

Dossier de candidature pour un projet réalisé avec évaluation : type A

Dépistage systématique et prise en charge des patients avec dénutrition au sein du Département de Réhabilitation et Gériatrie: Filière Nutrition

Dr Andrea Trombetti, Jani Cheseaux, Yvette Registe-Rameau, Patricia Planquart, Mireille Balahoczky, Frédérique Viret, Patricia Morin, Aurélie Thiery, Jacqueline Duffey, Dr François Herrmann, Prof. René Rizzoli. Service des Maladies Osseuses, Département de Réhabilitation et Gériatrie (DRG), Hôpitaux Universitaires de Genève, 1226 Thônex-Genève, Suisse

Partenaires : Groupe Qualité, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse, Olivier Leduc-Soudan, Service de restauration, Hôpital des Trois-Chêne, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse

Introduction

La prévalence de la dénutrition dans les pays industrialisés est de 7 à 8% dans la population générale et 12 à 15% dans la population gériatrique. Trente à 60% des patients sont dénutris ou à risque de dénutrition à l'admission à l'hôpital, particulièrement les sujets âgés. Cette dénutrition va le plus souvent progresser durant le séjour hospitalier, du fait de l'influence de l'affection ayant conduit à l'hospitalisation, et de la prise en charge insuffisante de la dénutrition. L'impact négatif de la dénutrition sur la morbidité, la mortalité, l'allongement de la durée de séjour et la qualité de vie est bien reconnue. La dénutrition augmente la susceptibilité aux infections, retarde la cicatrisation, augmente la fréquence des ulcères de décubitus, et peut exercer des effets délétères sur la fonction cardiaque. De toutes ces données, il apparaît important de pouvoir dépister la malnutrition chez la personne âgée notamment lors de son passage hospitalier, d'en évaluer les causes et les conséquences, et finalement de proposer des interventions ciblées sur les populations à risque, en vue d'une éventuelle réduction du taux de complications associés.

Méthode

Un algorithme d'évaluation systématique de l'état nutritionnel et de prise en charge de la dénutrition a été développé. Dès l'admission le médecin interne initie le dépistage par la composante dépistage du Mini Nutritional Assessment (MNA) (6 questions) et si nécessaire l'équipe infirmière complète le MNA par la partie évaluation globale (12 questions). Le MNA permet de définir 3 catégories de gravité nutritionnelle : dénutrition avérée (que nous appelons aussi suivi 3), risque élevé de dénutrition (suivi 2) et bas risque de dénutrition (suivi 1).

Chaque suivi est associé à une prise en charge nutritionnelle spécifique. Les patients dénutris sont référés à la diététicienne pour évaluation et prise en charge. Ceux à risque bénéficient d'une évaluation semi quantitative sur 3 jours de leurs ingestas et d'un monitoring pondéral. Un suivi pondéral hebdomadaire et une évaluation non formelle des ingestas est effectué chez

les patients en suivi 1. L'évolution nutritionnelle de chaque patient en suivi 2 et 3 est discutée de manière hebdomadaire au cours d'une visite interdisciplinaire dite « filière nutrition » en présence de l'interne, d'une infirmière et de la diététicienne. La visite filière nutrition a également pour but de renforcer la formation vis à vis de l'algorithme et de sensibiliser le personnel à la diversité des problèmes nutritionnels.

Afin d'évaluer l'efficacité de l'algorithme, une étude d'intervention avec contrôles d'une durée de 3 mois a été mise sur pied. L'intervention « filière nutrition » a eu lieu dans 3 étages de l'Hôpital des Trois-Chêne, le rez-de-chaussée, le 2^{ème} et le 4^{ème}. Les patients hospitalisés au 1^{er} et 3^{ème} constituaient le groupe contrôle. Le critère de jugement principal est l'IGF-1, un marqueur de l'état nutritionnel, mesuré à l'admission et après 3 semaines d'hospitalisation. D'autres paramètres nutritionnels comme l'albumine, la protéine C-réactive et le poids ont également été recueillis à l'admission et après 3 semaines. Sont également enregistrés à l'entrée: le diagnostic, la présence d'escarres et d'œdèmes, la perte pondérale et la diminution de l'appétit avant hospitalisation. Le score de comorbidité de Charlson est calculé pour la situation d'entrée. En outre le type de repas distribué est déterminé une fois par semaine chez chaque patient. La prescription de supplément nutritionnel oral est évaluée en fonction des prescriptions médicales.

Le personnel soignant a bénéficié d'une formation concernant les outils utilisés (MNA, bilan semi-quantitatif et mesure de la distance talon genou), de l'algorithme de prise en charge ainsi que de son propre cahier des charges.

Un menu enrichi de forte densité énergétique, et avec une présentation sortant de l'ordinaire a été conçu par la cuisine en collaboration avec l'équipe des diététiciennes (régime Nutri+). Il est proposé aux patients dénutris.

