

Présentation Rapport REX

LE GALL Morgann



Présentation du projet en juin 2014 à la réunion de l' Interclan

- Projet d'aider les centres à améliorer le dépistage et la prise en charge des patients dénutris
 - Par le biais de réunions d'état des lieux du dépistage par territoire
 - Mise en place d'un fascicule d'uniformisation du dépistage , de la prise en charge et du codage de la dénutrition
 - Implication d'une personne ressource par territoire géographique pour organiser les réunions et le relais des informations

Les résultats attendus en juin 2014

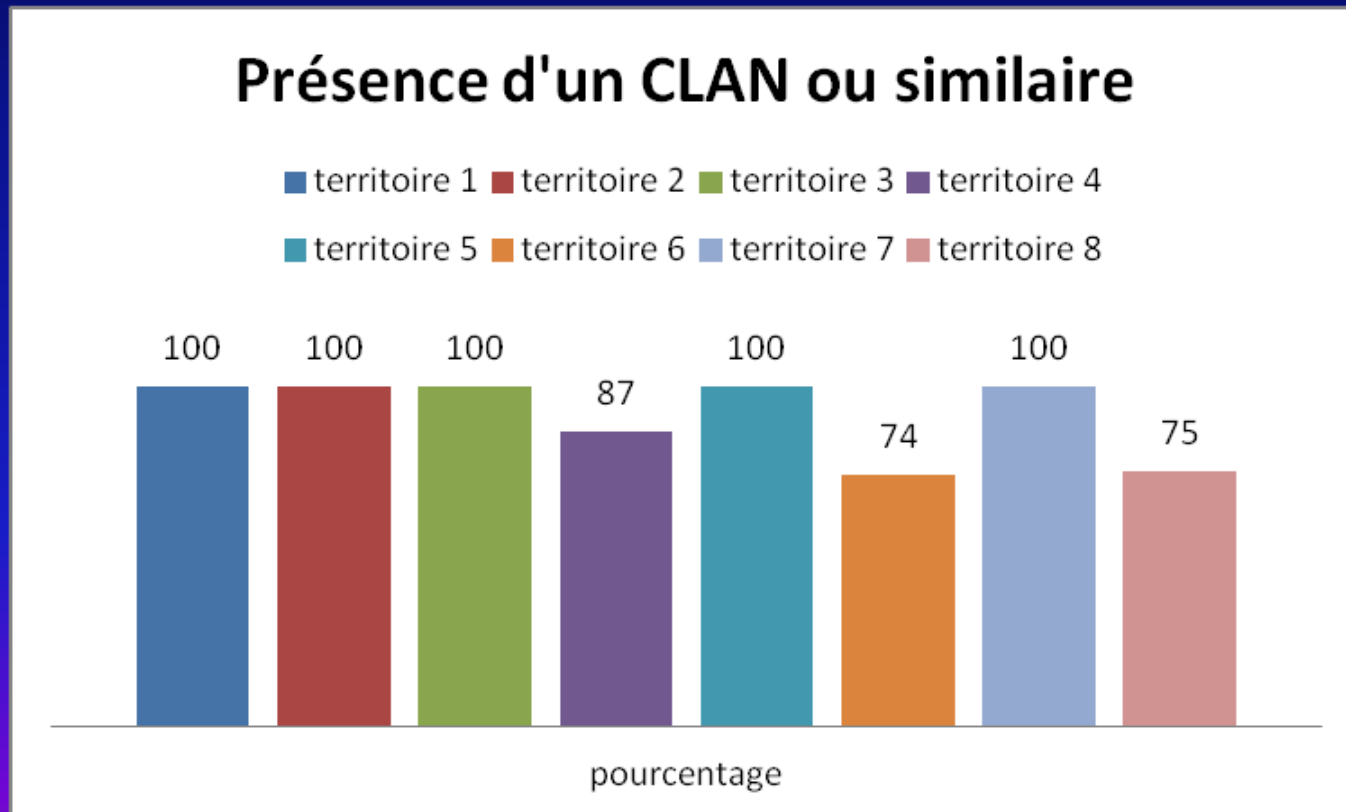
- Amélioration et uniformisation du dépistage et de la prise en charge pour les patients
- Diminution des durées de séjour, des complications en cas de chirurgie chez un patient dénutri
- Diminution des séjours répétés
- Optimisation du suivi des patients dénutris
- Augmentation du codage et donc des moyens pour pérenniser la prise en charge des patients dénutris

