

# Lorsque le dépistage nutritionnel est confié au patient : Analyse prospective quantitative et qualitative au sein d'un hôpital universitaire belge

Dr. Lacrosse Dominique  
Mme Noël Dominique



# PLAN DE PRÉSENTATION

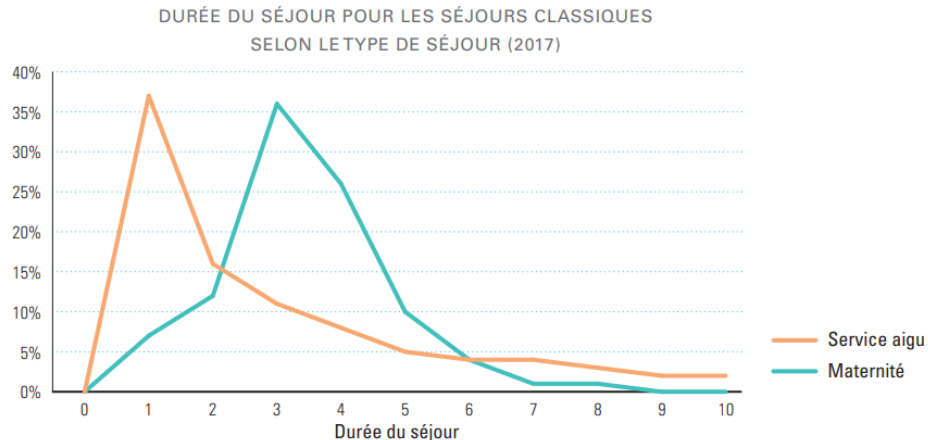
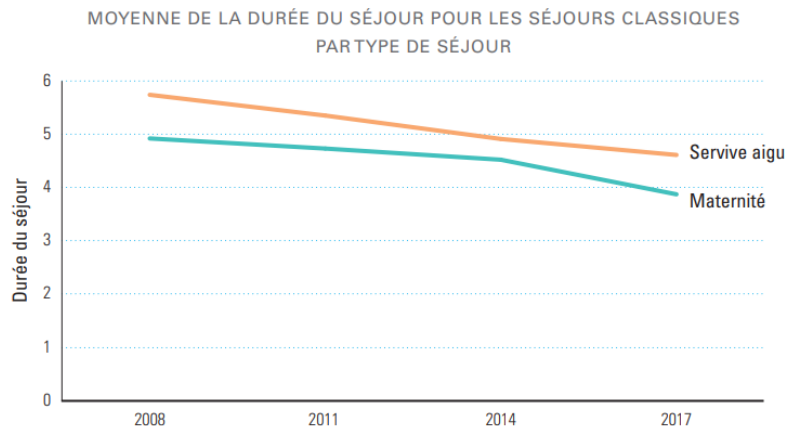
- Introduction
- Buts et objectifs
- Méthodologie
- Résultats
- Discussion
- Conclusion

