

BIN

Bulletin Information Nutrition

Bulletin d'information du Comité de Liaison Alimentation Nutrition du CHU de Toulouse

CLAN
Hôpital Purpan
Bâtiment Logisud
Place Baylac
TSA 40031
31059 Toulouse cedex 9

☎ 05 61 77 96 35- Fax : 05 61 77 75 58 – E-mail : clan.president@chu-toulouse.fr

LA PREVALENCE DE LA DENUTRITION AU CHU DE TOULOUSE : SYNTHESE DU RAPPORT DE L'ENQUETE REALISEE EN DECEMBRE 2006 Pr Jacques GHISOLFI

Préambule

Alarmé par les études soulignant la fréquence des états de dénutrition en milieu hospitalier, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) du ministère de la santé a recommandé en 2005, parmi ses actions prioritaires, la mise en oeuvre du dépistage et du traitement de la dénutrition pour les patients admis dans ces établissements. Ces actions doivent aussi être développées dans le cadre des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et d'accréditation aujourd'hui appliquées aux hôpitaux.

C'est dans ce contexte que le Comité de liaison Alimentation Nutrition (CLAN) a proposé en 2006 à la Direction Générale et à la Commission Médicale d'Etablissement, de réaliser une évaluation de la prévalence de la dénutrition chez les patients hospitalisés au CHU de Toulouse.

Méthodologie

Cette évaluation a été basée sur une enquête réalisée « **un jour donné** » **intéressant sous les services cliniques d'hospitalisation traditionnelle de court et moyen séjour de l'établissement**, soit 1 400 lits.

Ont été exclus les secteurs qui accueillent des patients pour des séjours particuliers (hospitalisations de jour ou de longs séjours, urgences) ou qui recrutent des malades qui, pour des raisons déontologiques et/ou de faisabilité de l'enquête ne peuvent être pris en compte dans le cadre de la méthodologie retenue pour ce dépistage (néonatalogie, obstétrique, unités de soins protégés et de transplantations d'organes, réanimations, soins intensifs, dialyse).

La prévalence de la dénutrition a été évaluée sur des critères exclusivement cliniques (poids, taille) permettant de calculer l'index de masse corporelle (IMC), de Quételet (kg de poids corporel/taille m²). Cet index a été validé comme indicatif de l'état nutritionnel des patients et est actuellement considéré par la communauté scientifique comme étant un bon critère de dépistage d'une dénutrition.

Pour les enfants âgés de moins de 4 ans, la prévalence de la dénutrition a été aussi évaluée par l'étude du rapport périmètre brachial/périmètre céphalique.

Le recueil des données a été effectué entre le 20 novembre 2006 et le 15 janvier 2007.

Résultats et commentaires

1. **1288** patients étaient hospitalisés dans les services de court et moyen séjour considérés le jour de l'enquête : 109 enfants (1 mois-17 ans), 838 adultes (18- 74 ans), 341 sujets âgés (75 ans et plus).

2. Le calcul de l'index de masse corporelle permettant le dépistage éventuel d'un état de dénutrition n'a pu être effectué que pour **901 de ces 1288 patients** (70 %).

Ce pourcentage qui peut paraître faible est peu différent de ce qui est noté dans des études équivalentes intéressant l'ensemble d'un établissement hospitalier. Il s'explique par des raisons diverses : patients absents de leur chambre au moment du recueil des données (pour interventions ou examens), état de santé empêchant une prise de poids et/ou une mesure de taille (plâtre, contentions, gravité clinique). 57 de ces 387 patients pour lesquels l'IMC n'a pu être calculé (14,7 %) n'ont cependant pas été pesés et/ou mesurés parce qu'il n'y avait pas de matériel adapté dans le service.

Un pourcentage important de personnes hospitalisées, et parmi elles, certains qui sont particulièrement à risque de dénutrition (état clinique grave), échappe donc à toute évaluation de leur situation nutritionnelle. Ce « déficit » n'est pas propre à la méthodologie choisie. Toutes les autres méthodes d'études de la prévalence de la dénutrition ont le même pourcentage important de patients non inclus.

3. La prévalence générale de la dénutrition calculée par l'IMC, tous âges confondus au CHU de Toulouse, pendant la période de l'enquête, a été estimée à **11,9 % (107 sur 901 patients)**.

