

ASSISTANCE RESPIRATOIRE À DOMICILE

Oxygénothérapie : long terme - court terme

Ventilation : ventilation assistée - Apnée du sommeil

Aérosolthérapie

Oxygénothérapie à long terme

Conditions générales d'attribution

La prise en charge est assurée **après entente préalable remplie** par le médecin prescripteur sur les **feuilles vertes Sécurité Sociale « DEP d'assistance respiratoire de longue durée à domicile »**. Valable 3 mois lors de la première prescription et renouvelable tous les ans. La demande d'entente préalable doit fournir les résultats de la gazométrie. La réponse de l'organisme de sécurité sociale doit être adressée dans les délais prévus à l'article R 165-23 du code de la sécurité sociale.

La prise en charge est réservée aux patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique grave dont l'état nécessite l'administration d'oxygène pendant une durée quotidienne d'au moins 15 h.

L'oxygénothérapie à long terme est indiquée:

- dans les insuffisances respiratoires chroniques restrictives parenchymateuses quand la PaO² est inférieure à 60 mmHg.
- chez les sujets ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive lorsqu'à distance d'un épisode aigu, et sous réserve d'une prise en charge thérapeutique optimale (c'est-à-dire associant arrêt du tabac, bronchodilatateurs et kinésithérapie), la mesure des gaz du sang artériel en air ambiant, réalisée à deux reprises, a montré :
 - * soit une PaO² inférieure ou égale à 55 mm de mercure (Hg)
 - * soit une PaO² comprise entre 56 et 59 mm Hg, associée à un ou plusieurs éléments suivants :
 - une polyglobulie (hématocrite supérieur à 55%),
 - des signes cliniques de coeur pulmonaire chronique,
 - une hypertension artérielle pulmonaire (pression artérielle pulmonaire moyenne supérieure ou égale à 20 mm Hg),
 - une désaturation artérielle nocturne non apnéique quel que soit le niveau de la PaCO².

Oxygénothérapie à long terme en poste fixe

La prise en charge est assurée pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique grave qui déambulent moins d'une heure par jour.

Oxygénothérapie à long terme intensive ou en déambulation, oxygène liquide

La prise en charge est assurée pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique grave :

- * qui nécessitent un débit en oxygène supérieur à 5 l/mn
- * et/ou qui déambulent (éventuellement en fauteuil roulant) régulièrement à l'intérieur ou à l'extérieur de leur domicile plus d'une heure par jour.

Elle peut être également accordée :

- * pour les patients relevant du forfait 1 dont la consommation excède 10 bouteilles d'oxygène gazeux de 0,4 m³ par mois.
- * pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire uniquement à l'effort (selon les mêmes critères paracliniques de PaO² que ceux énoncés dans les conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie à long terme).
Le bénéfice de l'oxygénothérapie est alors attesté, à l'épreuve de marche de 6 minutes, par une amélioration en terme de dyspnée, gazométrie, distance parcourue et/ou d'amélioration de la courbe d'oxymétrie continue.

Oxygénothérapie à court terme

Conditions générales d'attribution

La prise en charge est assurée pour une administration prolongée d'oxygène dans le nyctémère,

- * pour les patients présentant une insuffisance respiratoire à l'issue d'une décompensation aiguë attestée biologiquement en attendant le retour à la stabilité de la PaO² ou le passage à l'oxygénothérapie de longue durée.
- * lors d'épisodes d'instabilité transitoire d'une maladie pulmonaire ou cardiaque: bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque, asthme grave.
- * chez les malades atteints de néoplasies évoluées.

La prise en charge est assurée pour un même malade, pour une durée d'un mois, renouvelable deux fois. Au-delà, la prise en charge est assurée au titre de l'oxygénothérapie à long terme selon les conditions médicales et tarifaires énumérées dans le forfait correspondant.

Ventilation assistée

Conditions d'attribution

La prise en charge est assurée sur la base de quatre forfaits hebdomadaires, non cumulables :

* **forfait de ventilation assistée pour trachéotomisés** : sa prise en charge est assurée pour les malades trachéotomisés en hypoventilation alvéolaire.

* **forfait de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, par masque, embout buccal ou périthoracique** : sa prise en charge est effectuée après hospitalisation en service spécialisé dans l'accueil des malades cités ci-dessous.

Elle est assurée :

- pour les malades atteints de syndrome restrictif ou mixte en hypoventilation alvéolaire, sous réserve que la prescription de ventilation quotidienne soit d'au moins 12 heures et que des contrôles gazométriques aient été faits avec et sans ventilation.

- à titre palliatif, pour les malades présentant un syndrome obstructif qui ne peuvent être sevrés totalement du ventilateur à la suite d'une décompensation aiguë ou pour des patients (par exemple patients atteints de mucoviscidose) en aggravation progressive de la maladie.

* **forfait de ventilation assistée inférieure à 12 heures, par masque, embout buccal ou périthoracique** : la prise en charge est effectuée après hospitalisation en service spécialisé dans l'accueil des malades sous cités.

Elle est assurée :

- pour les malades atteints de syndrome restrictif ou mixte en hypoventilation alvéolaire, sous réserve que la prescription de ventilation quotidienne soit de moins de 12 heures et que des contrôles gazométriques aient été faits avec et sans ventilation.

- à titre palliatif, pour les malades présentant un syndrome obstructif qui ne peuvent être sevrés totalement du ventilateur à la suite d'une décompensation aiguë ou pour des patients (par exemple patients atteints de mucoviscidose) en aggravation progressive de la maladie.

* **forfait de ventilation assistée par embout buccal dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire** : la prise en charge de ce forfait est assurée en cas de :

- mobilisation thoracique des enfants atteints de pathologie neuromusculaire;
- assistance à la toux du patient paralytique (en situation chronique)

Pression positive pour traitement de l'apnée du sommeil

Conditions d'attribution

La prise en charge est assurée après entente préalable remplie par le médecin prescripteur lors de la première prescription et à l'issue d'une période probatoire de cinq mois puis une fois par an lors des renouvellements, conformément à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale.

La prise en charge est assurée pour les patients présentant :

- une somnolence diurne,
- et au moins trois des symptômes suivants : ronflements, céphalées matinales, vigilance réduite, troubles de la libido, HTA, nycturie, associés :
 - * soit à un indice d'apnées (A) plus hypopnées (H) par heure de sommeil (A+H)/h supérieur ou égal à 30 à l'analyse polygraphique,
 - * soit, si cet indice est inférieur à 30, à au moins 10 micro-éveils par heure de sommeil en rapport avec une augmentation de l'effort respiratoire documenté par l'analyse polysomnographique.

La prise en charge est assurée pendant une période de 5 mois puis par période d'un an, sur la base d'un forfait hebdomadaire.

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.

ASSISTANCE RESPIRATOIRE

Appareils générateurs d'aérosols

La prise en charge est assurée :

- pour le traitement de la mucoviscidose
- pour le traitement des affections respiratoires

La prescription doit être détaillée et concerne aussi bien le médicament que le matériel.