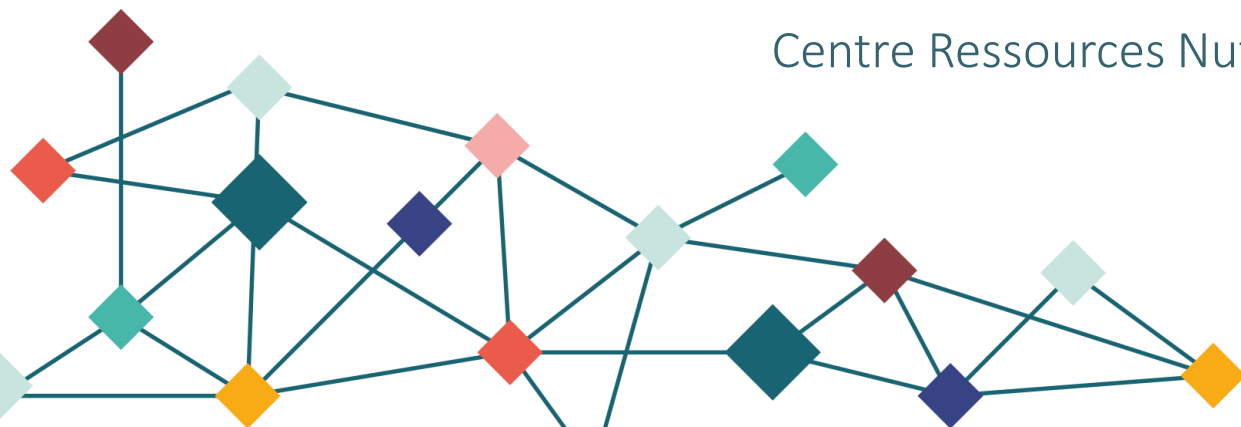


Nutrition artificielle dans les établissements médico-sociaux : Quels obstacles?

Dr Philippe FAYEMENDY

Unité de Nutrition et Centre labellisé de Nutrition parentérale à Domicile, CHU de Limoges

Centre Ressources Nutrition Nouvelle Aquitaine



La nutrition artificielle (NA) : Quèsaco ?

Nutrition entérale (NE)

- Technique d'**alimentation** artificielle qui permet d'administrer de l'alimentation à l'aide d'une **sonde** au niveau du **tube digestif**, sans passer par la bouche
- Utilisée en cas d'apports alimentaires **insuffisants, impossibles** ou **contre-indiqués** (dangereux) **ET** lorsque le **tube digestif fonctionne**
- Simple, physiologique, peu coûteuse, peu risquée
- NE de durée longue : **gastrostomie**



Nutrition parentérale (NP)

- Technique l'alimentation artificielle permettant un apport d'aliments par toute voie autre que digestive, en général par **voie veineuse**
- Utilisée si l'**intestin n'est pas utilisable ou insuffisant** (= non fonctionnel), ou en l'absence d'efficacité de la NE
- Haute technicité des soins en rapport
- Technique **difficile à mettre en place, très risquée, coûteuse, mais parfois nécessaire**



- NE et NP : Techniques initiées en établissement de soins, et pouvant être poursuivies au domicile : **NAD**
- Nécessitent une coopération des personnes : **Les troubles neurocognitifs sévères contrent-indiquent la NA**



Freins et obstacles à l'accueil des résidents en NA ?

Contexte

- Pas d'état des lieux
- **Obstacles probablement variables selon le profil des patients** : âge, pathologies associées, niveau d'autonomie, type d'établissement médico-social
- Difficultés présumées fréquentes au sein des EMS

Comment objectiver les freins à l'accueil des résidents sous NA ?

- **Enquête : Pratiques et obstacles en NAD au sein des EMS**
 - Objectifs = - Evaluer les pratiques en NA au sein des EMS
 - **Identifier les obstacles** au RAD des patients en NA selon le personnel des EMS





Méthodologie



- Questionnaire mail avril 2023 - EMS du territoire Nouvelle Aquitaine

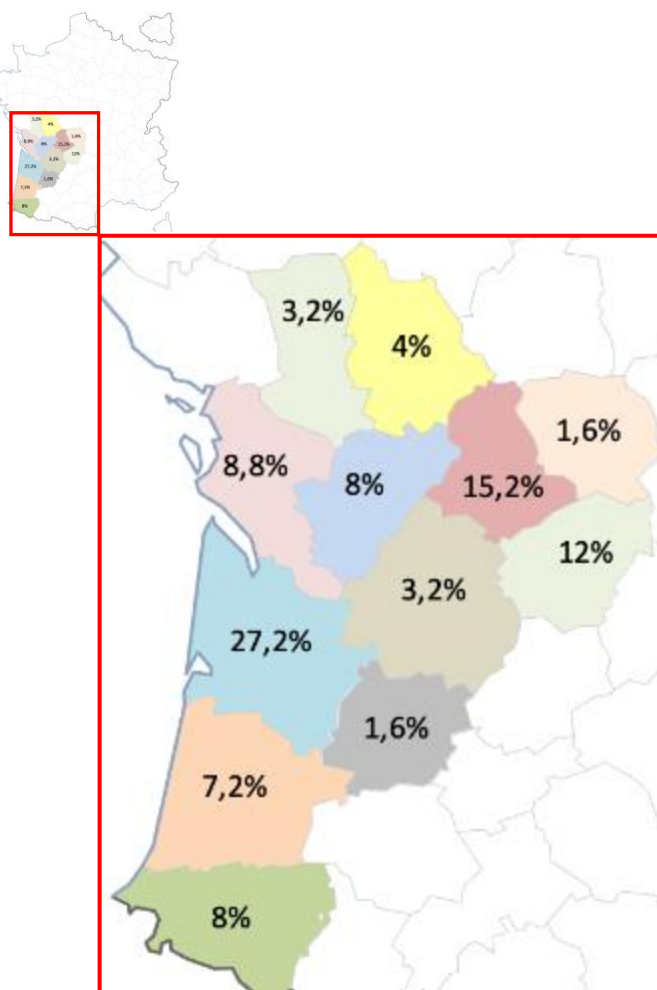
Données recueillies
Générales : Département d'exercice, profession, catégorie d'EMS, public suivi (enfant, adulte, PA \pm handicap), présence de médecin coordonnateur, d'IDE en journée ou la nuit
Nutrition artificielle : PEC de patient en NA ou non, motif de la non PEC en NA, pratiques en NA : soignants réalisant les soins (libéraux et/ou salariés de l'EMS), modalités de suivi (PSDM ou HAD)
Obstacles à l'accueil des résidents en NA : Problème de personnel (manque, crainte, défaut de formation), de difficultés de communication avec le prescripteur, l'HAD ou le PSDM, de coût, de refus des résidents-entourage