Elle est de 19 % pour les enfants (1 mois – 17 ans), de 9,6 % chez les patients « adultes » (18-74 ans), de 17 % pour les sujets âgés (75 ans et plus).

Deux commentaires peuvent être faits :

☞ Ces pourcentages élevés sont ceux retrouvés dans toutes les publications traitant de ce thème de la prévalence de la dénutrition dans les centres hospitaliers importants.

☞ Cette prévalence est certainement sous estimée pour essentiellement deux raisons :

- D'une part, les malades les plus graves (patients hospitalisés en soins intensifs et réanimation et patients présentant un état clinique sévère empêchant les mesures du poids et de la taille) n'ont pu être retenus pour cette évaluation.

- D'autre part, lors de la réalisation de l'enquête, le pourcentage de patients « adultes » sujet « adulte » présentant une surcharge pondérale (14 %) ou une obésité (18 %) est apparu important. L'IMC pour ces patients ne peut être un moyen de dépistage d'une dénutrition.

4. Les dénitritions marquées et sévères ne sont pas observées chez l'enfant.

Elles sont par contre assez fréquentes chez l'adulte : 43/584 patients adultes de 18 ans à 74 ans (7,4%) et 23/229 sujets âgés de 75 ans et plus (10 %).

Au total **66 / 813 patients « adultes et âgés »** hospitalisés au CHU de Toulouse pendant cette période, soit **8,1 %**, **présentent une dénutrition marquée ou sévère**. Ce pourcentage est aussi sous estimé puisque les personnes concernées par l'enquête ne sont pas celles qui sont le plus à risque de dénutrition grave.

5. A l'entrée au CHU, la prévalence de la dénutrition est de l'ordre de **10 %** et augmente à **17 %** chez les patients hospitalisés plus de 3 jours et plus. Cette enquête retrouve donc une donnée connue : l'hospitalisation est un facteur de dénutrition.

6. En dehors de la pédiatrie (19 %) et de la gériatrie (17 %) pôles particulièrement concernés par une prévalence élevée de la dénutrition, pour les patients âgés de 18 ans et plus, les services où un état de dénutrition est le plus souvent relevé sont la médecine interne (18 %), les services ORL et respiratoires (15 %), les secteurs digestif, psychiatrique, urologique (10-11 %).

7. La prise en charge des patients dénutris est apparue insuffisante :

- De façon générale, en dehors de rares spécialités, le personnel (médical et soignant) est apparu lors de l'enquête peu sensibilisé au dépistage de la dénutrition. A l'entrée au CHU, les patients sont rarement mesurés et parfois pas pesés. La mesure du poids n'est pas renouvelée lorsque l'hospitalisation se prolonge. L'index de masse corporelle est rarement calculé. Aucune autre méthode de dépistage de la dénutrition n'est utilisée.

- Même lorsque ces situations sont dépistées, la prise en charge nutritionnelle des patients dénutris est insuffisante quantitativement (41 %) et qualitativement (prises en charge diététiques et nutritionnelles souvent inadaptées, pas de suivi).

8. le codage PMSI pour les patients dénutris est insuffisant (21/66 états de dénutrition marquée ou sévère).

Suggestions d'actions pour améliorer cette situation:

1. **Equiper tous les services cliniques de matériel adéquat pour mesurer et peser les patients** quel que soit leur état de santé.

2. **Actions de formation du personnel médical et soignant** pour que l'évaluation de l'état nutritionnel des patients soit systématiquement réalisée à l'entrée dans le service (par les mesures systématiques du poids et de la taille) et tous les 8 jours par les pesées (lorsque l'hospitalisation se prolonge), et que les patients dénutris soient pris en charge sur le plan nutritionnel.

3. Envisager la création d'une structure habilitée à prendre en charge la dénutrition en milieu hospitalier (**création d'une Unité Transversale de Nutrition** envisagée pour tous les CHR par le Programme National Nutrition Santé). Conformément aux recommandations du PNNS, elle aurait pour missions le dépistage et le suivi de la dénutrition au CHU et, si nécessaire, la prise en charge diététique et nutritionnelle des patients présentant une dénutrition sévère.

4. Mettre en place des actions de communication afin que le PMSI prenne en compte tous les patients hospitalisés au CHU présentant une dénutrition sévère.

