



Soin nutritionnel à l'hôpital

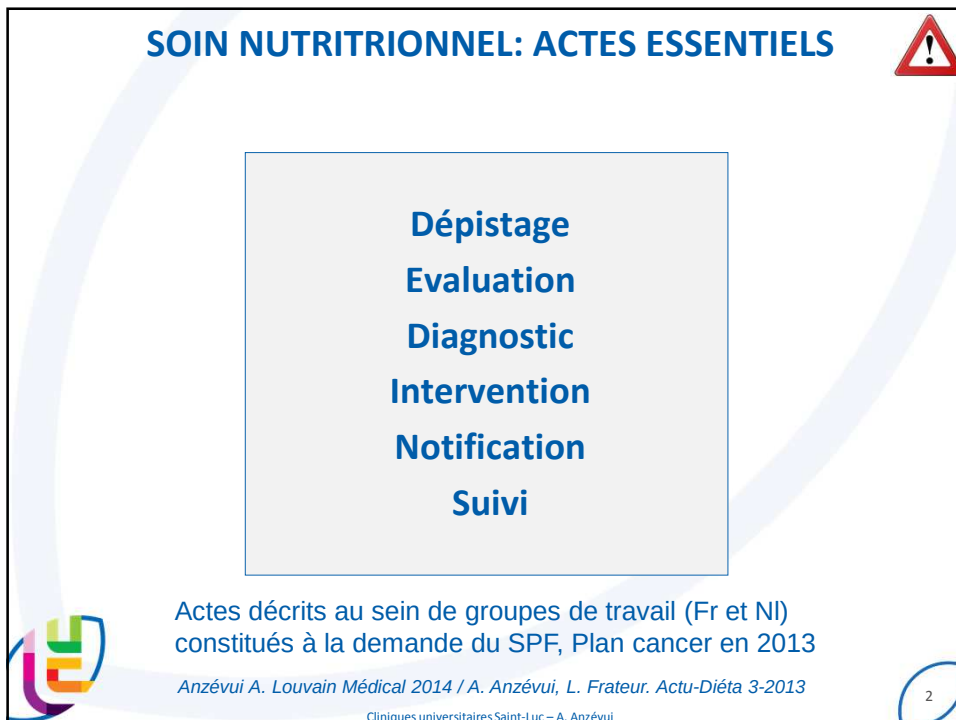
Principales difficultés et ressources en Belgique en 2015

INAMI – 03.09.15

Aude Anzévui
Responsable Qualité Nutrition clinique

Services Alimentation et Diététique
Institut Roi Albert II

Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES



SOIN NUTRITIONNEL: ACTES ESSENTIELS



Dépistage
Evaluation
Diagnostic
Intervention
Notification
Suivi

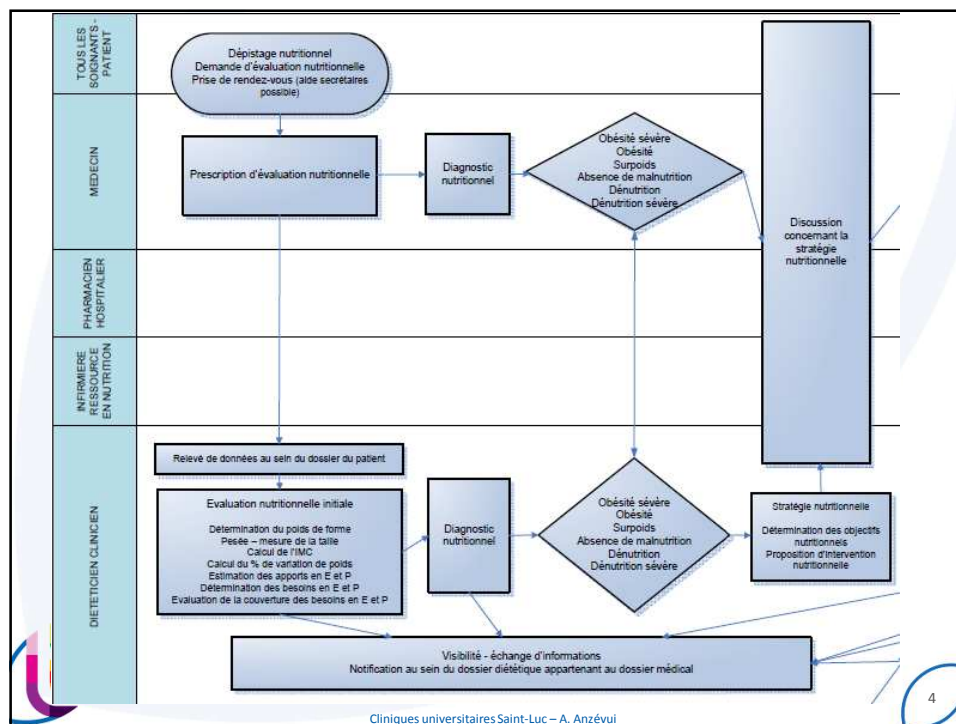
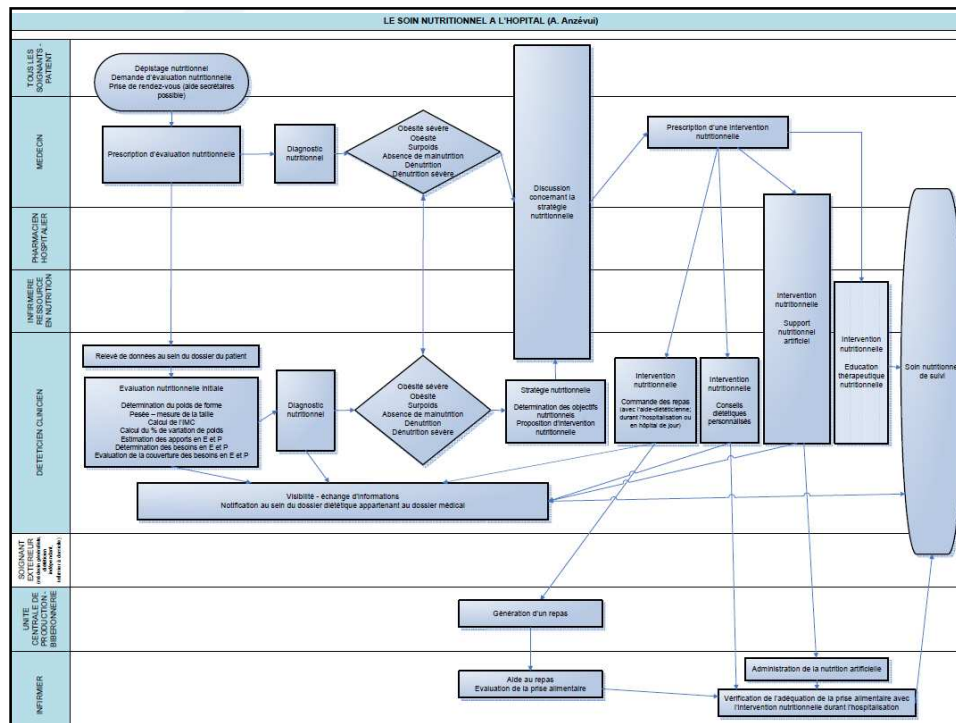
Actes décrits au sein de groupes de travail (Fr et NI)
constitués à la demande du SPF, Plan cancer en 2013

