

Recommandations de codage PATHOS

Formation 2022

Codage neuro psychiatrie



Codage « Etats dépressifs » (maladie)

Ne pas confondre :

- « dépression » langage courant, simple symptôme, tristesse, fréquente chez les déments,
- 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.**

Codage « Etats anxieux » (maladie)

- Distinction entre symptôme anxieux « courant » (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 :
 - anxiété sans objet (je suis angoissé, je ne sais pas pourquoi et ce n'est pas d'hier),
 - anxiété pour des situations passées (décès d'un proche il y a 10 ans),
 - anxiété pour futilités.
- Regroupent névroses, phobies, obsessions, attaques de panique...

Seuls ces états anxieux se codent N°16.

Codage des profils Etat dépressifs / Etat anxieux

- **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, avec traitement médicamenteux.
- **Le profil P2** correspond à une prise en charge par un psychologue et /ou l'équipe de l'institution au long cours, avec ou sans traitement médicamenteux.
- **Le profil S1** correspond au traitement chronique par médicaments et surveillance.

Codage « Maladies psychotiques, maladies délirantes, maladies hallucinatoires »

- Les **psychoses** ce sont :
tous les états psychotiques (schizophrénie, paranoïas, psychose hallucinatoire chronique, maladies bipolaires).
- Les maladies délirantes ce sont :
les délires de préjudice, de jalousie, d'hypochondrie, de persécution, mystique etc, mobilisant lourdement les équipes soignantes. Ne correspondent pas aux troubles du comportement de la démence, à type de délire.
- Les maladies hallucinatoires ce sont :
les perceptions sans objet (visuelles, auditives, etc...) qui viennent compliquer la prise en charge d'un état pathologique autre diagnostiqué ou non (idem démence).

Seules ces pathologies caractérisées se codent N°17.

Codage profils/psychoses

- **Les profil T1 ou T2** : ne sont plus utilisés.
- **Le profil P1** correspond à une phase aigüe 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.
- **Le profil S1** : 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.

Codage d'un malade souffrant d'une maladie démentielle

- Maladie d'Alzheimer ou apparentée ou toute autre pathologie altérant les fonctions intellectuelles,
- 2 volets :
 - le volet cognitif,
 - le volet comportemental éventuel associé.

Codage des troubles cognitifs majeurs associés à une maladie d'Alzheimer ou apparentée

Syndromes démentiels Code N° 18 :

- Concerne les troubles neuro-cognitifs majeurs associés à une maladie de Alzheimer ou apparentée
- concerne le degré d'altération cognitive du malade et la prise en charge requise de ses troubles intellectuels **à l'exclusion des troubles du comportement,**
- le niveau de l'altération cognitive peut être attesté par le MMSE.

Codage des troubles cognitifs: les profils

En pratique, T2 et P1 ne sont pas utilisés pour qualifier les troubles cognitifs :

- **T2** : Ce codage n'a plus lieu d'être retenu.
- **P1** : Ce codage n'a plus lieu d'être retenu.

Démence P2 (1)

- **P2** : Soins requis de **stimulation cognitive par des professionnels+++** chez des malades présentant une altération cognitive peu évoluée leur permettant de participer à des ateliers.
- Cette revalidation cognitive effectuée en ateliers organisés plusieurs fois par semaine, concerne entre autres les actes essentiels de la vie quotidienne (repérer les manques dans AGGIR).
- Le projet est **individualisé** et sera réalisé par un **personnel spécialisé** (psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, assistant de soins en gérontologie).
- Ces types de prise en charge thérapeutiques requises s'appuient sur une évaluation médicale et une prescription médicale, **ce n'est pas une simple animation.**

Démence P2 (2)

Cette stimulation cognitive et/ou motrice concerne les malades déments qui le veulent et le peuvent (qui le voudraient et le pourraient objectivement si on en avait les moyens).

Il s'agit de malades :

- aux fonctions intellectuelles « suffisantes » compte tenu de ces objectifs afin qu'ils puissent comprendre et effectuer les exercices proposés,
- sans troubles graves du comportement, sans refus de soins.

