

Le modèle « PATHOS »

Guide d'utilisation 2022

Ce document remplace les guides PATHOS publiés antérieurement

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

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

L'ensemble des médecins référents PATHOS des ARS.

L'actualisation 2022 a fait l'objet d'une large consultation avec les fédérations de médecins coordonnateurs, le CNP de gériatrie, la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG), le Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC), la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP), le Syndicat national des établissements, résidences et services d'aide à domicile privés pour personnes âgées (SYNERPA), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Cette concertation a été finalisée le 15 septembre en présence des référents PATHOS des agences régionales de santé (ARS), des gériatres formateurs PATHOS et des membres des commissions régionales de coordination médicale (CRCM).

Sommaire

A) Généralités	6
Aperçu du concept et de l'utilisation	6
Fonctionnement de PATHOS.....	11
Les bilans du modèle PATHOS	12
Le modèle PATHOS	15
Rappel des principaux concepts.....	15
Principes de codage	16
– Codage des états pathologiques	16
– Codage des profils de soins	17
B) Définition des profils de soins requis	18
Introduction	18
Profil T1	21
Profil T2	21
Profil P1	23
Profil P2.....	23
Profils Rééducation.....	24
Profil R1	24
Profil R2.....	Erreur ! Signet non défini.
Profil CH	27
Profil DG	28
Profils M1 et M2.....	29
Profil S1	29
Profil S0	30
C) Thésaurus descriptif des états pathologiques	31
Affections cardio-vasculaires	31
1. Insuffisance cardiaque.....	31
2. Coronaropathie.....	31
3. Hypertension artérielle.....	31

4. Troubles du rythme.....	31
5. Phlébites, lymphœdème, insuffisance veineuse.	32
6. Embolies et thromboses artérielles, gangrène, amputation	32
7. Artériopathies chroniques	32
8. Hypotension orthostatique	32
Affections neuro-psychiatriques et troubles psychologiques et/ou comportementaux	33
9. Malaises, vertiges, perte de connaissance brève.	33
10. Accidents vasculaires cérébraux	33
11. Épilepsie, comitialité focale ou généralisée.....	34
12. Syndrome parkinsonien et pathologies neurologiques chroniques évolutives.....	34
13. Syndrome confusionnel	35
14. Troubles chroniques du comportement.....	35
15. États dépressifs	37
16. États anxieux	37
17. Psychoses, délires, hallucinations	38
18. Syndrome démentiel.....	39
Affections broncho-pulmonaires.....	40
19. Broncho-pleuro-pneumopathies	40
20. Insuffisances respiratoires	41
21. Embolies pulmonaires	41
Pathologies infectieuses	42
22. Syndromes infectieux généraux bactériens ou viraux	42
23. Syndromes infectieux locaux.....	42
24. Infections urinaires basses	42
Affections dermatologiques.....	43
25. Escarres, ulcères et autres plaies	43
26. Autres lésions cutanées graves.....	43
Affections ostéo-articulaires	43
27. Pathologie de la hanche	43
28. Pathologie de l'épaule	44
29. Pathologie vertébro-discale	44
30. Pathologies osseuses d'autres localisations	44
31. Polyarthrite, pathologies articulaires d'autres localisations	44
Affections gastro-entérologiques.....	45
32. Syndromes digestifs hauts	45

33. Syndromes abdominaux	45
34. Pathologie hépatique, biliaire, pancréatique	46
35. Dénutrition	46
Affections endocriniennes	49
36. Diabète	49
37. Dysthyroïdie.....	49
38. Troubles de l'hydratation	50
Affections uro-néphrologiques	50
39. Rétention urinaire	50
40. Insuffisance rénale	50
41. Incontinence	51
Autres domaines pathologiques.....	51
42. Anémies.....	51
43. États cancéreux.....	52
44. Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique	52
45. Syndrome inflammatoire ou fièvre inexplicés.....	52
46. Pathologies oculaires évolutives	52
47. État grabataire, troubles de la marche	52
48. État terminal à plus ou moins longue échéance.....	53
49. Autres pathologies.....	54
50. Aucune pathologie pertinente à retenir	55
Liste des alertes croisées AGGIR PATHOS :	56
Éléments de bibliographie	58
Annexe : Fiche individuelle	59

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

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

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

A) Généralités

Aperçu du concept et de l'utilisation

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

Par soin 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 la Haute Autorité de santé (HAS) par exemple,
- C'est également un soin qui devrait être faisable et accepté, faisant référence à :
 - La polypathologie
 - La qualité de vie
 - L'antériorité du soin
 - Le service rendu à la personne
 - La persévérance raisonnable,
- Non refusé par le résident,
- Que l'on ait ou que l'on n'ait pas actuellement les moyens nécessaires pour faire ce soin,
- L'article D. 312-158 du code l'action sociale et des familles qui encadre le rôle du médecin coordonnateur d'EHPAD précise qu'il incombe dans ses missions la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée à l'admission puis en tant que de besoin. Dans ce cadre, il peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le résident. La traçabilité du refus argumenté par le médecin traitant de suivre les recommandations du médecin coordonnateur expert gériatrique de proximité peut conduire à ne pas reconnaître le soin comme requis.

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

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

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

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

1/ Au niveau individuel

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

La préparation et la réalisation des coupes Pathos et AGGIR sont aussi une opportunité d'évaluer la qualité de la prise en charge médicale et paramédicale au sein de l'EHPAD. C'est donc l'occasion d'une expertise de la qualité de chaque projet de soin individualisé. À ce titre, elle donne lieu à une analyse et une synthèse de la situation médicale et de l'autonomie du résident complétée par une hiérarchisation des priorités thérapeutiques.

2/ Au niveau collectif

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

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

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

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

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

- Dans les douze mois suivant la date d'ouverture de l'établissement, mais suffisamment à distance de l'ouverture, un délai de 3 à 6 mois semble nécessaire ;
- En dehors de toute période d'épidémie dans l'établissement, les campagnes de vaccination collectives ou individuelles ne sont pas à coder dans PATHOS ;
- En dehors de période d'instabilité de l'équipe soignante ;
- En dehors de l'organisation de bilans systématiques à destination de la majorité des résidents. La réalisation de bilans systématiques avant la coupe PATHOS conduit inévitablement à une surcharge de travail (réalisation des bilans, déplacements éventuels des résidents, explorations secondaires) et le soin requis mesuré n'est pas celui de l'établissement en état de fonctionnement habituel. L'absence de conditions de fonctionnement stables peut conduire à la décision de report de la coupe ;
- **Les codages systématiques sont à proscrire.** Les pathologies de chaque résident sont évaluées individuellement et documentées. Les codages systématiques conduisent à refuser la base de données, à repousser la validation, et à inviter le médecin coordonnateur à revoir son codage après concertation ;
- Le logiciel GALAAD comporte **des alertes**. Un grand nombre d'alertes sur les données saisies conduit également à un report de la validation de la coupe après échanges avec le médecin coordonnateur.

En résumé, le modèle PATHOS comporte :

- **Un thésaurus de 50 états pathologiques¹** représentant la très grande majorité des situations cliniques rencontrées en Gériatrie
- **12 profils de stratégie thérapeutique ou profils² 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. Ce profil n'est utilisé qu'exceptionnellement dans les EHPAD, lorsqu'une hospitalisation d'urgence est nécessaire.
T2	Équilibration et surveillance rapprochée Surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière 24 h sur 24 requise le plus souvent
P1	Soins de prise en charge psychiatrique de crise, mais aussi de rechutes fréquentes
P2	Soins de prise en charge psychothérapeutique continue, gestion médicamenteuse et non médicamenteuse des symptômes psycho-comportementaux accompagnant un trouble neurocognitif majeur.
R1	Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle
R2	Rééducation fonctionnelle d'entretien, discontinuée ou allégée chez un résident ne pouvant supporter une rééducation intensive, parfois collective après évaluation individuelle
CH	Plaies, soins locaux complexes et longs (opérés récents, plaies importantes, dermatose), mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les deux jours
DG	Démarche médicale en cours pour définir une conduite à tenir
M1	État terminal soins techniques lourds continus et/ou relationnels plurijournaliers : la prise en charge pluriprofessionnelle en soins palliatifs est actée.
M2	État terminal d'accompagnement sans soins techniques lourds conduisant au décès à plus ou moins longue échéance
S1	Surveillance programmée au long cours des affections chroniques stabilisées et de leurs traitements
S0	Absence de toute surveillance ou de traitement (pathologie séquellaire, traitement inutile ou inefficace...)

