

Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C n° 2006-212 du 15 mai 2006 relative à la mise en oeuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée

15/05/2006

Date d'application : immédiate.

Références :

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;

Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Annexe :

Annexe I. - Article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;

Annexe II. - Calendrier général de la démarche ;

Annexe III. - Liste des gériatres correspondants régionaux du CPGF ;

Annexe IV. - Guide d'utilisation du modèle Pathos

Annexe V. - Tableau de bord de suivi mensuel des coupes en USLD ;

Annexe VI. - Tableau de synthèse régional relatif aux résultats des coupes.

Le ministre de la santé et des solidarités, le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour diffusion et mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région, (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]).

L'article 59-I de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, organisait le transfert des unités de soins de longue durée (USLD) dans l'enveloppe gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (Objectif global de dépense de la CNSA). Toutefois la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 (LFSS) a réintégré les USLD au sein de l'enveloppe sanitaire, dans une logique d'adéquation de la prise en charge des personnes nécessitant une surveillance médicale continue et des soins importants. Le législateur a subordonné cette disposition à la redéfinition des USLD. C'est le sens de l'article 46 de la LFSS 2006, qui stipule dans ses paragraphes I et II que les dépenses d'USLD restent inscrites dans le seul objectif de dépenses d'assurance maladie (ODAM), et qui dans l'alinéa III prévoit la répartition des capacités d'accueil des actuelles USLD et des crédits afférents entre les objectifs mentionnés aux articles L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1 du code de la sécurité sociale.

L'objet de la présente circulaire est d'explicitier la procédure de redéfinition des USLD telle qu'elle est prévue au paragraphe III de l'article 46 de la LFSS.

La présente circulaire s'attachera à préciser les éléments de lancement de la démarche et notamment son calendrier. Il est en effet nécessaire que vous puissiez très rapidement informer de cette démarche l'ensemble des acteurs concernés dans votre région. Elle insistera tout particulièrement sur l'importance des négociations que vous aurez à mener avec les préfets de département sur cette question.

1. Rappel du dispositif

Le dispositif prévu au paragraphe III de l'article 46 de la LFSS vise à redimensionner les USLD à partir de la réalisation d'analyses transversales de la population accueillie.

Ces analyses transversales seront réalisées à l'aide du référentiel arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale (cf. arrêté du 12 mai 2006 pris après consultation des fédérations représentatives des établissements). L'échelon régional du service médical de la CNAM est chargé d'en assurer la validation. Une deuxième circulaire précisera les modalités de répartition des crédits.

Ces coupes statistiques doivent permettre la répartition des capacités d'accueil et des crédits des actuelles USLD entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Cette répartition prendra également en compte les données de planification issues des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et des programmes interdépartementaux

d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Elle doit être éclairée par l'avis des organes délibérants des établissements de santé concernés, que ceux-ci doivent transmettre aux ARH avant le 15 septembre 2006. Les modalités de répartition des crédits feront l'objet d'une seconde circulaire.

Au vu des résultats des analyses ainsi réalisées et à l'issue d'une période de négociation, cette répartition donnera lieu à un arrêté conjoint du directeur de l'ARH et du préfet de chaque département pris au plus tard le 1er janvier 2007.

Dans le cas où le directeur de l'ARH et le préfet de département n'auraient pas pris l'arrêté conjoint au 1er janvier 2007, c'est le directeur de l'ARH qui fixera, avant le 1er avril 2007, la répartition des capacités et des crédits.

D'emblée il convient de noter que la réalisation des coupes transversales et le partage des capacités prévus par la loi ne comporte aucun effet sur la situation individuelle des patients ou les modalités de leur prise en charge. En particulier, le partage de capacités ne doit pas entraîner des mouvements de transfert des résidents au-delà d'éventuelles opérations déjà programmées. Ce n'est que progressivement, dans les cas de partage, que les établissements pourront être conduits à reconfigurer leur organisation, selon un calendrier qu'il leur revient de déterminer avec leurs autorités de contrôle et de financement.

Afin de rassurer les patients et leurs familles, vous devrez largement communiquer à ce sujet dans votre région.

La tarification ternaire, comportant un tarif hébergement, un tarif dépendance et un tarif soins, sera maintenue dans les USLD redéfinies, afin de maintenir les équilibres actuels entre les différents financeurs : résidents, assurance maladie, départements.

Il convient de rappeler que l'opération de répartition ne remet pas en cause la signature d'une convention tripartite. D'ailleurs, une faible proportion d'USLD ayant à ce jour signé la convention tripartite, nous attirons votre attention sur la nécessité pour les ARH de s'engager avec les DDASS à accélérer le processus de conventionnement tripartite des USLD, et ce de façon prioritaire avant la fin de l'année 2006, sachant que la signature d'une convention tripartite n'entraîne pas la transformation en structure médico-sociale. Si la signature est antérieure à la répartition des capacités d'accueil des USLD, un avenant à la convention devra intervenir.

Enfin, il convient de rappeler que la signature d'une convention tripartite ne modifie pas, de facto, le statut juridique d'un établissement, qu'il soit sanitaire ou médico-social. Pour passer de l'objectif sanitaire à l'objectif médico-social un établissement doit relever de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et, en conséquence, avoir satisfait à l'obligation d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 du même code, c'est-à-dire avoir fait l'objet d'un arrêté conjoint du préfet et du président du conseil général du département après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale compétent.

2. Pilotage national de la démarche

Les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale ont confié à M. Michel Thierry, inspecteur général des affaires sociales, une mission de pilotage national des travaux sur le devenir des USLD.

Deux groupes de travail, un groupe technique regroupant des experts du domaine et un groupe institutionnel composé des différentes directions et institutions concernées ont contribué à cette mission.

Les réflexions issues de ces groupes ont permis d'élaborer une nouvelle définition des USLD, et de proposer une définition du référentiel qui devra être utilisé pour les analyses transversales. Ces groupes ont également formulé des propositions en matière de conditions de mise en oeuvre de la réforme dans les régions, largement reprises par la présente circulaire.

2.1. La nouvelle définition des USLD

La nouvelle définition des USLD retenue pour la mise en oeuvre du processus prévu à l'article 46 de la LFSS 2006 est la suivante :

« Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum ».

La prise en charge gériatrique de ces personnes requiert à la fois un projet de soins et un projet de vie (mission d'accueil et de soins).

Vous noterez par ailleurs que la définition de la population concernée ne comporte pas de critères d'âge, ce qui conduira à définir ultérieurement des modalités adaptées aux moins de 60 ans.

Vous devrez vous attacher à ce que cette nouvelle définition soit au centre de toutes les réflexions que vous serez
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgas2c-n-2006-212-du-15-mai-2006-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-l'article-46-de-la-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2006-concernant-les-unites-de-soins/>

amenés à conduire dans le cadre de la réforme des USLD. C'est également sur cette définition que pourront s'appuyer les avis rendus par les établissements.

2.2. Le référentiel

Le référentiel comporte des données d'ordre médical et des informations relatives à l'organisation de la structure USLD.

Il comprend quatre grandes rubriques :

- des données d'identification des USLD, qui n'ont pas un caractère discriminant pour l'évaluation de la population requérant des soins de longue durée mais qui pourront aider les autorités chargées du partage à tenir compte d'un certain nombre de contraintes ou de problématiques spécifiques. Ainsi, si les adultes de moins de 60 ans doivent être pris en compte dans la réalisation de l'étude transversale, il est important de les recenser pour affiner au plan régional la définition de réponses adaptées. Les données afférentes aux capacités des USLD et à leur organisation en unités de vie ont pour objet d'éclairer les conditions pratiques du partage ;
- des pré-requis sur la continuité des soins et la surveillance, définis de manière volontairement souple pour ne pas empêcher le maintien de capacités de SLD dans de petits établissements de proximité ;
- des indicateurs de profil des soins requis, issus du logiciel Pathos développé par l'assurance maladie ;
- un indicateur de fréquence des épisodes de décompensation des patients.

Le référentiel se conçoit comme un faisceau d'indicateurs susceptible d'éclairer la prise de décision et la concertation préalable que vous devrez mener, mais aussi d'alimenter des démarches de planification à l'échelon d'une région voire d'un territoire de santé. Il doit vous conduire à mieux appréhender la part des USLD qui doit être maintenue dans le champ sanitaire.

Ainsi les indicateurs de profil des soins requis issus du logiciel Pathos vous permettront de connaître le taux de patients des actuelles USLD qui requièrent des soins médicaux et techniques importants (SMTI). Ce taux constitue l'indicateur central qui vous permettra de définir le socle sanitaire du partage des capacités.

Les patients relevant des soins médicaux et techniques importants représentent pour l'essentiel :

- les patients présentant un état clinique relevant de soins médico-techniques d'équilibration et de surveillance rapprochée imposant une surveillance médicale pluri-hebdomadaire et une permanence infirmière 24 h sur 24 (profil T2) ;
- les patients relevant d'une rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle (profil R.1) ;
- les patients en fin de vie relevant d'un accompagnement psychologique et technique lourd (profil M1).

Afin de ne pas cloisonner la prise en charge des personnes en fin de vie, vous ajouterez aux patients requérant des soins médicaux et techniques importants les patients en état crépusculaire (profil M2).

