

Dénutrition, T2A et qualité des soins

A Pradignac, V Séry, F Piran, D Bernier,
C Weidmann, G Nisand, JL Schlienger



CLAN & DIM

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Enquête Nutrition HUS – 2009

Évaluation de l'état nutritionnel
des patients hospitalisés.

Meilleure valorisation des séjours
par le codage des pathologies nutritionnelles.

A Pradignac, V Séry, F Piran, D Bernier,
C Weidmann, G Nisand, JL Schlienger

CLAN & DIM

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Introduction

- Faible niveau de codage des pathologies nutritionnelles aux HUS
 - ▶ séjours HUS 2008 :
 - obésité : 4.64 % vs ~ 13 % (population générale ; Obépi 2006)
 - dénutrition : 1.53 % vs ~ 20 à 50 % patients hospitalisés
 - ▶ sous codage = moins bonne valorisation des séjours
- Causes possibles à ce défaut de codage :
 - ▶ mauvais recueil des paramètres nécessaires au diagnostic nutritionnel
 - ▶ et/ou insuffisance de réalisation du diagnostic nutritionnel
 - ▶ et/ou insuffisance de codage des pathologies nutritionnelles

Méthodologie (1)

- Évaluation nutritionnelle systématique des admissions par des enquêteurs :
 - ▶ prospective de mi-janvier à mi-mai 2009 :
 - 4 semaines : Med Interne HTP, Pneumologie, ORL, Chirurgie Digestive HTP
 - 2 semaines : les autres services
 - ▶ séjours > 48 h
 - ▶ recueil par les enquêteurs des paramètres nécessaires à l'évaluation nutritionnelle des patients (dossiers patients) :
 - poids, taille, IMC, poids habituel, perte de poids, albumine, NRI
 - ▶ « rattrapage » par l'enquêteur si paramètre(s) absent(s)
 - ▶ établissement d'un diagnostic nutritionnel + codage PMSI

Méthodologie (2)

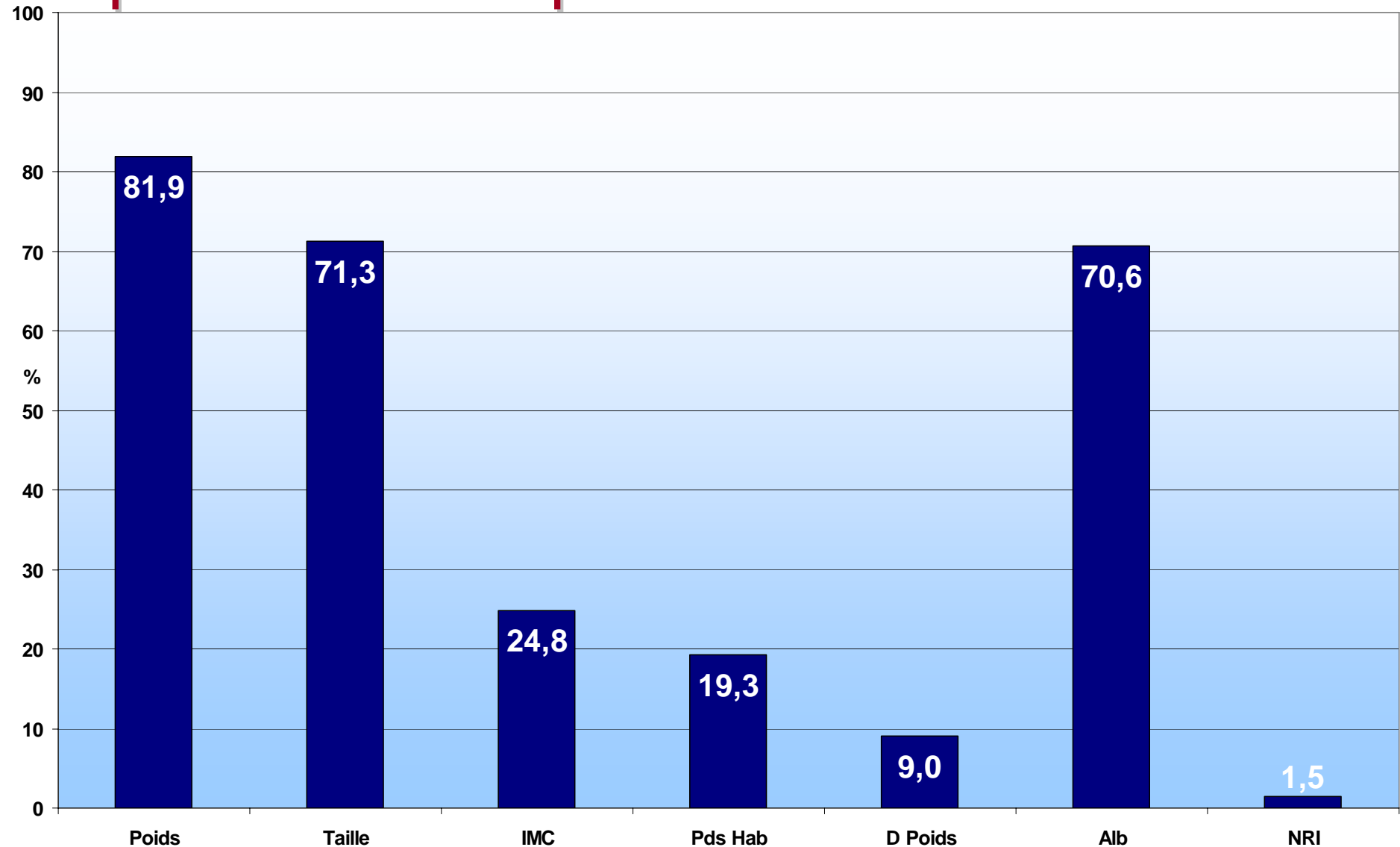
- Analyse statistique :
 - ▶ proportion du paramètre retrouvée dans les dossiers des patients
 - ▶ proportion « rattrapée » par les enquêteurs
- Rectification de la valorisation des séjours (DIM) :
 - ▶ valorisation des séjours par le codage PMSI transmis par les services (contenant \pm codage des pathologies nutritionnelles)
 - ▶ valorisation des séjours contenant le codage PMSI des pathologies nutritionnelles transmis par les enquêteurs
 - ▶ différentiel entre les deux situations

