

ISSN 0955-0562

NUTRITION CLINIQUE et MÉTABOLISME

Septembre 2012
Vol. 26 – N° 3
p. 101-148

NUTRITION CLINIQUE ET MÉTABOLISME
JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE



VFNEP
Société Française
Nutrition Clinique et Métabolisme



SOCIÉTÉ FRANÇAISE NUTRITION CLINIQUE ET MÉTABOLISME
IMPACT FACTOR
0.293
FRANÇOIS & TAYLOR



VIE DE LA SFNEP

La lettre du Président : les journées de printemps 2012 de la SFNEP
N. Caro 101

Prochains Congrès et réunions 102

Jacques Le Boucher (1959-2012)
L. Cynober 103

ARTICLES ORIGINAUX

Les taux sériques des lipides, de l'insuline, de la leptine et de la résistine
chez des enfants tunisiens obèses et non obèses
F. Ben Slama, A. Ben Amor, F. Tassi, C. Ben Rayana, M. Garbi, A. Achour, N. Achour
et O. Balhadj 104

Simplifier le dépistage de la dénutrition du sujet âgé en médecine générale :
test de concordance entre un outil simple, le « Malnutrition Universal Screening
Tool » (« MUST ») et le « Mini Nutritional Assessment-Short Form » (« MNA-SF »)
L. Kazachian et P.-A. Bonnet 109

Contamination fongique de l'alimentation des patients d'onco-hématologie
S. Dreith, F. Sghiroua, W. Barbour, Y. Ben Youssef, I. Khammani, J. Ben Abdeljelil,
A. Kheif, M. Ben Said et M. Nish 114

Administration des médicaments par sonde de nutrition entérale : de l'audit
de pratiques à l'élaboration d'outils pour aider le personnel soignant
S. Talavera, L. Grasset, E. Verdier et P. Brunel 119

Plan régional d'amélioration de la qualité : démarche de soin diététique
au sein des établissements de santé du Réseau des comités de liaison
alimentation nutrition Champagne-Ardenne
V. Hennequin, C. Duval, C. Grimontpriz et Le club des diététiciens du Réseau
Champagne-Ardenne 128

UNE QUESTION, UNE FICHE

Prévention et traitement de la thrombose sur cathéter central en nutrition
parentérale
A. Van Gossum, A. Balavin et M. Arvanitakis 135

À PROPOS D'UN CAS : TESTEZ VOS CONNAISSANCES

Un patient emphysemateux dénutri
C. Pison, P. Crelier, F. Frumy, A. Danton, I. Vlodtzev et J.-C. Borel 138

Gestion de l'hyperglycémie au cours d'une nutrition parentérale
J. De Fines, N. Pajaud, J.-C. Preiser et Comité éditorial et de pratique clinique
de la Société francophone de nutrition clinique et métabolisme 143

ERRATUM

Erratum de l'article : « Le syndrome de renutrition inappropriée : la clé du
traitement est la prévention » [Nutr. Clin. Metab. (Paris) 25 (2) (2011) 86-90]
A. C. Baraz-Morot, E. Guex et P. Cott Bertrand 148

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

NUTRITION CLINIQUE
et **MÉTABOLISME**

Nutrition clinique et métabolisme 26 (2012) 128–134

Article original

Plan régional d'amélioration de la qualité : démarche de soin diététique au sein des établissements de santé du Réseau des comités de liaison alimentation nutrition Champagne-Ardenne

Regional plan of improvement of the quality: Process of dietary care within the establishments of health of the network "Comités de Liaison Alimentation Nutrition Champagne-Ardenne"

Véronique Hennequin^{a,*}, Cécile Duval^b, Capucine Grimonprez^c,
Le club des diététiciens du Resclan Champagne-Ardenne

^a Resclan Champagne-Ardenne, hôpital Maison-Blanche, 51092 Reims cedex, France

^b Service de diététique, centre hospitalier de Charleville, 45, avenue de Manchester, 08011 Charleville-Mézières, France