- **Recueil des données** : Microsoft Excel 2023 - exprimées en % et médiane (min-max)
- **Analyse statistique** : GraphPad Prism 9 2023 – Test du Chi2, Fisher, Student – $p < 0,01$

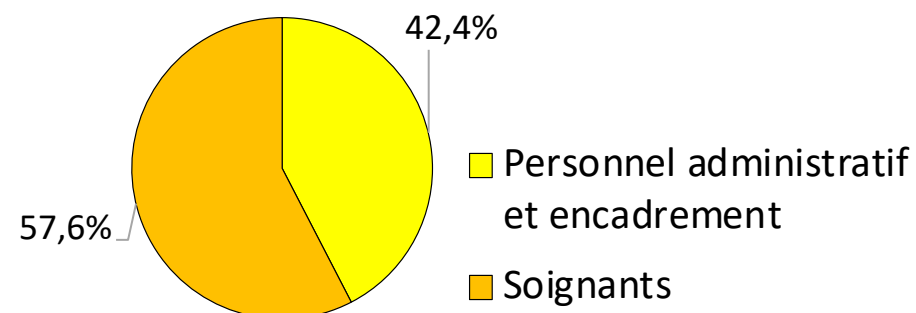


125 répondants

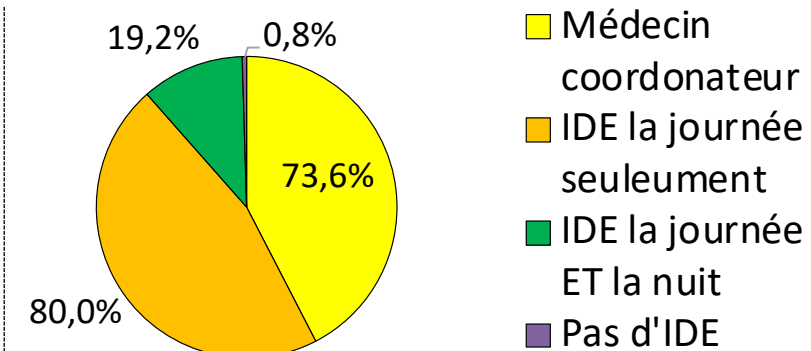
75,2% exerçant en EHPAD



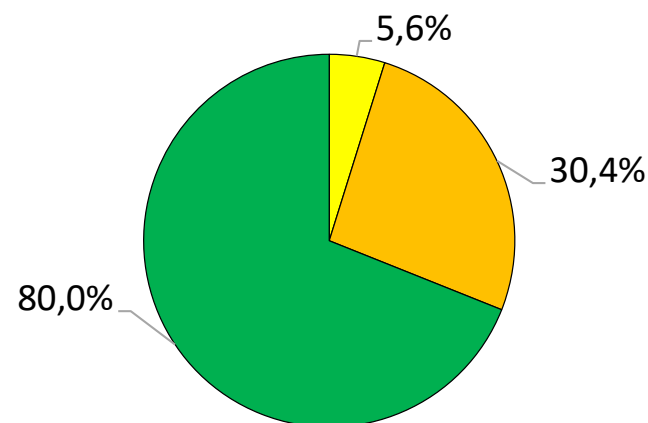
Origine géographique



Type de répondants



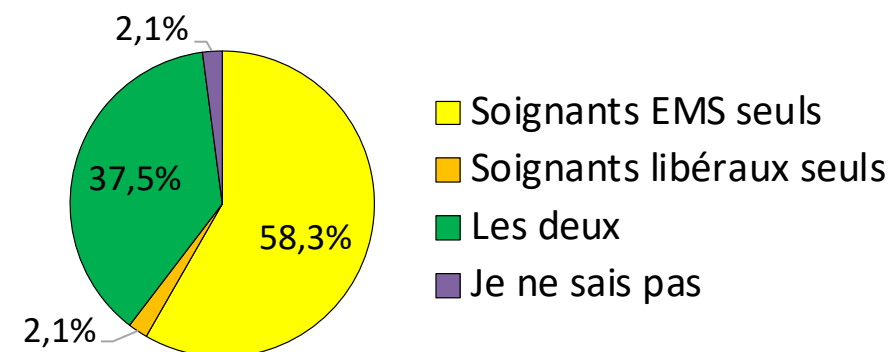
Présence de soignants



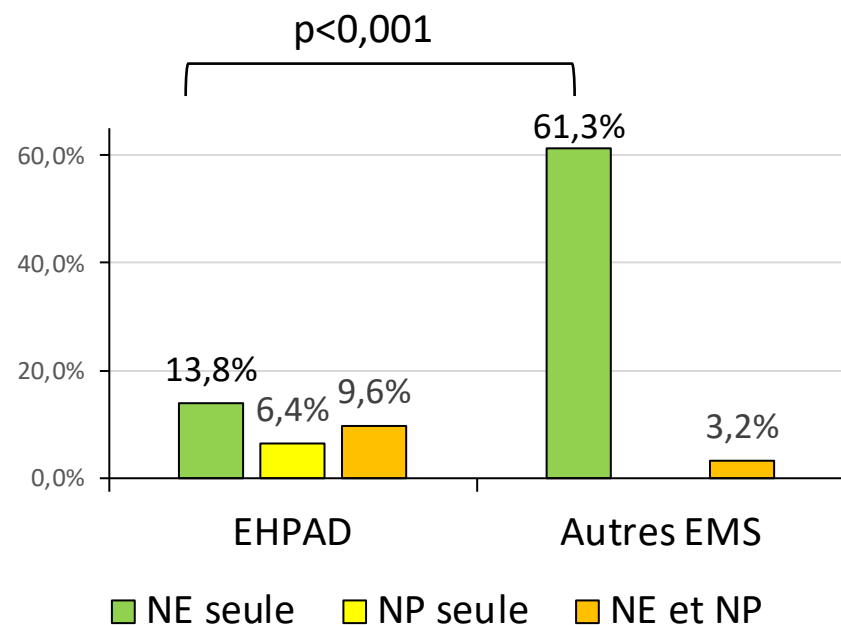
