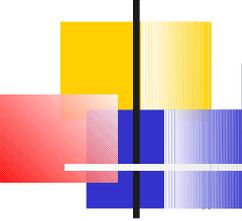


# **Les Unités transversales de nutrition clinique : Bilan des 3 ans**

---

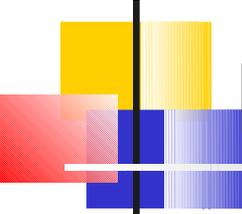
Le groupe de suivi Dr E. Alix, Pr. C. COUET, Dr M  
FERRY, Me L.MONIER, Me F.ROSSI-PACINI, Me D.  
PERRON



# Les UTNCs dans le temps

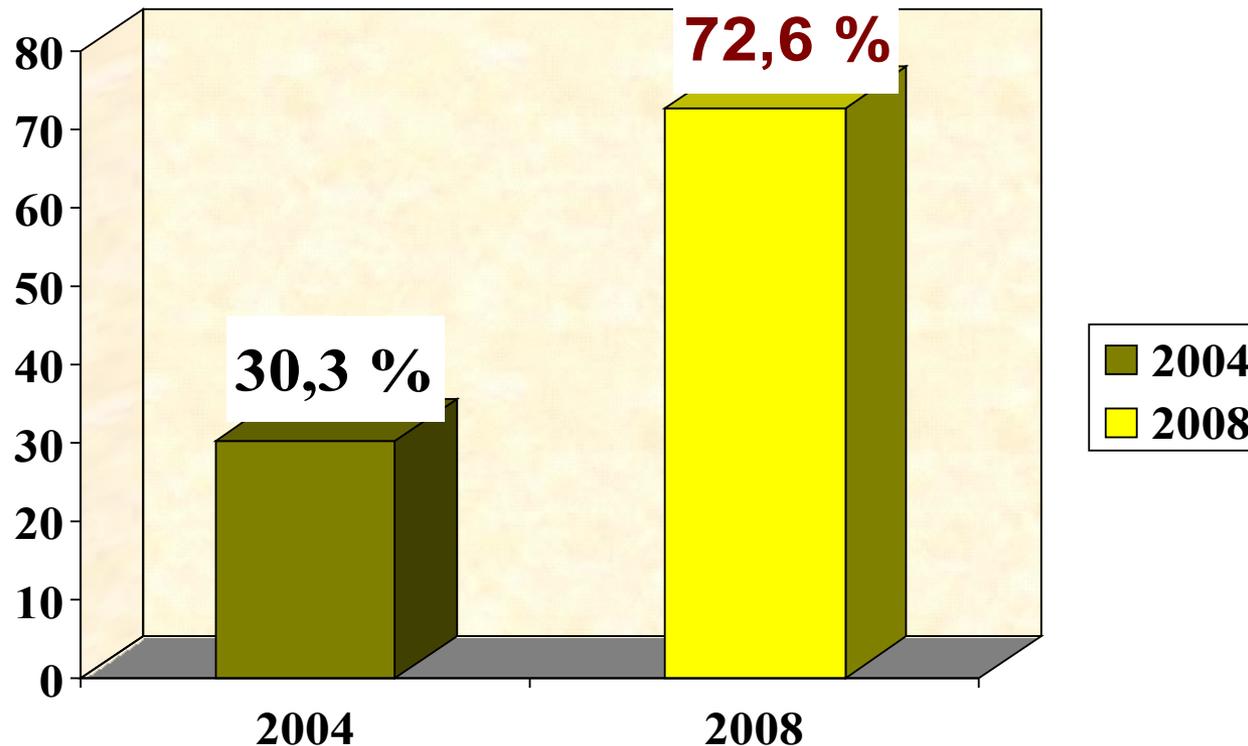
---

- Démarrage dans les années 1973-74 aux USA (Nutritional support Team: N.S.T.)
- Prévalence des NST: 29% aux USA, jusqu'à 37% au royaume uni, et 5 % en Europe (2002) voire 2.3 à 2.8% dans les dernières enquêtes de 2005 et 2007(JC Desport et coll 2009).
- Dispositions réglementaires lors de l'officialisation des CLAN et le décret fixant la création du CNANES en 2002. (PNNS1)
- Travail de réflexion sur le cadre des missions et profils de poste des futures UTNC au cours du PNNS2 (sous l'égide de Claude RICOUR) 2005-2006.