Caractéristiques de la population

- 1722 patients

- ▶ 29 services participant = 70 UF
 - 14 en chirurgie (NHC, HTP, CCOM) = 31 UF = 39.9 %
 - 15 en médecine (NHC, HTP) = 39 UF = 60.1 %
- ▶ âge : 62.4 ± 17.9 ans
- ▶ sexe : H (54.1 %), F (45.9 %)

Évaluation de l'état nutritionnel : paramètres spontanément présents dans les dossiers



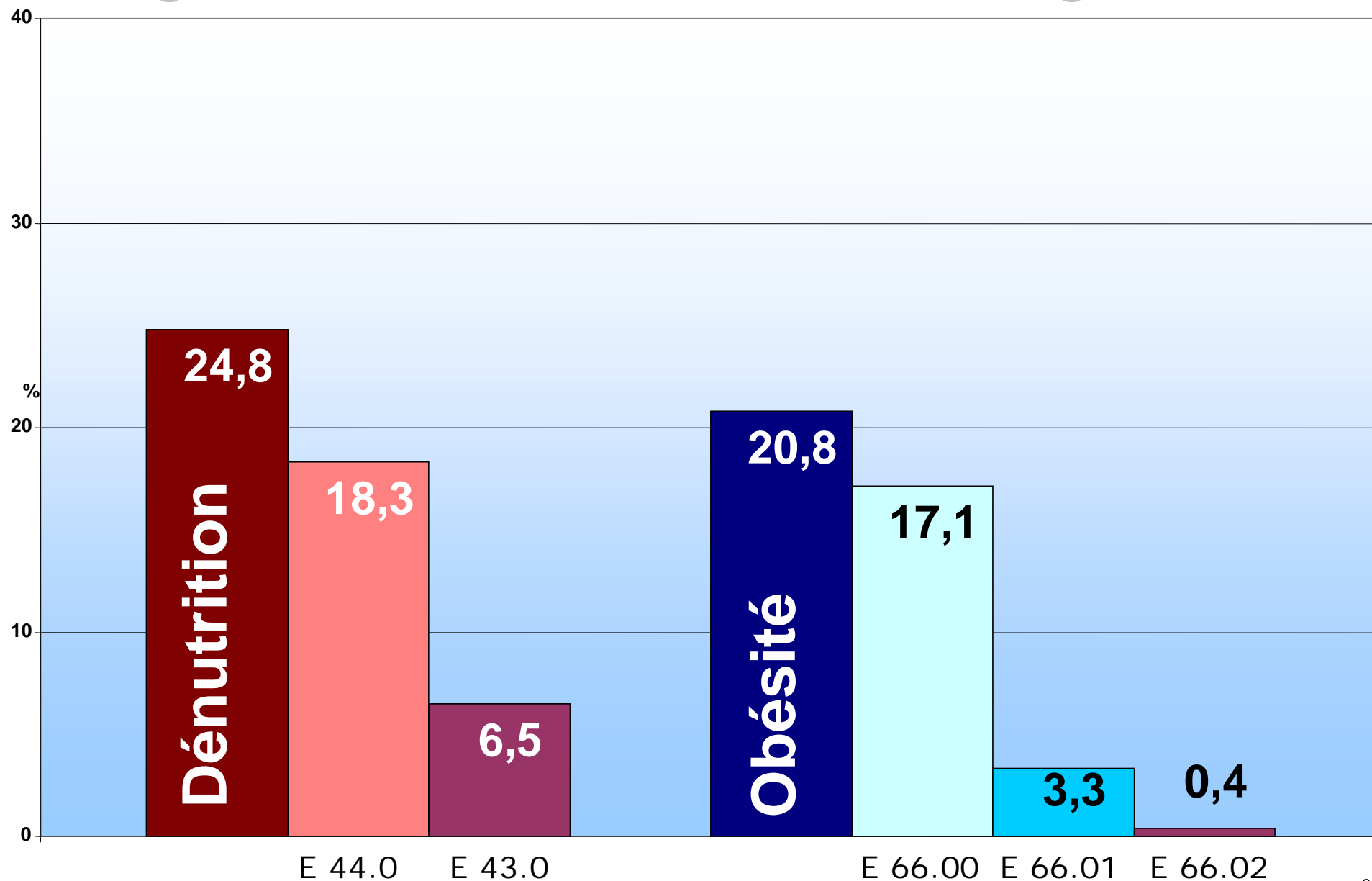
État nutritionnel des patients

	n	%
Dénutrition Sévère	112	6.5
Dénutrition Modérée	315	18.3
Total Dénutrition	427	24.8
Obésité (30 – 40)	322	18.7
Obésité (40 – 50)	58	3.4
Obésité (> 50)	7	0.4
Total Obésité	387	22.5
Normal	726	42.2
Sans Diagnostic	211	12.3

