



SFNEP

Société Francophone
Nutrition Clinique et Métabolisme
Nourrir l'Homme malade

Évaluation des pratiques professionnelles en nutrition clinique

SOIN DIÉTÉTIQUE ET DÉMARCHE DE PRISE EN CHARGE
DU PATIENT HOSPITALISÉ DÉNUTRI OU À RISQUE NUTRITIONNEL

2016

PRÉSENTATION

Membres du groupe de travail

Esther Guex ^{a,b}, Pascale Roux ^c, Patrick Bachmann ^{b,c}, Florence Rossi ^{d,e}, Didier Quilliot ^{b,f}, Ronan Thibault ^{b,g}, Dominique Caldari ^{b,h}, Gilbert Zeanandin ^{b,i}, Pauline Coti Bertrand ^{a-b}

Co-auteurs correspondants

Esther Guex, esther.guex@chuv.ch, Service d'endocrinologie, nutrition clinique, CHUV, (46 rue du Bugnon, 1011 Lausanne, Suisse)

Pascale Roux, pascale.roux@lyon.unicancer.fr, Unité de Nutrition, CRLCC Léon Bérard (28 rue Laennec, 69373 Lyon Cedex 08, France)

a / Service d'endocrinologie, nutrition clinique, CHUV, 46 rue du Bugnon, 1011 Lausanne, Suisse

b / Comité Educationnel et de Pratique Clinique (CEPC) de la SFNEP, 75749 Paris, France

c / Unité de Nutrition, CRLCC Léon Bérard, 69373 LYON Cedex 08, France

d / Unité transversale diététique nutrition, APHM, 13000 Marseille Cedex 5

e / Association Française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN), 75012 Paris, France

f / Unité transversale de nutrition, service de diabétologie, maladies métaboliques et nutrition, CHU de Nancy-Brabois, 54500 Vandoeuvre-lès-Nancy, France

g / Unité de Nutrition, Service Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition, CHU Rennes, 35000 Rennes, France

h / Clinique médicale pédiatrique, hôpital Femme-Enfant-Adolescent, CHU de Nantes, 44093 Nantes cedex 01, France

i / Pôle Digestif, Hôpital Archet 2, CHU de Nice, 06202 Nice Cedex 3, France

PRÉFACE

La dénutrition est présente chez 30 à 50 % des malades hospitalisés ^[1]. De nombreuses études ont montré que la dénutrition était un facteur prédictif indépendant de morbidité, notamment infectieuse, de mortalité, d'altération de la qualité de vie, d'allongement de la durée d'hospitalisation et, en conséquence, d'augmentation des coûts hospitaliers ^[1]. La dénutrition ou le risque de dénutrition doivent être dépistés systématiquement à l'entrée en hospitalisation, essentiellement afin de pouvoir mettre en place une prise en charge nutritionnelle précoce et adaptée et aussi en France, de façon à répondre aux exigences de la haute autorité de santé (HAS) pour la certification des établissements (*critères IPAQSS*). Dans la mesure du possible, et tout particulièrement chez le sujet âgé ^[2], le soin diététique doit être privilégié. Le dépistage et la prise en charge de la dénutrition sont au cœur des préoccupations des professionnels engagés dans les comités de liaison alimentation nutrition (*CLAN*) et dans les Unités Transversales de Nutrition (*UTN*). Si le dépistage de la dénutrition reste encore une activité importante des unités de diététique ou des UTN, il est de plus en plus évident que ce dépistage doit être une pratique institutionnelle impliquant l'ensemble des soignants des unités de soins d'un établissement. Des protocoles internes mis en place par les UTN et validés par les CLAN, existent dans certains établissements de soins et guident les professionnels de santé à réaliser le dépistage de la dénutrition à l'entrée du patient. Ce dépistage peut se baser sur des scores (*NRI, NRS, etc.*) et/ou des outils simples (indice de masse corporelle (*IMC*), pourcentage de perte de poids, échelle analogique de la prise alimentaire (*EPA®*, *etc.*) qui aident à identifier les situations nécessitant un soin nutritionnel et servent d'alerte pour les unités diététiques ou les UTN.