Type de résidents

- Enfants en situation de handicap
- Adultes/adultes en situation de handicap
- Personnes âgées

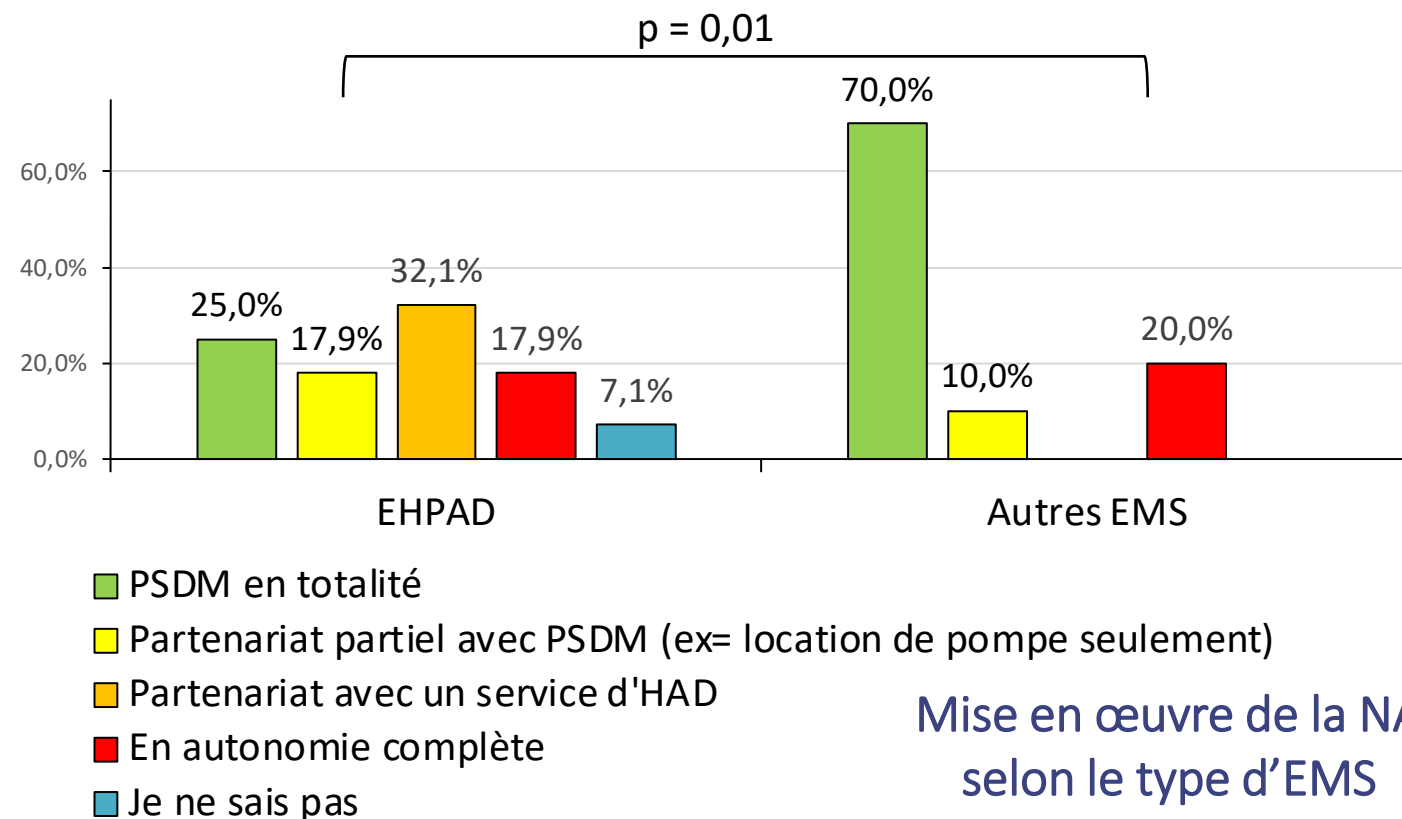
- 29,8% des EHPAD pratiquent la NA vs 64,5% des autres EMS (p= 0,0009)
- 58,3% des EMS avec IDE la nuit accueillent les résidents en NE vs 27,7% de ceux n'ayant pas d'IDE la nuit (p = 0,007)
- Constat identique pour la NP (58,3% vs 25%, p = 0,04)
- Pas d'influence de la présence ou non d'un médecin coordonnateur