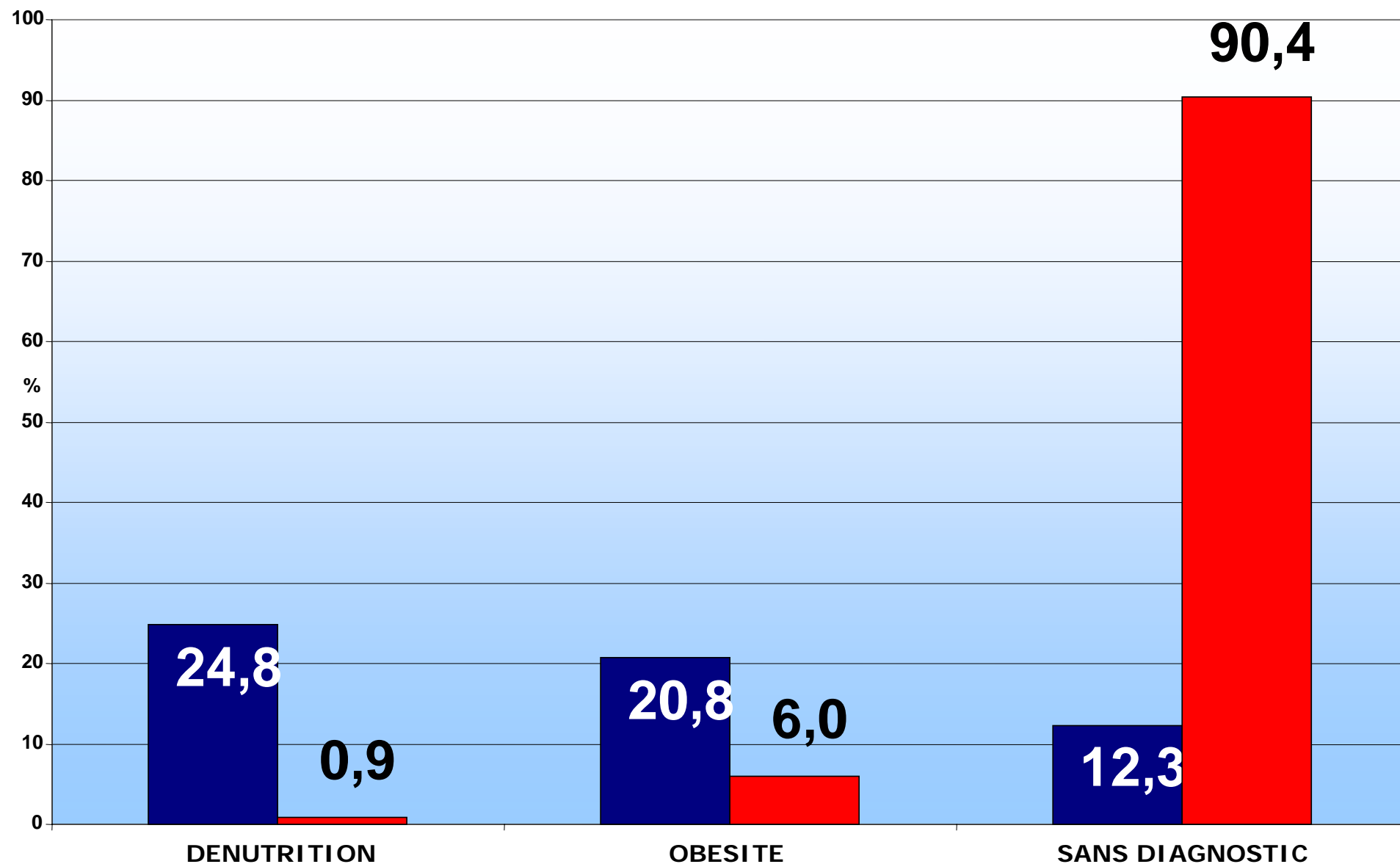
Diagnostics nutritionnels et codages PMSI

	HUS – 2009		PMSI – 2008	
	n	%	n	%
Dénutrition Sévère (E43)	112	6.5	-	-
Dénutrition Modérée (E44.0)	315	18.3	-	-
Total Dénutrition	427	24.8	1873	1.53
Obésité – IMC > 30 (E 66.00)	295	17.1	-	-
Obésité – IMC > 40 (E 66.01)	56	3.3	-	-
Obésité – IMC > 50 (E 66.02)	7	0.4	-	-
Total Obésité	358	20.8	5691	4.64