^c Service de diététique, hôpital Robert-Debré, CHU de Reims, 51092 Reims cedex, France

Reçu le 27 juin 2012 ; accepté le 27 juin 2012

Disponible sur Internet le 3 août 2012

Résumé

Les difficultés de prise en charge de la dénutrition en milieu hospitalier sont multicausales. Si les responsabilités sont partagées, les diététiciens sont néanmoins très concernés par cette situation. En région Champagne-Ardenne, les diététiciens réunis au sein du réseau des comités de liaison alimentation se sont engagés dans un plan d'amélioration de la qualité centré sur la démarche de soin diététique pour les patients dénutris. À travers une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, d'un plan d'amélioration et d'une nouvelle phase d'évaluation portant sur quatre mois, ils prouvent que, malgré un état des lieux initial peu satisfaisant, un plan d'amélioration bien conduit leur permet de prendre en compte les nouvelles exigences professionnelles et d'améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients dénutris.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Dénutrition ; Prise en charge diététique ; Audit

Abstract

Difficulties in the management of malnutrition in hospitals are multi causal. Although responsibilities are shared, dietitians are nonetheless very concerned by this situation. In some French area, i.e. Champagne-Ardenne, dietitians are organized within networks of committees responsible for the liaison between health staffs in charge of patient nutrition. This organization is engaged in a plan to improve the quality of care approach for malnourished patients. Through a process of evaluation of professional practice, an improvement plan and a new evaluation phase for four months, this committee prove that, despite an unsatisfactory initial inventory, an improvement plan lead them to take new requirements into consideration and to improve the nutritional management of malnourished patients.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Undernutrition; Process of dietary care; Survey

1. Introduction

De nombreux travaux menés ces dernières années ont montré le retentissement des conséquences de la dénutrition sur la

morbi-mortalité et la qualité de vie des patients [1]. En établissements de soins, la dénutrition concerne toutes les tranches d'âge et augmente les coûts des traitements et les durées de séjour [2] à travers les complications, notamment infectieuses, qu'elle favorise [3]. Depuis le début des années 2000, le dépistage de la dénutrition est au cœur des préoccupations des professionnels engagés dans les comités de liaison alimentation nutrition (Clan).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : resclan@orange.fr (V. Hennequin).

En région Champagne-Ardenne, les Clans des différents établissements de santé se sont organisés au sein d'une association ; le « Resclan Champagne-Ardenne ». Depuis sa création en 2005, plusieurs actions de sensibilisation et de formation au dépistage de la dénutrition ont été menées en direction des professionnels des établissements de soins de la région. Malgré cela, la prise en charge de la dénutrition peine à s'organiser en cohérence avec les recommandations actuelles : Haute Autorité de santé (HAS) [4], Programme national nutrition santé (PNNS) [5] et Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP) [6]. Les explications sont multicausales : d'une part, les responsabilités de chacun ne sont pas clairement définies, et, d'autre part, les pratiques de l'ensemble des professionnels de santé concernés par le soin nutritionnel sont rarement soumises à évaluation.

Le Resclan a créé des groupes professionnels de réflexion, afin que chacun, selon ses spécificités, s'engage dans un plan d'amélioration de la qualité (PAQ) du soin nutritionnel. Pour les diététiciens, ce sont les travaux de quatre d'entre eux, menés dans le cadre du diplôme inter universitaire européen « nutrition clinique et métabolisme », qui ont mis en évidence les écarts entre la démarche de soin diététique recommandée par l'HAS et l'association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN) [7,8] et les pratiques des diététiciens au quotidien. Les diététiciens du Resclan ont été impliqués dès février 2010 en participant à l'élaboration de la démarche de soin diététique pour les patients adultes dénutris. Les directions de soins, les équipes médicales des Clans et les services qualité, ont validé cette démarche de soin diététique. Le groupe des diététiciens s'est engagé dans l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) régionale, proposé et mis en œuvre des actions d'amélioration et enfin conduit une réévaluation dont l'ensemble des résultats est restitué ici.

