

ATELIERS DU CLAN NICE 14 ET 15/09/06

Dr D.Lescut
UNAD Lille

C.L.A.N.S

Conférence

Les C.L.A.Ns :
Nourrir le malade hospitalisé

LES ATELIERS DE LA DÉNUTRITION HOSPITALIÈRE
14/15 septembre 2006
CHU Nice

Pr. Claude Pichard (Président de l'ESPEN, Unité de Nutrition, HUG, Genève)

Constat

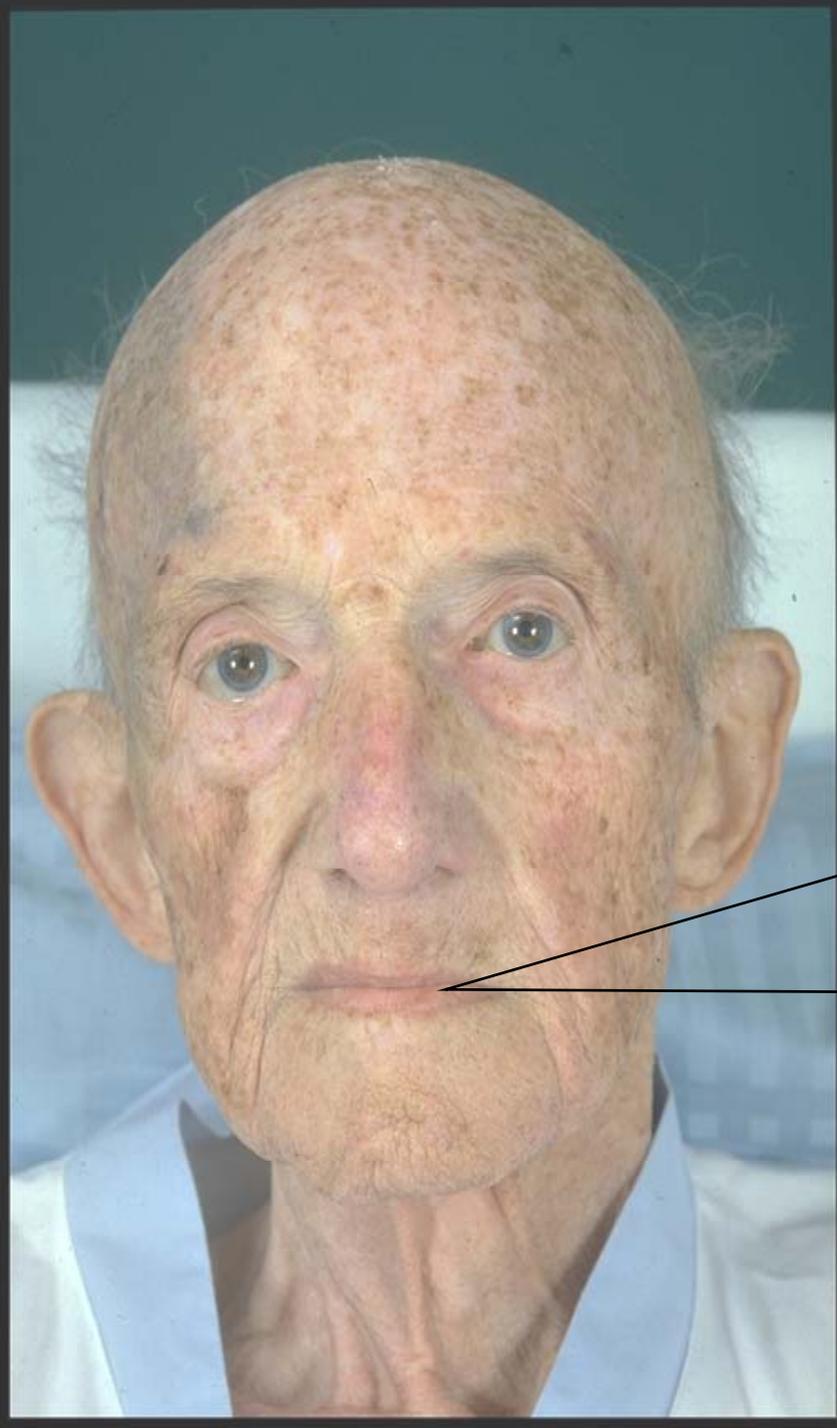
- 40 % des patients en chirurgie et 50 % des patients en gériatrie sont dénutris
- La dénutrition augmente proportionnellement à la durée d'hospitalisation:

Dénutrition « Nosocomiale »

Constat

La dénutrition est une maladie
additionnelle:

- Augmente la morbidité et la mortalité
- Augmente la durée d'hospitalisation
- Coût x 2



Manger:
c'est
difficile !

