

Evaluation de la dénutrition chez les patients hospitalisés au CHU de TOULOUSE. Résultats préliminaires d'une enquête effectuée en Décembre 2006

J. Ghisolfi . P. Barbe, JL Bornet, V. Bongard, M. Cayrol, C. Ceaux, C. Le Saux, A. Marque Ghisolfi, JP Olives, MC Ponzi, M. Rauzy, A. Vitet.

Depuis plus de 20 ans, de nombreuses études en Europe et aux USA ont souligné la fréquence d'un état de dénutrition chez les patients accueillis en milieu hospitalier, évaluée généralement à 10 à 20 % des patients. Ces études ont aussi montré qu'un état de dénutrition augmente de façon significative la morbidité et la mortalité de ces personnes, en particulier parce qu'elle majore le risque infectieux (le risque étant multiplié par 2 par un état de dénutrition), accroît la charge en soins, la durée de séjour, la dépendance des malades et les prescriptions médicamenteuses, réduit leur qualité de vie. Il en résulte que cette prévalence d'un état de dénutrition est un facteur important de surcoût financier pour les hôpitaux (de 30 à 65 % pour les patients considérés). Malgré cette prise de conscience d'une part de l'importance de cette situation, d'autre part de ses conséquences pour les patients et les établissements, la fréquence de cet état pathologique ne diminue pas dans les hôpitaux et sa prise en charge reste insuffisante, voire trop souvent inexistante.

Cette situation préoccupante a été à l'origine de recommandations au niveau européen (Rapport du Conseil de l'Europe 2001 : Alimentation et soins nutritionnels dans les hôpitaux : comment prévenir la dénutrition) et de mesures réglementaires au niveau français. En France, il en est résulté particulièrement deux décisions :

- la création des CLAN, qui ont parmi leurs missions essentielles, la prévention et la lutte contre la dénutrition en milieu hospitalier.
- l'affichage, pour le Programme National Nutrition Santé (PNNS 2), dans ses propositions de nouvelles stratégies pour la période 2006-2008, d'intégrer la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition. Ces missions doivent être aussi prises en compte dans les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROSS) de troisième génération et les Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) qui définissent les missions attendues par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) des établissements hospitaliers.

L'enquête sur la prévalence de la dénutrition chez les patients hospitalisés au CHU de Toulouse répond bien à ces objectifs. Elle a été préparée et réalisée par un groupe de travail composé des signataires de ce texte. Ils ont été aidés lors du recueil des données au niveau des services de soins par plus de 100 personnes (praticiens hospitaliers, cadres, diététiciens, IDE, aides-soignants et agents des services hospitaliers).

La première question qui s'est posée au groupe a concerné la méthodologie. Deux approches ont été retenues :

- réaliser une évaluation de la prévalence de la dénutrition pour tous les patients hospitalisés « un jour donné » dans les services cliniques d'hospitalisation traditionnelle de court et moyen séjour, de soins intensifs et de réanimation. Les secteurs cliniques « protégés », les unités d'hospitalisation de jour et de long séjour, ont été exclus de l'étude.

- ne retenir comme critères d'évaluation de l'état de nutrition que le poids et la taille afin de calculer l'Indice de Masse Corporelle ((IMC) de Quetelet. Un état de dénutrition a été retenu pour les personnes âgées de moins de 75 ans, sans distinction de sexe, lorsque l'IMC est inférieur ou égal à 18,5 kg/m² de surface corporelle et pour les patients âgés de plus de 75 ans, lorsqu'il est inférieur à 21 kg/m².

Ce dernier point relatif aux critères de dénutrition à prendre en compte a été très discuté au sein du groupe. En effet, d'autres outils de dépistage de la dénutrition chez l'homme ont été validés : mesure des plis cutanés et des circonférences des membres, dosages biologiques, index nutritionnels, en particulier index du risque nutritionnel de Buzby, évaluation dite subjective globale. Il a été aussi mis en exergue que le dépistage de la dénutrition par le poids, la taille, et le calcul de l'IMC, sont critiquables sur bien des points : grande variabilité des valeurs normales dans la population, mauvaise reproductibilité « interopérateurs », résultats non interprétables du fait d'une état physiologique ou pathologique (maigreur constitutionnelle, obésité, trouble de l'hydratation), mauvaise sensibilité pour les dénutions récentes.