Anzévui A. Louvain Médical 2014 / A. Anzévui, L. Frateur. Actu-Diéta 3-2013

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

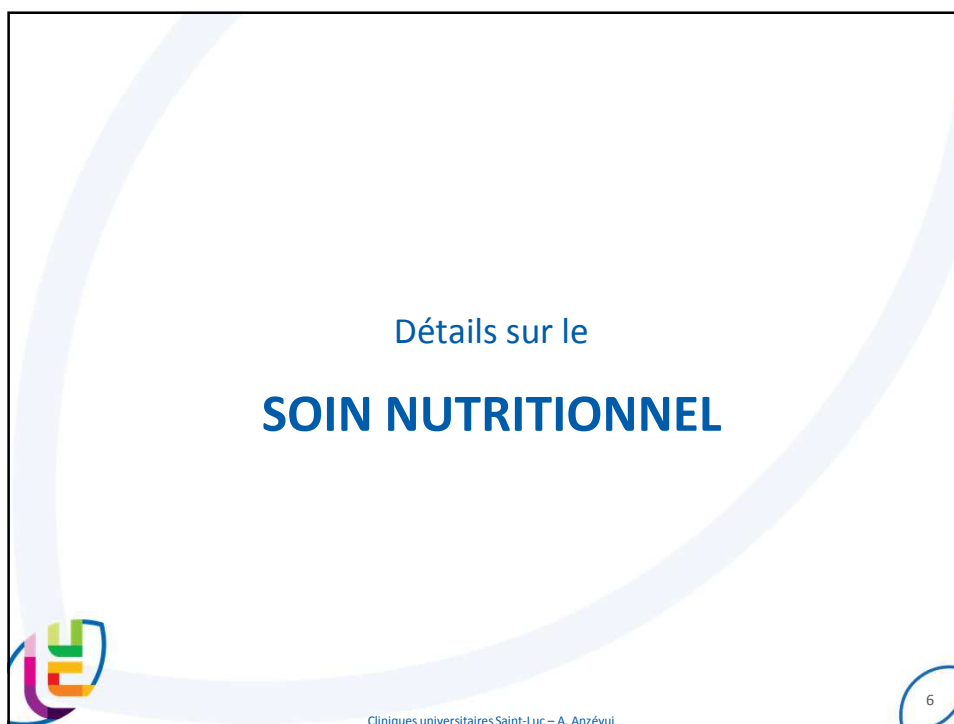
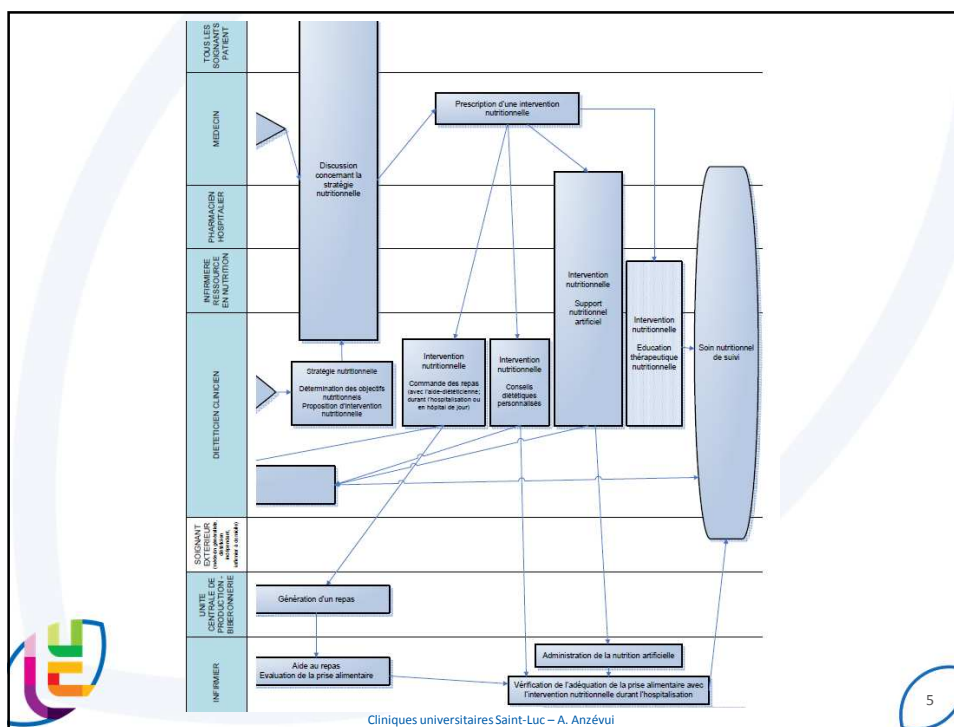


2

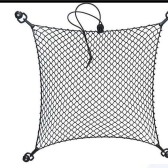


Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévi

4



DEPISTAGE



Le dépistage du risque de malnutrition est un processus qui vise à identifier les patients à risque d'être malnourri ou de développer une malnutrition.

Il est réalisable par une personne sans qualification particulière en nutrition/diététique.

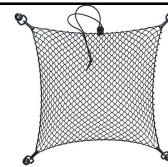


S. Antoun, V.E. Baracos. Oncologie 2009 / Anzévui A. Louvain Médical 2014

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

7

DEPISTAGE



Il doit être:

- rapide
- simple
- sensible
- confirmé par une évaluation nut. approfondie
- pratique
- paramètres disponibles en routine
- utilisable par les premiers intervenants



S. Antoun, V.E. Baracos. Oncologie 2009 / Anzévui A. Louvain Médical 2014

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

8

DEPISTAGE

Critères essentiels du dépistage du risque de dénutrition

Poids actuel pesé + BMI
Perte de poids par rapport au poids de forme
Diminution des apports alimentaires



Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

9

DEPISTAGE

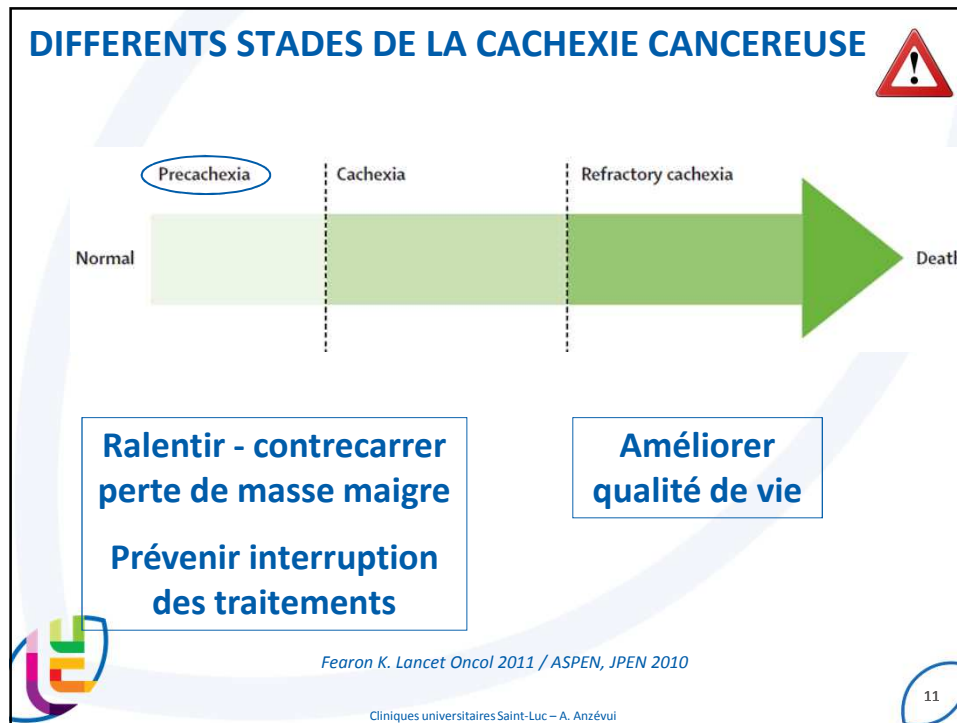
But du dépistage du risque de dénutrition pour le diététicien

Etre alerté rapidement par les équipes soignantes qui
ont repéré un besoin de soin nutritionnel pour le patient



Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

10



DEPISTAGE OU DEMANDE DE PEC AU DIETETICIEN

TOUS LES SOIGNANTS

Mesures

a) Le poids actuel → **MESURER !**

a) Le poids de forme (= **POIDS DU PATIENT EN BONNE SANTE**)

Evaluer la perte/prise de poids

a) La taille → **MESURER !**

Calculer le BMI (Aide de la roulette)

EXAMEN CLINIQUE :

POIDS : 72 kg (73)	POULS : _____/min.
TAILLE : _____ cm	T.A. : 130 / 70 mmHg
SURF. CUT. : _____ m²	R. RESP. : _____/min.
CŒUR : 1/0	

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui – Frateur L.

12

EVALUATION ET DIAGNOSTIC

L'évaluation nutritionnelle mène au diagnostic nut.

Il s'agit d'un processus plus long que le dépistage.

Il doit être réalisé par une personne qualifiée en nutrition/diététique.

Il repose sur un examen détaillé des paramètres métaboliques, nutritionnels ou fonctionnels, permettant ainsi une intervention nutritionnelle appropriée.