# INTRODUCTION

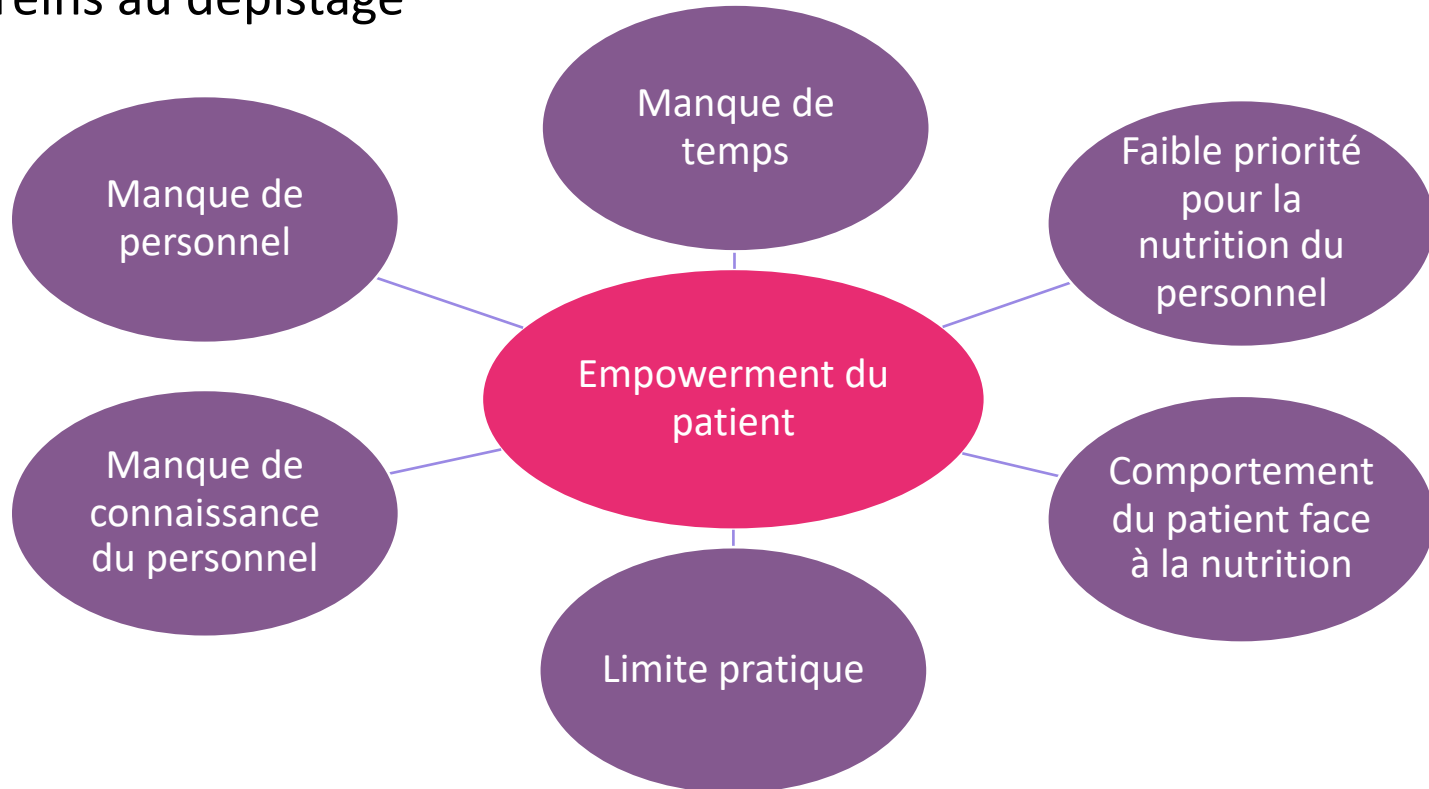
## ➤ Définition de la dénutrition

« état de déficit en énergie, en protéines, ou en n'importe quel autre macro ou micronutriment spécifique, produisant un changement mesurable des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle associée à une aggravation du pronostic des maladies » (Arnaud Basdevant, 2001)

## ➤ Cadre de soins en évolution



- Dépistage insuffisant
- Freins au dépistage



# BUTS ET OBJECTIFS



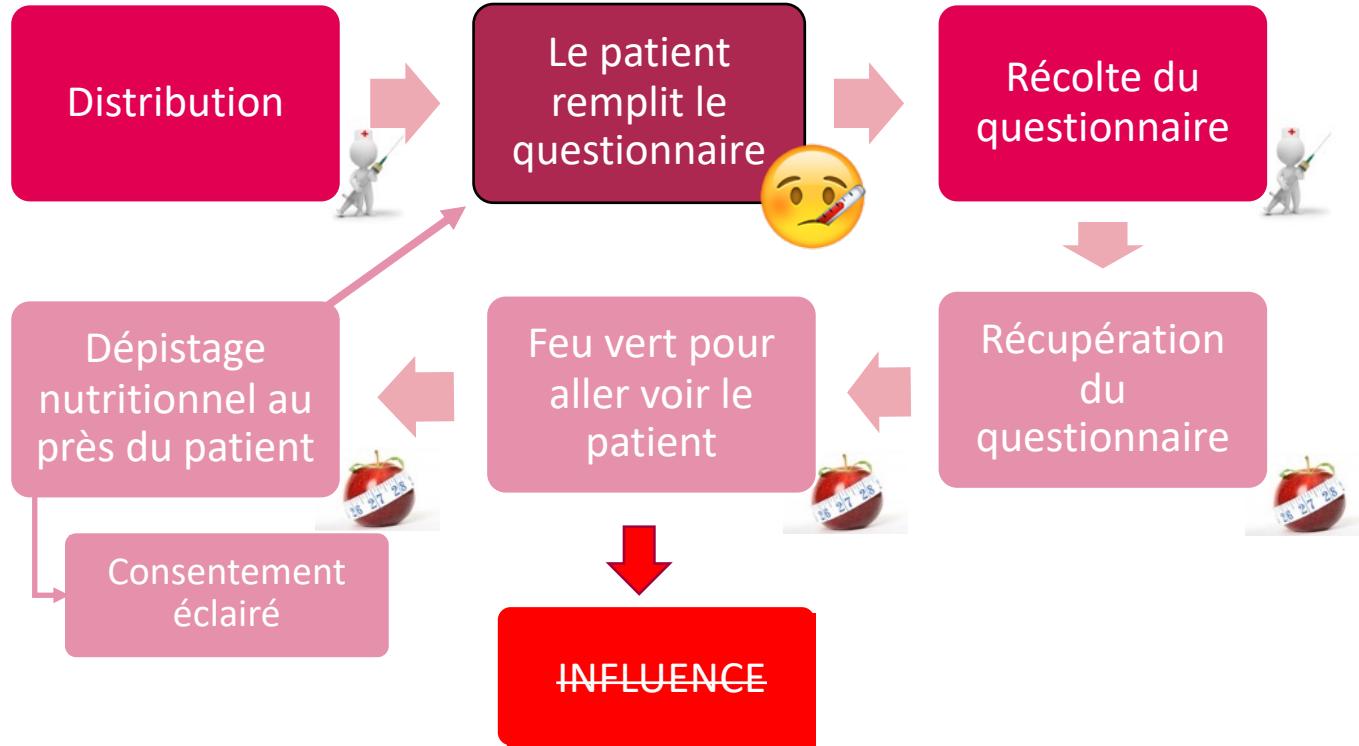
- ✓ Evaluer la qualité du dépistage → comparaison avec le diététicien



- ✓ Le pourcentage de dépistage dans les 48h de l'admission lorsqu'il est réalisé par le patient
- ✓ La concordance des autres items (poids, taille, poids habituel, perte de poids, cinétique de perte de poids, EVA)

# MÉTHODOLOGIE

9 semaines (1 semaine de mise en place + 7 semaines de récolte + 1 semaine d'analyse)



# Questionnaire patient



Etiquette patient

Merci de compléter ce document  
et le remettre à l'infirmière le  
jour de votre admission

## Le saviez-vous ?

La **dénutrition** à l'hôpital est fréquente et tend à s'aggraver durant la période d'hospitalisation.

Un bon état nutritionnel est nécessaire  
pour éviter certaines complications.

A cet effet, nous demandons à **TOUS** nos patients  
de bien vouloir remplir  
ce questionnaire.

Merci de votre collaboration

Les équipes nutritionnelles

Date du jour : ...../...../201..

Nom : .....

Prénom : .....

1) Nous vous demandons de vous peser au moyen de la balance qui se trouve dans la salle de bain et d'indiquer ci-dessous le poids mesuré. Merci de ne pas indiquer un poids estimé.

.....kg.

Quelle est votre taille ?

.....cm.

2) Quel est votre poids habituel ?

Le poids habituel est le poids que vous pesiez avant d'être malade

.....kg.

3) Avez-vous perdu du poids ?

- Oui      - Non (entourer la mention adéquate)

- si oui :

- Volontairement      - Involontairement

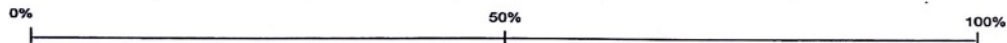
- Combien de kg ? .....

- En combien de temps ? .....

4) Avez-vous moins d'appétit ?