☞ *rapport intégral disponible sur le site du CLAN* ; <http://intranet/spip.php?rubrique2156>

LA GASTROPARESIE DIABETIQUE : " NOUVELLES AVANCEES THERAPEUTIQUES" S. FONTAINE, J.P. DUFFAS

Introduction

La gastroparésie diabétique est une complication chronique du diabète observée chez environ 30% des patients diabétiques au cours de leur évolution. On retient plusieurs formes d'atteinte gastrique en fonction du niveau d'altération du tissu nerveux autonome.

Expression clinique

Les signes cliniques rencontrés sont principalement :

- la satiété précoce
- les sensations de dilatation ou de ballonnement de l'estomac
- le reflux gastro-oesophagien
- les nausées et les vomissements post-prandiaux
- les hypoglycémies post-prandiales immédiates chez les patients injectant de l'insuline rapide avant les repas. L'hypoglycémie est alors liée au ralentissement excessif du passage du bol alimentaire à travers l'estomac. L'apport glucidique du repas n'arrive donc plus en phase avec l'injection d'insuline.

Chez certains patients, le caractère aléatoire de la synchronisation entre l'action de l'insuline et l'absorption des glucides alimentaires se traduit par la survenue d'hypoglycémies sévères difficiles à maîtriser autant qu'à prévenir.

Formes cliniques et conséquences

La forme la plus fréquente de la gastroparésie diabétique est peu symptomatique et souvent non diagnostiquée. Les données concernant la gastroparésie infra clinique sont donc essentiellement apportées par les études au cours desquelles un examen systématique de la vidange gastrique était réalisé.

Les formes plus sévères, d'expression clinique, sont à l'inverse souvent responsables d'un retentissement très important sur la morbi-mortalité et sur la qualité de vie des patients.

L'équilibre du diabète peut également être affecté par la présence d'une gastroparésie avec une variabilité glycémique plus difficile à maîtriser, en partie en raison des hypoglycémies post-prandiales précoces et imprévisibles. D'autre part, l'alimentation d'une façon générale est nettement perturbée par la présence d'une gastroparésie.

Traitement et apports de la stimulation gastrique

Les possibilités thérapeutiques pour lutter contre les manifestations cliniques de la gastroparésie sont très pauvres et encore plus depuis le retrait du marché du *cisapride*, qui en constituait le traitement le plus efficace. Seules deux spécialités pharmacologiques restent actuellement utilisables. Il s'agit de la *dompéridone* dont l'efficacité reste très inconstante même à forte dose, et l'*érythromicine*, qui par son action de stimulation du récepteur de la Motiline parvient chez quelques patients à améliorer leurs manifestations fonctionnelles.

Une autre alternative thérapeutique est possible pour ces patients avant de recourir à la chirurgie gastrique. Il s'agit de l'implantation d'un stimulateur gastrique, composé d'un boîtier et d'électrodes fixées sur l'estomac, qui va se conduire comme un pace-maker gastrique et contribuer à restaurer une vidange gastrique efficace.

Plusieurs études d'efficacité montrent des résultats intéressants. On observe sur ces données une amélioration significative des symptômes et des échelles de qualité de vie des patients. Cet effet positif sur les manifestations fonctionnelles de gastroparésie est conservé sur des périodes de suivi de un jusqu'à cinq ans. Les paramètres dont l'amélioration est le plus souvent observé au cours des études sur 12 mois de surveillance après l'implantation d'un stimulateur gastrique sont : Score des symptômes TSS, qualité de vie QOL, l'HbA1c et l'IMC.

On retient également une diminution du niveau de carence vitaminique et des besoins de supplémentation. Plusieurs patients ont pu par ailleurs bénéficier d'une fermeture de leur gastrostomie ou jéjuno-gastrostomie, traitement extrême de la gastroparésie. Le résultat de la stimulation gastrique est nettement corrélé au score initial de gastroparésie sur les données de vidange gastrique isotopique. Il s'agit donc d'une alternative thérapeutique intéressante dans la prise en charge des atteintes gastriques sévères résistantes aux traitements médicaux. Enfin les coûts de santé liés aux hospitalisations et aux soins des patients sont en moyenne inférieurs sur l'année ayant suivi la stimulation gastrique par rapport aux années précédant l'implantation.

