

SERVICE EMETTEUR : LE COMITE DE LIAISON POUR L'ALIMENTATION ET LA NUTRITION

REDACTEUR : DR SIMON

OBJET : Réunion du CLAN

Ordre du Jour :

- Présentation des nouveaux membres du CLAN
- Restitution de la visite de certification concernant le CLAN
- Propositions des axes de travail du CLAN
- Bilan et perspective du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition
- La prise en charge de l'obésité au CH de Troyes
- Etat des lieux concernant le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition au CH de Troyes
- Questions diverses

Participation des membres :

| IDENTITE | FONCTION | PRESENT(E) | EXCUSE(E) |
|--------------------------|--------------------------|------------|-----------|
| Dr AITOUARES Mina | Endocrinologue | x | |
| Dr KHATIB Amer | Neurologue | x | |
| Dr LIRZIN Marie Odile | Médecin du DIM | x | |
| Dr REGNIER Elodie | Gériatre | x | |
| Dr SIMON Georges | Réanimateur | x | |
| Dr OGER Fanny | Pharmacienne | x | |
| Dr MARCHAND Isabelle | Médecin de l'EFS | x | |
| Dr MINA William | Oncologue | | x |
| Dr SYFUSS Pierre | Hépto-Gastro-Entérologue | | x |
| Dr MARIN Corina | Anesthésiste | | x |
| Dr PERNAS Patrick | Biochimie | | x |
| Dr VERLAINE Catherine | Soins Palliatifs | | x |
| Mme OLIVO Marie Jeanne | Responsable Qualité | | x |
| Mme THIERY Florence | Cadre supérieur de santé | x | |
| Mme NIEPS Véronique | Diététicienne | | x |
| Mlle RAMBOURG Marie | Diététicienne | | x |
| Mme FIMBERT Danie | Diététicienne | | x |
| Mme DEFOSSEZ Marie Laure | Diététicienne | x | |
| Mme WILLEFERT Amicie | Diététicienne | x | |
| Mme LAINE Amélie | Diététicienne | x | |
| Mme BARRIER Angélique | IDE | x | |

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|---|--|
| Mr GAUTRIN Nicolas | Ingénieur Restauration | x | |
| Mme MILLARD Marie Thérèse | Représentante des Usagers | x | |

PROCHAINE(S) REUNION(S):

Mardi 7 octobre 2014 à 17h30 - Salle du Hall d'Honneur

On débute la réunion en rendant hommage à notre Confrère le Dr BRUNSCHVICG Olivier dont les obsèques se tenaient le même jour à 16H30. Certains des membres du CLAN n'ont pu revenir à temps pour participer à cette réunion.

Sujet évoqué :

I-Présentation des nouveaux membres du CLAN

Synthèse :

- Il a été décidé lors de la dernière réunion du CLAN qu'il était nécessaire d'actualiser la liste des membres titulaires du CLAN en CME.

- La liste du CLAN est modifiée par la titularisation de nouveaux membres élus en CME du 18 mars 2014.

- La composition du nouveau CLAN est la suivante :

Directeur général ou son représentant : Mr LUTZ

Liste des nouveaux membres médecins titulaires : Dr PERNAS, Dr REGNIER, Dr MINA, Dr AITOUARES, Dr KHATIB, Dr SANLAVILLE, Dr SYFUSS, Dr VERLAINE, Dr SIMON, Dr MARIN, Dr OGER, Dr LIRZIN.

Le responsable de la Qualité ou son représentant : Mme OLIVO

Le Directeur du service de soins infirmiers ou son représentant :

Mme THIERY

Le responsable de l'activité diététique ou son représentant :

Mme DEFOSSEZ

Le responsable de la restauration et de l'hôtellerie ou son représentant :

Mr GAUTRIN

Le Président du CLIN : Mme ELOY

Deux représentants choisis parmi le personnel infirmier, aide-soignant :
Mme BARRIER, Mme SICOS

Les représentants des usagers : Mme MILLARD

- Les Dr MARIETTE, DEVANLAY et MARCHAND sont invités permanents.

- Il est par ailleurs décidé que toutes les diététiciennes seront invitées permanentes.

Sujet évoqué : **II-Restitution de la visite de certification de l'établissement au sujet du CLAN (Annexe I . référence 19 : les prises en charge nutritionnelles)**

Synthèse :

- Lors de la restitution de la visite de certification, les experts visiteurs ont mis en évidence un dynamisme certain du CLAN et ont souligné le caractère très multidisciplinaire de ce CLAN.
- Dans le cadre de la référence 19, le critère 19.b intitulé ; court séjour, troubles nutritionnels, l'établissement a été coté A alors qu'à l'auto-évaluation, l'établissement s'était coté B.

