Le modèle « PATHOS »

Guide d'utilisation 2010

Ce document remplace les guides PATHOS
publiés en 2005 et 2007
et les guides d'harmonisation
du codage antérieurs à 2010.

Catherine REA
Yannick EON
Jean Marie Vétel
Jean Marc Ducoudray
Robert Leroux
Patrice Prévost
Jean Marie Vétel
Claire Vuillemin

Janvier 2010

SOMMAIRE

GENERALITES 4
Aperçu du concept et de l'utilisation 4
Fonctionnement de PATHOS : 8
Les bilans du modèle PATHOS 9
Le modèle PATHOS 12
Rappel des principaux concepts 12
Principes de codage 13
Codage des états pathologiques 13
Codage des profils de soins 14
DÉFINITION DES PROFILS DE SOINS REQUIS 16
INTRODUCTION 16
Profil T1 17
Profil T2 17
Profil P1 18
Profil P2 18
Profil R1 19
Profil R2 19
Profil CH 21
Profil DG 21
Profil M1 22
Profil M2 23
Profil S1 23
Profil S0 23
THÉSAURUS DESCRIPTIF DES ÉTATS PATHOLOGIQUES 25
AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES 25
1. Insuffisance cardiaque 25
2. Coronaropathie 25
3. Hypertension artérielle 25
4. Troubles du rythme 25
5. Phlébites 26
6. Embolies et thromboses artérielles, gangrène, amputation 26
7. Artériopathies chroniques 26
8. Hypotension orthostatique 26
AFFECTIONS NEURO-PSYCHIATRIQUES 27
9. Malaises, vertiges, perte de connaissance brève, chutes 27
10. Accidents vasculaires cérébraux 27
11. Epilepsie, comitialité focale ou généralisée 27
12. Syndrome parkinsonien 29
13. Syndrome confusionnel aigu 29
14. Troubles chroniques du comportement 29
15. Etats dépressifs 31
16. Etats anxieux 31
17. Psychoses, délires, hallucinations 31
18. Syndrome démentiel 31
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES 34
19. Broncho-pleuro-pneumopathies 34
20. Insuffisances respiratoires 34
21. Embolies pulmonaires 34
PATHOLOGIES INFECTIEUSES 35
22. Syndromes infectieux généraux bactériens ou viraux 35
23. Syndromes infectieux locaux 35
24. Infections urinaires basses 35
AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES 36
25. Escarres, ulcères, et autres plaies 36
26. Autres lésions cutanées graves 36
AFFECTIONS OSTÉO-ARTICULAIRES 36
27. Pathologie de la hanche 36
28. Pathologie de l'épaule 37
29. Pathologie vertébro-discale 37

30. Pathologies osseuses d'autres localisations....37
31. Polyarthrite, pathologies articulaires d'autres localisations....37
AFFECTIONS GASTRO-ENTÉROLOGIQUES....38
32. Syndromes digestifs hauts....38
33. Syndromes abdominaux....38
34. Pathologie hépatique, biliaire, pancréatique....38
35. Dénutrition....39
AFFECTIONS ENDOCRINIENNES....41
36. Diabète....41
37. Dysthyroïdie....41
38. Troubles de l'hydratation....41
AFFECTIONS URO-NÉPHROLOGIQUES....42
39. Rétention urinaire....42
40. Insuffisance rénale....42
41. Incontinence....42
AUTRES DOMAINES PATHOLOGIQUES....43
42. Anémies....43
43. États cancéreux....43
44. Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique....43
45. Syndrome inflammatoire ou fièvre inexpliqués....43
46. Pathologies oculaires évolutives....44
47. Etat grabataire, troubles de la marche....44
48. Etat terminal à plus ou moins longue échéance....44
49. Autres pathologies....45
50. Aucune pathologie pertinente à retenir....45

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

Outil de « coupe transversale », il donne la « photographie » d'une population à un moment donné, dans un objectif de <u>comparaison de services, de structures ou de populations</u>.

GENERALITES

Aperçu du concept et de l'utilisation

Le modèle consiste à identifier **sur un thésaurus de 50 états pathologiques**, tous ceux 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 son ambiance de soins requis : 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 la « gravité » de l'état pathologique.

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 l'Haute Autorité en Santé (HAS) par exemple. Mais c'est également un soin qui devrait être :

- réalisable compte tenu de l'état global du patient,
- accepable par le patient que l'on ait ou que l'on n'ait pas actuellement les moyens nécessaires pour faire ce soin.

La persévérance raisonnable en est la philosophie, autant opposée à l'abandon coupable qu'à l'acharnement malsain.

A un état pathologique particulier ne correspond qu'un nombre limité de profils plausibles. Ainsi, **240 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 8 postes de ressources** représentant les huit « acteurs » des soins : médecin, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie et pharmacie.

