

Compte-rendu de réunion du CLAN du 22/11/2012

Présents :

Dr Simon - Président du CLAN
M.L.Defossez – Vice présidente CLAN (diététicienne)
Mme Olivo - Responsable Qualité
Mme Thiery- Cadre Supérieur de Santé
Dr Pernas - Biochimie
M. Gautrin - ingénieur restauration
Mme Oger - Pharmacie
Dr Mina - Oncologie
Dr Meziane - Anesthésie
Dr Lirzin - DIM
Dr Verlaine - Soins palliatifs
M.Grandveau cadre de réa polyvalente

Excusés :

M. Camps – Représentant des usagers
Dr Eloy - Présidente du CLIN
M. Lutz - Directeur Adjoint
Mme Millard - Représentante des usagers
Dr Collard- Gériatrie
Mme Tonnelier - Pharmacie

I-Objectifs du CLAN 2012-2013 :

Le CLAN se fixe un certain nombre d'objectif à réaliser pour l'année 2012-2013 :

1)Mettre l'établissement en conformité avec les objectifs de certification

rappel :Manuel de certification Avril 2011 . Chapitre 2 ; Critères 19.b troubles de l'état nutritionnel

Les étapes de la prise en charge des troubles nutritionnelles comportent :

- Le dépistage –diagnostic
- Le dépistage d'un trouble nutritionnel, lequel repose principalement sur des éléments simples, comme la mesure du poids et le calcul d'un IMC
- La surveillance de la prescription
- L'éducation thérapeutique

E1 : prévoir

-les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés
- l'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge en lien avec le CLAN

E2 mettre en œuvre

- des actions d'éducatons à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en œuvre auprès des patients et de leur entourage
- les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission

E3 évaluer et améliorer

- La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée
- des actions d'amélioration sont mises en place .

2)Poursuivre la politique de dépistage de la dénutrition des patients admis dans l'établissement :

- On rappellera qu'une étude de la prévalence de la dénutrition a été réalisée les 3,4 et 6 mars 2008 au sein du CH de Troyes (médecin- chirurgie ; moyen séjour ; long séjour ; maison de retraite et consultations externes) et avait montré sur les 780 patients dépistés que 60,9 % des patients étaient dénutris dont 55% en secteur médico-chirurgical et 68,9% en secteur non MCO .

la répartition des patients dénutris en fonction des types de services est donnée dans le tableau suivant :

<i>en %</i>	MCO	Moyen Séjour	Long Séjour	M. de Retraire	Total
D. sévère	23.3	25.0	33.1	9.4	22.8
D. modérée	32.2	44.6	52.9	38.3	38.1
Non dénutris	42.9	26.8	13.4	51.6	37.7
<i>nbre patients</i>	<i>429</i>	<i>56</i>	<i>157</i>	<i>128</i>	<i>780</i>

- A l'issue de cette étude un outil de dépistage avait été créé sous forme d'une feuille remplie par l'infirmière à l'admission du patient , validé par le CLAN , et qui comportait le poids , la taille , la mesure de l'albuminémie ce qui permettait de classer le patient en dénutri modéré et sévère .

-Une évaluation de cet outil avait été fait par le Dr PERNAS lors d'un précédent CLAN . Il ressortait que cet outil n'était pas suffisamment connu des services ou utilisé de façon sporadique.

Il semble nécessaire de rappeler à la communauté médicale l'obligation des établissements de « Dépister et prendre en charge la dénutrition. », de leur rappeler l'existence et l'intérêt de cet outil .

Le D.Simon propose à Mme Thiery de relayer parallèlement l'information auprès des cadres.

3) Objectifs de traçabilité du poids , de la taille et de l' IMC dans le dossier patient .

- L'IMC, le poids et la taille doivent être renseignés et accessibles facilement dans tous les dossiers.

A l'heure actuelle ils existent de façon inconstante dans le dossier papier ou dans des logiciels spécifiques à certains services.

Après discussion il semble que le logiciel transversal « DxCare » soit idéal pour noter ces informations car il permet une bonne lisibilité : la pancarte s'affiche en haut à droite avec poids-taille et IMC calculé par le logiciel.

Mme Lirzin rappelle que poids-taille et IMC doivent être renseignés dans les 48h qui suivent l'admission du patient .

Du fait de l'informatisation de la prescription médicalisé, Il paraît vraisemblable que l'objectif de 100% des dossiers médicaux où figurent ces informations, comme recommandé par la certification, puisse être atteint à la fin de 2013.

4) Mettre en place une organisation transversale dans l'établissement sur la prise en charge nutritionnelle péri-opératoire en secteur chirurgical .

- il existe des recommandations(voir plus loin) sur la prise en charge nutritionnelle péri-opératoire

- De façon à appliquer ces recommandations une Evaluation Pratiques Professionnelles a été effectuée (voir plus loin) . Elle est la première étape de la mise en place d'axes d'améliorations qui se dérouleront durant l'année 2012-2013 .

5) Généraliser la feuille de surveillance alimentaire dans l'établissement :

- Si le dépistage de la dénutrition est un objectif majeur des établissements de santé il faut insister sur la nécessité du suivi des patients car les études cliniques mettent en évidence l'aggravation de la dénutrition au cours de l'hospitalisation . Il est donc recommandé de suivre le poids et les indices biologiques au cours de l'hospitalisation .

- Il est donc indispensable de veiller à ce que les calories et surtout les apports protéiques prescrits par le médecin soient bien ingérés par le patient soient seuls soient de façon mixte dans le cadre d'une alimentation mixte .

- Le feuille de surveillance alimentaire rentre dans cette stratégie de suivi des patients et une EPP paramédicale est en cours de réalisation (voir plus loin) . Il s'agit de la première étape du projet qui vise à généralisé cette feuille dans tout l'établissement.

6) Rédaction du guide de nutrition clinique :

Un des objectifs prioritaire en début d'année 2013 sera la rédaction d'un guide de nutrition clinique spécifique à l'établissement et qui devra comporter toutes les informations tant théoriques que pratiques utiles à la prescription d'une alimentation orale et /ou artificielle.

Ce guide sera rédigé de façon conjointe avec tous les acteurs investis dans la pratique nutritionnelle. Différentes réunions seront réalisés avant validation par le CLAN .

Présentation d'une proposition du sommaire du guide de nutrition clinique

• **Ière partie : aide à la décision :**

- comment évaluer la dénutrition
- comment calculer les apports
- décider quelle prise en charge : compléments oraux, alimentation entérale, parentérale, mixte.

• **IIème partie : les compléments nutritionnels.**

• **IIIème partie : la nutrition entérale.**

• **IVème partie : la nutrition parentérale.**

- **Vème partie : comment coter la dénutrition.**
- **VIème partie : liste des protocoles de nutrition consultable pour de bonnes pratiques cliniques.**

.....

II) Présentation et bilan d'avancement de l'EPP sur « la prise en charge nutritionnelle en péri-opératoire » (voir diaporama en annexe pour plus de détail)

A) Les intérêts de réaliser une EPP dans ce domaine sont multiples :

- La dénutrition constitue en pré opératoire un facteur indépendant de complications post-opératoire :Elle augmente la morbidité (infections , retard de cicatrisation) , la mortalité , la durée de séjour, les coûts et retentit sur la qualité de vie des patients
- Il a été démontré que la prise en charge préopératoire de la dénutrition permettait de réduire le risque supplémentaire généré par celle-ci
- c'est pour cette raison que des recommandations de bonnes pratiques ont été publiées en 2010 « Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire ; Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la « Nutrition artificielle périopératoire en chirurgie programmée de l'adulte » . SFAR (société française d'anesthésie et réanimation) et SFNEP (société francophone de nutrition clinique et métabolisme) »
- de plus des référentiels EPP ont été publiés dans ce domaine « Référentiel de Pratiques Professionnelles : Prise en charge nutritionnelle préopératoire .juin 2011 . Société Francophone Nutrition Clinique et métabolisme (SFNEP) Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR) Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) »
- Enfin il s'agit d'une activité transversale qui implique de nombreux acteurs : Anesthésistes ; réanimateurs ; Chirurgiens ; Oncologues ; Gastro entérologue ; diététiciennes ; Biologistes ; Pharmaciens .

B) les résultats de l'EPP :

- voir pour la méthode dans le diaporama

-les points essentiels des résultats sont les suivants :

1-Il n'existe pas de démarche dépistage et d'évaluation nutritionnelle préopératoire dans aucun secteur de soins .

En particulier il n'existe aucun protocole formalisé intégrant les dernières recommandations telles que rédigées dans les « Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition péri-opératoire ; Actualisation 2010 »

2- il existe les moyens matériels adaptés à une évaluation nutritionnelle pré opératoire dans tous les secteurs : peser et mesurer les patients est possible puisque tous les bureaux de consultation des chirurgiens et anesthésique ont une toise et une balance

3- le dossier médical ainsi que le dossier anesthésique n'est pas adapté à l'évaluation nutritionnelle puisqu'il n'existe pas une partie destinée à la synthèse de l'évaluation nutritionnelle et à la détermination du grade nutritionnel.

4- l'étude des 20 dossiers fait ressortir les éléments suivants :

- la notion de facteur de risque de dénutrition n'est jamais recherchée
- la mention du poids n'est faite que dans 45% des cas , l'IMC et l'estimation de la perte de poids par rapport au poids habituel n'est mentionné que dans 5% des cas
- l'albuminémie est recherchée dans 45% des dossiers mais parfois non conforme aux recommandations.
- Dans aucun dossier ne figure la discussion d'une stratégie de nutrition y compris artificielle
- le dossier anesthésique ne mentionne jamais l'évaluation nutritionnelle
- les règles de jeûnes ne sont jamais appliquées

C) axes d'améliorations de l' EPP :

Une réunion impliquant tous les acteurs se déroulera en début janvier d'année 2013 pour définir les axes d'améliorations .

A terme dans le secteur chirurgical tout patient qui devra subir une intervention chirurgicale sera pris en charge de la façon suivante :

- a- Identification des facteurs de risques de dénutrition dès la consultation de chirurgie et/ou d'anesthésie
- b- Evaluation du statut nutritionnel (poids , IMC , pourcentage de perte de poids , albumine)
- c- Evaluation du risque de morbidité de la chirurgie
- d- Stratification des patients en 4 groupes nutritionnels qui impliqueront des prises en charges multimodales (conseils diététiques , compléments oraux , assistance nutritionnelle (parentérale ou entérale)) .
- e- Traçabilité de la démarche dans le dossier du patient (chirurgical et anesthésique) :
- f- la prise en charge nutritionnelle est inscrite dans le RUM en dénutrition modérée ou sévère

III) Présentation de l'EPP paramédicale sur la feuille de surveillance alimentaire (voir diaporama)

- **Comme il a été dit plus haut , Il est indispensable de veiller à ce que les calories et surtout les apports protéiques prescrits par le médecin soient bien ingérés par le patient soient seuls soient de façon mixtes dans le cadre d'une alimentation mixte .**
- **la SFNEP a validé une feuille de surveillance alimentaire destinée à être remplie par les paramédicaux et en particulier par les aides-soignantes. Cette feuille est très réactive au cours de la journée puisqu'il est possible d'apporter des compléments oraux si l'apport de calories est insuffisant .**
- **L'EPP se déroule en réanimation . Après validation de l'étude par le CLAN il est envisagé d'étendre cette feuille à tout l'établissement ce qui aura l'intérêt d'une part de répondre à l'obligation de suivie nutritionnelle des patients hospitalisés et d'autre part d'homogénéiser les pratiques dans l'établissement .**

IV) Etat des lieux de l'activité des diététiciennes au sein de l'établissement : (voir diaporama)

-Madame Thierry, cadre de santé , présente l'état des lieux concernant l'activité des diététiciennes sur le CH de Troyes

- les points essentiels sont les suivants :

a- Les effectifs des diététiciennes sont répartis comme suit : 3,5 ETP pour les service du CHT , 0,5 ETP à l'UCPA (unité centrale de production alimentaire) , 0,5 ETP à nazareth , 0,5 ETP pour l'addictologie , 3 ETP pour l'UTEP , services de cardiologie , diabétologies .

b- la gestion des effectifs est éclatée avec Mme Thierry pour le CHT , Mme Pailley pour l'UTEP , diabétologie et addictologie , Mmes gré et Crossette à Nazareth , Mr Gautrin pour l'UCPA .

c- la répartition des services de soins est établie depuis plusieurs années par les diététiciennes

d- il existe de nombreuses consultations externes effectuées par les diététiciennes qui génèrent de nombreuses heures de temps diététiques qu'elles effectuent gratuitement sans valorisation.

-Au sujet de l'activité diététique le CLAN émet plusieurs recommandations :

a- Afin de pouvoir avoir plus de lisibilité et d'efficience de cette activité transversale essentielle pour l'établissement il paraît souhaitable que les diététiciennes soient sous la responsabilité d'un seul cadre . Madame Thierry nous indique qu'à l'heure actuelle elle travaille en collaboration avec Mme Pailley (cadre) .

b- Dans le même esprit le CLAN recommande qu'un médecin référent soit désigné en matière de nutrition dans l'établissement. Il aura pour mission de travailler en concertation avec les diététiciennes, d'harmoniser les pratiques en matière de nutrition (anorexie , dénutrition ou obésité) pour améliorer la prise en charge des patients et de représenter ce secteur dans les instances.

c- Le CLAN recommande de réaliser un état des lieux plus précis du temps consacré aux consultations externes des diététiciennes et d'entamer une réflexion à leur sujet . Celles-ci posent problème dans la mesure où il s'agit d'une activité consommatrice en temps diététique et qui ne donne lieu à aucune recette .

Calendrier des prochaines réunions du CLAN :

Jeudi 14 février 2013 à 17h00

Jeudi 6 juin 2013 à 17h00

Jeudi 3 octobre 2013 à 17h00

La séance est levée à 19 heures15