

Un cadre qui a fait ses preuves mais qu'il faut adapter aux évolutions technologiques

La dispensation de l'oxygène à domicile, 13 ans de bon fonctionnement

C'est en raison des besoins grandissants dans le domaine respiratoire que les prestations à domicile se sont développées en France dans les années 1970. Alors que les personnes souffrant de pathologies respiratoires chroniques étaient jusqu'alors exclusivement prises en charge à l'hôpital, les progrès techniques et l'engagement des prestataires ont permis l'apparition, à partir de la fin des années 1960, des premiers traitements d'oxygénothérapie et de ventilation assistée à domicile.

Un régime spécifique

Bien que considérée comme un médicament, avec une autorisation de mise sur le marché (AMM), l'oxygène médical n'est pas délivré uniquement par les pharmaciens mais également par les PSAD. Ces derniers bénéficient d'une exception légale au monopole pharmaceutique dans le cadre très réglementé des Bonnes Pratiques de Dispensation à domicile de l'Oxygène (BPDO). Cet arrêté ministériel du 17 novembre 2000 prévoit notamment que l'activité de dispensation de l'oxygène médical, soumise à autorisation des directeurs généraux d'Agences régionales de santé (ARS), soit nécessairement assurée sous la responsabilité d'un pharmacien du prestataire, garant de la bonne réalisation de l'ensemble des opérations. Des contrôles réguliers effectués par les pharmaciens inspecteurs des ARS permettent également d'apprécier le respect de ces différentes obligations. Les règles d'hygiène et de sécurité strictes stipulées par les BPDO assurent, enfin, aux patients un niveau de confort et de sécurité optimal. En attestent le nombre croissant de patients concernés et l'absence d'accidents graves déplorés, les BPDO ont su répondre avec succès à l'attente d'encadrement et d'accompagnement du développement de l'oxygénothérapie à domicile. Les BPDO sont donc un système fiable et fonctionnel qui a démontré sa pertinence au cours des 13 dernières années.

Une refonte nécessaire

Cependant, avec l'arrivée de nouvelles sources d'oxygène à la fois portables et transportables, le secteur de l'oxygénothérapie connaît des évolutions significatives. L'avis de la HAS du 17 avril 2012 clarifiant les conditions de prescription des différentes sources d'oxygène disponibles intègre d'ailleurs ces nouvelles sources d'oxygène. Il serait maintenant souhaitable que les BPDO évoluent également dans ce sens, en intégrant ces nouvelles sources d'oxygénothérapie portables et transportables dans leur champ d'application. Il convient donc maintenant de faire évoluer le cadre des BPDO afin d'offrir aux patients le meilleur niveau de qualité et de sécurité dans l'accès à ces avancées technologiques majeures, tout en conservant leur grande opérationnalité et en mesurant les conséquences économiques pour les PSAD et l'Assurance maladie. ■

AGENDA

- **3^e Semaine nationale du soutien à domicile des seniors.** Sous le Haut patronage de la Ministre déléguée aux Personnes âgées. Organisée par le Fédération des Prestataires de santé à domicile, l'ANFE et Réunica. Du 18 au 24 novembre 2013.
- **Rencontres de la Santé à domicile.** « *Traitement des maladies chroniques à domicile : comment concilier objectifs de santé publique et impératifs économiques ?* ». Organisées par le Fédération des Prestataires de santé à domicile. Le 8 janvier 2014 à 18h00, Paris, Institut Pasteur
- **Salon Autonomic Méditerranée.** Les 27 et 28 novembre 2013, Marseille, Parc Chanot
- **Congrès DIVLD.** 24, 25 janvier 2014, Paris, Espace Cap 15
- **Silver Economy Expo.** Les 5, 6, 7 décembre 2013, Paris, Porte de Versailles
- **18^e Congrès de pneumologie de langue française.** Organisé par la SPLF. Du 31 janvier au 2 février 2014, Marseille, Parc Chanot

SOMMAIRE

P.2

La sortie d'hôpital
Un enjeu fort pour les patients et pour l'Assurance maladie

P.2

Limitation de l'activité de marche
Le scooter modulaire se développe en France

P.3

Interview : Annick Morel
Soin à domicile et maîtrise des coûts

P.4

La dispensation de l'oxygène à domicile
13 ans de bon fonctionnement

NUTRITION CLINIQUE

Les trois modalités de nutrition prises en charge à domicile

Avec la nutrition clinique à domicile, ce sont plus de 35 000 patients qui disposent d'une alternative à la prise en charge hospitalière. Ces malades dénutris ou présentant un risque de dénutrition bénéficient, grâce notamment aux Prestataires de santé à domicile (PSAD) d'un accompagnement professionnel de qualité. Si la nutrition orale et la nutrition entérale sont depuis plusieurs années inscrites en tant que telles à la LPP (liste des produits et prestations remboursées par l'assurance maladie), ce n'est pas encore le cas de la nutrition parentérale ; elle est en passe de l'être dans les mois qui viennent.