Lochs H. ESPEN. 2006 / PNNS. Dénutrition. 2007 / Anzévui A. Louvain Médical 2014

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

13

EVALUATION NUTRITIONNELLE INITIALE

Variables anthropométriques

Poids de forme:	Taille mesurée:
Poids actuel pesé:	IMC actuel:
Histoire pondérale:	

% de la perte de poids

Variables diététiques

Enquête alimentaire - Matin: - Matinée: - Midi: - Après-midi: - Soir: - Soirée: - Nuit:		- Evaluation de l'appétit: - Goûts/aversions: - Répartition repas/collation: - Présence d'un régime alimentaire:
Apports habituels • en énergie (E) en kcal. kg-1. jour-1: 20-25 / 25-30 / 30-35 / 35-40 / autre • en protéines (P) en g. kg-1. jour-1: 0.75-1 / 1-1.25 / 1.25-1.5 / autre		
Besoins nutritionnels • E en kcal. kg-1. jour-1 : 20-25 / 25-30 / 30-35 / 35-40 / autre • P en g · kg-1. jour-1 : 0.75-1 / 1-1.25 / 1.25-1.5 / autre		
Couverture des besoins nutritionnels • E en % : • P en % :		



A. Anzévui, L. Frateur. Actu-Diéta 3-2013

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

14

EVALUATION NUTRITIONNELLE INITIALE

Variables entravant la prise alimentaire

Symptômes (dysphagie, mucite, troubles digestifs, etc.):

Troubles (solitude, tristesse, problèmes de dentition, etc.):

Autonomie (pour s'alimenter, cuisiner, faire les courses, etc.):

Variables nutritionnelles et fonctionnelles spécifiques

Etat de performance physique : via par ex. le score ECOG⁵

Réserves tissulaires : musculaire, sous-adipeuse, totale

Risque de développer une dénutrition **OUI - NON**



A. Anzévui, L. Frateur. Actu-Diéta 3-2013

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

15

EVALUATION NUTRITIONNELLE DE SUIVI

Variables anthropométriques

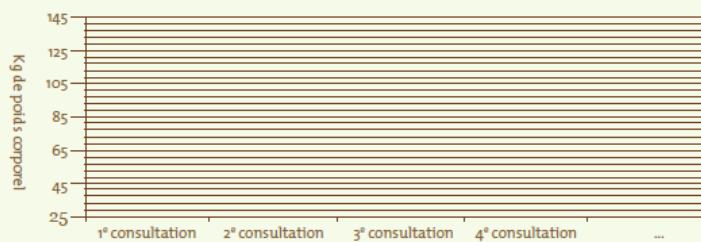
☐ Poids de forme:

☐ Taille mesurée:

☐ Poids actuel pesé:

☐ IMC actuel:

☐ Histoire pondérale:



Variables diététiques (idem évaluation nutritionnelle initiale)

Variables entravant la prise alimentaire (idem évaluation nutritionnelle initiale)

Variables entravant significativement l'amélioration de l'état nutritionnel

Fréquence des visites à l'hôpital, évolution du cancer, pathologie concomitante, compliance à l'intervention nutritionnelle précédente (suivi des conseils), etc.



A. Anzévui, L. Frateur. Actu-Diéta 3-2013

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

16

DIAGNOSTIC

= DETERMINATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL ACTUEL

- peut être posé après l'évaluation
- doit être réalisé par une personne qualifiée en nutrition/diététique
- doit être notifié au sein du dossier diététique et médical
- acte partagé entre le médecin et le diététicien



Anzévui A. Louvain Médical 2014

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

17

DIAGNOSTIC NUTRITIONNEL

Critères diagnostiques pratiques de la SFNEP



¹ Une dénutrition doit être évoquée sur la présence d'un ou plusieurs des critères cliniques ou biologiques suivants :

	Âge < 70 ans		Âge ≥ 70 ans	
	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère
Perte de poids	≥ 5 % en 1 mois ≥ 10 % en 6 mois	≥ 10 % en 1 mois ≥ 15 % en 6 mois	≥ 5 % en 1 mois ≥ 10 % en 6 mois	≥ 10 % en 1 mois ≥ 15 % en 6 mois
IMC (P/T ²)	≤ 18,5	≤ 16	≤ 21	≤ 18
Albumine	< 30 g/l	< 20 g/l	< 35 g/l	< 30 g/l
Mini Nutritional Assessment	-		≤ 17 (/30)	-



SFNEP. Bouteloup C. Nutr Clin Met 2009

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

18

DIAGNOSTIC NUTRITIONNEL

Critères diagnostiques pratiques de la SFNEP spécifiques pour le patient oncologique

Tableau 1: Etat nutritionnel actuel^{6,7}

Critères	Dénutrition	Surpoids	Obésité
IMC (kg/m ²)	< 18.5 de 18 à 70 ans <21 après 70 ans	≥ 25 et < 30	≥ 30
Perte de poids (%)	≥ 5 en oncologie médicale ≥ 10 en chirurgie		
Couverture des besoins nutritionnels (%)	<70		
Albuminémie (g/l)	< 30 en chirurgie uniquement		



A. Anzévui, L. Frateur. Actu-Diéta 3-2013 / Senesse P. SFNEP. Nut Clin Met 2012

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

19

STRATEGIE

Les objectifs peuvent être:

- prévenir le risque de développer une dénutrition par le maintien du poids et de l'appétit
- ralentir, voire contrecarrer la dénutrition par le maintien voire le gain de poids et d'appétit

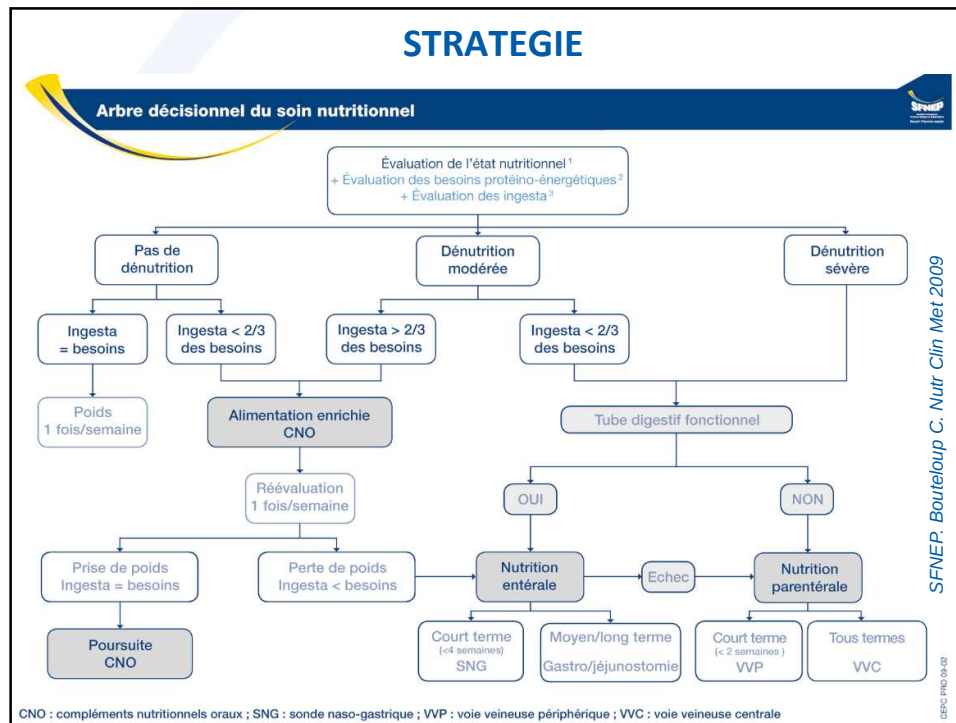
La stratégie nutritionnelle doit être fondée sur des recommandations de bonnes pratiques cliniques.

Différents arbres décisionnels existent, ils doivent être discutés et adaptés avec les équipes de terrain et le CLAN en fonction des moyens et des pathologies concomitantes.