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

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

8 postes de ressources

ou postes de soins médico-techniques nécessaires



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

Ces divers éléments permettent :

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

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

Fonctionnement de PATHOS

Le médecin évaluateur, c'est-à-dire le médecin coordonnateur, formé par l'ARS, qui connaît les dernières recommandations de codage, a pour tâche de **repérer** les différents états pathologiques du résident et de **caractériser** chaque état pathologique identifié par son profil de stratégie thérapeutique, en respectant la notion de soins requis tels que définis plus haut.

Exemple :

Insuffisance cardiaque décompensée, avec dyspnée, cyanose, baisse de la saturation en O₂, traitée par furosémide injectable ; syndrome démentiel dont dernier MMS = 10 ; une escarre sacrée stade 3 nécessitant un pansement > 20 min tous les jours, et une opposition aux soins quotidiens avec agressivité.

Le codage sera :

Insuffisance cardiaque T2

Syndrome démentiel S0

Trouble du comportement P2

Escarre CH

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

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

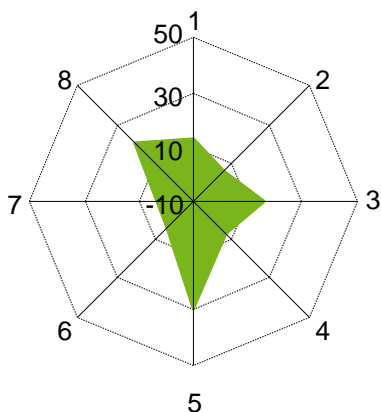
L'application du programme PATHOS **sur l'ensemble des personnes présentes**, un jour donné, dans un service de soins ou une structure médico-sociale, ou sur toute autre population, permet de réaliser toute une série de bilans. Ces bilans peuvent décrire la population étudiée, caractériser le recrutement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

Les bilans du modèle PATHOS

Comportent :

- La **distribution des états pathologiques** et leurs **associations** ;
- La **distribution des profils de stratégie thérapeutique**, et le croisement entre profils et états pathologiques (la distribution des états pathologiques par profil et la distribution des profils par état pathologique) ;
- Un algorithme mesure pour l'ensemble des couples état pathologique-profil présentés par une personne **les niveaux de moyens à mobiliser pour assurer les besoins réels dans les huit postes de ressources** ;

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



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

Depuis 1999, deux indicateurs ont été mis au point, utilisés dans diverses études au niveau national : les « Soins médicaux et techniques importants » et le « Pathos moyen pondéré » (SMTI et PMP).

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

En outre, les populations « SMTI » et « non SMTI » peuvent être subdivisées en « **Groupes de résidents 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 résidents 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 résidents avec un trouble neuro-cognitif majeur 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 (trouble neuro-cognitif majeur diagnostiqué avec troubles du comportement hors GIR 1, et trouble neuro-cognitif majeur 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 résidents ne présentant qu'une ou plusieurs affections chroniques stabilisées n'imposant qu'une surveillance régulière programmée (profils S0 et S1 sans autres profils associés).

Les groupes de résidents 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 résidents avec un trouble neuro-cognitif majeur susceptibles d'être perturbateurs non SMTI
	GPP7	Les résidents et résidents en soins de confort (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 polyopathologies dans une population donnée. Il correspond à la somme des points de niveaux de soins nécessaires dans les huit postes de ressources pondérés par un coefficient variable selon les postes, exprimé en moyenne par individu.

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

P_i = nombre total de points

C_i = coefficient de pondération lié au type de soins

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

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

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-soignant.e.s). Par contre, les soins de santé mesurés par le PMP font appel à de multiples intervenants « résumés » dans les huit postes de soins. C'est-à-dire qu'un même PMP peut être une conjugaison très variable des niveaux de soins nécessaires dans ces huit postes, et recouvrir, en matière de besoins et d'organisation, des réalités très différentes.

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

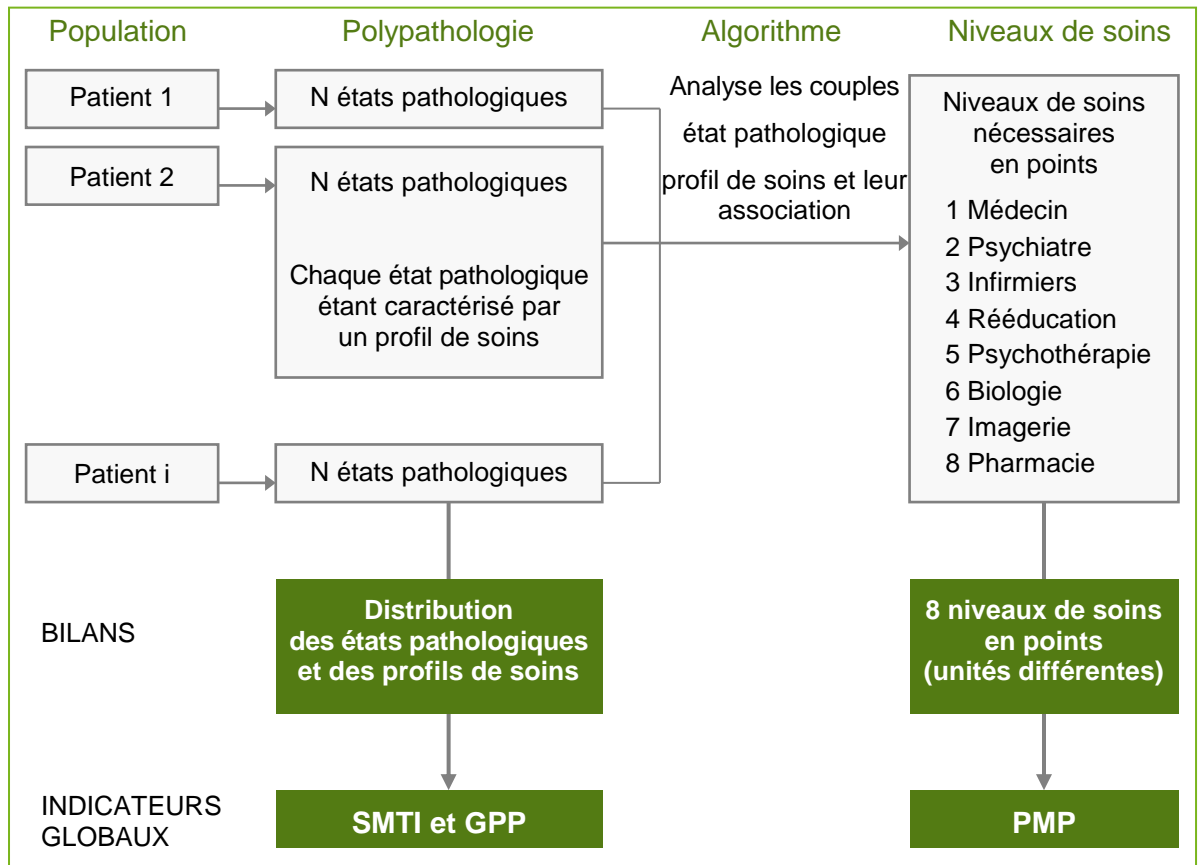
L'utilisation conjointe du **modèle AGGIR** (décrivant la perte d'autonomie et mesurant le niveau de soins de base nécessaires à la prise en charge de cette perte d'autonomie) et du **modèle PATHOS permet donc d'évaluer le niveau de l'ensemble des moyens requis pour une bonne prise en charge des personnes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

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

Le modèle PATHOS

Rappel des principaux concepts

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



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

Les algorithmes de calcul des différents indicateurs du modèle PATHOS sont consultables sur le site de la CNSA. Ces algorithmes devraient 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 direction des systèmes d'information de la CNSA.

