



Sommaire

page 1 : Point sur la nouvelle réglementation en NEAD
 page 2 - 3 : NEAD en gériatrie. Interview du Dr Annie Reksa, gériatre au Centre de soins de suite et de réadaptation des Capucins, à Reims.
 page 4 : Arrêté du 9 novembre 2009. Zoom sur le matériel de gastrostomie

ACTUALITE : Rencontre SPPAD* à Marseille : Manipulation de la voie veineuse centrale de type broviac à domicile

La prochaine réunion SPPAD se tiendra le 23 mars 2010 à Marseille, et sera animée par l'équipe Homeperf Marseille. Autour du docteur Marie-Edith Coste de l'hôpital La Timone Enfants, IDE coordinateurs et cabinets libéraux aborderont la **prise en charge à domicile de l'enfant** et spécifiquement la manipulation de la voie veineuse centrale de type Broviac. [Plus d'informations sur le site www.sppad.org](http://www.sppad.org)

REGLEMENTATION : Nutrition entérale à domicile : un point sur les obligations du prestataire assurant la coordination suite à l'arrêté du 9 novembre 2009

Dans le cadre de l'arrêté du 9 novembre 2009 relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge de l'alimentation non physiologique et prestations associées [...], la prise en charge des patients bénéficiant d'une NEAD a connu des aménagements. Passage en revue du rôle et des nouvelles obligations du prestataire dans la chronologie d'une prise en charge.

J0 LA RENCONTRE EN ETABLISSEMENT
 avec le médecin prescripteur, les équipes infirmière et diététicienne, le patient et sa famille

L'INSTALLATION

Installer et sensibiliser le patient au matériel et aux règles hygiéno-diététiques, à la tenue du carnet de suivi.
 Répondre à ses questions.

J+72h

J+14j

LES LIVRAISONS : pas plus de 28 jours de traitement livrés

L'ASTREINTE : 24H/24, 7j/7

Remplacer du matériel défectueux. Evaluer une situation à risque

LE SUIVI

Assurer le suivi et la gestion des informations patient

J+6 sem

J+3 m

Renouvellement de la prescription
 puis tous les 6 mois

J+1an

PRESTATION DE 1ère INSTALLATION

*un nouveau forfait de 14 JOURS qui doit apparaître 1 fois, sur la 1ère ordonnance :

- visite d'installation : effectuée **par un diététicien coordinateur ou un infirmier coordinateur**
- **A 72h** maximum, appel passé au domicile du patient
- **A J+14j**, visite de suivi par l'infirmier ou le diététicien coordinateur

NOUVEAU

UN SUIVI ADAPTE A CHAQUE CAS, QUI DOIT ETRE ASSURE PAR DU PERSONNEL COMPETENT

- Dans les 72H après l'installation : appel téléphonique
- Des visites de suivi réalisées par l'infirmier ou le diététicien coordinateur :
- **A J14**
- **Chez l'adulte : à 3 mois** la 1ère année et tous les 6 mois les années suivantes;
- **Chez l'enfant : à 6 semaines**, puis tous les 3 mois

NOUVEAU



TRAITEMENT : Nutrition entérale à domicile au sein du Centre SSR des Capucins, à Reims. Interview du Dr Annie Reksa, gériatre et membre du CLAN du CHU de Reims. Interview réalisée par Christophe Ollivier, responsable d'agence Homeperf Reims



Quels sont les enjeux du développement de la NEAD pour le Centre de Soins de Suite et de Réadaptation des Capucins ?

Dr Reksa : Les enjeux sont déjà avant tout pour le patient et pour mettre en place une nutrition entérale, nous sommes dans un dépistage systématique de l'état nutritionnel du patient. Dans notre structure, nous évoluons vers la nutrition entérale plus facilement qu'auparavant. C'est au bénéfice du patient : cela va lui permettre de se rétablir beaucoup plus vite et de pouvoir envisager le domicile plus tôt.

Il y a aussi un enjeu pour nous, établissement SSR, qui sommes poussés à réduire les Durées Moyennes de Séjour. Les praticiens doivent se résoudre « à quitter leurs patients » plus tôt.

Y a-t-il des difficultés dans cette mise en place de nutrition entérale à domicile ?

Dr Reksa : Nous travaillons sur des retours à domicile qui sont souvent difficiles, avec une présence ou non de l'aidant. Il nous revient, je pense, d'être parfois plus prescripteurs dans ce sens-là. Nous avons tendance, dans notre mission SSR, à bien évaluer les conditions du domicile, et la nutrition vient rajouter une vigilance d'organisation.