Anzévui A. Louvain Médical 2014

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

20



INTERVENTION

Commande des repas

Adaptation des repas aux besoins du patient (hospitalisation ou repas servis durant les traitements ambulatoires)

Réalisé par un diététicien agréé ou un aide-diététicien

Conseil diététique personnalisé

Ensemble des informations nutritionnelles adaptées à la pathologie et à l'état nutritionnel, fournies au patient, lors de consultations diététiques spécialisées

Réalisé par un diététicien agréé

Support nutritionnel artificiel

Nécessite des compétences médicales, infirmières et diététiques



INTERVENTION NUTRITIONNELLE

Objectifs

- ☐ Prévenir le risque de développer une dénutrition par maintien du poids, de l'appétit
- ☐ Ralentir/contrecarrer la dénutrition par maintien/gain de poids, d'appétit
- ☐ Maintenir/éviter la prise de poids

Conseils diététiques personnalisés

- ☐ Fractionnement (Fr ; variable selon la répartition des repas sur la journée)
- ☐ Alimentation orale enrichie (AOE)
- ☐ Alimentation spécifique adaptée aux effets secondaires et/ou aux traitements
- ☐ Alimentation de texture adaptée en cas de dysphagie, mucite
- ☐ Alimentation pauvre en germes
- ☐ Alimentation équilibrée en cas de régime d'exclusion, en cas d'absence de repas principaux sur la journée
- ☐ Alimentation spécifique adaptée à une pathologie concomitante
- ☐ Programme de réduction pondérale
- ☐ Complément nutritionnel oral (CNO) et produit modulaire
- ☐ Immunonutrition
- ☐ Autres:

Nutrition artificielle

- ☐ Nutrition entérale (EN)
- ☐ Nutrition parentérale (PN)

Commentaires:

A. Anzévui, L. Frateur. Actu-Diéta 3-2013

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

23

INTERVENTION

TABEAU 6 – Conseils diététiques personnalisés les plus fréquents en cas de dénutrition

FRACTIONNEMENT

Il s'agit d'adapter avec le patient son alimentation en augmentant la fréquence des prises alimentaires sur la journée. Cette adaptation doit être personnalisée et est variable selon la répartition habituelle des repas sur la journée (28).

ALIMENTATION ÉQUILIBRÉE

En cas de régime d'exclusion et/ou en cas d'absence de repas principaux sur la journée, la première étape sera de rééquilibrer l'alimentation du patient selon les recommandations nutritionnelles belges (29).

ALIMENTATION ORALE ENRICHIE

L'enrichissement a pour but d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume. Différents aliments courants et produits modulaires permettent d'enrichir l'alimentation traditionnelle en respectant les goûts et habitudes du patient: poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu, huile, pâtes ou semoule enrichies en protéines,... (28)

Anzévui A. Louvain Médical 2014

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

24

INTERVENTION

TABEAU 6 – Conseils diététiques personnalisés les plus fréquents en cas de dénutrition

COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS ORAUX (CNO)

Ces produits industriels, le plus souvent prêts à l'emploi, sont des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales, (26) administrables par voie orale, de goûts et de textures variés. Les CNO hyperénergétiques apportent min. 1.5 kcal/ml ou 1.5 kcal/g. Les CNO hyperprotidiques apportent min. 7g P/100 ml ou 7g P/100 g ou min. 20 % de l'apport énergétique total du patient (28).

PRODUITS MODULAIRES

Il s'agit de poudres de maltodextrine, amidon ou protéines qui peuvent être ajoutées dans l'alimentation courante du patient (potage, purée, laitage, pâtisserie, ...). Ces poudres possèdent le plus souvent un goût neutre.



Anzévu A. Louvain Médical 2014

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévu

25

INTERVENTION

TABEAU 6 – Conseils diététiques personnalisés les plus fréquents en cas de dénutrition

ALIMENTATION SPÉCIFIQUE ADAPTÉE AUX EFFETS SECONDAIRES DE RADIOCHIMIOTHÉRAPIE

Il s'agit de conseils personnalisés avec le patient qui visent la meilleure gestion des symptômes gênant l'alimentation : diarrhée, vomissement, nausée, constipation, inflammation de la bouche, sécheresse buccale, dysgueusie, perte d'appétit.

ALIMENTATION DE TEXTURE ADAPTÉE

En cas de dysphagie, mucite, les textures alimentaires peuvent être : liquide, homogène-crème lisse, homogène-desserts lisses variés, homogène-mixé lisse, mixé, texturé, moulu. L'épaississement des liquides peut être de consistance : crème, miel, sirop liquide, sirop très liquide (30). Des produits modulaires à base d'amidon et de maltodextrine peuvent aider à obtenir la texture appropriée pour le patient.

IMMUNONUTRITION OU PHARMACONUTRITION

Il s'agit d'ajouter à l'alimentation des pharmaconutriments, tels que des acides gras $\Omega 3$, de la L-arginine, des nucléotides, de la glutamine, capables de moduler certaines fonctions de l'organisme (26).



Anzévu A. Louvain Médical 2014

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévu

26

CONSEILS DIETETIQUES PERSONNALISES ET CNO EN ONCOLOGIE

En oncologie, étant donnée la fréquence des troubles du goût et de l'anorexie, en plus de l'indication reposant sur le diagnostic de dénutrition, la SFNEP (Société Francophone de Nutrition Entérale et Parentérale) recommande un conseil diététique personnalisé en cas de demande du patient ou de la famille ou en association à toute prescription de compléments nutritionnels oraux (CNO).

En effet, de tels **conseils associés à des sessions d'éducation nutritionnelle, basés sur une alimentation courante, ont un impact supérieur à une prescription simple de CNO**. Cet impact a été mesuré en termes de pronostic, de maintien d'un état et des apports nutritionnels adéquats, de qualité de vie et de réduction de toxicité de la radiothérapie.



SFNEP, Meuric J. Nut Clin Met 2012 / Ravasco P. Am J Clin Nutr 2012
Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

27

EDUCATION THERAPEUTIQUE NUTRITIONNELLE

= accompagnement diététique réalisé par une personne qualifiée en nutrition et en éducation thérapeutique

1^{er} but = donner au patient les ressources cognitives et techniques afin qu'il puisse gérer son alimentation dans un contexte de maladie

Compétences d'autosoins: décisions que le patient prendrait pour mettre en œuvre des modifications de son mode de vie, de son comportement alimentaire, et de décider d'impliquer son entourage. Elle correspond à un transfert planifié et organisé de compétences du soignant (du diététicien) vers le patient.

2^{ème} but = favoriser la mobilisation ou l'acquisition des compétences d'adaptation psychologique suite aux changements qui ont été imposés par la maladie et ce grâce à une gestion des émotions et une prise de conscience des enjeux



Bagot JL. Psycho Oncol 2010 / Pérol D. Bull Cancer 2007 / Frateur L. St-Luc 2014

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

28

EDUCATION THERAPEUTIQUE NUTRITIONNELLE

La finalité de l'ETP est donc de conférer au patient des aptitudes nouvelles afin de mieux gérer sa maladie tout en maintenant ou améliorant sa qualité de vie.

L'éducation thérapeutique nutritionnelle du malade ne se résume donc pas à lui remettre un régime ou des conseils personnalisés. Elle doit permettre au patient d'être actif, de s'approprier des connaissances diététiques et de leur donner du sens, de les intégrer à sa vie de tous les jours et de les accepter. L'éducateur en nutrition quant à lui, ne doit pas proposer des règles diététiques inutiles et injustifiées pouvant attenter à l'intégrité du malade, à son autonomie ou à sa liberté. Par contre, il est tenu de s'interroger sur la capacité du patient à modifier son comportement alimentaire sans efforts, sans angoisse et en gardant le plaisir de manger.



Dohollou N. Oncologie 2012 / Simon D. Paris Masson 2009 / Frateur L. St-Luc 2014

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

29

EDUCATION THERAPEUTIQUE NUTRITIONNELLE DOMAINE DE LA RECHERCHE EN BE



Projet de recherche « revalidation oncologique »

Depuis septembre 2013, 15 hôpitaux exécutent un projet de recherche « Amélioration de la qualité de vie et réintégration des femmes atteintes d'un cancer du sein, suivant un traitement adjuvant, par l'entraînement physique et l'encadrement du mode de vie ». Le but de ce projet est d'étudier l'effectivité d'un programme multidisciplinaire standardisé de revalidation oncologique auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein et qui suivent un traitement adjuvant (post-thérapie). L'Universitair ziekenhuis Gent (Pr Jan Bourgois - Mme Barbara Van Ruymbeke) coordonne ce projet.

• Bruxelles-Capitale

- Universitair Ziekenhuis Brussel - VUB (Laarbeeklaan 101, 1090 Bruxelles)
- Cliniques Universitaires St Luc -UCL (Avenue Hippocrate 10, 1200 Brussel)

CuSL: Organisation des séances psycho-éducatives diététiques



Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

30

NOTIFICATION

Il est essentiel de notifier au sein du dossier diététique du patient au minimum:

- le diagnostic nutritionnel posé
- l'intervention réalisée

Le dossier diététique doit être visible le plus rapidement possible (en instantané) par les autres soignants.



Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévi

31

NOTIFICATION

Ce dossier doit permettre d'évaluer statistiquement l'activités des diététiciens

- impact financier
- engagement
- reconnaissance au sein de l'institution

Ce dossier doit idéalement faire partie du dossier médical.



Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévi

32

SUIVI NUTRITIONNEL

Chaque soin nutritionnel de suivi comprend l'évaluation nutritionnelle de suivi, le diagnostic et l'intervention.

Les buts sont de:

- comparer le poids, l'appétit et la couverture des besoins nutritionnels par rapport à la consultation diététique spécialisée précédente
- évaluer l'application ou le suivi et la compliance aux conseils apportés et de les adapter en fonction de l'évolution du patient.



A. Anzévui, L. Frateur. Actu-Diéta 3-2013

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

33

SUIVI



Un soin nutritionnel de suivi,
en préhospitalier,
durant le séjour,
puis en posthospitalier,
a un impact sur l'état nutritionnel et la santé du patient
bien supérieur à un soin ponctuel!

**VEILLER AU SOIN NUTRITIONNEL
TOUT AU LONG DU CHEMIN CLINIQUE DU PATIENT!**



Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

34

DIFFICULTES RENCONTREES

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

PRINCIPALES DIFFICULTES

1. Ordre financier

Effectif / temps-charge de travail / développement (outils, bonnes pratiques, études cliniques, etc.)

Besoin de soin nutritionnel de qualité trop souvent rendu très difficile à satisfaire car ressources insuffisantes

- Intérêt de créer un groupe de travail belge pour évaluer les besoins et ressources financières
- Importance d'être guidé par les soignants de terrain

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

36

PRINCIPALES DIFFICULTES

2. Manque de connaissance en nutrition et diététique des soignants en général et d'information du rôle de chaque soignant impliqué dans le soin nutritionnel
3. Manque de reconnaissance de l'importance du soin nutritionnel
4. Obtention du soutien des professionnels de terrain (soignants non diététiciens) et du corps médical
5. Manque d'une organisation couplée de ce soin



Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévi

37

...SUR LE TERRAIN...

Les causes de la dénutrition observée dans les établissements de santé sont médicales mais également logistiques et organisationnelles à part égale.

La trop rare identification dès l'admission et au cours d'un séjour hospitalier d'une dénutrition ou d'un risque nutritionnel lié à la pathologie fait méconnaître ces risques.



PNNS. Dénutrition: une pathologie méconnue en société d'abondance. 2012

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévi

38

...SUR LE TERRAIN...

Toutes les enquêtes de ces dix dernières années révèlent que dans moins de 10 % des dossiers médicaux figurent le poids, la taille, l'indice de masse corporelle ou la notion d'une perte de poids récente.

Comment, dans ces conditions, mettre en place une stratégie de prise en charge ?



PNNS. Dénutrition: une pathologie méconnue en société d'abondance. 2012

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

39

Détails sur les **DIFFICULTES**



Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

40

DIFFICULTES: EXEMPLE EN PRATIQUE AVEC LES EQUIPES INFIRMIERES

Contexte: étude clinique de validation du dépistage MSTC

4 questions posées directement au patient

- D'abord par une infirmière (seule)
+ demande à l'infirmière de peser le patient

- Ensuite par une diététicienne (seule et sans avoir échangé les réponses du patient avec l'infirmière)

Avec la présence de équipe diét/nut durant toute la journée



Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

41

Service Diététique / Centre du Cancer

Cliniques Universitaires St. LUC (UCL)

Outil de Dépistage de la Dénutrition des Patients atteints de Cancer (MSTC)

A. Modification de la prise alimentaire (MNA)

Le patient a-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, de mastication, de déglutition ?

- 0 prise alimentaire inchangée ou augmentée
- 1 prise alimentaire légèrement-moyennement diminuée
- 2 prise alimentaire sévèrement diminuée

B. Perte de poids

Le patient a-t-il perdu du poids durant les derniers mois ?

- 0 poids inchangé ou augmenté
- 1 poids diminué



Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

42

C. Etat de performance physique (ECOG)

- 0 activité identique à celle précédant la maladie sans aucune restriction
état normal, aucun signe de la maladie
- 1 activité réduite mais ambulatoire et capacité de mener un travail léger, sédentaire
activité normale avec ou sans efforts, signes de maladie minimes
- 2 capacité de prendre soin de soi-même, de se prendre en charge à domicile
incapacité de travailler, alitement (ou en chaise) < 50 % de la journée
- 3 capacité uniquement de quelques activités, alitement > 50% de la journée
nécessité d'une aide temporaire et de soins médicaux fréquents
- 4 incapacité de prendre soin de soi-même, alitement permanent
état général très diminué, hospitalisation indiquée

D. Indice de masse corporel (BMI)

Poids actuel =
Taille actuelle =

BMI actuel = **kg/m²**

$$P(\text{dénutrition}) = \exp \left(\frac{\text{résultat de l'équation}}{[1 + \exp(\text{résultat de l'équation})]} \right) = \dots\dots\dots$$

Kim J-Y, et al. Development and validation of a nutrition screening tool for hospitalized cancer patients. Clin Nutr 2011 / Traduit par L. Frateur et A. Anzévui avec accord des auteurs

3

DIFFICULTES: EXEMPLE EN PRATIQUE AVEC LES EQUIPES INFIRMIERES

CAS CLINIQUE 1

Homme, 72 ans
Cancer sinus piriforme
T4, N2, M0
ChimioT, RadioT
58.5 kg et 1m74

DIFFICULTES: EXEMPLE EN PRATIQUE AVEC LES EQUIPES INFIRMIERES

REPONSES A 3 QUESTIONS DU MSTC DE L'INF ET DE LA DIET

	INF	DIET
Poids	1	1
ECOG	2	3
kg et cm	64 kg	58.5 kg

A votre avis, que s'est-il passé? Et comment l'expliquer?



Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

45

DIFFICULTES: EXEMPLE EN PRATIQUE AVEC LES EQUIPES INFIRMIERES FEED-BACK REALISE A L'EQUIPE INFIRMIERE

Poids

- 17.6% en 6 mois

6 MOIS :
71 kg

1 MOIS :
64 kg

Aujourd'hui :
58.5 kg

Prise alimentaire (EN depuis 5 semaines)

INF Non évaluable

DIET Absence couverture des besoins nutritionnels



Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

46

DIFFICULTES: EXEMPLE EN PRATIQUE AVEC LES EQUIPES INFIRMIERES FEED-BACK REALISE A L'EQUIPE INFIRMIERE

Capacité fonctionnelle

INF Alitement < 50% journée
DIET Alitement > 50% journée

Examen physique

Réserve tissulaire (dont musculaire) sévèrement < normes

⇒ Patient hospitalisé le jour même

⇒ Pour immunodépression et dénutrition sévère



Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

47

FEED-BACK: EXEMPLE EN PRATIQUE AVEC LES EQUIPES INFIRMIERES

CAS CLINIQUE 2

Femme, 30 ans

Cancer sein

T2, N0, Mx

Chirurgie, RadioT, HormonoT

47.5 kg et 1m68

« J'ai peut-être perdu 1 à 2 kg. »

« Je mange plus que d'habitude.

J'ai arrêté de grignoter et mange plus
équilibré. »

« Je suis mince de nature. »

*A votre avis, que pensent les équipes
infirmières de l'état nutritionnel de
cette patiente avant toute
investigation (pesée, questions, etc.)?*



Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

48

FEED-BACK: EXEMPLE EN PRATIQUE AVEC LES EQUIPES INFIRMIERES

REPONSES A 4 QUESTIONS DU MSTC DE L'INF ET DE LA DIET

	INF	DIET
Prise al	0	2
Poids	1	1
ECOG	0	0
kg et cm	Idem	Idem



Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

49

FEED-BACK: EXEMPLE EN PRATIQUE AVEC LES EQUIPES INFIRMIERES

Perte de poids

- 11% poids
en 6 mois
16.9 kg/m²

6 MOIS :
52.5 kg

1 MOIS :
≈ 50 kg

Aujourd'hui :
47.5 kg

Prise alimentaire

INF

Prise al. inchangée

DIET

Quantité sévèrement diminuée à l'enquête al.