Il est important de définir les termes de « soin diététique » et « soin nutritionnel ». Le soin diététique est centré sur l'alimentation du patient et représente le cœur de métier du diététicien. En fonction des pays, des régions et des établissements de soins, les étapes de la démarche de soin diététique ont une terminologie sensiblement différente. Les quatre étapes de la démarche de soin diététique sont :

- 1) le bilan diététique
- 2) le diagnostic diététique
- 3) le plan de soin ou objectif diététique
- 4) la surveillance, l'évaluation et l'adaptation diététique

Sur délégation médicale, les diététiciens ont un champ de compétences et d'actes de soin qui s'élargit au soin nutritionnel. Le soin diététique est alors associé à une évaluation nutritionnelle (*examen clinique ciblé, anthropométrie, biologie*), à un diagnostic nutritionnel, à une proposition de l'assistance nutritionnelle (*compléments nutritionnels oraux (CNO), nutrition entérale (NE), nutrition parentérale (NP)*) et à un suivi (*clinique, anthropométrique, biologique*). Au final, le soin diététique s'intègre totalement au soin nutritionnel. Aujourd'hui, à l'hôpital, les diététicien(ne)s sont de plus en plus impliqué(e)s dans les soins nutritionnels du patient dénutri ou à risque de dénutrition.

La démarche de soin nutritionnel prend en compte les données indispensables et pertinentes recueillies auprès du patient et/ou de son entourage, dans le dossier médical du patient et auprès des professionnels de soins ou de santé :

- données administratives et socioprofessionnelles, psychosociales, de conditions de vie, d'activité physique ;
- données cliniques concernant le diagnostic médical, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les examens biologiques, les traitements médicamenteux, la douleur engendrée par la pathologie et/ou les effets secondaires des traitements mis en place (nausées, vomissements, diarrhées, *etc.*), les risques de déficits nutritionnels spécifiques aux pathologies et à leur traitement ;
- données diététiques : histoire alimentaire, croyances, habitudes alimentaires, goûts, allergies, intolérances, évictions et addictions. Les ingesta du patient sont recueillis à l'aide d'un rappel de 24 heures (Dietary Recall), d'un carnet ou journal alimentaire (Dietary Record) et permettent une analyse de la consommation orale (alimentaire et hydrique) et une évaluation des apports en macro- et micro-nutriments ;

- données concernant les apports nutritionnels autres : évaluation des apports en macro- et micro-nutriments de la NE et/ou NP ;
- données nutritionnelles pertinentes : poids actuel et taille permettant de calculer l'IMC, histoire pondérale et cinétique de variation du poids en fonction de l'histoire de vie. D'autres paramètres anthropométriques d'évaluation de la composition corporelle (plis cutanés, circonférence musculaire brachiale, circonférence du mollet, bio-impédancemétrie) peuvent être ajoutés pour les équipes habituées ou pour des populations spécifiques. Des observations concernant l'existence de troubles de la mastication (état de la dentition), de la déglutition (dysphagie), de troubles digestifs (pertes digestives par drains, état du transit), de troubles du comportement alimentaire ou de l'appétit sont consignées. Enfin, l'interprétation des marqueurs biologiques nutritionnels est notifiée.
- données d'évaluation des besoins protéino-énergétiques et hydriques ainsi que des besoins spécifiques dans certaines pathologies. Ces données sont nécessaires à l'adaptation des apports nutritionnels. Les méthodes de calculs et d'évaluation doivent être validées et conformes aux recommandations : mesure du métabolisme de base à l'aide de formules (Black, Harris et Bénédicet, etc.) ou par calorimétrie indirecte, calcul du poids idéal (formule de Lorentz ou autre) ou du poids ajusté pour les patients obèses, et calcul de la dépense énergétique à partir du métabolisme de base corrigé avec l'intégration du niveau d'agression et du niveau d'activité physique. Tous ces calculs doivent être utilisés en fonction de l'étape de prise en charge et de l'objectif nutritionnel : renutrition ou stabilisation du poids.