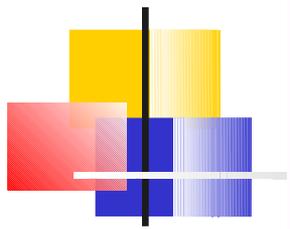


# La montée en charge des CLANs

---



**Près de  $\frac{3}{4}$  des E.S. ont un CLAN; Le % de CLAN a plus que doublé en 4 ans ( $p < 0,0001$ )**

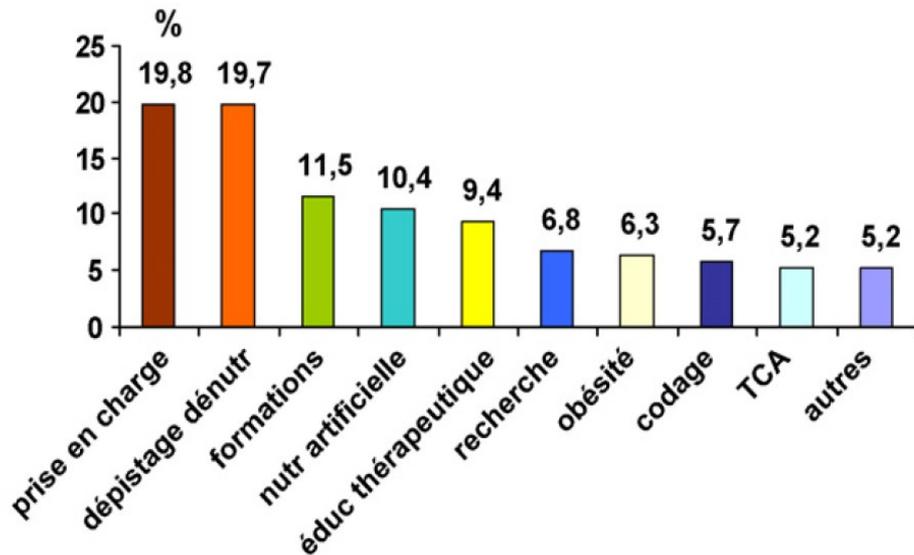


**C  
L  
A  
N  
  
2  
0  
0  
8**



# Enquête DHOS 2008

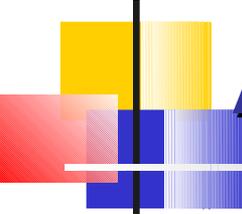
JC Desport, E Alix, JF Zazzo et coll.



**UTNC** : 1,9 % (n=24)

VS (28 % 2004, mais ...)

- Age UTNC : 6,5 ans
- Locaux dédiés : 58,4 %
- Matériels dédiés : 58,3 %
- Rattachement : Pôle 77,3 %

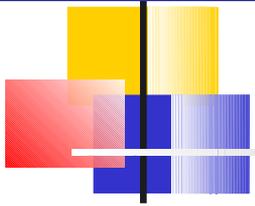


# Appel d'offre DHOS

---

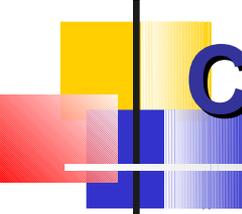
- Lancement d'un appel d'offre aux CHU: Décembre 2006
- Objectif expérimental : financer sur des fonds MIGAC 7 unités transversales de nutrition clinique (UTNC), en apprécier l'organisation interne, les effets sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition, améliorer les pratiques de renutrition, former les équipes hospitalières et mettre en place une recherche clinique. Optimiser la production médicale de la T2A
- Mise en place d'un Jury multi-professionnel (Médecin, cadres de santé soignants et diététiciens) chargé d'apprécier les candidatures (élimination des conflits d'intérêt)

# Résultats appel d'offre UTNC 2007



**Organisation pratique**  
**Méthode d'évaluation**  
**Financement MIGAC**  
**Comité de suivi annuel**  
**Livre Blanc**

<b>CHU Rouen</b>	<b>(P Dechelotte)</b>
<b>CHU Lille</b>	<b>(D Seguy)</b>
<b>Groupe Hospitalier Joffre Dupuytren</b>	<b>(B Derrycke)</b>
<b>CHU Caen</b>	<b>(MA Piquet)</b>
<b>CHU Toulouse</b>	<b>(P Ritz)</b>
<b>CHU Nancy</b>	<b>(D Quillot)</b>
<b>Hospices civils de Lyon</b>	<b>(C Chambrier)</b>
<b>Hôpital Necker</b>	<b>(V Coulomb)</b>

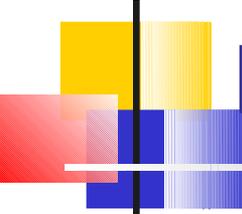


# Composition de l'UTNC

---

**Dotation annuelle MIGAC : 214.000 €**

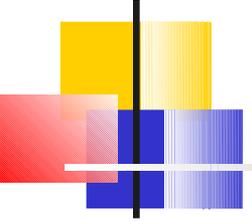
- Un Praticien Hospitalier Temps plein
- Une IDE temps plein
- Un diététicien temps plein
- Une Secrétaire mi-temps



# Missions de l'UTNC

---

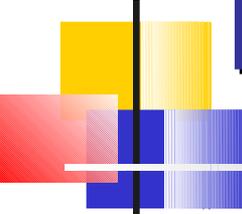
- Dépister systématiquement la dénutrition dans les unités de soins .
- Prendre en charge les patients dénutris en hospitalisation et en consultation et développer l'ETP.
- Mesurer l'évolution des complications de la dénutrition et du surcoût qu'elles impliquent (dans le cadre de projet de recherche clinique).
- Suivre l'évolution des consommations de CNO, de Nut. entérale et parentérale.
- Développer l'enseignement de la nutrition aux personnels médicaux et paramédicaux des services de soins.
- Valoriser les actions de l'UTNC par le codage de la dénutrition



# Durée de l'expertise et condition de l'évaluation

---

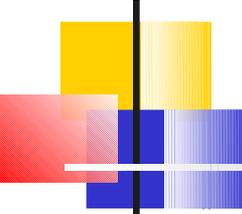
- 3 ans (2008 - 2010)
- Réunion annuelle à la DHOS (une réunion informelle intermédiaire aux journées de la SFNEP). Rédaction d'un rapport d'activité dont la trame a été construite par un comité de suivi composé des membres du jury.
- Synthèse et proposition éventuelle de recherche clinique coopérative.
- Rédaction d'un **livre blanc** ou d'un **rapport** destiné à la promotion des UTNC dans les E.S..