L'activité d'implantation de stimulateurs gastriques chez les patients diabétiques a été débutée au CHU de Rangueil en 09/2006 dans le cadre d'un projet d'activité nouvelle. Cinq patients ont été opérés en 1 an avec de bons résultats préliminaires. Trois autres mises en places sont déjà programmées jusqu'en fin 2007. Une étude approfondie des résultats sera ensuite menée et comparée aux résultats des autres centres implantateurs en France (8 centres – total de 62 patients opérés au 28/02/2007).

Enquête réalisée sur le comportement alimentaire des sujets diabétiques ou atteints de syndromes métaboliques en France dans le cadre du projet MONICA

Service d'épidémiologie, CHU de Toulouse et INSERM U558

J. FERRIERES, V. BONGARD, J.B. RUIDAVETS

Article paru dans la revue médecine des maladies métaboliques , septembre 2007- Vol 1, n°3

Résumé de l'article :

Pour être adaptée et efficace, la délivrance d'un conseil diététique repose sur une bonne connaissance des habitudes alimentaires de la population concernée. L'objectif de ce travail est de décrire le comportement alimentaire de sujets diabétiques ou présentant un syndrome métabolique, de le comparer au comportement de la population indemne de ces troubles métaboliques et de vérifier l'adéquation aux recommandations.

Un échantillon de **944 hommes, âgés de 45 à 64 ans**, et issus par tirage au sort de la population générale de trois régions françaises (Communauté Urbaine de Lille, Haute Garonne et Bas Rhin) est analysé.

Parmi eux, 97 sujets (10,3%) sont diabétiques et 236 (25%) présentent un syndrome métabolique. Ces deux groupes se distinguent du reste de la population par une fréquence plus élevée de l'obésité, de l'hypertension artérielle et des dyslipidémies, et par une pratique moins régulière de l'activité physique. Les sujets diabétiques ou avec syndrome métabolique déclarent une consommation de sucres rapides plus faible que le reste de la population, sans différence concernant les polysaccharides. Ils se caractérisent par ailleurs par des apports plus élevés en lipides (quel que soit le type d'acides gras) et protéines, par une consommation plus élevée de charcuterie, fromages et légumes verts, et par des apports en poisson et laitages plus faibles. La consommation d'alcool n'est pas significativement différente entre les groupes.

En dehors des changements ponctuels, tels que la réduction de la consommation de sucres rapides, les règles hygiéno-diététiques de base apparaissent insuffisamment appliquées. Il persiste une forte prévalence de l'obésité, parallèlement à une faible pratique de l'activité physique. La prise en charge hygiéno-diététique des sujets dysmétaboliques apparaît donc difficile, ce qui justifie pleinement le développement de programme d'éducation thérapeutique visant à accompagner les patients dans la prise en charge non médicamenteuse des désordres métaboliques.

☞ *article disponible en pièce jointe :*



Comportement
alimentaire des diabé

COMPTE-RENDU de la 1^{ère} journée nationale du CLAN Session de printemps de la SFNEP – 22 juin 2007-Paris R. DUPERRIN

La 1^{ère} journée nationale du C.L.A.N s'est déroulée à Paris le 22 juin dernier sous le double parrainage de la SFNEP (Société Francophone Nutrition Clinique et métabolisme) et de l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris). Dix ans après la naissance du concept du CLAN (rapport Guy- Grand, 1997) et 5 ans après leur création officielle (circulaire du 29 mars 2002), un point d'étape semblait nécessaire. Cette journée a permis de suivre les plans d'actions élaborés au niveau national et institutionnel par les professionnels de santé et de partager les expériences engagées pour lutter contre la dénutrition dans les établissements de soins et à domicile.

Les thèmes abordés et qui sont décrits sont les suivants :

- **Comment former les professionnels de santé ?**
- **Vers la création d'un cahier des charges national en restauration hospitalière**
- **La nutrivigilance**
- **L'organisation des activités en nutrition clinique**

COMMENT FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTE ?

