



**Office fédéral
de la santé publique**

La dénutrition à l'hôpital

Conclusions d'un groupe d'experts du Conseil de l'Europe et
recommandations de la Commission fédérale de l'alimentation

Ulrich Keller

Jürg Lüthy

Rémy Meier

Barbara Rosé

Anna-Barbara Sterchi

Rédaction : Gisela Horat

Berne, juillet 2005

Editeur : Office fédéral de la santé publique

Date de publication : avril 2006

Disponible en français et en allemand

Renseignements :

Office fédéral de la santé publique, Unité de direction Protection des consommateurs,

www.bag.admin.ch

Madame Esther Camenzind, service Nutrition

Tél. 031 322 95 05

Remarque : pour faciliter la lecture du présent document, le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes.

Sommaire

1	Résumé	3
2	Composition du groupe de travail	4
3	Introduction et mandat du groupe de travail	5
4	Dénutrition : diagnostic et traitement	7
4.1	Conditions	7
4.2	Identification des patients à risque	8
4.3	Traitement de la dénutrition	8
4.4	Surveillance de l'alimentation des patients	9
5	L'alimentation hospitalière	11
5.1	Qualité et hygiène des repas	11
5.2	Horaire et disponibilité des repas	11
6	Organisation	13
6.1	Personnel	13
6.2	Formation et perfectionnement	13
6.2.1	Collaboration interdisciplinaire	15
6.2.2	Gastronomie (restauration et hôtellerie)	17
7	Les patients	19
7.1	Influence des patients	19
7.2	Prise de conscience et responsabilisation des patients	19
8	Recherche	21
9	Conclusions	22
10	Annexe	23
10.1	Bibliographie	23
10.2	Tableau d'évaluation du risque de dénutrition	25

On sous-estime souvent l'importance de la dénutrition liée à la maladie. Elle est donc rarement considérée comme un problème à part entière. Les patients déjà sous-alimentés lors de leur arrivée à l'hôpital représentent jusqu'à 40 % des entrées et, souvent, leur état nutritionnel se dégrade encore pendant leur séjour. La dénutrition réduit la qualité de vie et le pronostic de guérison des personnes concernées, elle entraîne des complications et rallonge la durée d'hospitalisation ; bref, elle est synonyme de coûts considérables.

En matière d'alimentation, il n'existe ni standards nationaux ni directives concernant le dépistage, l'évaluation et la surveillance des patients. Il en va de même pour les traitements correspondants. Souvent, la dénutrition des patients hospitalisés n'est pas traitée, le personnel ne disposant pas d'une formation suffisante dans ce domaine. De plus, l'absence de structures adaptées empêche une collaboration interdisciplinaire efficace.

Recommandations

- Il convient d'élaborer, à l'attention des hôpitaux suisses, des standards et des recommandations concernant le dépistage des patients à risque, l'évaluation et la surveillance de leur état nutritionnel ainsi que différents aspects relatifs au traitement de la dénutrition et à l'alimentation hospitalière.
- Le dossier médical et les documents de transfert ou de sortie des patients doivent comporter des informations relatives à une éventuelle dénutrition liée à la maladie.
- Il est nécessaire de promouvoir la formation et le perfectionnement des médecins, du personnel soignant et du personnel de la gastronomie hospitalière afin d'élargir leurs connaissances nutritionnelles.
- Il faut mettre en place des structures standardisées (commissions de l'alimentation, groupe multidisciplinaire de nutrition) qui favoriseront la collaboration interdisciplinaire et la communication et régleront l'attribution des compétences et des responsabilités.

2 Composition du groupe de travail

- Le professeur Ulrich Keller est médecin-chef du département de Médecine interne de l'Hôpital cantonal de Bâle, membre de la Commission fédérale de l'alimentation et président du groupe de travail « La dénutrition à l'hôpital » (« Mangelernährung im Spital »).
- Le docteur Jürg Lüthy est nutritionniste, chef du service Nutrition de la division Science alimentaire de l'Office fédéral de la santé publique et privat-docent à l'Université de Berne.
- Le docteur Rémy Meier est médecin-chef en gastro-entérologie, hépatologie et nutrition à l'Hôpital cantonal de Liestal et chargé de cours.
- Barbara Rosé, diététicienne diplômée, travaille au service Nutrition de la division Science alimentaire de l'Office fédéral de la santé publique.
- Anna-Barbara Sterchi, diététicienne diplômée, est responsable de la consultation diététique de l'Hôpital de l'Île à Berne.
- Gisela Horat, dipl. sc.nat. EPF et disposant d'une formation post-universitaire en science de la nutrition humaine de l'EPFZ, est journaliste scientifique indépendante.

3 Introduction et mandat du groupe de travail

La dénutrition est un problème très répandu dans les hôpitaux européens (1). On suppose qu'en Suisse, de 20 % à 40 % des patients sont déjà dénutris lors de leur entrée à l'hôpital (2). Une enquête effectuée à l'Hôpital universitaire de Genève a ainsi montré que l'état nutritionnel des patients entrant à l'hôpital était nettement moins bon que celui d'un groupe témoin (3). La dénutrition est un problème clinique ayant un impact négatif sur la qualité de vie et le pronostic vital du patient. Elle affaiblit en outre le système immunitaire, entrave le processus de guérison et la mobilité et augmente la mortalité. Les complications plus fréquentes sont synonymes de coûts supplémentaires (4) et augmentent la durée d'hospitalisation (5).

