
Recommandation SFRS de bonnes pratiques cliniques (R7) :

Le suivi des malades sous Pression Positive Continue.

Document rédigé par le Pr. P. Escourrou et validé par la SFRS.

Le JO du 6/09/2003 indique dans la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) les obligations du Prestataire pour la fourniture et le suivi de la Pression Positive Continue : (Forfait 9, remboursement hebdomadaire : 24,54 €)

Dispositif médical à pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées .

Le forfait couvre :

1) La fourniture :

- d'un générateur de pression positive continue et d'un dispositif de contrôle de l'observance du traitement (compteur horaire ou dispositif de suivi cumulé avec possibilité de télésurveillance) ;
- des consommables : raccords entre le masque et le générateur ;
- de masques adaptés ou sur moulage à raison de deux ou trois unités par an ;
- éventuellement, d'un humidificateur avec réchauffeur (nez artificiel)

2) Des prestations techniques :

- la livraison des matériels, leur mise à disposition pour leur usage à domicile avec vérification technique à domicile, l'information technique correspondante, la reprise du matériel au domicile ;
- la désinfection du matériel (à l'exclusion des produits à patient unique) ;
- la maintenance technique comprenant le respect des exigences d'entretien du constructeur et la surveillance de l'état du matériel à domicile avec fourniture des consommables tous les six mois ;
- la réparation ou le remplacement du matériel dans un délai de 72 heures en cas de panne.

3) Des prestations administratives :

- la gestion du dossier administratif du patient.

4) Des prestations générales :

- le conseil, l'éducation et la fourniture d'explications au patient et à ses proches à l'instauration du traitement, comprenant notamment des consignes visant le renforcement de la sécurité ;
- le contrôle de l'observance du traitement avec rédaction d'une feuille d'observance pour le médecin traitant avec, dans les cas où l'observance est inférieure aux critères énoncés ci-dessus, visite supplémentaire à domicile afin de tenter de corriger la non-compliance et enregistrement de la durée quotidienne d'utilisation sur une période d'un mois ;
- le suivi et la coordination du traitement avec les médecins (traitant et prescripteur) et les auxiliaires médicaux en charge du patient.

1188684	Pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil. Forfait hebdomadaire 9. La prise en charge est assurée après entente préalable remplie par le médecin	24,54
---------	---	-------

Les obligations légales du prescripteur pour le maintien et le renouvellement de la prise en charge sont : (LPPR JO 6/09/03)

Le renouvellement et le maintien de la prise en charge sont subordonnés à la constatation :

- d'une observance de trois heures minimales de traitement chaque nuit, sur une période de 24 heures ;
- et de l'efficacité clinique du traitement.

Les points qui ne font pas encore l'objet de consensus dans le suivi des patients portent sur :

- les modalités du suivi de l'efficacité clinique : questionnaire de somnolence (Epworth), questionnaire de qualité de vie (SF36, FOSQ), évaluation psycho-physiologique, bilan clinique et/ou complémentaire à la recherche de complications cardiovasculaires, bilan nutritionnel et métabolique... ?
- les modalités du suivi objectif de l'efficacité des machines de PPC : relevé d'évènements résiduels détectés par les machines dont la validité n'a pas toujours été évaluée, oxymétrie nocturne, polygraphie ventilatoire, polysomnographie ?

Etant donné l'importance du suivi particulièrement dans les premières semaines un schéma plus détaillé, pour l'interaction prescripteur et prestataire peut-être proposé sur le tableau 1.

		PRESTATAIRE		PRESCRIPTEUR	
<i>Calendrier</i>	<i>Visite ou Tel</i>	<i>Intervention</i>	<i>Transmission au prescripteur</i>	<i>Intervention</i>	<i>Transmission au prestataire</i>
Installation	Visite	Education, consignes de sécurité et d'hygiène, essai du matériel, prévention des effets secondaires. Remise d'un document d'éducation à la maladie et d'un carnet de suivi . Evaluation titration automatique afin de faire définir la pression efficace par le prescripteur	Rapport d'installation.		DEP demande initiale comportant: - type de machine - réglage des pressions - type de masque - type humidificateur (si indiqué)
1^{ère} semaine	Visite ou Tel	Recherche et traitement des effets secondaires, bénéfices initiaux.			
1^{er} mois	Visite	Observance, Recherche et traitement des effets secondaires.	Rapport d'Observance , fuites. Tolérance Lorsque disponibles: <i>index résiduel, fuites</i>	Consultation : -QS évolution -Ex clinique Cette consultation peut-être décalée au 2 ^o ou 3 ^o mois selon les problèmes d'adaptation du patient à sa machine.	Prescription éventuelle : modification (réglage) ou complément (humidificateur) .

Visite supplémentaire	Visite	- Si observance < 3h / nuit : visite supplémentaire à un mois, après action correctrice, avec nouveau relevé d'observance.		Polysomnographie, polygraphie ventilatoire, oxymétrie de contrôle si nécessaire.	
5^{ème} mois	Visite	Observance, Recherche et traitement des effets secondaires.	Rapport d'Observance , fuites Tolérance Lorsque disponibles: <i>index résiduel, fuites</i>	Consultation : - QS évolution - Ex clinique	DEP prolongation Prescription éventuelle de modification ou complément.
1^{ère} année	Visite	Observance, Recherche et traitement des effets secondaires, renouvellement masque et tuyaux.	Observance , fuites Tolérance Lorsque disponibles: <i>index résiduel, fuites</i>	Consultation : - QS évolution - Ex clinique	DEP Prescription éventuelle de modification ou complément.

Années suivantes		PRESTATAIRE		PRESCRIPTEUR	
<i>Calendrier</i>	<i>Visite ou Tel</i>	<i>Intervention</i>	<i>Transmission au prescripteur</i>	<i>Intervention</i>	<i>Transmission au prestataire</i>
Tous les 6 mois	Visite	Observance, Recherche et traitement des effets secondaires, renouvellement masque et tuyaux	Observance , fuites Tolérance Lorsque disponibles : <i>index résiduel, fuites</i>		
Tous les ans (ou plus rapproché si problème)				Consultation : - QS évolution - Ex clinique	DEP Prescription éventuelle de modification ou complément
Arrêt de Prescription (si nécessaire)				Consultation	Copie de la lettre de décharge