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. A 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 personnalisé. En dehors de toute ambition épidémiologique, il constitue un bon instrument de description synthétique de l'état de santé d'une personne âgée.

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 :

D'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.

De 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. Evaluant les soins requis, il peut en outre être confronté aux systèmes existants mesurant les seuls soins dispensés.

De participer à **la planification dans le domaine gérontologique** en apportant un ensemble d'informations 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.

L'algorithme de traitement des informations est complexe et impose l'utilisation de l'informatique

En résumé, le modèle PATHOS comporte :

Un thésaurus de 50 états pathologiques
représentant 98% des situations cliniques rencontrées en Gériatrie

La définition complète des profils est abordée plus loin, page 25

12 profils de stratégie thérapeutique ou profils 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	Equilibration 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 psychothérapique**
R1	Rééducation fonctionnelle intensive, **le plus souvent individuelle**
R2	Rééducation fonctionnelle d'entretien, **le plus souvent collective**, ou allégée chez un patient ne pouvant supporter une rééducation intensive
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	Soins palliatifs lourds psychothérapiques et/ou techniques
M2	Soins palliatifs d'accompagnement d'affections terminales 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…)

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 par les médecins (gériatres, psychiatres, rééducateurs fonctionnels…) après qu'ils aient porté un ou plusieurs diagnostics. 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.**

Remarque : Un poste est absent de PATHOS, **l'assistante sociale**

- La complexité sociale est variable pour chaque personne âgée

- Pour ce poste étroitement lié à la personne, il n'existe pas de référentiel de moyens requis, toute modélisation est impossible.

- Chaque équipe effectue un travail social dépendant de ses moyens et de sa bonne volonté, tous les membres de l'équipe y contribuant sans que soient précisées les « bonnes pratiques et leurs limites ».

- Les interventions sociales sont secondaires à la fois à la perte d'autonomie et aux pathologies. L'évaluation de ce poste très important ne peut donc pas être effectuée dans PATHOS, outil spécifique des états pathologiques et des profils de soins nécessaires.

L'évaluation de la complexité sociale relève d'un autre outil

Cf. *Socios, indicateur de complexité sociale.* Techniques hospitalières N°660, octobre 2001

Fonctionnement de PATHOS :

Le médecin évaluateur a pour seule 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 15 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 T1 (si le pronostic vital est en jeu lors de la coupe) ou profil T2 (surveillance rapprochée sans pronostic vital)

- 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 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 et 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

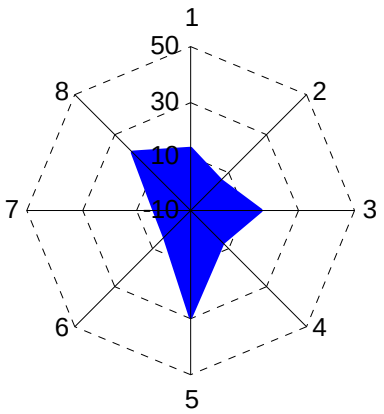
Comportent :

■ 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 Etablissements Hébergeant des Personnes Agées 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 une **permanence infirmière 24 heures sur 24 et une surveillance médicale rapprochée pluri-hebdomadaire**.

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.

$$PMP = \frac{\sum_1^8 (P_i \times C_i)}{N}$$

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

A 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 :

