

Compte-rendu de réunion du CLAN du 08/12/2010

Présents :

Dr Simon président du CLAN,
M. Lutz Directeur adjoint
Dr Khatib neurologie
M. Vo responsable qualité
Dr Collart gériatrie
Mme Bourliot cadre supérieur de santé
Dr Pernas biochimie
M. Gautrin ingénieur restauration
Mme Tonnelier pharmacie
Dr Mina oncologie (invité)
Dr Megherbi anesthésie
Mme Millard représentante des usagers
M.L.Défossez diététicienne
Dr Lirzin DIM (invitée)

Excusés :

Dr Verlaine soins palliatifs
Dr Mariette DIM
M. Camps
Mme Barrier infirmière
Mme Sicos aide-soignante
Dr Amiot Chapoutot endocrinologie
Dr Sanlaville pneumologie
Dr Eloy présidente du CLIN
Dr Devanlay Samu

I-BILAN du dépistage de la dénutrition

A la suite de l'étude effectuée en mars 2008 sur l'établissement il avait été montré que :

- **60,9 %** des patients étaient dénutris
- **55,5 %** dans le secteur de médecine et de chirurgie
- **32,5 %** des patients étaient dénutris dès l'admission

Cette dénutrition s'aggravait jusqu'au 30^{ème} jour.

A la suite de cette étude le CLAN avait décidé de mettre en place un outil de dépistage de la dénutrition (voir annexe). Cette décision trouvait sa justification, outre dans les conclusions de l'étude et dans **les obligations des établissements qui doivent « dépister et prendre en charge la dénutrition »** .

a) bilan chiffré de l'utilisation

Après 1 an de fonctionnement de cet outil de dépistage force est de constater que :

- peu de services dépistent ou de façon sporadique.
- les médecins ne sont pas suffisamment investis dans cette démarche.

b) bilan de la qualité de cet outil de dépistage de la dénutrition :

Afin de répondre à des critiques qui avaient été formulées par des confrères s'interrogeant sur la validité de la correspondance entre un outil basé uniquement sur des mesures biologiques et anthropométriques, par rapport à un examen clinique approfondi ; Le CLAN avait souhaité faire une évaluation dans des services pilotes.

Les expériences ont été restituées par les médecins des différents services pilotes :

- le Dr Collard, médecin gériatre, confirme n'avoir constaté aucun désaccord entre les résultats rendus et l'examen clinique qu'elle faisait
- le Dr Khatib, médecin neurologue, confirme les mêmes données
- le Dr Mina, médecin oncologue, confirme les mêmes données.

Il s'avère que l'outil mis en place dans l'établissement répond bien à l'objectif que le CLAN s'était fixé : offrir un outil aux médecins prescripteurs afin de pouvoir dépister facilement dès l'admission les patients dénutris.

c) Le Dr Pernas fait le point sur le taux de dépistage :

- le nombre de patients dépistés est stable avec environ 100 à 150 patients dépistés /mois, ce qui représente **moins de 10%** des patients hospitalisés
- globalement ce sont les mêmes services qui dépistent
- dans les services où le dépistage est fait, on retrouve les mêmes taux de dénutrition retrouvés lors de l'étude. .
- en un an (du 26/10/2009 au 30/11/2010) 1431 patients ont été évalués. Il a été mis en évidence **40,2 % de dénutris** dont **15,7 % en dénutrition sévère**.

Il s'avère que le nombre de patients dépistés est insuffisant.

d) Quelles sont les pistes pour améliorer le dépistage de la dénutrition ?

Après discussion le CLAN propose :

- 1) *poursuivre la politique de dépistage systématique lors de l'admission des patients.*
- 2) *demander à la direction de l'établissement de faire un rappel à tous les médecins ou agents du caractère obligatoire du dépistage de la dénutrition et de sa prise en charge.*
- 3) *Demander à Mr Hot, directeur des soins, de relayer ce discours auprès de l'encadrement.*
- 4) *Création d'un poste de référent nutrition dans chaque service (voir III) :*
- 5) *Création d'un module de formation continue au sein de l'établissement (voir IV)*

II- Le dossier nutrition patient

Mme le docteur Marie Odile Lirzin indique que le dossier patient en cours d'élaboration comporte une partie intitulée : « dossier nutrition » dans lequel devra figurer le poids et la taille.

Le Dr Pernas indique qu'il faudra veiller à faire remonter dans cette partie les résultats du dépistage biologique.

III Création d'un poste de référent nutrition dans chaque service :

1) Objectifs :

- sensibiliser le service sur l'intérêt du dépistage de la dénutrition en relayant les rapports du Clan et en veillant à l'application des protocoles
- sensibiliser sur l'importance de la prise en charge du patient
- sensibiliser sur le codage de la dénutrition

2) Profils :

- le référent sera si possible un médecin du service
- en cas d'impossibilité les personnes pouvant occuper ce poste seront les diététiciennes, les infirmières ou aides soignantes.