Principes de codage

Codage des états pathologiques

L'objectif de PATHOS n'est pas la description fine des pathologies présentées par les personnes âgées, mais la description d'états pathologiques regroupant des pathologies voisines, requérant la même prise en charge. La classification internationale des maladies n'est donc pas de mise ici, un thésaurus simple étant amplement suffisant pour décrire les situations cliniques rencontrées en gériatrie. **Ce thésaurus comporte 49 états pathologiques** possibles (la pathologie N° 50 = absence de pathologie). Il a été élaboré après analyse des diagnostics recueillis dans un collectif d'hôpitaux gériatriques (et après analyse des données issues du thésaurus des anciens logiciels institutionnels).

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

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

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

Exemple : ANÉMIE regroupe,

- anémie par saignement,
- anémie en rapport avec une maladie hématologique maligne,
- anémie par carence en fer,
- anémie par déficit en vitamines B12, en folates,
- anémie inflammatoire,
- anémie en rapport avec une insuffisance rénale chronique,
- anémie réfractaire,
- anémie hémolytique,
- anémie sans étiologie.

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

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

Exemple :

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

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

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

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

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

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

⇒ Codage de la « Douleur »

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

Codage des profils de soins

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

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

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

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

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

⇒ Aggravation

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

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

Quand on code un état pathologique dans PATHOS celui-ci comprend tous les signes de la maladie. Par exemple, la poussée d'insuffisance cardiaque comprend une dyspnée qu'il n'y a pas lieu de coder par ailleurs.

B) Définition des profils de soins requis

Introduction

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

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

Chacun des états pathologiques du résident, 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 les premières pages de ce document, dans le chapitre généralités.

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

- Les soins sont-ils médicalement justifiés, en cohérence avec le projet de soins, la perte d'autonomie, les comorbidités ?
- La balance bénéfices/risques est-elle favorable au résident ?
- Les soins sont-ils **éthiquement** acceptables ?
- Le résident, est-il capable de les supporter ?
- Va-t-il participer ? Va-t-il refuser le soin ?
- Faire le soin comporte-t-il un risque ?
- Au final **quel est le bénéfice attendu** pour le résident/résident ?

Traçabilité des informations dans les dossiers

Il est important de rappeler que le dossier médical et le dossier de soins doivent contenir des informations essentiellement cliniques descriptives qui pourront aider à juger de la situation et du besoin de soin du résident (antécédents, descriptif clinique des pathologies en cours, traitement, transmissions IDE écrites permettant de vérifier l'état de santé du résident : troubles du comportement, épisode aigu, décompensations..., leur sévérité, leur fréquence, les mesures de suivi appliquées).

L'absence totale de traçabilité et d'information sur une pathologie ne permet pas de retenir le codage.

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

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

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

Évaluation de l'état de santé de la personne âgée

Les diagnostics codés dans PATHOS reposent sur :

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

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

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

Codage de la prévention dans PATHOS

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

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

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

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

Exemples :

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

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

La prise en charge d'une lésion débutante, dès le stade de la rougeur, (traçabilité dans le dossier) ou une évaluation selon l'échelle de Braden avec un score inférieur ou égal à 17 justifie une surveillance IDE et sera codée « Escarres S1 ».

Prévention de la dénutrition ou prise en compte des risques identifiés :

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

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

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

Le risque identifié et tracé (comme par exemple la constatation de réduction d'apports, la perte de poids, ou le besoin accru en lien avec un état pathologique particulier), associé à la traçabilité des actions mises en place sera codé comme la prise en charge de la dénutrition codée S1.

Prévention des fausses routes :

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

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

Rappel :

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

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

Prévention des troubles de la marche :

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

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

Rappel :

Le résident marchait, il ne marche plus au décours d'un épisode aigu, donc il requiert une revalidation à la marche par un kinésithérapeute codage R1 ou R2 selon intensité de la rééducation requise.

Prévention des rétractions :

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

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

Rappel :

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

Prévention de l'incontinence urinaire :

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

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

Prévention des récurrences ou des aggravations :

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

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

Le modèle PATHOS comporte 12 profils de soins :	
T1	CH pour Chirurgie
T2 pour Technique	DG pour Diagnostique
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 minutes) liée à la présence de facteurs de risques vitaux qu'ils soient aigus (le plus souvent) ou chroniques. On pourrait revendiquer pour cette pathologie une prise en charge en réanimation. Ces situations sont très exceptionnelles en EHPAD et peuvent rarement se rencontrer en USLD.

Exemples :

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

Profil T2

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

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

Certains profils T2 incluent des actes de rééducation (EX : broncho-pneumopathie profil T2 comprend des actes de kinésithérapie respiratoire par exemple) :

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

Exemple :

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

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

Exemple :

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

L'une des difficultés de codage se rencontre, lors de certaines situations cliniques, dans le choix entre le profil T2 imposant une surveillance rapprochée et le profil S1 correspondant à une simple surveillance régulière 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 24 h/24 dans la chambre du résident, mais d'une présence IDE dans la structure ou d'une astreinte, donc joignable rapidement) **ET des soins techniques infirmiers journaliers ?**

Ainsi, un résident relevant d'une **oxygénothérapie au long cours** sera codé T2 ou S1 selon le contexte clinique. T2 correspond à un résident 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 résidents **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 résident est en outre incapable d'effectuer seul ses soins et ses changements de poche.

De même pour les **perfusions sous-cutanées itératives**. Le simple complément hydrique chez une personne buvant peu sera codé en profil S1. Par contre, si l'acte technique n'est pas lourd en lui-même, la nécessité d'une perfusion sous cutanée témoignant d'un état clinique grave, avec troubles ioniques, chez un malade non perfusable 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 nécessitant une surveillance rapprochée, ou d'une pathologie psychiatrique très instable au long cours avec risque de rechutes très fréquentes. La notion de mise en danger est importante pour ce profil. Ce profil en termes de besoin mobiliserait fortement le **psychiatre** et l'équipe soignante, qu'il y ait ou non actuellement un psychiatre consultant. La prise en charge médicamenteuse est comprise dans le profil.

Exemple :

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

Profil P2

Prise en charge psychothérapique de soutien.

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

Exemple :

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

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

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

Ce profil P s'applique à des états pathologiques caractérisés et diagnostiqués (dépression, psychose, anxiété généralisée, et non à de simples symptômes. En particulier, dans le cadre d'un trouble neuro-cognitif majeur, il est fréquent d'avoir des symptômes anxieux ou dépressifs, délirants ou hallucinatoires qui ne relèvent pas d'une pathologie psychiatrique vraie, mais font partie de troubles du comportement liés au syndrome démentiel.

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

Profils Rééducation

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

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

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

Coder une pathologie en R suppose que le résident comprenne et puisse réaliser les consignes données par le rééducateur, qu'il va coopérer à sa rééducation. Pour les résidents en GIR 1, ou pour lesquels la communication est codée C dans AGGIR, les actes de rééducation seront généralement codés S1.

Profil R1

RRF intensive individuelle.

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

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

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

Exemple :

- Rééducation active et lourde d'une hémiplégié, 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 certaines revalidations lourdes à la marche 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 :

- Le profil R1 est peu compatible avec les profils P1 ou T2 et les troubles du comportement productifs.
- Il est également peu compatible avec les codages C dans AGGIR pour les variables communication et comportement

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

Profil R2

RRF d'entretien ou allégée.