Au final, l'évaluation diététique/nutritionnelle est une base pour la réflexion et l'établissement du diagnostic nutritionnel, du problème, de ses causes probables et/ou des conséquences associées. Le plan de soin diététique/nutritionnel qui en découle est discuté avec les équipes soignantes et après information et accord du patient. Il est personnalisé et vise à restaurer un meilleur état nutritionnel en couvrant les besoins spécifiques du patient. Le plan de soin diététique/nutritionnel doit comporter :

- des objectifs clairement énoncés et tracés ;
- l'élaboration de conseils spécifiques pour le patient pour l'adaptation de son alimentation orale ;
- des recommandations au médecin pour des substitutions spécifiques en cas d'alimentation déséquilibrée et/ou insuffisante ;
- des recommandations au médecin en cas d'insuffisance de l'alimentation orale pour une assistance nutritionnelle (CNO, NE, NP) selon les procédures et recommandations en vigueur ;
- les modalités de réévaluation, de surveillance et de suivi.

Tous les éléments de diagnostic et du plan de soin diététique/nutritionnel doivent être consignés dans le dossier du patient. La continuité du soin doit être assurée et tracée dans le dossier du patient (*transmissions à l'équipe de l'unité de soins et aux partenaires extérieurs*).

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) va concerner à la fois les pratiques, la politique nutritionnelle mise en place dans l'établissement et l'évaluation du soin diététique/nutritionnel réalisé par les diététiciens.

PROMOTEURS

Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP).

SOURCES

Les sources sont les suivantes :

- Questions de Nutrition Clinique de l'adulte, K'NOE, Paris, édition 2012
- Traité de Nutrition Clinique de l'Adulte et de l'Enfant, K'NOE, Paris, édition 2016
- AVIS N° 2014.0016/AC/SEVAM du 19 février 2014 du collège de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération « Elargissement des missions du diététicien en matière de dénutrition, nutrition entérale et parentérale en lieu et place d'un médecin »
- IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins : « Fiche descriptive de l'indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels (DTN) en SSR » http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201205/20120424_indicateurs_ipaqss.pdf
- Code de la Santé Publique L4371-1 à L4371-1 à L4372-2 du (titre VII du livre III, quatrième partie) réglementant l'exercice de la profession de diététicien

CIBLES PROFESSIONNELLES

Les diététiciennes et diététiciens d'un établissement de soins impliqués dans la prise en charge nutritionnelle du patient dénutri ou à risque de dénutrition.

PATIENTS CONCERNÉS

Tout patient adulte hospitalisé (*incluant les patients de réanimation*) dénutri ou à risque de dénutrition. La présente EPP ne concerne pas le soin diététique à domicile.

UTILISATION DES CRITÈRES D'ÉVALUATION ET D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES

« L'EPP consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » (*décret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles*).

Il s'agit donc d'analyser sa pratique médicale en utilisant des références scientifiques validées grâce à une méthode structurée et explicite d'amélioration continue de la qualité.

Les références utilisées peuvent être variées (*recommandations pour la pratique clinique, textes réglementaires,...*). Afin de faciliter la démarche d'EPP et son appropriation par les professionnels, ces références peuvent également être déclinées en un document synthétique et pratique d'utilisation : le référentiel de pratiques professionnelles.

Une démarche d'amélioration continue de la qualité met en œuvre, de manière explicite dans la pratique clinique, des références validées (*qui peuvent être déclinées en référentiel*) avec un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de suivi des résultats obtenus.

Ces critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques constituent des éléments simples et opérationnels de bonne pratique. Ils peuvent être utilisés pour une démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). En effet ces critères permettent d'évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient, et d'améliorer les pratiques notamment par la mise en œuvre et le suivi d'actions visant à faire converger, si besoin, la pratique réelle vers une pratique de référence.

Ces critères ont vocation à être intégrés dans des démarches variées d'amélioration de la qualité (AQ). D'une manière générale, les démarches AQ s'inscrivent dans le modèle proposé par W.E. Deming.

Ce modèle comprend, 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment : planifier, faire, analyser, améliorer (Fig. 1).

- planifier : une démarche AQ et des critères sont choisis
- faire : la démarche AQ est mise en œuvre
- analyser : le praticien analyse sa pratique en référence aux critères sélectionnés et selon la démarche AQ adoptée.
- améliorer : les professionnels mettent en œuvre des actions correctrices en vue d'améliorer leur organisation et leurs pratiques. Ils en évaluent périodiquement l'impact.