Une collaboration étroite entre les professionnels

La nutrition parentérale, qui consiste en l'apport de mélanges nutritifs par voie intraveineuse est une prise en charge combinant les compétences de plusieurs professionnels. En effet, du fait de sa complexité, la mise en œuvre de cette technique à domicile requiert une collaboration étroite entre les différents partenaires de santé que sont le médecin prescripteur, le PSAD, l'infirmier libéral, le médecin traitant et le pharmacien. Cette collaboration, garante de la réussite du traitement, est d'ailleurs une des conditions de la prise en charge prévue par la LPP.

Pour la nutrition entérale qui consiste à administrer un mélange nutritif directement dans le tube digestif par l'intermédiaire d'une sonde, le médecin hospitalier prescrit de façon indissociable le mélange de nutrition entérale et la prestation technique nécessaire à sa fourniture et à son administration. Le projet de texte de la LPP prévoit en ce sens une collaboration étroite en matière de suivi du patient, entre le prestataire de santé à domicile et les médecins prescripteur et traitant.

Confort et efficacité

Toute l'efficacité et la tolérance de la nutrition clinique à domicile résident dans la pertinence de l'indication, dans le choix du mélange nutritif prescrit mais également dans la rigueur des procédures d'administration et de surveillance, qui nécessite une collaboration parfaite entre les différents acteurs de santé de la ville. Ainsi, la nutrition clinique à domicile donne un maximum de confort possible aux patients dans leur traitement et leur assure un suivi de qualité. Maintenant que toutes les modalités de nutrition sont en passe d'être administrables à domicile, les possibilités de limiter le temps d'hospitalisation seront plus nombreuses, pour le plus grand bénéfice de l'Assurance maladie. ■

ÉDITO

Je suis très heureux de signer l'éditorial de la première lettre d'information de la santé à domicile. Cette publication périodique se veut une contribution des PSAD au débat sur l'avenir de notre système de santé. L'attente principale des Français est d'être traités chez eux, dans les conditions de qualité et de sécurité que des professionnels peuvent garantir. Nous avons la conviction que c'est possible. En outre, la santé à domicile est une source d'efficacité. En effet, une meilleure formation, un meilleur suivi des patients à domicile, un accompagnement de l'observance des traitements ou bien la prévention ou la diminution des séjours hospitalier sont autant de facteurs garantissant que chaque euro

dépensé par l'Assurance maladie l'est à bon escient. Tous les champs des traitements à domicile (oxygénothérapie, insulinothérapie, perfusion, maintien à domicile...) sont porteurs d'efficacité et ce depuis plusieurs années. C'est pourquoi notre fédération a décidé de publier cette lettre pour que les apports de la santé à domicile soient mieux compris et pris en compte par les pouvoirs publics dans la future organisation de la santé. Cette lettre accompagne également la création de la Fédération des prestataires de santé à domicile qui rassemble les adhérents du Synalam et du Synapsad dans le souci de renforcer la représentativité des prestataires de santé à domicile, acteurs essentiels de la chaîne de soins. ■



Olivier LÉBOUCHÉ,
président de la
Fédération des PSAD

Lettre éditée par :



Directeur de la publication : Olivier Leboché

Dépôt légal en cours

Photos : D.R.

Courriel : contact@fedepsad.fr

Adresse : 4 place Louis Armand

Tour de l'Horloge - 75603 PARIS CEDEX 12

Tél. : 01 72 76 25 79

Conception : LJ Corporate

LA SORTIE D'HÔPITAL

Un enjeu fort pour les patients et pour l'Assurance maladie

En sortie d'hôpital, les prestations de santé à domicile les plus courantes sont la perfusion et la nutrition. Elles concernent le plus souvent des patients hospitalisés pour des cancers, des pathologies infectieuses, des pathologies neurologiques (notamment Parkinson) ou bien qui présentent des situations de dénutrition ou des besoins en termes de traitement de la douleur. Ces hospitalisations peuvent indifféremment avoir eu lieu dans des établissements publics ou privés. Dans un certain nombre de cas, les prestataires de santé à domicile sont impliqués dans les sorties d'hôpital et participent ainsi à la coordination avec les autres acteurs de santé de proximité – décryptage d'un retour à domicile réussi.