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

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

- Possible pour le résident et que celui-ci va coopérer, qu'il a les capacités cognitives pour comprendre les consignes du rééducateur, et l'apprentissage des exercices.
- Légitime, utile à son état,
- Qu'elle devrait être effectuée par un rééducateur 20 à 30 min/jour, au moins 5 jours sur 7.

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

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

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

La prise en charge des troubles de l'équilibre chez le résident avec trouble neuro-cognitif majeur, dont l'objectif est de maintenir et de sécuriser la déambulation, est codée R2, si celui-ci est capable de comprendre et d'exécuter des consignes simples, s'il participe aux séances. Dans les autres situations, elle sera codée S1.

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

Exemples :

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

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

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

Rappel :

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

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

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

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

R2 au long cours

Possible chez le résident parkinsonien ayant encore une certaine autonomie (GIR2, GIR3), dans l'objectif de maintenir celle-ci.

R2 dans les suites d'un AVC, dans la mesure où le résident 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 résident justifie une prise en charge d'au moins 30 minutes par jour ou couplée avec une rééducation orthophonique, ce qui suppose que le résident soit en état et supporte ces soins.

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 résidents grabataires, car la prévention des Hypertonies déformantes acquises par le positionnement ou des orthèses fait partie des soins de base déjà valorisés par le GIR).

Donc codage possible dans certains cas chez résidents à haut risque si AVC ou Charcot ou SEP, ou trouble neuro-cognitif majeur de type Alzheimer ou évaluation, traçabilité dans dossier...)

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

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

Codage État grabataire troubles de la marche R2 : Le dossier médical, infirmier ou aide-soignant doit dans ce cas contenir un minimum d'information concernant ce besoin de soin : objectivation d'un retentissement fonctionnel diminuant l'autonomie et/ou entraînant des complications et/ou diminuant la qualité de vie, bilan kinésithérapique et/ou ergothérapique récent. L'objectif de la rééducation doit être fonctionnel de récupération de l'autonomie, de verticalisation.

L'intervention R2 doit être une prévention active ou dont l'objectif est la réversibilité partielle ou totale améliorant les critères précédents et régulièrement réévaluée.

Profil CH

Soins locaux complexes et longs.

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

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

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

Exemple :

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

Pansement important avec prémédication antalgique nécessaire. Dans cette situation, la prémédication est comprise dans le profil CH.

Les stomies arrachées par les résidents et pour lesquelles il faut refaire les pansements plusieurs fois par jour pourront être codées CH, si les conditions ci-dessus sont remplies.

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

Profil DG

Démarche médicale en cours pour déterminer la conduite à tenir devant une pathologie récente non diagnostiquée ou d'évolution récente.

Pour tout symptôme ou pathologie récent, objectifé, retenir ce codage pour la période durant laquelle le médecin traitant ou le médecin coordonnateur travaille à déterminer la conduite à tenir. Pour cela, il peut solliciter l'avis du résident, de sa famille, de la personne de confiance, de confrères ; demander un premier bilan biologique par exemple.

On doit retrouver ces éléments dans le dossier. Une fois la conduite à tenir déterminée, le profil DG n'est plus justifié.

En pratique le profil DG débute lorsqu'un symptôme est signalé nécessitant l'avis du médecin et court jusqu'au moment où l'orientation diagnostique ou thérapeutique est arrêtée.

Là encore l'intérêt et l'utilité de la démarche doivent être évalués et les questions à se poser restent toujours les mêmes :

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

Cette rubrique concerne le travail généré, par la prise de contact avec le résident et l'examen clinique initial pour l'état pathologique signalé. Dans les conditions décrites ci-dessus, le profil DG commence quand un problème de santé non diagnostiqué est signalé au médecin, et s'arrête quand la conduite à tenir est déterminée, même si le diagnostic n'est pas encore confirmé. **Ce profil concerne des situations cliniques « froides ». Pour les situations chaudes, on préférera le profil T2.**

Exemples :

- Déterminer la conduite à tenir face à une anémie récente
- Déterminer la conduite à tenir face à une tumeur mammaire de découverte récente

Ce qui n'est pas DG :

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

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

Profils M1 et M2

Ces profils ne peuvent être associés qu'à l'état pathologique « état terminal ». Ils seront étudiés dans le cadre de cet état pathologique.

Profil S1

Surveillance régulière 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 résident prenant au long cours une thérapeutique pour une pathologie identifiée. C'est notamment le résident à domicile ou en EHPAD présentant une polyopathie, vu tous les mois ou tous les 3 mois par son médecin traitant. Des bilans programmés toutes les semaines ou tous les mois peuvent avoir été prévus pour de tels résidents. Il s'agit en particulier ici de tous les traitements dits « de fond ».

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

Exemple :

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

Ce qui n'est pas S1 :

- Les pathologies connues stables, non traitées, comme l'insuffisance rénale chronique, si elle n'a pas d'impact sur le traitement ;
- Il n'y a pas lieu de coder plusieurs pathologies S1 quand toutes se rapportent à un même traitement (arthrose de la hanche et vertébrale, avec un traitement antalgique par exemple).

Profil S0

Soins ou surveillance épisodiques ou absence de soins.

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. 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 : trouble neuro-cognitif majeur très évolué au-dessus de toute ressource thérapeutique, incontinence urinaire imposant des soins de base pour l'hygiène de l'élimination sans soins techniques, mourants ne prenant plus aucun médicament par voie orale pour une HTA ou des troubles du rythme par exemple qui deviennent S0.

C) Thésaurus descriptif des états pathologiques

Affections cardio-vasculaires

Pour les affections cardio-vasculaires, il n'y a pas lieu de mentionner les états pathologiques non documentés même s'ils sont dans l'indication d'un traitement. Par exemple, la prescription d'un IEC et d'un bêtabloquant pour une insuffisance cardiaque ne doit pas faire coder hypertension artérielle.

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...), en poussées ou difficile à équilibrer (T2) ou équilibrée par un traitement de fond (S1).

Elle inclut tous les signes de l'insuffisance cardiaque (HAS) : dyspnée de repos ou d'effort, toux, fatigue, difficultés à réaliser les activités quotidiennes, tachycardie, crépitements pulmonaires, œdèmes périphériques, hépatomégalie...

Profils retenus : T1, T2, DG, S1.

2. Coronaropathie

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

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

3. Hypertension artérielle

Cette rubrique regroupe : les hypertensions artérielles systoliques, diastoliques, systolo-diastoliques, quelle qu'en soit l'étiologie.

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

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

Les réajustements thérapeutiques sont codés S1.

Le profil T1 ne se rencontre pas en établissement.

4. Troubles du rythme

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

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

Mettre en place ou adapter un traitement anticoagulant en raison de risques de complications thrombotiques ou d'un risque hémorragique élevé relève du profil T2, sous réserve d'une traçabilité des surveillances biologique et clinique en accord avec les recommandations.

Les modifications protocolisées d'un traitement anticoagulant sont codées S1

La surveillance d'un traitement équilibré relève du profil S1

5. Phlébites, lymphœdème, insuffisance veineuse.

Cette rubrique regroupe : les phlébites, et ses conséquences locales :

- **évidentes** cliniquement,
- ou **confirmées** par le Doppler en cas de doute,
- la **prévention** pharmacologique est incluse dans cette rubrique.

Profils retenus : T1, T2, R1, DG, S1.

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

La rééducation du lymphœdème secondaire à une pathologie cancéreuse par exemple sera codée R1 (rééducation individuelle).

6. Embolies et thromboses artérielles, gangrène, amputation

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

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

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

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

7. Artériopathies chroniques

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

Profils retenus : T2, DG, S1, S0

8. Hypotension orthostatique

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

Profils retenus : S1, S0.