$$PartS_i = \frac{(P_i \times C_i)}{\sum_1^8 (P_i \times C_i)} \times 100$$

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.**

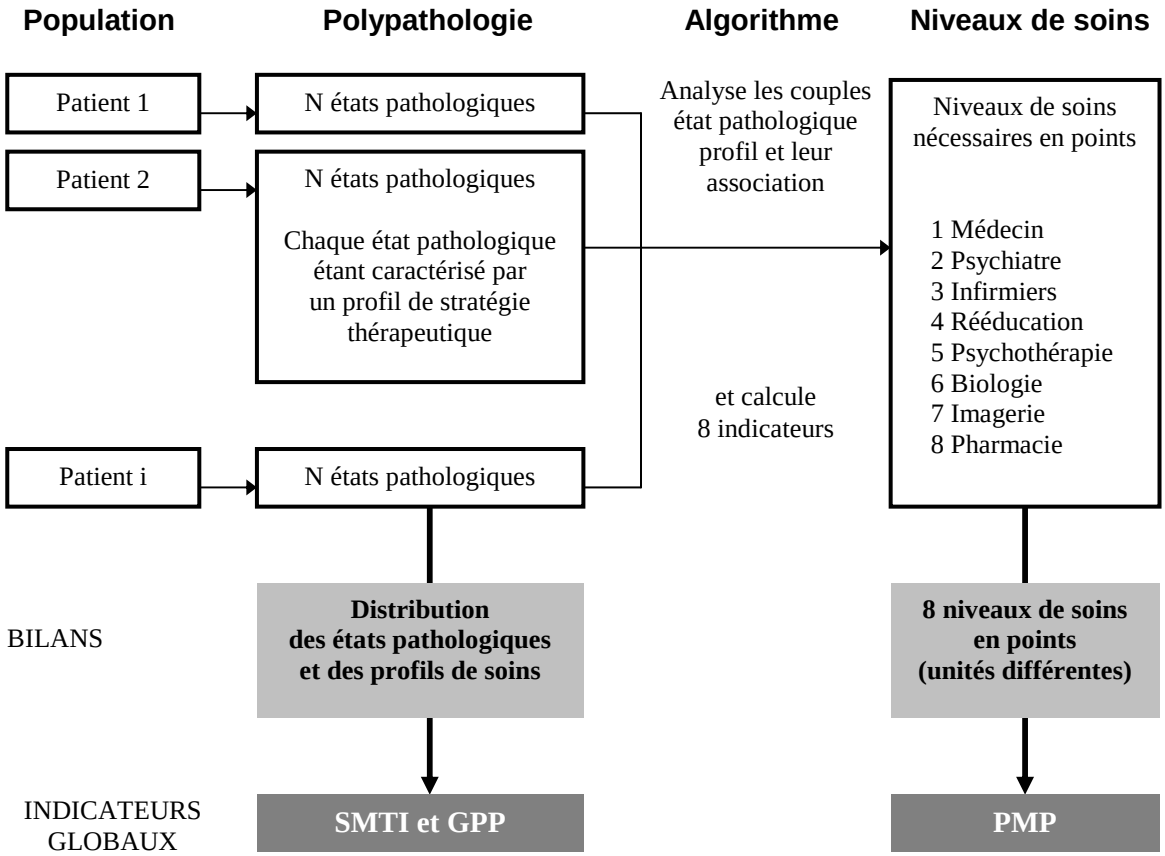
L'utilisation conjointe du **modèle AGGIR** (décrivant la perte d'autonomie et mesurant le niveau de soins de base nécessaires à la prise en charge de cette perte d'autonomie) et du **modèle PATHOS permet donc d'évaluer le niveau de l'ensemble des moyens requis pour une bonne prise en charge des personnes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

Les logiciels du Service Médical (GALAAD) intègrent depuis 2003 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
240 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 logiciel institutionnel (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 les sites du SNGC et de la CNAMTS. 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 du Service Médical, Direction régionale du service médical CNAMTS, 236 rue de Châteaugiron CS 84420, 35044 RENNES cedex.

Principes de codage

Codage des états pathologiques

L'objectif de PATHOS n'est pas épidémiologique, 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 patholo gie). 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 infection 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 <u>rajouté</u> avec son profil propre.**

<u>Exemple</u> :

- 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 ANEMIE

- **Il n'y a pas de rubrique *« Douleurs »***

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, sera codée en profil S1.

- **Cas particulier des *« Etats 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 tous autres états pathologiques avec leurs profils propres.** 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).

Codage des profils de soins

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

Exemple :

ANEMIE peut avoir 5 profils de soins possibles suivant la situation clinique :

T1	soins techniques importants, pronostic vital en jeu
T2	surveillance rapprochée, permanence infirmière
DG	recherche diagnostique (pathologie froide)
S1	surveillance programmée et administration médicamenteuse
S0	pas de traitement (ex : anémie modérée d'une IRC)

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

A chaque état pathologique correspond un profil de soins et un seul

♦ Complication

Lorsqu'un patient présente **une complication d'une pathologie déjà identifiée** (chronique ou aiguë), **on laissera par convention la pathologie initiale dans le profil où elle était précédemment et on rajoutera le nouvel état pathologique (la complication) avec son profil de soins propre.**

Exemple : pour un patient souffrant d'une phlébite de profil T2 présentant subitement une embolie pulmonaire de profil T1, on codera les deux (N°5 T1 et N°21 T1).

♦ 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 passera désormais en profil T1 ou T2.

DÉFINITION DES PROFILS DE SOINS REQUIS

INTRODUCTION

Un profil de soins permet de qualifier l'état pathologique auquel il est associé et ainsi, de déterminer **les niveaux de soins REQUIS** pour le prendre en charge**, et non les soins réellement dispensés. Le profil de soins sera donc l'ensemble des soins requis pour une forme évolutive particulière d'un état pathologique donné.**
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.