Une enquête réalisée dans le milieu hospitalier suisse a montré que la dénutrition est rarement diagnostiquée et ce, pour deux raisons. D'une part, les médecins et le personnel soignant ne disposent pas de connaissances nutritionnelles suffisantes. D'autre part, les patients à risque ne sont souvent pas dépistés (6).

Dans le cadre d'une étude réalisée à l'Hôpital universitaire de Genève, on a étudié l'alimentation des patients. Les données collectées montrent que, dans 43 % des cas, les quantités absorbées sont inférieures à l'apport journalier recommandé en calories. 70 % des patients sont même concernés si l'on se fonde sur l'apport journalier recommandé en vitamines et en minéraux. L'offre de nourriture est pourtant suffisante ; en moyenne, on jette chaque jour l'équivalent de 500 kcal et 20 g de protéines par patient (7). Il y a plusieurs raisons à cette situation, notamment l'impact de la maladie et du traitement (8). Mais on peut également citer des raisons organisationnelles et structurelles au niveau de la distribution des repas (heures fixes et prise en compte insuffisante des besoins individuels par exemple).

Dans la plupart des cas, les conditions permettant une amélioration de la situation ne sont pas réunies : ainsi, moins d'un tiers des hôpitaux suisses dispose d'une Commission de l'alimentation et seuls 14 d'entre eux (soit 2,5 %) disposent d'équipes spécialisées dans ce domaine. Dans la majorité des hôpitaux, il n'y a pas de standards du type livre blanc en matière d'alimentation. Enfin, lorsque la dénutrition a été diagnostiquée et qu'elle est soignée (offre personnalisée et alimentation liquide), le traitement prend souvent fin lorsque le patient quitte l'hôpital(6).

On observe dans certains hôpitaux suisses une prise de conscience croissante du problème de la dénutrition. Depuis mai 2003, les services de médecine interne de sept hôpitaux suisses participent au projet Dénutrition sous la houlette de l'Hôpital cantonal de Winterthour. L'état nutritionnel de tous les patients de ces services est systématiquement analysé par le biais du questionnaire « Nutrition Risk

Score » élaboré par l'ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) (cf. chapitre 9.2). Sont également répertoriés dans le cadre de ce projet, d'autres aspects comme les comorbidités, la durée de l'hospitalisation, les complications éventuelles et le nombre de traitements de lutte contre la dénutrition déjà suivis par le patient. Sur 22 233 patients, 4057 (18,2 %) étaient dénutris ou présentaient un risque très élevé de le devenir à court terme. Seuls 66 % de ces patients ont bénéficié d'un traitement adapté (information fournie personnellement par le docteur Imoberdorf de l'Hôpital cantonal de Winterthour).

Le rapport d'un groupe d'experts du Conseil de l'Europe (1), qui contient une liste et une analyse des causes de dénutrition à l'hôpital, est à la base des recommandations qui suivent. Celles-ci visent une amélioration de la situation.

Le groupe de travail était chargé d'analyser la situation dans notre pays et d'adapter les principaux points du rapport européen aux conditions prévalant dans notre pays.

4 Dénutrition : diagnostic et traitement

4.1 Conditions

Si l'on compare l'état nutritionnel des patients entrant à l'hôpital avec celui d'un échantillon de personnes en bonne santé, on constate que l'état de ces dernières est meilleur (3). Cela s'explique principalement par les relations complexes existant entre maladie et alimentation. De nombreux cancers, infections graves, troubles gastro-intestinaux, problèmes rénaux, hépatiques, cardiaques ou pulmonaires entraînent une modification du métabolisme comme la dégradation des composés organiques (catabolisme) ou la perte d'appétit. Ces facteurs accélèrent l'apparition de troubles de la nutrition (apports caloriques et protéiniques insuffisants). La dénutrition est d'autant plus favorisée que l'alimentation ne couvre pas les besoins plus élevés de ces patients « à risque ». Elle a des conséquences mesurables sur le fonctionnement des organes et donc un impact négatif sur l'évolution de la maladie, ce qui augmente les taux de morbidité et de mortalité (10).

Les médecins et le personnel soignant doivent constater la dénutrition liée à la maladie, poser un diagnostic clinique et débiter un traitement adapté. Pour cela, ils doivent pouvoir avoir recours à des standards et à des directives contraignantes relatives au dépistage des patients à risque (screening), à l'évaluation (assessment) et à la surveillance de leur état nutritionnel ainsi qu'au traitement de la dénutrition.

Recommandations

- Les courriers des médecins, les documents médicaux de transfert et de sortie doivent contenir, outre le diagnostic, des indications concernant l'état nutritionnel du patient et mentionner une éventuelle dénutrition liée à la maladie.
- Il convient d'élaborer des directives et des standards dans les domaines du dépistage des patients à risque, de l'évaluation et du monitoring de l'état nutritionnel des patients.
- Il convient d'élaborer également de tels instruments pour le traitement de la dénutrition, et de les mettre en oeuvre.
- L'alimentation doit être évoquée lors de la visite quotidienne du médecin.