Sujet évoqué : **III -Propositions des axes de travail du CLAN**

Synthèse :

Le CLAN s'est fixé pour objectif de travailler dans 3 axes sur l'établissement :

- A- La dénutrition
- B- La prise en charge de l'obésité au CH de Troyes
- C- Etat des lieux concernant le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition au CH de Troyes

Sujet évoqué : **A-Poursuite de la prise en charge de la dénutrition**

Synthèse : **1- Rappel des différentes étapes du dépistage de la dénutrition au CH de Troyes :**

- a- Création du CLAN en 2008.
- 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 auraient dû être perçus 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 et 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
- en 2009 : 1260

Les cotations PMSI ont été plus que quintuplées en 3 ans.

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 – Monsieur 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 Thiery travaille durant le mois de juin avec l’équipe informatique de façon à répondre à la demande : **création de Windenut.**

H - Présentation du logiciel Windenut : outil d’alerte des patients potentiellement dénutris.

- Il s’agit d’un logiciel qui a pour fonction d’alerter les diététiciennes lorsque des patients présentent un ou des critères de dénutrition.

- Pour se faire, tous les patients admis dans le secteur médico-chirurgical sont pesés et mesurés dans les 24H de leur admission par l’infirmière et les données sont saisies dans Dx Care. Par ailleurs, l’albuminémie est dosée par le laboratoire sur prescription et indiquée dans Bioweb.

- Le logiciel Windenut récupère dans Dx Care 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 d’après l’IMC et/ou l’albuminémie.***

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

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

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

Bilan de la mise en place du logiciel Windenut depuis sa création en juillet 2013 (Mme Thiery CSS)

- Après avoir rappelé l’utilisation du logiciel de Windenut, Mme Thiery fait le bilan de l’utilisation de celui-ci par les diététiciennes.

- Mme Thiery rappelle 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 :

- 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 pris en charge par les diététiciennes grâce à Windenut :

- 79% de patients détectés par Windenut (étude sur 2 mois entre le 15/07 et le 15/09 2013) ce qui a généré un nombre d'heures supplémentaires (en moyenne 7h/semaine par diététicienne)

- 85% des patients détectés par Windenut (1^{er} trimestre 2014), en sachant que 0,5 ETP diététicienne a été créé en novembre 2013 grâce aux recettes liées au dépistage.

Actuellement, les heures supplémentaires sont maîtrisées.

Sujet évoqué :

B) Validation par la prochaine CME du mode de dépistage par les infirmières (Dr Pernas) :

Synthèse :

Un contrat service de soins – laboratoire a été établi dans le cadre de l'accréditation du laboratoire.

Parmi d'autres éléments, il décrit le fonctionnement du système de prescription connecté, qui permet la protocolisation de bilans biologiques.

Le bilan nutritionnel d'entrée fait partie de ces bilans et peut être demandé par les IDE. Le contrat précise que ces demandes peuvent être effectuées par défaut par les IDE dans tous les services, sauf si le responsable d'unité en décide autrement de façon explicite.

'Parmi ces bilans, figure le bilan nutritionnel d'entrée proposé dans le cadre d'une politique institutionnelle. Ce bilan peut être transcrit par les IDE, sauf si le responsable d'unité décide qu'il ne peut faire l'objet que d'une prescription médicale explicite'

Si le responsable d'unité décide de ne pas suivre la recommandation institutionnelle, le bilan nutritionnel sera inactivé en tant que bilan accessible aux IDE par le laboratoire.

Sujet évoqué : C) Mme le Docteur Lirzin informe le CLA N que le dépistage de la dénutrition a rapporté :

Synthèse :

- **en 2013** : c'est la somme de **625 000 euros** qui a été générée par le codage de la dénutrition.
- **pour les 4 premiers mois de 2014** : c'est la somme de **340 000 euros** qui a été générée dont **200 000 euros** liés directement à l'activité des diététiciennes.

D) Afin de poursuivre ce travail sur la dénutrition et d'améliorer les pratiques, il est décidé de créer un groupe de travail sur la dénutrition dont les axes de travail seront les suivants :

- poursuite du dépistage en améliorant l'outil Windenut (albuminémie, GNRI)
- poursuite de la mise en place de la feuille de surveillance alimentaire
- **courrier de sortie avec traçabilité du dépistage**
- poursuite de la prise en charge en ville (diététicienne) – cahier des charges pour prestataires
- travail sur la qualité de présentation et composition du plateau repas
- problème du temps diététicienne (consultations non rémunérées)
- référent dénutrition dans les services
- **intérêt dans le contrat de pôle de faire figurer le nombre de patients dépistés en dénutrition+++++++.**