A contrario, le nombre de profils S1 (surveillance épisodique programmée des affections chroniques) et le nombre de profils S0 (aucun soin médical ou technique) pourront être utiles pour déterminer a minima ce qu'il conviendrait de transférer dans le médico-social.

Ces indicateurs aideront également à mieux cerner la réponse qu'il convient de donner dans la région à certains besoins spécifiques, par exemple en cas de valeur élevée de profils R. 1 au niveau des USLD d'une région.

Enfin, la mesure des épisodes de décompensation récents, ayant justifié de nouvelles investigations et/ou une période d'équilibration et de surveillance rapprochée peut permettre le cas échéant de corriger les effets d'instantanéité d'une coupe réalisée un instant donné.

C'est sur l'ensemble des indicateurs composant le référentiel et tout particulièrement sur le taux de SMTI que devront s'appuyer les avis rendus par les établissements. Les établissements pourront y associer les appréciations qu'ils jugeront opportunes sur l'évolution de leurs structures en matière de prise en charge gériatrique, au vu notamment du projet d'établissement, et sur la manière dont ils assurent un service de proximité en matière de soins de longue durée. Les USLD sont aussi des lieux de fin de vie qui doivent être accessibles aux proches dans des délais raisonnables.

3. La mise en oeuvre dans les régions

Le succès de la démarche nécessite, du fait du calendrier fixé par le législateur, une mobilisation rapide des ARH pour l'organisation des actions à mener dans les régions.

Il revient ainsi aux ARH de prendre l'initiative de l'organisation des formations destinées aux médecins des USLD et aux praticiens conseil en vue de la bonne utilisation du référentiel et tout particulièrement du logiciel Pathos.

Il leur revient également de coordonner le déroulement de ces formations non seulement avec le calendrier de réalisation des coupes transversales dans les établissements disposant de lits d'USLD, mais aussi avec le calendrier de validation des <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgas2c-n-2006-212-du-15-mai-2006-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-l'article-46-de-la-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2006-concernant-les-unites-de-soins/>

coupes, avec l'échelon régional du service médical. Il est impératif d'éviter un report massif des validations en fin de période.

Afin de permettre à tous les établissements d'être en mesure de donner leur avis avant le 15 septembre, et de pouvoir réserver un temps suffisant à la négociation, il apparaît nécessaire que les ARH disposent, au plus tard le 30 juin 2006, des données validées pour l'intégralité des USLD de leur région.

3.1. La concertation avec les acteurs de la région

Nous vous invitons à réunir, dès à présent, tous les acteurs concernés par cette démarche dans votre région, à savoir les établissements disposant de lits d'USLD, l'échelon régional du service médical de la CNAM, la DRASS et les DDASS en vue de les informer des incidences de la réforme et de programmer les travaux y afférents.

Les gériatres, correspondants régionaux de gériatrie, appartenant au collège professionnel des gériatres français (CPGF) dont la liste est jointe en annexe III peuvent également être largement associés à ces travaux.

De manière générale, vous veillerez à une concertation approfondie et régulière, selon les modalités de votre choix (comité de pilotage, réunions ad hoc...) associant les représentants des fédérations d'établissement représentatives et du collège professionnel des gériatres. Vous serez également attentifs à la concertation avec les conseils généraux, auprès desquels il convient de faire valoir que le maintien d'une tarification ternaire préserve le maintien des équilibres actuels entre financeurs.

3.2. La formation des médecins à la procédure de coupe statistique

Les médecins des établissements, médecin coordonnateur ou médecins prenant en charge les patients d'USLD, seront chargés de pratiquer les coupes transversales.

Dans ce cadre ils seront amenés à utiliser le logiciel Pathos.

C'est pourquoi, dans l'objectif de la réalisation des coupes, il est indispensable qu'au moins un médecin par établissement site d'USLD puisse être formé à l'utilisation du logiciel Pathos.

Vous devrez donc, en vous appuyant sur les praticiens conseil de l'échelon régional du service médical ainsi que sur le (ou les) gériatre(s), correspondant(s) régional(aux) de gériatrie, recenser les médecins susceptibles de devenir formateurs.

Il vous revient également de déterminer le nombre de médecins chargés de pratiquer les coupes ou de les valider, restant à former.

Les formations doivent être organisées dans chaque région d'ici au 1er juin 2006.

Leur organisation concrète se fera en coordination avec le Dr Vetel (Jean-Marie), chargé d'une mission à ce titre auprès de la DHOS depuis le 1er février 2006 (cf. note du DHOS en date du 10 février 2006).

Afin d'assurer une homogénéité des formations qui seront démultipliées dans les régions, une journée de formation destinée aux ARH et aux formateurs a été organisée au niveau national fin février 2006.

Un kit de formation sera mis à disposition des ARH et des formateurs.

Il convient de prévoir, en fonction du nombre d'USLD dans la région une ou plusieurs sessions de formation d'une journée afin de permettre à chaque médecin concerné de bénéficier de cette formation.

Vous pourrez convier aux sessions de formation qui seront organisées dans votre région les médecins du conseil général.

Une journée de formation supplémentaire pourra, si nécessaire, être organisée au niveau national pour pallier l'impossibilité de certains médecins à participer aux formations aux dates prévues dans leur région.

3.3. Les analyses transversales

Les coupes transversales dans les différentes USLD de votre région doivent être réalisées au fur et à mesure de la dispensation de la formation aux médecins des établissements concernés selon un planning prévisionnel permettant la validation des coupes par l'échelon régional du service médical.

Seules les USLD ayant un statut juridique sanitaire au moment de la promulgation de la loi de finances 2006 le 19 décembre 2005, qu'elles aient ou non signé une convention tripartite, sont intégrées au champ de la coupe.

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgas2c-n-2006-212-du-15-mai-2006-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-l'article-46-de-la-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2006-concernant-les-unites-de-soins/>

A contrario, les établissements d'hébergement pour personnes âgées de statut médico-social ne sont pas à ce stade concernés par la coupe.

Les établissements auront à renseigner les quatre rubriques mentionnées dans le référentiel :

- des données d'identification des USLD ;
- des pré-requis sur la continuité des soins et la surveillance ;
- des indicateurs de profil des soins requis, issus du logiciel Pathos ;
- un indicateur de fréquence des épisodes de décompensation des patients.

Lors des formations seront diffusés par les praticiens conseils des directions régionales du service médical aux participants un CD-ROM comportant le logiciel Pathos, les fiches à renseigner dans le cadre de la coupe (fiche étude, fiche structure, fiche individuelle patient) ainsi qu'un guide de remplissage des fiches. Le guide d'utilisation du modèle Pathos est joint en annexe 4.

Si besoin, un établissement pourra demander la fourniture de ce CD-Rom à l'échelon régional du service médical de la CNAM.

Les données sont saisies par les établissements. Les données concernant les patients sont des données anonymes qui seront agrégées et traitées par l'échelon régional du service médical.

La validation des coupes est assurée par l'échelon régional du service médical. Elle donnera lieu à des visites sur site et portera sur le codage des patients repérés comme étant SMTI. En cas de désaccord entre le praticien conseil de l'échelon régional du service médical et le médecin de l'établissement, celui-ci pourra saisir une commission régionale ad hoc, qu'il revient aux directeurs d'ARH de constituer en liaison avec l'échelon régional du service médical. Cette commission doit comprendre le praticien conseil référent régional et un gériatre référent désigné par le DARH.

Il revient également aux DARH de préciser en début de campagne les responsabilités de conservation et de transmission des données recueillies entre les divers acteurs concernés, en fonction du contexte local et de l'impératif de rapidité. Cet objectif intégrera une obligation de transparence vis-à-vis des établissements, des représentants des fédérations d'établissements représentatives et des correspondants du collège professionnel des gériatres, qui pourront accéder aux résultats agrégés par établissement des coupes transversales dès qu'ils seront validés.

Après traitement statistique et validation, les données agrégées de chacune des USLD concernées seront transmises aux ARH et aux DDASS au plus tard le 30 juin 2006.

3.4. L'inscription dans la planification

La réforme des USLD s'inscrivant dans le cadre de la planification territoriale à la fois sanitaire et médico-sociale, les ARH ont à mener une négociation préalable avec les différents partenaires concernés et tout particulièrement les préfets de département et les DDASS.

En effet, si les résultats des coupes transversales à visée statistique permettront aux ARH d'appréhender les capacités de soins de longue durée à maintenir au vu d'une analyse 2006, ces éléments d'analyse devront impérativement être complétés et mis en perspective par une prise en compte des orientations du SROS et du PRIAC.

Je vous rappelle qu'une note du 13 décembre 2005, concernant l'élaboration des SROS III, prévoit une révision sans délai des objectifs quantifiés des USLD redéfinies, tant en implantations qu'en volumes d'activité, mentionnés dans l'annexe du SROS ainsi qu'une modification des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé concernés.

La prise en compte d'objectifs de planification peut aboutir, dans des territoires de santé caractérisés par une nette insuffisance des réponses à la prise en charge au long cours de patients nécessitant une surveillance médicale continue et par une forte évolution prévisible des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment dans les GIR. 1 et 2, à une détermination des places d'USLD supérieure, dans le cadre des capacités à répartir, à la simple sommation des résultats établissement par établissement des coupes transversales évoquées ci-dessus. Vous voudrez bien nous rendre compte de ces situations.