J.F. ZAZZO (CLAMART), E. ALIX (LE MANS), F. ROSSI (PARIS), S.M. SCHNEIDER (NICE)

1. Présentation de différents outils pédagogiques nationaux élaborés par les organismes institutionnels à destination de l'ensemble des professionnels (soignants, restauration collective....) :

☞ site du **Comité National d'Alimentation et de Nutrition des Etablissements de Santé** :

www.denutrition-formation.fr/

☞ site du Ministère de la Santé : www.sante.gouv.fr/

☞ site de la **Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier M.E.A.H.**: www.meah.sante.gouv.fr/

☞ recommandations de la **Haute Autorité de Santé H.A.S.** : www.has-sante.fr/

☞ site de l'**Association Nationale pour la Formation Hospitalière A.N.F.H.**: www.anfh.asso.fr/

☞ Recommandations relatives à la nutrition du **Groupe d'Etude des Marchés Restauration Collective et Nutrition G.E.M.R.C.N** : www.finances.gouv.fr/directions_services/daj/guide/gpem/nutrition/nutrition.htm

2. Réforme des formations initiales et formation continue des personnels médicaux et paramédicaux :

Réforme du cursus de formation des diététiciens : le Brevet de Technicien Supérieur et le Diplôme Universitaire de Technologie disparaissent au bénéfice d'un cursus LMD (Licence, Maîtrise, Doctorat) plus conforme à l'harmonisation des diplômes européens.

L'ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) propose depuis 2 ans une formation «long life learning » appelé « *Continuing Education in nutrition* ». <http://www.espenblog.com/>

VERS LA CREATION D'UN CAHIER DES CHARGES NATIONAL EN RESTAURATION HOSPITALIERE

P. TRONCHON (PARIS), G. HAMM (NICE), S. DE CHAMBINE (PARIS), S. ANTOUN (VILLEJUIF)

C'est la complexité qui ressort des communications portant sur la rédaction d'un cahier des charges national en restauration hospitalière. Les critères à intégrer sont multiples, certains sont réglementaires d'autres pas. Chacun d'eux se rapporte à des pratiques professionnelles très diverses avec des points de vue divergents: Nutrition, Santé/ Hygiène, Sécurité/ Satisfaction patients/ Qualité du service/ Coûts, productivité.

C'est l'organisation suivante, préconisée pour réaliser ce projet, qui réunit le plus large consensus :

- Comité de pilotage
- Groupes de travail multidisciplinaires
- Définition d'objectifs clairs, simples, mesurables par des indicateurs
- Communication, information, formation
- Suivi et évaluation

Partie prenante de cette démarche, la M.E.A.H, créée en 2003 par la loi de financement de la sécurité sociale, a pour mission de construire des indicateurs de coûts et de qualité qui amèneront à comparer la prestation repas entre centres hospitaliers.

LA NUTRIVIGILANCE

G. BRUCKER (PARIS), G. NITENBERG (VILLEJUIF)

La forte augmentation de la perception du risque alimentaire dans la population occidentale est essentiellement due à la superposition des différentes crises sanitaires survenues dans les années 90 (salmonelles de l'œuf, listéria, dioxine du poulet, prion du bœuf).

Le refus du risque alimentaire par le consommateur a conduit à la création d'institutions sanitaires de l'alimentation dont la mission est de prévenir, à défaut de gérer toute nouvelle crise sanitaire : l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA), l'Agence Européenne de Sécurité des Aliments (EFSA), l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET).

Par la mise en place d'une réglementation complète (bactériologie, toxicologie, traçabilité des produits à chaque étape de la chaîne alimentaire, composition nutritionnelle.....) ces institutions sanitaires ont élaboré un système de vigilance qui introduit le concept de **NUTRIVIGILANCE** .

La nutrivigilance dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition thérapeutique c'est la mise en place d'actions préventives et curatives, la gestion d'incidents ou risques d'incidents en relation avec :

- **l'utilisation de produits alimentaires, de compléments nutritionnels oraux.**
- **l'utilisation de produits destinés à la nutrition artificielle (entérale et parentérale)**
- **l'utilisation de dispositifs médicaux utilisés en nutrition**
- **les processus de fabrication, d'activités médicales ou de soins dans le domaine de la nutrition.**

Le but de la nutrivigilance est d'assurer l'efficience nutritionnelle à chaque patient dans un environnement sécurisé.

On peut définir 2 processus de nutrivigilance : *la nutrivigilance descendante et la nutrivigilance ascendante.*

LA NUTRIVIGILANCE DESCENDANTE	LA NUTRIVIGILANCE ASCENDANTE
<p>Diffusion aux hôpitaux (directions, CLIN, CLAN, service diététique, service restauration....) d'alertes sanitaires</p> <p>Par les autorités de santé (INVS, AFSSA...) ou les fournisseurs ou l'unité de vigilance de l'établissement</p> <p>et ayant pour conséquence le retrait d'un lot de produits ou de dispositifs médicaux.</p>	<p>Déclaration à l'unité de vigilance de l'établissement de tout processus, situation, activité de soin, tout dispositif médical ou produit suspect qui pourraient s'avérer dangereux dans le domaine de l'alimentation ou de la nutrition</p> <p>Par tout professionnel de santé constatant un incident ou un risque d'incident</p> <p>Une déclaration écrite au « nutrivigilant » local par l'intermédiaire d'une fiche d'incident déclenche la mise en place d'actions</p>

correctives en collaboration avec toutes les parties prenantes (responsable qualité, direction des soins, formation ...)
Dans cette démarche il sera important de différencier l'incident grave et exceptionnel de l'incident bénin et répétitif de façon à ne pas engorger le système de vigilance.

ORGANISATIONS D'ACTIVITES DE NUTRITION CLINIQUE

C. COUET (TOURS), D. LESCUT (LILLE), P. CRENN (PARIS), A. RAYNAUD-SIMON (PARIS)

1. Place du CLAN dans la gestion des activités de nutrition clinique :

La version 2 de l'accréditation recommande aux établissements de santé l'évaluation de l'état nutritionnel des patients, la prise en compte de leurs besoins nutritionnels spécifiques éventuels et le respect de leurs préférences (goûts, religion...).

Dans ce contexte, le CLAN est l'instance qui :

- inclut la lutte contre la dénutrition dans le projet médical d'établissement en sensibilisant les décideurs hospitaliers aux conséquences médicales et économiques de celle-ci,
- valorise l'activité de nutrition clinique en développant le codage T2A de la dénutrition,
- développe les outils de prévention, de dépistage et de traitement de la dénutrition.

☞ Prévention : favoriser la prise de repas de bonnes qualités organoleptiques, nutritionnelles, microbiologiques

☞ Dépistage : évaluation systématique de l'état nutritionnel à l'entrée du patient, identification des patients dénutris ou à risque de dénutrition

☞ Traitement : évaluation de la prise alimentaire, recours si besoin à une assistance nutritionnelle (alimentation enrichie, compléments nutritionnels oraux, nutrition artificielle...).

2. Rôle et place du centre EXPERT :

Dans les établissements de santé, la dénutrition, dont la prévalence(jusqu'à 50% des patients) est aujourd'hui reconnue, est une pathologie transversale qui, fréquemment, prend le dessus sur la pathologie d'origine. Une prise en charge spécifique et spécialisée est nécessaire d'où l'idée de *CENTRE EXPERT* de nutrition clinique.

Le centre expert est une structure médicale transversale multidisciplinaire (médecin, infirmière, diététicien...) dédiée à la prise en charge nutritionnelle de patients principalement sous nutrition entérale (NE) ou parentérale (NP). Il est en relation avec :

- l'ensemble des services de soins de l'établissement,
- le CLAN,
- l'unité transversale de nutrition (lorsqu'elle existe),
- l'activité de nutrition artificielle à domicile.

Le développement de l'hospitalisation à domicile et de la nutrition artificielle à domicile (NAD) conduit à l'émergence de réseau de soins, ce qui amène la SFNEP à proposer l'organisation suivante :

☞ un **Centre Expert national de Coordination** qui définit, adapte et promeut les règles de bonnes pratiques en NAD, organise la formation des personnels concernés,

☞ des **Centres Expert Régionaux** qui ont un rôle de conseil sur : les indications de NAD, l'éducation et le suivi des patients, la prise en charge des complications. Les centres experts régionaux sont en relation étroite avec les centres locaux et prennent en charge les patients sous nutrition parentérale de longue durée de pathologie sévère,

☞ des **Centres Experts Locaux** qui prennent en charge les patients sous NAD (mise en place, suivi...) en collaboration avec les autres partenaires (médecin traitant, IDE, diététiciens, prestataires ...).