Le retour du patient à son domicile

Le retour est organisé selon un schéma de prise en charge défini par l'équipe soignante, qui comprend notamment les ordonnances établies par le service et le protocole de soins. Le PSAD doit vérifier la disponibilité de l'infirmier libéral qui prodiguera les soins et prévient les autres professionnels de santé impliqués, comme le pharmacien d'officine et le médecin traitant. Le PSAD s'assure que rien ni personne n'a été oublié pour permettre la bonne mise en œuvre des traitements. Lors de l'installation du patient, il peut assurer la formation de l'infirmier libéral aux dispositifs médicaux utilisés et donne les informations nécessaires à la bonne continuité des soins entre l'hôpital et la ville.

Ce retour doit se faire dans des délais qui sont parfois très courts (qui varient habituellement de 4 à 72 heures), ce qui implique une grande réactivité de la part des équipes. L'expertise du prestataire permet à ce moment de qualifier clairement le besoin et d'évaluer la faisabilité et les réponses logistiques. ▶

HANDICAP

Limitation de l'activité de marche

Le scooter modulaire se développe en France

Le scooter s'impose de plus en plus comme une offre distincte comparée aux véhicules pour personnes handicapées (VPH) traditionnels. La CNEDiMITS (Commission nationale d'Évaluation des Dispositifs médicaux et des technologies de santé) a d'ailleurs pris toute la mesure d'une telle évolution puisqu'elle préconise l'intégration des « scooters » dans la nomenclature des VPH. Le scooter

modulaire offre en effet aux patients déficitaires un palliatif permettant de leur assurer une mobilité et une vie sociale active malgré le handicap.

Se distinguant des fauteuils roulants électriques par leur conduite par guidon ainsi que par leur siège plus haut et souvent pivotant, les scooters modulaires doivent être indiqués, selon l'avis de la CNEDiMITS, chez les personnes ayant une limitation sévère et durable de l'activité de marche et qui sont dans l'incapacité d'opérer elles-mêmes, en extérieur, un fauteuil roulant à propulsion manuelle en raison de leur déficience ou de leur situation environnementale.

Une réglementation adaptée

Le scooter, avec une autonomie allant jusqu'à 35 km et une vitesse limitée en France à 10 km/h, tend à favoriser la participation sociale de la personne en situation de handicap. Cette personne doit cependant, posséder les capacités physiques, perceptives et cognitives nécessaires pour assurer la maîtrise du scooter puisqu'elle doit contrôler manuellement la vitesse et la direction de celui-ci. En cela, les personnes âgées ainsi que les patients présentant des pathologies chroniques dont l'évolution est incertaine (aggravation ou amélioration) en sont donc les utilisateurs privilégiés. Le scooter fait, en tous les cas, l'objet d'une meilleure acceptation par les patients que les fauteuils roulants électriques (FRE) ou du moins d'une « phase de deuil plus courte », comme le souligne Martine Parrat, ergothérapeute, « puisque avec son côté ludique plus ludique, il est moins assimilé à l'idée de handicap, tandis que le FRE est, lui, très connoté ».

Très répandu aux États-Unis ou au Canada, le scooter connaît également un succès certain en France puisque il s'en vend déjà plusieurs milliers chaque année. Par ailleurs, selon les estimations de l'HAS, entre 6 200 et 6 550 personnes par an seraient susceptibles de bénéficier de l'attribution d'un scooter dans le cadre de l'indication définie par la CNEDiMITS (HAS, avis du 21 février 2012). ■

Accompagner le patient à un moment charnière

Avec la réduction des durées de séjour, l'hôpital peut se recentrer sur son cœur de métier.



Le suivi des traitements

Le PSAD s'assure de la continuité de la bonne marche des dispositifs installés et assure pour cela une astreinte 24 heures sur 24. Il transmet à l'équipe soignante et éventuellement au médecin traitant les données médicales recueillies au domicile du patient. La prescription et les soins peuvent alors être ajustés par le médecin, dans ce cas, le prestataire et l'infirmier libéral les adaptent en conséquence sur le terrain.

Soulager l'hôpital

La prise en charge à domicile dans des conditions d'efficacité et de sécurité équivalentes à celles de l'hôpital permet une évolution de notre système de soin : avec la réduction des durées de séjour, l'hôpital peut se recentrer sur son cœur de métier, par conséquent, le coût pour le système de soin est significativement réduit.