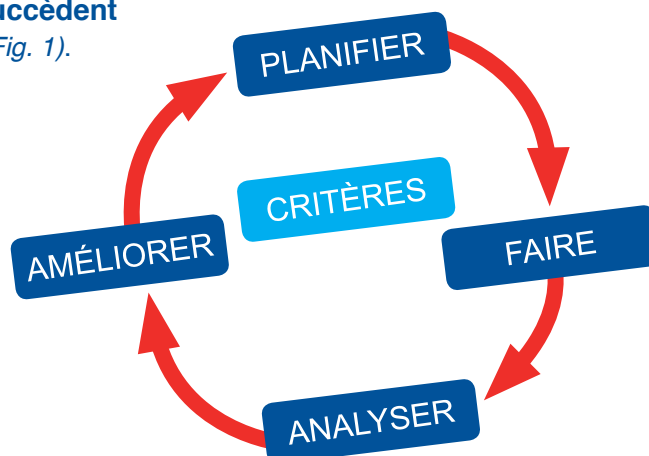


Fig. 1. Les démarches d'amélioration de la qualité modèle proposé par W.E. Deming.

Dès lors que des professionnels s'impliquent dans une démarche d'AQ, ils s'engagent dans la voie de l'évaluation / amélioration de leurs pratiques.

La HAS a publié de nombreuses méthodes d'amélioration de la qualité (cf. www.has-sante.fr). Parmi celles-ci, la démarche d'audit clinique (cf. documents méthode HAS et CFAR) a été choisi pour ce document. Les critères sélectionnés deviennent alors, après une adaptation éventuelle de leur formulation, des critères d'audit. Une grille d'auto-évaluation peut être élaborée à partir du présent document selon les critères (éventuellement en les adaptant) décrivant le rôle des diététicien(ne)s (soin diététique) et au besoin délégué à ceux-ci par la communauté médicale et la direction de la structure (évaluation et soins nutritionnels plus complexes). Ensuite cette grille sera complétée (pour chaque critère on recherche si celui-ci est présent, absent ou non-applicable) au minimum à partir d'une vingtaine de dossiers analysés rétrospectivement. Un plan d'amélioration et de suivi est secondairement proposé.

D'autres méthodes validant cette démarche d'EPP existent, elles associent toutes l'utilisation de critères à une méthode structurée et explicite d'amélioration de la qualité. Ces critères peuvent également être utilisés pour construire des outils d'amélioration sous la forme de protocoles, mémos, chemin clinique etc.

OBJECTIFS DES CRITÈRES DE QUALITÉ

Les objectifs des critères de qualité sont les suivants :

- Intégrer le soin diététique et nutritionnel dans la démarche qualité de prise en charge nutritionnelle des patients adultes hospitalisés dénutris ou à risque de dénutrition.
- Améliorer les pratiques des diététicien(ne)s comme professionnels de soins, qui travaillent en étroite collaboration avec les médecins, soignants et autres paramédicaux, pour préserver ou optimiser l'état nutritionnel des patients adultes dans de nombreuses pathologies au sein de l'établissement.

OBJECTIFS DES CRITÈRES DE QUALITÉ

Les objectifs des critères de qualité sont les suivants :

- Intégrer le soin diététique et nutritionnel dans la démarche qualité de prise en charge nutritionnelle des patients adultes hospitalisés dénutris ou à risque de dénutrition.
- Améliorer les pratiques des diététicien(ne)s comme professionnels de soins, qui travaillent en étroite collaboration avec les médecins, soignants et autres paramédicaux, pour préserver ou optimiser l'état nutritionnel des patients adultes dans de nombreuses pathologies au sein de l'établissement.

Références

Beau P. Épidémiologie de la dénutrition chez le malade hospitalisé. In: Cano N, Barnoud D, Schneider S, Vasson MP, Hasselmann M, Lerverve X, editors. Traité de nutrition artificielle de l'adulte : nourrir l'homme malade. 3e ed Paris: Springer; 2007. p. 1093–102.

HAS 2007 « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee