabilité des produits sanguins.

Si une hémopathie maligne est responsable d'un état terminal M1 ou M2, le profil retenu pour l'hémopathie dépendra des traitements spécifiques qui sont encore effectués. Si ces traitements sont arrêtés le codage sera S0.

45. Syndrome inflammatoire ou fièvre inexpliqués

- * **Cette rubrique regroupe :** les anomalies biologiques témoignant d'un syndrome inflammatoire inexpliqué. On inclut ici également les fièvres au long cours inexpliquées.
- * **Profils retenus :** DG, S1, S0

46. Pathologies oculaires évolutives

- * **Cette rubrique regroupe :** les **glaucomes évolutifs** nécessitant des instillations de collyres, les **rétinopathies** diabétiques générant des investigations complémentaires, les **pathologies infectieuses**. Un zona ophtalmique générant des soins oculaires locaux sera codé dans cette rubrique. La cataracte opérée ou non, avec ou sans soins locaux, sera codée S1 ou S0, il en sera de même de toute cécité quelle qu'en soit la cause.
- * **Profils retenus :** T2, CH, DG, S1, S0

47. État grabataire, troubles de la marche

- * **Cette rubrique regroupe :** toute personne ne quittant pas le lit ou ayant de grandes difficultés locomotrices. Il peut s'agir d'une personne :
 - alitée **au stade terminal** qui sera codé « état terminal » N°48 et non pas N°47,
 - alitée depuis quelques temps, qui aura été changée régulièrement de position et qu'il conviendra de **revalider** ce qui nécessitera une charge de travail importante de la part des kinésithérapeutes et des autres membres de l'équipe soignante, sous la prescription du médecin réadaptateur fonctionnel,
 - alitée de longue date, parfois négligée, nécessitant **une reverticalisation et une rééducation à la marche avec des chances raisonnable de succès.**

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.

- * **Profils retenus :** R1, R2, S1

L'alidité depuis peu de temps relève du profil R2. La dégrabatisation lourde avec reverticalisation et réapprentissage de la marche relève du profil R1 (imposant une prise en charge de type SSR). Le syndrome post chute prend place ici. Si le patient ne souhaite pas cette revalidation, ou si celle-ci apparaît soit irréaliste soit relevant de l'acharnement thérapeutique, l'état pathologique sera codé S1 (ce profil comprenant les diverses préventions).

La rubrique peut être utilisée seule si elle est la conséquence de la polypathologie OU en association avec la pathologie causale qu'elle complète et précise, si cette pathologie nécessite une rééducation et des soins par ailleurs lourds (une équilibration thérapeutique ou des pansements complexes). Dans ce cas **toujours coder la rééducation sur la pathologie N°47** : ainsi, un malade amputé récemment pour artériopathie et dont l'état impose à la fois des pansements lourds et une rééducation intensive sera codé amputation N°6 CH et troubles de la marche N°47 R1.

48. État terminal à plus ou moins longue échéance

↪ Cas particulier des « États terminaux »

Il est souvent difficile d'imputer chez un patient poly-pathologique l'état terminal à l'une ou l'autre pathologie. **Il est parfaitement possible pour cet état pathologique 48 d'associer**

tout autre état pathologique avec son profil propre. Rappelons que la rubrique « état terminal » n'est codée que lorsque toute thérapeutique curative est exclue et que l'équipe médicale a formulé, ou aurait dû formuler, le passage aux soins palliatifs ou aux soins de confort (profils M1 ou M2).

Il s'agit ici de malades pour lesquels à été clairement formulé l'**état de « fin de vie »** (et non de malades simplement grabataires au long cours), conséquences de l'évolution d'une ou plusieurs maladies (éventuellement lente).

- * **Cette rubrique regroupe :** toutes les aggravations irréversibles de pathologies mettant en jeu le pronostic vital. La durée d'évolution peut être courte (15 jours par exemple) ou beaucoup plus longue (plusieurs mois par exemple).

Il est souvent très difficile chez un vieillard polypathologique d'imputer à telle ou telle pathologie, la responsabilité d'une évolution qui risque d'être fatale. Cependant, il sera possible d'ajouter à cette rubrique les états pathologiques éclairant le tableau.

La présence d'escarres sera obligatoirement mentionnée (N°25) car, même en soins palliatifs, elles doivent être traitées.

Les deux profils possibles comprennent du temps de kinésithérapie et l'accompagnement psychologique de l'entourage.

- * **Profils retenus :** M1, M2

Deux profils de soins techniques peuvent être choisis pour cette rubrique :

profil M1 : soins palliatifs psychothérapeutiques et techniques lourds

Il s'agit ici des soins lourds requis dans le **cadre d'un accompagnement de fin de vie nécessitant une importante mobilisation de soins tant relationnels et de soutien psychologique au malade et à son environnement, que techniques, pour contrôler les douleurs** (morphiniques en perfusion sous cutanée avec seringue à débit constant ou administration par voie orale), et **pour contrôler les troubles fonctionnels gênant le confort** (vomissements, hoquet, constipation, encombrement respiratoire...).

Exemple : Phase terminale chez un dément poly-algique sous morphine insuffisant cardiaque et hypertendu, on codera l'état terminal en M1, la démence, l'insuffisance cardiaque et l'HTA en S1 ou S0.

profil M2 : soins palliatifs d'accompagnement

Il s'agit ici d'un patient inconscient ou n'ayant plus de relation avec l'entourage, ne posant pas de problème de soins techniques particuliers, **nécessitant juste des soins de base et de confort, une hydratation buccale régulière, un contrôle de l'encombrement bronchique éventuel et, si besoin, l'administration d'antalgiques.**

49. Autres pathologies

- * **Cette rubrique regroupe :** tous les diagnostics qui n'auront pas pu être inclus dans l'ensemble des états pathologiques sus-décrits (ils concernent moins de 2 % des situations cliniques rencontrées).

Attention d'utiliser le diagnostic 49 avec parcimonie en s'assurant bien qu'un des états pathologiques ci-dessus ne permet pas de mieux décrire la situation clinique.

- * **Profils retenus** : pour cette rubrique, les 12 profils de soins médicaux et techniques sont possibles.

50. Aucune pathologie pertinente à retenir

Cette rubrique concerne les personnes âgées **sans pathologie notable** : elles peuvent être tout à fait autonomes ou être en perte d'autonomie et ne plus être « malades ».

Cette rubrique ne sera a priori jamais utilisée dans le cadre hospitalier car elle correspondrait à une inadéquation patient - structure, mais peut se rencontrer en EHPAD et à domicile où l'éventualité d'une personne âgée sans pathologie « pertinente » n'a rien d'exceptionnel.

- * **Profils retenus** : S0

Révision 2017

Yannick Eon

Danièle Steinbach

Michel Salom

Christian Le Provost

Éléments de bibliographie

Site internet de documentation de la CNSA : cnsa.fr

Sur ce site :

- Documents pédagogiques PATHOS actualisés (guide de codage, diaporamas)
- Recommandations de prise en charge des sociétés savantes et HAS
- Principaux outils d'évaluation gériatriques et leur mode d'emploi (MMSE, MNA, Test de Tinetti, NPIES, Echelle Doloplus etc ..)
- Divers documents officiels

ARH, CRAM, ARCMSA : *Prise en charge des personnes de 75 ans et plus dans les services de court séjour de médecine des Pays de Loire*. Nantes 2003.

Ducoudray J.M. : *Le tableau de bord de PATHOS, lecture et interprétation*. La revue de gériatrie, Tome 24 N°6 juin 1999, 453-456.

Irrle M.E. : *Étude des appels et du devenir en 2002 des abonnés en 1999 du système de télé-alarme Delta Revie dans le Haut Rhin*. Thèse de doctorat en médecine, 2003, Faculté de médecine de Strasbourg.

Mineur J.P., Leroux R., Vétel J.M., Ducoudray J.M., Prévost P. : *L'hospitalisation des personnes de 75 ans et plus dans le département du Cher*. Techniques Hospitalières, octobre 2001 N°660.

Prévost P., Vuillemin C., Fender P. : *Étude Pathos sur l'échantillon « Ernest »*. Les soins de santé en maisons de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national. CNAMTS, décembre 2003.

Prévost P., Vuillemin C. : *Comparaison des structures hospitalières et médico-sociales au moyen de PATHOS*. La revue de gériatrie, Tome 24 N°6 juin 1999.

Vétel J.M., Leroux R., Ducoudray J.M., Prévost P. : *Le système PATHOS*. La revue de gériatrie, Tome 24 N°6 juin 1999, 431-452.

Vétel J.M., Leroux R., Vuillemin C., Ducoudray J.M., Prévost P. : *Système d'évaluation des niveaux de besoins en soins médicaux et techniques : PATHOS*. L'évaluation et l'intervention gérontologique, Collection l'année gérontologique, édition Serdi 1998 109-117.

