

Pathologies locomotrices en EHPAD
et codage Pathos
Lève toi et marche!

Dr vetel

Groupe AGRhum

(Association Gériatrie-Rhumatologie)

Règles de codage Pathos

- La prescription doit démontrer son bénéfice possible chez ce patient, compte tenu de ses polypathologies
- Elle doit être faisable, et acceptée par le patient, compte tenu entre autre des éventuelles altérations cognitives, **qui ne sont pas d'emblée rédhibitoires+++**
- 2 cas de figure se présentent:
 - **le requis est fait:** on a les professionnels nécessaires et le temps souhaitable
 - **Le requis est non fait: Le requis est indiscutable mais on n'a pas les professionnels et ce sont d'autres corps de métier qui s'y substituent (infirmière, AS) tant bien que mal**
- Reste ensuite le problème des prises en charge relai dites « d'entretien » par quel professionnel ? et combien de temps?

Compte tenu de la population actuelle des EHPAD, les difficultés de la prise en charge kinésithérapique de ces patients explique **les controverses possibles lors de la validation** du codage de ces états pathologiques

- 60% de GIR 1 et 2
- 70% d'Alzheimer donc MMSE très bas..faible compréhension
- 8 pathologies associées simultanées
- Les prises en charge par les kiné, ergothérapeutes sont complexes et requièrent une approche très spécifique de cette population qui pourtant mérite comme les autres d'être prise en charge.

L'empathie et la patience sont les piliers d'une rééducation efficace

- La démence ne doit pas être un critère d'exclusion à la rééducation à priori. Un patient dément peut profiter des mêmes bénéfices que les autres patients, encore faut-il pouvoir le montrer lors de la validation Pathos avec l'ARS!
- ***Encore plus que pour tous autres patients, la description écrite de l'état locomoteur du patient à J0, puis des réactualisations régulières des progrès montrant le type de travail effectué et ses bénéfices chez ces patients très lourds sont indispensable lors de la validation des coupes Pathos afin de tracer/prouver l'efficacité des prises en charge.***

De quels troubles moteur s'agit-il?

-Soit le tr moteur relève directement d'une pathologie **osteo articulaires clairement ciblées**,
on codera la kiné directement l'articulation qui souffre

- Pathologies de la hanche **N27**
- Pathologies vertébro discales **N29**
- Autres pathologies osseuses **N30**
- Polyarthrites et autres pathologies articulaires(genou, cheville etc)**N31**

-Soit les troubles de la locomotion **sont la conséquence de diverses pathologies extra rhumatologiques**

Pathologies neurologiques(AVC, démence)

Pathologies cardiaques ou respiratoires

Pathologie psychiatriques(syndrome de glissement, états dépressifs)

Pathologie iatrogène

Ces pathologies causales identifiées seront codées dans Pathos selon leur prise en charge et leur gravité

Dans un second temps le projet de prise en charge Kiné/ ergo/ psychomot du trouble de la locomotion identifié sera prescrit et codée

Les pathologies générale ci-dessus sont responsable de divers tr de la locomotion:

- Tr de l'équilibre avec ou sans chutes **N9**
- Troubles de la marche **N47**
- Etats grabataires **N47**
- Rétractions **N47**

1/Troubles de l'**équilibre** avec ou sans **chutes**

Codage N9

- Si il a déjà fait des chutes, celles-ci doivent être bien répertoriées dans un « **cahier de chutes** » décrivant les dates et heures, les circonstances et la gravité des accidents et leur conséquences.
- Le **syndrome post chute** prend place ici: patient refusant de remarcher après une chute souvent douloureuse
- Des **tests** tels que le get up and go , le Tinetti, station unipodale, vitesse de marche etc doivent accompagner ce descriptif et le suivi clinique.
- La prise en charge avec entraînement de l'équilibre et renforcement musculaire et amélioration de l'endurance(reco HAS) relève d'une prise en charge par le kinésithérapeute **codage N9 vertiges, chutes R1 ou R2** selon les capacités du patient avec ses pathologies associées, jusqu'à récupération d'une stabilité suffisante
- Rappelons que les Activités physiques adaptées(APA) ne sont pas codées dans Pathos car relevant d'un autre financement que les soins ordonnancés pris en charge pas l'assurance maladie

2/Troubles de la marche (récents ou semi récents) **codage 47**

- **Toute personne marchant encore** mais ayant de grandes difficultés locomotrices
- difficultés pour initier ou maintenir la marche
- rétropulsion
- marche avec steppage
- réduction de la longueur et/ou de la hauteur du pas
- marche avec élargissement du polygone de sustentation
- présence d'embardees
- Inclinaison latérale du tronc
- inclinaison vers l'avant avec éventuellement accélération du pas

En présence de ces troubles

- Le médecin fera la recherche étiologique, et l'ordonnancement des soins de rééducation puis le kinésithérapeute / l'ergothérapeute effectuera le bilan à J0, puis le suivi régulier de l'évolution:
- **codage tr de la marche N 47 R1 ou R2** selon l'intensité de la prise en charge requise sans oublier la prescription éventuelle d'aides techniques et leur adaptation au patient.(Cannes, déambulateur etc)
- Lorsque le patient aura retrouvé une marche stable **se posera le problème de l'entretien** à la marche...selon le niveau de technicité requise celle-ci incombera
 - soit au kiné** compte tenu du niveau de difficulté persistante(mauvaise posture, surpoids important, peur du patient à la mobilisation) codage N47 R2
 - soit aux AS** si une stimulation/encouragement est seulement nécessaire (Ce travail sera alors **codés dans Aggir déplacement intérieur B ou C) et N47 S1 dans Pathos car sous surveillance et traçabilité infirmière.**

3/Etat grabataire **codage 47**

Revalidation/ Reverticalisation possible?

