

HARMONISATION DU CODAGE PATHOS 2008

Document co-rédigé : Dr Vetel chargé de mission PATHOS et CNAMTS

Préambule

Ce document est destiné aux médecins réalisant les coupes PATHOS au sein des établissements et aux médecins conseils en charge des validations de ces coupes.

Il a pour objectif de :

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

Les questions qui doivent être posées sont les suivantes :

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

- Rappeler que le dossier médical et / ou infirmier doit contenir des informations qui pourront aider à juger de la situation et du besoin de soin du patient (ANTCD, pathologies en cours, traitement, transmissions IDE écrites permettant de vérifier l'état du patient (troubles du comportement, épisode aigu, décompensations..., leur sévérité, leur fréquence, les mesures appliquées).

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

Une information très succincte peut conduire à coder avec l'hypothèse basse.

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

Ces recommandations seront actualisées pour tenir compte des évolutions en matière de prise en charge gériatrique notamment en ce qui concerne les démences.

CODAGES

1. Codage P2

P2 associé à syndrome démentiel :

Sous entend que le diagnostic est établi et que l'on estime que le patient devrait ou pourrait bénéficier **en vue du traitement spécifique de la maladie neurologique démentielle**, d'une stimulation cognitive en atelier mémoire (bien différent de la simple participation ou simple présence aux « animations d'après midi même si ces activités participent pour une certaine part à une stimulation cognitive »),

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

Si le malade a des fonctions intellectuelles trop altérées et reçoit comme traitement symptomatique de sa maladie des anti alzheimer : codage S1

P2 associé à des troubles du comportement (agitation ou APATHIE) :

Sous entend la nécessité d'une prise en charge relationnelle soit par le psychologue soit par l'équipe formée et « sous le contrôle » d'un psychologue quand il y en a, car on est en soins requis !

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

Ce qui est important ce sont la ou les pathologies psychiatriques sous jacentes qui sont à l'origine de ces troubles du comportement (et qui doivent être mentionnées+++)

Les profils en P indiquent que l'on insiste sur la prise en charge Psy (P1 beaucoup de psychiatre, P2 beaucoup de psychologue) ;

Les profils T2 ou S1 indiquent qu'on est essentiellement sur le versant médicament et médecin gériatre.

Les malades peuvent ainsi avoir :

- 2 codes P2 sur 2 pathologies distinctes : relevant d'une prise en charge surtout relationnelle.
- ou P2 pour l'une et P1 pour l'autre lorsque l'intervention relèverait de la psychiatrie.++ (et ce même si il n'y a pas de psychiatre dans le bassin de vie, car on est en soins requis+++)

- ou P2 ou S1 pour le trouble du comportement et T2 ou S1 pour la pathologie psychiatrique sous jacente si le « médicament » semble prioritaire.

On peut aussi avoir P2 troubles du comportement associé à une démence S0 pour marquer l'origine démentielle même si elle n'est plus traitée, mais bien entendu le P2 doit être relié à anxiété ou dépression qui complique le syndrome démentiel.

2. Codage R2

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

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

Ce n'est pas parce que c'est prescrit que le codage sera accepté car on est dans le soin utile requis

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

Activation à la marche

Le guide propose le codage R2 dans le cadre d'une « activation à la marche »
On entend par là qu'on prend en fait le pari d'une **revalidation** à la marche (barres parallèles, montée et descente d'escalier chez un patient qui marchait et qui au décours d'une pathologie récente intercurrente ne marche plus ou qui présente une instabilité à la marche mais dont on pense sincèrement que la kinésithérapie pourrait l'améliorer.

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

La simple stimulation ou besoin de stimulation pour aller à la salle à manger ou à l'animation lorsqu'on fait marcher « au bras » de l'AS ou de l'ASH ne se code que trouble de la marche S1 et pas R2.

Possibilité de coder plusieurs R2 pour un même patient : OUI

Oui : s'il s'agit d'une rééducation spécifique articulaire pour des pathologies distinctes éloignées et identifiées :
ex R2 associé à pathologie de l'épaule (rééducation de l'épaule + R2 associé à pathologie de la hanche, ou R2 épaule, associé R2 trouble de la marche)

R2 au long cours

- Possible chez le patient parkinsonien ayant encore une certaine autonomie (GIR 2, GIR3)

Harmonisation du codage.15 janv 2008

Co rédaction : Dr Vetel chargé de mission PATHOS et CNAMTS

- R2 possible dans les 6 mois qui suivent un AVC. (R2 s'il s'agit d'une rééducation type SSR)

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

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

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

Entretien à la marche

Entretien à la marche de quelqu'un qui marche : codage S1

Prévention des rétractions :

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

(voir le patient peut être très utile dans ce cas) ...

On doit donc avoir des informations sur la pathologie particulière s'accompagnant habituellement d'une évolution vers des rétractions.

R2 car intervention effective actuellement d'un kinésithérapeute :

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

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

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

3. Codage DG

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

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

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

4. Codage M1 associé à codage T2

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

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

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

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

*Document établi à la demande conjointe des médecins coordonnateurs et des médecins conseils
Vient en complément du guide de codage mais ne le remplace pas*