# Des UTNC hétérogènes

---

- **Pas de point zéro possible** pour les UTNC disposant d'une expérience précédent l'appel d'offre (Rouen, Lille, Caen)
- **Affectation tardive des crédits pour certaines UTNC.** Pour certains l'expérimentation n'aura duré réellement que 2 ans
- **6 UTNC généralistes**, une **gériatrique**, Une **pédiatrique** est dotée du temps médical partiel qui n'a pas été affecté à Nancy.
- **Un territoire d'action à topographie variable:** limité ( Necker, Caen, Nancy, Joffre Dupuytren), beaucoup plus large (Toulouse, Lille) et sur de nombreux sites pour Lyon **avec les mêmes moyens**
- **Recrutement** sur fiche de poste par type de professionnel, construite par Lyon, Caen et Toulouse sans difficultés majeures.

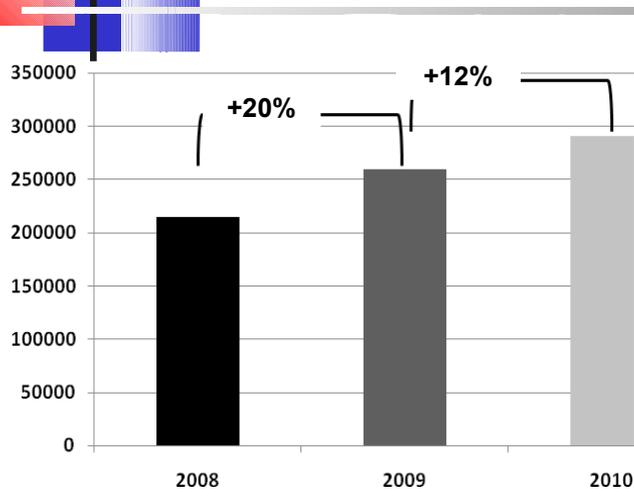


# Résultats - 1 -

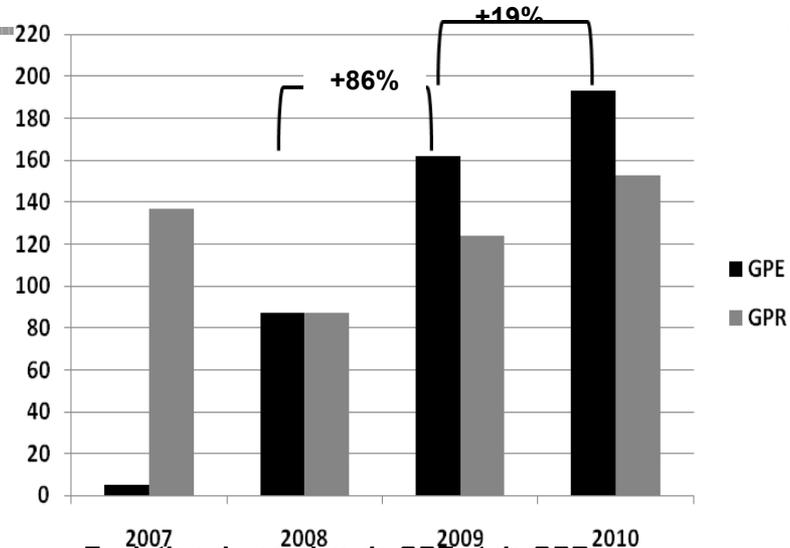
---

- **Accroissement rapide du dépistage et de la prise en charge des patients dénutris x 2 à 3**
  
- **Amélioration des pratiques en matière de nutrition artificielle** avec réduction de la nutrition parentérale ou amélioration des conditions d'usage (indication, prescription et traçabilité), au profit de la nutrition entérale. Prise en compte de la dénutrition entraînant une forte augmentation des CNO.

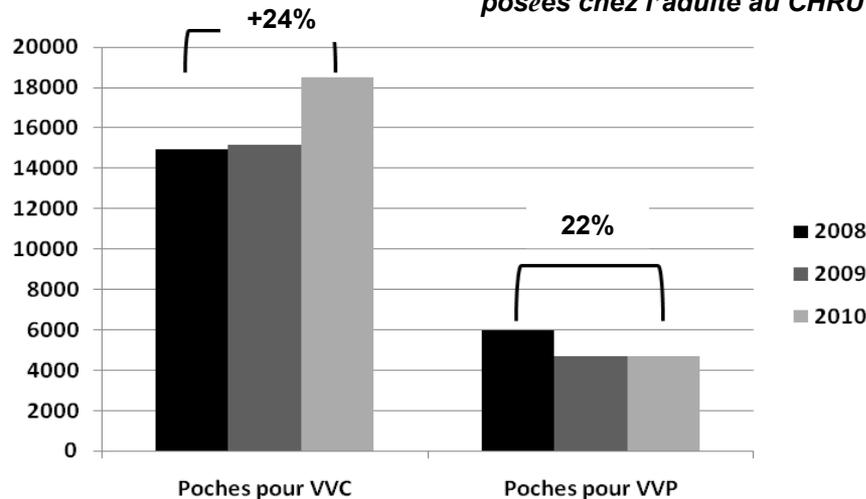
# Evolution des consommations de nutrition entérale et parentérale



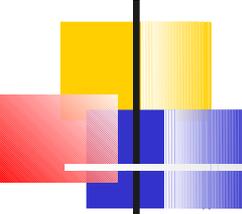
Evolution de la consommation annuelle de poches de nutrition entérale