Ce processus de répartition s'opère sans réduction de capacité globale de prise en charge des personnes actuellement accueillies dans les USLD et à enveloppe globale constante.

A ce stade de la démarche il conviendra par conséquent que les directeurs d'ARH se rapprochent des préfets, afin d'élaborer, si possible en liaison avec les établissements, une première proposition concertée. C'est à partir de cette première proposition que les conseils d'administration des établissements pourront le plus utilement se prononcer.

En tout état de cause chaque établissement transmettra son avis à l'ARH avant le 15 septembre 2006, qu'une première proposition lui ait ou non été adressée par l'ARH.

3.5. La consultation du CROS et du CROSM

Nous vous invitons à soumettre au cours du dernier trimestre 2006 le projet d'ensemble de la répartition des capacités, pour avis, au comité régional de l'organisation sanitaire et au comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale si possible réunis en formation conjointe.

3.6. La prise des arrêtés de répartition

Un arrêté conjoint du directeur de l'ARH et de chaque préfet de département doit être pris au plus tard le 1er janvier 2007 afin de fixer la répartition des capacités et des crédits des actuelles USLD entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social pour les différents établissements concernés.

En cas de désaccord, le directeur de l'ARH fixera avant le 1er avril 2007 la répartition des capacités et des crédits.

Plusieurs situations différentes se feront ainsi jour ; des USLD seront amenées à être entièrement transformées en structures médico-sociales, d'autres seront intégralement maintenues dans le secteur sanitaire, enfin un certain nombre verra ses capacités réparties entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Vous éviterez le partage de petites USLD (moins de 30 lits) : ces structures seront, en fonction des résultats de la coupe statistique, entièrement maintenues dans le champ sanitaire ou entièrement transférées dans le champ médico-social.

Sur des sites plus importants, le partage ne doit pas aboutir à créer des structures sanitaires ou médico-sociales de trop faible capacité et doit tenir compte de la configuration physique des établissements et de leur organisation en « maisonnées » ou unités de vie de taille raisonnable.

Pour les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées relevant de l'objectif médico-social, il convient de ne pas créer d'unité dont la capacité est inférieure à 25 places autorisées telle que définie par l'article R. 313-16 du code de l'action sociale et des familles.

4. Les modalités de suivi de la démarche

Compte tenu des enjeux de la démarche, il est nécessaire d'en assurer un suivi au niveau de chaque région et au niveau national.

A cette fin, nous vous demandons de retourner à la DHOS par mel à dominique.lielievre@sante.gouv.fr :

- d'une part, avant le 7 des mois de mai, juin et juillet 2006, un tableau de bord de suivi mensuel des coupes dans les USLD dont un exemplaire est joint en annexe V ;
- d'autre part, à l'issue de la démarche dans votre région et tout état de cause avant le 31 décembre 2006, le tableau de synthèse régionale relatif aux résultats des coupes joint en annexe VI.

Nous vous invitons par ailleurs à diffuser ce tableau de synthèse régionale aux partenaires consultés et notamment aux fédérations représentatives d'établissements.

Une seconde circulaire vous sera adressée avant l'été afin de préciser les conditions de mise en oeuvre de la réforme des USLD dans ses aspects financiers et la prise en compte des objectifs de planification.

Vous voudrez bien faire part au bureau O2 de la DHOS, des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre de la présente circulaire.

ANNEXE I - ARTICLE 46 DE LA LOI No 2005-1579 DU 19 DÉCEMBRE 2005 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006

(JO n° 295 du 20 décembre 2005 page 19531)

I. Dans le 3° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « et au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique » sont supprimés.

II. Dans le dernier alinéa de l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « défini à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « mentionné à l'article L. 174-1-1 ».

III. Par dérogation à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, au vu du résultat des analyses transversales réalisées, à partir du référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale, après avis des fédérations d'établissements les plus représentatives, sous le contrôle médical des

organismes d'assurance maladie présents au niveau régional, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le préfet du département fixent conjointement au 1er janvier 2007, par établissement et après avis de son organe délibérant s'il est transmis avant le 15 septembre 2006, en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, la répartition des capacités d'accueil et des crédits relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale.

IV. Pour les établissements pour lesquels la répartition prévue au III n'est pas intervenue au 1er janvier 2007, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête, avant le 1er avril 2007, la répartition des capacités d'accueil et des crédits relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. Cet arrêté prend effet au 31 décembre 2007.

V. Les répartitions prévues aux III et IV peuvent correspondre à la transformation en tout ou partie de l'activité de soins de longue durée en places d'établissements mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou à la réorientation de cette activité vers d'autres établissements de santé. Les décisions de l'Etat mentionnées aux III et IV valent autorisation au sens de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements auxquels elles s'appliquent, sans préjudice de la modification de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

ANNEXE II - CALENDRIER GÉNÉRAL DE LA DÉMARCHÉ

ACTIONS à mettre en oeuvre	PÉRIODE	RESPONSABLES
Mise en place de la cellule opérationnelle et d'appui aux formations	1er février 2006	Ministère santé (DHOS)
Journée nationale pour les ARH et les formateurs	Fin février 2006	Ministère santé (DHOS) Mission IGAS M. Vetel
Arrêté fixant le référentiel	Mars 2006	Ministère santé (DHOS) Mission IGAS
Circulaire de lancement de la démarche	Mars 2006	Ministère santé (DHOS) Mission IGAS
Réunion des acteurs dans les régions	Mars 2006	ARH
Organisation des formations	Mars, avril, mai 2006	ARH
Organisation des coupes transversales	Mars, avril, mai, juin 2006	ARH
Validation des coupes transversales	Mars, avril, mai, juin 2006	Echelons régionaux du service médical de la CNAM
Elaboration de propositions et concertation	Juillet, août 2006	ARH
Avis des établissements	15 septembre 2006	Etablissements
Avis du CROS et du CROSM	Octobre, novembre, décembre 2006	ARH
Arrêté conjoint ARH/préfet	Au plus tard le 1er janvier 2007	ARH et préfets de département

ANNEXE III- LISTE DES GÉRIATRES CORRESPONDANTS RÉGIONAUX DU CPGF Voir annexe au Bulletin Officiel n° 2006/6 du 15 juillet 2006

ANNEXE IV- GUIDE D'UTILISATION DU MODÈLE PATHOS

SOMMAIRE

Généralités

Concepts

Fonctionnement de Pathos

Les bilans du modèle

Codage des états pathologiques et profils de soins

Définition des profils de soins nécessaires

Introduction

Profils T 1 et T 2

Profils P 1 et P 2

Profils R 1 et R 2

Profils CH et DG

Profils M 1 et M 2

Profils S 1 et S 0

Thésaurus descriptif des états pathologiques

Affections cardio-vasculaires

Affections neuro-psychiatriques

Affections broncho-pulmonaires

Pathologies infectieuses

Affections dermatologiques

Affections ostéo-articulaires

Affections gastro-entérologiques

Affections endocriniennes

Affections uronéphrologiques

Autres domaines pathologiques

Éléments de bibliographie

Fiches de recueil du modèle

Saisie informatique

Le modèle Pathos

Outil élaboré en partenariat par le Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) et le service médical de la CNAMTS, le modèle Pathos évalue à partir des situations cliniques observées les soins médico-techniques nécessaires pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile.

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

Généralités

Le modèle consiste à identifier sur un thésaurus de 50 états pathologiques, tous ceux dont souffre la personne le jour de l'évaluation. Mais l'état pathologique seul ne suffit pas pour indiquer les moyens à mobiliser pour sa prise en charge, il doit être caractérisé par son ambiance de soins nécessaires : son profil de soins ou profil de stratégie thérapeutique. Chaque état pathologique présenté sera donc qualifié par un des douze profils de soins possibles indiquant la « gravité » de l'état pathologique.

A un état pathologique particulier ne correspond qu'un nombre limité de profils plausibles. Ainsi, 240 couples « état pathologique-profil » décrivent l'ensemble des situations pouvant être rencontrées en gériatrie.

In fine, le modèle mesure pour l'ensemble des couples état pathologique-profil présentés par une personne, les niveaux de soins nécessaires à sa prise en charge dans huit postes de ressources représentant les huit « acteurs » des soins : médecin, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie et pharmacie.

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

Par soins nécessaires, on entend ce qui est incontournable : « soigner utile en est l'objectif, la persévérance raisonnable en est la philosophie, autant opposée à l'abandon coupable qu'à l'acharnement malsain... »

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

1. Au niveau individuel

Comme le modèle AGGIR, il n'est qu'un des éléments de l'ensemble des informations indispensables à la mise en place d'un plan d'aides et de soins personnalisé. En dehors de toute ambition épidémiologique, il constitue un bon instrument de description synthétique de l'état de santé d'une personne âgée.

2. Au niveau collectif

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

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

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

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

En résumé, le modèle Pathos comporte : voir document au Bulletin Officiel n°2006-6 du 15 juillet 2006

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.