Démence P2 (3)

- La recommandation HAS précise que « la revalidation cognitive sera proposée au **stade léger et jusqu'à modéré de la maladie** ».
- MMSE ≥ 20 stade léger, 10 à 19 modéré.
- Et qui ne sont donc **pas cotés C** pour les deux sous-items **communication et comportement de la variable Cohérence dans AGGIR.**

Autres profils de codage des troubles cognitifs majeurs

- **DG** : Diagnostic et typage de la démence avec consultation mémoire et imagerie. Mais seulement si utile +++ et apporte un bénéfice au patient, c'est à dire si le diagnostic est incertain, et si l'état de santé cognitif du patient s'est dégradé récemment, et que le projet de soins comporte un volet cognitif.
- **S1** : Surveillance et réévaluation de la maladie avec fiche de suivi et éventuellement traitement médicamenteux spécifique selon les stades de démence définis dans l'AMM et les recommandations de la HAS.
- **S0** : Démence très évoluée, pas de médicaments à visée cognitive. L'aide à la toilette et à l'habillage etc. relève de la dépendance.

Codage des « Troubles chroniques du comportement »

État pathologique N°14 : Agitation, fugues, agressivité, apathie, symptômes anxio-dépressifs etc.

- Les troubles du comportement N°14. comprennent divers symptômes repérés dans le NPI : agitation, agressivité, apathie, ainsi que des symptômes anxio-dépressifs, idées délirantes, hallucinations etc, (qu'il ne faudra donc pas recoder séparément ensuite +++).

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

- Les symptômes anxio-dépressifs n'ont en effet rien à voir avec une anxiété généralisée ou une dépression caractérisée, une psychose qui sont des maladies à part entière codées N°15 ou N°16.

Codage des profils / troubles du comportement

- **P1** : phase aiguë ou au stade d'équilibration ou instable (rechutes fréquentes documentées) nécessitant une surveillance rapprochée et *non supportable pour un établissement non spécialisé*. Malade à surveiller et prise en charge requise individuelle pluri hebdomadaire par psychiatre +++, psychologue, équipe soignante formée (recours à une hospitalisation en psychiatrie, à l'UCC ou à l'UHR).
- **P2** : troubles chroniques et stabilisés. Prise en charge institutionnelle collective, mais avec forte mobilisation des équipes soignantes (dossier soins +++) . Prise en charge requise par psychomotricien, psychologue, équipe soignante formée (recours possible à une unité Alzheimer, un PASA).
- **S1** : malade globalement stabilisé et surveillé et éventuelle dispensation médicamenteuse équilibrée.

On essaie toujours de rechercher l'étiologie du trouble du comportement

- Rechercher la ou les pathologie(s) causale(s) car un trouble du comportement a toujours une étiologie :
 - parmi les affections somatiques (maladie d'Alzheimer ou apparentée, Parkinson, AVC,...),
 - ou psychiatriques (anxiété généralisée, état dépressif, psychose).

Au total : Principe du codage des syndromes démentiels

- **D'une part on code** N° 18 : le degré d'altération cognitive de la démence et sa prise en charge requise.
- **D'autre part** N°14 les éventuels troubles du comportement regroupant divers symptômes repérés par le NPIES (agitation, agressivité, symptômes anxieux ou dépressifs, idées délirantes, hallucinations etc) qu' **il ne faudra donc pas recoder séparément ensuite+++** et la prise en charge globale requise.
- Et enfin si possible la cause du trouble du comportement, qui peut ne pas être uniquement la démence.

Exemple

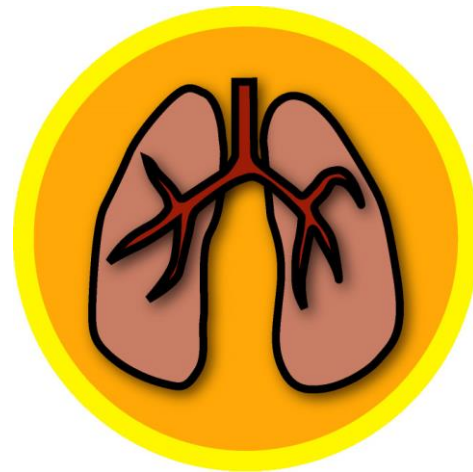
Un malade Alzheimer avec **MMSE à 17, GIR 3** :

- qui est opposant à la toilette,
- qui présente une errance nocturne sous tendue par une anxiété à l'obscurité,
- et un délire de jalousie ancien (traité par antipsychotique) vis-à-vis de son épouse sur personnalité paranoïaque.