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. Elle est rappelée ci-dessous :

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 SFGG ou de l'HAS par exemple. Mais c'est également un soin qui doit ou devrait être réalisable compte tenu de l'état global du patient, et de l'acceptation de ce soin par le patient.
La persévérance raisonnable en est la philosophie, autant opposée à l'abandon coupable qu'à l'acharnement malsain.

Les questions à poser concernant les soins Requis sont les suivantes :
- le patient, est-il capable de les supporter ?
- va-t-il participer?
- au final pourrait-il en tirer bénéfice ?

Il est important de rappeler que le dossier médical et/ou infirmier et/ou aide-soignant doit 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 peut 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 allait parait mal le jour de la coupe, 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

Chaque profil, quand il est apparié à un état pathologique donné, permet de décrire finement **certaines formes évolutives et types de prise en charge. Ces précisions sont données plus loin dans le guide de codage de chaque état pathologique**.

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 240 couples états pathologiques – profils décrivant l'ensemble des situations cliniques rencontrées en gériatrie).

A chaque état pathologique correspond <u>un profil de soins et un seul</u>

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') 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.

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

Equilibration thérapeutique et surveillance rapprochée,

d'un état clinique imposant une permanence infirmière 24 heures sur 24, des soins techniques infirmiers journaliers et une surveillance médicale pluri-hebdomadaire.

Il s'agit, en présence d'un état pathologique sérieux mais n'engageant pas de risque vital immédiat, 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).

- 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), prévention escarre chez un patient restant alité mais dont le pronostic vital immédiat n'est pas en jeu.

- 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, rénales…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.**

Exemple :

Insuffisance cardiaque stade III confinée au lit et au fauteuil mais 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.

L'une des difficultés de codification se rencontre, lors de certaines situations cliniques, dans le choix entre le profil T2 imposant une vraie 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 dans la structure donc joignable immédiatement) 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, mais conservant un état général satisfaisant sera codée 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 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 psychothérapiques **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 terme de besoin mobiliserait fortement **le psychiatre** et l'équipe soignante, qu'il y ait ou non actuellement un psychiatre consultant.

Exemples :

Etat dépressif avec tentative de suicide

Psychose hallucinatoire chronique en phase productive

Troubles sévères du comportement en équilibration thérapeutique ou en surveillance rapprochée avec risque de rechutes fréquentes,

ou troubles du comportement violents lors des soins nécessitant prémédication quotidienne et renforcement de personnel soignant le temps du soin

Profil P2

Prise en charge psychothérapique de soutien

Niveau de soins psychiatriques et psychothérapiques, **le plus souvent collectif**, requis pour prendre en charge, surveiller et traiter des troubles neuro-psychiatriques diagnostiqués et stabilisés, mobilisant surtout les paramédicaux.

Exemple :

Etat dépressif récent sous traitement psy et médicamenteux stabilisé au prix de cette prise en charge institutionnelle

Troubles du comportement multiples et perturbants à canaliser par la prise en charge collective

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).*
La encore ,un profil P2 peut parfaitement être codé même en l'absence de psychologue, on est en requis

Profil R1

RRF intensive le plus souvent individuelle

Niveau de soins et environnement technique de rééducation/réadaptation fonctionnelle quotidienne et individuelle (2 fois 20' par jour, voire plus selon les pathologies), encore faut-il que le malade puisse supporter cette rééducation lourde et soit coopératif.

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)**.**

Cette rééducation ne pourrait généralement être entreprise qu'après cicatrisation s'il y a eu un geste chirurgical (c'est le cas des amputés, ou d'une prothèse totale de hanche par exemple). La rééducation neurologique lourde s'effectue également à distance de l'épisode aigu.

Le profil R1 suppose en outre que la personne âgée présente un état général et une situation clinique qui lui permettraient de supporter une telle rééducation intensive de plus d'une demi-heure tous les jours au cours d'une semaine.

Exemples :

Rééducation active et lourde d'une hémiplégie, 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

Reverticalisation, rééducation individuelle lourde au long cours post AVC massif semi récent.

On inclut également ici la revalidation 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 qui détermine les niveaux de soins nécessaires).*

Profil R2

RRF d'entretien ou allégée

Niveau de soins requis de rééducation et de réadaptation fonctionnelle d'entretien le plus souvent collective, ou rééducation discontinue et allégée chez un patient ne pouvant pas supporter une rééducation intensive (séances non quotidiennes ou inférieures à une demi heure par jour)**.**

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

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

Ce n'est pas parce qu'un kiné intervient actuellement que le soins est requis, à l'inverse un soin kinésithérapique peut être requis même si il n'y a pas actuellement d'intervention de kiné

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

Ce codage peut être retenu, dans le cadre d'une rééducation allégée, si on fait le pari d'une revalidation à la marche (barres parallèles si possible, montée et descente d'escalier chez un patient qui marchait et qui au décours d'une pathologie récente intercurrente ne marche plus ou qui présente une instabilité à la marche mais dont on pense sincèrement que la kinésithérapie pourrait l'améliorer).
Cette démarche devrait être inscrite au dossier du patient et prescrite par un médecin.