Déroulé du projet

- 2 réunions par territoire de santé: de janvier à février 2015 puis de mai à juillet 2015.
- Chaque réunion a permis de voir comment était organisé le dépistage de la dénutrition dans chaque centre, quels étaient les freins rencontrés et les autres problèmes liés à la prise en charge.
- La deuxième réunion permettait de rapporter ce qui avait été vu dans les autres territoires et de savoir si la première réunion avait fait bouger les choses.
- Un questionnaire était envoyé avec les codages DIM pour avoir quelques statistiques.

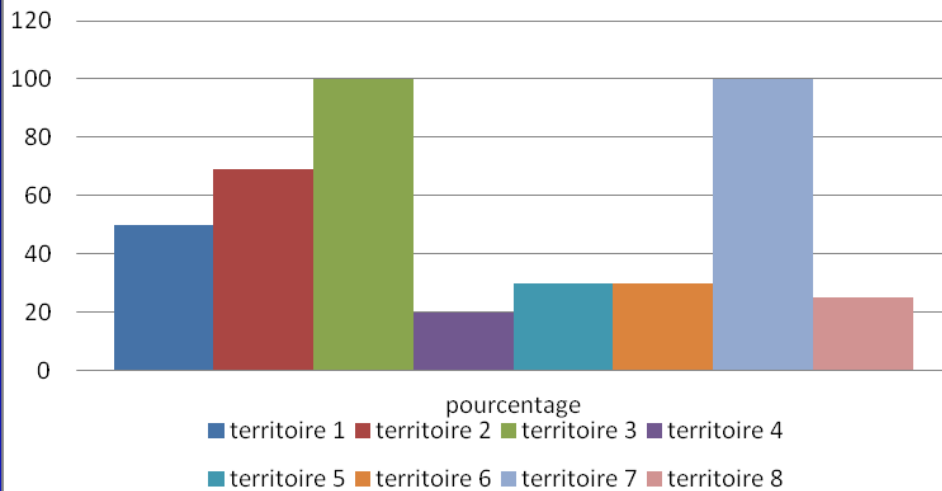
Résultats des questionnaires

-Peu de questionnaires reçus.

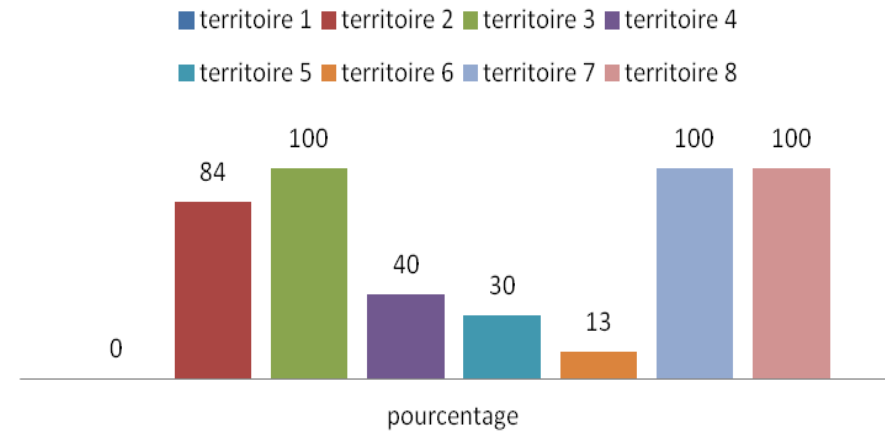


Résultats (2)

Existence d'une EPP ou d'un Audit



Présence d'un protocole d'évaluation nutritionnelle



Résultats (3)

Présence systématique d'un ITEM nutrition dans le CRH

■ territoire 1 ■ territoire 2 ■ territoire 3 ■ territoire 4
■ territoire 5 ■ territoire 6 ■ territoire 7 ■ territoire 8