Réalisation des soins de NA



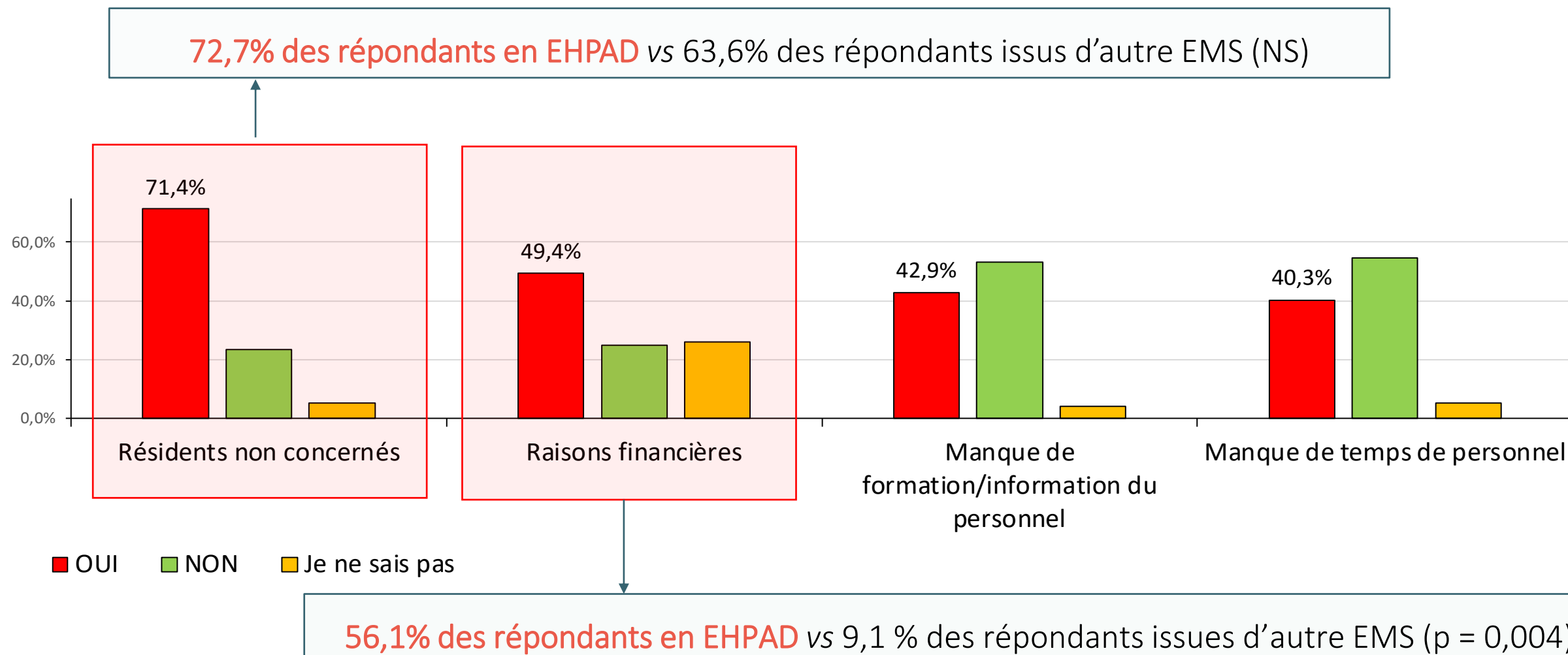
Type de NA selon le type d'EMS



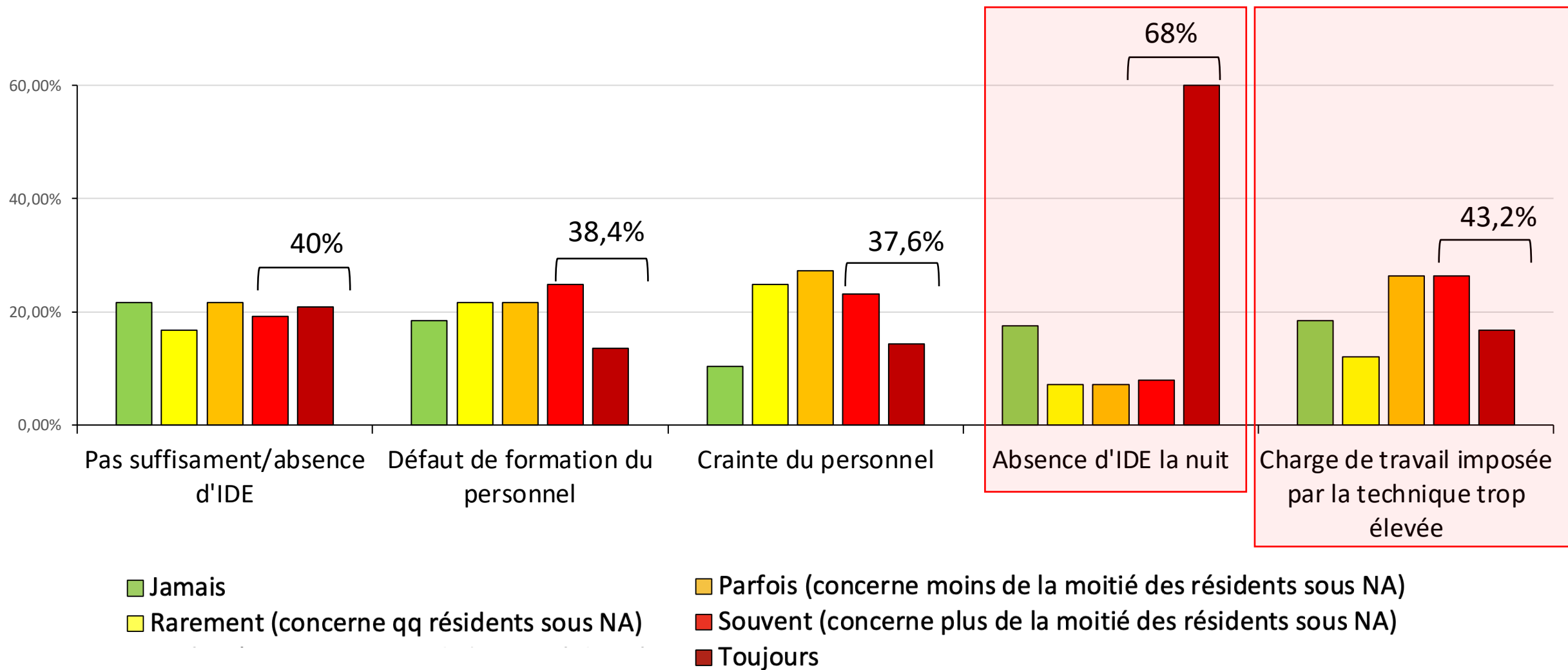
Mise en œuvre de la NA selon le type d'EMS

CAUSES de NON prise en charge de résidents en NA