Les clés d'un retour à domicile réussi après une hospitalisation

La réactivité du PSAD est essentielle, notamment dans le cas où il a à gérer des délais courts. Il doit tenir compte de la disponibilité des autres acteurs et garder à l'esprit que l'intérêt et le bien-être du patient doivent toujours être au cœur de son intervention. Une transmission fiable des informations aux acteurs du soin et au service



prescripteur est également le gage d'un retour à domicile sécurisé et pérenne.

L'entourage joue en outre un rôle essentiel : s'il bénéficie en amont d'une information adaptée sur le traitement, cela permettra un accueil plus fluide et une adaptation plus souple au bouleversement que constitue parfois le retour d'un patient appareillé à son domicile. ■

INTERVIEW

Soin à domicile et maîtrise des coûts

ANNICK MOREL

Présidente du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)



Quelle est actuellement en France la place des soins à domicile dans la prise en charge des malades ?

Par rapport à d'autres pays européens, le système de soins français est caractérisé par l'importance relative de la place de l'hôpital, même si en termes financiers les dépenses des soins de ville sont majoritaires dans les dépenses

totales de l'assurance maladie. En effet, les politiques publiques de santé se sont d'abord structurées au travers des hôpitaux, plus nombreux aujourd'hui dans notre pays qu'ailleurs. Un exemple : les premières prestations de service médico-techniques à domicile sont issues d'équipes hospitalières qui ont souhaité organiser le retour puis le maintien à domicile de malades respiratoires chroniques.

Les soins de ville se sont parallèlement et progressivement développés sur la base de l'exercice libéral des médecins et des professions paramédicales puis de services, parfois reliés à l'hôpital, qui assurent des prestations coordonnées (services de soins à domicile, hospitalisation à domicile, prestataires à domicile). Ce développement a été autorisé par le progrès technique au sens large (médicaments, dispositifs médicaux, surveillance à distance) qui a permis d'assurer une prise en charge « chez soi » dans des conditions satisfaisantes de qualité et de sécurité.

Comment voyez-vous cette place dans l'avenir ?

Le renforcement des soins de premier recours en ville est le grand enjeu d'aujourd'hui et de demain du système de santé de tous les pays industrialisés ; c'est aussi celui de la France qui a placé le sujet au centre de la stratégie nationale de santé présentée par la ministre de la Santé en septembre dernier. La « transition » épidémiologique y conduit ou y contraint : le vieillissement de la population s'accompagne de l'augmentation des maladies chroniques qui requièrent des soins de proximité au long cours et chacun aspire à être

soigné chez soi. Cette modification des paradigmes du système de soins, conçu à l'origine pour traiter de pathologies aiguës, exige d'apporter des réponses à plusieurs problèmes.

Le premier est celui de la coordination. Contrairement à l'hôpital qui constitue par « nature » autour du patient une équipe soignante, les soins de ville de premier niveau nécessaires aux malades chroniques sont éclatés entre de nombreux acteurs de santé, sans compter les professionnels sociaux du soutien à domicile, intervenant auprès des personnes âgées ou des malades en perte d'autonomie. Et c'est souvent le malade ou sa famille qui coordonne un ensemble complexe. La stratégie nationale de santé affirme le rôle de coordination du médecin traitant. Viennent alors d'autres questions : comment rémunérer cette coordination ? Quelle équipe constituer autour du médecin traitant et comment ? Quels outils faciliteront la coordination ?

Le second sujet est celui de l'organisation sur tout le territoire de la présence médicale et des compétences soignantes à proximité des habitants. Qui pilote cette organisation et s'assure de sa qualité ? Agences régionales de santé ou Assurance maladie ? Quel est précisément le rôle des professionnels dans cette organisation, par exemple celui des prestataires à domicile par rapport à l'hospitalisation à domicile ?

Comment cette évolution doit-elle s'articuler avec l'hôpital ?

C'est le troisième chantier à poursuivre. L'hôpital demeure et restera le centre expert des soins et en particulier, celui qui initie les traitements, notamment dans le cas de certaines maladies graves (le cancer par exemple) et/ou chroniques. On sait aujourd'hui que l'articulation entre l'hôpital et la ville, médecin traitant mais plus généralement équipes soignantes en ville, demeure problématique tant au plan de l'information réciproque que de l'organisation des soins (entrées ou sorties à l'hôpital, relais en ville de la prise en charge hospitalière). Si la ville doit constituer autour des patients des équipes organisées, l'hôpital doit se structurer et développer une communication avec la ville pour assurer des parcours de soins fluides aux malades dont la prise en charge sera assurée à l'extérieur de ses murs. ■