Evolution du nombre de GPE et de GPR posées chez l'adulte au CHRU



UTNC Lille

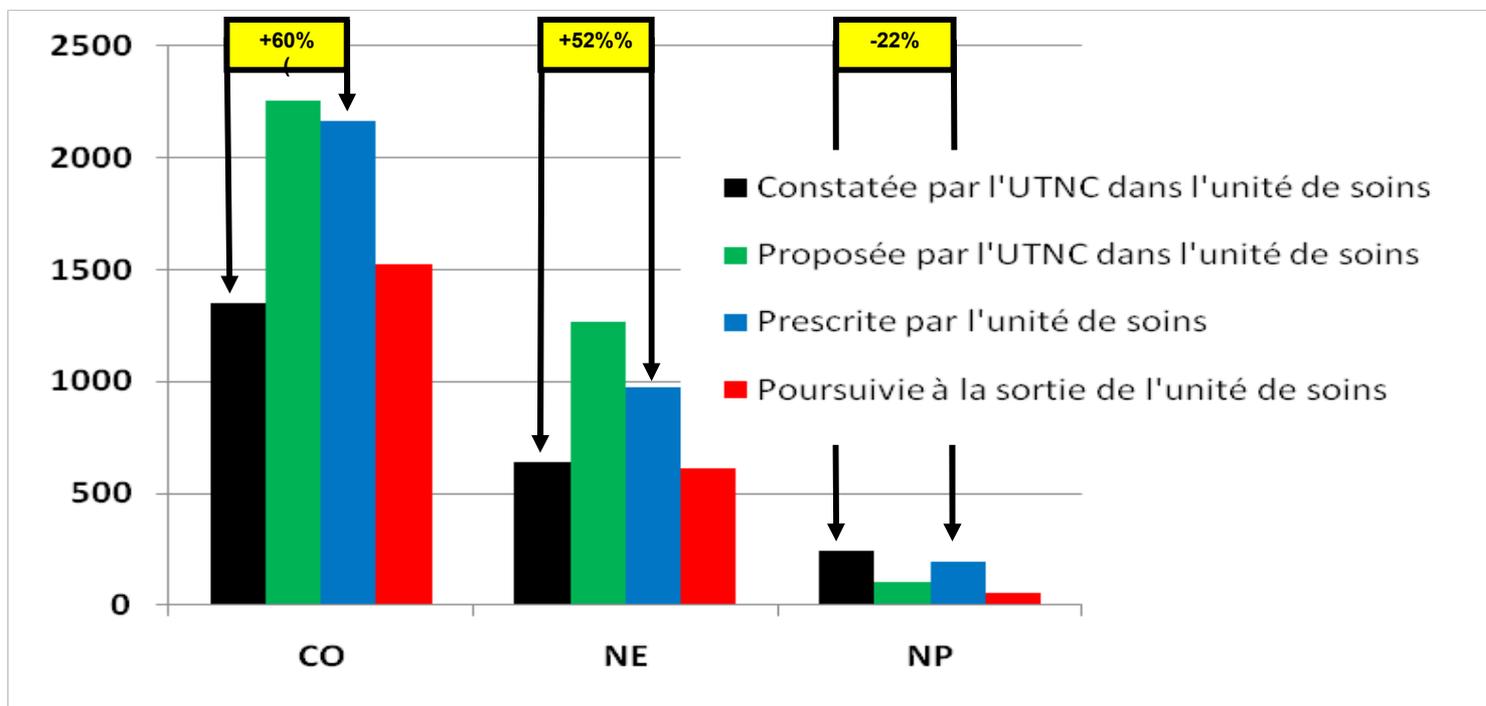


## Résultats - 2 -

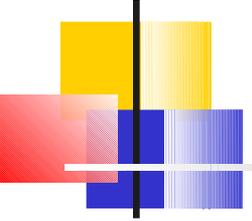
---

- **Création d'organisation originale** avec le service de diététique en place: Intégration préconisée et réalisée de l'équipe de diététique partiellement ou totalement à l'UTNC
- **Déploiement du dépistage** selon une technique à 3 niveaux
  - N1 Dépistage de l'UF (équipe médicale et soignante)
  - N2 Evaluation et prise en charge par la diététicienne de l'UF
  - N3 Intervention de l'équipe diététique -médecin nutritionniste
- Des idées originales (et indispensable) pour l'équipement:  
« Balance Day »
- Des adaptations sous la forme de spécialisation de personnels dédiés à la pesée et la mesure de la taille