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

Exemple :

Reprise de la marche après un état grippal ayant généré un alitement de huit jours

Rééducation d'entretien d'un malade parkinsonien.

La mobilisation passive *des patients alités pour une affection aiguë ou sub-aiguë (T1 et T2), des patients bénéficiant de pansements lourds (CH) et des patients en phase terminale (M1 et M2), est incluse dans les profils concernés.*

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

Possibilité de coder **plusieurs R2** pour un même patient : OUI
Oui : s'il s'agit d'une rééducation spécifique articulaire pour des pathologies distinctes éloignées et identifiées :

ex R2 associé à pathologie de l'épaule (rééducation de l'épaule) + R2 associé à pathologie de la hanche, ou associé à R2 trouble de la marche.

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

NB : 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).

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

Prévention des rétractions ou Hypertonies Déformantes Acquises (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 Acquises par le positionnement fait partie des soins de base déjà valorisés par le GIR) donc possible si AVC ou Charcot ou SEP, ou démence Alzheimer ou apparentée dans certains cas (montrer le patient peut être très utile dans ce cas) …
On doit donc avoir des informations sur la pathologie particulière s'accompagnant habituellement d'une évolution vers des Hypertonies Déformantes Acquises (AVC, Parkinson, SEP, …).

Prévention des rétractions R2 :
On ne code pas R2 simplement du fait de l'existence d'une intervention effective actuelle d'un kinésithérapeute. En effet, on doit se placer dans le cadre du soin requis et non constaté. Le dossier médical, infirmier ou aide-soignant doit dans ce cas contenir un minimum d'information concernant ce besoin de soin : objectivation d'un retentissement fonctionnel diminuant l'autonomie et/ou entraînant des complications et/ou diminuant la qualité de vie, bilan kinésithérapique et/ou ergothérapique.
L'intervention R2 doit être une prévention active ou dont l'objectif est la réversibilité partielle ou totale améliorant les critères précédents.

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

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 toutes lésions cutanés 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

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

Cette rubrique concerne le travail généré, avant tout traitement, par la prise de contact et l'examen initial pour l'état pathologique signalé ainsi que **toutes les explorations nécessaires** pour faire le diagnostic positif. **Ce profil concerne des situations cliniques « froides » en dehors des problèmes de diagnostic posés dans des situations aiguës et dans un contexte de gravité, inclus déjà dans les profils T1, T2, P1 et R1.**

Exemples :

Explorations requises par une fièvre inexpliquée au long cours, une VS accélérée, le typage d'une démence, la découverte fortuite d'une anémie ou d'une insuffisance rénale biologique, toutes situations se caractérisant par l'ampleur des examens complémentaires…

Suspicion d'une embolie pulmonaire chez un malade chez lequel est apparue une polypnée isolée sans signes de gravité.

Noter que dans tous ces cas, on n'est pas dans l'ambiance de soins multiples et complexes, ni de soins techniques importants : il s'agit d'une recherche de diagnostic dans une ambiance cliniquement "froide".

La charge de travail imposée 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 palliatifs psychothérapiques et techniques lourds

Ce profil qui ne peut s'associer qu'à l'état pathologique « état terminal » est à utiliser lorsque l'équipe médicale et soignante ont clairement formalisés que désormais l'ensemble des thérapeutiques avaient pour objet le confort du malade et qu'on était plus en phase de soins curatifs, cela doit être clairement mentionné dans le dossier médical.

Il s'agit ici de fins de vie, conséquences de l'évolution d'une ou plusieurs maladies (éventuellement lente) nécessitant une mobilisation importante de moyens relationnels (d'ordre psychothérapeutique avec le patient et sa famille) et de moyens techniques (équilibrage difficile ou ajustement quotidiens de médicaments par voie orale ou parentérale) du fait de la permanence et/ou de l'instabilité de symptômes pénibles requerrant 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 différence avec le profil T2 réside dans la définition du projet de soins : en T2, le but est la guérison de l'épisode aigu, en M1 le but est l'accompagnement de la fin de vie

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.
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 (les anti Alzheimer ne sont pas légitimes dans les états terminaux M2 ou M1).
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 palliatifs d'accompagnement

Il s'agit ici de malades pour les quels 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) pour lesquelles les symptômes d'inconfort physique et psychique doivent être bien contrôlés sans soins techniques particulièrement lourd. L'accompagnement psychologique de l'entourage est de caractère courant, sans complexité particulière.