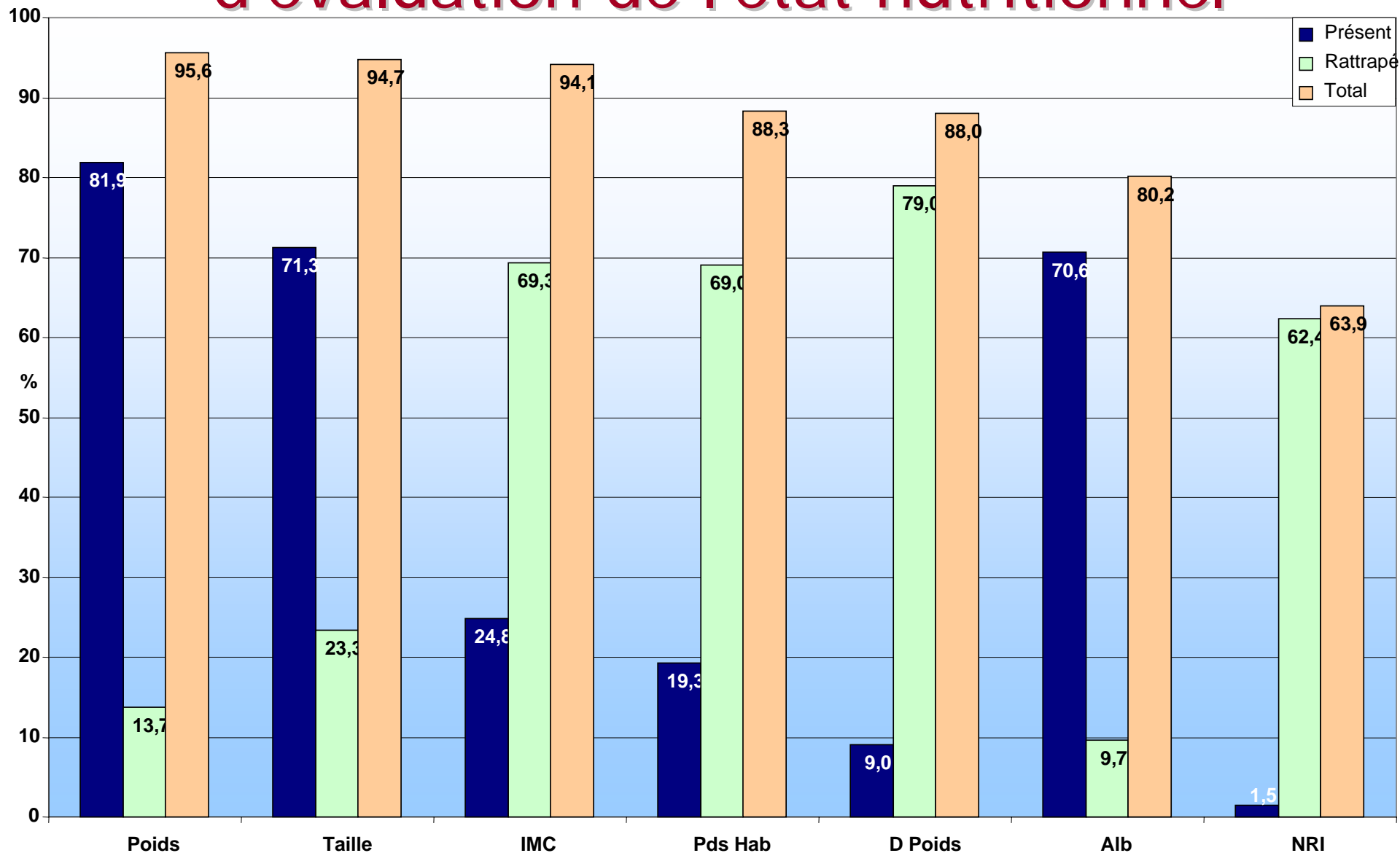
Diagnostiques nutritionnels et Codages PMSI



Diagnostiques nutritionnels sans « rattrapage »



Effet du « rattrapage » sur le niveau d'évaluation de l'état nutritionnel



Valorisation des séjours

- Valorisation totale des séjours ~ 500 K€ pour la durée de l'enquête
- Dénutrition (E44.0, E43) : ~ 450 K€
 - ▶ 427 (24.8 %) patients, soit ~ 1053 €/ patient
- Obésité morbide (E 66.01, E 66.02) : ~ 50 K€
 - ▶ 65 (3.8 %) patients, soit ~ 770 €/ patient

Principes de la tarification des pathologies nutritionnelles (1)

- La présence d'une pathologie nutritionnelle modifie le niveau des Co-Morbidités Associées (CMA) :
 - ▶ CMA : niveau 1 (faible) => niveau 4 (élevé)
 - ▶ ↑ tarification (€) // ↑ niveau de CMA
- Pour donner droit à tarification :
 - ▶ les éléments du **diagnostic** doivent être retrouvés dans le dossier du patient
 - ▶ ET la prise en charge **thérapeutique** mise en œuvre

Principes de la tarification des pathologies nutritionnelles (2)

- Valorisation de la dénutrition

- ▶ E44.0 (D. modérée) => niveau 3
- ▶ E43.0 (D. sévère) => niveau 3
- ▶ E40 (Kwashiorkor = D. sévère + oedèmes) => niveau 4

- Valorisation de l'obésité morbide

- ▶ E66.01 ou E66.91 (IMC ≥ 40 kg/m²) => niveau 2
- ▶ E66.02 ou E66.92 (IMC ≥ 50 kg/m²) => niveau 3

Valorisation des séjours par la dénutrition (V11)