Frteur L. St-Luc. 2013

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

50

FEED-BACK: EXEMPLE EN PRATIQUE AVEC LES EQUIPES INFIRMIERES

Prise alimentaire

Tendance à voir l'alimentation comme un traitement

Changements de régime alimentaire majeurs

Apports évalués < besoins nut. (E, P)

Modifications qualitatives +++

Arrêt grignotages, chocolats

Plus aucun apport en sucre ajouté et viande

Examen physique

Réserve tissulaire (dont musculaire) < normes



Frteur L. St-Luc. 2013

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

51

FEED-BACK: EXEMPLE EN PRATIQUE AVEC LES EQUIPES INFIRMIERES INTERVENTION NUTRITIONNELLE DE LA DIETETICIENNE

01.13

- 47.5 kg → 16.8 kg/m²
- Fractionnement + enrichissement de l'alimentation
- Explication du régime végétarien équilibré !

02.13

- 48.5 kg → 17.2 kg/m²
- Patiente fractionne et enrichi + mange PL
- Intégrer les œufs et le poisson + douceurs (chocolat + sucre)

03.13

- 49.7 kg → 17.6 kg/m²
- Patiente mange œufs, poisson (1x/2sem.)
- Diversifier l'alimentation (complémentarité)
- Intégrer les légumineuses, substitut de viande, fruits oléagineux



Frteur L. St-Luc. 2013

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

52

DIFFICULTES: EXEMPLE EN PRATIQUE AVEC LES MEDECINS

« Vous souhaitez que nous systématisions le dépistage et le diagnostic nutritionnels. Mais pourquoi? Le support nutritionnel ne peut préserver la perte de masse maigre de toute façon. »

Répond le Pr ... Responsable du Service ...
à tel responsable du Service Diététique



Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

53

RESSOURCES



Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

RESSOURCES

Guidelines des Sociétés savantes en Nutrition clinique: ESPEN, SFNEP, HAS, CSS, etc.

Formalisation du soin en processus, description des actes (dia 2) réalisée de façon consensuelle en Belgique et qui sert de base pour la réalisation de rapports d'activités pour le SPF (Plan Cancer Action diététicien et Equipe nutritionnelle)

Financements octroyés au soin nutritionnel (mais insuffisants pour couvrir le besoin)

Cadre réglementaire: Arrêté royal, numéro d'agrément, rapports d'activités

Sensibilisation: NutritionDay, Comité de Liaison Alimentation Nutrition, équipe nutritionnelle

Information de qualité pour les patients: PNNS-B



Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

55

Détails sur les RESSOURCES



Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

56

SENSIBILISATION: EQUIPES MEDICALES



ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals

Henrik Hejgaard Rasmussen^{a,*}, Jens Kondrup^b, Michael Staun^c, Karin Ladefoged^d, Hanne Kristensen^e, Anne Wengler^eClinical
Nutrition

www.elsevier.com/locate/cn

Table 2 Relationship between length of stay and weight loss in 116 patients.

Hospitalization period (days)	Weight loss (kg, mean $\pm$ SD)
0–6	3.0 $\pm$ 3.1
7–13	4.0 $\pm$ 2.9
14–20	4.0 $\pm$ 4.0
21–27	5.9 $\pm$ 4.1
28–41	8.6 $\pm$ 7.8
41–55	4.9 $\pm$ 2.1
> 56	9.8 $\pm$ 7.6

5%

10%

15%

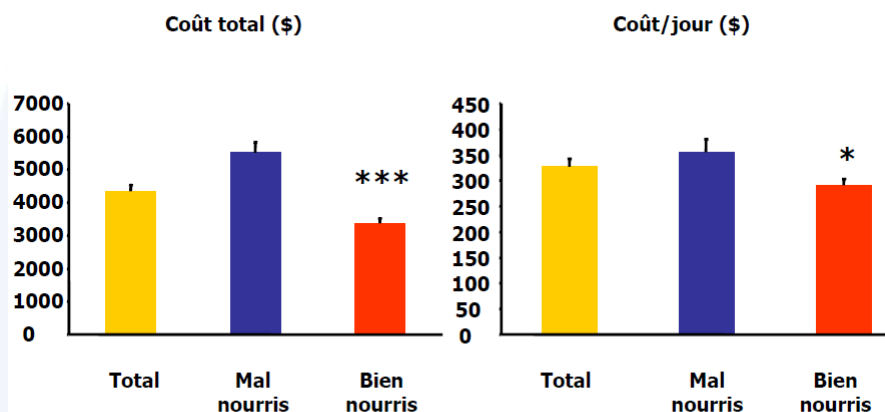
Van Gossum A. Certificat de gastro-entérologie. ULB 2010-2011

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

57

SENSIBILISATION: DIRECTION ET EQUIPES MEDICALES CONSEQUENCES DE LA DENUTRITION

Sur le coût hospitalier



Reilly et al., 1988

Thissen J.-P. La Dénutrition. IPL 2013

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

58

SENSIBILISATION: DIRECTION ET EQUIPES MEDICALES CONSEQUENCES DU DECLIN DE L'ETAT NUTRITIONNEL

**Déclin de l'état nutritionnel durant l'hospitalisation
prédicatif de complications et de coûts**

	Stable (278)	Déclin (126)
Complications (%)	50	62 *
Longueur (jours)	16 ± 0.7	19 ± 1.3
Coût (dollars)	34 336 ± 1812	45 762 ± 4 021 *

Braunschweig et al., 2000

Thissen J.-P. La Dénutrition. IPL 2013

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

59

SENSIBILISATION: DIRECTION ET EQUIPES MEDICALES IMPORTANCE DE L'INTERVENTION NUTRITIONNELLE EN ONCOLOGIE

Chez les patients atteints de cancer du pancréas, une intervention nutritionnelle par voie orale permet une réduction significative de la perte de poids et de masse maigre.

Récemment, un essai contrôlé randomisé, sur 89 patients atteints de cancer colo-rectal, bénéficiant d'un suivi à long terme (6.5 ans), a montré que des conseils diététiques personnalisés et des sessions d'éducation nutritionnelle, dès le début des traitements anti-cancéreux, basés sur une alimentation courante, améliorent le pronostic (survie médiane de 7.3 ans vs 4.9 ans).



Fearon K. Gut 2003 / Ravasco P. Am J Clin Nutr 2012

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

60

RESSOURCE UN OUTIL DE SENSIBILISATION: LE NUTRITIONDAY



Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

NUTRITIONDAY SURVEY: DESCRIPTION

= enquête (audit) transversale européenne d'une journée sur les facteurs de risque nutritionnels et la prise alimentaire de patients adultes hospitalisés

L'effet de la prise alimentaire et les facteurs de risque nutritionnels sur la mortalité (tout cause confondue) à l'hôpital sont évalués endéans les 30 jours après l'enquête.