Remarque : un poste est absent de Pathos, l'assistante sociale :

- la complexité sociale est variable pour chaque personne âgée ;
- pour ce poste étroitement lié à la personne, il n'existe pas de référentiel de moyens requis, toute modélisation est impossible ;
- chaque équipe effectue un travail social dépendant de ses moyens et de sa bonne volonté, tous les membres de l'équipe y contribuant sans que soient précisées les « bonnes pratiques et leurs limites » ;
- les interventions sociales sont secondaires à la fois à la perte d'autonomie et aux pathologies. L'évaluation de ce poste très important ne peut donc pas être effectuée dans Pathos, outil spécifique des états pathologiques et des profils de soins nécessaires.

L'outil Socios constitue une approche de l'évaluation de la complexité sociale.

Fonctionnement de Pathos

Le médecin évaluateur a pour seule tâche de repérer les différents états pathologiques du patient et de caractériser chaque état pathologique identifié par son profil de stratégie thérapeutique.

Exemple : Mme X, 82 ans, a présenté un AVC avec hémiparésie droite flasque sans aphasie il y a 15 jours, elle n'a toujours pas récupéré. Le jour de l'évaluation, elle présente des troubles de la vigilance, des troubles de la déglutition pour lesquels elle doit être aspirée. Elle est sous oxygénothérapie, perfusée afin d'équilibrer son ionogramme. Cet accident vasculaire est en rapport avec une arythmie complète par fibrillation auriculaire traitée par héparine calcique deux fois par jour. Elle présente une escarre sacrée stade 3 avec pansements tous les deux jours.

Cet exemple sera codé :

- accident vasculaire cérébral, profil T1 (si le pronostic vital est en jeu lors de la coupe) ou profil T2 (surveillance rapprochée sans pronostic vital) ;
- troubles du rythme, profil T2 (soins d'équilibration et de surveillance avec surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière) ;
- escarre, profil CH (pansement de toute plaie importante).

Lorsque l'ensemble des états pathologiques caractérisés par un profil de soins ont été saisis chez un malade donné, un jour donné, l'algorithme de Pathos mesure les niveaux de soins pour chaque coupe état pathologique-profil et, après analyse des associations de pathologies présentées, réalise une sommation pondérée des moyens requis dans les huit postes de soins.

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

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 décrivant la population étudiée, caractérisant le recrutement des services ou des structures et permettant de comparer plusieurs populations ou services entre eux.

Les bilans du modèle Pathos comportent

La distribution des états pathologiques et leurs associations.

La distribution des profils de stratégie thérapeutique et le croisement entre profils et états pathologiques (la distribution des états pathologiques par profil et la distribution des profils par état pathologique).

Un algorithme complexe, imposant l'utilisation de l'informatique, mesure pour l'ensemble des couples état pathologique-profil présentés par une personne les niveaux de moyens à mobiliser pour assurer les besoins réels dans les huit postes de ressources.

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

Voir graphique au Bulletin Officiel n° 2006-6 du 15 juillet 2006

Le graphique ci-contre visualise la situation moyenne dans les services de soins de longue durée (zone grise), dans les services de soins de suite et de réadaptation gériatriques (trait plein) et dans les services de court séjour gériatriques (tracé en pointillé).

Depuis 1999, deux indicateurs ont été mis au point, utilisé dans diverses études au niveau national : les « soins médicaux et techniques importants » et le « Pathos moyen pondéré ».

Les « soins médicaux et techniques importants » ou SMTI, correspondent à la nécessité d'une prise en charge par une structure disposant de ressources humaines et matérielles suffisantes pour assumer correctement et en toute sécurité des pathologies « lourdes » évolutives et/ou instables, sans préjuger de la nature de cette structure. Un patient est SMTI quand il présente un ou plusieurs couples état pathologique-profil imposant une permanence infirmière 24 heures sur 24 et une surveillance médicale rapprochée plurihebdomadaire.

En outre, les populations « SMTI » et « non SMTI » peuvent être subdivisées en « groupes de patients proches » ou GPP, exclusifs les uns des autres et rassemblant des personnes ayant des besoins quantitativement et qualitativement comparables.

Ainsi, parmi les SMTI il est possible d'isoler certains patients relevant a priori d'un service de court séjour hospitalier (le pronostic vital est mis en jeu), ou d'un service de soins de suite et de réadaptation (pour certaines rééducations intensives), ou d'une prise en charge lourde par le psychiatre, ou de soins palliatifs. Parmi les « non-SMTI », ne présentant pas d'affections lourdes, les déments dits déambulants susceptibles d'être « perturbateurs » imposent une prise en charge particulière, population potentielle des unités dites « Alzheimer » imposant une architecture adaptée et un personnel spécifiquement formé (démences diagnostiquées avec troubles du comportement hors GIR 1, et démences en GIR 2 et 3 sans perte d'autonomie locomotrice dans le modèle AGGIR, avec ou sans troubles du comportement). Parmi les non SMTI, sont également individualisés les patients ne présentant qu'une ou plusieurs affections chroniques stabilisées n'imposant qu'une surveillance épisodique programmée (profils S0 et S1).

Les groupes de patients proches (GPP)

SMTI :

GPP1 Pronostic vital en jeu au quotidien (profil T1)

GPP2 Prise en charge psychiatrique de crise (profil P1, sans T1)

GPP3 Rééducation intensive SMTI (certains profils R 1, sans T1 ou P1)

GPP4 Soins palliatifs (profil M1, quels que soient les profils associés)

GPP5 Les autres situations SMTI

Non-SMTI :

GPP6 Les déments susceptibles d'être perturbateurs non SMTI
GPP7 Les mourants non lucides (profil M2)
GPP8 Les pathologies chroniques stabilisées (seuls profils S0 et S1)
GPP9 Les autres situations non SMTI

Le Pathos moyen pondéré ou PMP est un indicateur global de charge en soins pour la prise en charge des polypathologies 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.

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

Voir formule au Bulletin Officiel n°2006/6 du 15 juillet 2006

Un même GMP peut recouvrir des situations cliniques sensiblement différentes (prédominance locomotrice ou mentale de la perte d'autonomie) mais correspond à des charges en soins de base identiques ne faisant intervenir qu'un seul type de professionnels (les aides soignantes). Par contre, les soins de santé mesurés par le PMP font appel à de multiples intervenants « résumés » dans les huit postes de soins. C'est-à-dire qu'un même PMP peut être une conjugaison très variable des niveaux de soins nécessaires dans ces huit postes, et recouvrir, en matière de besoins et d'organisation, des réalités très différentes.

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

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

Les logiciels du service médical (Galaad) et du syndicat national de gérontologie clinique (Argoss), intègrent en 2003 l'ensemble des indicateurs du modèle. Outre la distribution des états pathologiques et des profils de stratégie thérapeutique, outre le niveau de soins nécessaires dans les huit postes de ressources, déjà présents, les logiciels donnent pour une population la part de personnes SMTI et la distribution des groupes proches de patients, le PMP et la part de chaque poste de soins dans la construction du PMP. Ils disposent également de l'outil Socios évaluant la complexité sociale.

Ils proposent par ailleurs, une courbe des pourcentages cumulés des structures d'hébergement selon le PMP (par tranches de 25 points) et les valeurs de références (moyennes) dans divers types de structure au niveau national, permettant à chaque structure de se situer par rapport aux structures de même catégorie et à l'ensemble des structures.

Nota bene : les soins sont ordonnancés par les médecins (gériatres, psychiatres, réadaptateurs fonctionnels...) après qu'ils aient porté un ou plusieurs diagnostics. La fonction du médecin est ensuite de surveiller l'évolution du ou des états pathologiques et de s'assurer de la bonne exécution de ses prescriptions. Le médecin assume la responsabilité de son patient. Cette place justifie la présence médicale dans chacun des profils de soins requis à la différence des autres acteurs de soins dont l'action est beaucoup plus ciblée et spécifique.

Le modèle Pathos

Voir document au Bulletin Officiel n°2006/6 du 15 juillet 2006

Etats pathologiques et profils de soins

1. Codage des états pathologiques

L'objectif de Pathos n'est pas épidémiologique, la classification CIM 10 n'est donc pas de mise ici, un thésaurus simple étant amplement suffisant pour décrire les situations cliniques rencontrées en gériatrie. Ce thésaurus comporte 49 états pathologiques possibles (la pathologie no 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 <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgas2c-n-2006-212-du-15-mai-2006-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-l'article-46-de-la-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2006-concernant-les-unites-de-soins/>)

sont décrits plus loin dans le détail, page 19).

Exemple : Anémie regroupe :

- anémie par saignement ;
- anémie en rapport avec une infection hématologique maligne ;
- anémie par carence en fer ;
- anémie par déficit en vitamines B12, en folates ;
- anémie inflammatoire ;
- anémie en rapport avec une insuffisance rénale chronique ;
- anémie réfractaire ;
- anémie hémolytique ;
- anémie n'ayant pas fait sa preuve.

Tous ces diagnostics seront codés dans la rubrique n° 42 Anémie.

Lorsqu'un état pathologique se complique d'un autre état pathologique individualisé dans le thésaurus, le second sera 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.

Il n'y a pas de rubrique « Douleurs ».

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

Cas particulier des « Etats terminaux ».

Il est souvent difficile d'imputer chez un patient poly-pathologique l'état terminal à l'une ou l'autre pathologie. Contrairement à la version initiale de Pathos (guide publié dans la Revue de gériatrie de juin 1999), il est parfaitement possible pour cet état pathologique 48 d'associer tout autre état pathologique avec leurs profils propres. Rappelons que la rubrique « état terminal » n'est codée que lorsque toute thérapeutique curative est exclue et que l'équipe médicale a formulé, ou aurait dû formuler, le passage aux soins palliatifs ou aux soins de confort (profils M1 ou M2).