Diagnostic	N1	N2	N3	N4	N1+E43	N1+E40	N2+E43	N2+E40
Pneumonie	1538	3775	4719	6056	+ 3 181	+ 4 518	+ 944	+ 2 281
Pancréatite aiguë	2731	3421	6365	9519	+ 3 634	+ 6 788	+ 2 944	+ 6 098
Ulcère Cutané	2885	5593	6976	8994	+ 4 091	+ 6 109	+ 1 383	+ 3 401
Cancer poumon	2881	6155	8067	12152	+ 5 186	+ 9 271	+ 1 192	+ 5 997
Chirurgie ORL	2423	5923	11574	22637	+ 9 151	+20 214	+ 5 651	+ 16 714
Chir. Min ^{re} . colon	4389	6015	10654	24702	+ 6 265	+20 313	+ 4 639	+ 18 687
Chirurgie estomac	8908	12129	14572	20079	+ 5 664	+11 171	+ 2 443	+ 7 950
Transpl. poumon	18899	34799	43366	62951	+24467	+44 052	+ 8 567	+ 28 152

↓
N3

↓
N4

↓
N3

↓
N4

Valorisation des séjours par l'obésité morbide (V11)

Diagnostic	N1	N2	N3	N4	N1 +E66.01	N1 +E66.02	N2 +E66.02
Pneumonie	1538	3775	4719	6056	+ 2 237	+ 3 181	+ 944
Pancréatite aiguë	2731	3421	6365	9519	+ 690	+ 3 634	+ 2 944
Ulcère Cutané	2885	5593	6976	8994	+ 2 708	+ 4 091	+ 1 383
Cancer poumon	2881	6155	8067	12152	+ 3 274	+ 5 186	+ 1 192
Chirurgie ORL	2423	5923	11574	22637	+ 3 500	+ 9 151	+ 5 651
Chir. Min ^{re} . colon	4389	6015	10654	24702	+ 1 626	+ 6 265	+ 4 639
Chirurgie estomac	8908	12129	14572	20079	+ 3 221	+ 5 664	+ 2 443
Transpl. poumon	18899	34799	43366	62951	+15900	+24467	+ 8 567



N2



N3



N3

Propositions de procédure d'évaluation et de prise en charge nutritionnelles aux HUS

Renforcement de l'Unité de Nutrition Thérapeutique (UNT)

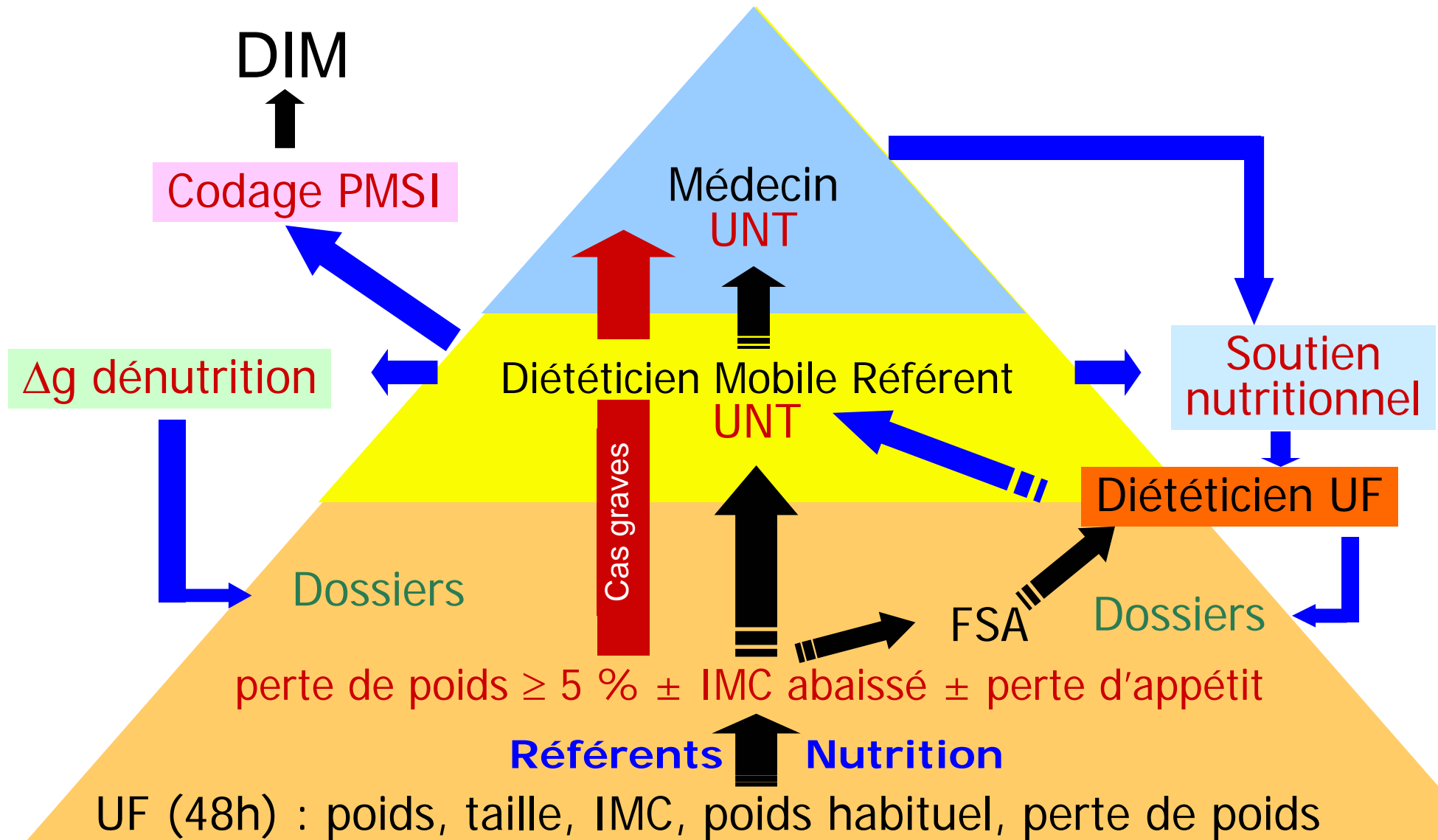
- Ses missions sont transversales :