Résultats

Sur une durée de 3 mois 624 patients ont été inclus, 435 au sein de la filière nutrition et 189 pour le groupe contrôle. A l'admission les 2 groupes sont identiques au niveau de l'âge, de l'IGF-1, du score de comorbidité de Charlson, de l'albumine, de la CRP, du poids et de l'Indice de Masse Corporel. Le dépistage a été finalisé chez 66% (288/435) des patients entrants dans la filière nutrition.

Dans le groupe intervention 22% des patients dépistés à l'aide du MNA sont dénutris, 51% à risque de dénutrition et 26% à bas risque de dénutrition. Après 3 semaines on note une augmentation fortement significative de l'IGF-1 dans le groupe intervention ($p < 0.001$), versus une stagnation dans le groupe contrôle ($p = 0.4$). Après 3 semaines d'hospitalisation le niveau d'IGF-1 est significativement différent entre les 2 groupes ($p < 0.01$). Selon un modèle de régression multiple les patients qui bénéficient le plus de l'intervention sont ceux à risque de dénutrition, ce qui représente 51% du collectif.

L'albumine et le poids ne sont pas modifiés dans les 2 groupes durant les 3 semaines de prise en charge. Dans un modèle de régression multiple l'évolution du poids est principalement conditionnée par la présence d'œdèmes à l'admission.

Mensuellement le nombre de demande de consultation diététique est presque doublé dans les étages filière comparativement aux étages contrôles (62 pour 185 lits (33,5%) versus 20 pour

107 lits (18,7%)). La proportion de suppléments nutritifs oraux prescrits aux patients de la filière est supérieure à celle des contrôles (39% vs 30%) ($p < 0.06$). Le jour moyen du début de la prescription est relativement tardif et est identique pour les 2 groupes (10,6 et 9,5). La proportion de patients recevant un repas enrichi est systématiquement plus importante dans le groupe filière que dans le groupe contrôle (28-43% versus 17-24%).

Discussion

La prévalence de la dénutrition (22%) ainsi que le risque de dénutrition (51%) que l'on trouve dans notre collectif correspond à ce qui est décrit dans la littérature utilisant le MNA comme outil de dépistage dans un contexte hospitalier (15 et 44% respectivement).

La proportion de dépistage finalisé est relativement modeste (66%). Toutefois il convient de préciser que les médecins internes, initiateurs du dépistage, sont amenés à changer d'unité fréquemment. De plus pour alléger la charge de travail nous avons décidé de ne pas compléter le dépistage si la première partie du questionnaire de dépistage n'était pas faite dans les 5 premiers jours d'hospitalisation par le médecin interne. Ces éléments permettent d'expliquer la modeste proportion de dépistage finalisé.

La filière nutrition est conceptuellement intéressante car elle agit à plusieurs niveaux. En premier lieu elle inclut différents professionnels de l'hôpital (médecin, infirmière, aide infirmière, diététicienne et cuisiniers), ensuite elle agit de manière longitudinale au niveau de l'évaluation de la consommation des repas, du type de repas offert, de la présentation des repas, du suivi du poids et de l'évolution nutritionnelle. Elle permet en outre d'augmenter la sensibilité du personnel soignant aux problèmes nutritionnels.

Conclusion

La détection précoce et systématique de la dénutrition ou d'un état de risque de dénutrition, et la prise en charge qui est par la suite déployée permet d'améliorer l'état nutritionnel des patients hospitalisés, à en juger par l'évolution de l'IGF-1. Ceci nous incite à généraliser cette prise en charge à l'ensemble des Trois-Chêne durant l'automne 2008.

Développements

L'action de la filière nutrition sera consolidée par l'intermédiaire d'un contrôle qualité mensuel de la démarche de dépistage. Des mesures correctives seront dès lors aisées à mettre en place (formation complémentaire, création de documents d'information patients-personnel, statistiques descriptives pour suivi du dépistage nutritionnel sur le moyen terme).

L'état nutritionnel ne peut être amélioré que sur le long terme et le bref séjour des patients au Trois-Chêne ne permet pas un rétablissement complet de l'état nutritionnel. C'est pourquoi il est capital de poursuivre les mesures nutritionnelles au-delà des murs de l'institution. Pour

commencer un dépliant à l'intention de l'entourage des patients dénutris et à risque a été créé et va être distribué en fin du séjour hospitalier.

Parmi les autres développements de la filière nous pensons à la mise en place d'une journée du dépistage nutritionnel et de la dénutrition en milieu hospitalier au sein de l'hôpital des Trois-Chêne. Nous avons également pensé à la mise en place par les diététiciennes d'un atelier au sujet des problèmes nutritionnels fréquemment rencontrés dans notre population après la sortie.

Nous souhaitons de plus examiner les bénéfices cliniques potentiels de la filière nutrition, notamment sur la durée de séjour ainsi que sur la mesure de l'indépendance fonctionnelle. Selon des données non encore disponibles nous souhaitons observer les effets de la filière nutrition sur la mortalité intra-hospitalière ainsi que sur le taux de ré-hospitalisation.