Le soin diététique répond prioritairement à une prescription médicale. Il répond également aux sollicitations des infirmiers lorsqu'ils utilisent le « plan de soin guide infirmier ». La démarche de soin diététique validée par le groupe comprend la réalisation et la traçabilité des différentes étapes qui la structurent, celles-ci étant indispensables à la lisibilité des actions des diététiciens par tous les autres professionnels concernés par le soin nutritionnel. Les quatre étapes du soin diététique sont respectivement :

- le recueil de données spécifiques : critères diagnostiques et degré de dénutrition, besoins énergétiques, apports énergétiques spontanés. Ces données seront indispensables à la suite de la prise en charge ;
- le diagnostic diététique : il formalise la problématique nutritionnelle du patient, son étiologie lorsqu'elle est connue ainsi que les signes et symptômes (exemple : déficit énergétique en lien avec des consommations alimentaires inférieures à la moitié des plateaux repas et se traduisant par une perte de 2 kg en dix jours) ;
- l'objectif diététique négocié avec le patient, l'équipe médicale et les soignants : il permet de formaliser l'objectif à atteindre et d'engager le patient dans la démarche. Il permettra l'évaluation à terme de la stratégie choisie

(exemple : reprendre du poids en utilisant l'alimentation orale) ;

- la stratégie nutritionnelle : elle traduit en termes alimentaires ce qui est proposé au patient pour atteindre l'objectif négocié (exemple : ajout d'une portion de fromage au petit-déjeuner et d'un complément nutritionnel oral hyperprotidique sous forme de crème en collation à 16 h).

2. Descriptif de l'évaluation des pratiques professionnelles régionale

2.1. Objectifs

L'objectif principal est d'améliorer les pratiques des diététiciens dans la prise en charge des patients adultes dénutris.

Les objectifs secondaires sont de positionner institutionnellement les diététiciens comme professionnels ressource pour l'évaluation et la prise en charge de la dénutrition, problématique nutritionnelle majeure des établissements de santé et de créer une dynamique de travail au sein des services de diététique des établissements de santé adhérents au Resclan ainsi qu'entre les services de diététique des différents établissements.

2.2. Matériel et méthode

La méthodologie employée a été celle d'un audit clinique prospectif sur dossiers qui s'est déroulé de septembre à novembre 2010. Un auditeur externe, le même pour l'ensemble de l'audit, a recherché dans les dossiers de soins (exclusion des dossiers médicaux) la présence des éléments de la démarche de soin diététique telle que validée au préalable par les membres du groupe (Tableau 1).

La grille de recueil est représentée dans l'annexe 1. La pertinence des critères sélectionnés a été évaluée au préalable sur dix dossiers en juin 2010. Le nombre de dossiers par établissement a été déterminé en fonction du nombre d'équivalents temps plein (ETP) de diététiciens impliqués dans les services de court séjour et/ou de soins de suite de leur établissement (Tableau 2). Les dossiers ont été tirés au sort parmi une liste pré-établie par les diététiciens selon les conditions suivantes :

Tableau 1
Critères recherchés dans la phase initiale de l'audit.

1. Présence d'au moins un des critères permettant le diagnostic de dénutrition
2. Évaluation du degré de dénutrition à partir des critères présents dans le dossier
 - 3a. Prescription médicale d'un avis diététique
 - 3b. Dont celui précisant une demande de prise en charge pour une dénutrition
4. Calcul de la dépense énergétique totale (DET)
5. Calcul des ingesta
6. Diagnostic diététique
7. Objectif diététique négocié (entre équipe médicale, soignants et patient)
8. Stratégie nutritionnelle mise en place

Tableau 2

Nombre de dossiers tirés au sort par nombre d'équivalents temps plein (ETP) de diététiciens, en service de court séjour ou de soins de suite, lors de l'évaluation initiale.

ETP	Nombre de dossiers	Centres hospitaliers
1 à 2	30	Châlons-en-Champagne (Marne) ; Béclair (Ardennes) ; Chaumont (Haute-Marne) ; Sedan (Ardennes) ; GHSA (Reheth/Vouziers) (Ardennes)
2 à 3	40	Villiers-Saint-Denis (Aisne) ; Verdun (Meuse)
3 à 6	60	Charleville-Mézières (Ardennes)
6 à 10	90	Reims (Marne)

- identification des dossiers correspondants aux patients pris en charge pour dénutrition par un diététicien au sein de l'établissement et présents le jour du passage de l'auditeur externe ;
- exclusion des dossiers des patients de moins de 18 ans et/ou en service de soins intensifs, ou en période de pré- ou post-partum.

Les données ont été analysées au moyen d'un logiciel de statistiques : Sphynx®.

Les cadres diététiciens ou faisant fonction étaient informés de la date de l'audit. Les diététiciens tous informés de la démarche et de l'organisation de l'audit étaient informés la veille du passage de l'auditeur.

Les avis de professionnels concernant les résultats obtenus ont été recueillis lors de deux réunions du groupe des diététiciens respectivement en février et mai 2011.

Tableau 3

Répartition des dossiers par diététicien lors de l'évaluation initiale.

Code diététicien	Nombre de dossiers tirés au sort ^a (%)	Code diététicien	Nombre de dossiers tirés au sort ^a (%)
A 101	1,1	H 103	0,5
A 102	2,9	I 101	5,8
A 103	1,8	I 102	2,1
A 105	1,1	I 103	2,4
A 107	0,3	I 122	0,3
A 108	1,1	M 101	0,8
A 110	1,6	M 102	1,1
A 111	6,3	M 104	1,6
A 201	7,9	M 105	2,9
A 301	4,2	M 107	0,5
A 302	2,9	M 108	2,6
A 303	0,8	M 109	8,9
A 401	3,4	M 111	2,4
A 402	4,5	M 112	1,6
E 101	0,3	M 113	0,5
E 104	5,3	M 114	0,8
E 105	1,1	M 201	0,8
E 106	3,7	M 202	1,6
H 101	2,1	M 205	5,5
H 102	5,3	H 103	0,5

^a Pourcentage par rapport au nombre total de dossiers analysés.

2.2.1. Échantillon de l'audit

Les services de diététique de neuf établissements de la région Champagne-Ardenne regroupant au total 75 diététiciens, exerçant leur activité sur 4098 lits de court séjour et de soins de suite et réadaptation, se sont engagés dans cette action (dix diététiciens avaient participé aux réunions préparatoires et à l'élaboration de la démarche). L'évaluation a porté sur 380 dossiers : patients adultes hospitalisés en service de court séjour et de soins de suite et réadaptation. Cet audit a permis d'analyser les pratiques de 39 diététiciens (Tableau 3).

2.3. Résultats de l'évaluation initiale

Les résultats de l'audit sont présentés dans le Tableau 4.

2.3.1. Critère 1 et 2 – recueil des données : diagnostic et degré de dénutrition

La présence d'au moins un critère permettant le diagnostic de dénutrition du patient est retrouvée dans 87 % des dossiers. L'évaluation du degré de dénutrition est retrouvée dans 36 % des dossiers.

2.3.1.1. Avis des professionnels. Dans deux établissements, l'évaluation du degré de dénutrition peut figurer sur un autre support (dossier diététique non intégré au dossier de soins ou dossier médical) mais n'est pas tracée dans le dossier de soins. Les diététiciens ne s'appuient pas toujours sur des données objectives et n'utilisent pas les référentiels opposables (recommandations émanant des instances nationales ou des sociétés savantes) de leur spécialité pour mettre en place la stratégie nutritionnelle.

Tableau 4
Résultats de l'analyse des 380 dossiers lors de l'évaluation initiale.

Étape de la démarche diététique	Critère recherché	Fréquence de présence dans le dossier de soins (%)
Recueil des données	1. Au moins un des critères permettant le diagnostic de dénutrition	87
	2. Évaluation du degré de dénutrition	36
	3. Prescription médicale	
	3a. D'un avis diététique	66
	3b. D'une prise en charge pour dénutrition	47
Diagnostic diététique	4. Calcul de la dépense énergétique totale (DET)	35
	5. Calcul des ingesta	20
Diagnostic diététique	6. Diagnostic diététique	40
Objectif diététique négocié	7. Objectif diététique négocié (entre équipe médicale, soignants et patient)	25
Stratégie nutritionnelle	8. Action nutritionnelle mise en place	68

2.3.2. Critère 3 – recueil des données : prescription médicale

La prescription médicale est retrouvée dans 66 % des dossiers. Pourtant, seulement 47 % de ces prescriptions médicales précisent la demande d'une intervention pour prise en charge de dénutrition.

2.3.2.1. *Avis des professionnels.* Les prescriptions médicales sont rarement précisées faute d'un langage commun ou de protocole au sein des établissements.

2.3.3. Critère 4 – recueil des données : calcul de dépense énergétique totale

Le calcul de la dépense énergétique totale (DET) est présent dans 35 % des dossiers.

2.3.3.1. *Avis des professionnels.* Le calcul peut être réalisé mais non tracé. Néanmoins, les diététiciens reconnaissent qu'il ne fait pas l'objet d'une pratique régulière.

2.3.4. Critère 5 – recueil des données : calcul des ingesta

Le calcul des ingesta est présent dans 20 % des dossiers.

2.3.4.1. *Avis des professionnels.* Les relevés d'ingesta complets sont actuellement très difficiles à obtenir dans les unités des soins faute de temps disponible et de compréhension de l'intérêt de cette pratique. Lorsqu'ils sont présents, ils sont le fait de démarches de formation ou de la demande appuyée du corps médical.

2.3.5. Critère 6 – diagnostic diététique

Dans les dossiers où l'évaluation du degré de dénutrition est retrouvée, 66 % seulement comportent un diagnostic diététique. Le diagnostic diététique est posé sans évaluation du degré de dénutrition dans 20 % des dossiers.

2.3.5.1. *Avis des professionnels.* Les diététiciens ne savent pas véritablement formuler un diagnostic diététique dans le champ de la dénutrition et/ou ne tracent pas leur raisonnement clinique.

2.3.6. Critère 7 – objectif diététique négocié et mise en place d'actions

L'objectif diététique est présent dans 25 % des dossiers et il s'accompagne toujours de la mise en place d'actions de prise en charge par le diététicien. Dans les 75 % des dossiers où l'objectif n'est pas présent, 57 % mentionnent la mise en place d'actions de prise en charge. Ainsi, environ 31 % des patients ont une prise en charge diététique sans que l'objectif diététique négocié ni la prise en charge ne soient inscrits dans les dossiers.

2.3.6.1. *Avis des professionnels.* Les diététiciens mettent en place des actions parfois sans rechercher ni élaborer l'objectif diététique et/ou sans le tracer.

2.3.7. Critère 7 – objectif diététique négocié en relation avec la prescription médicale

En présence d'une prescription médicale de prise en charge d'une dénutrition, l'objectif diététique négocié est retrouvé dans 29 % des dossiers.

2.3.7.1. *Avis des professionnels.* En présence d'une prescription médicale, les diététiciens font l'impasse d'une concertation avec le patient et/ou avec les équipes soignantes.

L'objectif peut également avoir été formulé oralement sans être tracé.

2.3.8. Critère 8 – actions de prise en charge nutritionnelle en relation avec une prescription médicale

Dans 23 % des dossiers où figure une prescription médicale pour prise en charge d'une dénutrition, les actions du diététicien ne sont pas tracées.

La mise en place de la prise en charge nutritionnelle est parfois indépendante de la prescription médicale.

2.3.8.1. *Avis des professionnels.* Les actions peuvent être écrites sur un autre support ou non tracées par difficulté d'accès au dossier, par manque de temps ou manque de culture de la traçabilité.

2.4. Analyse de l'évaluation initiale

Cette démarche régionale d'amélioration de la qualité centrée sur la démarche de soin diététique dans la prise en charge des patients dénutris est la première menée à cette échelle sur le territoire français. Elle s'inscrit dans les objectifs poursuivis par le Resclan et vise à l'amélioration de la prise en charge des patients dénutris et plus largement à celle des pratiques des diététiciens.

Les diététiciens ayant validé la démarche de soin diététique régionale étaient intuitivement conscients des faiblesses dans leurs pratiques. Inscrits dans ce plan d'amélioration, ils en connaissaient les étapes et ont pour certains anticipé les changements de pratique à apporter. L'ensemble du travail mené depuis février 2010 a considérablement modifié les représentations des diététiciens vis-à-vis de leur implication dans le soin nutritionnel. Au-delà des résultats de l'audit, ils se sentent engagés dans un processus d'évolution de leurs pratiques.

Les critères permettant l'évaluation du statut nutritionnel des patients pris en charge par un diététicien sont retrouvés dans 87 % des dossiers. Cela est manifestement le résultat des campagnes de recueil des critères indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) sur lesquels les établissements sont désormais notés. Pour autant, ces critères ne sont pas toujours exploités pour évaluer le degré de dénutrition. De même, l'évaluation des besoins énergétiques et des ingesta du patient fait défaut dans la majorité des dossiers. Pourtant, ces trois données (degré de dénutrition, besoins énergétiques et ingesta) sont les étapes fondamentales des arbres décisionnels établis par le PNNS et la SFNEP, et sont indispensables au choix du support nutritionnel. La démarche de soin diététique, tout comme la prise en charge de la dénutrition, ne sont pas abordées dans la formation initiale des diététiciens, ni dans celle des autres professionnels de santé paramédicaux.

La faible présence du diagnostic diététique et/ou des objectifs diététiques illustre la difficulté des diététiciens à structurer leur exercice professionnel à travers le raisonnement clinique. Cette démarche est souvent méconnue des diététiciens eux même.

De façon générale, la traçabilité fait souvent défaut par méconnaissance des cadres réglementaires. Cette carence est particulièrement préjudiciable à la prise en charge nutritionnelle des patients tout comme elle l'est pour la reconnaissance du diététicien par les équipes de soins comme professionnel ressource dans le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition.

2.5. Actions d'amélioration mises en œuvre

Le groupe des diététiciens du Resclan s'est engagé à mener les actions d'amélioration suivantes :

- promouvoir la démarche de soin diététique validée en région :
 - à la mise en place d'une formation régionale à la démarche de soin diététique pour les diététiciens des établissements adhérents au Resclan (65 diététiciens formés entre octobre 2011 et avril 2012),

- au partage d'expériences entre les services de diététique des établissements adhérents du Resclan, au sein du groupe de travail des diététiciens,
- à la création d'un dossier nutritionnel régional intégré au dossier de soins (travail en cours) ;
- former les diététiciens à la prise en charge de la dénutrition en leur proposant le module de formation de trois jours élaboré en partenariat avec l'ANFH et reconduit annuellement.

2.6. Évaluation continue

2.6.1. Méthode

Le groupe a également validé une procédure d'évaluation continue mensuelle. Ainsi, depuis janvier 2012, huit des services de diététique concernés par l'EPP, auxquels sont venus s'associer deux nouveaux établissements, tirent au sort de cinq à 15 dossiers par mois, selon le nombre d'ETP de diététiciens. Ils recherchent les quatre indicateurs de performance strictement dépendants de l'activité spécifique du diététicien :

- présence de l'évaluation du statut nutritionnel ;
- calcul de la DET ;
- diagnostic diététique ;
- objectifs négociés.

Les résultats mensuels sont collectés et analysés au niveau régional pour poursuivre l'EPP. L'évaluation continue mensuelle est en cours depuis janvier 2012. Le nombre de dossiers tirés au sort chaque mois est fonction du nombre d'ETP de diététicien par établissement. Il figure dans le [Tableau 5](#).

2.6.2. Résultats

La présence des quatre indicateurs de performances retenus est recherchée. Un établissement n'a pas eu la possibilité de mener cet audit pour le mois de janvier, ce qui explique le nombre de dossiers totaux différent entre janvier et les mois suivants.

Tableau 5
Répartition par établissement des 69 dossiers mensuels.

ETP de diététiciens en service de court séjour et de soin de suite	Nombre de dossiers	Centres hospitaliers
1 à 2	5	Châlons-en-Champagne (Marne) Bélaïr (Ardennes) Chaumont (Haute-Marne) Épernay (Marne) Vitry-le-François (Marne) GHSA (Rethel/Vouziers) (Ardennes)
2 à 3	7	Villiers-Saint-Denis (Aisne) Verdun (Meuse)
3 à 6	10	Charleville-Mézières (Ardennes)
6 à 10	15	Reims (Marne)

ETP : équivalents temps plein.

Tableau 6

Fréquence de présence des indicateurs de performance dans la phase d'évaluation mensuelle.

Indicateur de performance	Fréquence de présence dans le dossier de soins				
	Audit initial	Janvier	Février	Mars	Avril
Nombre de dossiers	380	62	69	69	69
Évaluation du degré de dénutrition (%)	36	77	71	91	93
Calcul de la dépense énergétique totale (%)	35	68	68	77	70
Diagnostic diététique (%)	40	56	48	62	77
Objectif diététique négocié (%)	25	64	74	71	75

Les résultats de cette seconde phase d'évaluation figurent dans le [Tableau 6](#).

La présence du degré de dénutrition passe de 36 % dans la phase initiale à 69 % en avril.

La présence du calcul de la dépense énergétique passe de 35 % dans la phase initiale à 70 % en avril.

La présence du diagnostic diététique passe de 40 % dans la phase initiale à 77 % en avril.

La présence de l'objectif diététique passe de 25 % dans la phase initiale à 75 % en avril.

2.6.3. Analyse

Une très nette amélioration concernant la présence des quatre indicateurs retenus est observée dans cette deuxième phase d'évaluation. Cette progression s'accroît au fil des mois allant jusqu'à doubler et tripler les scores de présence démontrant que les diététiciens ont pleinement pris conscience de l'importance de tracer leurs actes.

2.6.4. Perspectives

Cette évaluation mensuelle se poursuit pour :

- obtenir ou dépasser un score de 80 % dans chacun des items ;
- maintenir un niveau de vigilance vis-à-vis des bonnes pratiques en diététique.

Cette démarche qualité portant sur l'initiation de la prise en charge diététique du patient, un nouveau travail sera engagé pour évaluer l'intégralité de la prise en charge diététique.

3. Conclusion

Ce projet d'EPP a mobilisé initialement les diététiciens de neuf établissements de santé secondairement rejoints dans la poursuite de leur travail par deux équipes du Resclan.

L'audit réalisé pointe les insuffisances de la formation initiale et des pratiques professionnelles. Il apporte également des éléments explicatifs à la faible visibilité du diététicien comme professionnel ressource dans le champ de la dénutrition. Les diététiciens engagés dans cette EPP ont pris conscience de la nécessité de professionnaliser leurs pratiques. Grâce à un effort de formation et une remise en question de leur savoir-faire, ils se sont engagés dans une voie d'amélioration de leurs pratiques pour permettre une meilleure prise en charge nutritionnelle des patients dénutris.

Forts de ces résultats, ils souhaitent désormais s'engager dans la contractualisation de protocoles de coopération professionnelle au sein de la région, source de dynamisme et de reconnaissance pour leur profession.

Gageons que ce travail partagé au-delà de la région engagera d'autres travaux pour l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients au sens le plus large et qu'il participera ainsi à une meilleure qualité des soins au service de la communauté.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Remerciements aux diététiciens du centre hospitalier de Charleville-Mézières, centre hospitalier de Béclair, centre hospitalier de Sedan, GHSA, CHU de Reims, centre hospitalier de Châlons-en-Champagne, centre hospitalier de Chaumont, centre hospitalier de Verdun, centre hospitalier de Villiers-Saint-Denis, centre hospitalier de Vitry-le-François, centre hospitalier d'Épernay, ainsi qu'à Audrey Pocquat (diététicien auditeur) et à l'ensemble des membres du Resclan qui a soutenu ces travaux.

Annexe 1. Grille de recueil des données pour l'évaluation initiale.

Démarche de soin diététique chez le patient dénutri (EPP régionale)

Patient

1. Nom/Prénom (3 premières lettres du nom + première lettre prénom)

Le code a 4 caractères.

La réponse est obligatoire.

2. Date de naissance.

/
 /

La réponse est obligatoire.

3. Âge

1. < 70 ans 2. > 70 ans

La réponse est obligatoire.

4. Établissement

Le code a 2 caractères.

La réponse est obligatoire.

5. Orientation

1. Médicale 2. Chirurgie 3. Gynéco-obstétrique 4. SSR

La réponse est obligatoire.

6. Service

La réponse est obligatoire.

7. Diététicien ayant pris le patient en charge

Le code a 3 caractères.

La réponse est obligatoire.

Dépistage et diagnostic de la dénutrition

8. Présence dans le dossier d'au moins un des critères de dépistage de la dénutrition.

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

9. Présence de l'évaluation du degré de dénutrition.

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

10. Présence de la prescription médicale d'un avis diététique

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

11. Si oui, cette prescription concerne-t-elle une demande de prise en charge pour une dénutrition ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

La réponse est obligatoire.

La question n'est pas pertinente que si presc = « Oui »

Démarche de soin diététique

12. Présence du calcul de la DET.

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

13. Présence du calcul des ingesta.

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

14. Présence du diagnostic diététique.

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

15. Présence des objectifs diététiques négociés (entre équipe médicale, soignants et patient)

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

16. Présence des actions nutritionnelles mises en place.

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

Références

- [1] Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate analysis. Clin Nutr 2003;22:235–9.
- [2] Pichard C, Kyle UG, Morabia A, Perrier A, Vermeulen B, Unger P. Nutritional assessment: lean body mass depletion at hospital admission is associated with an increased length of stay. Am J Clin Nutr 2004;79: 613–8.
- [3] Schneider SM, Veyres P, Pivot X, et al. Malnutrition is an independent factor associated with nosocomial infections. Br J Nutr 2004;92: 105–11.
- [4] HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, HAS ; avril 2007.
- [5] PNNS. Dépistage de la dénutrition chez l'adulte hospitalisé en court séjour et en soins de suite et de réadaptation, Programme national nutrition santé (PNNS) ; février 2003.
- [6] SFNEP. Arbre décisionnel du soin nutritionnel, comité éducationnel et de pratiques cliniques (CEPC) de la Société francophone nutrition et métabolisme (SFNEP) ; février 2009.
- [7] AFDN et HAS : la consultation diététique réalisée par un diététicien, recommandations pour la pratique clinique ; janvier 2006.
- [8] AFDN : prise en charge individuelle diététique en établissement de santé ; juin 2005.