- ▶ évaluation et PEC nutritionnelles au lit du malade
- ▶ suivi nutritionnel ambulatoire
- ▶ éducation thérapeutique : dénutrition / surcharge
- ▶ formations dans le champ nutritionnel

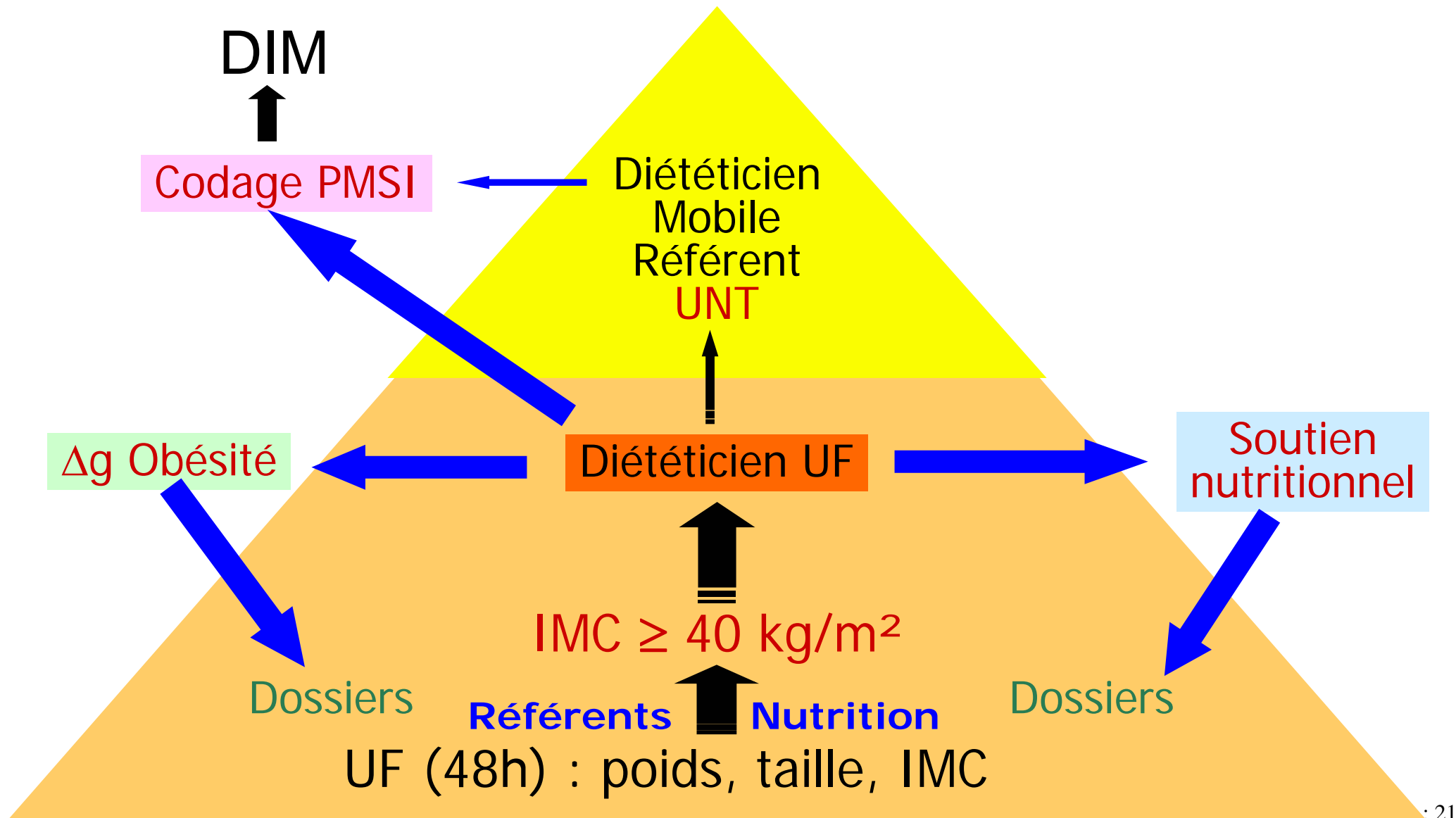
- Composition :