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

Affections neuro-psychiatriques et troubles psychologiques et/ou comportementaux

9. Malaises, vertiges, perte de connaissance brève.

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

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

Exemple :

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

Profils retenus : P1 (non utilisé en pratique), R1, R2, DG, S1, S0.

10. Accidents vasculaires cérébraux

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

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

La rééducation cognitive peut être proposée dans « l'objectif de parvenir à des changements qui soient pertinents pour la vie quotidienne des résidents ». Cette rééducation sera codée P2 dans trouble neuro-cognitif majeur.

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

Il faut trouver des éléments dans le dossier qui permettent de justifier la poursuite de la rééducation (par exemple régression, aggravation de la perte d'autonomie, complications, etc. à l'arrêt de la prise en charge ou à l'inverse début tardif de récupération. Des évaluations tracées sont alors nécessaires.).

Les traitements médicamenteux au long cours de prévention secondaire sont codés dans les pathologies causales (par exemple, trouble du rythme, artériopathie) et non pas dans AVC.

11. Épilepsie, comitialité focale ou généralisée

Cette rubrique regroupe :

- La maladie épileptique, crises comitiales focales ou généralisées, dont la recherche étiologique peut être complexe. Si la comitialité est en rapport avec un AVC ancien sans séquelles et sans traitement, seule cette comitialité sera codée. Si l'AVC en cause présente des séquelles, un suivi ou un traitement, il sera codé en sus de la comitialité, avec son profil propre.
- Une crise comitiale isolée à l'occasion d'un AVC transitoire ne sera pas forcément traitée, une telle situation sera codée S0.
- La mise en route d'une thérapeutique antiépileptique avec équilibrage et surveillance rapprochée sera codée T2.

En cas de modification clinique, la réflexion médicale sur la conduite à tenir peut-être codée DG. Une fois cette conduite arrêtée, le profil devient S1 ou T2 selon les situations.

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

12. Syndrome parkinsonien et pathologies neurologiques chroniques évolutives.

Cette rubrique regroupe :

- La maladie de Parkinson à tous les stades de son évolution, et tout syndrome parkinsonien, y compris iatrogène. **En cas d'évolution démentielle**, syndrome parkinsonien et syndrome démentiel pourront être codés avec leur profil propre.
- La sclérose latérale amyotrophique,
- La sclérose en plaques,
- La paralysie supra-nucléaire progressive

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

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

Le profil R2 au long cours est possible chez le résident parkinsonien ayant encore une certaine autonomie (GIR 2, GIR3) et qui n'est pas codé C à cohérence dans AGGIR, dans l'objectif de maintenir celle-ci.

Les symptômes psycho-comportementaux qui leur sont associés seront codés dans 14 Troubles chroniques du comportement

13. Syndrome confusionnel

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

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

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

Profils retenus : T1 T2, P1, DG : Ces deux derniers codes ne sont pas utilisés en pratique.

14. Troubles chroniques du comportement

Il s'agit selon la définition retenue lors 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.

Le caractère chronique est attesté par une traçabilité des troubles pendant une période d'au moins un mois.

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. Les grilles NPI-ES, Cohen Mansfield ou EPADE peuvent être un bon support pour l'évaluation des troubles du comportement, à condition qu'elles soient remplies par des personnes formées.

Profils retenus : S1, P1, P2.

Troubles du comportement S1

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

Troubles du comportement P2

Le codage P2 sous-entend :

- Le codage d'une variable NPI-ES > 3 et retentissement entre 2 et 4.
- Le besoin d'une prise en charge psychothérapique et/ou psychomotrice (requis, faisable compte tenu de l'état du résident) par un psychologue, un psychomotricien (même s'il n'y en a pas actuellement dans l'établissement), associée ou non à une prise en charge médicamenteuse.
- Le dossier de soins infirmier ou aide-soignant (ou le dossier médical) doit objectiver une forte sollicitation de l'équipe soignante avec description des troubles +++ et éventuellement description de l'efficacité de la prise en charge relationnelle qui calme les symptômes comportementaux du malade.

Le profil P2 requiert un peu de prise en charge par un psychiatre (ou de gériatre formé à la psycho-gériatrie) et beaucoup de soins relationnels et ne peut être codé simultanément cohérence A et orientation A dans la grille AGGIR. Il s'agit de la gestion médicamenteuse et non médicamenteuse des symptômes psycho-comportementaux associés aux troubles neuro-cognitifs majeurs.

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

Exemple : Trouble neuro-cognitif majeur évolué avec troubles du comportement chroniques en unité « Alzheimer » : trouble neuro-cognitif majeur S0 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 la psycho-gériatrie), une permanence médicale et paramédicale organisée (même si elle n'existe pas actuellement), ainsi qu'une mobilisation du personnel jour et nuit.

Le plus souvent il s'agit d'auto ou hétéro agressivité, d'agitation psychomotrice, de violence diurne et/ou nocturne. Résidents qui pourraient relever, si ces troubles sont chroniques, d'Unités d'hébergement renforcées (UHR) ou d'Unités cognitivo-comportementales (UCC), c'est-à-dire d'unités d'hébergement labellisées pour la prise en charge des syndromes démentiels avec troubles sévères du comportement, et non de simples unités Alzheimer. Les UCC sont des unités d'hospitalisation intégrées dans des services de soins de suite et de réadaptation (SSR).

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

Le profil P1 devrait mettre en œuvre même si cela n'est pas fait actuellement beaucoup d'interventions de psychiatre (ou de gériatre formé à la psycho-gériatrie) et un peu de psychothérapie. Les prises en charge non médicamenteuses trouvent également leur place ici.

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

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

Le codage P1 sous-entend : le codage d'une variable de trouble productif NPI-ES > 7 et retentissement entre 4 et 5.

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 exceptionnellement P1 selon le besoin de soins requis qui pourrait apporter un bénéfice au résident que ce soit en termes d'amélioration mnésique ou cognitive ou comportementale ou physique ou d'autonomie ou de qualité de vie. Le projet de soin doit être adapté au GIR du résident qui conditionne la faisabilité de la prise en charge.

15. États dépressifs

Cette rubrique regroupe : Selon la définition de la DSM 5, les états dépressifs sévères, névrotiques ou réactionnels, la mélancolie. Il importe de rechercher un trouble neuro-cognitif majeur débutant (qui peut être associé) et de préciser les causes organiques, l'hypothyroïdie tout particulièrement. Si ces étiologies étaient confirmées, elles seraient alors codées en sus de l'état **dépressif si ce dernier nécessite une prise en charge spécifique**.

Ne pas confondre : « dépression » langage courant, simple symptôme, tristesse, avec « syndrome dépressif » dans le cadre d'une maladie dépressive, état dépressif caractérisé (tristesse de l'humeur, vision péjorative de l'avenir, inhibition, idées de mort) que cet état soit réactionnel ou non.

Seuls ces états dépressifs caractérisés se codent **N° 15**

Profils retenus : T2, P1, P2, S1.

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

16. États anxieux

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

On distingue l'anxiété « normale » (simple inquiétude temporaire, anxiété du soir) de l'état anxieux pathologique au long cours avec conséquences sur la vie quotidienne (troubles du sommeil, agitation épisodique, demandeur excessif)

Cet état anxieux est pathologique parce qu'au long cours il existe :

- Une anxiété sans objet (je suis angoissé, et je ne sais pas pourquoi et ce n'est pas d'hier)
- Une anxiété pour des situations passées (Décès d'un proche il y a 10 ans)

- Une anxiété pour des futilités

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

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

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

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

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

17. Psychoses, délires, hallucinations

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

Les psychoses ce sont :

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

Seules ces pathologies caractérisées se codent **N° 17**.

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

Profils retenus : T1, T2 (ces deux premiers codes ne sont plus utilisés en pratique), P1, P2, S1.