Prenant en compte ces limites méthodologiques, le groupe a retenu d'évaluer la prévalence de la dénutrition au CHU de Toulouse sur la base des critères poids, taille, pour quatre raisons :

- il s'agit de la méthode recommandée par le PNNS,
- le recueil de ces données anthropométriques est du moins en théorie facilement accessible, peu onéreux,
- les mesures des plis cutanés, des circonférences des membres, posent les mêmes problèmes de qualité et de reproductibilité de la mesure que le poids et la taille,
- les marqueurs biochimiques peuvent être modifiés par des phénomènes intercurrents comme un état de déshydratation ou d'inflammation, particulièrement fréquents chez le patient dénutri ou infecté. Il est reconnu à peu près unanimement qu'ils n'ont pas assez de sensibilité et de spécificité pour être validés pour un dépistage de l'état de dénutrition, tout au moins sur une grande échelle.

Nous avons prévu initialement d'évaluer le risque de dénutrition par l'index de Buzby. Une préenquête réalisée en Octobre 2006 dans trois services, portant sur une centaine de patients, nous a montré que cette évaluation était irréaliste dans le cadre d'une enquête intéressant l'ensemble des secteurs cliniques considérés pour l'établissement, soit plus de 1200 patients. Il est apparu en effet qu'il était impossible de recueillir les données nécessaires au calcul de cet index à partir des dossiers médicaux souvent trop incomplets et difficiles à consulter. Par exemple nous n'avons pu au cours de cette préenquête recueillir de données suffisamment fiables pour évaluer la perte de poids. Par ailleurs, le temps qui pouvait être consacré à cette enquête par les personnes qui avaient accepté de participer au relevé des données ne permettait pas de consulter avec suffisamment de temps et de précision le personnel médical et soignant, du service, consultation indispensable pour ce type d'évaluation.

C'est donc sur la base du dépistage de la dénutrition à partir des seules mesures du poids et de la taille, puis du calcul de l'IMC que les résultats préliminaires, seuls

disponibles lors de la rédaction de ce texte, sont présentés. Ils ne concernent à ce jour qu'une population d'adultes.

1283 dossiers de patients ont été analysés.

Une première donnée essentielle est à retenir. L'IMC n'a pu être calculée pour tous les patients. Ce résultat confirme les limites bien connues de cette méthodologie liées à l'impossibilité pratique d'obtenir un relevé du poids et/ou de la taille chez tous les malades : absences de leur chambre au moment du relevé (généralement pour examens ou interventions), état de santé qui empêche toute pesée et/ou mesure de la taille fiables.

Au final, l'IMC n'a pu être calculée à ce jour que pour 702 sujets. Sur cette base, un état de dénutrition a été constaté chez 50/559 patients âgés de moins de 75 ans (soit 8,9 %, IC 95% [6,5-11,2]) et chez 28/143 patients âgés de plus de 75 ans (19,6 %, IC 95 %, [13,1-26,1]). L'incidence de la dénutrition au CHU de Toulouse est probablement supérieure à ces chiffres si on considère qu'une partie importante des patients non mesurés et /ou pesés ont un état de santé qui favorise la survenue de cette décompensation nutritionnelle. La dénutrition dans notre établissement est donc une réalité qui doit être prise en compte mieux qu'elle ne l'est actuellement.

Au cours de cette enquête le degré de prise en charge des patients dénutris par une diététicienne ou par une nutrition parentérale et entérale a aussi été évalué. Les premières données relevées montrent que pour les 77 malades présentant un état de dénutrition (nous ne disposons pas de données pour un d'entre eux), seulement 36,4 % ont bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle spécifique (28,6 % ont eu une prescription de compléments alimentaires, 10,4 % un apport nutritif significatif par alimentation entérale par sonde, 2,6 % un apport nutritif par voie veineuse périphérique, et 3,9 % par voie veineuse centrale.

Les résultats obtenus lorsque toutes les données auront été analysées permettront certainement au CLAN, de présenter à la Direction Générale et à la CME, un état complet de la situation et, dans le cadre des missions qui lui sont confiées, de proposer les lignes d'actions à privilégier pour diminuer la prévalence de la dénutrition au CHU de Toulouse et améliorer sa prise en charge.