Pourrait se coder :

- « **démence P2** »,
- « **trouble du comportement P2** » (l'anxiété symptôme est comprise dans « trouble du comportement »),
- « **délire S1** » (maladie paranoïaque traitée ancienne).

Pneumologie / Cardiologie



Cas particuliers

- **R1** : Kinésithérapie respiratoire (une prise en charge requise individuelle est ou serait utile, possible et acceptée).
- **T2** : Oxygénothérapie sur état précaire avec surveillance des paramètres (dossier médical).
- **S1** : Oxygénothérapie courante, pas de problème particulier.

Pneumologie

Bronchopneumopathie

- **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.
- **DG** : peut être codé lorsque la prise en charge n'est pas encore définie
- **R1** : comprend des temps de médecin, infirmier, kiné +++, traitement dont antibiothérapie et aérosols. Il n'est pas correct de coder en plus syndrome infectieux général. La kinésithérapie est au premier plan.

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

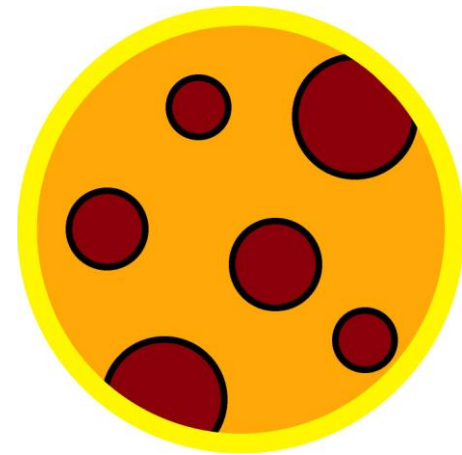
Cardiologie

- Problème de l'insuffisance cardiaque ou respiratoire :

Décompensation aiguë = T2

- mais PATHOS valorise aussi la bonne prise en charge **préventive** : insuffisance cardiaque stade 3/4 non décompensée avec une thérapie optimale et surveillance étroite et documentée **et** décompensations dans **les mois précédents**, idem pour l'insuffisance respiratoire chronique avancée, le malade va mieux actuellement **MAIS au prix de ces bons soins** = T2 (comme un malade mal équilibré).
- *Pour l'HTA le profil T2 est réservé aux hypertensions difficiles à équilibrer. Les réajustements thérapeutiques sont codés S1.*
- *Mettre en place et/ou équilibrer un traitement anticoagulant pour une arythmie relève du profil T2 sous réserve d'une traçabilité des surveillances biologique et clinique.*

Dermatologie



Escarres (toute localisation) et tout pansement

- **Profil CH**

Soins complexes et longs, quels que soient la localisation et les pansements utilisés (environ 20 mn tous les jours ou tous les 2 jours) ; hors temps de préparation du chariot.

C'est bien la complexité du soin et du pansement qui légitiment le CH.

Généralement un pansement devient important quand une détersion devient nécessaire.

- **Profil S1**

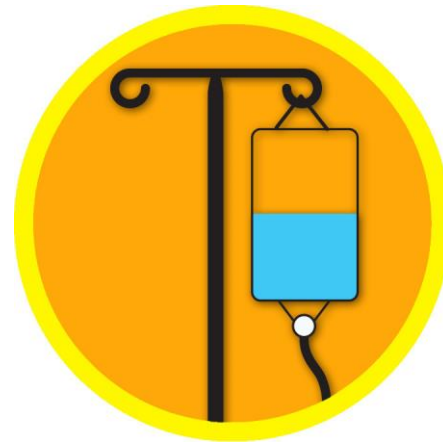
Le soin réalisé est simple.

Ou

Il s'agit de soins de prévention secondaire (dépistage d'une lésion débutante (traçabilité dans dossier) qui justifient une surveillance IDE codée « **Escarres S1** ».

Tous les grabataires ne sont pas à coder « Escarres S1 ».