38

19

24

17

0

0

0

0

pourcentage

codage de la dénutrition

■ territoire 1 ■ territoire 2 ■ territoire 3 ■ territoire 4
■ territoire 5 ■ territoire 6 ■ territoire 7 ■ territoire 8

50,6

13,4

11,1

8,3

0

0

0

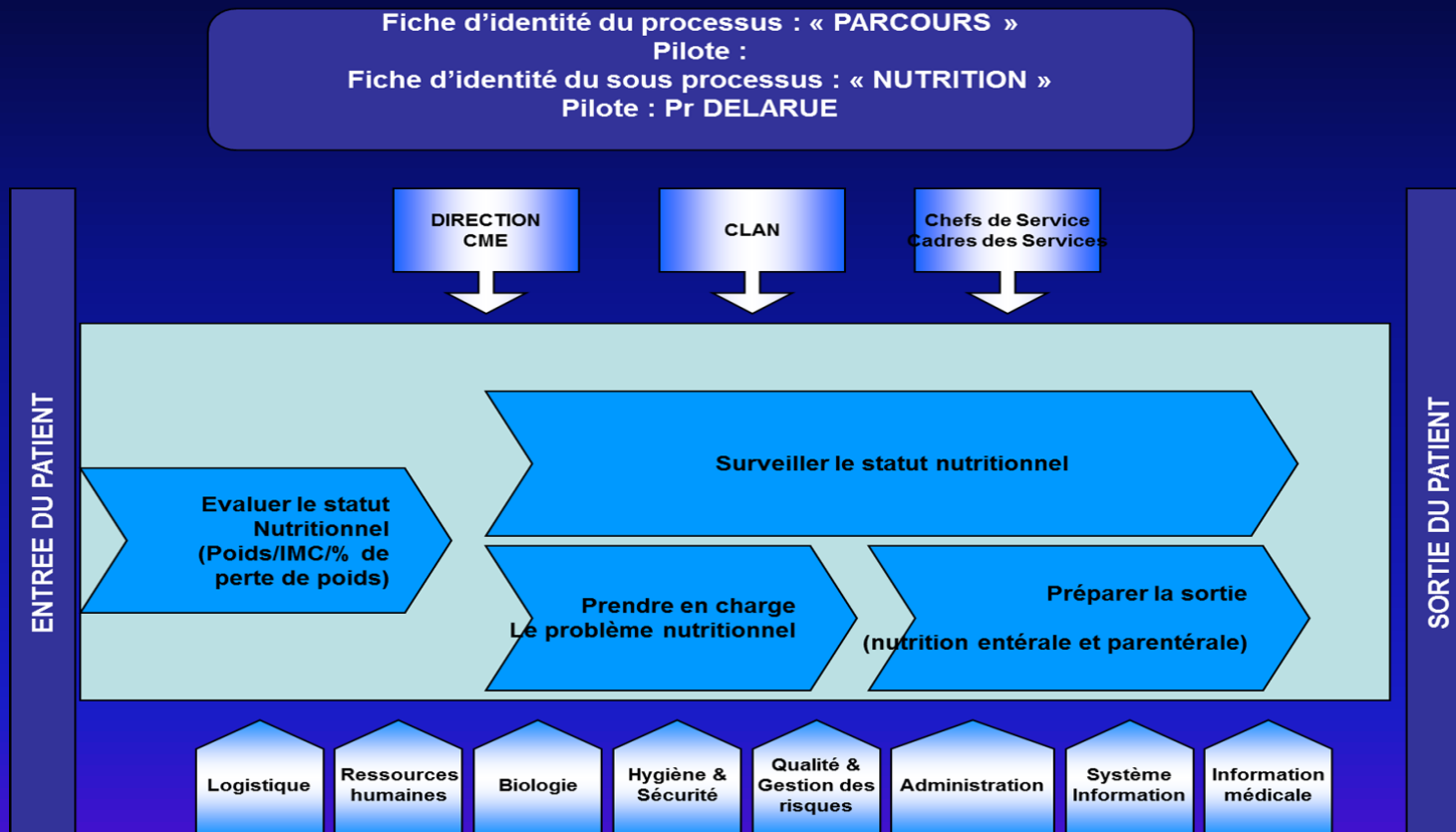
0

pourcentage de séjours codés dénutrition

Résultats (4)

- En globalité, la Bretagne a su mettre en place dans 92% des cas une structure de type CLAN.
- Dans quasi 100% des questionnaires le poids la taille et l'IMC sont retrouvés dans le dossier patient.
- Il persiste des disparités dans les équipements et la quantité de personnel soignant suivant les établissements.