4.2 Identification des patients à risque

Le rapport du groupe d'experts du Conseil de l'Europe met en lumière les lacunes de la plupart des hôpitaux européens en termes de collecte et d'utilisation de paramètres de base permettant d'évaluer l'état nutritionnel des patients (1). Une enquête effectuée en 2003 dans 50 grands hôpitaux suisses a fait état d'une situation similaire dans notre pays (6). Il faut évaluer pour chaque patient les différentes causes possibles de dénutrition, par exemple au moyen d'un instrument tel que celui présenté au chapitre 9.2.

Recommandations

- Afin d'identifier les patients présentant un risque de dénutrition, le médecin ou le personnel soignant responsable de ce patient doit procéder à un test standardisé (dépistage des patients à risque) et prendre en compte différents facteurs tels que l'âge, le sexe, la gravité de la maladie, l'état psychique et le traitement suivi.
- Le dossier médical du patient doit contenir les résultats de ce dépistage.
- Il convient de procéder à une anamnèse alimentaire et d'évaluer l'état nutritionnel (assessment) des patients présentant un risque de dénutrition. Ensuite, il faut mettre au point un plan d'action comprenant des objectifs clairement définis, plan qui doit faire l'objet d'une évaluation et d'une actualisation régulières.
- Durant leur séjour hospitalier, il convient d'évaluer une nouvelle fois l'état nutritionnel de tous les patients et d'ajouter les résultats au dossier médical. Les médecins doivent systématiquement être informés de l'état nutritionnel de leurs patients.
- Il s'agit d'éviter de prescrire, tout au moins à de fortes doses, un médicament, voire une combinaison de médicaments, ayant pour effets secondaires une perte de l'appétit, des nausées et autres symptômes gastro-intestinaux, perturbant l'assimilation des nutriments ou ayant un impact sur le goût ou l'odorat. Si ce n'est pas possible, les médecins et le personnel soignant doivent garder ces effets secondaires à l'esprit pour pouvoir si nécessaire débiter un traitement nutritionnel adéquat.

4.3 Traitement de la dénutrition

Une perte de poids rapide de l'ordre de 5 % à 10 % du poids de départ entraîne des dysfonctionnements organiques importants. Les patients concernés présentent alors un risque plus élevé de développer des complications. Lors de l'estimation du risque de dénutrition et du choix du traitement adéquat, tous les facteurs doivent être pris en compte (fonctions physiologiques et

biochimiques, gravité de la maladie, état psychique et état nutritionnel) (11). L'absence de structures et de directives ad hoc entrave le diagnostic et le traitement de la dénutrition (6).

Recommandations

- Il s'agit d'élaborer des bases contraignantes relatives à la mise en place, au déroulement et à l'interruption des traitements de renutrition. Ces bases devront impérativement intégrer les aspects d'éthique inhérents aux traitements palliatifs.
- Le traitement de la dénutrition doit être adapté aux besoins des patients sur la base des repas proposés par l'établissement hospitalier. L'alimentation liquide et les compléments alimentaires doivent toutefois être envisagés si nécessaire.
- Le personnel soignant doit aider les patients dans l'incapacité de se nourrir seul.
- Les problèmes de mastication dus à une mauvaise dentition ou à des prothèses inadaptées sont fréquents et rendent impossibles l'ingestion d'aliments solides. Il s'agit d'y remédier en prenant les mesures appropriées.
- Lorsque l'état du patient le permet, le repas doit être servi dans des locaux communs, ce qui permettra de redonner au repas sa dimension sociale.
- L'alimentation liquide doit faire l'objet d'une indication médicale explicite.
- L'alimentation parentérale ou entérale par sonde gastrique ne doit être prescrite que lorsque la prise d'aliments par voie orale est (encore) insuffisante ou impossible. Il convient de déterminer sa nécessité, ses avantages et ses inconvénients et d'en discuter avec le patient.
- Le personnel doit être informé des différentes options en matière d'alimentation et de leur impact sur l'état nutritionnel des patients.

4.4 Surveillance de l'alimentation des patients

L'alimentation des patients hospitalisés n'est que rarement consignée. On ne dispose ainsi que d'informations insuffisantes concernant les habitudes alimentaires, les préférences et les aversions des patients, et elles ne sont que rarement communiquées au personnel des cuisines (6).

Les périodes de jeûne imposées avant ou après une opération sont stressantes pour les patients ; différentes études ont montré que la réduction de ces périodes de jeûne avait des conséquences bénéfiques sur le processus de guérison (12 ; 13).

