

PATHOS

REQUIS = UTILE + FAISABLE (si on en avait les moyens) !

Les coupes Pathos réalisées dans les EHPAD depuis la dernière harmonisation (avril 2009) suscitent bon nombre de commentaires divergents au sein des médecins coordonnateurs et des directeurs d'établissements. Certains (les plus discrets) se félicitent de la progression de leur PMP qu'ils jugent conforme à la réalité des pathologies prises en charge dans leur structure, d'autres au contraire, ayant assisté à une baisse de leur PMP, s'insurgent bruyamment contre l'outil d'évaluation, affirmant qu'ils ne parviennent plus à faire entendre leurs arguments. Dans ce contexte de discussion parfois tendue avec les services médicaux de l'Assurance Maladie il paraît important de rappeler les règles de cotation, dont les mises à jour successives n'ont d'autre but que de les définir de plus en plus clairement et réduire ainsi la variabilité inter-individuelle du codage.

Avantage de PATHOS par rapport à la TAA

Une des différences entre la TAA et PATHOS est que la TAA ne code que ce qui est fait alors que PATHOS code ce qui « devrait être fait » même si aujourd'hui cela n'est pas fait faute de moyens.

Facile à dire ! Mais qu'est ce qui devrait être fait ?

C'est : ce que recommandent les bonnes pratiques cliniques gériatriques comprises entre l'abandon coupable et l'acharnement malsain, bref la persévérance raisonnable.

La question est primordiale pour le gériatre ; elle devrait être posée pour chaque patient et, en EHPAD, faire l'objet d'une discussion pluridisciplinaire en équipe. Si la question est unique, les réponses, peuvent être multiples, parfois contradictoires, comme c'est souvent le cas lorsque l'on porte la discussion sur un plan éthique. Peu importe, l'essentiel est d'être capable d'expliquer - dans le dossier médical - les options diagnostiques et thérapeutiques qui *in fine* seront retenues.

Le soin requis, en pratique

Il faut bien reconnaître que si dans les situations les plus favorables la discussion s'engage sur un mode collégial, le médecin coordonnateur reste malgré tout très isolé pour synthétiser les réponses trouvées et argumenter les choix médicaux. Il lui faut donc en pratique s'orienter à partir de quelques repères facilement accessibles.

Il lui est ainsi possible d'utiliser schématiquement deux types de critères qui peuvent être liés :

1/ Aux états pathologiques :

Les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS, de l'ANESM, de la SFGG sont des documents qu'il faut avoir à portée de main car ils sont « opposables », ce sont eux qui « disent le bien »... »...pour le patient, pour vous et pour l'assurance maladie.

Le nombre actuel de ces documents est fort conséquent, ils sont à disposition le plus souvent sur Internet.

Il n'en reste pas moins que ces bonnes recommandations pratiques traitent chaque fois d'une unique pathologie et qu'il faut tenir compte dans le soin requis de l'état global du patient poly pathologique. Le bon soin n'est pas la simple addition aveugle des recommandations concernant les 7 ou 8 pathologies du malade. Il faut faire des choix avec discernement et privilégier par exemple la recherche des pathologies dont le traitement sera susceptible d'avoir un impact sur la qualité de vie du patient. L'incurabilité supposée de telle ou telle pathologie n'est pas obligatoirement un critère d'exclusion : tout dépend de l'espérance et de

la qualité de vie supposées avec le traitement, en tenant compte bien entendu des autres états pathologiques pouvant majorer la dépendance.

L'évaluation de la persévérance raisonnable vis à vis de ce malade n'est peut être pas la même pour tous les médecins... d'où la recommandation d'avoir suivi la formation de la capacité de gériatrie où ces problématiques techniques et éthiques sont largement abordées. A vous d'en faire profiter tous ceux qui n'ont pas encore eu la chance d'acquérir ce diplôme....

2/ à l'état du patient :

L'avis du malade sur les traitements envisagés est également un moment important du choix de la thérapeutique requise, car en cas de refus ou d'infaisabilité, cette thérapeutique en théorie souhaitable ne serait plus justifiée chez ce malade... Dans ce cas, elle ne serait donc pas requise !

La verbalisation de la demande du patient doit toujours être recherchée, même si elle peut sembler de prime abord difficile à recueillir. L'avis de la famille ne doit pas non plus être négligé et peut se révéler éclairant dans certaines situations.

Le niveau d'autonomie et le degré d'altération cognitive pouvant dégrader la vie sociale et retentir sur l'élan vital sont d'autres critères pertinents. En revanche, l'âge chronologique n'a que peu de valeur aux yeux du gériatre...

Le temps des preuves

Lorsque le Médecin Conseil vient faire la validation de votre coupe dans votre établissement, par définition il ne connaît pas cliniquement les malades, il vous appartient donc de lui fournir pour chacun d'eux les éléments de preuve des soins que vous estimez requis compte tenu de leur état clinique.

C'est ici que le dossier médical et le dossier soin sont essentiels, en particulier concernant la description de l'état clinique du patient sur la période précédant la coupe.

Au mieux une fiche technique par malade devrait avoir été préparée avec pour chaque pathologie votre argumentaire et les preuves cliniques médicales, soignantes, biologiques, pharmacologiques à l'appui de vos propositions de soins requis.

N'oubliez pas que la discussion bénéfique/risque fait partie intégrante du dossier médical et encouragez les équipes soignantes à signaler régulièrement les troubles (en particulier comportementaux) dont la permanence leur fait parfois oublier qu'ils existent, qu'ils posent problème et qu'ils pourraient peut-être faire l'objet d'un autre mode de prise en charge.

Enfin rien n'interdit au médecin conseil de venir voir avec vous le malade en cas de doute sur la cotation à retenir, cela fera grand plaisir au malade de voir 2 médecins se pencher sur son cas...

Trois exemples

- Pour un état clinique (quel qu'il soit) à rechutes fréquentes T2, il faut pouvoir montrer les déséquilibres cliniques itératifs dans le dossier médical, les transmissions de surveillance clinique du dossier soin, les appels et interventions répétées du Médecin généraliste, parfois les hospitalisations fréquentes pour ce motif.

- Pour justifier d'une prise en charge en atelier de stimulation cognitive afin 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, donc profil démence P2, il faut que le malade n'ait pas une démence sévère, qu'il soit d'accord sur le principe des ateliers et

ne soit pas « C » en communication et « C » en comportement dans AGGIR.... car il ne serait alors guère convivialisable...

- Pour justifier un profil R1 de kinésithérapie, il ne faut pas que le malade ait par ailleurs une insuffisance cardiaque T2... car cette kinésithérapie lourde, certes mécaniquement utile, ne serait probablement pas supportée par ce malade.

En conclusion

PATHOS a pour objectif d'évaluer le soins requis, encore faut-il que le malade en ait réellement besoin (à vous d'en apporter la preuve d'une part en décrivant bien l'état clinique du patient et d'autre part en vous aidant des documents de bonnes pratiques de référence). Encore faut-il ensuite qu'il soit capable de supporter ce soin et l'accepte lorsqu'on lui proposera...

Au final qu'est ce qu'un soin requis ?

C'est un soin nécessaire c'est à dire UTILE et qui lorsqu'on aura les moyens de le faire sera FAISABLE.

Attention : un soin présumé utile peut être infaisable pour diverses raisons (indépendamment du financement), dans ce cas il n'est pas requis...

Il faut bien comprendre que l'Assurance Maladie paye les soins requis, mais qu'elle veut être certaine que les soins que vous revendiquez pour vos patients sont d'une part effectivement bien requis et d'autre part qu'avec l'argent versé ces soins pourront alors effectivement être faits, ce sont ici les raisons de la validation.

C'est dans cette philosophie qu'il convient de préparer la coupe et sa validation.

Quant à ceux qui pourraient trouver qu'il s'agit un travail important, certes cela est vrai, mais la situation ne se reproduit que tous les 2 ans au plus et l'on peut ajouter qu'outre les aspects strictement financiers (essayer d'accroître les moyens de l'établissement est déjà une noble cause), chaque malade devrait également tirer un grand bénéfice personnel à ce qu'on mette tous le 2 ans bien au clair, avec le médecin généraliste, ses divers projet de soins pour ses diverses maladies.....une réévaluation plus fréquente n'aurait d'ailleurs rien de scandaleux !

Dr Vétel