-Oui      - Non (entourer la mention adéquate)

5) Nous vous demandons d'estimer vos prises alimentaires ; placez une croix sur la ligne ci-dessous en fonction de ce que vous mangez actuellement par rapport à la situation avant la maladie. (0% : je ne mange plus rien, 50% je mange la moitié, 100% je continue à manger normalement)



## Critères diagnostics utilisés

	<u>Dénutrition</u>		<u>Dénutrition sévère</u>	
	<u>≥ 70 ans</u>	<u>&lt; 70 ans</u>	<u>≥ 70 ans</u>	<u>&lt; 70 ans</u>
<u>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</u>	≤ 20	< 18,5	< 18	≤ 16
<u>Perte de poids involontaire</u>	≥ 5% dans le mois	≥ 5% dans le mois	≥ 10% dans le mois	≥ 10% dans le mois
	≥ 10% dans les 6 mois	≥ 10% dans les 6 mois	≥ 15% dans les 6 mois	≥ 15% dans les 6 mois
<u>Albumine (gr/l)*</u>	<32	< 30	< 25	< 20
<u>Préalbumine (mg/l)*</u>	< 200	< 200	< 100	< 100



# RÉSULTATS

Nombre total d'admissions : **476**

Taux de dépistage : **281(56%)**

Unités de soins : Oncologie et pneumologie

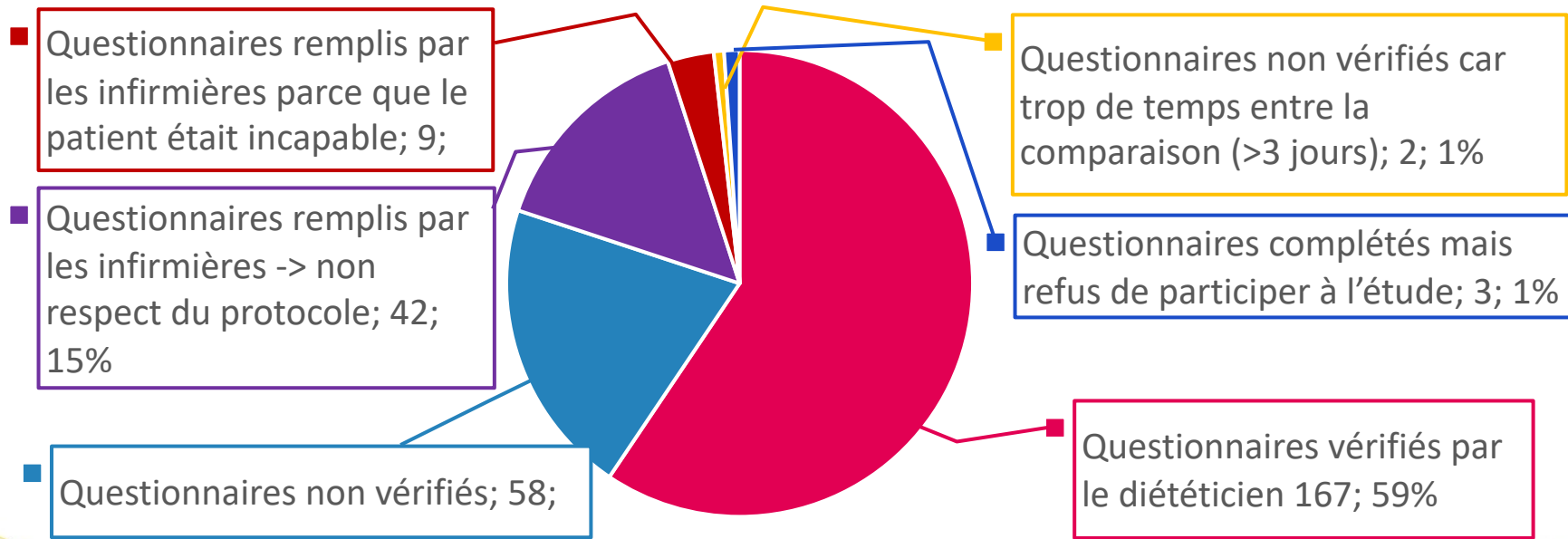
/

Chirurgie digestive

/

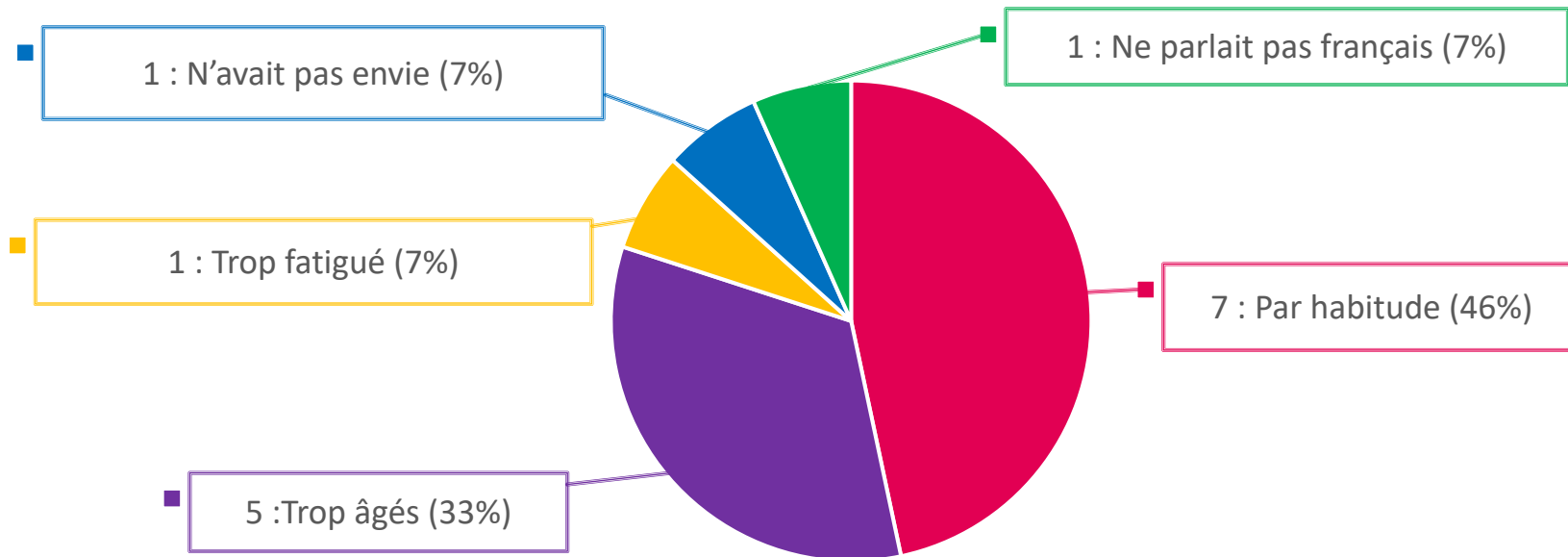
ORL

## Répartition des questionnaires récoltés



## Analyse des 167 questionnaires vérifiés :

- Timing du dépistage
  - 162 (97%) questionnaires remis **dans les 48h** après leur admission
- Aide nécessaire dans 9% des cas (15)