Recommandations

- La prise d'aliments doit être systématiquement évaluée par le biais de méthodes semi-quantitatives et consignée.
- Les informations concernant la prise d'aliments et les comportements alimentaires des patients doivent permettre l'élaboration de menus adaptés à leurs besoins.
- Le personnel doit disposer d'informations relatives à la taille des portions et à la valeur énergétique des menus qui lui permettront de mieux observer et de mieux évaluer l'alimentation des patients.
- Il convient de promouvoir l'administration d'aliments liquides lorsque cela s'avère nécessaire.
- Il convient de tenir compte des récentes découvertes de la recherche sur les avantages de l'alimentation liquide, avant les interventions chirurgicales viscérales par exemple et d'adapter l'alimentation préopératoire et postopératoire en conséquence.
- Après des interventions gastro-intestinales importantes, l'alimentation entérale doit être prescrite rapidement afin d'éviter une perte de poids durant la phase de rétablissement.

5 L'alimentation hospitalière

Outre les effets secondaires de la maladie, la qualité des repas proposés (contenu et présentation) et les heures fixes des repas peuvent également jouer un rôle important dans le processus de dénutrition. En termes de quantité, les repas proposés à l'hôpital sont suffisants, voire copieux. Pourtant, la plupart des patients mange trop peu et dans 25 % des cas seulement pour des raisons liées à leur affection (7). Force est donc de constater que l'offre alimentaire n'est pas adaptée aux besoins spécifiques des patients.

5.1 Qualité et hygiène des repas

La qualité de l'alimentation proposée peut être évaluée selon des critères objectifs tels que le contenu et l'hygiène. Mais pour les patients, d'autres critères, plus subjectifs, entrent aussi en ligne de compte ; en termes d'alimentation, leurs besoins sont très variés et souvent influencés par la maladie.

Recommandations

- Il convient de fixer des standards relatifs à la composition des repas proposés à l'hôpital.
- La qualité des repas, tant au niveau du contenu que de la présentation, doit être adaptée aux patients et ces derniers doivent pouvoir donner leur avis.
- Les repas doivent être servis à une température de 60°C - 70°C.
- Il convient de documenter dès la planification la valeur nutritive et la taille des portions d'un repas et de les évaluer régulièrement.
- Repas et en-cas hypercaloriques et hyperprotéinés doivent être disponibles à tout moment.
- Il est impératif d'effectuer des contrôles sanitaires permanents.

5.2 Horaire et disponibilité des repas

Seuls quelques hôpitaux proposent à leurs patients des repas chauds en dehors des horaires habituels (6). Si le patient n'est pas dans sa chambre lorsque le repas est servi, parce qu'il se soumet à des examens médicaux ou qu'il subit une intervention, cela signifie souvent qu'il devra se passer de manger. De plus, les repas principaux sont souvent servis trop tôt, ce qui peut se révéler problématique, le patient n'ayant tout simplement pas faim à ces heures (7).

Recommandations

- Les repas principaux comportant plusieurs menus au choix doivent être répartis correctement sur toute la journée. Tous les patients doivent pouvoir obtenir rapidement un en-cas, à tout moment de la journée.
- Il convient d'évaluer les heures de repas et de les adapter aux besoins des patients.
- Les repas ne doivent pas être interrompus ou manqués pour cause d'examens médicaux ou de visites.
- Les hôpitaux doivent mettre à la disposition des patients une grande variété d'en-cas, d'aliments liquides et de boissons et les leur proposer régulièrement.

6 Organisation

6.1 Personnel

Le problème de la dénutrition est généralement connu de tous les professionnels hospitaliers. Le manque de connaissances et d'instructions internes et le manque de communication en général limitent toutefois les possibilités d'action (6).

6.2 Formation et perfectionnement

Des connaissances nutritionnelles lacunaires sont l'un des facteurs de la prise en compte insuffisante du problème de la dénutrition par les hôpitaux (6).

La Société suisse de nutrition (SSN) et la Société Suisse de Nutrition Clinique (SSNC) proposent des cours de perfectionnement sur l'alimentation hospitalière (www.sge-ssn.ch/f/ et www.geskes.ch).

Médecins

Les thèmes de l'alimentation en général et de l'alimentation hospitalière en particulier n'occupent pas une place assez importante dans la formation et le perfectionnement des médecins. Ceci explique le fossé existant entre les découvertes de la recherche et la pratique. Les résultats obtenus dans le domaine de l'alimentation hospitalière sont trop rarement mis en pratique.

Recommandations

- L'alimentation hospitalière doit être traitée de manière exhaustive pendant la formation et le perfectionnement des médecins et être intégrée aux catalogues d'objectifs.
- Il convient de proposer régulièrement aux médecins des cours sur l'alimentation hospitalière et sur les techniques de traitement de la dénutrition. Il est également possible d'intégrer ces thèmes aux formations existantes.

Personnel soignant

L'alimentation occupe également une place trop insuffisante dans la formation et le perfectionnement du personnel soignant.

Recommandations

- Les thèmes liés à l'alimentation doivent occuper une place plus importante dans la formation et le perfectionnement du personnel soignant afin que celui-ci identifie clairement les patients à risque.
- A l'instar des médecins, le personnel soignant doit pouvoir bénéficier d'offres régulières de formation et de perfectionnement sur l'alimentation hospitalière. Il est également possible d'intégrer ce thème aux formations existantes. Dans les deux cas, l'accent doit être mis sur la surveillance de la prise d'aliments et les techniques d'alimentation entérale et parentérale visant à traiter la dénutrition.