Les familles ne sont pas un réel obstacle. Les réticences viennent peut-être plus des soignants. Encore aujourd'hui la nutrition entérale a une image qui n'est pas aussi "noble" que celle de la nutrition parentérale.

En oncologie, nous avons des patients qui gèrent le soin nutritionnel eux-mêmes ; pour l'équipe soignante, laisser le patient maîtriser des soins techniques qui jusqu'alors « appartenaient » aux soignants a été peut-être déroutant.

Au sein des Capucins, quelles typologies de patients bénéficient d'une NEAD ?

Dr Reksa : Cela concerne tous les patients dénutris modérés à sévères selon les Recommandations. Nous adaptons en fonction de chaque cas clinique et en fonction de l'acceptation des patients. Le projet thérapeutique est défini dès l'entrée dans le centre. Nous avons des patients issus d'oncologie, de gériatrie ; nos patients peuvent être aussi des patients jeunes mais qui ont traversé des parcours santé longs et difficiles, avec des séjours en MCO – Médecine Chirurgie Obstétrique. Mais notre patient premier reste le patient âgé dénutri, qui rentre souvent à l'hôpital en raison d'une dénutrition à domicile responsable d'une chute ou d'une perte d'autonomie. Globalement, ce type de dénutrition touche 20 à 30% des patients à l'admission à l'hôpital.

Est-ce que la mise en place d'une nutrition entérale en prévision d'une opération ou en prévision d'une dénutrition fait partie, selon vous, des priorités ?

Dr Reksa : Il y a des recommandations pour la nutrition en pré opératoire et nous les suivons. Nous avons construit un premier partenariat avec un service de chirurgie et qui mérite d'être développé. Dans nos missions en soins de suite et de réadaptation, on peut envisager un séjour d'une dizaine de jours pour faire du pré opératoire pour que l'intervention se fasse dans les meilleures conditions possibles. Ce type de nutrition entérale pourrait aussi se faire à domicile.

La nutrition entérale à domicile chez le sujet âgé a-t-elle ses spécificités thérapeutiques ?

Dr Reksa : Il faut souvent convaincre les patients âgés de se renutrir parce qu'ils sont souvent tellement affaiblis par leur dénutrition qu'il y a une perte d'autonomie associée à des troubles psychiques. Il faut plutôt privilégier la prise en charge nutritionnelle en supprimant les régimes trop souvent délétères. Je dirais que pour ces patients, il faut rechercher avant tout la qualité de vie. Concernant la prise en charge nutritionnelle, je pense que le corps médical a encore des progrès à faire. C'est une thématique qui est trop peu traitée dans notre formation médicale et néanmoins c'est la fondation du bien-être et de la santé de nos patients. Mais depuis environ 4 - 5 ans, je sens vraiment une évolution, notamment grâce aux actions des différents acteurs comme les CLANS, par exemple.

RESCLAN CHAMPAGNE-ARDENNE

- Création en 2004 •Prestataire de formations depuis 2007 •Regroupe aujourd'hui 14 CLANS
- Président : le Pr Eric Bertin - CHU de Reims

ACTUALITE RESCLAN : 3ème conférence régionale
jeudi 1er avril 2010, Reims Management School



TEMOIGNAGE PATIENT : Mr Jacques C. bénéficie d'une NEAD depuis 2 mois. Propos recueillis par Sandrine Benhamou, diététicienne coordinatrice* sur Homeperf Marseille



Dans quelles conditions s'est faite la mise en place du traitement par NEAD ?

Mr Jacques C. : Il m'a d'abord été proposé d'aller dans un centre de rééducation ORL mais mon souhait a été de rentrer chez moi. J'avais confiance dans les conseils du service hospitalier pour le choix du prestataire. Les soins de nutrition ne me faisaient pas peur car j'avais pu observer les infirmiers durant mon hospitalisation.

Son épouse : Pour moi c'était très angoissant : par manque de connaissance de l'évolution de la maladie et des soins nécessaires. Nous avons eu la visite de la diététicienne coordinatrice qui nous a expliqué ce qui allait se passer. Elle s'est chargée des prescriptions et de la coordination des soins. Nous avons pu conserver notre cabinet IDEL, qui a été d'accord pour prendre en charge la totalité des soins. A mon domicile, la diététicienne a pris le temps de former tout le monde sur le matériel.

Après deux mois de NEAD, quelles semblent être pour vous les libertés que vous a données ce type de traitement à domicile ?

