

# Le Groupe Neuchâtelois de Nutrition à Domicile

## Historique

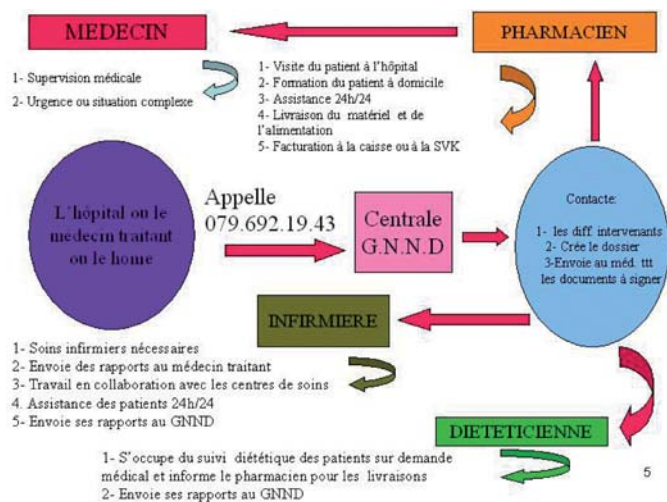
Dès 1997, la pharmacie de la Grand'Rue à Peseux s'est spécialisée dans le suivi nutritionnel de patients à domicile. Cette démarche répondait à une attente médicale. Comme nous suivons à domicile des patients qui pour la plupart ne sont pas des clients de la pharmacie, nous avons décidé de nous limiter aux produits nutritifs et au matériel nécessaire.

Nos interventions se font désormais sous le nom du GNND, nom déposé au registre du commerce depuis 1997.

En 2003 nous avons engagé deux infirmières et deux diététiciennes supplémentaires en raison de l'augmentation du nombre de patients et de la répartition géographique de ceux-ci sur le canton.

Depuis 2004 nous collaborons avec les infirmières spécialisées de l'association « Ton infirmière à la maison » (TIM) pour les enfants ainsi qu'avec les centres de santé du canton.

## Mode de fonctionnement du Groupe



## Bilan d'activité

Le GNND livre le matériel à domicile, s'occupe de l'instruction du patient et reste atteignable 24 heures sur 24 par centrale téléphonique. Il évalue la faisabilité d'une nutrition à domicile, informe le médecin traitant de l'état nutritionnel du patient et propose des solutions adaptées.

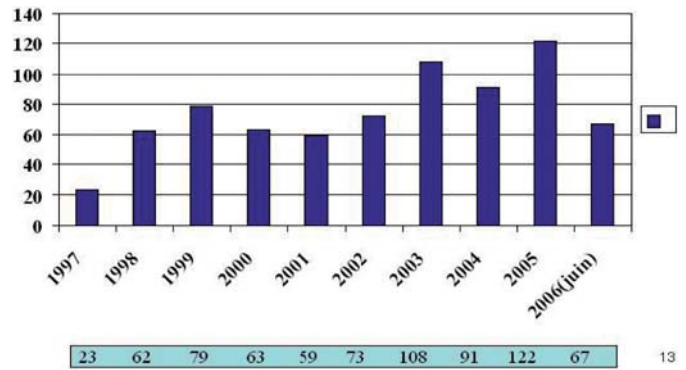
Dans un souci constant de maîtrise des coûts, le GNND travaille en étroite collaboration avec les soins à domicile et les services diététiques hospitaliers.

Le nombre de nouveau cas a régulièrement augmenté depuis 1997. (Tableau A).

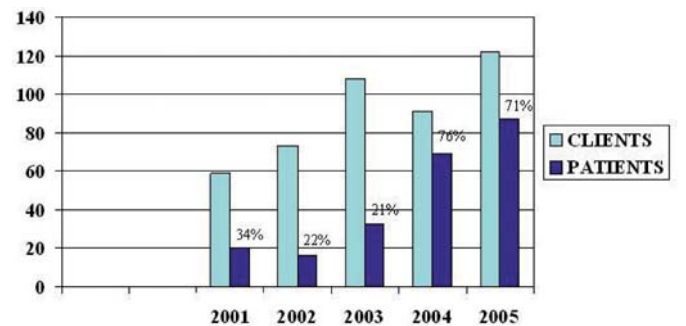
Ils n'ont cependant pas tous profité d'un suivi nutritionnel. Le tableau B distingue les « patients », bénéficiant de notre suivi nutritionnel, des « clients », auxquels nous avons uniquement livré les produits.