Le profils M2 concerne l'état pathologique **« état terminal »** qui 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 palliatifs ou aux soins de confort (la mobilisation et la psychothérapie de soutien sont inclus dans les profils M1 et M2).

*La prise en charge de **la fin de vie** est une réalité particulièrement présente en gériatrie, certainement insuffisamment prise en compte. **L'humanisme tient dans ce domaine une place aussi importante que la technique médicale.***

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 maison de retraite 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 simplement préparer les médicaments, en vérifier l'administration et effectuer 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.

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 (T1 et 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

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

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

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

5. Phlébites

- Cette rubrique regroupe :
  les phlébites
  - **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
  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.

  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 traité 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. En cas d'hypotension orthostatique **responsable de chutes,** ces deux rubriques associées seront codées avec leur profil propre.

- 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.**

  Exemples : 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

  L'étiologie des chutes peut être également d'ordre psychiatrique relevant alors d'une prise en charge spécifique P1.

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 seront 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, perte d'autonomie, complications, etc… à l'arrêt de la prise en charge).

11. Epilepsie, 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 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 seront codés avec leur profil propre.
  Par extension, les pathologies chroniques neurologiques dégénératives sont codées ici (SLA, SEP, …)

  Il en sera de même des états dépressifs associés.

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

  Au stade d'affection invalidante traitée par les anti-parkinsonniens 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-parkinsonniens 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 diagnostic, 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-glycémiants 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.

- 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 (**requise, faisable compte tenu de l'état du patient)** par un psychologue, un psychomotricien (même si 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 (où 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 neuro-dégénérative à l'origine d'une démence, ou bien d'autres pathologies : psychiatriques (syndrome dépressif, pathologie psychotique, …), somatiques à l'origine d'un syndrome confusionnel (AVC, fracture, fécalome, rétention urine, trouble métabolique, …)

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

Le profil P1 devrait mettre en oeuvre 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

Exemple : Psychose maniaco-dépressive déséquilibrée avec graves troubles du comportement imposant une prise en charge individuelle par psychiatre et paramédicaux : psychose T2 et troubles du comportement P1

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 P1selon le besoin de soins requis qui pourrait apporter un bénéfice au patient que ce soit en terme d'amélioration mnésique ou cognitive ou comportementale ou physique ou d'autonomie ou de qualité de vie. Le projet de soin doit être adapté au GIR du patient qui conditionne la faisabilité de la prise en charge

15. Etats 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.**

- 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. Etats anxieux

- Cette rubrique regroupe :
  de nombreuses névroses, phobies, obsessions, attaques de panique…

- 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.

- 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.

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. A long terme, la pathologie peut s'enkyster et ne plus nécessiter d'autre surveillance que celle d'un traitement stable et de son observance codé en profil S1.

18. Syndrome démentiel

- Cette rubrique regroupe :
  les syndromes démentiels de toutes étiologies : Alzheimer, démence vasculaire, frontale, mixte… et toutes pathologies 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). 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 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 désapprentissages.
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 sous items de la variable Cohérence (communication et comportement).

Ces types de prises en charge requises s'appuient sur une évaluation médicale et une prescription médicale, ce n'est pas une simple animation.
A noter que les troubles de l'équilibre du dément seront codés dans troubles de la marche R2 si cette rééducation répond aux critères du codage R2 pour les troubles de la marche.

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

Syndrome démentiel T2
Le profil T2 correspond à la phase d'équilibration, avec surveillance rapprochée, d'un traitement médicamenteux spécifique des troubles cognitifs. Cependant, la bonne tolérance des traitements

anticholinestérasiques ou apparentés actuels rend ce profil exceptionnel, ainsi, sauf cas particulier, **la simple surveillance de la mise en oeuvre d'un traitement anti-Alzheimer relève du profil S1.**

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

Syndrome démentiel DG
Ce code correspond à la recherche de l'étiologie des troubles cognitifs (la typologie de la démence). Il peut concerner les patients au diagnostic incertain, les patients qui se dégraderaient de façon récente ou brutale sur le plan cognitif ou comportemental.
Ce diagnostic précis doit présenter une utilité pour le patient, (ex permettre d'adapter la prise en charge des symptômes psycho-comportementaux de la démence).

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

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

19. Broncho-pleuro-pneumopathies

- Cette rubrique regroupe :

  En aigu, la bronchite aiguë ou la surinfection bronchique chez un bronchopathique 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

  DG est à mentionner lorsque sont demandées fibroscopie ou biopsies, après phase aiguë.

  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 rapprochée). 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.

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**, 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. A 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 diagnostic)**

Le profil DG correspond à une phase diagnostic **à distance de tout épisode aigu** faisant suspecté 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 diagnostic 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).

AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES

25. Escarres, ulcères, et autres plaies

- Cette rubrique regroupe :

  toutes 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. S1 correspond à des soins simples, sur état général conservé.
  La prévention des escarres chez un malade confiné au lit et au fauteuil 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
  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 fractures de l'épaule, les arthrites infectieuses ou inflammatoires, la pseudo polyarthrite rhumatoïde si la maladie prédomine aux épaules, les tendinopathies, les manifestations micro- cristallines 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 symptômatiques. 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 antiostéoporotiques). 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 ver tébrodiscale S0.

30. Pathologies osseuses d'autres localisations

- Cette rubrique regroupe :
  toutes 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, oesophagite, gastrite, ulcère gastrique ou duodénal. L**es 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 pose 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 aigue, et la présence du médecin pour confirmer le diagnostic et mettre en place les mesures préventives.

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 subocclusif, constipation, diarrhée, hernies, polypes bénins, diverticulose...

  Les pathologies mésentériques, 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 relèvent du profil CH.

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, 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-agée.
Le document de la HAS précise les bonnes pratiques qui consistent, entre autres, à :
« Rechercher les situations à risque ... »,
« Rechercher les étiologies de la dénutrition »,
et à « Surveiller régulièrement le poids de la personne âgée»,
et « Proposer diverses prises en charge ».

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

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

- ✓ Perte de poids >= 5% du poids du corps en un mois ou >= 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 >= 10% en un mois ou >=15% en 6 mois
- ✓ IMC < 18
- ✓ Albuminémie < 30 g/l

Conduite à tenir
Dès que le diagnostic de dénutrition est posé, il est recommandé de corriger les facteurs de risque et de rechercher une (des) étiologie(s).
Ce n'est qu'ensuite et conjointement au traitement des causes de la dénutrition que la démarche thérapeutique de renutrition doit être initiée par des conseils nutritionnels et/ou une alimentation enrichie.
Quand l'appétit est faible, la prise en charge doit être immédiate, même si la recherche des causes, parfois longue, n'est pas terminée.
Il est rappelé que la prise en charge nutritionnelle pour être pleinement efficace doit être associée à une augmentation de l'activité physique qui permet de faciliter l'anabolisme musculaire.

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

« En dehors des situations qui contre-indiquent l'alimentation par voie orale, il est recommandé de débuter 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 boite (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. Il 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 **par la cuisine+++.** La surveillance de l'alimentation est authentifiée par une fiche de surveillance alimentaire, une courbe de poids est faite. La personne doit pouvoir à priori tirer un bénéfice réel de cette stratégie.
La prescription des médicaments adjuvants, comme par exemple l'alpha-cétoglutarate d'ornithine, dès lors qu'elle répond aux recommandations de l'HAS est codée S1

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

Profil T2
Dénutrition sévère d'emblée, ou secondaire à un événement aigu (infection, intervention, convalescence, ...) ou à l'insuffisance d'une tentative de renutrition S1.

Le profil T2 correspond à des situations cliniques graves avec altération de l'état général, lorsque la thérapeutique a, à 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 plurihebdomadaire, et éventuellement la prescription de compléments nutritionnels par voie orale (CNO), le plus souvent après échec des autres mesures mises en oeuvre (conseils diététiques et alimentation enrichie...).

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 artériop athies chroniques, N°10 pour les accidents vasculaires cérébraux , N°46 pour les pathologies o culaires 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, en revanche des ajustements très fréquents et important des doses d'insuline (dépassant les simples protocoles prévus dans l'établissement) pluri-hebdomadaires relèvent du profil T2.

  Les investigations nécessaires pour surveiller ou dépister les complications seront affectées aux numéros du diagnostic des complications avec le profil DG (complications vasculaires, coronariennes, rénales et oculaires).

37. Dysthyroïdie

- Cette rubrique regroupe :

  toutes les **hypothyroïdies** quelle qu'en soit l'origine : iatrogène essentiellement par la corda-rone 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 frustres 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, qu'elle 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 simple complément hydrique chez une personne buvant peu, conservant un état général satisfaisant sera codé en profil S1.

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**, sa surveillance et son changement relève 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 seront codés T2

40. Insuffisance rénale

- **C**ette rubrique regroupe :
  toutes 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 le service de Gériatrie, le malade sera en profil T2 . Par contre s'il est en hémodialyse chronique, dans la mesure où cette thérapeutique est effectuées hors du service de Gériatrie, 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 incontinences quel qu'en soit le mécanisme : urgence mictionelle, effort, mixte, et quelle qu'en soit l'étiologie.