Annexe 1 : Liste des incohérences

Volet AGGIR

- Déplacement intérieur A et Cohérence C
- Déplacement intérieur A et Orientation C
- Cohérence C et orientation C et Toilette A
- Cohérence C et orientation C et Habillage A
- Cohérence C et orientation C et Alimentation A
- Cohérence C et orientation C et Elimination A
- Cohérence C et orientation C et Transferts A
- Cohérence A et Orientation A et Transferts A et Déplacements Intérieurs A et Toilette C Elimination C Habillage B
- Cohérence A et orientation A et Transferts A et Déplacements Intérieurs A et Toilette C Elimination B Habillage C
- Cohérence A et orientation A et Transferts A et Déplacements Intérieurs A et Toilette B Elimination C Habillage C
- Cohérence A et orientation A et Transferts A et Déplacements Intérieurs A et Toilette C Elimination C Habillage C

Volet PATHOS

- Etat terminal M1 ou Etat terminal M2 avec un profil T2
- Etat terminal M1 ou Etat terminal M2 avec un profil P1, P2, DG, R1, R2
- Pourcentage de profils DG > 10 %
- Démence S0 et profil R1 sur autre pathologie que phlébite, broncho pleuro pneumopathie, insuffisance respiratoire.

Volets AGGIR /PATHOS

- **GIR 1 et syndrome démentiel S1 et profil R1 sur autre pathologie que phlébite, Broncho pleuro pneumopathie, insuffisance respiratoire.**
- **GIR 1 et syndrome démentiel S0 et profil R1 sur autre pathologie que phlébite, Broncho pleuro pneumopathie, insuffisance respiratoire.**
- **Cohérence C et Orientation C et syndrome démentiel P2**
- **Cohérence C et Orientation C sans syndrome démentiel**
- **Cohérence C et Orientation C et Profil R1**
- **Cohérence A et Orientation A et troubles du comportement**
- **Alimentation A et Troubles de l'hydratation T2**
- **Alimentation A et Troubles de l'hydratation S1**
- **Alimentation A et Troubles de l'hydratation DG**
- **GIR 5 ou 6 avec Etat terminal**
- **Incompatibilités avec déplacement intérieur A :**
 - **Syndrome confusionnel aigu T2**
 - **Embolie pulmonaire T2**
 - **Syndrome infectieux généralisé T2**
 - **Accident vasculaire cérébral T2**
 - **Pathologie de la hanche T2**
 - **Pathologie vertébrodiscale T2**



FICHE INDIVIDUELLE

Annexe 2 :

IDENTIFICATION

NOM :

Prénom :

Échelon local

Étude

Numéro

Définis par le système informatique

PATHOLOGIES Entourez, à gauche le numéro de l'état pathologique présent et cochez la case - *une seule* - du profil correspondant à cet état pathologique

ÉTATS PATHOLOGIQUES

PROFILS

Affections cardio-vasculaires

- 01 Insuffisance cardiaque
- 02 Coronaropathie
- 03 Hypertension artérielle
- 04 Troubles du rythme
- 05 Phlébites
- 06 Embolie et thrombose artérielle, amputation
- 07 Artériopathies chroniques
- 08 Hypotension orthostatique

T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections neuro-psychiatriques

- 09 Malaises, vertiges, P d C, chutes
- 10 Accidents vasculaires cérébraux
- 11 Comitialité focale et généralisée
- 12 Syndrome parkinsonien
- 13 Syndrome confusionnel aigu

T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

- 14 Troubles chroniques du comportement
- 15 Etats dépressifs
- 16 Etats anxieux
- 17 Psychose, délires, hallucinations
- 18 Syndrome démentiel

T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections broncho-pulmonaires

- 19 Broncho-pleuro-pneumopathies
- 20 Insuffisance respiratoire
- 21 Embolies pulmonaires

T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Pathologies infectieuses

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
22 Syndromes infectieux généraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
23 Syndromes infectieux locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
24 Infections urinaires basses								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections dermatologiques

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
25 Escarres								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
26 Autres lésions cutanées								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Affections ostéo-articulaires

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
27 Pathologie de la hanche	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Pathologie de l'épaule	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Pathologie vertébro-discale	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Autres pathologies osseuses	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Polyarthrite et pathologies articulaires	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections gastro-entérologiques

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
32 Syndromes digestifs hauts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Syndromes abdominaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Affection hépatique, biliaire, pancréatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Dénutrition		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections endocriniennes

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
36 Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	
37 Dysthyroïdie		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
38 Troubles de l'hydratation		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Affections uro-néphrologiques

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
39 Rétention urinaire		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
40 Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Incontinence					<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres domaines

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
42 Anémies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Etats cancéreux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Hémopathies malignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 Syndrome inflammatoire, fièvre inexpliquée								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 Pathologies oculaires évolutives		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 Etat grabataire et troubles de la marche					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
48 Etat terminal										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
49 Autres pathologies	<input type="checkbox"/>											

En clair

50 Aucune pathologie pertinente à retenir												<input type="checkbox"/>
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------