IL FAUT NOURRIR LE MALADE

Car:

- Protection masse protéique et les fonctions corporelles (perte de 5% poids=perte de 10% masse protéique)
- Diminution de la morbidité
- Diminution de la durée de séjour et convalescence
- Diminution du coût

MAIS: Echec de la prise en charge nutritionnelle

- 23% plateaux repas non consommés:
 - Coût= 300 000 euros/mois pour 1200 lits
- 4 patients/6 sont sous-nourris
 - $\frac{1}{4}$ en rapport avec maladie (anorexie)
 - $\frac{3}{4}$ en rapport avec erreurs techniques (goût, horaires, absence aide, repas froid...)
- 34% des patients reçoivent des CO sans raisons et $\frac{1}{3}$ des CO ne sont pas consommés.

Rôle majeur du CLAN

**L'alimentation est
un soin spécifique
à intégrer dans
le soin global
du patient**

« Bien manger, un plus pour guérir »



Presque

guéri...

-> Culture Locale

Médecins + Patients



COPYRIGHT Dr. D. LESQUIT
Administration

ATELIERS

- 1- Comment mettre en place et faire vivre un CLAN
- 2- Les outils pour évaluer la dénutrition et comment les utiliser
- 3- Les Unités Transversales de Nutrition
- 4- L'alimentation enrichie

C.L.A.N.S

Atelier

Comment mettre en place et faire vivre un C.L.A.N

LES ATELIERS DE LA DÉNUTRITION HOSPITALIÈRE
14/15 septembre 2006
CHU Nice

Mme Marie-Claude Carpentier (Diététicienne CSS, C.L.A.N, CHU de Rouen)
Dr. Florence Molénat (C.L.A.N, CH du Pays d'Aix)
Dr. Stéphane M. Schneider (C.L.A.N, CHU de Nice)

Création

- Géométrie variable adaptée localement
- Pluridisciplinaire : médecins, soignants, restauration, direction
- Pas de moyens propres, même dans les grands centres
- Rôle d'aiguillon des usagers

Missions

- Identifier les priorités locales
- Sensibilisation : **le repas est un soin**
- **Faire connaître le CLAN**, ses travaux, avec retour vers les Unités de Soins
- Participation aux marchés
- Formation sur la nutrition et ses problèmes

Actions

- Etat des lieux: enquête sur la consommation des plateaux repas, prévalence de la dénutrition...
- Importance du Codage (CMAS = points ISA x 2)
- S'appuyer sur les dynamiques locales:
 - Coupler enquête prévalence escarres ou infection nosocomiales avec dénutrition
 - Accréditation...

S'inscrire dans la durée

- Des périodes de bas (Energie individuelle)
- Des stimulants
 - PNNS 2, accréditation v2, construction UCP, Contrat d'Objectif et de Moyens
- Créer des liens
 - CLIN, CLUD, labelliser des actions, invités

Futur : PNNS 2 (2006-2010)

- 2007 : Identifier un référent nutrition dans chaque établissement de santé
- Généraliser d'ici 2010 les CLANs avec des regroupements pour les établissements de petite taille
- Assurer les conditions pour le fonctionnement des CLANs

Futur : PNNS 2 (2006-2010)

- Intégrer la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition dans le contrat d'objectifs et de moyens entre ARH et établissements
- Améliorer la prestation alimentaire
- Partenariat CLAN-EHPAD

Les outils pour évaluer la dénutrition et comment les utiliser

LES ATELIERS DE LA DÉNUTRITION HOSPITALIÈRE
14/15 septembre 2006
CHU Nice

Dr. Sami Antoun (C.L.A.N, Institut Gustave Roussy)
Pr. Xavier Hébuterne (C.L.A.N, CHU de Nice)

Il faut savoir distinguer

- Le risque de dénutrition
 - Sujet âgé
 - Malade de réanimation
 - Ingesta
- Le diagnostic de dénutrition
 - IMC/ perte de poids
- Le risque lié à la dénutrition
 - Albuminémie
 - NRI
 - Etc ...