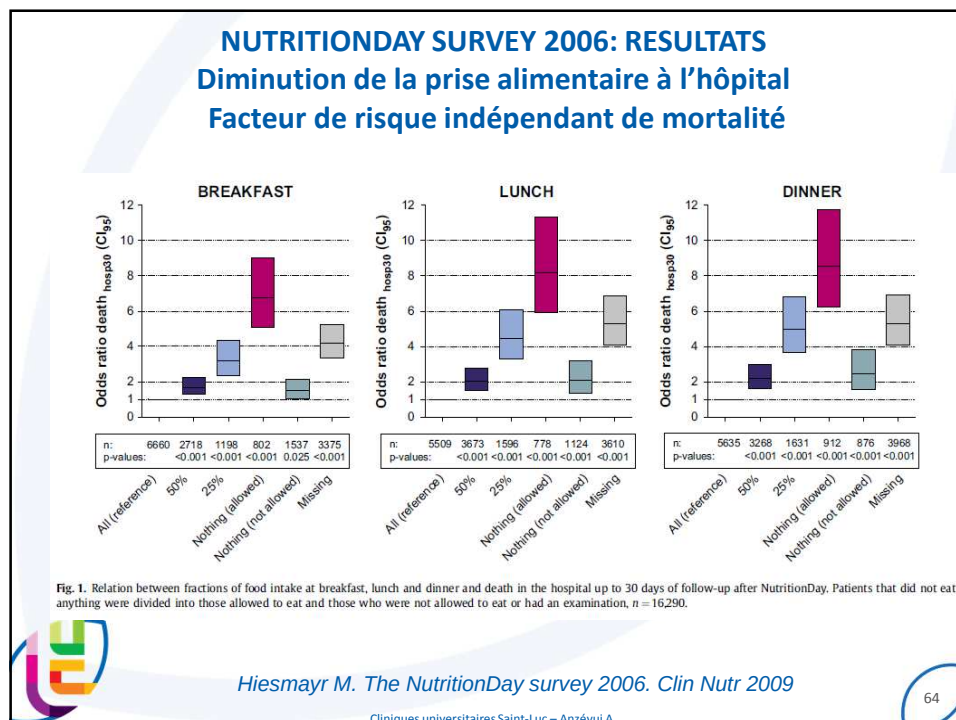
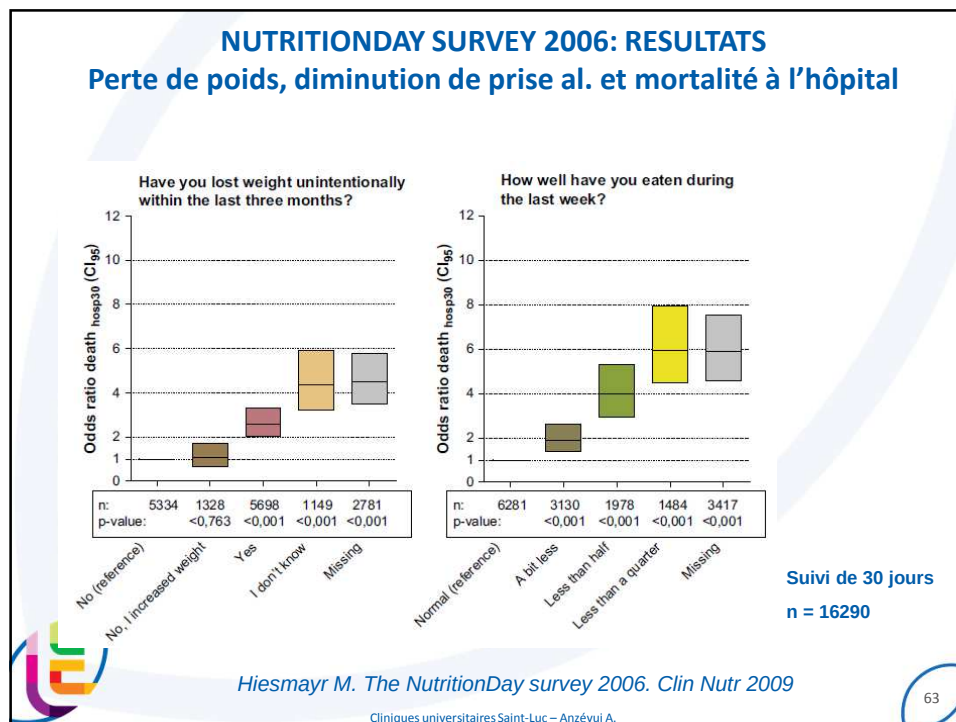
La réalisation de cette enquête est standardisée, donc chaque institution rapporte les mêmes données.



Hiesmayr M. The NutritionDay survey 2006. Clin Nutr 2009

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

62



NUTRITIONDAY SURVEY 2006: QUELQUES RESULTATS

En 2006, cette enquête a été réalisée sur 16290 patients.

Plus de la moitié des patients ne mangeaient pas tout leur repas à l'hôpital.

La diminution de la prise alimentaire durant cette journée ou durant la semaine précédant cette journée était associée à une augmentation du risque de mortalité, même après ajustement en fonction des caractéristiques du patient et des facteurs de risque associés à la maladie.



Hiesmayr M. The NutritionDay survey 2006. Clin Nutr 2009

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

65

NUTRITIONDAY SURVEY 2006: QUELQUES RESULTATS

9% des patients recevaient une alimentation artificielle.

Plus de la moitié des patients qui mangeaient moins de la moitié de leur repas ne recevaient pas de support nutritionnel artificiel.

Uniquement 25% des patients qui ne mangeaient rien au dîner recevaient un support nutritionnel artificiel.



Hiesmayr M. The NutritionDay survey 2006. Clin Nutr 2009

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

66

NUTRITIONDAY SURVEY 2006: QUELQUES CONCLUSIONS

Beaucoup de patients hospitalisés en Europe ne mangent pas l'entière des repas proposés.

Cette diminution des prises alimentaires est un facteur de risque indépendant de mortalité à l'hôpital.



Hiesmayr M. The NutritionDay survey 2006. Clin Nutr 2009

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

67

RESSOURCE

ORGANES DE SENSIBILISATION

**COMITE DE LIAISON ALIMENTATION NUTRITION
EQUIPES NUTRITIONNELLES TRANSVERSALES**



EQUIPES NUTRITIONNELLES TRANSVERSALES
= UNITES TRANSVERSALES DE NUTRITION CLINIQUE (UTN)
= EQUIPE NUTRITION

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

COMITE DE LIAISON ALIMENTATION NUTRITION (CLAN) UNITES TRANSVERSALES DE NUTRITION CLINIQUE (UTN)

Reconnaissance par les Autorités de l'importance du dépistage de la dénutrition dès l'admission dans les hôpitaux

- Publication d'une circulaire en France en 2002 incitant les établissements à constituer un CLAN et des UTN dans des centres experts
- Formalisation d'objectifs de santé publique par le Conseil de l'Europe pour tous les états membres, conscient du retard dans ce domaine et des conséquences médico-économiques

Ces comités ont permis de faire progresser la culture des professionnels de santé en matière nutritionnelle, de promouvoir le dépistage et d'organiser dans une perspective de qualité des soins et de bonne gestion les procédures de support nutritionnel.



PNNS Dénutrition. 2009

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

69

Comité de Liaison Alimentation Nutrition
Réunit et coordonne TOUS les professionnels de l'hôpital concernés par l'alimentation et la nutrition (toutes disciplines)

Missions

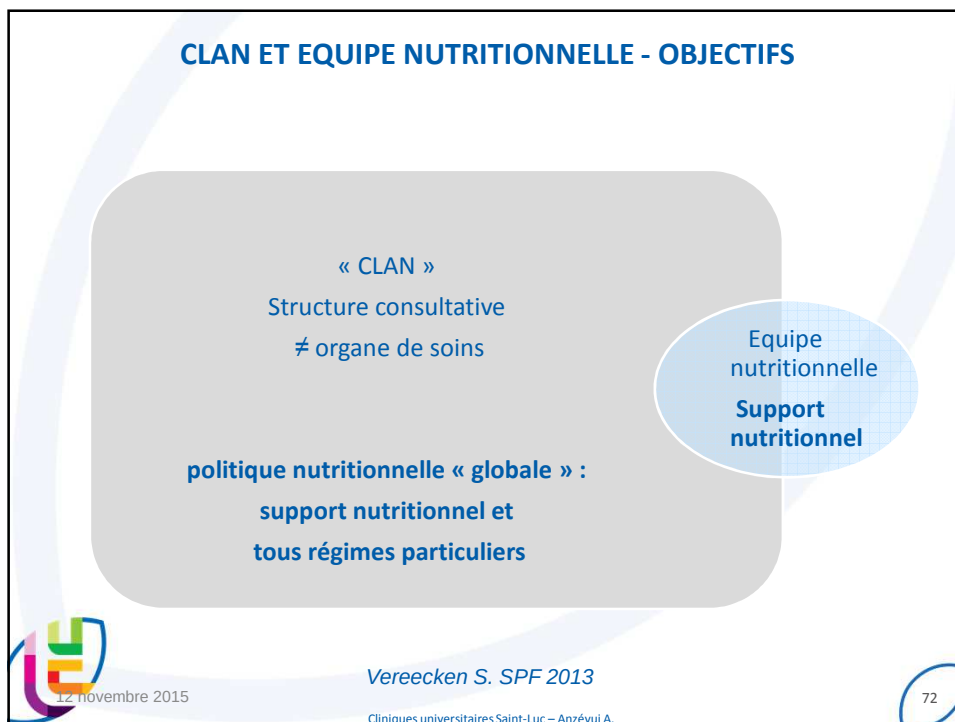
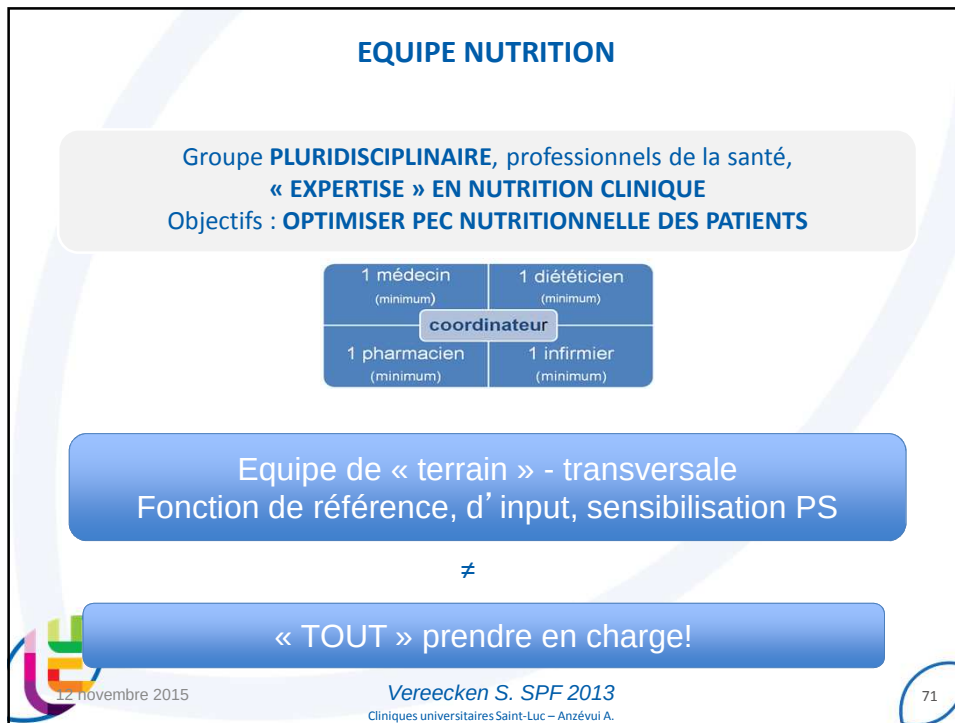
- proposer une politique nutritionnelle d'établissement
- promouvoir la prise en charge des problèmes nutritionnels à l'hôpital
- former, éduquer