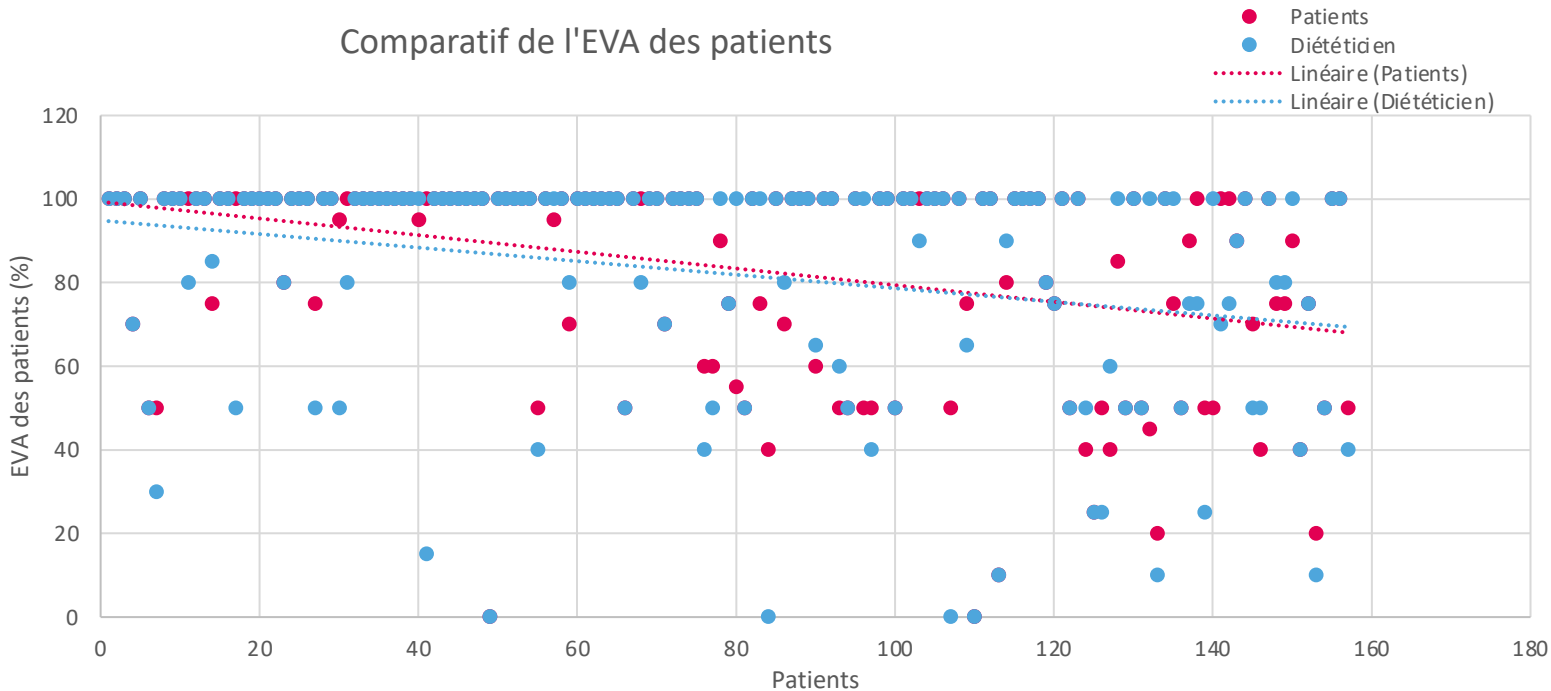
## Analyse des 167 questionnaires vérifiés :

- 131 dépistages complets
- Données disponibles

	Patients		Diététicien		Delta		
	<u>Moyenne</u>	<u>Ecart-type</u>	<u>Moyenne</u>	<u>Ecart-type</u>	<u>valeur absolue</u>	<u>%</u>	<u>Ecart-type (sur base des %)</u>
<b>Poids (kg)</b> <b>(n=160)</b>	78,1	18,3	78,0	18,5	-0,1	-0,2	2,4
<b>Taille (m)</b> <b>(n=163)</b>	1,709	0,1	1,700	0,1	-0.008	-0,5	1,3
<b>IMC moyen (kg/m<sup>2</sup>)</b> <b>(n=157)</b>	26,7	5,7	26,9	5,8	0,2	0,8	3,7
<b>Poids habituel (kg)</b> <b>(n=148)</b>	79,8	18,6	81,2	18,1	1,4	2,2	7,1
<b>Moyenne perte de poids involontaire (kg)</b> <b>(n=50)</b>	11,3	9,3	11,9	8,5	0,6	0,5	6,0
<b>Pourcentage de perte de poids des patients mentionnant une perte de poids involontaire (%)</b> <b>(n=47)</b>	13,5	10,5	14,0	9,2	0,5	/	6,0

# Analyse des 167 questionnaires vérifiés :

- EVA - Kappa quadratique : 0,91 (basé sur  $\geq 70\%$  et  $< 70\%$ )



## Analyse des 167 questionnaires vérifiés :

- Taux de dénutrition :

	Patients	Diététicien
Absence de dénutrition	72,5% (121)	72,5% (121)
Dénutrition modérée	9% (15)	14,4% (24)
Dénutrition sévère	13,2% (22)	13,2% (22)
Diagnostic impossible	5,4% (9)	0%

## Analyse des 167 questionnaires vérifiés :

- Corrélation des diagnostics nutritionnels :  
Kappa quadratique : **0,84 excellent**

		<u>Diététicien</u>		
		<u>Absence de dénutrition</u>	<u>Dénutrition modérée</u>	<u>Dénutrition sévère</u>
<u>Patients</u>	<u>Absence de dénutrition</u>	<b>112</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
	<u>Dénutrition modérée</u>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>3</b>
	<u>Dénutrition sévère</u>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>18</b>