Le rôle d'un CLAN

**DETECTER LA
DENUTRITION**

**Liste de situation
à risque de
dénutrition**

**EVALUER LE
STATUT
NUTRITIONNEL**

**Marqueurs
classiques de
l'état nutritionnel**

**DETECTER LE
RISQUE LIE A LA
DENUTRITION**

**Scores
pronostiques
(NRI)**

Aide au codage CUT

Le problèmes souvent rencontrés

- Qui dépister ?
- Faut-il dépister quand la prévalence de la dénutrition est très élevée ?
- Difficulté de mesurer les ingesta
- Taille difficile à obtenir
- Poids pas toujours facile à obtenir
- Quand faut-il peser ? (problèmes des mouvements hydriques)
- Poids non pris en compte par les médecins
- Albuminémie pas toujours disponible
- Scores trop nombreux (> 70), trop compliqués, non applicables en routine (NRS 2002)

Solutions proposés

- Rôle important de l'équipe soignante
- Rôle la famille : alerte quand le malade ne mange pas
- Créer une courbe de poids : impact visuel plus parlant (cf courbe de température)
- Sous utilisation de marqueurs simples comme la circonférence brachiale et le tour du mollet (nécessité d'une validation)
- Intégrer la mesure systématique de l'albumine et autres dans la protocolisation de la biologie source d'économies

Aide à la réflexion sur la prise en charge nutritionnelle : exemple de la personne âgée

	Statut nutritionnel		
Apports alimentaires	Normal	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère
Normaux		Conseils diététiques Alimentation enrichie Ré-évaluation à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie + CNO Ré-évaluation à 15 jours
Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Ré-évaluation à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Ré-évaluation à 1 semaine : en cas d'échec CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Ré-évaluation à 1 semaine : en cas d'échec NE
Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Ré-évaluation à 1 semaine : en cas d'échec CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Ré-évaluation à 1 semaine : en cas d'échec NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée

Algorithme différent selon le degré d'agression du malade
et le type de patient

C.L.A.N.S.

Atelier

Les Unités Transversales de Nutrition

LES ATELIERS DE LA DÉNUTRITION HOSPITALIÈRE
14/15 septembre 2006
CHU Nice

Mme Esther Guex (Diététicienne, Unité de Nutrition Clinique, CHUV de Lausanne)
Dr. Marie-Astrid Piquet (C.L.A.N, CHU de Caen)

Un projet

- objectif général
 - améliorer l'état nutritionnel de la population hospitalisée
- objectifs spécifiques
 - prestation alimentation
 - prévention et dépistage de la malnutrition
 - assistance nutritionnelle

UTN

- U Unité

décloisonner

- Unité de pensée et de comportement

➔ référentiels, procédures, ...

et pas obligatoirement une unité de lieu avec des lits !

- T Transversale

- Activités dans l'ensemble des unités de soins du CHU (médecine, chirurgie,...)

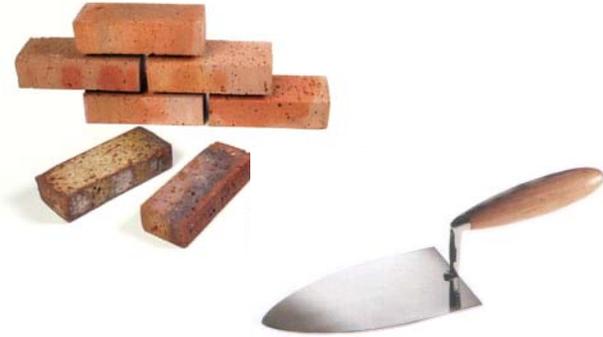
- N Nutrition

- Evolution

Alimentation *vers* Alimentation + Nutrition thérapeutique

favoriser certaines tâches

Une str



- Une équipe
 - rassembler l'existant
 - les diététiciennes
 - interdisciplinarité, intégration
- Un comité directeur
 - le médecin chef
 - médecin de toute spécialité investi en nutrition
 - la diététicienne chef
- Regroupés dans une unité fonctionnelle (UF)
 - en cas de difficultés à créer une UF, agir par le CLAN

WANTED

Par quoi commencer ?

Par quoi commencer ?

- Former
 - son personnel **en priorité**
 - les autres
 - de l'aide-soignante au médecin



CC

SCUT

Par quoi commencer ?

- Définir un plan d'action
 - une population cible



une à la fois

COPYRIGHT BY D. LESCOT

Préalable indispensable

- Référentiels 
 - définition de la dénutrition
 - définition des besoins protéino-énergétiques

uniformiser les pratiques



Transversalité

- Implanter la transversalité dans les unités de soins
 - unité sans lits
 - consultante
 - même en l'absence de demande du service
 - missionnée par la direction du CHU (CME)

JAMES BOND



007

COPYRIGHT Dr D. LESCOT

un peu de tact pour éviter l'image de justicier...

Mission préventive

- Dépistage prospectif
 - on va chercher le malade !