# Influence de l'UTNC sur la prescription de la nutrition



UTNC Lille

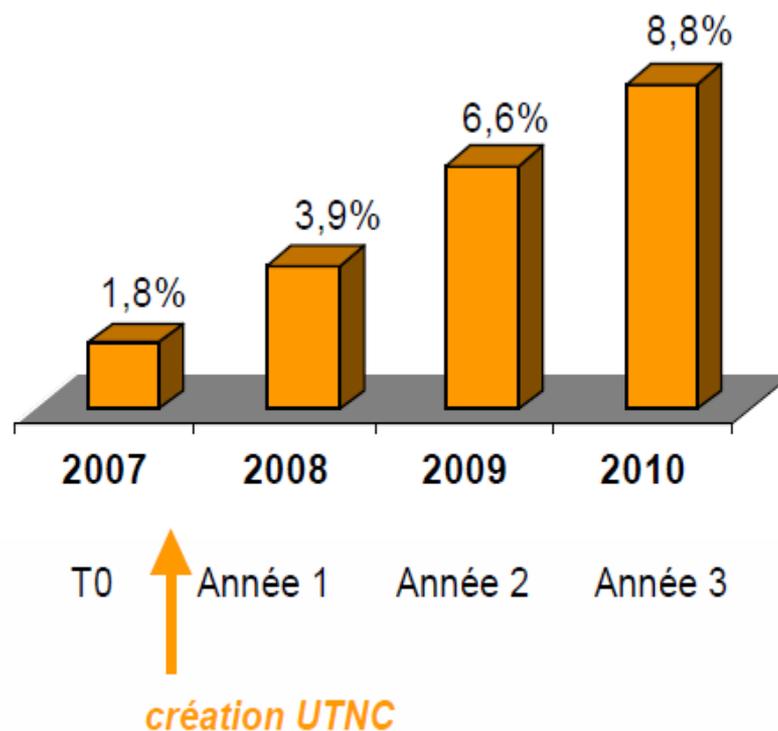


## Résultats - 3 -

---

- **Montée en charge de la formation interne** des médecins et des soignants (déjà réalisée auparavant par les acteurs en place ou grâce aux CLAN). Formations extérieures essentiellement dans le cadre du réseau gérontologique auprès des structures d'EHPAD.
- **Une valorisation par la T2A** qui a nécessité l'implication de toute l'équipe de l'UTNC avec une amplitude de financement qui permet en l'état de la rémunération des codes de dénutrition, un autofinancement de ces structures .

# Codage de la dénutrition UTNC Caen

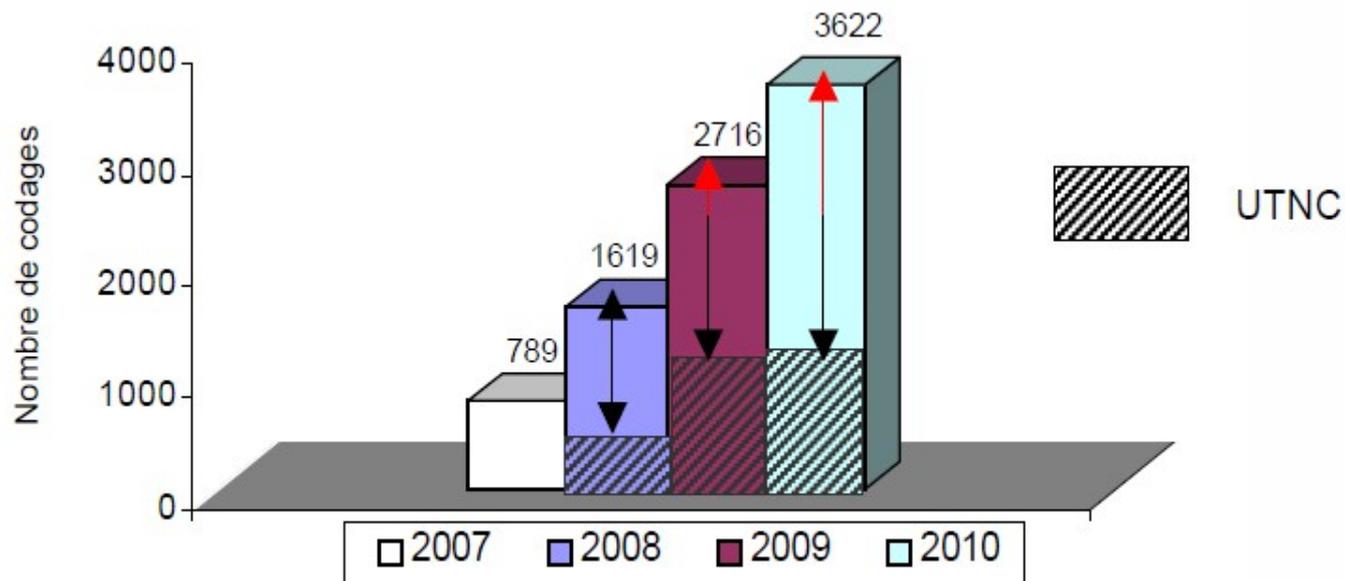


## Evolution du codage de la dénutrition

(nombre de code de dénutrition rapporté au nombre de séjours  $\geq 48h$  au CHU de Caen)