Diététiciens

Trop peu d'hôpitaux disposent de diététiciens ayant suivi une formation adaptée.

Recommandations

- Il s'agit de créer, dans le domaine de l'alimentation hospitalière, de nouveaux postes et de nouvelles places de formation pour les diététiciens ou les futurs diététiciens.
- Le thème de la dénutrition devra être abordé de manière approfondie dans les formations de diététiciens et de nutritionnistes qui seront bientôt proposées dans les hautes écoles spécialisées.
- Il convient de créer en Suisse une filière universitaire entièrement consacrée à la nutrition.

Personnel de la gastronomie hospitalière

Les employés du secteur de la gastronomie hospitalière (restauration et hôtellerie) disposent souvent des formations les plus diverses. On oublie trop souvent qu'en matière d'alimentation hospitalière, les exigences sont très différentes de celles de la restauration traditionnelle. Ces connaissances lacunaires rendent la collaboration et la communication avec le personnel médical très difficile (6).

Recommandations

- Les chefs de cuisine doivent suivre des cours spécifiques consacrés à la dénutrition et à l'alimentation des malades chroniques.
- Tous les employés ne faisant pas partie du personnel soignant et travaillant dans le domaine de l'alimentation hospitalière doivent suivre régulièrement des cours ciblés, afin de prendre conscience de l'importance de l'alimentation et d'appliquer ensuite les connaissances acquises.
- La formation du personnel de la gastronomie hospitalière doit absolument inclure le thème de la surveillance de la prise d'aliments, ce qui lui permettra d'acquérir des connaissances sur les méthodes semi-quantitatives d'évaluation de la prise d'aliments par les patients.
- Il est indispensable que le personnel de la restauration suive une formation sur les questions d'hygiène.

6.2.1 Collaboration interdisciplinaire

Parmi les principaux facteurs des lacunes observées au niveau du diagnostic et du traitement de la dénutrition, on peut citer la collaboration insuffisante et le manque de communication entre les médecins, le personnel soignant, les pharmaciens, les diététiciens, le personnel des cuisines et l'administration, que ce soit au sein de l'hôpital ou en dehors. De plus, il n'existe que peu de règlements concernant l'attribution des responsabilités et des compétences (6). La collaboration et la communication interdisciplinaires peuvent être optimisées en créant des structures organisationnelles disposant de responsabilités clairement définies.

Commission de l'alimentation

La commission de l'alimentation dépend directement de la direction de l'hôpital; elle est composée de représentants de tous les services de l'hôpital (direction, médecins-chefs, direction du personnel soignant, pharmacie, unité de nutrition, cuisines, services du controlling et des achats). Elle a le même statut que d'autres commissions spécialisées comme la commission d'hygiène ou la commission des médicaments. Sa composition, ses responsabilités et ses compétences sont définies dans un règlement et sont reconnues par la direction de l'hôpital.

La commission de l'alimentation détermine des standards et des directives en matière d'alimentation. Elle est responsable de leur application, veille à leur respect et évalue leur efficacité. Elle gère la liste des aliments liquides et des aliments par sonde dont l'hôpital doit disposer. Pour ce qui concerne

l'alimentation parentérale, elle dispose au minimum d'un droit de proposer et d'un droit de codécision quant au choix du produit. Elle se réunit une fois par mois, voire tous les deux mois. Elle est également chargée de formuler des objectifs de formation concernant tous les spécialistes plus ou moins directement liés au domaine de l'alimentation.

Groupe multidisciplinaire de nutrition

A l'instar de la commission de l'alimentation, le groupe multidisciplinaire de nutrition se compose il aussi de représentants de différentes professions (médecins, personnel soignant, diététiciens, pharmaciens). Sa composition, ses responsabilités et ses compétences sont elles aussi définies dans un règlement. Il compte au moins un représentant au sein de la commission de l'alimentation. Le groupe multidisciplinaire de nutrition offre soutien et conseils au personnel médical en cas de problèmes, en organisant par exemple des visites régulières, voire hebdomadaires des patients. Le personnel médical fait appel à lui pour régler les problèmes liés à l'alimentation (fonction consultative). En proposant information et formation, le groupe multidisciplinaire de nutrition élargit les connaissances nutritionnelles et alimentaires du personnel médical et le sensibilise à son domaine d'action. En cas de besoin, le groupe peut mettre en place une consultation itinérante pour assurer le suivi des patients souffrant de dénutrition chronique.