Proposition: protocole qualité



Mise à jour le XX/02/2015 / Nom
Validé le XX/02/2015 par

Proposition: protocole qualité

Identification du risque	Objectif(s)	Action(s) d'amélioration	Pilote	Début prévu	Début réel	Echéance prévue	Modalités / Indicateurs de suivi	État d'avancement
R1	Améliorer le repérage de la dénutrition à l'admission et en cours d'hospitalisation	Une organisation est formalisée dans toutes les unités (à l'aide du MOP mis à disposition ou de tout autre document) Qui fait Quoi et Quand	Anne Raoul (Direction des soins) Dr Coutté	Juin 2015		Juin 2016	Suivi dans le cadre du diagnostic Qualité	En cours
R1	Idem	Réactualiser le guide	Dr Guillem		Janvier 2015	Mai 2015	Guide sur l'intranet présentation en CLAN	Finalisé
R1	Idem	Créer un triptyque « dénutrition » à l'intention des médecins et paramédicaux	Dr T. Perrichot		Janvier 2015	Octobre 2015	Présentation dans tous les services de MCO	Finalisé
R1	Idem	Actualiser le paramétrage IPS concernant l'écran dédié afin de tenir compte de l'évolution des recommandations	Pr Delarue Dr Le Reun		Avril 2015			Finalisé
R1	Idem	Améliorer le fonctionnement d'IPS (un poids peut en écraser un autre, pas de lien entre Crossway et HEO pour le poids ...) grâce au déploiement de la nouvelle version de Crossway et d'HEO	Dr Le Reun		9 juin 2015			Finalisé
R6	Réduire les risques d'erreur de régime ou de texture en absence d'interface entre Datameal et IPS	En l'absence d'interface possible entre Datameal et IPS, organisation de formations auprès des aides-soignantes afin que les informations concernant les régimes et textures prescrits par les médecins sur IPS soient transcrits dans Datameal	Mme Paquet (unité de production culinaire)	Sept 2015		Décembre 2015		
R3	Prévenir les complications des nutriments entérales et parentérales lors de l'hospitalisation	Protocoliser les prises en charge	Dr Guillem		Janvier 2015	Mai 2015	Guide sur l'intranet présentation en CLAN	Finalisé
R3	Idem	Guide de prescription à compléter avec les mesures de prévention (mise en place et surveillance)	Dr Guillem		Janvier 2015	Mai 2015	Guide sur l'intranet présentation en CLAN	Finalisé
R3	idem	Promouvoir la nutrition entérale versus celle parentérale (guide)	Dr Guillem		Janvier 2015	Mai 2015	Guide sur l'intranet présentation en CLAN	Finalisé
R4	Eviter les ruptures de PEC nutritionnelle (notamment dans la filière nutrition entérale à domicile)	Check list sortie à compléter (case nutrition)	Anne Raoul (Direction des soins)	Sept 2015		Juin 2016	Audit documents de sortie	
	Recueillir l'information et la partager auprès des établissements du territoire de santé 1		Dr Le Gall			Juin 2015		
	Diffuser le tryptique, communiquer via les listes de diffusion, communiquer à la Commission des soins infirmiers		Pr Delarue			Juin 2015		En cours

Proposition: dépistage

- Investir dans du matériel de pesée et une toise par service.
- Inscrire dans la fiche de poste institutionnelle des aides soignantes de peser et mesurer les patients à l'entrée.
- Responsabilité du cadre dans la mise en œuvre de la fiche de poste.
- Faire un « triptyque » rappelant les critères officiels de dépistage et les conseils de prise en charge.
- Afficher un poster dans chaque service avec les critères de dénutrition et le codage.
- Rendre le dosage de l'albuminémie et de la CRP systématiques à l'entrée du patient.