# Codage de la dénutrition

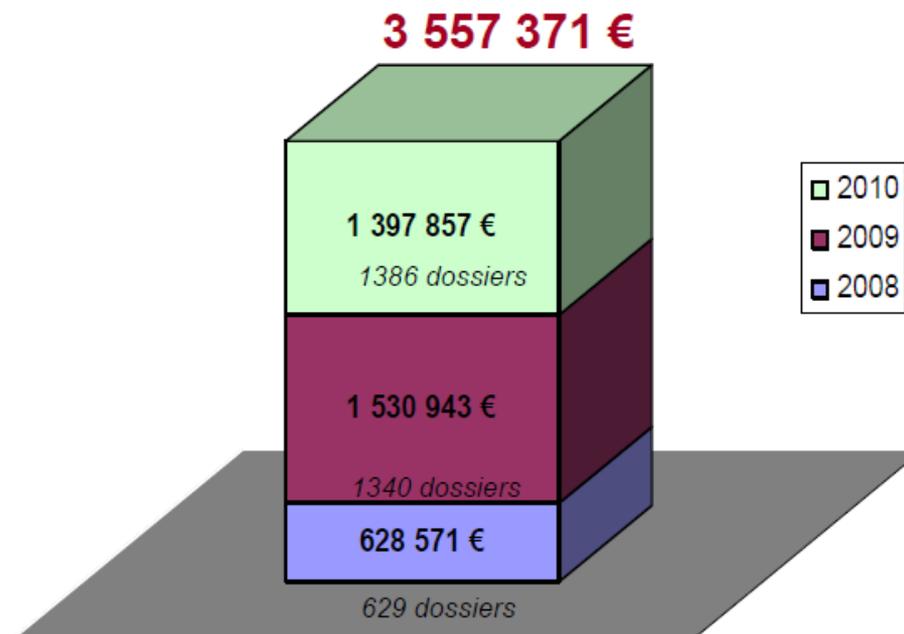
## UTNC Caen



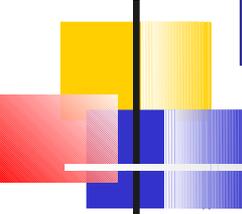
Augmentation du codage de la dénutrition par les services

	2008	2009	2010
Effectif	729	1476	1496
Age (ans) moyenne $\pm$ écart-type	62 $\pm$ 17	63 $\pm$ 17	65 $\pm$ 17
Homme vs Femme	58% vs 42%	58% vs 42%	57% vs 43%
Dénutrition sévère : E43	76%	79%	78%
Dénutrition modérée / légère : E44.0 / E44.1	24%	21%	22%