Il sera demandé à la direction des soins de rédiger un profil de poste intitulé « poste de référent nutrition »

IV -Mise en place d'une formation continue sur la dénutrition

1) Objectifs :

- Sensibiliser les soignants à la dénutrition dans les établissements
- Enseigner les bases de la physiologie autour de la nutrition
- Enseigner les différentes techniques de nutrition artificielle
- Aborder pathologie par pathologie les problèmes posés par la nutrition

2) Public :

- au sein du centre hospitalier : médecins, internes, infirmières
- des membres d'autres établissements pourront participer à ces formations

3) Formule :

- 2 jours sous forme de cours

4) Maquette de la formation proposée :

Les intervenants seront des médecins, diététiciennes, orthophoniste, psychologue

1er jour

- *Physiologie de la déglutition et de la digestion* – 1H
- *La dénutrition à l'hôpital* -1H 30
Définition, évaluation, complications, prise en charge individuelle et institutionnelle (dépistage, CLAN)
- *Compléments oraux (composition et mode d'administration)* – 30 minutes

- *Alimentation parentérale –1H30* : technique, indication, contre indication , surveillance , les différents produits et leurs compositions.
- *Alimentation entérale –1H30* : technique, indication, contre indication , surveillance , les différents produits .

2ème jour :

- nutrition et éducation du *diabétique*
- nutrition de la *personne âgée*
- nutrition du *patient atteint de troubles neurologiques en particulier de troubles de la déglutition*
- nutrition du *patient cancéreux*
- nutrition du *patient insuffisant respiratoire, rénal et cirrhotique*
- *l'anorexie mentale*
- *l'obèse*
- *nutrition et éthique*

IV - Rédaction d'un guide de nutrition clinique :

A) L'objectif de ce guide :

- réalisé par le CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition) en concertation avec tous les acteurs de la nutrition dans l'établissement
- sans être exhaustif, ce guide se veut pertinent, facilement utilisable en présentant de façon synthétique les informations utiles pour une prise en charge nutritionnelle entérale et/ou parentérale optimale des patients dans notre établissement.

B) Il s'adresse à l'ensemble des professionnels concernés :

Médecins, internes
Infirmières
Pharmaciens
Diététiciennes

C) 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
- **II ème partie : les compléments nutritionnels**
- **III ème partie : la nutrition entérale**
- **IV ème partie : la nutrition parentérale**
- **V ème partie : comment coter la dénutrition**
- **VI ème partie : liste des protocoles de nutrition consultable pour de bonnes pratiques cliniques**

D) calendrier de rédaction de ce guide :

- les membres du Clan se réuniront dès le mois de janvier pour débiter la rédaction de ce guide
- il est indispensable qu'un maximum de personnes puisse être impliqué dans la rédaction de ce guide.

V-Présentation d'une feuille de surveillance alimentaire :

Mme Défossez, diététicienne, expose l'intérêt de la mise en place dans l'établissement de la feuille de surveillance alimentaire présentée au RESCLAN lors de la conférence régionale

La feuille de surveillance alimentaire est un outil développé par l'équipe diététique de Reims et validé par la Société Française de Nutrition Entérale et Parentérale (SFNEP)

Problème :

Alors que la prise en charge d'un patient sur le plan nutritionnel nécessite une évaluation globale et continue de l'alimentation, il est souvent difficile, voir impossible de chiffrer au jour le jour la prise de calories.

La fiche de surveillance alimentaire :

Elle permet de connaître au cours de la journée la prise hydrique et protéique

Le médecin prescrivant la quantité de protéines à donner au patient, l'équipe veillera à combler en fin de journée les besoins sous formes de compléments ou de collations supplémentaires les apports protéiques s'ils étaient insuffisants.

Qui remplit la feuille de surveillance alimentaire ? :

- les soignants (infirmières, aides soignantes, diététiciennes)
- le patient s'il en est capable
- la famille

Cette feuille a été testée durant 1 semaine en réanimation auprès des aides soignantes et à donné toute satisfaction

Le CLAN valide la feuille de surveillance alimentaire et demande à la direction des soins de présenter cette feuille en commission de soins. Il y aurait pertinence à enseigner et diffuser cette feuille auprès des aides soignantes.

VI- Proposition d'un cahier des charges concernant les prestataires de service pour la nutrition entérale à domicile

L'ensemble des participants constatent la multiplication des prestataires de service (Home care , homeperf, proximed, LVL, Locapharm, studio santé...) qui démarchent dans les services afin qu'on fasse appel à leur service quand les patients sortent et nécessitent des supports techniques (oxygène , ventilation , alimentation) .

Ceci pose deux problèmes :

- est ce que les prestataires demandent systématiquement une autorisation au directeur pour démarcher dans les services ? qui démarchent-ils ?

- est-on sûr de la qualité de la prise en charge des patients qui sortent de l'établissement ?

Le Dr SIMON propose de rédiger un cahier des charges à destination des prestataires concernant la prise en charge nutritionnelle des patients. L'ensemble des prestataires devant répondre à ce cahier des charges, le CLAN délivrerait un « label » aux prestataires remplissant ce cahier des charges.

La liste des prestataires serait diffusée auprès des services. Théoriquement ce sont les patients ou leur famille qui doivent choisir leur prestataire et pour cela une liste devrait être mise à leur disposition.

Mme Bourliot s'interroge sur la validité juridique de cette pratique. Mme Marie-Pierre Tonnelier, pharmacienne, ne voit pas d'objection à pratiquer de la sorte.

Il est décidé de se renseigner auprès de personnes avisées pour trancher ce débat.

La séance est levée à 19 heures.