2. Codage des profils de soins

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

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

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

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

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

Complication

Lorsqu'un patient présente une complication d'une pathologie déjà identifiée (chronique ou aiguë), on laissera par convention la pathologie initiale dans le profil où elle était précédemment et on rajoutera le nouvel état pathologique (la <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgas2c-n-2006-212-du-15-mai-2006-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-l'article-46-de-la-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2006-concernant-les-unites-de-soins/>)

complication) avec son profil de soins propre.

Exemple : pour un patient souffrant d'une phlébite de profil T2 présentant subitement une embolie pulmonaire de profil T1, on codera les deux (no 5 T1 et n° 21 T1).

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

Exemple : un patient asthmatique équilibré (broncho-pneumopathie S1) présentant un épisode aigu grave sera toujours codé broncho-pneumopathie passera désormais en profil T1 ou T2.

Définition des profils de soins nécessaires

Introduction

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

Chacun des états pathologiques du patient, aigus, sub-aigus, chroniques, est défini par un seul profil choisi parmi les différents profils plausibles. C'est le couple état pathologique-profil de soins qui détermine les niveaux de ressources médicales et techniques devant être mobilisées.

Par soins nécessaires on entend ce qui est incontournable et recommandé selon les bonnes pratiques cliniques gériatriques, prenant en compte les dimensions éthiques et techniques des soins. Soigner utile en est l'objectif, la persévérance raisonnable en est la philosophie, située à mi-distance entre l'abandon coupable et l'acharnement malsain.

Chaque profil, quand il est apparié à un état pathologique donné, permet de décrire finement certaines formes évolutives et types de prise en charge. Ces précisions sont données plus loin dans le guide de codage de chaque état pathologique (page 19).

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 plausibles (déterminant 240 couples états pathologiques-profil décrivant l'ensemble des situations cliniques rencontrées en gériatrie). A chaque état pathologique correspond un profil de soins et un seul.

Le modèle Pathos comporte 12 profils de soins :

- T1 T2 pour Technique
- P1 P2 pour Psychiatrie
- R1 R2 pour Rééducation
- CH pour Chirurgie
- DG pour DiaGnostic
- M1 M2 pour Mourant
- S1 S0 pour Soins

Profil T1

Soins médicaux et techniques importants, le pronostic vital est en jeu au quotidien.

Ce profil concerne tout état pathologique grave à risque vital. L'état pathologique T1 génère à lui seul des soins techniques importants et multiples, il implique une surveillance médicale quotidienne, une permanence infirmière 24 heures sur 24, des examens complémentaires, des perfusions... quelle qu'en soit la durée, les facteurs de risques vitaux pouvant être aigus (le plus souvent) ou chroniques.

Exemples : état végétatif chronique avec trouble de la déglutition, encombrement respiratoire, perfusions, ventilation, oxygène, aspiration, surveillance rapprochée du pouls et TA.

Malade en détresse cardio-respiratoire aiguë post-embolie pulmonaire avec héparinothérapie, oxygène et surveillance très étroite.

Profil T2

Soins médico-techniques d'équilibration et de surveillance rapprochée. Etat clinique imposant une surveillance médicale pluri-hebdomadaire et une permanence infirmière 24 heures sur 24.

Il s'agit, en présence d'un état pathologique sérieux mais n'engageant pas de risque vital immédiat, de tous les soins médicaux et techniques importants concernant un patient sous traitement continu. Il peut s'agir d'une pathologie aiguë, d'un état précaire ou encore précaire après un stade T1, ou d'une surveillance rapprochée au long cours et d'adaptations

thérapeutiques d'états pathologiques instables à risque de rechutes fréquentes risquant d'induire des hospitalisations itératives, telles que l'on peut en rencontrer dans les graves insuffisances cardiaques, respiratoires, rénales... ces états instables pouvant être assez bien stabilisés au prix d'une telle surveillance rapprochée.

Exemples : équilibration d'un diabétique insulino-dépendant, broncho-pneumopathie aiguë sans risque vital ou à rechutes fréquentes, insuffisance cardiaque sévère à fort risque de décompensation stabilisée au prix d'une surveillance rapprochée et d'adaptations thérapeutiques...

L'une des difficultés de PATHOS 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 épisodique programmée. Se poser toujours la question : l'état observé impose-t-il une surveillance médicale pluri-hebdomadaire ET une permanence infirmière ?

Ainsi, un patient relevant d'une oxygénothérapie au long cours sera codé T2 ou S1 selon le contexte clinique. T2 correspond à un patient dont l'état général altéré impose une surveillance rapprochée. L'insuffisance respiratoire chronique non compliquée nécessitant un traitement, y compris l'oxygène, et une surveillance programmée sera codée en S1.

Les patients porteurs chroniquement d'une stomie (colostomie, gastrostomie, urétérostomie) ou d'une trachéotomie seront codés T2 et S1 selon le contexte également. Le profil T2 correspond à des situations cliniques graves avec altération de l'état général imposant une surveillance rapprochée, le patient est en outre incapable d'effectuer seul ses soins et ses changements de poche.

De même pour les perfusions sous-cutanées itératives. Le simple complément hydrique chez une personne buvant peu, mais conservant un état général satisfaisant sera 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, requérant une surveillance 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 psychothérapeutiques individuels importants requis pour prendre en charge quotidiennement des situations neuro-psychiatriques graves, qu'elles soient aiguës ou à haut risque de rechutes. Ce profil mobilise fortement le psychiatre et l'équipe soignante.

Exemples : état dépressif avec tentative de suicide.

Psychose hallucinatoire chronique en phase productive

P1 peut également se rencontrer dans des états psychiatriques non encore étiquetés. A ce stade, le patient peut nécessiter des investigations médicales psychiatriques et paracliniques afin de déterminer ou non l'organicité d'une pathologie (état confusionnel). Dans ce cas, on se trouve dans une ambiance « chaude » et les examens complémentaires peuvent être lourds et coûteux (scanner, examens biologiques).

Profil P2

Prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapeutique.

Niveau de soins psychiatriques et psychothérapeutiques programmés, le plus souvent collectifs, requis pour prendre en charge, surveiller et traiter des troubles neuro-psychiatriques diagnostiqués et stabilisés, mobilisant surtout les paramédicaux, qu'ils aient ou non le « label psy ». Dans ce cadre, entrent notamment les « ateliers mémoire ».

Exemples : état anxio-dépressif sous traitement récent, non encore notablement amélioré.

Troubles du comportement multiples et perturbants chez un dément en unité Alzheimer

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).

Par ailleurs rappelons ici que les soins psychiatriques englobent non seulement la prise en charge spécifique du patient, mais également le soutien de la famille et de l'équipe soignante.

Profil R 1

Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle.

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.

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

à distance de l'épisode aigu.

Le profil R 1 suppose en outre que la personne âgée présente un état général et une situation clinique lui permettant de supporter une telle rééducation intensive de plus d'une demi-heure tous les jours au cours d'une semaine.

Exemples : rééducation active et lourde d'une 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

On inclut également ici la revalidation des personnes âgées qui, au décours d'une pathologie aiguë ou subaiguë, doivent être reverticalisées et revalidées.

Profil R 2

Rééducation d'entretien, le plus souvent collective, ou rééducation discontinuée et allégée chez un patient ne pouvant supporter une rééducation intensive

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

La simple activation à la marche fait également partie de cette rubrique.

La rééducation du lymphoedème, la kinésithérapie respiratoire et la rééducation de l'incontinence urinaire sont incluses dans ce profil R 1 en raison du caractère individuel obligatoire de ce type d'intervention. Dans ces cas, il n'y a pas d'alternative entre rééducation lourde intensive et rééducation d'entretien ou allégée (R 2 ci dessous) : la rééducation s'impose ou ne s'impose pas (la valeur en points de R 1 pour une incontinence sera très différente de celle d'un AVC, car c'est bien le couple état pathologique-profil qui détermine les niveaux de soins nécessaires).

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

Profil CH

Soins locaux complexes et longs chez les opérés récents ou toute plaie importante.

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).

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

Profil DG

Soins induits par une pathologie « froide » non encore diagnostiquée.

Cette rubrique concerne le travail généré, avant tout traitement, par la prise de contact et l'examen initial pour l'état pathologique signalé ainsi que toutes les explorations nécessaires pour faire le diagnostic positif. Ce profil concerne des situations cliniques « froides » en dehors des problèmes de diagnostic posés dans des situations aiguës et dans un contexte de gravité, inclus déjà dans les profils T1, T2, P1 et R. 1.

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

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

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

La charge de travail imposée par les problèmes diagnostiques survenant dans des ambiances « chaudes » de soins techniques lourds est incluse dans les moyens requis pour ces niveaux techniques (T1, T2, P1 et R. 1).

Profil M1

Accompagnement psychologique et technique lourd, soins palliatifs des « mourants lucides ».