Métabolisme



Troubles de l'hydratation

Codage de la perfusion sous-cutanée :

- **Profil T2**

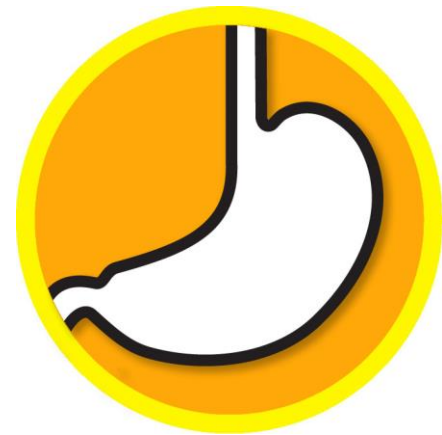
État clinique grave, surveillance biologique fréquente requise, niveau hospitalier nécessaire (malade impiquable). Le ionogramme est perturbé.

- **Profil S1**

Complément hydrique chez une personne buvant peu, prévention de la déshydratation.

**Malade prenant de l'eau gélifiée ou que l'on fait boire :
codage AGGIR**

Gastro-entérologie



Codage des fausses routes

Syndrome digestif haut

- **Profil T2**

Fausses routes récidivantes (dossier de soin décrivant et répertoriant les accidents +++, leur fréquence et leurs conséquences). Bronchopneumopathies récidivantes nécessitant l'intervention du médecin.

- **Profil S1**

Fausses routes ponctuelles ou très occasionnelles, nécessitant une surveillance des prises orales par les infirmières, position assise pour les repas (action de prévention).

- La prise en charge (kinésithérapeute ou orthophoniste) du trouble de la déglutition lorsque elle est utile, faisable, non refusée, sera codée en plus en R sur la pathologie causale.

Dénutrition

- Le diagnostic de dénutrition est posé quand un des critères phénotypiques **et** un des critères étiologiques sont présents (HAS) :
 - 1 critère phénotypique :
 - Perte de poids $\geq 5\%$ en un mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou 10% par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
 - IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$
 - Sarcopénie confirmée
 - Test MNA < 17
 - 1 critère étiologique :
 - Réduction de la prise alimentaire $> 50\%$ pendant 1 semaine ou réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la -
 - consommation habituelle ou aux besoins proteino-énergétiques
 - Absorption réduite
 - Situation pathologique aigüe, chronique ou maligne évolutive.

Dénutrition

- La dénutrition est qualifiée de sévère si
 - Le diagnostic de dénutrition est établi,
 - l'un des critères suivants est présent :
 - Perte de poids
 - $\geq 10\%$ en un mois
 - ou $\geq 15\%$ en 6 mois
 - ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
 - $\text{IMC} < 20 \text{ kg/m}^2$
 - Albuminémie $< 30 \text{ g/l}$

Dans PATHOS, on retiendra l'état pathologique dénutrition lorsque les critères de perte de poids et de réduction de prise alimentaire, sont présents. La prise alimentaire est évaluée au moyen de fiches de surveillance alimentaire établies sur 3 jours, en incluant l'ensemble des repas et collations

Codage des profils / Dénutrition (2)

- **Profil T2**

Dénutrition **récente, sévère**, à la suite d'un événement aigu (infection, hospitalisation ...).

Renutrition « jouable avec succès » pour espérer une efficacité, cette renutrition doit pouvoir être associée à une activité motrice +++

L'état de santé de la personne justifie une surveillance nutritionnelle pluri-hebdomadaire, éventuellement la prescription de compléments nutritionnels par voie orale, avec une réévaluation régulière et un suivi de leur observance... sur une période programmée.

La simple prescription de complément nutritionnel oral ne légitime pas un profil T2.

- **Profil DG**

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

Codage des profils / Dénutrition (1)

- **Profil S1**

- Le diagnostic est fait et le traitement consiste en une alimentation enrichie **par la cuisine**, la surveillance de l'alimentation est authentifiée par une fiche de surveillance alimentaire une courbe de poids est faite.

La personne doit **pouvoir à priori tirer un bénéfice réel** de cette stratégie et **l'accepter**.

- **Profil S0**

- Le diagnostic est fait, mais compte tenu de l'état de santé et du pronostic du patient, **aucune thérapeutique spécifique de renutrition** semble ni utile ni raisonnable
- Une simple surveillance de l'alimentation par les aides-soignants est requise
- La variable « manger » devrait être codée « B ou C » dans AGGIR

Diabète

- Un diabète stable, équilibré et surveillé, traité par comprimés ou même par l'insulino-thérapie, relève du profil **S1**.
- En revanche, des ajustements quotidiens pour un diabète non équilibré (ajustements non « protocolisables » et requérant un avis médical pluri hebdomadaire) relèvent du profil **T2** ;
- *Il s'agit de modifications thérapeutiques pour des glycémies dépassant les objectifs ou à l'origine de symptômes.*
L'intervention médicale est nécessaire.



Infections urinaires basses

- Concernent toutes les infections urinaires sans signes généraux et cliniquement pertinentes, posant de réels problèmes et souvent récidivantes.
- La découverte d'un germe multi-résistant asymptomatique ne légitime aucunement un profil T2, profil **S1** car relève de mesures d'hygiène et du lavage des mains (rapport CARLET).
- La prescription et l'attente du résultat de l'ECBU ne justifient pas le profil DG.

Incontinence

La pose d'une protection relève des aides soignantes donc
« **Incontinence S0** » (valorisation AGGIR : hygiène de l'élimination C).

La pose d'une sonde urinaire = « **Rétention S1** ».

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, infections urinaire, troubles de la marche, troubles des fonctions supérieures...).
- La tenue d'un calendrier mictionnel et l'accompagnement régulier aux toilettes d'une personne à risque identifié (traçabilité) est codé « **Incontinence S1** », dans la mesure où il ne s'agit pas d'une pratique systématique et où un objectif de soin a été fixé, en vue d'une récupération.

Troubles de la motricité



Codages de la rééducation

- Le soin requis devrait être :
 - **possible** (accepté par le malade coopérant)
 - R2 = 20 à 30 minutes / j,
 - R1 = 40 à 50 minutes / j,
 - **utile** au malade,
 - effectué par un **kinésithérapeute/ergo/psychomotricien** (volet rééducatif) car le niveau de soins nécessaires correspond à la technicité d'un rééducateur.
- Ce n'est pas parce qu'un kiné intervient actuellement que le soin est forcément requis et inversement, ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de kiné que le malade n'en a pas besoin (on est en soin requis).
- Attention à vérifier la cohérence du croisement avec AGGIR : codage déplacement intérieur, déplacement extérieur. De même il n'est pas habituel que le codage R soit compatible avec communication C ou cohérence C dans AGGIR.

Codages - troubles de la marche (1)

- « **Activation à la marche** » signifie REVALIDATION

Le malade marchait et ne marche plus au décours d'une pathologie récente.

Le pari de la revalidation professionnelle par kinésithérapeute est fait et acté dans le dossier. Codage **R2 ou R1** selon intensité.

- **Prévention des troubles de la marche :**

- L'entretien de la marche relève d'AGGIR déplacement intérieur B ou C.
- Le maintien de la marche après une période de rééducation effective et temporaire pour revalidation peut relever d'un entretien par les aides-soignants mis en place sous surveillance IDE codé « **Troubles de la marche S1** » (traçabilité dossier).

Codage - Troubles de la marche (2)

- Troubles de l'équilibre (chuteur à répétitions). Codage troubles de la marche **R2** si prise en charge requise une fois/jour, possible intellectuellement et acceptée. L'efficacité devra être réévaluée.
- La prise en charge sera effectuée par kinésithérapeute, psychomotricien et/ou ergothérapeute, sur la personne.
- La technicité requise ne se limite pas à faire marcher les personnes (prise en charge par l'équipe, S1).
- Ateliers équilibre collectifs, prises en charge requises par un éducateur sportif : S1
- En revanche, l'animation gymnastique n'est pas codée dans PATHOS.

Codages en R

- **R2** au long cours possible dans certaines pathologies, sous condition de chances raisonnables de succès : Parkinson encore autonome, AVC récent avec récupération partielle d'autonomie. Réévaluation régulière des objectifs et des bénéfices obtenus.
- Possibilité de coder plusieurs R2 pour un même patient ?
Oui, s'il s'agit d'une rééducation spécifique pour des pathologies distinctes éloignées et identifiées (exemple épaule et hanche = 2 R2).

Codage Rétractions

- **Installation** au lit ou au fauteuil d'un malade grabataire = relève uniquement du codage AGGIR, déplacement intérieur C et transfert C.
- **Prévention** des rétractions chez des patients à risque (AVC, Parkinson, Charcot, SEP) : infirmière = **S1**.
- Prise en charge quotidienne « possible et utile » de **rétractions débutantes** par kiné : **R2**.
- Prise en charge au long cours de rétractions installées : **S1**

Pathologie neurologique

- Rééducation motrice et/ou orthophonique (requis, acceptée, possible pour le malade) ,
- Au début, l'AVC flasque peut n'avoir comme soin requis que du soin positionnel fait ou surveillé par l'infirmier(e) : S1,
- Plus tard, et pour une durée de plusieurs semaines, la rééducation peut devenir R2 voire R1

Cancérologie

Etat cancéreux n° 43 :

- **Profil T2** - Ex : cancer en chimiothérapie lourde avec surveillance rapprochée (exceptionnel en EHPAD, relève de l'hospitalisation complète ou de l'hôpital de jour, ou de l'HAD).
- **Profil DG** : couvre **toutes les explorations requises et réalisables pour faire le diagnostic**.
Exemple : explorations d'une « masse » suspecte ou d'une anomalie suspecte de pathologie cancérologique hématologique.
- **Profil S1** : surveillance spécifique d'un malade ayant un cancer et/ou simple prise de comprimés.
Exemple : surveillance et chimiothérapie d'un cancer de la prostate par traitement type Androcur.
- **Profil S0** - Ex : Douleur instable d'une métastase vertébrale d'un cancer du poumon sans traitement actuel se code : « **Pathologie vertébro-discale T2** », « **Etat cancéreux S0** ».

Etat Terminal

Précisions

Distinction à apporter entre :

- Soins palliatifs : actifs continus évolutifs coordonnés, pour des pathologies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase terminale (cf HAS). En dehors de la situation d'état terminal, il convient de coder chaque pathologie avec son profil
- Etat grabataire : (perte d'autonomie totale, état peu évolutif)
- Etats terminaux : La phase terminale se caractérise par la défaillance des grandes fonctions vitales (cardio-vasculaire respiratoires et neurologiques) aboutissant en l'absence de réanimation au décès (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs).

« ETATS TERMINAUX » 48 (1)

- L'équipe médico-soignante a informé la famille et formalisé dans le dossier médical et soignant que le projet de soins est désormais centré sur le confort et l'accompagnement de fin de vie. Elle a formulé le passage en soins palliatifs
- Les grabataires au long cours ne sont pas automatiquement n° 48.
- Les patients en soins palliatifs peuvent être en phase terminale.
- Les thérapeutiques restantes sont celles maintenues pour confort uniquement.
- Habituellement, les pathologies causales responsables à mentionner sont S1 ou S0 car logiquement, les traitements curatifs (chimiothérapies) ou symptomatiques (Alzheimer) sont arrêtés.
- **Attention**, en M1, la lucidité n'est pas obligatoire +++
- Les profils **M1** ou **M2** sont fonction du **niveau des soins psychothérapeutiques et techniques nécessaires**, l'accompagnement de la famille y est intégré

« ETATS TERMINAUX » 48 (2)

- **Exceptionnellement** une pathologie associée à état terminal M1, parce qu'elle majore l'inconfort, pourrait être T2, par exemple : broncho-pneumopathie T2 pour prise en charge par AB d'une pneumopathie d'inhalation chez un patient codé état terminal M1 sur un cancer (lui-même codé S0).
- **Ne pas oublier** (si c'est le cas) de coder d'**éventuels soins** « d'**escarres CH** ».
- L'accompagnement d'une famille difficile chez un résident grabataire, dément ou non, pour lequel le seul objectif de soin est le confort ne justifie pas un M2 ou M1.
- Possibilité de mettre M2 + P2 quand la prise en charge psychologique est lourde, alors qu'il n'y a pas de soins techniques importants.

Deux profils souhaités et un état pathologique ? Non mais

- Chacun des 2 profils souhaités sera associé à un état pathologique qu'il complète et précise:
 - « **Gangrène, amputation CH** » + « **Troubles de la marche R1 ou R2** »
 - « **Broncho-pneumopathie R1** », « **Insuffisance respiratoire T2** », s'il y a insuffisance respiratoire aiguë.
- Sauf lorsqu'un profil englobe l'autre :
 - « **Broncho-pneumopathie T2** » englobe **R1** s'il n'y a pas insuffisance respiratoire

PATHOS et prévention

PATHOS ET PREVENTION (1)

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).