PNNS Dénutrition. 2009 / Vereecken S. SPF 2013

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

70



RESSOURCE

**AUTRE MOYEN POUR SENSIBILISER LA DIRECTION:
LES OBLIGATIONS LEGALES DES DIETETICIENS POUR
PERENNISER LES FINANCEMENTS RECUS**

PLAN CANCER ACTION DIETETICIEN

PROJET PILOTE: EQUIPES NUTRITIONNELLES



Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

OBLIGATIONS LEGALES: PLAN CANCER ACTION DIETETICIEN

- Disposer expérience en diététique oncologique ou utile pour la prise en charge patients onco
- Etre attachés et travaillés effectivement dans programme de soins oncologiques (PSO)
- Intégrer équipe multidisciplinaire du PSO
- Répondre aux critères agrément fixés par SPF
- Participer et collaborer travaux équipe nutritionnelle multidisciplinaire (si équipe désignée par hôpital)
- Réaliser prestations techniques et actes définis par AR 19.02.1997
- Assurer soutien nutritionnel des patients
- Développer politique nutritionnelle spécifique orientée vers patient oncologique
- Appliquer méthodes dépistage validés en diététique oncologique



Circulaire programmes de soins d'oncologie Financement diététiciens plan cancer

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

74

OBLIGATIONS LEGALES: PLAN CANCER ACTION DIETETICIEN

Assurer communication transmurale (partenaires externes de l'hôpital) concernant conseil nutritionnel en oncologie

Sensibiliser ensemble collaborateurs professionnels santé (dont PSO) à

- Importance de la nutrition
- Importance détection précoce problèmes nut

Assurer éducation nut au patient onco et à ses proches

Participer COM (selon besoins/possibilités)

Assurer lien avec fournisseur repas (si possible)

Enregistrer et rapporter annuellement données sur les activités

Participer aux échanges de pratiques organisés par le SPF



*Circulaire programmes de soins d'oncologie Financement diététiciens plan cancer
AR 25.04.02, modifié 2011
Description de fonction d'un diététicien au sein du programme de soins d'oncologie*

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

75

OBLIGATIONS LEGALES

PLAN CANCER ACTION DIETETICIEN

DEVELOPPER LA QUALITE DU SOIN

Cf. RAPPORT ACTIVITES A REMPLIR
ANNUELLEMENT

ENREGISTRER L'ACTIVITE DE TERRAIN

Cf. DONNEES A ENCODER A CHAQUE
CONSULTATION

PROJET PILOTE EQUIPES NUTRITIONNELLES

CONSTITUER UNE EQUIPE NUTRITIONNELLE ET SA MISE EN PLACE

Cf. RAPPORT ACTIVITES A REMPLIR
ANNUELLEMENT

ENREGISTRER L'ACTIVITE DE TERRAIN

Cf. DONNEES A ENCODER A CHAQUE
CONSULTATION



Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

76

RESSOURCE

AUTRE MOYEN POUR SENSIBILISER LA DIRECTION: LES OBLIGATIONS LEGALES DES INFIRMIERS

CONSEIL FEDERAL POUR LA QUALITE DE L'ACTIVITE INFIRMIERE



Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.



Federale Raad voor de Kwaliteit
van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité
de l'Activité Infirmière

Indicateurs de détection et prise en charge multidisciplinaire de la dénutrition

Le dépistage de la dénutrition repose sur la recherche de situations à risque de dénutrition, l'estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires, la mesure du poids, l'évaluation de la perte de poids par rapport au poids antérieur.

En ce qui concerne le poids, il est particulièrement recommandé de peser les personnes admises à l'hôpital dans les 48 h de leur admission, puis au moins une fois par semaine en court séjour, tous les 15 jours en soins de suite et réadaptation, une fois par mois en soins de longue durée.

Il est recommandé d'effectuer cette mesure si possible en sous-vêtements et avec une méthode adaptée à la mobilité de la personne.

L'utilisation d'un pèse-personne respectant les normes NF ou ISO est recommandée dans le cadre d'une consultation médicale. À domicile, en institution ou à l'hôpital, **il est important de noter le poids dans le dossier afin d'établir une courbe de poids**. Toute perte de poids est un signe d'alerte et doit faire évoquer la possibilité d'une dénutrition ou d'une détérioration de l'état nutritionnel du patient



CFQAI Janvier 2015

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

78



Federale Raad voor de Kwaliteit
van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité
de l'Activité Infirmière

Indicateurs de détection et prise en charge multidisciplinaire de la dénutrition

L'infirmier est un acteur essentiel à la coordination et à la continuité des soins. Il est également responsable de la précocité et de la rapidité du signalement d'un problème chez un patient.

Les interventions nécessaires pour répondre aux besoins de soins de la personne soignée mobilisent un nombre variable d'acteurs et de compétences. La coordination entre ces acteurs est indispensable pour assurer la cohérence et la continuité des soins. La création d'un système d'information de qualité sous-tend l'implémentation de transmissions fiables et performantes.

L'infirmier fera appel à d'autres professionnels de la santé toutes les fois que la situation exige. Il se fiera aux connaissances d'un expert pour répondre à la demande d'aide de résolution d'un problème afin de permettre d'atteindre les objectifs qui sont fixés. Il prendra les décisions nécessaires pour une approche interactive afin d'optimiser la prise en charge nutritionnelle du patient.

Réaliser un suivi précis de l'évolution de l'état du patient permet de se diriger vers plus de qualité plus de professionnalisme. Pour cela, il demande au diététicien de réaliser une évaluation nutritionnelle chez les patients dénutris.

Cette évaluation sera consignée dans le dossier du patient et établira des objectifs réalistes sur le court terme et sur le long terme relatifs aux modifications de l'état nutritionnel.

CFQAI Janvier 2015

79

Cliniques universitaires Saint-Luc – Anzévui A.

RESSOURCE

AUTRE MOYEN POUR SENSIBILISER LA DIRECTION: LES INDICATEURS DE QUALITE DE SOIN

Éléments simples et opérationnels de bonnes pratiques
Aisément quantifiables, repris dans le dossier du patient
Permettant des actions d'amélioration de nos pratiques



Association des Diététiciens de Langue française. Haute Autorité de Santé 2008

Cliniques universitaires Saint-Luc – A. Anzévui