Proposition: codage

- Afficher dans les bureaux médicaux les critères de codage de la dénutrition.
- Rendre obligatoire un Item : « état nutritionnel » dans le CRH pour permettre aux codeurs centralisés de pouvoir coder la dénutrition.
- Analyse semestrielle du codage à mettre en place par les DIM de chaque établissement.
- Implication du service diététique dans la procédure de dépistage et de codage en fonction des moyens disponibles.

Proposition: communication

- Proposition capitale
- Information et diffusion des affiches, triptyques, et livret de nutrition.
- Directive de la Direction et de la CME
- Implication du service diététique pour se faire connaître des soignants au sein de chaque service.
- Courrier ou e-mail de motivation des personnels adressé par le service de communication ou la Direction ou la CME.
- Répétition de l'information.


Mise en œuvre:

- Modèle de projet fait au CHRU de Brest:
- En association avec la qualité de l'établissement plusieurs risques ont été formalisés :
 - Assurer le dépistage de la dénutrition
 - Assurer la prise en charge adaptée une fois le problème nutritionnel repéré
 - Prévenir les complications de la nutrition artificielle en hospitalisation
 - Eviter les ruptures de prise en charge à la sortie du patient
 - Le groupe de travail a ensuite défini un plan d'action pour prévenir et atténuer les conséquences des situations à risques.

Projet au sein du CHRU de Brest

- Mise en place d'outils informatiques:
 - Guide de nutrition artificielle de 39 pages validé par le CLAN
 - 2 outils dépistages :
 - une saisie obligatoire du poids et de la taille
 - Un encart logiciel de dépistage de la dénutrition
 - Un outil d'aide à la prescription de nutrition artificielle
 - Création et modification des « bons » informatiques pour une consultation diététique ou médecin nutritionniste.

Projet au sein du CHRU de Brest

	Validation CHRU : [SERVICE] Approbation : [SERVICE]	DEPISTAGE DE LA DENUTRITION	[] , F, 29 ans
	Date de mise à jour : Avril 2015		Localisation patient : 1081, chambre:137, lit : 1
			35.8 kg, 159.0 cm Albumine : 39 g/L au 28/08/15
IMC			
poids actuel : <input type="text" value="35.8"/> kg taille : <input type="text" value="1.59"/> m			
IMC (Indice de Masse Corporelle) = poids (en kg) / (taille (en m))² = <u>14.2</u>			
Etat nutritionnel (affiché dans le commentaire de l'IMC) Dépistage dès l'entrée par la mesure du poids et de la taille ! Toutes les variables doivent être renseignées pour que l'état soit définissable sauf en cas de dénutrition sévère			
Variable pour le dépistage de l'état nutritionnel			
Perte de poids :	Albumine : <input type="text" value="39"/> g/L	<input type="button" value="Calculer"/>	Albumine corrigée : <input type="text" value="39"/> g/L
<input type="button" value="Veillez choisir"/>	CRP : <input type="text" value="26"/> mg/L		
<small>note de 25 mg/L, il faut recalculer l'albuminémie en augmentant le dosage de 1 g/L némie en tenant compte de l'état inflammatoire évalué avec le dosage de la protéine C-réactive: CRP</small>			
<input type="button" value="Perte de poids inconnue"/> <input type="button" value="Pas de perte de poids"/> <input type="button" value=">5% en 1 mois ou >=10%"/> <input type="button" value=">=10% en 1 mois ou"/> <input type="button" value=">=15% en 6 mois"/>			
		<input type="button" value="Annuler"/>	<input type="button" value="Valider"/>

Projet au sein du CHRU de Brest

- Outils papiers: -Poster



La Dénutrition en 3 étapes : Diagnostic, Prise en charge et Codage

Un seul critère suffit! Dépistage dès l'entrée par la mesure du poids et de la taille!