Mr Jacques C. : La nutrition en elle-même ne me pose à ce jour aucun souci. Ce sont plutôt les traitements parallèles, comme la chimiothérapie ou la radiothérapie, qui sont gênants par leurs effets secondaires et le temps qu'ils représentent. Mon autonomie dans les branchements et débranchements de la NE grâce à un matériel simple d'utilisation, et la possibilité d'un passage en nocturne, me permettent de mener une vie familiale relativement normale. Je gère mon temps. Je me mets à table avec ma famille. Le fait de voir que malgré mon incapacité à m'alimenter je peux maintenir mon poids, et éviter de m'épuiser davantage, reste quelque chose de très encourageant.

Quel a pu être le rôle du prestataire dans la gestion de ce traitement au quotidien ?

Mr Jacques C. et son épouse : Sa présence a été très rassurante. Le fait que le lien soit fait entre nos IDEL et les médecins nous a aussi aidés dans notre quotidien. Le choix du matériel s'est fait avec beaucoup de flexibilité.

* 22 diététiciennes coordinatrices Homeperf apportent leur expertise pour le suivi nutritionnel du patient



TECHNIQUE : ZOOM SUR LE MATERIEL DE GASTROSTOMIE SUITE A L'ARRETE DU 9 NOVEMBRE 2009

Quels sont les changements au niveau des dispositifs médicaux en gastrostomie ?

Le bouton de gastrostomie

Conformément au dernier Arrêté du 09/11/09, « la prise en charge est assurée pour une nutrition entérale de moyenne ou longue durée (supérieure à 3 mois), chez les adultes ou les enfants ayant une vie active, sociale, professionnelle ou scolaire et qui pourront en tirer un bénéfice en terme d'esthétisme et de qualité de vie. »

■ **Sa fréquence de changement est recommandée de 2 à 4 fois par an.**

Le prolongateur

Au titre des bonnes pratiques à domicile promulguées par la S.F.N.E.P(*), une fréquence de changement du prolongateur toutes les semaines permettra d'améliorer l'hygiène et la performance du dispositif.

La sonde de Gastrostomie: Une nouvelle prise en charge à domicile pour le confort et la sécurité des patients

Le nouvel arrêté du 9 novembre 2009 reconnaît le dispositif parfaitement adapté au confort et à la sécurité de nombreux patients stomisés. Ce dispositif convient aux différents types de patients à domicile.

Quels sont les patients concernés ?

- Les patients déjà porteurs d'une sonde de gastrostomie peuvent maintenant s'équiper auprès de leur prestataire sur prescription médicale.
- Les patients porteurs d'une sonde urinaire (Foley) substituée à une sonde de gastrostomie doivent maintenant accéder à ce dispositif parfaitement adapté à leur pathologie.
- Les patients porteurs d'une sonde GPE à long terme

Quand doit-on remplacer une sonde de gastrostomie à ballonnet ?

On remplace une sonde de gastrostomie quand elle est détériorée. Les principales causes sont les suivantes :

- le ballonnet se dégonfle car il devient poreux ou est percé
- la sonde est obturée
- S'il y a une inflammation ou une irritation persistante de la stomie, liée à des dépôts sur la sonde
- En cas de présence de dépôts après rinçage de la sonde
- En cas de déformation ou de détérioration d'une partie de la sonde (bouchon, disque, site d'alimentation)

■ **Possibilité de la remplacer 4 fois par an.**

* SFNEP, Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme



Bouton de gastrostomie Mic-Key® et prolongateur secur-lok®



Sonde de gastrostomie MIC®

4 points techniques importants pour choisir une sonde de gastrostomie à ballonnet. Les conseils du laboratoire ASEPTINMED

. **Le ballonnet silicone** doit recouvrir entièrement l'**extrémité distale** de la sonde afin d'éviter tout risque d'irritation ou d'inflammation de la paroi opposée de l'estomac. La surface du ballonnet doit être lisse et sans striure pour un retrait atraumatique.

. **L'extrémité distale de la sonde** : Ballonnet dégonflé, l'extrémité de la sonde doit être profilée pour favoriser l'insertion et le retrait de la sonde dans l'estomac.

. **Le disque de rétention** : Il est ajustable et permet d'adapter la sonde à l'épaisseur de la paroi de l'estomac du patient. Sa fonction est de maintenir la sonde pour éviter le risque de migration dans l'estomac.

. **La codification couleur** : Elle permet au patient et aux différents intervenants d'identifier la charnière nécessaire en cas de changement.