3. Le fonctionnement d'une unité transversale de nutrition

Une enquête européenne (639 hôpitaux) montre que :

- 47% des établissements qui ont répondu ont une **Equipe de Support Nutritionnel**,
- 22% ont diffusé les lignes directrices pour évaluation de la dénutrition,
- 13% ont un médecin formé en nutrition.

L'Unité Transversale de Nutrition a pour missions :

☞ d'identifier la dénutrition et son risque,

☞ de prendre en charge les patients dénutris en adaptant les apports aux besoins,

☞ de diminuer les complications de la dénutrition (morbidity, durée de séjour ...) et ainsi diminuer les surcoûts liés à une pratique inadaptée

☞ de former et conseiller les personnels des services de soin

☞ de promouvoir la recherche (médicale, épidémiologique, économique...).

L'expérience de l'UTN de l'hôpital Ambroise Paré/ Raymond Poincaré, créée il y a 2 ans, montre :

- la formation de 300 infirmières et aides-soignantes au dépistage de la dénutrition (E.P.P)
- un taux de remplissage de 90 % d'une Unité Fonctionnelle spécifique (12 lits), non déficitaire financièrement.
- le développement de consultations (250/an : nutrition - maladies métaboliques, endoscopies digestives..)
- le développement de l'immunonutrition péri-opératoire (45% de couverture en chirurgie digestive)
- la rédaction de procédures standardisées
- la réduction de 30% du budget du médicament de la nutrition parentérale

Malgré les résultats obtenus par l'UTN, la question de la viabilité d'une telle structure reste posée :

- ☞ par manque de moyens alloués (fonctionnement empirique)
- ☞ par la difficulté de calculer sa « rentabilité » directe et indirecte due à la difficulté de valoriser l'activité

4. Comment organiser la prise en charge nutritionnelle de la personne âgée ? , le rôle des réseaux

La prévalence de la dénutrition chez la personne âgée est de 4% à 10% au domicile, 15% à 38 % en institution et 30% à 70% à l'hôpital.

En secteur hospitalier, c'est le C.L.A.N qui organise le dépistage et la prise en charge de la dénutrition.

L'évaluation des pratiques professionnelles, la rédaction de guides de bonnes pratiques, la formation et l'information des personnels soignants (médecins, IDE, AS...) et l'élaboration de tableaux de bord pour la mesure des résultats sont les outils nécessaires à l'efficacité de cette prise en charge.

Dans les centres d'accueil pour personnes âgées (maisons de retraite, MAPAD.....), les réseaux ville-hôpital de gériatrie (aujourd'hui 78 réseaux financés par la Dotation Nationale des Réseaux) sont les structures les mieux à même d'organiser la prise en charge de la dénutrition. Ces réseaux peuvent utiliser les compétences des CLAN hospitaliers qui, dans les textes officiels, ont une vocation de transversalité au plan départemental et régional.

Enfin, ces réseaux peuvent être les coordonnateurs de la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées à domicile en sensibilisant et en formant les acteurs de santé locaux (médecins généralistes, associations de maintien à domicile, cabinets infirmiers...).

Une enquête réalisée auprès de 126 médecins généralistes montre que :

- 10% seulement d'entre eux appartiennent à un réseau
- 75% expriment une grande difficulté à prendre en charge les personnes âgées à leur domicile et ceci en raison de l'isolement (90%) de ce type de population.

Cependant 44% expriment le souhait d'intégrer un réseau de soin et 56% expriment le besoin d'une formation en nutrition.

Rendez-vous...

✓ **Deuxième session des ateliers de la dénutrition hospitalière à Nice le 24 et 25 janvier 2008**

<http://www.ateliersclans.org/>

✓ **Deuxième Journée du Clan de Toulouse le 7 février 2008 au centre Pierre Baudis**

<http://www.chu-toulouse.fr/spip.php?article3029>

✓ **Nutrition Days in Europe**

Participez à la plus grande enquête de prévalence sur la dénutrition !

Renseignements sur :

- **le blog de la SFNEP** <http://sfnep.blogspot.com/>

- **Auprès du Dr SM Schneider, coordinateur France :**

Email : schneider.s@chu-nice.fr