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

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

Dans une phase chronique, il s'agit des délires de préjudice, de jalousie, d'hypochondrie, de persécution mystique, stabilisés, mais mobilisant lourdement les équipes soignantes, qui seront codés P2. À long terme, la pathologie peut s'enkyster et ne plus nécessiter d'autre surveillance que celle d'un traitement stable et de son observance codée en profil S1.

18. Syndrome démentiel

Cette rubrique regroupe : les troubles neuro-cognitifs majeurs associés à une maladie d'Alzheimer ou apparentée (vasculaire, fronto-temporale, mixte, à corps de Lewy...).

Un diagnostic précoce permet de dissocier la maladie d'Alzheimer des troubles neuro-cognitifs majeurs 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 neurochirurgicale justifiant qu'on ne lui réserve pas une ligne particulière).

Les troubles du comportement importants seront codés EN PLUS (la prise en charge par le personnel est lourde), dans « troubles chroniques du comportement » N° 14. Les personnes 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, DG (les codages P1 et T2 ne sont plus utilisés en pratique).

Syndrome démentiel S0

Résident présentant un trouble neuro-cognitif majeur sans traitement médicamenteux spécifique.

Syndrome démentiel S1

- Résident présentant un trouble neuro-cognitif majeur traité avec un traitement médicamenteux spécifique prescrit selon l'AMM. Les dernières recommandations de la commission de transparence de la HAS rendent ce profil improbable.
- Non accessible à la réhabilitation psychomotrice (refus, trouble du comportement important, ou détérioration avancée).
- Résident pouvant bénéficier de l'animation.

Syndrome démentiel P2

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

Il s'agit d'un ensemble de méthodes psycho-pédagogiques correspondant aux situations pragmatiques de vie quotidienne, regroupées en séances qui devraient être effectuées par des personnels formés qu'ils soient ou non actuellement présents dans l'établissement (psychologue, psychomotricien, ergothérapeute).

Cette réhabilitation cognitive et/ou motrice est codée Syndrome démentiel 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 cognitives suffisantes compte tenu de ces objectifs afin que le malade puisse comprendre et effectuer les exercices proposés,
- qui ne sont pas cotés C dans AGGIR pour les deux sous items de la variable Cohérence (communication et comportement).

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

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

À noter que les troubles de l'équilibre du résident présentant un trouble neuro-cognitif majeur 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 DG

Ce codage correspond au temps de prise de décision médicale sur l'intérêt de faire une recherche étiologique d'un syndrome démentiel, ou sur l'intérêt d'éliminer un diagnostic différentiel. Il ne peut être retenu dans l'attente du rendez-vous de consultation mémoire. La recherche étiologique n'est plus requise dans les formes évoluées.

Affections broncho-pulmonaires

19. Broncho-pleuro-pneumopathies

Cette rubrique regroupe :

En aigu, la bronchite aiguë ou la surinfection bronchique chez un résident bronchopathe chronique, les pneumopathies aiguës, les pleurésies associées ou non à une pneumopathie.

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

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

Profils retenus : T1, T2, R1, DG, S1, S0.

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

Le DG est retenu au moment de la réflexion diagnostique pour définir la conduite à tenir. Lorsque la conduite à tenir est définie, le DG ne se justifie plus.

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

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

20. Insuffisances respiratoires

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

Profils retenus : T1, T2, R1, DG, S1, S0.

La kinésithérapie respiratoire relève du profil R1 (rééducation individuelle).

Le profil DG sera retenu le temps de la démarche médicale aboutissant à la conduite à tenir. Une fois la conduite à tenir définie, le DG ne se justifie plus. Les résidents relevant d'une oxygénothérapie au long cours seront codés T2 ou S1 selon le contexte (T2 correspond à un résident dont l'état général est altéré et dont la situation clinique impose une surveillance médicale et infirmière rapprochée, notamment avec mesure de la saturation en O₂, et adaptation régulière du traitement). L'insuffisance respiratoire chronique non compliquée nécessitant un traitement (y compris l'oxygène, si besoin) et une surveillance programmée sera codée en profil S1.

Cas particulier de la trachéotomie qui sera codée T2 si nécessité d'intervention d'une infirmière pour aspirations plusieurs fois par jour, et S1 pour la simple surveillance et le changement de canule.

Le codage T2 est justifié si une surveillance des constantes par l'infirmière est prescrite dont les résultats doivent figurer au dossier (oxymétrie, TA, pouls, fréquence respiratoire, cyanose...) et s'il y a plusieurs fois par semaine des réajustements thérapeutiques requérant l'intervention du médecin.

21. Embolies pulmonaires

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

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

Profils retenus : T1, T2, DG, S1.

À la phase initiale, le pronostic vital conditionne le profil T1 (exceptionnel en EHPAD). Le profil T2 correspond à la période de soins, sans pronostic vital en jeu, imposant une surveillance médicale pluri-hebdomadaire et une permanence infirmière (**T1 et T2 comportent la valorisation des moyens diagnostiques**).

Le profil DG correspond à la phase de réflexion médicale sur la conduite à tenir pour la recherche étiologique. Une fois que la conduite à tenir est déterminée, le DG ne se justifie plus.

Le traitement de fond (par voie injectable ou orale) après une embolie pulmonaire sera codé S1.

Pathologies infectieuses

22. Syndromes infectieux généraux bactériens ou viraux

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

Profils retenus : T1, T2, DG, S1

Les épisodes aigus seront codés T1 ou T2 selon l'existence d'un risque vital ou non (incorporant la phase diagnostique avec hémocultures notamment).

Le profil DG concerne la démarche médicale aboutissant à la définition de la conduite à tenir dans la recherche étiologique. Une fois la conduite déterminée, le profil DG ne se justifie plus.

S1 sera utilisé pour les traitements antibiotiques « de consolidation » par voie orale n'imposant qu'une surveillance programmée.

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 ou muqueuses 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...

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.

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.** (« Tous ensemble, sauvons les antibiotiques ; Rapport ministériel Dr Jean CARLET, juin 2015). La pratique d'un ECBU ne justifie pas le codage DG.

Affections dermatologiques

25. Escarres, ulcères et autres plaies

Cette rubrique regroupe : toutes les lésions cutanées entraînant une 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.

Le profil CH correspond à des soins complexes et longs, mobilisant l'IDE au moins 20 minutes tous les jours ou tous les deux jours. Ce temps de mobilisation IDE comprend le temps d'installation, et non le temps de préparation du chariot.

L'escarre CH est un marqueur de la gravité de l'état général du résident et peut s'accompagner d'état(s) pathologique(s) imposant une permanence infirmière. La nécessité d'une prise en charge antalgique avant ou pendant le pansement peut justifier le codage CH. Généralement un pansement devient important quand une détersion est nécessaire.

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

S1 correspond à une surveillance et prise en charge par l'IDE d'une lésion débutante (escarre stade 1).

La prévention des escarres chez un malade confiné au lit et au fauteuil par nursing, positionnement, matelas ou coussin anti-escarre 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 telles que les **grands psoriasis**, les **eczémas suintants**, etc. générant des soins techniques.

Profils retenus : CH, DG, S1.

Le médecin peut s'interroger sur la conduite à tenir devant une lésion cutanée (consultation spécialisée, biopsie...) le profil sera alors DG. Une fois que la conduite à tenir est déterminée, le profil DG ne se justifie plus.

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

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

Affections ostéo-articulaires

27. Pathologie de la hanche

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

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

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

Le profil R2 n'est requis que dans les conditions décrites dans le chapitre Profil R2, le plus souvent en post opératoire immédiat, et n'est pas à coder R2 dans « état grabataire trouble de la marche ».

28. Pathologie de l'épaule

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

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

29. Pathologie vertébro-discale

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

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

En phase aiguë, les soins relèvent du profil T2.

La démarche médicale aboutissant à la conduite à tenir sera codée DG. Une fois la conduite à tenir déterminée, le profil DG ne se justifie plus.