C Unité de Nutrition Clinique (UNC)
Prof. M. Roulet

liens avec les services
culture de l'écrit



CONTRAT DE PRESTATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SUSCEPTIBLES DE BENEFICIER D'UNE TRANSPLANTATION HEPATIQUE

1. OBJET

Ce contrat décrit la prise en charge et le suivi nutritionnel des patients inscrits sur liste d'attente pour une transplantation hépatique, jusqu'à la transplantation.

2. DOMAINE D'APPLICATION

Les patients susceptibles de bénéficier d'une transplantation hépatique sont pris en charge à Lausanne et à Genève dans la phase pré-transplantation. Une fois la transplantation réalisée à Genève, les patients sont suivis à nouveau sur leur site de prise en charge respectifs. Une évaluation de l'état nutritionnel ainsi qu'une prise en charge précoce permettent d'optimiser l'état nutritionnel de ces patients avant la transplantation. Ce contrat s'applique pour les patients suivis à Lausanne et à Genève.

3. DEFINITIONS

CDC	Chef de clinique
GLG	Service de Gastro-entérologie et Hépatologie
UNC	Unité de Nutrition Clinique

4. RESPONSABILITES

Les personnes de référence pour Lausanne sont :

Prof. M. Roulet	UNC
Prof. D. Moradpour	GLG
E. Guex	Diététicienne UNC engagée dans le contrat
S. Bouvry	Diététicienne UNC remplaçante

5. DOCUMENTS ET TEXTES DE REFERENCE

Annexe 1 : bibliographie
Annexe 2 : score de Child
Annexe 3 : stade clinique de l'encéphalopathie porto-cave

6. DEROULEMENT

1. Evaluation

Tous les patients hospitalisés pour un bilan pré-greffe sont vus dans les 48 heures par une diététicienne engagée dans le contrat et si besoin par un médecin nutritionniste. L'état nutritionnel du patient est évalué selon la classification suivante : dénutrition modérée ou sévère.

COPY

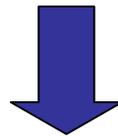


Qualité

- Contrôle qualité
- Evaluation de pratiques

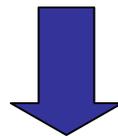
Impact clinique

prise en charge de la dénutrition



diminution des complications

diminution des infections



diminution de la durée moyenne de séjour

Impact économique

intervention œsophage sans CMA 6 349 €

+ malnutrition E43

=

intervention œsophage **avec CMA** **12 689 €**



L'alimentation enrichie

LES ATELIERS DE LA DÉNUTRITION HOSPITALIÈRE

14/15 septembre 2006

CHU Nice

Dr. Emmanuel Alix (C.L.A.N, CH du Mans)

Mme Mireille Négrel (Diététicienne CS, C.L.A.N, CHU de Nice)

Mlle Gisèle Hamm (Ingénieur de restauration, C.L.A.N, CHU de Nice)

Les Pré-requis

- Prévalence de dénutrition élevée
- Cible Risque et dénutri
- Dépistage, Une évaluation simple
- Tracabilité du Dg et de l'ordonnancement
- Qui est responsable du diagnostic nutritionnel ?
- Parler de la même chose mouliné mixé haché tendre etc.....
- Savoir se comparer « la base d'Angers »

Expérience du CHU de Nice

- Enrichissement de certains plats inclus dans les textures modifiées, réalisés dans une unité centrale de production.
- Augmentation de 20 % des AET (2 repas)
- Collaboration dans l'élaboration du projet avec un soutien fort du CLAN
- Hypothèse: la bonne acceptabilité du mouliné enrichie est-elle un facteur de réduction des pertes alimentaires et de correction de la dénutrition ce qu'on sait avec les CNO on ne dispose pas de travail avec les enrichis

Questions soulevés sur le plan technique

- Centralisé ou en unité de soins
- Le type et les dosages de la protéine utilisée
- La faisabilité mise en œuvre et suivi des recettes :
- Mise en commun des recettes ?
- Accréditation V2 moteur de projet pour la prise en charge de la dénutrition

Conclusion

- Le CLAN Structure de réflexion, de projet et d'interface multidisciplinaire.
- Conserver la notion de plaisir au travers de textures alimentaires modifiées



SFMED >>> www.sfmep.org
SFN >>> www.lnra.fr/jfn
avec la participation de l'ADLF >>> www.adlf.org

6^{èmes} Journées Francophones de Nutrition

Palais des Congrès Nice-Acropolis
29 novembre - 1^{er} décembre 2006



1^{ère} journée nationale des CLANs

PARIS

22 juin 2007