

Compte-rendu de réunion du CLAN du 14/03/2013

Présents :

Dr Simon - Président du CLAN
Mme Olivo - Responsable Qualité
Mme Thiery - Cadre Supérieur de Santé
Dr Pernas - Biochimie
M. Gautrin - Ingénieur restauration
Dr Lirzin - DIM
M.L.Defossez – Diététicienne

Excusés :

Mr Camps – Représentant des usagers
Dr Verlaine - Soins palliatifs
Dr Khatib – Neurologie
Mme Barrier – IDE
Dr Sanlaville - Pneumologie
Dr Collart - Gériatrie

Invitée :

Mme Chantal Bourliot – Cadre Supérieur de Santé

Début de la séance : 17h15

- 1) **Validation du compte-rendu du 22/11/2012**
- 2) **Mise en place d'une feuille de surveillance alimentaire commune à tous les services au sein de l'établissement.**

Afin de pouvoir évaluer et surveiller les ingesta et apports caloriques du patient, il est indispensable de disposer d'une feuille de surveillance alimentaire. A l'heure actuelle, il existe de telles feuilles mais différentes selon les secteurs de soins et il est apparu nécessaire d'homogénéiser le contenu de cette feuille afin de pouvoir l'utiliser dans tout l'établissement.

Lors du dernier CLAN, celui-ci avait été informé de la mise en place d'une feuille de surveillance alimentaire en réanimation/soins continus qui fait l'objet d'une EPP paramédicale. On rappellera que cette feuille a été validée par la SFNEP et son intérêt essentiel réside dans sa très grande réactivité : possibilité de corriger sur la journée les apports protéiques sans l'intervention d'une diététicienne, cette feuille peut être également utilisée de façon passive selon les besoins pour relever les ingesta de la journée. Si cette feuille a été mise en place et évaluée en réanimation/soins intensifs son objectif final est d'être utilisée dans tout l'établissement.

Parallèlement à cette EPP, Mme Bourliot, Cadre Supérieur de Santé et chargée de la mise en place du dossier de soins paramédical informatisé, avait piloté un groupe de travail incluant Mme Weber, Mme Rambourg afin de réaliser une feuille de surveillance alimentaire unique et informatisée.

Mme Bourliot nous présente le résultat de ce travail adapté au logiciel transversal Dx care, dans le cadre de l'informatisation du dossier de soins papier. Elle indique que « cette feuille ne sera pas systématique, mais déclenchée par les infirmiers(es) s'ils ou elles le jugent nécessaire ». La « feuille informatisée » se présente sous forme de QCM avec menu déroulant.

Mr Pernas s'interroge sur l'utilisation de cette feuille informatisée qui ne propose pas de synthèse des éléments relevés : pas de calcul calorique,... Comment l'interpréter ? Qui décide de la mettre en place, pour combien de temps, les médecins vont-ils la lire ?

Mme Olivo insiste sur l'intérêt de disposer d'une feuille informatisée.

Le Dr Simon exprime des réserves sur la feuille informatisée telle que présentée :

- 1- « La feuille serait déclenchée par les infirmiers ou s'ils le juge nécessaire » ; oui mais sur quels critères ? Il rappelle qu'il n'existe pas de critères prédictifs certains de dénutrition (un patient obèse peut être dénutri ...).
- 2- S'il n'est pas opposé, bien au contraire, à l'informatisation de cette feuille, il insiste sur la nécessité de ne pas alourdir le travail des aides-soignantes et infirmiers. Une saisie matin, midi et soir sur un ordinateur en direct (wifi) implique que les aides-soignantes effectuent cette évaluation en temps réel lors du retrait des plateaux repas.
- 3- La saisie unique des ingesta sans pondération.

Mme Lirzin et Mr Pernas proposent de tester une version informatique de la feuille.

Il est donc décidé de façon collégiale :

- de réaliser un groupe unique de travail incluant tous les participants à la rédaction d'une feuille de surveillance alimentaire unique pour tout l'établissement avec possibilité de calcul calorique.
- d'essayer de trouver une version informatique conviviale, non chronophage.
- de bien préciser le mode d'emploi de cette feuille : quelle fonction assignée ? quand est-elle déclenchée ? et par qui ? Combien de temps ?

Ce groupe de travail est invité à se réunir dès le 19/03 à 17H00. Il sera invité à présenter lors du prochain CLAN ses résultats.

3) Etat des lieux de l'EPP de nutrition péri-opératoire :

- Les résultats de l'EPP intitulée « prise en charge nutritionnelle péri-opératoire » ont été présentés au groupe EPP, lors du dernier CLAN ainsi qu'aux médecins anesthésistes.
- Le groupe EPP a décidé de mettre en place des axes d'améliorations.
- Les axes retenus ont été les suivants :

1- Améliorer le dépistage du risque nutritionnel et le diagnostic de dénutrition préopératoire :

2- Améliorer la qualité de la prise en charge nutritionnelle péri-opératoire :

3- Réduire le risque de jeûne de durée inadaptée avant chirurgie :

Basé sur la recommandation « chez les patients *sans risque de régurgitation* +++, programmés pour une chirurgie au plus tôt en fin de matinée, la durée de jeûne opératoire n'est pas excessive : jusqu'à 2 à 3 H avant la chirurgie pour les liquides « clairs » et jusqu'à 6 H pour un repas léger ».

4- Améliorer le taux de prescription préopératoire d'immunonutrition avant une chirurgie gastro-intestinale du cancer :

Basé sur la recommandation « en chirurgie digestive oncologique programmée, que le patient soit dénutri ou non, il est recommandé de prescrire en préopératoire pendant 5 à 7 jours, un mélange nutritif utilisable par voie digestive contenant une association de pharmaco-nutriments ayant fait la preuve de son efficacité dans les études cliniques » (seul produit à l'heure actuelle sur le marché : l'IMPACT).

Moyens pour mettre en œuvre ces axes d'améliorations

a- De façon à réaliser le 1^{er} objectif : Améliorer le dépistage du risque nutritionnel et le diagnostic de dénutrition préopératoire

1) Création d'une fiche unique qui contient toutes les recommandations : (voir Annexe I)

- Il s'agit d'une feuille intitulée « évaluation du statut nutritionnel en consultation préopératoire ».

- Elle est remplie par le Chirurgien dès la consultation où il a décidé d'opérer son malade ; cette consultation peut être réalisée en externe ou bien sur un patient hospitalisé.

- Au terme de cette consultation 2 cas de figures peuvent se présenter :

Soit le patient a au moins un critère anthropométrique qui le classe en dénutri (IMC, % de perte de poids). Il est alors classé en groupe à risque de dénutrition (GN).

Soit les indices anthropométriques sont normaux mais on ne dispose pas de l'albuminémie qui pourrait classer le patient. C'est au cours de la consultation d'anesthésie que sera faite la classification définitive par l'anesthésiste.

2) Il est décidé que cette feuille reste sous forme papier et non informatisée.

3) Le circuit de cette feuille :

- Elle doit être transmise par la secrétaire des consultations à la secrétaire d'anesthésie qui l'incorporera au dossier d'anesthésie afin que celle-ci puisse d'une part être portée à la connaissance de l'anesthésiste, d'autre part de pouvoir être complétée par celui-ci s'il y a lieu.

4) Cette feuille doit rester dans le dossier patient qui assure la traçabilité du dépistage et du diagnostic de dénutrition.

5) La conclusion en classe de risque de dénutrition doit figurer dans le dossier d'anesthésie ++.

Il a été décidé dans un premier temps que la mise en place du dispositif se fasse uniquement dans 2 secteurs chirurgicaux : le secteur viscéral et le secteur ORL étant donné la proportion importante de patients dénutris, nécessitant des supports nutritionnels.

Mme Thiery demande quand la diététicienne sera « activée » suite à cette évaluation ?
Le Dr Simon indique que dès la classification du patient en GN2 il doit être évalué puis pris en charge par la diététicienne.

b- De façon à réaliser le 2^{ème} point :des protocoles de prise en charge nutritionnelle ont été élaborés en fonction de la classification de la gravité du patient

c- Le Dr SIMON indique que le 3^{ème} axe (Réduire le risque de jeûne de durée inadaptée avant chirurgie) va entraîner les modifications des règles du jeûne pré-opératoire dans l'établissement.

Une réunion a déjà eu lieu avec les collègues anesthésistes qui sont d'accord pour appliquer les nouvelles règles.

Il est prévu de faire une présentation du nouveau protocole à tout le secteur anesthésie (IDE compris) et chirurgie intitulé : « les nouvelles règles du jeûne pré-opératoire ».

d- Rédaction d'un protocole spécifique sur le secteur de chirurgie viscérale de façon à améliorer le taux de prescription préopératoire d'immunonutrition avant chirurgie gastro-intestinale du cancer :

4) Guide de nutrition clinique :

Le Dr SIMON indique que le groupe de rédaction du guide de nutrition clinique s'est réuni le 5 février dernier.

Au terme de la réunion, il a été décidé de réaliser une simple plaquette recto verso réunissant les indicateurs suivants :

- arbre décisionnel d'une nutrition artificielle de l'adulte
- critères de dépistage et de prise en charge de la dénutrition à l'hôpital
- évaluation des besoins calorico-azotés
- nutrition entérale et parentérale

La rédaction d'un guide de nutrition clinique sera effectuée et celui-ci mis en ligne sur intranet de façon à offrir à tous un support complet à la prescription.

5) Présentation par Mme Olivo, Responsable de la Qualité, de l'actualisation des critères de certification de l'établissement en matière nutritionnelle :

Mme Olivo, Responsable de la Qualité, a souhaité actualiser les critères de certification figurant dans le manuel de certification concernant le Critère 19.b Troubles de l'état nutritionnel (voir document annexé critères de certification 19b).

Au cours de la discussion, il s'avère que personne présent au CLAN n'est en mesure de répondre à l'intitulé « des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en œuvre auprès des patients et de leur entourage ».

Tout le monde convient qu'il est indispensable d'avoir une vision globale et exhaustive de ce travail.

Il est donc demandé à Mme Thiery de faire un recueil exhaustif des actions d'éducation de santé dans le domaine nutritionnel auprès des diététiciennes sous sa responsabilité ainsi que celles sous la responsabilité de Mme Pailley. Mme Olivo insiste sur la nécessité de disposer des documents attestant de ces actions.

6) Présentation par Mr Pernas des résultats du dépistage nutritionnel mois/mois et service/service durant l'année 2011 sur tout l'établissement (annexe jointe)

On retiendra le nombre de 1496 patients dépistés et la grande hétérogénéité des services. Mr Pernas tempère ces chiffres car il n'est pas certain que tous les services prescrivent sur la feuille unique dédiée au dépistage (ex. le service de pneumologie où il est noté sur l'année 15 patients dépistés alors que l'on sait que l'albuminémie est faite de façon très large. Mais le laboratoire de biochimie ne peut rendre les indices nutritionnels que s'il dispose de façon simultanée du poids et de la taille.

Les sujets étant épuisés la séance est levée à 19H 00.

Prochaine réunion du CLAN le **jeudi 13 juin 2013 à 17H00** dans la salle du Hall d'Honneur.