Sujet évoqué : 5) la filière de l'obésité :

Synthèse :

a- Présentation par le Dr AITOUARES de la prise en charge de l'obésité au CH de TROYES (Annexe II : diaporama obésité)

- La prévalence de l'obésité augmente en Champagne-Ardenne (20,9%) représentant la deuxième région derrière le Nord-Pas de Calais.
- Il est décrit précisément le parcours du patient obèse dans l'établissement au travers un document intitulé : prise en charge de l'obésité 16 → 55 ans.
- Il s'agit de patients adressés soit par un médecin libéral et/ou hospitalier au médecin endocrinologue.
- Après discussion, il s'avère que ce document est insuffisamment connu dans l'établissement des Confrères et qu'il est nécessaire de diffuser cette information par voie intranet.

b- La création d'une filière bariatrique :

- A l'heure actuelle, les recommandations de l'HAS (obèse : prise en charge chirurgicale chez l'obèse janvier 2009) stipulent qu'il doit exister une concertation pluridisciplinaire sur le mode des RCP de cancérologie.

« La décision d'intervention est prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire.

- L'équipe pluridisciplinaire comporte au minimum un chirurgien, un médecin spécialiste de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue ou interniste), une diététicienne, un psychiatre ou un psychologue et un anesthésiste-réanimateur.

- Un coordinateur est identifié et référent pour chaque patient.

- Les conclusions de cette concertation doivent être :

- formalisées et transcrites dans le dossier du patient ;
- communiquées au patient, à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et au médecin traitant. »

- Seule existe à ce jour une filière à la Clinique de Champagne mais des discussions sont en cours pour un partenariat public-privé afin de créer une filière de la région sud de Champagne-Ardenne.

c- création d'un groupe de travail piloté par le Dr AITOUARES sur la prise en charge de l'obésité dont les objectifs seront les suivants :

- Mise en place d'une filière clairement identifiée de la prise en charge des obèses dans l'établissement.

- Mise en place de la filière de chirurgie bariatrique.

Sujet évoqué :

6) Etat des lieux concernant le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition au CH de Troyes

Synthèse :

a- Le Dr REGNIER expose le problème des troubles de la déglutition en soins de suite et de réadaptation (voir document en annexe III)

La prévalence des troubles de la déglutition augmente avec l'âge mais varie selon le lieu de vie : A domicile 8 à 15 %, en institution 30 à 50 %, en hospitalisation 10 à 15 %.

La mortalité liée aux fausses routes est de 4000 décès/an en France. Il s'agit surtout de patients âgés.

Les étiologies de la déglutition sont nombreuses dominées par les pathologies neurologiques.

Les complications sont nombreuses dominées par les pneumopathies d'inhalation.

Les troubles de la déglutition sont responsables d'une augmentation de la mortalité : à niveau de co-morbidité et de démence identiques, les patients ayant des problèmes de déglutition ont une survie diminuée de 38 % à 6 mois avec moins de 30 % de survivants à 2 ans ; de même en cas de pneumopathie où la survie est inférieure à 25 % à 18 mois.

Il est nécessaire d'évoquer la possibilité de troubles de la déglutition de manière systématique ; en effet, les symptômes peuvent être variables dans le temps selon l'état de fatigue du patient, son positionnement ou la consistance de son alimentation.

Il est donc recommandé de mettre en place des procédures institutionnelles de dépistage et de prise en charge compte tenu du vieillissement de la population des patients hospitalisés et de la fréquence des troubles de la déglutition.

En SSR et en Unité de Soins de Longue Durée, actuellement les troubles de la déglutition sont dépistés et pris en charge quotidiennement, mais il n'existe pas de protocole formel.

Il s'agit d'une prise en charge pluridisciplinaire par une aide-soignante, une ergothérapeute, une diététicienne, une IDE et un médecin sans bénéficier de temps orthophoniste.

Actuellement, un poste d'orthophoniste à temps partiel sur l'établissement (Mme BESTAOUI Amina).

b- Le CLAN décide de créer un groupe de travail sur les troubles de la déglutition :

- Il s'agit d'un travail qui se veut transversal intéressant tout l'établissement
- Les objectifs de ce groupe de travail seront de préciser comment dépister les troubles de la déglutition ? Qui dépiste ? Comment prendre en charge ?

- Ce groupe de travail piloté par le Dr REGNIER impliquera le plus grand nombre de soignants. La prise en charge de cette pathologie étant multidisciplinaire.

La séance est levée à 19h40.

**Prochaine réunion du CLAN prévue le Mardi 7 octobre 2014
à 17h30 - Salle du Hall d'Honneur**