On constate que les patients sont toujours plus nombreux par rapport aux clients. Si les coûts s'en trouvent augmentés à court terme, ils diminuent à long terme en raison d'une récupération plus rapide du patient et d'une diminution des retours en milieu hospitalier.

## A – Nombre de nouveaux cas



## B – Rapport clients-patients

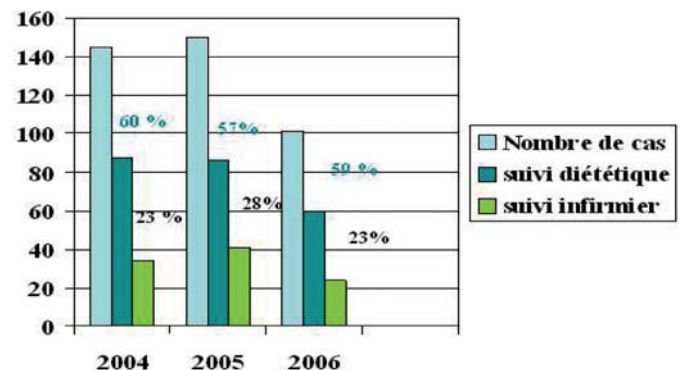


## Répartition des coûts

Le tableau C montre que les coûts sont essentiellement dûs au matériel nécessaire à l'alimentation artificielle ainsi qu'à l'alimentation elle-même. Les honoraires de la diététicienne et de l'infirmière sont en comparaison nettement inférieurs.

Le coût par patient a sensiblement diminué. Il atteignait 3840 frs par patient en 2004, 3705 frs en 2005 et 2535 frs en 2006. Ceci s'explique par une absence d'alimentation parentérale en 2006.

## C – Répartition du suivi infirmier/diététique



## Etude de notre population

Les patients que nous suivons sont essentiellement des hommes et des femmes entre 61 et 73 ans. Le pourcentage d'homme est légèrement plus élevé en raison des cancers ORL prédominant dans la population masculine.

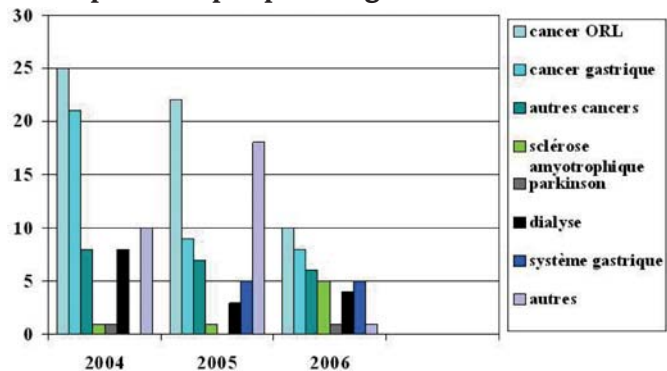
## Répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe (%)

		2003	2004	2005	2006
Homme	Age	61 ans	65 ans	69 ans	68 ans
	moyen	(55%)	(46%)	(55%)	(52%)
Femme	Age	61 ans	69 ans	73 ans	62 ans
	moyen	(41%)	(52%)	(43%)	(44%)
Enfant	Age	3 ans	11 ans	1 ans	3 ans
	moyen	(4%)	(2%)	(2%)	(4%)

## Répartition par pathologie

La majorité des patients suivis (41%) sont des cancers dont 20% proviennent de la sphère ORL. Les cancers gastriques sont également fréquents. Le reste se compose de pathologies diverses (tableau G).

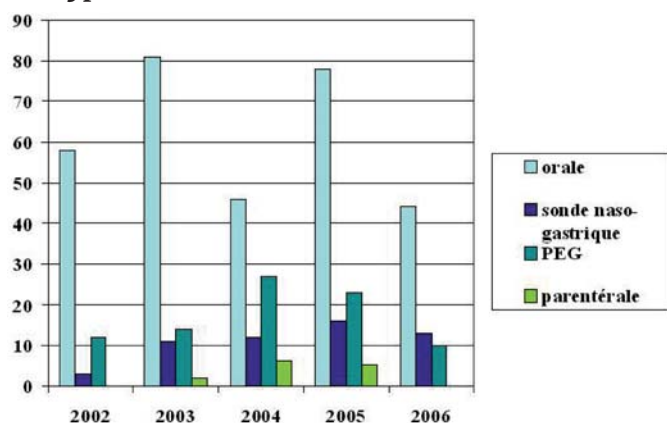
### G - Répartition par pathologies



## Type de nutrition

La gastroscopie percutanée endoscopique (PEG) est la méthode de choix pour les patients nécessitant une alimentation entérale à débit constant à moyen et long terme. Elle représente environ 20% de nos prises en charge. Si la cicatrisation se fait sans problème, le patient est autonome après deux à trois semaines et les interventions des infirmières ne sont plus nécessaires.