1 - Critères du diagnostic	Adulte < 70 ans			Personne âgée ≥ 70 ans	
	Dénutrition			Dénutrition	
	légère	modérée	sévère	modérée	sévère
IMC (Poids/Taille ²)	> 17 kg/m ² et < 18,5 kg/m ²	≤ 17 kg/m ²		< 21 kg/m ²	< 18 kg/m ²
Pourcentage de perte de poids		≥ 5% en 1 mois ≥ 10% / valeur antérieure	≥ 10% en 1 mois ≥ 15% en 6 mois	≥ 5% en 1 mois ≥ 10% en 6 mois	≥ 10% en 1 mois ≥ 15% en 6 mois
Albumine Si CRP ≤25mg/l		< 30 g/l	< 20 g/l	< 35 g/l	< 30 g/l
Préalbumine Si CRP ≤25mg/l		< 110 mg/l	< 50 mg/l	MNA < 17 / 30 (Mini Nutritional Assessment)	
2 - Prise en charge	Alimentation HPHC de texture adaptée +/- CNO	Avis du service diététique Fax : cf bon diet	Avis Médecin Nutritionniste Fax 47 882	Avis du service diététique Fax : cf bon diet	Avis Médecin Nutritionniste Fax 47 882
3 - Codage	Pas de codage	Faire figurer « dénutrition modérée à sévère » et préciser au moins un des critères diagnostiques dans le courrier résumé de sortie ou dans le compte-rendu d'hospitalisation (Contact DIM: 47 549)			

CNO : Complément Nutritionnel Oral; HP HC : HyperProtidique HyperCalorique

Projet au sein du CHRU de Brest

-Tryptique 1

Etape 1 - le dépistage

- ♦ **Poids** dès l'entrée puis Pesée hebdomadaire à transcrire dans le logiciel IPS ou Crossway
- ♦ **Taille** à l'entrée (toise ou utilisation de la distance talon genou pour personnes alitées)
- ♦ Calcul de l'**IMC** (automatique dans IPS - fenêtre de dépistage de la dénutrition et dans Crossway)
- ♦ Calcul du **pourcentage de perte de poids** (cf diagramme ci-dessous)
- ♦ Dosage de l'**Albuminémie +/- PréAlbuminémie** conjointement à la **CRP** (correction selon le syndrome inflammatoire)
- ♦ Savoir répéter les dosages pour le suivi:
Albumine /21 jours et PréAlbumine /7 jours

Etape 2 - Les critères diagnostiques de la Dénutrition



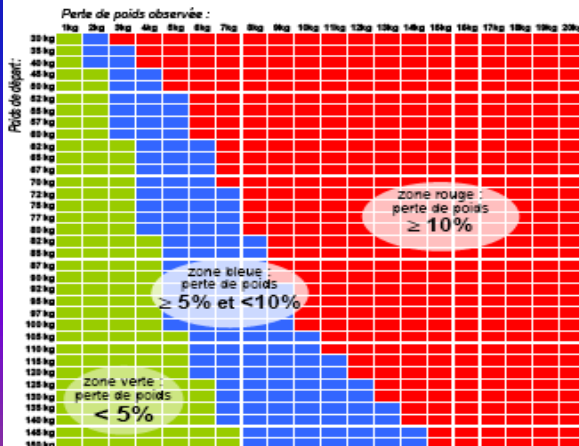
Un seul critère suffit pour le diagnostic de dénutrition

	Adulte < 70 ans			Personne âgée ≥ 70 ans	
	Dénutrition			Dénutrition	
	légère	modérée	sévère	modérée	sévère
IMC (Poids/Taille²)	> 17 kg/m ² et ≤ 18,5 kg/m ²	≤ 17 kg/m ²		< 21 kg/m ²	< 18 kg/m ²
Pourcentage de Perte de poids		≥ 5% en 1 mois ≥ 10% / valeur antérieure *	≥ 10% en 1 mois ≥ 15% en 6 mois	≥ 5% en 1 mois ≥ 10% en 6 mois	≥ 10% en 1 mois ≥ 15% en 6 mois
Albumine Si CRP ≤ 25mg/l		< 30 g/l	< 20 g/l	< 35 g/l	< 30 g/l
Préalbumine Si CRP ≤ 25mg/l		< 110 mg/l	< 50 mg/l	MNA < 17 / 30 (Mini Nutritional Assessment)	