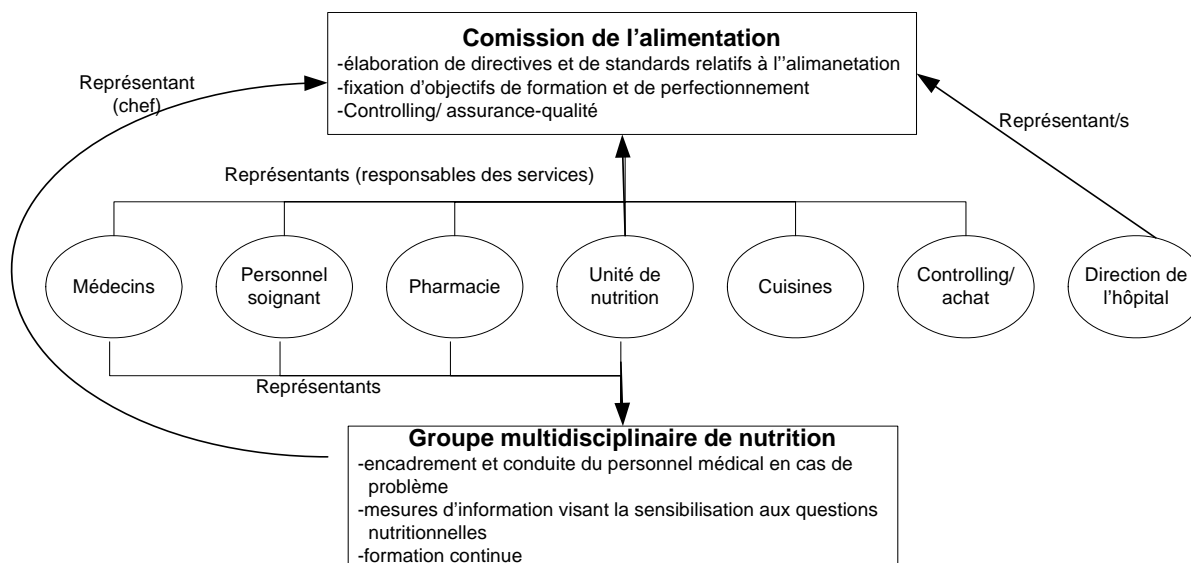


Illustration 1 : Composition et tâches de la commission de l'alimentation et du groupe multidisciplinaire de nutrition

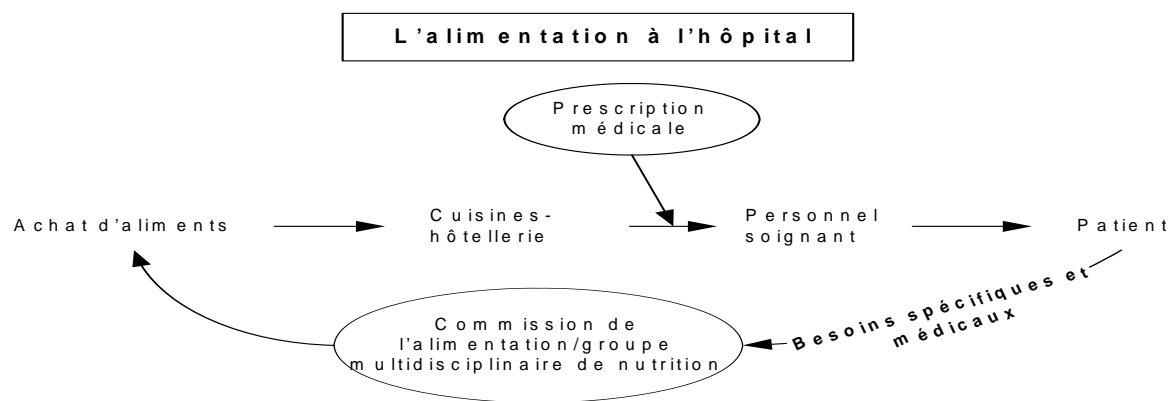


Illustration 2 : Influence de la commission de l'alimentation et du groupe multidisciplinaire de nutrition sur l'alimentation des patients souffrant de dénutrition et des patients à risque

Recommandations

- Il s'agit de diagnostiquer et de traiter la dénutrition et le risque de dénutrition des patients avant ou, au plus tard, lors de leur entrée à l'hôpital. Le traitement doit être poursuivi durant et après l'hospitalisation.
- Toutes les personnes impliquées, médecins, personnel soignant, pharmaciens, diététiciens, personnel des cuisines, administration et direction doivent considérer l'alimentation comme un élément du traitement à part entière.
- Grâce à la mise en place d'un groupe multidisciplinaire de nutrition et d'une commission de l'alimentation, il existe des structures chargées de garantir la communication, d'attribuer les responsabilités et de créer des directives relatives au traitement de la dénutrition.
- Les tâches, les responsabilités et la composition des groupes multidisciplinaires de nutrition sont déterminées dans un règlement.
- Dans les petits hôpitaux ne disposant pas d'une commission de l'alimentation ou d'un groupe multidisciplinaire de nutrition, c'est le personnel médical, médecins et personnel soignant, qui est responsable du diagnostic et du traitement de la dénutrition.
- Toutes les personnes impliquées doivent reconnaître l'importance sociale et psychologique des repas.

6.2.2 Gastronomie (restauration et hôtellerie)

En règle générale, les repas sont préparés de manière centralisée et disposés sur des assiettes avant d'être livrés dans chaque service. C'est la raison du manque de flexibilité des hôpitaux en matière

d'heure et de personnalisation des repas. De plus, la cuisine tient trop peu compte des besoins des malades, notamment des malades chroniques. C'est pourquoi la majorité des patients mange trop peu malgré une offre très (trop) importante d'aliments (7).

Recommandations

- Les chefs de cuisine doivent être intégrés au quotidien médical. Ils doivent prendre part (à intervalles définis) aux visites afin de pouvoir se faire une idée de leurs « clients » et de mieux les servir.

7 Les patients

7.1 Influence des patients

Les patients dénutris ou présentant un risque de dénutrition n'ont que peu d'influence sur l'offre et la disponibilité de l'alimentation hospitalière. Seuls quelques hôpitaux proposent à leurs patients des repas chauds en-dehors des horaires habituels (6).

Recommandations

- L'alimentation (offre et disponibilité) doit être adaptée aux besoins des patients, besoins qui sont déterminés par leur état physique et mental.
- Les patients doivent pouvoir obtenir un repas adapté à leur religion, à leur ethnie et à leur culture.
- Les patients doivent, dans la mesure du possible, pouvoir décider où ils souhaitent prendre leurs repas par exemple à la même table que d'autres patients ou avec leurs proches s'ils le souhaitent et si c'est possible.
- La prise des repas doit être personnalisée et donc plus flexible. Des en-cas et des collations doivent être à disposition des patients.

7.2 Prise de conscience et responsabilisation des patients

De nombreux patients ne savent pas à quel point l'alimentation est essentielle à leur santé et à leur guérison. Ils doivent donc être mieux informés.

Recommandations

- Les patients doivent bénéficier de conseils oraux ou écrits visant à promouvoir une alimentation saine et équilibrée. Il convient de leur expliquer l'impact de l'alimentation sur le processus de guérison afin qu'ils la considèrent comme une partie intégrante du traitement.
- Tous les patients doivent savoir comment faire appel à un diététicien diplômé et bénéficier de conseils personnalisés.
- Tous les patients doivent savoir quels sont les possibilités en termes d'alimentation (choix des menus, heure des repas, etc.).

- La composition des plats doit être décrite en détail afin que les patients puissent se décider en connaissance de cause. Ils doivent également savoir s'ils peuvent commander des en-cas ou des collations.

Le groupe d'experts du Conseil de l'Europe conclut dans son rapport (1) qu'il faut mener des études sur la nutrition mais aussi évaluer les processus et l'organisation de l'alimentation hospitalière et leur impact. Il s'agit :

- de mieux connaître l'impact sur le processus de guérison d'une alimentation hospitalière ciblée, des traitements de renutrition et de l'alimentation artificielle (entérale et parentérale) ;
- de mettre au point des méthodes simples et fiables de collecte et d'évaluation des données concernant l'état nutritionnel des patients ;
- d'adapter à chaque hôpital les instruments visant à consigner la prise d'aliments des patients ;
- d'évaluer l'efficacité des nouvelles structures comme la Commission de l'alimentation et le groupe multidisciplinaire de nutrition.

9 Conclusions

La dénutrition est un problème fréquent dans les hôpitaux suisses et son impact est souvent sous-estimé. Les patients concernés présentent pourtant des taux de morbidité et de mortalité plus élevés et ont une qualité de vie moindre. La dénutrition a en outre un coût financier élevé.

La situation peut s'améliorer si l'on tient compte des recommandations formulées dans le présent rapport en créant, en reconnaissant et en intégrant des structures organisationnelles comme la commission de l'alimentation et le groupe multidisciplinaire de nutrition, en améliorant la formation et le perfectionnement et en optimisant la communication et la collaboration des personnes impliquées. Créer des standards et des directives relatifs au dépistage des patients à risque, à l'évaluation de l'état nutritionnel, aux traitements de la dénutrition et à l'alimentation hospitalière permettra de diagnostiquer et de combattre la dénutrition en milieu hospitalier.

Parallèlement, il est possible d'éviter que le traitement soit interrompu lorsque les patients quittent l'hôpital en évoquant l'état nutritionnel de ces derniers dans leur dossier médical et dans les documents de transfert. Cette mesure doit devenir une mesure de routine.

Enfin, il s'agit d'intégrer les patients en leur demandant régulièrement leur avis sur l'alimentation, en leur expliquant l'importance de la prise d'aliments dans leur traitement et en leur proposant plus de flexibilité quant aux horaires des repas.