Les apports vitamino-calciques et éventuellement les traitements anti-ostéoporotiques relèvent du profil S1. Une cypho-scoliose ancienne, sans signes cliniques vertébraux, mais responsable d'une insuffisance respiratoire imposant une surveillance et/ou un traitement, sera codée état pathologique N° 20 avec son profil ET pathologie vertébro-discale S0.

30. Pathologies osseuses d'autres localisations

Cette rubrique regroupe : toutes les lésions osseuses et non articulaires 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.

Affections gastro-entérologiques

32. Syndromes digestifs hauts

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

Profils retenus : T1, T2, CH, DG, S1, S0.

Les situations graves relèvent des profils T1 ou T2.

Les soins locaux en post opératoire de CH et les traitements de fond de S1.

Le profil DG sera retenu si le médecin s'interroge sur la conduite à tenir à visée diagnostique. Il ne sera plus justifié quand la conduite à tenir à visée diagnostique sera déterminée.

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

Les fausses routes

- **Profil S1** :
Fausses routes ponctuelles ou occasionnelles nécessitant une surveillance des prises orales, sous la responsabilité de l'IDE, une adaptation des textures et une position assise pour les repas.
- **Profil T2** :
Fausses routes récidivantes (plusieurs fois par semaine) et fausses routes à l'origine de bronchopneumopathies récidivantes nécessitant l'intervention du médecin. Les fausses routes documentées dans le dossier médical ont présenté des critères de gravité tels que la présence de l'IDE a été requise pour la prise en charge aiguë, et la présence du médecin pour confirmer le diagnostic et mettre en place les mesures préventives. Ces situations sont généralement à l'origine de pneumopathies de déglutition, et justifient la prescription d'antibiotiques de façon répétée.

33. Syndromes abdominaux

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

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

Profils retenus : T1, T2, DG, CH, S1, S0.

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

34. Pathologie hépatique, biliaire, pancréatique

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

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

Profils retenus : T1, T2, CH, DG, S1, S0.

Le temps médical nécessaire à déterminer la conduite à tenir à visée étiologique sera codée DG. Une fois la conduite à tenir déterminée, le profil DG ne se justifie plus.³⁵

35. Dénutrition

Les consignes de codage PATHOS pour la dénutrition sont basées sur les recommandations de la HAS et de la fédération française de nutrition validées le 10 novembre 2021, intitulées « diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus ».

[Le document de la HAS est téléchargeable à l'adresse suivante.](#)

Le document de la HAS précise les bonnes pratiques qui consistent, entre autres à surveiller le poids une fois par mois, voire une fois par semaine en cas d'événement intercurrent, de diminution de l'appétit ou des consommations alimentaires.

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

Définitions de la HAS

Le diagnostic de dénutrition est posé en présence d'au moins un critère phénotypique parmi les suivants :

- perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$;
- sarcopénie confirmée (voir définition de la sarcopénie dans le guide HAS).

Et d'un critère étiologique parmi les suivants :

- réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'une semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport :
 - à la consommation alimentaire habituelle,
 - ou aux besoins protéino-énergétiques ;
- absorption réduite (malabsorption/maldigestion) ;

- situation pathologique (avec ou sans syndrome inflammatoire) :
 - pathologie aiguë,
 - ou pathologie chronique,
 - ou pathologie maligne évolutive.

Pour la réduction de la prise alimentaire, compte tenu des difficultés de recueil sur 1 ou 2 semaines, dans PATHOS nous proposons : la réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % mesurée au moyen de **fiches de surveillance alimentaire** établies sur 3 jours, incluant l'ensemble des repas et collations.

Les moyens de surveillance de la dénutrition dans les EHPAD sont donc :

- La pesée mensuelle,
- La pesée au décours d'une hospitalisation,
- La recherche de situation à risque
- Les fiches de surveillance décrites ci-dessus.

Diagnostic de la dénutrition sévère :

Lorsque le diagnostic de dénutrition est établi, il est recommandé de déterminer la présence de critères de sévérité.

Les critères de dénutrition sévère sont les suivants (1 seul critère suffit) :

- IMC < 20 kg/m² ;
- perte de poids :
 - ≥ 10 % en 1 mois,
 - ou ≥ 15 % en 6 mois,
 - ou ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- albuminémie ≤ 30 g/L*. * Les méthodes fiables de mesure sont l'immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie. L'estimation de l'albuminémie à partir de l'électrophorèse des protéines ne doit pas être utilisée

Conduite à tenir

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

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

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

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

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

Dénutrition à retenir dans PATHOS

Dans PATHOS, il convient de retenir le diagnostic lorsque les critères de perte de poids et de réduction de la prise alimentaire retenus par la HAS ou décrits ci-dessus sont présents.

Profils retenus : T2, DG, S1, S0.

Profil T2

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

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

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

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

Il y a un projet de récupération du poids antérieur à l'événement ayant entraîné la dénutrition.

Dans le dossier on doit retrouver une traçabilité de :

- la pesée hebdomadaire
- les fiches de surveillance alimentaire sur 3 jours
- l'albuminémie régulière,
- le traitement de la cause identifiée dans le critère étiologique,
- la prescription de repas enrichis ou de compléments alimentaires.

Le résident redevient S1 quand le poids se stabilise ou qu'on allège le temps de surveillance médicale, quand la dénutrition est corrigée, ou quand on fait le constat qu'on ne récupèrera pas le poids ou l'albuminémie antérieurs.

Les résidents 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 régulière.

Profil DG

Le profil DG sera retenu lorsque le médecin s'interroge sur l'étiologie de la dénutrition, et envisage une démarche étiologique. Une fois la conduite à tenir arrêtée, le profil DG ne se justifie plus.

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

Profil S1

Le diagnostic est fait et le traitement consiste en une alimentation améliorée et/ou plus abondante et/ou enrichie et/ou fractionnée par la **cuisine+++**. Par extension, la prévention de la dénutrition chez un malade à risque identifié et tracé, mais ne répondant pas encore aux critères de la HAS, pourra être codée dénutrition S1.

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

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

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

Profil S0

Le diagnostic est fait, mais, compte tenu de l'état de santé et du pronostic du résident, 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.

Affections endocriniennes

36. Diabète

Cette rubrique regroupe : tout diabète traité en routine ainsi que les accidents qui peuvent émailler l'évolution du traitement : hypoglycémie, acidocétose, coma hyperosmolaire.

Les complications artérielles seront codées en plus : N° 2 pour les coronaropathies, N° 7 pour les artériopathies chroniques, N° 10 pour les accidents vasculaires cérébraux, N° 46 pour les pathologies oculaires évolutives telles que glaucome, rétinopathie diabétique...

Profils retenus : T1, T2, S1.

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

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

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

37. Dysthyroïdie

Cette rubrique regroupe :

- Toutes les **hypothyroïdies** quelle qu'en soit l'origine : iatrogène essentiellement par l'amiodarone, mais également hypothyroïdie dans les suites d'un traitement d'hyperthyroïdie par iode 131 ou thyroïdectomie ou thyroïdite de Hashimoto évoluée. Ne seront codées que les hypothyroïdies traitées en excluant les affections biologiquement frustrées ou sans incidence clinique.
- Toutes les **hyperthyroïdies** quelle qu'en soit l'étiologie : Basedow, nodule chaud, pathologie iatrogène, thyroïdite... Une fibrillation auriculaire associée sera codée en plus.

Profils retenus : T2, CH, DG, S1

Le démarrage des traitements (thyroxine, ATS), avec risque cardiaque notamment, relève de T2 (surveillance rapprochée). Le traitement d'entretien sera codé S1, les soins locaux lourds en post-opératoire d'une intervention pour hyperthyroïdie seront codés CH.

38. Troubles de l'hydratation

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

Profils retenus : T2, DG, S1.