- Cette prise en charge concerne:
- **L'alité depuis quelques temps** qu'il conviendrait encore de revalider
- **L'alité de longue date** nécessitant une dégrabatisation lourde avec reverticalisation et une rééducation à la marche **si le succès paraît possible+++**
- **Attention Tous les GIR 1 et 2 ne sont pas revalidables.....**
- Etat grabataire peut être codé seul si conséquence de la polypathologie, ou en complément d'une pathologie causale qu'elle complète et précise
- Codage R1 ou R2 selon ce qui est supportable par le patient

4/ **Rétractions**: L'HDA ou Hypertonie Déformante Acquise **codage 47**

- Définition de l'HDA « Toute déformation hypertonique, d'une ou plusieurs articulations, quelle qu'en soit l'origine, observée chez le sujet âgé et à l'origine d'une gêne fonctionnelle, d'un inconfort ou de toute autre limitation dans les AVQ ».
- Elles peuvent concerner une ou plusieurs articulations sur un ou plusieurs membre (hanche, épaule, genou)
- Elles peuvent survenir chez un malade grabataire mais aussi chez patient encore semi valide.
- Il existe de nombreuses étiologies aux HDA: Arthrose du genou ,de la hanche, AVC, Parkinson ou simple immobilisation d'un segment de membre post fracture ou l'alitement prolongé
- Importante prévalence en institution • Fort retentissement sur les soins de base • **Existence d'un certain fatalisme • Abstention thérapeutique fréquente**

Prévention codage AGGIR(transfert C, déplacement intérieur C) et Pathos S1

- Tous les grabataires sont à risque de rétractions, celles-ci doivent être prévenues chez tous
- Objectif prioritaire : - Solliciter, entretenir les habiletés fonctionnelles au quotidien +++Maintenir l'activité gestuelle et motrice « Aider à faire ne pas faire à la place »
- Prévention: codage Aggir pour les installations au lit ou fauteuil effectuées par les AS et codage Pathos Etat grabataire N47 S1, surveillance d'un Programme de stimulation, de positionnement, de pose éventuelles d' orthèses et traçage des actions dans le dossier.

Devant des rétractions installées **mais non fixées+++**: Travail kinésithérapique de gain d'amplitude **soit fait soit non faits mais REQUIS**

- évaluer le Retentissement / confort, douleurs, positionnement, fonction...?
- Fixer les objectifs de la prise en charge avec l'équipe +++ Décrire les résultats attendus
- Les séances de kinésithérapie doivent être de courte durée du fait des difficultés de concentration et d'une plus grande fatigabilité.
- Les exercices proposés doivent être simples
- L'adynamisme, la labilité de concentration, le manque de motivation imposent des stimulations avec répétition fréquente des consignes. Des antalgiques doivent être associés si besoin.
- L'ergothérapie associée sera l'occasion d'apprendre au malade à utiliser de façon rationnelle les amplitudes restantes, ou de proposer les différentes aides techniques compensant l'autonomie perdue (pince ramasse-objet; manches grossis...)

Quelle techniques de prise en charge sur les articulations concernées ? avec **Codage R1 ou R2**

- **Le travail actif** est basé sur la contraction musculaire volontaire du sujet. De ce fait, la coopération est indispensable.
- **Les mobilisations libres**. Après explication, le sujet effectue le mouvement demandé, sans aucune assistance, dans un plan articulaire précis.
- **Les mobilisations actives aidées** sont effectuées: - soit avec l'aide du kinésithérapeute où les mouvements lents, dirigés et contrôlés gagnent alors en précision et en efficacité; - soit en balnéothérapie, la marche et les exercices ont l'avantage d'être réalisés en faible pesanteur, diminuant les réactions douloureuses ; les effets antalgiques et décontracturants sécurisent et soulagent d'autant plus le malade.
- **Les mobilisations passives manuelles** occupent une place privilégiée parmi les techniques de gain d'amplitude. La mobilisation manuelle bien exécutée est toujours bien supportée. Le sujet n'effectue aucun geste volontaire, laissant au kinésithérapeute le contrôle du mouvement (angle, amplitude, force exercée). De ce fait, le mouvement est dosé, progressif, précis. La mobilisation doit cesser immédiatement dès l'apparition d'une contracture ou d'une douleur.

Codage des rétractions **non fixées** dans Pathos

- La kiné et l'ergothérapie sont toujours requises, quelques soient les décisions médico-chirurgicales associées
- Codage des rétractions débutantes ou déjà présentes **mais non fixées**
- **N47 « état grabataire/ tr de la marche » R1 ou R2** si le patient reste confiné au lit ou au fauteuil, ou si le patient est encore valide si prise en charge longue et difficile

Soit si une seule articulation est touchée dans **N27« pathologie de la hanche » ou N31« du genou, cheville ou autre » R1 ou R2**

Le corollaire pour la validation de ces codages étant la description des actes effectués et la mise à jour régulière des progrès dans le dossier kiné et ergo

En conclusion

- Les troubles de la motricité sont extrêmement fréquents en EHPAD
- La forte prévalence des altérations cognitives impose des prises en charge spécifiques et longues aux kiné et ergothérapeutes, **mais ne récuse aucunement à priori la rééducation.**
- Prévention de tous les instants par les AS (AGGIR) et les infirmières codée S1 à l'instar du travail de prévention des escarres.
- **Des rééducations doivent toujours être tentées et les preuves tracées afin de montrer aux ARS lors d'une validation Pathos le travail effectué et les progrès du patient ce qui justifie le codage R1 ou R2**
- l'abandon à priori (même en cas de démence) serait coupable