- ▶ au 1^{er} octobre 2009 :
 - 1 Praticien Hospitalier + ¼ ETP secrétariat
- ▶ à terme :
 - rapidement : + 2 ETP Diététiciens Mobiles Référents : 1 par site
 - moyen terme : + 1 poste médecin assistant en nutrition (validation DESC)
 - moyen terme : + 1 ETP IDE mobile => aide à la Nutrition Artificielle dans les UF

Synthèse : Suspicion de dénutrition



Synthèse : Obésité morbide



Conclusions (1)

- L'insuffisance de codage observée aux HUS pour les pathologies nutritionnelles résulte :
 - ▶ avant tout d'un défaut de recueil des paramètres nutritionnels
 - anthropométriques : IMC, poids habituel, variation de poids
 - albumine + calcul NRI
 - ▶ probablement également d'un défaut de codage
 - mal évaluable en raison du problème précédent

Conclusions (2)

- L'amélioration du codage passe d'abord par l'amélioration de l'évaluation et de la PEC nutritionnelles des patients :
 - ▶ dans les UF :
 - meilleur recueil des paramètres nutritionnels (Référents Nutrition)
 - dépistage des patients potentiellement dénutris
 - patients obèses morbides => diagnostic + PEC par les diététiciens
 - ▶ renforcement de l'Unité de Nutrition Thérapeutique (UNT) :
 - mise en place de Diététiciens Mobiles Référents : 1 par site
 - ◆ => diagnostic nutritionnel + initiation de la PEC nutritionnelle + codage PMSI des pathologies nutritionnelles
 - médecin :
 - ◆ cas nutritionnels graves ± Nutrition Artificielle

Conclusions (3)

- Amélioration du codage des pathologies nutritionnelles + transmission au DIM :
 - ▶ meilleure valorisation des séjours :
 - si diagnostic ET soutien nutritionnel mis en œuvre
 - dénutrition : ~ 1050 €/ patient
 - obésité morbide : ~ 770 €/ patient
 - ▶ Diététicien UF + Diététicien Mobile Référent de l'UNT
 - codage de la pathologie nutritionnelle
 - transmission directe des codages au DIM
 - mise au point d'un document informatisé (DIM)

Conclusions (4)

- Appropriation de la V11 par des cliniciens
- Modification profonde de la chaîne de production des RSS
- Codage reste décentralisé mais devient participatif
- Nécessité de SIM performant
- Synchronisation nécessaire entre RSS (extraction, codage) et dossier patient
- Illustration exemplaire (changement de pratique, traçabilité dans dossier, codage participatif et semi-automatisé).