Le résident relevant d'une **perfusion sous cutanée** sera codé T2 ou S1 selon le contexte. Le profil T2 correspond à un résident dont l'état général est altéré et dont la situation clinique impose une surveillance biologique et clinique rapprochée. L'ionogramme sanguin est déséquilibré.

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

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

Affections uro-néphrologiques

39. Rétention urinaire

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

Profils retenus : T2, DG, S1

La charge en soins induite **par une sonde à demeure ou un cathéter sus pubien**, sa surveillance et son changement relèvent du profil S1.

40. Insuffisance rénale

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

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

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

L'insuffisance rénale sévère, non traitée, surveillée biologiquement, car ayant un impact sur la prise en charge médicamenteuse sera codée S1.

L'insuffisance rénale non traitée, surveillée par des ionogrammes sera codée S0.

41. Incontinence

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

Profils retenus : R1, DG, S1, S0.

Le profil DG est réservé aux situations où le médecin s'interroge sur l'intérêt d'une démarche diagnostique, la rééducation relève du profil R1 (rééducation individuelle), la prise en charge pharmacologique de S1.

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

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

Autres domaines pathologiques

42. Anémies

Cette rubrique regroupe : toutes les anémies, quelle qu'en soit l'étiologie dès lors qu'elles sont cliniquement pertinentes :

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

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

Le profil DG sera retenu le temps de décider de la conduite à tenir devant une anémie de découverte récente. Les transfusions répétées dans l'EHPAD ou l'USLD relèvent du profil T2. Les transfusions réalisées à l'extérieur de l'établissement seront codées S1

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

43. États cancéreux

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

Profils retenus : T1, T2, CH, DG, S1, S0.

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

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

44. Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique

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

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

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

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

45. Syndrome inflammatoire ou fièvre inexpliqués

Cette rubrique regroupe : les anomalies biologiques témoignant d'un syndrome inflammatoire inexpliqué. On inclut ici également les fièvres au long cours inexpliquées.

Profils retenus : DG, S1, S0.

46. Pathologies oculaires évolutives

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

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

47. État grabataire, troubles de la marche

Les troubles de la marche retenus dans PATHOS sont des pathologies affectant la motricité et bénéficiant d'une intervention qui vise à récupérer la fonction locomotrice ou à prévenir son aggravation.

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 traitant,
- alitée de longue date, nécessitant **une re verticalisation et une rééducation à la marche avec des chances raisonnables de succès.**

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

Profils retenus : R1, R2, S1.

Le syndrome post-chute prend place ici.

La dégratation lourde avec reverticalisation et réapprentissage de la marche relève du profil R1 (imposant une prise en charge de type SSR).

Le profil R2 sera retenu lorsque le résident a été évalué par un rééducateur paramédical, que son suivi montre une progression objective et qu'il participe à sa rééducation.

Si le résident 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 prévention de la perte d'autonomie à la marche est codée S1.

La mobilisation passive est codée S1.

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

48. État terminal à plus ou moins longue échéance

➔ Cas particulier des « États terminaux »

Il est souvent difficile d'imputer chez un résident poly-pathologique l'état terminal à l'une ou l'autre pathologie. **Il est parfaitement possible pour cet état pathologique 48 d'associer tout autre état pathologique avec son profil propre.** Rappelons que la rubrique « état terminal » n'est codée que lorsque toute thérapeutique curative est exclue et que l'équipe médicale a formulé, ou aurait dû formuler, le passage aux soins palliatifs ou aux soins de confort (profils M1 ou M2). Il est important d'expliquer l'état terminal par la ou les pathologies causales en codant ces pathologies S1 ou S0.

Il s'agit ici de malades pour lesquels a été clairement formulé l'état de « fin de vie » (et non de malades simplement grabataires au long cours), conséquences de l'évolution d'une ou plusieurs maladies (éventuellement lente). Dans le dossier, on devrait trouver les éléments d'anticipation en concertation pluridisciplinaire, par exemple : contact avec une EMSP (équipe mobile de soins palliatifs), contact avec l'HAD, transmission d'une fiche type « SAMU – Pallia ».

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).

La présence d'escarres sera obligatoirement mentionnée (N° 25) avec le profil S1 ou CH selon les situations, car, même en soins palliatifs, elles doivent être traitées.

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

Profils retenus : M1, M2.

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

Profil M1 : soins palliatifs : techniques lourds continus et relationnels

Il s'agit ici des soins lourds requis dans le **cadre d'un accompagnement pluriprofessionnel de fin de vie nécessitant une importante mobilisation de soins tant relationnels plurijournaliers 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 gênants** (vomissements, hoquet, constipation, encombrement respiratoire...).

Le codage T2 peut parfois être associé au codage M1. Ce cas concerne une pathologie aiguë intercurrente que l'on prend en charge pour éviter de majorer l'inconfort.

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

Profil M2 : soins palliatifs d'accompagnement

Il s'agit ici d'un résident, 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 résident - structure, mais peut se rencontrer en EHPAD et à domicile où l'éventualité d'une personne âgée sans pathologie « pertinente » n'a rien d'exceptionnel.

Profils retenus : S0.

Liste des alertes croisées AGGIR PATHOS

GIR 1 et syndrome démentiel S1 et profil R1 sur autre pathologie que phlébite, Broncho pleuro pneumopathie, insuffisance respiratoire.

GIR 1 et syndrome démentiel S0 et profil R1 sur autre pathologie que phlébite, Broncho pleuro pneumopathie, insuffisance respiratoire.

Cohérence C et Orientation C et syndrome démentiel P2.

Cohérence C et Orientation C sans syndrome démentiel.

Cohérence C et Orientation C et Profil R1.

Cohérence A et Orientation A et troubles du comportement

Alimentation A et Troubles de l'hydratation T2.

Alimentation A et Troubles de l'hydratation S1.

Alimentation A et Troubles de l'hydratation DG.

GIR 5 ou 6 avec État terminal.

Incompatibilités avec déplacement intérieur A :

- Syndrome confusionnel aigu T2,
- Embolie pulmonaire T2,
- Syndrome infectieux généralisé T2,
- Accident vasculaire cérébral T2,
- Pathologie de la hanche T2,
- Pathologie vertébrodiscale T2.

Révision 2022

Yannick Eon

Christine Gaillandre Cleach

Le groupe des médecins référents PATHOS des ARS

Les formateurs PATHOS

Le CNP de gériatrie

Premières versions :

Jean-Marc Ducoudray

Robert Leroux

Patrice Prévost

Jean-Marie Vétel

Claire Vuillemin

Catherine Réa

Danièle Steinbach

Michel Salom

Christian Le Provost

Éléments de bibliographie

Site internet de documentation de la CNSA : www.cnsa.fr

Sur ce site :

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

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

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

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

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

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

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

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

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



FICHE INDIVIDUELLE

Annexe : Fiche individuelle

Échelon local |_|_|_|

IDENTIFICATION

NOM :

Étude |_|_|_|

Numéro |_|_|_|_|

Prénom :

Définis par le système informatique

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

ÉTATS PATHOLOGIQUES

PROFILS

Affections cardio-vasculaires

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
01	Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
02	Coronaropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Phlébites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
06	Embolie et thrombose artérielle, amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Artériopathies chroniques		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Hypotension orthostatique											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections neuro-psychiatriques

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
09	Malaises, vertiges, P d C, chutes			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Accidents vasculaires cérébraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Comitialité focale et généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Syndrome parkinsonien		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Syndrome confusionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
14	Troubles chroniques du comportement			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
15	États dépressifs			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	
16	États anxieux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
17	Psychose, délires, hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
18	Syndrome démentiel			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections broncho-pulmonaires

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
19	Broncho-pleuro-pneumopathies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Embolies pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	

Pathologies infectieuses

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

Affections dermatologiques

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

Affections ostéo-articulaires

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

Affections gastro-entérologiques

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

Affections endocriniennes

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

Affections uro-néphrologiques

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

Autres domaines

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

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

En clair

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