**Caractéristiques des patients dénutris dépistés**



**Valorisation des dossiers de patients dénutris dépistés par l'UTNC**

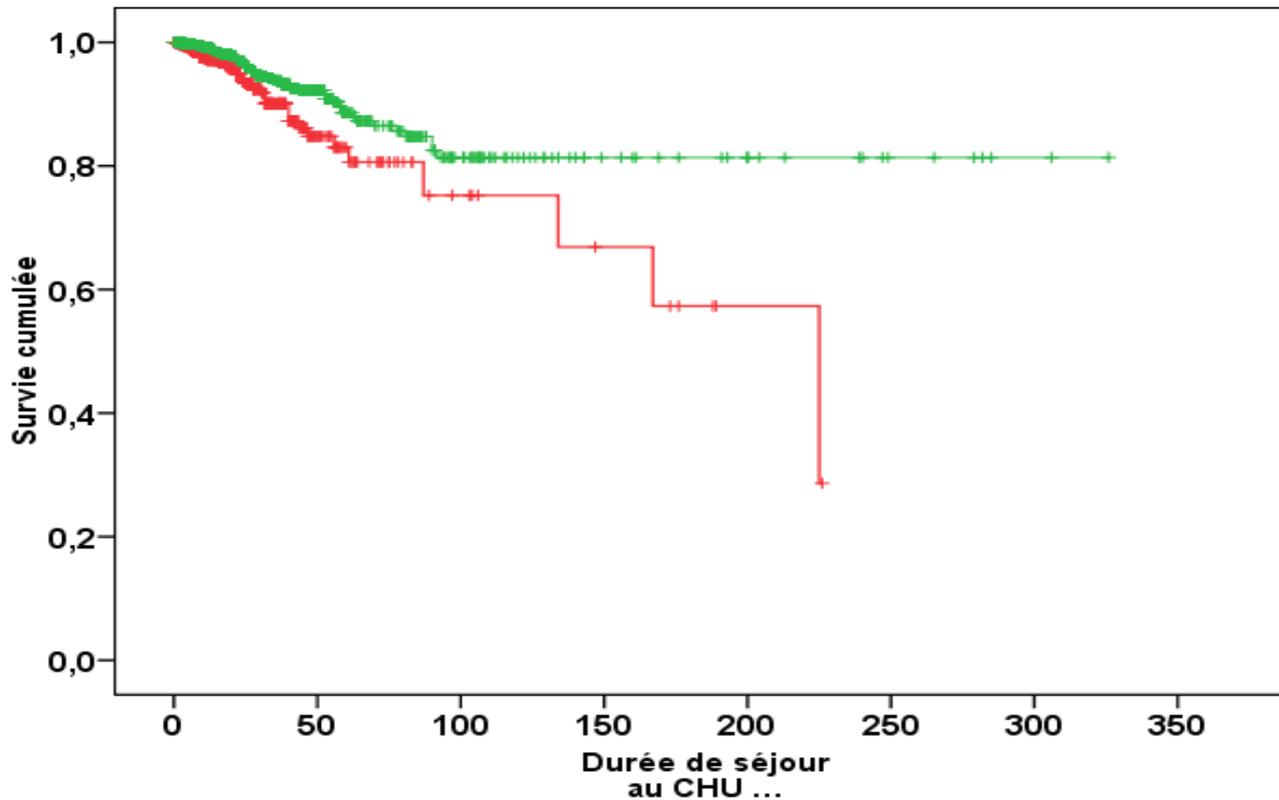


## Résultats - 4 -

---

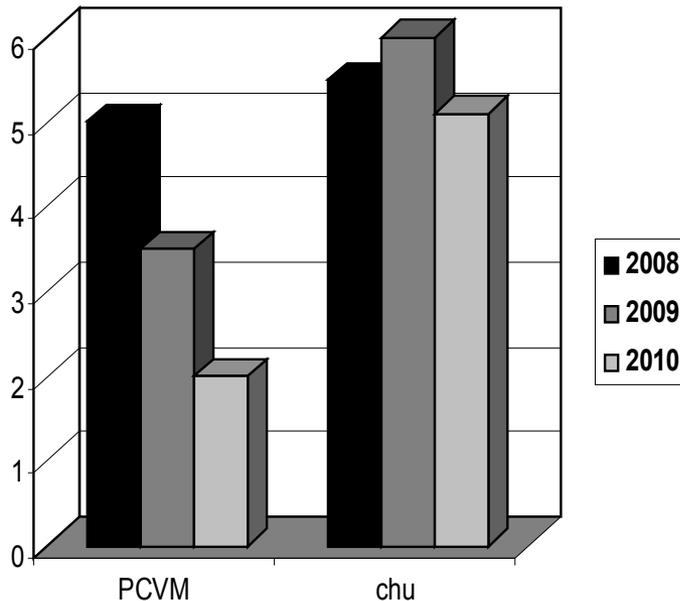
- **Accroissement du nombre de consultations externes de** diététique et coopératives diététicien-médecin ou médecin infirmières (pour éducation et changement de sonde).
  - Mise en place d'ETP sur le modèle HAS en petit nombre.
- **Travaux de recherche:**
  - Poursuivis dans les UTNCs existants avant l'appel d'offre.
  - Dans les autres UTNCs nouvellement créés les actions d'organisation pour un maillage de l'hôpital ont été privilégiés.

# L'intervention nutritionnelle améliore la survie (UTNC Lille)

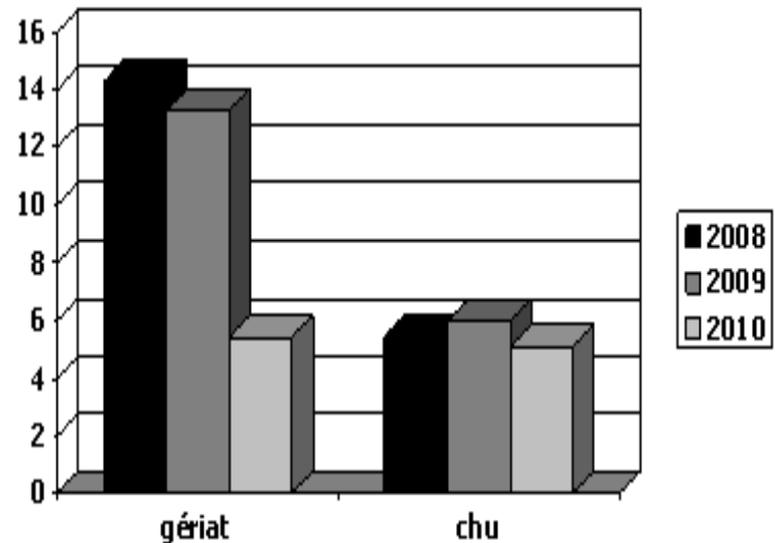


63 DC pour 1185 NE faites vs. 80 DC pour 845 non faites  
(Kaplan Meier, log Rank;  $p < 0.00001$ )

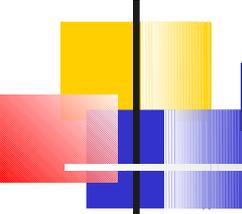
# L'intervention nutritionnelle diminue la fréquence des Infections nosocomiales (UTNC Toulouse)



Taux de prévalence des infections nosocomiales dans le pôle cardiovasculaire et métabolique



Taux de prévalence des infections nosocomiales en moyen séjour de gériatrie



# Impacts des UTNC?

---

Principaux effets positifs des unités transversales de nutrition (UTN), liés à une meilleure prise en charge des patients et à la réalisation d'économies de santé.

---

Effets positifs

---

Baisse de la fréquence des nutriments parentéraux inadaptés

[2,11,18,23,25,27,31]

Réduction des complications de la nutrition parentérale (complications infectieuses [2,11,14,19,21,25,26,32], métaboliques [14,20] ou mécaniques [13,26])

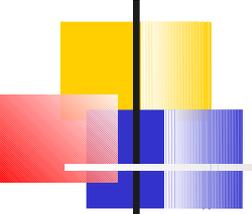
Augmentation du recours à la nutrition entérale [6,11,18,32]

Réduction de la durée de séjour [2,6,21,28,33]

Baisse de la mortalité [21,28]

Meilleurs dépistages nutritionnels [20,27,34]

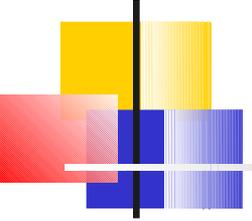
---



# Points forts

---

- **Une greffe qui prend** mais un délai encore trop court pour juger pertinence et bénéfice pour le patient.
- **Un lien organique avec le CLAN qui est garant de la politique nutritionnelle de l'E.S.**
- **Intégration du service de diététique** au sein de l'UTNC : condition du succès. (Mais tous n'ont pas choisi cette option)
- **Une efficacité sur:** le dépistage, la prise en charge en fonction de la gravité et la complexité de la situation (sur une action à 3 niveaux), les consultations externes, les formations internes.
- **Autofinancement de la structure par la T2A.**

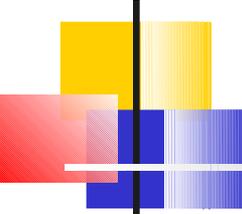


# Points faibles:

Qui trop embrasse mal étreint.....