- Profils retenus : R1, DG, S1, S0

  Les investigations nécessaires au diagnostic (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 couches** 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 telle que la pose systématique de couches 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 dés lors qu'elles sont cliniquement pertinentes.
  - les anémies par saignement, si elles sont par exemple dues à un cancer digestif, on codera anémie N°42 et cancer N°43
  - les 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 s us 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 relèvent du profil T1 ou T2 selon le caractère vital ou non de la situation.

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

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

  A 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.

- Profil retenu : 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. Etat 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 et la volonté de participer à ce type de rééducation.

- Profils retenus : R1, R2, S1

  L'alité 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 e t troubles de la marche N°47 R1 **.**

48. Etat terminal à plus ou moins longue échéance

- Il s'agit ici de malades pour les quels 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.

- Profils retenus **:** M1, M2

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

profil M1 : soins palliatifs psychothérapiques 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 polyalgique 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 maisons de retraite et à domicile, où l'éventualité d'une personne âgée sans pathologie aucune « pertinente » n'a rien d'exceptionnel.

- Profils retenus : S0

Révision 2010 : Catherine Réa
Yannick Eon
Jean Marie Vétel

Versions antérieures : Jean Marc Ducoudray
Robert Leroux
Patrice Prévost
Jean Marie Vétel
Claire Vuillemin

ÉLÉMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

J.M.Vétel, R.Leroux, C.Vuillemin, J.M.Ducoudray, P.Prévost *: 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.

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

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

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

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

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.

P.Prévost, C.Vuillemin, P.Fender : *Etude 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

M.E.Irrle : *Etude 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.

Consulter également le numéro spécial sur PATHOS de La revue de gériatrie Tome 31 paru en février 2006.

G
a l a a d

Version 3 - 2003

FICHE INDIVIDUELLE
Annexe

Échelon local |__|__|__|

Étude |__|__|__|

Numéro |__|__|__|__|

Définis par le système informatique

IDENTIFICATION

Nom .....

Prénom .....

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		**T1**	**T2**	**P1**	**P2**	**R1**	**R2**	**CH**	**DG**	**M1**	**M2**	**S1**	**S0**
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											☐	☐
Affections neuro-psychiatriques		**T1**	**T2**	**P1**	**P2**	**R1**	**R2**	**CH**	**DG**	**M1**	**M2**	**S1**	**S0**
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**
14	Troubles chroniques du comportement			☐	☐							☐	
15	Etats dépressifs		☐	☐	☐							☐	
16	Etats anxieux		☐	☐	☐				☐			☐	
17	Psychose, délires, hallucinations	☐	☐	☐	☐							☐	
18	Syndrome démentiel		☐	☐	☐				☐			☐	☐
Affections broncho-pulmonaires		**T1**	**T2**	**P1**	**P2**	**R1**	**R2**	**CH**	**DG**	**M1**	**M2**	**S1**	**S0**
19	Broncho-pleuro-pneumopathies	☐	☐			☐			☐			☐	☐
20	Insuffisance respiratoire	☐	☐			☐			☐			☐	☐
21	Embolies pulmonaires	☐	☐						☐			☐	

Pathologies infectieuses

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
22	Syndromes infectieux généraux	☐	☐						☐			☐	
23	Syndromes infectieux locaux	☐	☐					☐				☐	
24	Infections urinaires basses								☐			☐	☐

Affections dermatologiques

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
25	Escarres							☐				☐	
26	Autres lésions cutanées							☐	☐			☐	

Affections ostéo-articulaires

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
27	Pathologie de la hanche		☐			☐	☐		☐			☐	☐
28	Pathologie de l'épaule		☐			☐	☐		☐			☐	☐
29	Pathologie vertébro-discale		☐			☐	☐		☐			☐	☐
30	Autres pathologies osseuses		☐			☐	☐		☐			☐	☐
31	Polyarthrite et pathologies articulaires		☐			☐	☐		☐			☐	☐

Affections gastro-entérologiques

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
32	Syndromes digestifs hauts	☐	☐					☐	☐			☐	☐
33	Syndromes abdominaux	☐	☐					☐	☐			☐	☐
34	Affection hépatique, biliaire, pancréatique	☐	☐					☐	☐			☐	☐
35	Dénutrition		☐						☐			☐	☐

Affections endocriniennes

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
36	Diabète	☐	☐									☐	
37	Dysthyroïdie		☐					☐	☐			☐	
38	Troubles de l ‘hydratation		☐						☐			☐	

Affections uro-néphrologiques

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
39	Rétention urinaire		☐						☐			☐	
40	Insuffisance rénale	☐	☐						☐			☐	☐
41	Incontinence					☐			☐			☐	☐

Autres domaines

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

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
49	Autres pathologies	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

En clair .....

50 Aucune pathologie pertinente à retenir ☐