# DISCUSSION

- Taux de dépistage
  - ↗ Taux de dépistage pour l'unité « ORL » (45% -> 55%)
  - Statu quo pour l'unité « Chirurgie digestive » (59,6 % -> 58,6%)
  - Pas de données pour l'unité « Oncologie et pneumologie »
  - MAIS :
    - Données récoltées sont plus complètes et le poids est objectivé → ↗ de **la qualité**
    - ↘ **personnel impliqué**
  - Biais :
    - Taux minimisé ? → que sont devenus les autres questionnaires ? (non quantifiable)

# Discussion

- Corrélation diagnostic
  - Kappa quadratique 0,84 -> **accord excellent**
  - **Attention 9 diagnostics impossibles sur base des données des patients**
    - 6 non dénutris et 3 dénutris modérés selon le diététicien
- Aide nécessaire
  - Chez patient dément, ne parlant pas français ou confus -> **AVANTAGE**



# CONCLUSION

- Patient peut devenir le 1<sup>er</sup> acteur de cette prise en charge nutritionnelle
- Gain de temps consacré à d'autres patients
- Avantage financier pour les hôpitaux
- Piste d'utilisation :
  - Utilisation d'appareils connectés pour favoriser ce système
  - Améliorer la présentation du questionnaire

Merci pour votre attention



# Sources

- 1) ANAES. (2003). *Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés*.
- 2) ANAES. (2003). *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*.
- 3) Anderson, R. M., & Funnelli, M. M. (2009, Juillet 16). Patient empowerment : myths and misconceptions. *Patient education and counseling*, pp. 277-282.
- 4) Arnaud Basdevant, M. L. (2001). *Traité de nutrition clinique de l'adulte*. Lavoisier MSP.
- 5) Arnold, M. S., Butler, P. M., Anderson, R. M., Funnel, M. M., & Feste, C. (1995). *Guidelines for facilitating a patient empowerment program*.
- 6) Aujoulat, I., d'Hoore, W., & Deccache, A. (2006, Juillet 3). Patient empowerment in theory and practice : plysemy or cacophony ? . *Patient Education and Counseling*, pp. 13-20.
- 7) Bassleer, B., Boulanger, J.-M., & Menozzi, C. (2014, Juillet). L'empowerment des patients : pourquoi et comment. Liège, Belgique.
- 8) Bernard, M., Aussel, C., & Cynober , L. (2007, mars 26). Marqueurs de la dénutrition et de son risque ou marqueurs des complications liées à la dénutrition ? . *Nutrition clinique et métabolisme*, pp. 52-59.
- 9) Charlton, K. E. (201). Nutrition screening : time to address the skeletons in the bedroom closet as well as those in hospitals. *Faculty of Science, medicine and health*, 209-212.
- 10) Charlton, K., Walton, K., Bonney, A., Albert, G., Hodgkins, A., Potter, J., & Milosavljevic, M. (2013, May). "We are all time poor" Is routine nutrition screening of older patients feasible? . *Australian family physician*, pp. 321-326.