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) de mettre en œuvre cette prévention,
- le suivi de l'évaluation de l'action mise en œuvre, dans le cas où elle peut être faite,
- la nature et l'intensité du soin requis détermineront le profil à retenir.

PATHOS ET PREVENTION (2)

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

- La prévention est effectuée par les aides-soignantes dans le cadre des soins de base pour les malades à risque et donc codée dans AGGIR (transfert).
- Le dépistage d'une lésion débutante (traçabilité dans dossier et outils d'évaluation) justifie une surveillance IDE codée « **Escarres S1** ».

PATHOS ET PREVENTION (3)

Prévention de la dénutrition

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, short MNA...).

Cette prévention secondaire sera codée S1 avec des suivis de réévaluation réguliers, mettant en évidence l'efficacité de cette prévention.

PATHOS ET PREVENTION (4)

Prévention des fausses routes

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

Chez un patient présentant une pathologie à risque (neurologique par ex) le dépistage des troubles, suivi de la prise en charge adéquate texture, surveillance IDE sera codé « **Syndrome digestif haut S1** ».

Rappel

Si fausses routes répétitives en dépit de la prévention (traçabilité) : codage « **Syndrome 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.

PATHOS ET PREVENTION (5)

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-soignants mis en place sous surveillance IDE codé « **Troubles de la marche S1** » (traçabilité dossier).

Rappel

Le patient marchait récemment, il ne marche plus au décours d'un épisode aigu, revalidation avec un kinésithérapeute codage R2, voire R1 (conditions).

PATHOS ET PREVENTION (6)

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 et l'accompagnement régulier aux toilettes d'une personne à risque identifié (traçabilité) est codé « **Incontinence S1** », hors systématisme et sous réserve d'objectifs de soins posés.

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.

CODAGE « Douleurs »

On code la pathologie responsable de la douleur (tassement vertébral, douleur abdominale...) avec son profil requis.

- Escalade thérapeutique T2 signifie **avec surveillance rapprochée requise et prouvée** (échelles d'évaluation répétées, modifications et adaptations fréquentes des traitements).
- Équilibration et surveillance rapprochée : profil T2 si échelles d'évaluation remplies, ajustements importants et non protocolisés des doses d'antalgiques.
- Simples ajustements thérapeutiques protocolisés : S1. Prise d'antalgiques avec traitement stabilisé même sous morphiniques : S1.

Complication / Aggravation

- **Complication**

- ↳ *Laisser la pathologie initiale dans son profil,*

- rajouter la complication avec son profil propre « **phlébite S1** » compliquée d' « **embolie pulmonaire T2** ».

- **Aggravation**

- ↳ *Changer le profil,*

- (insuffisance respiratoire chronique S1 qui devient à l'occasion d'une surinfection bronchique « **Insuffisance respiratoire aiguë T2** ».

Pas de rubrique « Pathologie iatrogène »

- Codage de la pathologie apparue indépendamment de son étiologie iatrogène ou non.
- Ce qui importe, c'est la charge de soins requis nécessaires.
- Ex : Anémie aigüe sous AVK à transfuser sur site : « **Anémie T2** »

Pas de rubrique « Troubles ioniques »

- On ne code pas hyponatrémie ou hypokaliémie.
- Mais ce sont **le ou les états pathologiques** responsables des troubles ioniques (insuffisance rénale, diabète hyperosmolaire...) qui seront codés avec leur profil de gravité.

Pas de rubrique « Altération de l'état général»

- Symptôme beaucoup trop vague, sans signification réelle.
- Ce sont **le ou les états pathologiques** responsables de la dégradation qui seront tous codés.

Codage de « Autres états pathologiques » 49

- Code à utiliser exceptionnellement.
- Pas d'analyse par le logiciel des diagnostics mis « en clair », il comptera simplement le nombre et le % de diagnostics 49, ce qui est peu informatif.
- Mettre en clair l'état pathologique car il vous sera demandé pour la validation.



MERCI DE VOTRE ATTENTION



66, avenue du Maine
75682 Paris cedex 14

www.cnsa.fr

 [@CNSA_actu](https://twitter.com/CNSA_actu)

<http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr>