

SERVICE EMETTEUR : CLAN

REDACTEUR : DOCTEUR SIMON

Ordre du Jour :

- Validation du compte- rendu de la dernière réunion
- Rappel des différentes étapes du dépistage de la dénutrition au CH de Troyes – pourquoi Windenut ?
- Présentation du logiciel de dépistage de la dénutrition (Windenut)
- Bilan de la mise en place du logiciel Windenut sur les mois de juillet et août
- Bilan d'activité de la feuille de surveillance alimentaire informatisée
- Présentation et validation du mode de dépistage de la dénutrition avec traçabilité pour la perception liée à cette activité
- Proposition d'un courrier type de sortie d'un patient diagnostiqué dénutri dans l'établissement
- Questions diverses

Participation des membres :

IDENTITE	FONCTION	PRESENT(E)	EXCUSE(E)
Mr LUTZ	Direction Achats et Logistique	x	
Mr HOT	Direction des Soins	x	
Mme COLLART	Présidente de la CME	x	
Dr SIMON	Président du CLAN	x	
Dr MARCHAND	Médecin – EFS Troyes	x	
Dr VERLAINE	Médecin – Unité de Soins Palliatifs	x	
Dr MARIN	Médecin – Anesthésiste Réanimateur	x	
Dr LIRZIN	Médecin – DIM	x	
Dr MINA	Médecin – Oncologie	x	
Dr AMIOT-CHAPOUTOT	Médecin – Diabétologie	x	
Mme OGER	Pharmacienne	x	
Mme OLIVO	Ingénieur Qualité	x	
Mr GAUTRIN	Ingénieur Restauration	x	
Mme THIERY	Cadre Supérieur de Santé	x	
Mme DEFOSSEZ	Diététicienne	x	
Mme FIMBERT	Diététicienne	x	
Mme LAINE	Diététicienne	x	
Mme NIEPS	Diététicienne	x	
Mme MILLARD	Représentante des Usagers	x	

Dr PERNAS	Médecin – Laboratoire de Biochimie		x
Dr MENDES	Médecin – Oncologie		x
Mme BARRIER	IDE		x

PROCHAINE(s) REUNION(s):

Lundi 2 décembre 2013 à 17h00

Salle du Hall d'Honneur

Synthèse :

1- Validation du compte-rendu de la dernière réunion du 14 mars 2013.

2- Rappel des différentes étapes du dépistage de la dénutrition au CH de Troyes : pourquoi Windenut (Dr SIMON) ?

Afin de mettre en perspective la création du logiciel Windenut, il est rappelé les différentes étapes qui ont précédé la mise en place d'un outil de dépistage de la dénutrition sur le CH de Troyes.

a- Création du CLAN en 2007.

b- Afin de faire un état des lieux, de sensibiliser les soignants aux problèmes de santé publique que constitue la dénutrition mais aussi de mettre à niveau le CH (par la dotation de toise et de pèse-personne), le CLAN décide la réalisation *d'une étude de prévalence de la dénutrition sur tout l'établissement un jour donné avec mesure de l'impact financier lié à cette activité.*

c- Réalisation les 3-4 et 6 mars 2008 de l'étude avec pour résultats essentiels :

Ont été inclus 780 patients dont l'âge moyen était de 75,3 ans.

Les données globales à retenir :

- 60,9 % de patients dénutris (n=780).
- 55,5 % de dénutris en MCO et 68,9 % de dénutris en secteur non MCO.

32,5 % des patients étaient dénutris le jour de l'admission et la proportion allait en s'accroissant au fur et à mesure de l'hospitalisation jusqu'à 30 jours.

Sur les 210 patients diagnostiqués par l'étude en secteur MCO seuls 4% des dénutritions étaient mentionnées dans le PMSI ce qui occasionnait une recette de 2500 € au lieu des 57500 € qui aurait dû être perçue si tous les cas avaient été correctement dépistés et pris en charge. Cette perte de recette un jour donné et projetée sur un an occasionne la perte pour l'établissement d'un peu plus de 2 millions d'euros (**2 172 669,71 €**).

d- Fort de ces résultats (qui correspondent aux données nationales), en mars 2009 le CLAN décide la mise en place d'un test de dépistage systématique à l'admission en secteur médico-chirurgical de tous les patients, validé par la Direction des soins et par la CME. Cet outil consiste en la mesure par l'infirmière du poids et de la taille, de l'albuminémie et de la CRP par le laboratoire.

e- Depuis, l'impact de cet outil a été régulièrement évalué :

Fin 2009 on montrait une nette amélioration du dépistage avant et après l'outil : en 2006 : 240 en 2008 : 860 et en 2009 : 1260. Les cotations PMSI ont été plus que quintuplées en 3 ans.

Synthèse :

En 2010 on montrait que :

- Le nombre de patients dépistés était stable avec environ 100 à 150 patients dépistés/mois, ce qui représentait **moins de 10%** des patients hospitalisés.
- Globalement c'étaient les mêmes services qui dépistaient.
- Dans les services où le dépistage était fait, on retrouvait les mêmes taux de dénutrition retrouvés lors de l'étude.
- En un an (du 26/10/2009 au 30/11/2010) 1431 patients avaient été évalués. Il était mis en évidence **40,2% de dénutris** dont **15,7% en dénutrition sévère**.

f- En 2012 afin de stimuler le secteur chirurgical, il était débuté une EPP de « prise charge de la nutrition péri-opératoire ».

G – En Juin 2013 : arrivée du nouveau Directeur - Mr BLUA – qui prend connaissance de l'outil de dépistage et conforte les résultats financiers effectués au cours de l'étude (une étude similaire avait été faite sur Calais, ancien établissement dans lequel il était Directeur).

Il demande à la Direction des soins de faire du dépistage de la dénutrition un objectif majeur à court terme afin de récupérer les recettes et souhaite une accélération du dépistage.

Mme Thierry travaille durant le mois de juin avec l'équipe informatique et le DIM, de façon à répondre à la demande : **création de Windenut**.
Début de l'utilisation de Windenut à partir de juillet.

3) Présentation du logiciel Windenut : outil d'alerte des patients dépistés et potentiellement dénutris (Madame Marie Laure Defossez - diététicienne).

- Il s'agit d'un logiciel qui a pour fonction d'alerter les diététiciennes lorsque des patients ont été dépistés comme dénutris.

- Pour ce faire tous les patients admis dans le secteur médico-chirurgical sont pesés et mesurés dans les 24H de leurs admissions par l'infirmière ou l'AS et les données sont saisies dans DxCare. Par ailleurs, l'albuminémie est dosée par le laboratoire et indiquée dans bioWeb.

- Le logiciel Windenut récupère dans DxCare le poids, la taille et calcule l'IMC et récupère par ailleurs les albuminémies dans le logiciel Bioweb. ***Il fait alors apparaître seulement les patients qui sont potentiellement dénutris sur l'IMC ou l'albuminémie.***

- Tous les matins les diététiciennes consultent le logiciel Windenut et éditent le listing des patients potentiellement dénutris par UF.

- Les diététiciennes se rendent dans les services de façon à prendre en charge les patients ciblés. Elles saisissent dans DxCare dans la journée le questionnaire de diététique « prise en charge » ainsi que les propositions de prise en charge.

Synthèse :

- Le Dr Lirzin au DIM récupère les données fournies dans DxCare afin de renseigner le résumé médical (RUM) avec les deux possibilités : dénutrition modérée, dénutrition sévère. Ceci permettant à l'établissement de percevoir les recettes.

4) Bilan de la mise en place du logiciel Windenut sur les mois de juillet et août (Mme Thiery CSS)

- Après avoir rappelé l'utilisation du logiciel de Windenut Mme Thiery fait le bilan de l'utilisation de celui par les diététiciennes durant les mois de juillet et août.

- *Mme Thiery indique que des indicateurs ont été mis en place :*

a- Suivi du taux de remplissage poids taille en temps réel par les cadres supérieurs de santé dans WindIMC.

b- Suivi tous les mois au niveau institutionnel par intranet des items suivants :

/ Taux de remplissage de l'IMC par service.

/ Evaluation en pourcentage du nombre de patients admis et dépistés par service.

/ Création d'un tableau de bord avec : nombre de patients ciblés ou dossiers, nombre de patients pris en charge par une diététicienne, nombre de patients non vus et motif (patient sorti, refus patient ...).

- *Résultats de ces indicateurs :*

Pourcentage de patients dépistés par l'outil Windenut et pris en charge par les diététiciennes sur 2 mois (entre le 15/07 et le 15/09) : 79 %.

Nombre d'heures supplémentaires générées : en moyenne 7h/semaine par diététicienne.

Augmentation prévisible dès l'évolution de l'outil : nombre de patients détectés en augmentation par ajout d'un critère supplémentaire.

5) Bilan d'activité de la feuille de surveillance alimentaire informatisée (Mme Guerrapin, cadre de chirurgie digestive).

- Mme Guerrapin, excusée, nous avait fait parvenir le bilan de la mise en place de la feuille de surveillance alimentaire informatisée dans le service du R2.

- On rappelle que cette feuille, renseignée par les aides-soignantes, totalement informatisée avait pour but d'évaluer la quantité d'eau et de protéines ingérées par jour par le patient.

- Elle était déclenchée par l'infirmière dès la connaissance du caractère dénutri du patient en attendant l'arrivée de la diététicienne.

Synthèse :

- Elle était mise en application durant 3 jours et permettait à la diététicienne d'avoir une évaluation des ingestats du patient.
- Le bilan est totalement satisfaisant puisqu'elle a pu être mise en application sans problème.

6) Présentation et validation du mode de dépistage de la dénutrition avec traçabilité pour la perception liée à cette activité (voir annexe)

- Le fait de ne pouvoir recueillir dans DxCare le poids des patients antérieurement ne peut permettre de calculer ni le pourcentage de perte de poids, ni le NRI. Seuls seront calculés l'IMC et le GNRI.
- Il sera nécessaire de préciser aux Confrères que le « nouveau Windenut » fera le calcul du GNRI à la place du labo, il ne verra donc plus apparaître ces résultats en clair sur les feuilles du labo (pour éviter une ressaisie du poids et de la taille par l'IDE).
- Il est indispensable que les abaques de calculs correspondant aux tailles en fonction de la mesure talon-genou (équation de chumlea) puissent se trouver dans tous les services.

7) Proposition d'un courrier type de sortie d'un patient diagnostiqué dénutri dans l'établissement :

- En effet, un courrier type destiné au médecin traitant a été proposé et rédigé de la façon suivante :
« Cher Confrère ou Consœur,
Nous vous informons que votre patient a été dépisté et pris en charge au cours de son hospitalisation au CH de Troyes pour une dénutrition protéino-énergétique et il serait souhaitable de poursuivre cette prise en charge nutritionnelle ».

Après discussion le CLAN n'a pas retenu cette lettre et propose que figure dans le compte rendu de tous patients les items suivants :

« patient dépisté dénutri : oui / non.

8) Questions diverses

- Mme OLIVO, responsable de la qualité rappelle que la visite des experts visiteurs pour évaluer le CLAN aura lieu le mercredi 20 novembre 2013 de 10H30 à 12H00.

ANNEXE

Protocole de dépistage de la dénutrition d'un patient admis dans l'établissement

I - Objet :

Conformément aux directives ministérielles, les établissements publics de santé doivent dépister et prendre en charge la dénutrition protéino-énergétique, qui est un réel problème de santé publique.

Une étude de prévalence de la dénutrition a été effectuée au CH de Troyes en 2008 et a montré que la dénutrition est un problème important avec 60 % de patients dénutris.

Le protocole présenté ici est une actualisation de la procédure de dépistage qui avait été mise en place en 2009 à la suite de cette étude avec informatisation des recueils de données par les logiciels Windenut et DxCare.

Sont exclus de cette procédure : Les services des urgences, maternité, pédiatrie, hôpitaux de jour et de semaine, UHCD, les patients en situations palliatives.

II - A l'admission du patient l'infirmière ou l'AS :

Cette mesure peut être faite au plus tard dans les 24 H qui suivent l'hospitalisation ?

- 1- Saisit le poids et la taille du patient dans DxCare :
 - le poids est celui recueilli par pesée sur une balance, un pèse-personne ou un hamac (ne pas prendre en compte le poids exprimé par le patient).
 - la taille est celle recueillie par toise ou mesure de la distance talon - genou (voir les abaques pour la correspondance entre distance talon genou et taille du sujet).

III - Un contrat sera signé entre le laboratoire de biochimie et chaque chef de service protocolant le dépistage nutritionnel :

- ce protocole précisera que le Chef de service autorise le dépistage systématique de la dénutrition à l'admission des patients.
- ce protocole permettra à l'infirmière du service de cocher le bilan nutritionnel dans la feuille de biochimie ou en prescription connectée (le fait de cocher cette case entraînera la mesure automatique de l'albuminémie et de la CRP). (A faire valider par Mr HOT, si ce contrat suffit).

IV - Le logiciel Windenut (consultable pour l'instant uniquement par les diététiciennes) affiche les identités des patients dont un des critères de dépistage de dénutrition suivants est anormal :

- IMC
- Albuminémie (interprétée en fonction de la CRP)
- GNRI (gériatrique nutrition risk index)

V - La diététicienne récupère quotidiennement le listing des patients dénutris par UF dans le logiciel Windenut :

- Elle repère les patients dénutris sur les indices mentionnés dans Windenut et effectue une évaluation dans les 48H si possible.
- Au terme de cette évaluation, elle laisse des recommandations nutritionnelles pour sa prise en charge dans DxCare.
- Elle donne ses conclusions au médecin responsable du patient (soit par oral, par écrit ou à l'IDE).

VI - Le statut nutritionnel indiqué par la diététicienne dans DxCare est récupéré par le DIM via une requête BO pour la codification du patient dans le résumé médical (RUM) ce qui permettra à l'établissement de récupérer les recettes liées à la prise en charge du patient.

VII - Dans le compte-rendu d'hospitalisation du patient destiné à son médecin traitant il sera mentionné que le patient a été diagnostiqué et pris en charge comme dénutri.