# Sources

- 11) Coppola, A., Sasso, L., Bagnasco, A., Giustina, A., & Gazzaruso, C. (2016, Juillet). The role of patient education in the prevention and management of type 2 diabetes : an overview. *Endocrine*, 53, pp. 18-27.
- 12) Doumont, D., Aujoulat, I., & Deccache, A. (2002). L'empowerment, un enjeu important en éducation du patient... *Education du patient et enjeux de santé*, pp. 66-70.
- 13) Duerksen, D., Keller, H. H., Vesnaver, E., Laporte, M., Jeejeebhoy, K., Payette, H., . . . Allard, J. P. (2016, Janvier 1). Nurse' perceptions regarding the prevalence, detection, and causes of malnutrition in canadian hospitals : Results of a canadian malnutrition task force survey. *Journal of parenteral and enteral nutrition*, pp. 100-106.
- 14) Field, L. B., & Hand, R. K. (2015, Mai 5). Differentiating Malnutrition Screening and Assessment : A Nutrition Care Process Perspective. *Journal of the academy of nutrition and dietetics*, pp. 824-828.
- 15) Freijer, K., Swan Tan, S., Koopmanschap, M. A., Meijers, J. M., Halfens, R. J., & Nuijten, M. J. (2012, Juin 19). The economic costs of disease related malnutrition. *Clinical Nutrition*, pp. 136-141.
- 16) Funnell, M. M., Anderson, R. M., Nwankwo, R., Gillard, M., Utler, P. M., Fitzgerald, J. T., & Feathers, J. (2006, May/juin). A study of certified diabetes educators, Influences and barriers. *The diabetes educator*, pp. 359-372.
- 17) Hakonsen, S. J., Pedersen, P. U., Bath-Hextall, F., & Kirkpatrick, P. (2015, Avril). Diagnostic test accuracy of nutritional tools used to identify undernutrition in patients with colorectal cancer : a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, pp. 141-187.
- 18) Hamridun, A. H., Charlton, K., Wlatoon, K., Bonney, A., Jan Potter, Milosavljevic, M., . . . Dalley, A. (2014). Feasibility of implementing routine nutritional screening for older adults in Australian general practices : a mixed-methods study. *BMC Family Practice*, p. 186.
- 19) Klek, S., Krznanic, Z., Gundogdu, R. H., Chourdakis, M., Kestias, G., Jakobson, T., . . . Galas, A. (2015, Février). Prevalence of Malnutrition in Various Political, Economic, and Geographic Settings. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, pp. 200-210.
- 20) Komindr, S., Tangsermwong, T., & Janpanish, P. (2013). Simplified malnutrition tool for Thai patients. *Asia Pac Clin Nutr*, 516-521.

# Sources

- 21) Konturek, P. C., Hermann, H. J., Schink, K., Neurath, M. F., & Zopf, Y. (2015). Malnutrition in hospitals : it was, is now, and must not remain a problem ! *Medical science monitor*, 2969-2975.
- 22) Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E., & Irtun, O. (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers ? *Clinical nutrition*, pp. 196-202.
- 23) *Objectifs*. (2017, mai 19). Récupéré sur integreo: <http://www.integreo.be/fr/soins-integres/objectifs>
- 24) Patry, C., & Raynaud-Simon, A. (2010, septembre). La dénutrition : Quelles stratégies de prévention ? *Gérontologie et Société*, pp. 157-170.
- 25) Raynard, B., Thézenas, S., Flori, N., Fiore, S., Simon, M., & Senesse, P. (2014, Décembre 1). O21 : L'échelle visuelle analogique (EVA) des ingesta est un bon marqueur pronostique en cancérologie. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, p. S40.
- 26) Santos, F. (2015, mars 12). Me kappa de Cohen : un outil de mesure de l'accord inter-juges sur des caractères qualitatifs.
- 27) Schlienger, J.-L. (2014). *Nutrition clinique pratique chez l'adulte et l'enfant*. Elsevier Masson.
- 28) Seale, H., Chughtai, A. A., Kaur, R., Philipson, L., Novytska, Y., & Travaglia, J. (2016, Mars 1). Empowering patients in the hospital as a new approach to reducing the burden of health care-associated infection : the attitudes of hospital health care workers. *American journal of infection control*, pp. 263-268.
- 29) Tardif, N., Salles, J., Guillet, C., Gadéa, E., Boirie, Y., & Walrand, S. (2011, Août 6). Obésité sarcopénique et altérations du métabolisme protéique musculaire. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, pp. 138-149.
- 30) Thomas, M., Kufeldt, J., Kisser, U., Hornung, H.-M., Hoffmann, J., Andraschko, M., . . . Rittler, P. (2015, Août 20). Effects of malnutrition on complication rates, length of hospital stay, and revenue in elective surgical patients in the G-DRG-system. *Nutrition*, pp. 249-254.
- 31) Tucker, H., & Miguel, S. (1996). Cost containment through nutrition intervention. *Nutrition Reviews*, 111-121.
- 32) Zazzo, J.-F., Rigauda, D., Raynaud-Simon, A., Melchior, J.-C., Lescut, D., Hébuterne, X., . . . Antoun Sami. (2010). *Dénutrition : Une pathologie méconnue en société d'abondance*.