→ Analyse réalisée sur les **77** répondants dont l'EMS n'accueille pas de résidents en NA (61,6% des EMS)



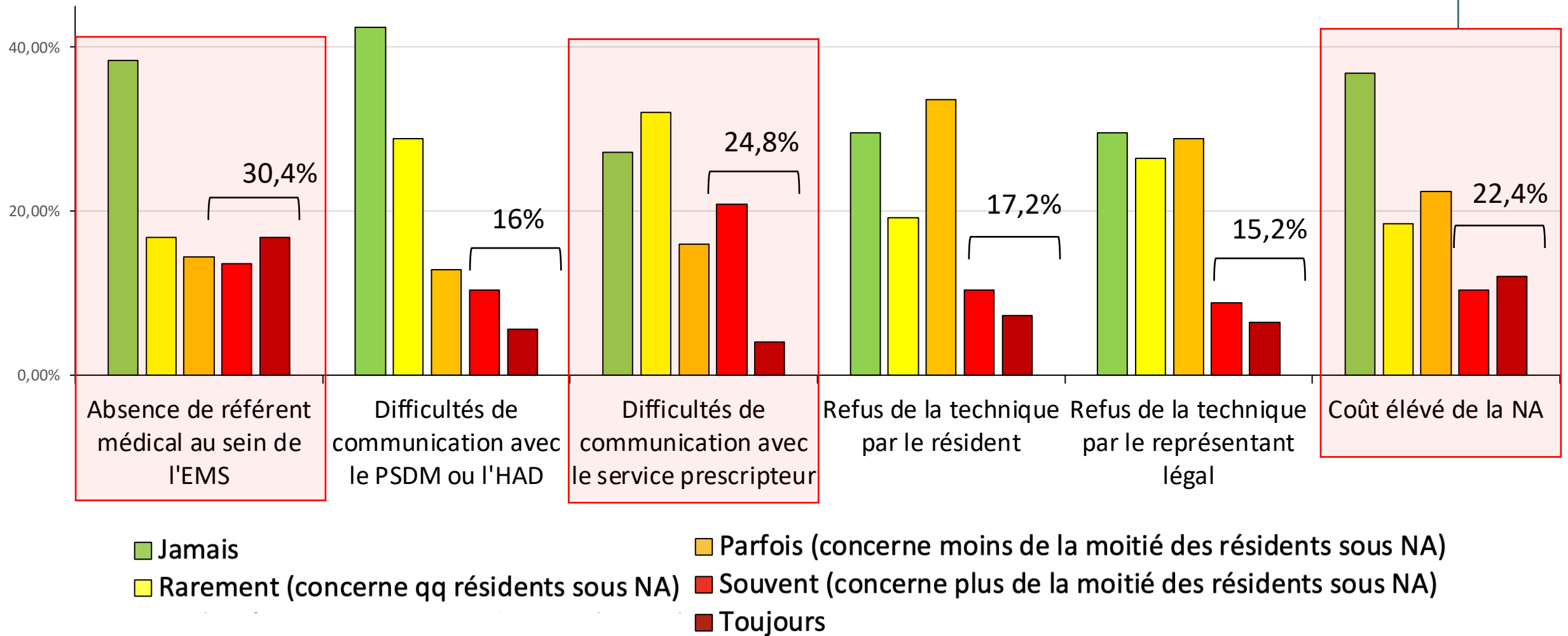
Obstacles à la NAD en EMS



→ Pas de \neq selon le type d'EMS, ni la profession des répondants, ni le type de résidents pris en charge

Obstacles à la NAD en EMS

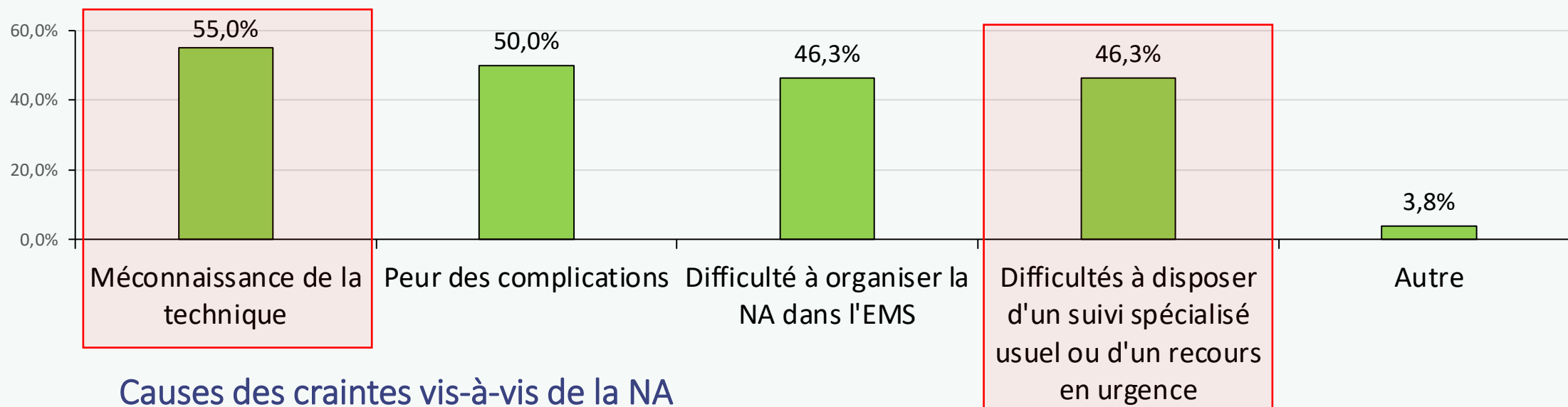
→ Les répondants des **EHPAD** considèrent à **27,6%** que l'obstacle financier est « souvent » ou « toujours » présents, vs 6,5% des répondants issus d'autres EMS (0,0013)



Ressenti des répondants vis-à-vis de la NA

- **59,2%** des répondants considèrent que le personnel de leur EMS n'est **pas suffisamment formé** à la NA
(Pas de \neq selon le type d'EMS ni la profession des répondants)

- **64,0%** des répondants considèrent que le personnel de leur EMS a des **craintes** par rapport à la NA
(Pas de \neq selon le type d'EMS ni la profession des répondants)



- **56,8 %** des répondants expriment des **besoins de formation** sur la thématique NA
(NE- NP - aspects techniques, médico-légaux ou organisationnels)

Accueil des résidents en NA en EMS : Synthèse

Les pratiques en NA au sein des EMS

- Seulement 4 EMS sur 10. **Moins de 30% des EHPAD** (65% d'autres EMS) : Lié aux profils de résidents ? Raison financière ?
- Ceux qui n'en font pas considèrent à plus de 70% que leurs **résidents ne sont pas concernés** (+ en EHPAD) : Réalité? Méconnaissance?
- NE >>> NP : En rapport probable avec les indications, la technicité, les coûts
- Mise en Œuvre variable en EHPAD, recours au PSDM très majoritaire pour les autres EMS : En rapport probable avec le mode de financement ?
- **Beaucoup plus fréquente si présence d'IDE la nuit** : Justification ?

Les freins à l'accueil de résidents sous NA en EMS

- **Méconnaissance, défaut de formation** : Une des raisons de « ne pas faire », source de craintes
- **Insuffisance de temps de personnel – Pas d'IDE la nuit**
- **Aspect financier** (++) EHPAD)
- **Difficulté de communication** avec le service à l'origine de la prescription



Freins à l'accueil des résidents en NA en EMS

Discussion

→ Prérequis pour mieux comprendre : Organisation de la NAD

NA initiée en établissement de soins



Organisation du RAD par le service prescripteur : 3 options

Intervenant	Service d'hospitalisation à domicile (HAD) Situation médicale complexe	Prestataire de soins et distributeur de matériel (PSDM) Cadre médico-légal strict Facturation LPP	EMS « en autonomie »
Missions	<ul style="list-style-type: none"> - Fournit les nutriments, le matériel et les DM (pompe, consommables...) - Formation - Suivi - Coordination - Lien avec prescripteur 	<ul style="list-style-type: none"> - Fournit les nutriments, le matériel et les DM - Formation - Suivi - Coordination - Lien avec prescripteur 	<ul style="list-style-type: none"> - Achète et fournit les nutriments, le matériel et les DM (Achat direct? Marchés?) - Liaison directe avec le prescripteur
Soins	<ul style="list-style-type: none"> - Soignants HAD - Et/ou soignants EMS ± IDEL 	Soignants EMS ± IDEL	Soignants EMS ± IDEL
Financement	Service d'HAD	Facturation de la prestation : → EHPAD (forfait de soins) → Caisse (le + souvent) si autres EMS	EMS Frais IDEL?



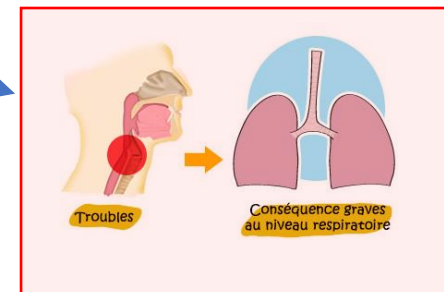
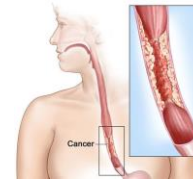
Méconnaissance – défaut de formation

Pas d'accueil en NA car « résidents non concernés »

→ Reflet probable d'une **méconnaissance des indications de la NA et/ou des possibilités de PEC en NA**

Exemple = La NE, les indications :

- Apports par la bouche **insuffisants**
- **Ou** apports par la bouche **impossibles**
- **Ou** apports par la bouche **dangereux ou contre-indiqués** (problème pour déglutir)
 - **ET le tube digestif fonctionne**



Fausses-routes = 62%
des résidents en
EHPAD
(Desport et al. NCM 2020)



Craintes

- Méconnaissance des procédures de gestions des sondes/cathéters
- Peur des complications (rares en NE mais fréquentes en NP)
 - Possibilité probable de contourner la problématique par formation/information continue
 - Nécessité d'améliorer la formation initiale (IFSI...)
- Difficultés à disposer d'un suivi spécialisé usuel et d'urgence
 - Discussion en amont avec le service prescripteur, l'HAD/le PSDM
 - Organisation du suivi (consultations de réévaluation et de renouvellement = **CADRE MEDICO-LEGAL**)
 - Définir un canal de communication !

Gérer les soins des sondes de gastrostomie

Vous devez être adhérent de niveau 2 pour accéder à ce contenu

Date de diffusion : 8 juin 2021

Gérer les soins de sondes de gastrostomie et la nutrition entérale au quotidien



Vous devez être adhérent de niveau 2 pour accéder à ce contenu

Une gastrostomie est un orifice au niveau de la paroi abdominale, mis en place à l'hôpital sous anesthésie locale ou générale, permettant de faire communiquer l'estomac avec l'extérieur.

[Téléchargez la fiche conseil](#)



La NA (NE +++) chez la personne âgée → Probablement sous-utilisée

- Craintes (patients/résidents/personnes mais aussi soignants !)
- Méconnaissance (patients/résidents/personnes mais aussi soignants !)
- Vécue comme un « acharnement »

Et pourtant :

- ∟ fonction ou handicap visuel → Lunettes, opération
- ∟ fonction auditive → Appareillage auditif
- ∟ fonction motrice (ex : marche impossible) → Béquilles, fauteuil roulant
- ∟ ou perte de la fonction alimentaire → NUTRITION ARTIFICIELLE (NE +++)



Manque de personnel – Pas d’IDE la nuit

La NA est-elle consommatrice de temps de personnel ? Nécessite-t-elle la présence d’une IDE la nuit ?

Type de NA	Nutrition entérale : SIMPLE	Nutrition parentérale : COMPLEXE
Quels soins ? Qui fait ?	<ul style="list-style-type: none">- Rinçage de sonde : IDE- Préparation de la poche : IDE- Programmation de la pompe : IDE- Branchement/débranchement : IDE- Ttt sur sonde : IDE- Soins de sonde : pas forcément IDE- Surveillance : tout le monde!	<ul style="list-style-type: none">- Rinçage de cathéter : IDE- Préparation de la poche : IDE- Programmation de la pompe : IDE- Branchement/débranchement : IDE- Ttt autres : IDE- Soins/pansement du cathéter : IDE- Surveillance : tout le monde! IDE+++
Précautions ?	Hygiène simple	Asepsie stricte +++ Haute technicité
Durée des soins ?	20 à 30 min/jour << aide alimentaire totale	> 1h par jour
Modalités d’administration	Possibilité adaptatives +++ : diurne, nocturne, fractionné, séquentiel	Diurne ou Nocturne : séquentiel long (>10h)



Manque de personnel – Pas d'IDE la nuit

AU TOTAL, la Nutrition ENTERALE en EMS

- Apprentissage technique aisé
- Soins IDE **ET** possibilité d'implication d'autre personnel (soins de sonde)
- Formation du personnel (procédures), soutien technique, maintenance → PSDM/HAD
- Manipulations **simples et rapides**, hygiène de base
- Horaires d'administration **modulables** (au patient et à la présence IDE) → **pas de présence IDE 24h/24 requise !**
- En cas de problème : ARRÊT et avis médical



Manque de personnel – Pas d'IDE la nuit

AU TOTAL, la Nutrition PARENTERALE en EMS

Probablement beaucoup plus difficile mais possible !