10.1 Bibliographie

1. Public Health Committee. Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Health. Food and nutrition care in hospitals: how to prevent undernutrition – report and recommendations. Ad hoc group – nutrition programmes in hospitals. Partial Agreement in the Social and Public Health Field, Council of Europe. Paris: February 2002
2. Kyle UG; Unger P; Mensi N; Genton L; Pichard C. Nutrition status in patients younger and older than 60 y at hospital admission: a controlled population study in 995 subjects. *Nutrition* 2002 Jun; 18(6): 463-9
3. Kyle UG; Pirlich M; Schuetz T; Luebke HJ; Lochs H; Pichard C. Prevalence of malnutrition in 1760 patients at hospital admission: a controlled population study of body composition. *Clin Nutr.* 2003 Oct; 22(5): 473-81
4. 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 Jun; 22(3): 235-9
5. Kyle UG; Pirlich M; Lochs H; Schuetz T; Pichard C. Increased length of hospital stay in underweight and overweight patients at hospital admission: a controlled population study. *Clin Nutr.* 2005 Feb; 24(1): 133-42
6. Sylvia Sommer und Ulrich Keller. Mangelernährung in Schweizer Spitälern. 5. Schweizer. Ernährungsbericht 2005 (im Druck)
7. Dupertuis YM; Kossovsky PM; Kyle UG; Raguso CA; Genton L; Pichard C. Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clin Nutr.* 2003; 22(2): 115-23
8. Pirlich M; Schuetz T; Kemps M; Luhman N; Burmester GR; Baumann G; Plauth M; Luebke HJ; Lochs H. Prevalence of malnutrition in hospitalized medical patients: Impact of underlying disease. *Dig Dis* 2003; 21: 245-51
9. Kondrup J; Allison SP; Elia M; Vellas B; Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003; 22(4): 415-21
10. Keller U; Nutritional treatment of cachexia. in: "Pharmacotherapy of cachexia". KG. Hofbauer (Eds), 2005. Non-drug treatment of cachexia. 1. From malnutrition to cachexia (Pathogenesis; clinical significance)
11. Allison SP. Malnutrition, disease, and outcome. *Nutrition* 2000; 16(7/8): 590-3

12. Nygren J; Thorell A; Ljungqist O. Preoperative oral carbohydrate nutrition: an update. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2001 Jul; 4(4): 255-9
13. Nygren J; Thorell A; Ljungqist O. New development faciliating nutritional intake after gastrointestinal surgery. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2003 Sep; 6(5): 593-7
14. Kondrup J; Rasmussen HH; Hamberg O; Stanga Z. Nutritional risk scrennig (NRS2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr 2003 Jun; 22(3): 321-36

10.2 Tableau d'évaluation du risque de dénutrition

N° de dossier

Date d'admission:

Date de sortie:

Date de naissance:

Sexe: ☐ féminin

☐ masculin

Admission: ☐ urgence

☐ normale

Sortie: ☐ retour à la maison

☐ admission en institution

☐ cure

Transfert: ☐ interne

☐ autre hôpital

☐ centre de réadaptation

Décès à l'hôpital: ☐

Diagnostic:

code IDC 10

La nécessité d'un traitement de renutrition est déterminée sur la base de l'état nutritionnel et de la gravité de la maladie.

Taille actuelle: m

Taille habituelle: m

Poids actuel: kg

Poids habituel: kg

IMC:

Détérioration de l'état nutritionnel		Gravité de la maladie (métabolisme de stress)	
Pas de détérioration	0	Pas de métabolisme de stress	0
Degré 1 (légère) Perte de poids > 5% en 3 mois ou a moins mangé au cours de la dernière semaine	1	Degré 1 (léger) Fracture de la hanche, maladies chroniques présentant des complications graves : cirrhose, BPCO Âge > 70 ans Radiothérapie, hémolyse chronique	1
Degré 2 (modérée) Perte de poids > 5% en 2 mois ou IMC entre 18,5 et 20,5 + détérioration de l'état général ou a mangé moins de la moitié au cours de la dernière semaine (25%-50%)	2	Degré 2 (modéré) Opération abdominale importante, accident vasculaire cérébral Chimiothérapie, pneumonie grave	2

Degré 3 (grave) Perte poids > 5% en 1 mois ou IMC < 18,5 + détérioration de l'état général ou n'a pratiqué rien mangé au cours de la dernière semaine (0%–25%)	3	Degré 3 (grave) Traumatisme crânio-cérébral, polytraumatisme, transplantation de moelle épinière, brûlures graves Patients en soins intensifs (APACHE > 10)	3
Total :			

Un point supplémentaire est octroyé aux patients de plus de 70 ans.

Un traitement de renutrition est indiqué lorsque le total est ≥ 3 points. Quelles mesures avez-vous prises?

Alimentation naturelle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> consultation nutritionnelle <input type="checkbox"/> repas plus riches <input type="checkbox"/> compléments alimentaires			Alimentation artificielle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> alimentation entérale <input type="checkbox"/> alimentation parentérale	
Combien de jours après l'admission le traitement a-t-il été entrepris?				

Complications:

☐ aucune ☐ aspiration ☐ diarrhée ☐ électrolyte ☐ décès

autre:

Aucun traitement n'a été entrepris pour la raison suivante :

Refus : ☐ du patient ☐ de ses proches

Maladie : ☐ en phase terminale ☐ agonie

Accès: ☐ problèmes techniques ☐ autre raison:

Contre-indication ☐ préciser:

Tableau 1 : Evaluation du risque de dénutrition (9; 14)

1. Déterminer la gravité (1-3) de la détérioration de l'état nutritionnel (toujours choisir le degré le plus élevé) et la gravité de la maladie (métabolisme de stress). Degré 1 = 1 point, degré 2 = 2 points, degré 3 = 3 points.
2. Faire le total des points et, pour les patients âgés de plus de 70 ans, ajouter encore un point.
3. Si le total est ≥ 3 points, débuter un traitement de renutrition.
4. Si le total est < 3 points, envisager un traitement de renutrition, par exemple si le patient doit subir une intervention importante ou une chimiothérapie sévère et que son total de points va probablement bientôt dépasser