* valeur de poids devant être mentionnée dans le dossier médical

Test MNA disponible sur Intranet (Outils > Soins)

Diagramme d'aide au calcul de la perte de poids



Etape 3 - Stratégie de Prise en charge et Codage

	Adulte < 70 ans			Personne âgée ≥ 70 ans	
	Dénutrition			Dénutrition	
	légère	modérée	sévère	modérée	sévère
Prise en charge	Alimentation HPHC + CNO	Faxer un bon d'avis diététique +/- CNO	Avis Médecin Nutritionniste Fax 47 882	Faxer un bon d'avis diététique +/- CNO	Avis Médecin Nutritionniste Fax 47 882
Codage	Pas de codage Faire figurer « dénutrition modérée à sévère » et préciser au moins un des critères diagnostiques dans le courrier résumé de sortie ou dans le compte-rendu d'hospitalisation (Contact DIM: 47 549)				

Bon de consultation Diététique à faxer au service diététique (cf numéros selon le site sur les bons)

Bon de consultation Médecin Nutritionniste à faxer au 47 882, Téléphone secrétariat 47 141



A LA SORTIE, ne pas oublier de reconduire les CNO sur l'ordonnance de médicaments.

Projet au sein du CHRU de Brest

■ Tryptique 2

Etape 4 - Les CND (Compléments Nutritionnels Oraux disponibles au CHRU de Brest)

Type	Nom Commercial	Volume	Calories totales	Protéines
Hypercalorique Normoprotidique (HC seul)	Fortimel Jucy	200ml	300 kCal	8 g
	Fortimel Yog	200 ml	300 kCal	12 g
Hyperprotidique Hypercalorique (HP HC)	Fortimel Extra	200 ml	300 kCal	20 g
	Fortimel Compact Protéin	125 ml	300 kCal	18 g
	Proten plus	200 ml	300 kCal	20 g
	Fortimel crème	125 g	200 kCal	12 g
HP HC Hypoglycémique	Fresubin DB Drink	200 ml	300 kCal	15 g
	Fresubin DB crème	125g	188 kCal	9,4 g

Sur avis diététique, existent aussi des gâteaux enrichis (Nutra'Cake), poudre de protéine (Protifar), poudre épaississante (Nutilis) et desserts riches en fibres

Etape 5 - La Nutrition Entérale

Indication : Tube digestif fonctionnel. Par Sonde Naso-Gastrique, Gastrostomie (GPE ou GPR) ou Jéjunostomie.

Besoins moyens : 25 à 35 kcal/kg/jr et 1 à 1,6 g/kg/jr de protéines.

TYPE	NE Standard IsoCalorique		NE Standard HP HC	
	NOM	Fresubin Original	Nutrison Multifibres	Fresubin Mégaréal
Présentation	Poches de 500 ml et 1L	Poches de 500 ml et 1L	Poches de 500 ml et 1L	Poches de 500 ml et 1L
Composition pour 500ml:				
Calories totales (kCal)	500	500	700	700
Protéines (g)	19	20	34,5	34,6
Osmolarité (mOsm/L)	220	250	313	240
Apports spécifiques		Fibres: 7,5g	ω3 et TCM	Fibres: 15g ω3 et TCM

Egalement disponibles après avis du médecin nutritionniste:

- Survimed QPD (500ml) : Nutrition semi-élémentaire 500kCal / 22,5g
- Sondalis T (500ml) : Gomme de Guar - Troubles gastro-intestinaux 500kCal / 20,5g
- Oral Impact Powder (74g) : ImmunoNutrition préopératoire de cancer digestif

Etape 6- La Nutrition Parentérale

⚠ Seulement si la voie digestive est inutilisable et si possible après avis du médecin nutritionniste.