Monsieur B, 53 ans

- Polyhandicap, TR de la déglutition majeurs + atonie digestive (non fonctionnalité du tube digestif)
- Situation palliative avancée actée en 2021... mais rentre à domicile en NPAD sur PICC Line. Aidant = mère
- Demande de suivi à un an par son MG qui s'interroge sur la possibilité de poursuivre la NP

Reçu en consultation en 2022 (Unité de nutrition, Limoges) : Pas de dénutrition, NP bien tolérée sur le plan clinique et biologique, pas de complication : poursuite de la NP avec adaptation. Perfusé la nuit avec intervention IDEL et PSDM

2023 : décès de la mère → Admis en MAS. Bonne intégration au sein de l'Unité de vie

NP poursuivie avec adaptation : **branchement la journée du fait de l'absence d'IDE la nuit : AUCUN problème**

Reçu début 2024 : poursuite NP , suivi distanciel et présentiel organisé, canal de communication établi



Le coût



- Coût de la NA à la charge des EMS **variable selon les intervenants** :
 - **HAD +/- IDEL** : Coût à la charge des EMS, a priori faible ou nul
 - **PSDM +/- IDEL** : Prestation facturée :
 - A l'EMS : EPHAD +++ (NA intégrée dans le forfait de soin – arrêté de mai 2008)
 - A la Caisse d'Assurance Maladie : Majorité des autres EMS
- Coût d'une NA via PSDM (tarif LPP) + IDEL :
 - **Nutrition entérale** : environ **800€/mois**
 - **Nutrition parentérale** : **3500 à 7000€/mois** (variabilité liés aux produits)



Le coût : possibilité de « rogner »



Coût d'une NE à domicile avec PSDM (sans compter intervention IDEL ou personnel EMS)

Type de protocole en NE	Protocole 1 L de produit normo énergétique (1000 Kcal)	Protocole 1L de produits hyper énergétique spécifique diarrhées
LPP (situation classique pour tout patient en NAD)	513€ TTC/28j	542€ TTC/28j
Convention avec EMS		
Prestation logistique (= le minimum)	228€ TTC/28j	359€ TTC/28j
Prestation globale (= le maximum → mieux)	365€ TTC/28j	496€ TTC/28j

→ EHPAD **avec convention** PSDM :

- Prestation globale : **13 à 17,7€/jour** (8,6 à 12,8 €/jour, si logistique seule sans suivi diet)
- Tarification à la journée possible (éviter la facturation si hospitalisation ou décès)
- Coût de personnel (IDE et autres) ?



Le coût : NE *vs* alimentation usuelle ?

Etude de coût total des prises alimentaires journalières en EHPAD : unité de 83 résidents (données 2017, Panazol 87)

Détail	Coût (HT)
Matières premières : <ul style="list-style-type: none">•11 composantes sur les 2 repas•Respect des recommandations du GENRCM•Petit déjeuner, boisson, collations	4,38 €/j
Humains de fonctionnement : Equipe cuisine et restaurant	10,36 €/j
Consommables : <ul style="list-style-type: none">•Energie•Fournitures hôtelières amortissement du matériel•Service à l'assiette en salle de restaurant•Activité de portage de repas à domicile (60 personnes)	1,39 €/j
Total	16,30 €/j

- Comparaison difficile (coût humain non chiffrable pour la NE)
- Mais a priori pas si différent...



Au total, coût de la NE en EMS (EHPAD)

- PEC : Forfait de soins : Nutriments, pompe, consommables, sonde de rechange
- Difficile à estimer du fait de la difficulté à évaluer le coût humain (temps IDE, mais soins rapides)
- Temps IDE « compensé » par le gain de temps sur aide au repas
- Coût réel semble proche (voir <) à une « alimentation classique »
- Indépendamment des coûts, QUID de la Qualité de Vie (patients et aidants?)



Difficultés de communication avec prescripteur

- Difficulté pour le suivi usuel
- Difficulté pour le suivi urgent

→ En PARLER !

→ ANTICIPER = Canal de communication (avec PSDM/HAD, avec prescripteur)

→ Ne pas accepter de prendre le relais si les conditions de suivi / communication ne sont pas définies en amont (Cadre médico-légal strict à propos du rôle des intervenants)



Patient sous NA avec RAD envisagée ou patient sans NA mais avec nécessité présumée de mise en place de NAD future

Demande écrite d'évaluation par médecin et/ou diététicien UTN

Première évaluation : Evaluation nutri + pose ou vérifie indication NA + proposition protocole de NA adapté à la situation du patient

72h minimum avant RAD présumé : demande de réévaluation et de coordination par UTN, formulée par écrit ou appel IDE de coordination UTN

Deuxième évaluation : vérification de la possibilité de RAD, vérification de l'adéquation des apport en NA, organisation du RAD

Médecin et/ou diet UTN : définition des apports cibles

Médecin UTN : réalisation des ordonnances NAD

Médecin et/ou diet et/ou UTN : éducation/information avant RAD

IDE UTN :
Contact PSDM/HAD
Envoie des ordonnances au PSDM/HAD
Délivre le contact mail/téléphone
Traçabilité des ordonnances dans le DM
Organisation du suivi : CS med et/ou diet
à 1-3 mois



Merci de votre attention

Une piste pour améliorer les compétences et diminuer les craintes des soignants : former les jeunes !



Pour échanger

philippe.fayemendy@chu-limoges.fr



Résidence l'Art du Temps
16 rue Cluzeau
87170 ISLE

05 55 78 64 36

contact@cerenut.com

www.cerenut.com