---

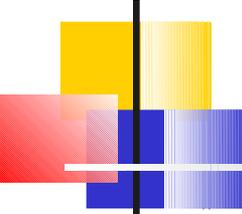
- **Une UTNC = zone géographique** d'activité délimité par rapport à sa capacité. Pas de niveau de nombre de lits : proportionnalité des moyens selon taille de l'ES et les missions.
- **Ouverture sur la ville:** Réseaux ouverts sur la ville uniquement dans la structure gériatrique
- **E.T.P.** reste à développer (structure très chronophage)
- **Contractualisation avec les pôles** en « stand by ». Un chantier ouvert



# Les conditions du succès -1

---

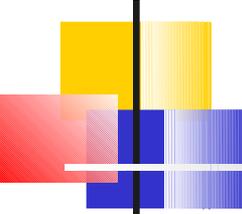
- **Avant tout convaincre les décideurs** (Directions hospitalières, CME, ARS). Le projet médical devrait comporter un volet nutrition.
- **Travailler avec le CLAN**; Validation du projet médical de l'UTNC. Rattachement de l'UTNC à un pôle d'activité médicale ou des transversalités.
- **Intégrer** (si possible) le service de diététique à l'UTNC.
- **Former**, former et former encore (mobilité des personnels soignants et faible intérêt des médecins).
- **Privilégier des actions annuelles « raisonnables »** pour l'UTNC (ne pas essayer de mener toutes les missions de front).



## Les conditions du succès -2

---

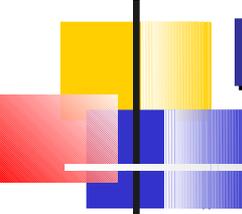
- **Preuves concrètes d'efficacité** de l'intervention nutritionnelle sur des indicateurs « qualité » (DMS, mortalité, Morbidités, Infections nosocomiales, Escarres). Médiatisation des résultats
- **Souplesse pour une structuration** à géométrie variable.
- Une évolution tendancielle vers des **missions renouvelées** pour prendre en compte d'autres pathologies nutritionnelles: obésité (Plan présidentiel) et TCA.



# Les petits établissements de santé

---

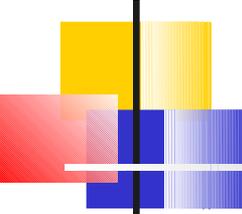
- UTNC: un dispositif trop onéreux, faible disponibilité et compétence des personnels médicaux, diététiciens, et soignants.
- Structurer fonctionnellement le service de diététique existant autour d'une **unité de nutrition et de diététique** avec une direction médicale par un médecin référent choisi pour ses compétences (GE, endocrino, médecine interne, oncologie si possible DU ou mieux DESC de nutrition) disposant d'un temps médical d'au moins 50%.
- Des missions limitées aux soins des hospitalisés, à la prise en charge de la NA à domicile et à la formation des personnels soignants et à l'éducation des malades.



# Le cas des UTNC hors appel d'offre

---

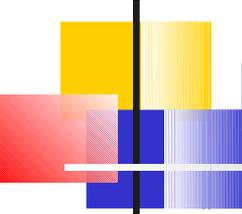
- CHG Roubaix
- CHU Strasbourg et Limoges
- CAC Montpellier
  
- Structures développées sur un projet médical, avec un engagement fort de l'administration.
- Souplesse, délégation de tâche avec rôle central de diététiciens qualifiés
- Des résultats rapides sur IPAQQS, Prise en charge, évolution des dépenses de NP ou recherche clinique.
- Autofinancement complet



# La problématique du codage

---

- **Codage du diagnostic**: un débat fort entre l'ATIH qui s'appuie sur des recommandations datant de 2003 pour l'adulte et de 2007 pour les plus de 75 ans et les sociétés savantes. Une lecture « au plus prêt des textes » de la part des contrôleurs de l'assurance maladie. Une nécessaire revisite des critères diagnostiques 2012
- **Évolution de la valorisation** du dépistage et de la prise en charge du patient dénutri ?
- **Codage des actes**: très peu réalisé
- **Codage de l'obésité et des TCA**: insuffisant



# La loi HPST

---

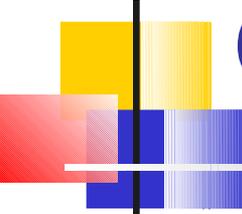
- DHOS devient DGOS. Le dossier nutrition est géré par le bureau R4 (prise en charge post aigues, pathologies chroniques et santé mentale).
- Les missions changent : une décentralisation aux ARS (hôpital, médecine libérale, et établissements médico-sociaux) des projets du type de celui des UTNC.
- Plus d'imposition de type structurelle aux E.S.

## **Conséquences:**

Maintien du financement 2011 (année 4) pour les 8 unités.....

Travail de lobbying des délégués régionaux avec ARS

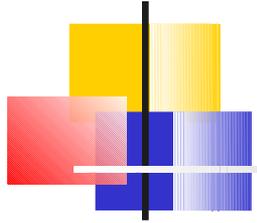
**Fiches techniques diffusées aux ARS et sur le site du ministère remplace la rédaction livre blanc**



# Conclusion

---

- Une expérimentation réussie: « **on peut faire vivre la nutrition à l'hôpital** ».
- **Intérêt de l'UTNC**: associer les compétences pour mieux nourrir les malades.
- **Un impact immédiat**: une meilleure prise en charge des patients (30% de dénutris modérés à sévères à l'hôpital)
- **Un impact retardé** sur la réduction de la morbi-mortalité, mais dont les preuves doivent être régulièrement réévaluées à l'échelon local.
- **Les UTNC sont une nécessité dans les nouvelles organisations hospitalières**



Bravo aux équipes  
des huit UTNCs