TYPE	Voie Périphérique		Voie Centrale	
	PeriOlimel N4	PeriKabiven	SmofKabiven	SmofKabiven
NOM				
Volume (L)	1L	2L	0,5L	1L
Calories totales (kCal)	700	1400	550	1100
Azote (g)	4	7,2	4	8
Protéines (g)	25	45	25	50
Osmolarité (mOsm/L)	838	750	1300	1300
TYPE	Voie Centrale			
	NOM	SmofKabiven	Kabiven	Olimel N7
Volume (L)	1,5L	2L	2L	2L
Calories totales (kCal)	1600	1900	2280	2140
Azote (g)	12	10,8	14	18
Protéines (g)	75	67,5	87,5	112,5
Osmolarité (mOsm/L)	1300	1060	1220	1170

Ajout systématique d'1 ampoule de Décan® et de Cernévit®

NB: Vous trouverez plus de précisions sur les produits dans le livret « Aide de prescription d'une nutrition artificielle de l'adulte » à disposition sur Intranet

Conseils d'utilisation et d'évaluation de la tolérance :

- Uniquement si la voie digestive est inutilisable ou contre-indiquée. Toujours privilégier la voie entérale.
- Surveiller l'état veineux si la voie périphérique est utilisée.
- Surveillance biologique :
 - Ionogramme sanguin, glycémie, fonction rénale } Au démarrage puis 2 x/semaine
 - Phosphorémie, Magnésémie, Calcémie
 - Bilan Hépatique } 2 fois la 1ère semaine puis 1 x/mois
 - Triglycéridémie
- Prévention du Syndrome de Re nutrition Inapproprié (Apports excessifs s'exprimant par une hypoPhosphorémie et hypoMagnésémie notamment)
 - > Avis du Médecin Nutritionniste pour calcul des besoins et apports nutritionnels.

La dénutrition au CHRU de Brest:

Dépistage, prise en charge et codage en 6 étapes !



Département de Nutrition :

Professeur Jacques Delarue, chef du Département

Secrétariat	47 141
Fax (pour les bons de consultation Médecin Nutritionniste)	47 882
Poste infirmier	47 145
Bureau des internes	47 142
Mme Catherine Le Loc'h, cadre infirmier	47 143

Service diététique :

Fax (pour les bons de consultation diététique)

- Site de la Cavale Blanche	47 563 ou 47 661
- Site de Morvan	23 873
- Sites de Guilers et Bohars	15 934

Projet au sein du CHRU de Brest

- Communication:
 - La diffusion des outils est actuellement en cours.
 - Un mail à été envoyé par le service de communication et validé par la CME pour rappeler l'importance de la nutrition au sein de l'établissement.
 - Une interview dans le magazine du CHRU du Pr Delarue sur l'épidémiologie de la dénutrition et ses conséquences médicales et économiques, et la présentation des différents outils récemment mis en place.
 - Une réunion vis-à-vis des cadres supérieurs va être effectuée pour présenter les différents outils.
 - Une journée de sensibilisation est en cours de discussion.

Projet au sein du CHRU de Brest

■ Tableau récapitulatif de la démarche

Étapes récapitulant la démarche institutionnelle	
Étape 1	Enquête DIM sur la prévalence du codage de la dénutrition
Étape 2	Manque à gagner pour le CHRU de Brest estimé par l'enquête
Étape 3	Élaboration d'un document d'aide au prescripteur "triptyque"
Étape 4	Élaboration d'un tableau récapitulatif pour affichage en "poster"
Étape 5	Réunions pour placer le projet "dénutrition" au cœur du projet de soin
Étape 6	Présentation et validation de la démarche par la direction
Étape 7	Mise en place d'un plan de communication et impression des outils
Étape 8	Diffusion et information sur les outils et leur intérêt pratique

Objectifs attendus:

- Au niveau local: augmentation du dépistage et de la prise en charge. Passer à 20% de codage de dénutrition en 3 ans.
- Au niveau régional:
 - proposer une démarche qualité applicable à tous type d'établissement
 - Améliorer le reflet de la prise en charge actuelle
- Au niveau national: montrer que la région Bretagne est pilote dans le dépistage nutritionnel

Conclusion

- Déployer les propositions faites sur le territoire avec toutes les adaptations nécessaires en fonction des particularités territoriales.
- Pour atteindre une augmentation du dépistage, il nous faut continuer à investir dans ce projet au cours de l'année 2016.
- De même, une évaluation chiffrée (taux de codage, DIM, etc.) devra être effectuée fin 2016 pour apprécier l'évolution sur le territoire.

Merci à tous d'avoir participer à
cette démarche