### F - Types de nutrition



Lorsque la durée de la nutrition n'est pas prévisible ou de courte durée, elle se fait par sonde nasale, ce qui représente environ 12% de nos prises en charge. Dans ce cas, le patient devient rapidement autonome et l'infirmière n'intervient que lorsqu'un changement de sonde s'avère nécessaire.

La nutrition parentérale à domicile doit rester exceptionnelle et uniquement appliquée lorsque la voie digestive n'est plus fonctionnelle. En effet les risques de surinfection et les coûts liés à ce type de nutrition sont très élevés.

Compléter les apports quotidiens par des suppléments nutritifs oraux (SNO) est la méthode de choix lorsque le patient peut encore avaler et c'est le moyen le plus utilisé. Il représente plus de 60% des patients que nous suivons.

Pour ces quatre types de nutrition, la diététicienne intervient régulièrement pour faire un bilan et adapter l'alimentation en fonction des besoins. Elle programme en même temps la reprise d'une alimentation normale.

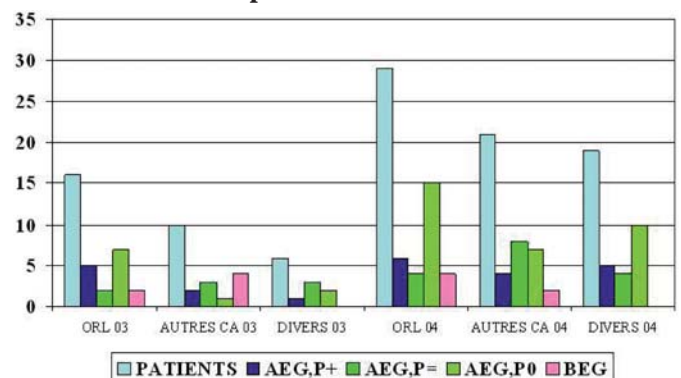
Dès lors nous voyons que cette prise en charge permet une sortie plus rapide de l'hôpital. Le patient bénéficie d'une amélioration de sa qualité de vie par cette indépendance thérapeutique et les coûts globaux diminuent.

## Evolution des patients

Le tableau H montre l'intérêt d'une prise en charge nutritionnelle puisque dans la plupart des cas nous avons atteint l'objectif qui nous était fixé, à savoir une stabilisation pondérale lors de traitements lourds tels que la radiothérapie ou la chimiothérapie.

La tendance actuelle préconise une mise en place des alimentations de substitution avant les traitements lourds ou les interventions chirurgicales importantes. De cette manière, le poids de forme du patient est mieux préservé et les pertes pondérales sévères, presque impossibles à rattraper, diminuent.

### H - Evolution des patients 2003-2004



(AEG,P+) = Amélioration de l'état général avec prise de poids.  
 (AEG,P=) = Amélioration de l'état général sans prise de poids.  
 (AEG,P0) = Amélioration de l'état général, traitement pas fini.  
 (BEG) = Baisse de l'état général.

## Conclusion

Nous avons vu que la prévention de la malnutrition bien menée permet de diminuer les complications médicales et favorise un retour plus rapide du patient à domicile. Celui-ci retrouve son indépendance et voit son pronostic amélioré. Les rechutes sont moins fréquentes. Cette démarche est actuellement bien reconnue par les milieux médicaux. Tout ceci ne peut qu'avoir une incidence positive sur les coûts globaux, même si cette prévention a également son prix.

Il nous paraît donc nécessaire de se munir d'une politique sanitaire de prévention de la malnutrition à Neuchâtel. Nous avons œuvré en ce sens par le GNND mais devons maintenant assurer la viabilité de ce groupe. Notre tâche serait facilitée si la santé publique nous reconnaissait en tant que groupe spécialisé indépendant dans la nutrition et d'utilité publique.