Il s'agit ici des soins importants d'accompagnement de fins de vie chez des patients lucides, conséquences de l'évolution d'une ou plusieurs pathologies (éventuellement lente), nécessitant une importante mobilisation de soins tant relationnels et de soutien psychologique, qu'éventuellement techniques, pour contrôler des douleurs (morphiniques en perfusion sous cutanée avec seringue à débit constant ou administration par voie orale) et soins visant à contrôler les troubles fonctionnels gênant le confort (vomissements, hoquet, constipation, encombrement respiratoire...)

Nous sommes ici typiquement dans la situation des soins palliatifs, nécessitant une formation spécifique de l'ensemble du

personnel.

Profil M2

Accompagnement d'un état crépusculaire conduisant au décès à plus ou moins longue échéance, soins de confort des « mourants non lucides ».

Il s'agit ici d'un patient inconscient ou n'ayant plus de relation avec l'entourage, ne posant pas de problème de soins techniques particulier, nécessitant juste des soins de base et de confort, une hydratation buccale régulière, un contrôle de l'encombrement bronchique et l'administration éventuelle d'antalgiques non morphiniques par voie orale.

Les profils M1 et M2 concernent l'état pathologique « état terminal » qui ne sera codé que lorsque toute thérapeutique curative (hormis les soins imposés par les escarres CH) est exclue et que l'équipe médicale a formulé, ou aurait dû formuler, le passage aux soins palliatifs ou aux soins de confort. Si d'autres états pathologiques sont mentionnés avec « état terminal » (hors escarres CH), le seul profil à prendre en compte ici sera S1 (la mobilisation et la psychothérapie de soutien sont inclus dans les profils M1 et M2).

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

Profil S1

Surveillance épisodique programmée des affections chroniques.

Il s'agit ici du niveau de soins médicaux et techniques requis par un patient prenant au long cours une thérapeutique pour une pathologie identifiée. C'est notamment le patient à domicile ou en maison de retraite présentant une poly-pathologie, vu tous les quinze jours ou tous les mois par son médecin traitant. Des bilans programmés toutes les semaines ou tous les deux mois peuvent avoir été prévus pour de tels patients. Il s'agit en particulier ici de tous les traitements dits « de fond », ou les simples surveillances épisodiques pour des situations particulières sans traitement médicamenteux. Ce niveau est notamment requis lorsque l'infirmière doit simplement préparer les médicaments, en vérifier l'administration et effectuer les surveillances cliniques et biologiques prévues.

Profil S0

Aucun soin médical ou technique.

Cette rubrique concerne tous les états pathologiques stabilisés ou séquellaires qui peuvent générer, et expliquer, une perte d'autonomie mais ne requièrent aucun soin technique, ni aucune surveillance particulière. On peut être en perte d'autonomie et ne plus être « malade ». L'éventualité d'une personne âgée sans pathologie « pertinente », c'est-à-dire sans consommation de soins, n'a rien d'exceptionnel.

Ce profil peut aussi s'appliquer aux pathologies pour lesquelles il n'existe aucun traitement ou pour lesquelles les traitements ne sont plus efficaces ou ne paraissent pas prioritaires.

Thésaurus descriptif des états pathologiques

Affections cardio-vasculaires

1. Insuffisance cardiaque

Cette rubrique regroupe : l'insuffisance cardiaque droite, gauche ou globale, quelle qu'en soit l'étiologie (hypertensive, post-infarctus, valvulopathie opérée ou non, CMO etc.), en poussées (T1 et T2) ou équilibrée par un traitement de fond (S1).

Profils retenus : T1, T2, DG, S1

2. Coronaropathie

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

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

3. Hypertension artérielle

Cette rubrique regroupe : les hypertensions artérielles systoliques, diastoliques, systolodiastoliques. (diastolique > 9, systolique > 16), quelle qu'en soit l'étiologie.

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

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

4. Troubles du rythme

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

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

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

5. Phlébites

Cette rubrique regroupe : les phlébites :

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

Profils retenus : T1, T2, R. 1, DG, S1

La prévention pharmacologique relève du profil S1

La rééducation du lymphoedème sera codée R. 1 (rééducation individuelle)

6. Embolies et thromboses artérielles, gangrène, amputation

Cette rubrique regroupe : les accidents artériels périphériques qu'ils soient d'origine embolique, sur troubles du rythme ou par thrombose artérielle, suspectés ou diagnostiqués par Doppler ou artériographie, opérés ou non.

Cette rubrique ne concerne pas les accidents vasculaires cérébraux emboliques qui sont regroupés dans la rubrique accidents vasculaires cérébraux, pathologie No 10, mais inclut bien sûr les thromboses et embolies artérielles opérées récemment, en soins locaux, en rééducation ou en surveillance.

Profils retenus : T1, T2, R. 1, R. 2, 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, maladie de Takayasu...), les stades 2 et 3 de claudication intermittente traitée. Le stade 1 de claudication intermittente non traité sera codé S0.

Profils retenus : T2, DG, S1, S0

8. Hypotension orthostatique

Cette rubrique regroupe : les hypotensions graves, éventuellement responsables de chutes qu'il s'agisse d'hypotension primitive ou iatrogène. En cas d'hypotension orthostatique responsable de chutes, ces deux rubriques associées seront codées avec leur profil propre.

Profils retenus : S1, S0

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

Affections neuro-psychiatriques

9. Malaises, vertiges, perte de connaissance brève, chutes

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

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

Exemples : une perte de connaissance brève liée à un angor syncopal sera codée en plus de coronarite (état pathologique n° 2).

Une perte de connaissance très brève et soudaine liée à un bloc auriculo-ventriculaire sera codée en plus du trouble du rythme (n° 4).

Si une chute est responsable d'une fracture, ces deux rubriques seront codées.

Profils retenus : P1, R. 1, R. 2, DG, S1, S0

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgas2c-n-2006-212-du-15-mai-2006-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-l'article-46-de-la-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2006-concernant-les-unites-de-soins/>

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

10. Accidents vasculaires cérébraux

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

Profils retenus : T1, T2, R. 1, R. 2, DG, S1, S0

11. Epilepsie, comitialité focale ou généralisée

Cette rubrique regroupe : la maladie épileptique, crises comitiales focales ou généralisées, dont la recherche étiologique peut être complexe. Si la comitialité est en rapport avec un AVC ancien sans séquelles et sans traitement, seule cette comitialité sera codée. Si l'AVC en cause présente des séquelles, un suivi ou un traitement, il sera codé en sus de la comitialité, avec son profil propre.

Une crise comitiale isolée à l'occasion d'un AVC transitoire ne sera pas forcément traitée, une telle situation sera codée S0.

Profils retenus ; T1, T2, DG, S1, S0

12. Syndrome parkinsonien

Cette rubrique regroupe : la maladie de Parkinson à tous les stades de son évolution, et tout syndrome parkinsonien, y compris iatrogène. En cas d'évolution démentielle, syndrome parkinsonien et syndrome démentiel seront codés avec leur profil propre.

Il en sera de même des états dépressifs associés.

Profils retenus : T2, R. 1, R. 2, DG, S1, S0

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

13. Syndrome confusionnel aigu

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

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

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

Profils retenus : T1, T2, P1, DG

14. Troubles chroniques du comportement

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 du sommeil (insomnie et hypersomnie) sont à inclure ici.

Les troubles du comportement doivent impérativement être documentés en raison de l'importante mobilisation de personnel qu'ils génèrent.

Profils retenus : P1, P2, S1

Le profil P1 correspond à une phase de crise imposant une prise en charge individuelle par le psychiatre et/ou le psychologue. Le profil P2 caractérise les troubles chroniques stabilisés imposant une prise en charge institutionnelle collective par du personnel qualifié, qu'il ait ou non le « label psy » (patient en unité Alzheimer par exemple).

15. Etats dépressifs

Cette rubrique regroupe : les états dépressifs sévères, névrotiques ou réactionnels, la mélancolie. Il importe d'éliminer la démence (qui peut être associée), et de préciser les causes organiques, l'hypothyroïdie tout particulièrement. Si ces étiologies étaient confirmées, elles seraient alors codées à la place, ou en sus de l'état dépressif si ce dernier nécessite une prise en charge spécifique.

Profils retenus : T2, P1, P2, S1

P1 correspond aux états de crise, P2 à une prise en charge au long cours

16. Etats anxieux

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

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

Lors de somatisations, le problème se pose avec des pathologies identifiées et le niveau de soins techniques relève du profil DG. Les états anxieux sévères au long cours, mobilisent les médecins et l'équipe soignante, qu'ils épuisent souvent par leurs demandes réitérées, et relèvent de P2.

17. Psychoses, délires, hallucinations

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

Profils retenus : T1, T2, P1, P2, S1

Dans une phase aiguë, nécessitant un diagnostic psychiatrique précis et un traitement médi-camenteux, profil P1. Les psychotiques peuvent même relever de soins techniques importants avec surveillance médicale quotidienne, avec pronostic vital en jeu, et être en profil T1.

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

18. Syndrome démentiel

Cette rubrique regroupe : les syndromes démentiels de toutes étiologies : Alzheimer, démence vasculaire, frontale, mixte... et toutes pathologies pouvant générer des pseudo-démences.

Un diagnostic précoce permet de dissocier les états démentiels secondaires : pathologies iatrogènes, hypothyroïdies, hématomes sous-duraux, tumeurs cérébrales, qui seront codés EN PLUS s'ils existent dans la liste des états pathologiques. Les quelques diagnostics spécifiques « hors liste » seront UNIQUEMENT codés dans cette rubrique syndromes démentiels (cas de la rare hydrocéphalie à pression normale, souvent recherchée, et parfois diagnostiquée, mais peu suivie d'une intervention neuro-chirurgicale justifiant qu'on ne lui réserve pas une ligne particulière).

Dans les cas chroniques, les troubles du comportement importants seront codés EN PLUS (la prise en charge par le personnel est lourde). Les oligophrènes lorsqu'ils ont des troubles des fonctions supérieures importants voire des troubles du comportement, seront codés ici.

Profils retenus : T2, P1, P2, DG, S1, S0

Le codage du syndrome démentiel ne concerne que les troubles cognitifs

T2 correspond à la phase d'équilibration, avec surveillance rapprochée, d'un traitement médicamenteux spécifique des troubles cognitifs (aricept, cognex...)

P1, soins psychiatriques de crise, correspond à la rare prise en charge individuelle des troubles cognitifs par un psychiatre.

P2 concerne les ateliers mémoires dans les démences débutantes.

DG, la recherche de l'étiologie des troubles cognitifs (la typologie de la démence)

S1, les démences sous traitement équilibré

S0, les démences évoluées, sans traitement spécifique.

Ainsi, les patients en « unité Alzheimer » seront le plus souvent codés Démence S1 ou S0 (troubles cognitifs) avec troubles du comportement P2.

Affections broncho-pulmonaires

19. Broncho-pleuro-pneumopathies

Cette rubrique regroupe : en aigu, la bronchite aiguë ou la surinfection bronchique chez un bronchopatique chronique, les pneumopathies aiguës, les pleurésies associées ou non à une pneumopathie.

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

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

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

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

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

20. Insuffisances respiratoires

Cette rubrique regroupe : l'insuffisance respiratoire aiguë, l'insuffisance respiratoire chronique grave, définie par une <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgas2c-n-2006-212-du-15-mai-2006-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-l'article-46-de-la-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2006-concernant-les-unites-de-soins/>

hypoxie sanguine de repos < 55 mm de mercure (2 mesures à 15 j d'intervalle) et VEMS < à 50 % des valeurs normales. Cette IRC grave pose le problème de l'oxygénothérapie au long cours.

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

Les explorations ventilatoires relèvent du profil DG et la kinésithérapie respiratoire du profil R1 (rééducation individuelle).

Les patients relevant d'une oxygénothérapie au long cours seront codés T2 ou S1 selon le contexte (T2 correspond à un patient dont l'état général est altéré et dont la situation clinique impose une surveillance rapprochée). L'insuffisance respiratoire chronique non compliquée nécessitant un traitement (y compris l'oxygène, si besoin) et une surveillance programmée sera codée en profil S1.

Dès que surviennent des phases d'encombrement, imposant une permanence infirmière, le malade doit être codé T2 incluant la surveillance et la kinésithérapie.

21. Embolies pulmonaires

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

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

Profils retenus : T1, T2, DG, S1

Le diagnostic est difficile, et parfois méconnu, mais aussi souvent porté par excès. A la phase initiale, le pronostic vital conditionne le profil T1. Le profil T2 correspond à la période de soins, sans pronostic vital en jeu, imposant une surveillance médicale pluri-hebdomadaire et une permanence infirmière (T1 et T2 comportent une phase diagnostique).

Le profil DG correspond à une phase diagnostic à distance de tout épisode aigu faisant suspecté un ATCD d'embolie pulmonaire non diagnostiquée initialement. Le traitement de fond (par voie injectable ou orale) après une embolie pulmonaire sera codé S1.

Pathologies infectieuses

22. Syndromes infectieux généraux bactériens ou viraux

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

Profils retenus : T1, T2, DG, S1

Les épisodes aigus seront codés T1 ou T2 selon l'existence d'un risque vital ou non (incorporant la phase diagnostic avec hémocultures notamment). Le profil DG ne peut concerner qu'une pathologie chronique « refroidie ». S1 sera utilisé pour les traitements antibiotiques « de consolidation » par voie orale n'imposant qu'une surveillance épisodique.

23. Syndromes infectieux locaux

Cette rubrique regroupe : le zona, l'érysipèle, tous les abcès des parties molles, où qu'ils se trouvent ainsi que les lésions cutanées localisées d'origine infectieuse sauf les localisations osseuses qui seront codées dans la rubrique no 30 et les pathologies infectieuses oculaires n° 46.

Profils retenus : T1, T2, CH, S1

Le profil CH correspond à des soins locaux « lourds » (pansements mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les jours ou tous les deux jours). Des soins locaux simples sont S1.

24. Infections urinaires basses

Cette rubrique regroupe : toutes les infections urinaires sans signes généraux et cliniquement pertinentes, posant de réels problèmes et souvent récidivantes, quelle qu'en soit l'étiologie et en particulier, les infections sur sonde etc.

Si une infection urinaire basse génère un syndrome infectieux général, par convention, on conservera l'infection urinaire basse et on rajoutera l'état pathologique n° 22 (la pyélonéphrite n'est pas une infection urinaire basse et doit être codée n° 22).

Profils retenus : DG, S1, S0

Devant une infection urinaire basse récidivante il est licite d'effectuer des investigations justifiant le codage en profil DG. Une infection urinaire connue mais « banale » n'imposant ni traitement, ni surveillance particulière, sera codée en profil S0.

Affections dermatologiques

25. Escarres, ulcères, et autres plaies

Cette rubrique regroupe : toutes lésions cutanées entraînant une vaste perte de substance et un traitement prolongé. La rubrique comprend toutes les escarres quelle qu'en soit la localisation sur les membres, le tronc ou le bassin.

Profils retenus : CH, S1

CH correspond à des soins complexes et longs, mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les jours ou tous les deux jours. L'escarre CH est un marqueur de la gravité de l'état général du patient et peut s'accompagner d'état(s) pathologique(s) imposant une permanence infirmière. S1 correspond à des soins simples, sur état général conservé.

26. Autres lésions cutanées graves

Cette rubrique regroupe : les autres pathologies en dehors de l'ulcère et de l'escarre, qu'il s'agisse des pertes de substance liées aux dermatoses bulleuses et brûlures, ou des autres pathologies dermatologiques graves tels que les grands psoriasis, les eczémas suintants etc. générant des soins techniques.

Profils retenus : CH, DG, S1

Les lésions peuvent nécessiter des biopsies en vue du diagnostic : Profil DG

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

Affections ostéo-articulaires

27. Pathologie de la hanche.

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

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

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

Le diagnostic d'une atteinte de la hanche peut être difficile et nécessiter des investigations complémentaires (scintigraphie, ponctions, tomographies), une telle situation relève du profil DG à distance de tout épisode chaud.

28. Pathologie de l'épaule

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

Profils retenus : T2, R. 1, R. 2, DG, S1, S0

Les difficultés diagnostiques relèvent du profil DG

29. Pathologie vertébro-discale

Cette rubrique regroupe : toutes les fractures vertébrales, c'est-à-dire récentes, toutes les déformations cyphotiques ou scoliotiques, les déminéralisations osseuses ostéoporotiques ou ostéo-malaciques du rachis responsables 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. Les problèmes diagnostiques et leurs investigations : DG. Les traitements reminéralisants 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 lésions osseuses à l'exception des lésions néoplasiques, qu'il s'agisse de fractures, de pathologies de la trame osseuse, d'abcès, de localisations autres que l'épaule, la hanche et les vertèbres. Cette rubrique inclut les atteintes des côtes, du bassin, du crâne, des sinus, des maxillaires, des dents...

En cas de lésions osseuses associant des atteintes de la hanche ou de l'épaule, en plus d'autres localisations codées 30, hanche et épaule seront spécifiquement désignées, par leur code spécifique 27 ou 28

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

31. Polyarthrite, pathologies articulaires d'autres localisations

Cette rubrique regroupe : les polyarthrites : la polyarthrite rhumatoïde, les accès de goutte ou de chondrocalcinose polyarticulaire. En cas de mono-arthrite, si l'articulation atteinte concerne uniquement l'épaule, la hanche, une articulation disco-vertébrale, celles-ci seront codées dans les rubriques 27, 28 et 29. Par contre en cas d'autres localisations osseuses, (genoux, mains, chevilles, etc.) celles-ci seront codées en 31, sous ce terme global de polyarthrite et autres localisations articulaires.

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

Ces pathologies posent des problèmes de diagnostic, de surveillance et de traitement de fond, de prise en charge des poussées aiguës ainsi que la prise en charge dans le cadre de la rééducation.

Affections gastro-entérologiques

32. Syndromes digestifs hauts

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

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

Les situations graves relèvent des profils T1 ou T2, les investigations endoscopiques de DG, les soins locaux en postopératoire de CH et les traitements de fond de S1.

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 : sigmoidite, colite infectieuse ou ischémique, aiguë ou chronique, syndrome occlusif ou subocclusif, constipation, diarrhée, hernies, polypes bénins, diverticulose...

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

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

Les syndromes abdominaux à la phase aiguë peuvent générer beaucoup de soins techniques, aspiration, perfusions... (T1 ou T2). En postopératoire les soins locaux relèvent du profil CH.

34. Pathologie hépatique, biliaire, pancréatique

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

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

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

Les investigations, échographie, scanner, cathétérisme rétrograde, relèvent de DG. Les soins locaux en postopératoire de CH et la prise d'extraits pancréatiques ou autres thérapeutiques au long cours de S1.

35. Dénutrition

Cette rubrique regroupe : tous états de dénutrition clinique définis par une perte de poids de 2 kg en un mois ou 4 kg en six mois et/ou un indice de Quételet < 21 (P/ T2), un taux d'albuminémie 50 mg/l seront également prises en considération. Lorsque la cause de la dénutrition aura éventuellement été découverte celle-ci sera mentionnée en sus avec son profil propre.

Profils retenus : T2, DG, S1, S0

La prise en charge d'une dénutrition relève suivant son niveau de gravité de différents profils de prise en charge. Le diagnostic étiologique peut nécessiter des investigations complémentaires et relever du profil DG. La surveillance nutritionnelle orale quotidienne avec ou sans médicaments est codée S1.

Les patients relevant d'une gastrostomie seront codés T2 ou S1 selon le contexte. Le profil T2 correspond à des situations cliniques graves avec altération de l'état général imposant une surveillance rapprochée et une permanence infirmière (dans ce cas entre également la nutrition par voie parentérale). La nutrition entérale sera par contre codée S1 quand l'état général est conservé et qu'elle nécessite qu'une surveillance épisodique.

Affections endocriniennes

36. Diabète

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgas2c-n-2006-212-du-15-mai-2006-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-l'article-46-de-la-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2006-concernant-les-unites-de-soins/>

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 etc.

Profils retenus : T1, T2, S1.

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

37. Dysthyroïdie

Cette rubrique regroupe : toutes les hypothyroïdies quelle qu'en soit l'origine : iatrogène essentiellement par la cordarone 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 investigations sont DG et les soins locaux en postopératoires d'une intervention pour hyperthyroïdie CH.

38. Troubles de l'hydratation

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

Profils retenus : T2, DG, S1.

Le patient relevant d'une perfusion sous cutanée sera codé T2 ou S1 selon le contexte. Le profil T2 correspond à un patient dont l'état général est altéré et dont la situation clinique impose une surveillance rapprochée. Le simple complément hydrique chez une personne buvant peu, mais conservant un état général satisfaisant sera codé en profil S1.

Affections uro-néphrologiques

39. Rétention urinaire

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

Profils retenus : T2, DG, S1.

La charge de soins induite par une sonde à demeure, sa surveillance et son changement relève du profil S1.

40. Insuffisance rénale

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

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

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

41. Incontinence

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

Profils retenus : R. 1, DG, S1, S0.

Les investigations nécessaires au diagnostic (débitométrie, cystomanométrie, échographie) relèveront de DG, la rééducation de R. 1 (rééducation individuelle), la prise en charge pharmacologique de S1.

Le malade porteur d'une sonde à demeure sera codé S1 et la simple pose de couches S0 (prise en charge au titre de la perte d'autonomie).

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 dans les structures telle que la pose systématique de couches, 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.

- les anémies par saignement, si elles sont par exemple dues à un cancer digestif, on codera anémie no 42 et cancer no 43 ;

- les anémies en rapport avec une affection hématopoïétique maligne seront codées no 42 et hémopathie maligne no 44 ;

- anémies par déficit en folates, en B12, en fer (n° 42 seul) ;

- anémie inflammatoire sera aussi codée en fonction de l'étiologie du syndrome inflammatoire, et si celui ci est inexpliqué par son code spécifique n° 45 en 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.

Les investigations requises, ponction sternale, fibroscopies digestives, biologie seront codées DG. Les transfusions répétées relèvent du profil T1 ou T2 selon le caractère vital ou non de la situation.

43. États cancéreux

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

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

44. Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Cette rubrique regroupe : toutes les affections malignes telles que : myélome, Waldenstroëm, lymphomes, leucoses malignes aiguës ou chroniques.

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

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

45. Syndrome inflammatoire ou fièvre inexpliqués

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

Profil retenu : DG, S1, S0.

46. Pathologies oculaires évolutives

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

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

47. Etat grabataire, troubles de la marche

Cette rubrique regroupe : toute personne ne quittant pas le lit. 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 quelque temps, qui aura été changée régulièrement de position et qu'il conviendra de revalider ce qui nécessitera une charge de travail importante de la part des kinésithérapeutes et des autres membres de l'équipe soignante, sous la prescription du médecin réadaptateur fonctionnel ;

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgas2c-n-2006-212-du-15-mai-2006-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-l'article-46-de-la-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2006-concernant-les-unites-de-soins/>

- alitée de longue date, parfois négligée, nécessitant une reverticalisation et une rééducation à la marche.
Ici il est indispensable de s'assurer que cette personne aura le désir et la volonté de participer à ce type de rééducation.

Profils retenus : R.1, R.2, S1.

L'altité depuis peu de temps relève du profil R. 2. La dégrabatation lourde avec reverticalisation et réapprentissage de la marche relève du profil R. 1. Le syndrome postchute prend place ici. Si le patient ne souhaite pas cette revalidation, ou si celle-ci apparaît soit irréaliste soit relevant de l'acharnement thérapeutique, l'état pathologique sera codé S1.

Si l'état grabataire apparaît lié à un état terminal il sera évalué à la rubrique suivante n°48.

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 (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 R.1).

48. Etat terminal à plus ou moins longue échéance

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 dans les états crépusculaires).

Il est souvent très difficile chez un vieillard polyopathologique d'imputer à telle ou telle pathologie, la responsabilité d'une évolution qui risque d'être fatale. Cependant, il sera possible d'ajouter à cette rubrique les états pathologiques éclairant le tableau (en dehors de profils lourds de type T1 ou T2 supposant une démarche à visée curative)

La présence d'escarres sera obligatoirement mentionnée (n° 25) car, même en soins palliatifs, elles doivent être traitées.

Profils retenus : M1, M2

Deux profils de soins techniques peuvent être choisis pour cette rubrique : profil M1 : il s'agit ici des soins lourds requis dans le cadre d'un accompagnement de fin de vie nécessitant une importante mobilisation de soins tant relationnels et de soutien psychologique, qu'éventuellement techniques, pour contrôler les douleurs (morphiniques en perfusion sous cutanée avec seringue à débit constant ou administration par voie orale), ainsi que des soins pour contrôler les troubles fonctionnels gênant le confort (vomissements, hoquet, constipation, encombrement respiratoire...)

Exemple : phase terminale chez un dément polyalgique sous morphine insuffisant cardiaque et hypertendu, on codera l'état terminal en M1, la démence, l'insuffisance cardiaque et l'HTA en S1 ou S0.

Profil M2 : il s'agit ici d'un patient inconscient ou n'ayant plus de relation avec l'entourage, ne posant pas de problème de soins techniques particuliers, nécessitant juste des soins de base et de confort, une hydratation buccale régulière, un contrôle de l'encombrement bronchique éventuel, et si besoin l'administration d'antalgiques.

49. Autres pathologies

Cette rubrique regroupe : tous les diagnostics qui n'auront pas pu être inclus dans l'ensemble des états pathologiques susdésignés (ils concernent moins de 2 % des situations cliniques rencontrées).

Profils retenus : pour cette rubrique, les 12 profils de soins médicaux et techniques sont possibles.

50. Aucune pathologie pertinente à retenir

Cette rubrique concerne les personnes âgées sans pathologie notable : elles peuvent être tout à fait autonomes ou être en perte d'autonomie et ne plus être « malades ».

Cette rubrique ne sera a priori jamais utilisée dans le cadre hospitalier car elle correspondrait à une inadéquation patient - structure, mais peut se rencontrer en maisons de retraite et à domicile, où l'éventualité d'une personne âgée sans pathologie aucune « pertinente » n'a rien d'exceptionnel.

Profils retenus : S0.

Éléments de bibliographie

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 gériatrique, Collection l'année gériatrique, édition Serdi 1998 109-117.

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.

Ducoudray (J.-M.) : Le tableau de bord de Pathos, lecture et interprétation. La revue de gériatrie, Tome 24 n° 6 juin 1999, 453-456.

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.

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 no 660.

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

Prévost (P.), Bouric (S.), Eon (Y.) : Les personnes âgées hospitalisées en Bretagne. Etude réalisée en 2002, publication par l'URCAM de Bretagne programmée en 2004.

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

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

Voir document au Bulletin Officiel n°2006/6 du 15 juillet 2006

ANNEXE V - TABLEAU DE BORD DE SUIVI MENSUEL DES COUPES EN USLD

Région : Mois :

Département	Etablissement disposant de lits d'USLD	Nombre de lits USLD oui/ non (1)	Médecins formés oui/ non (1)	Coupe réalisée oui/ non (1)	coupe validée oui / non (1)	% SMTI	Observations
<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"/>	<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"/>
<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"/>	<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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) mettre une croix pour oui

Merci de retourner ce tableau à Dominique Lelièvre, bureau O2, par mel : dominique.lelievre@sante.gouv.fr avant le 7 des mois de moi, jui, juillet 2006

ANNEXE VI - TABLEAU DE SYNTHESE REGIONAL RELATIF AUX RESULTATS DES COUPES

Voir annexe au Bulletin Officiel n° 2006/6 du 15 juillet 2006

Source : Bulletin officiel n°2006/6 du 15 juillet 2006