
Stratégie de prise en charge nutritionnelle à l'échelle de l'hôpital

Pratiquement simultanément, en 1968, Stanley Dudrick à Philadelphie et Étienne Lévy à Paris ouvraient une ère nouvelle dans la prise en charge nutritionnelle des patients, en mettant à la disposition de la communauté médicale deux approches de haute technicité : la nutrition parentérale par cathéter central et la nutrition entérale à débit constant par sonde gastrique ou jéjunale. Trente ans plus tard, le bilan de ces méthodes nutritionnelles est bien sûr positif, en termes non seulement de « sauvetage » nutritionnel, mais aussi d'« accompagnement » nutritionnel d'un certain nombre de pathologies médicales et chirurgicales (Klein et coll., 1997). Toutefois, les résultats spectaculaires que ces technologies nutritionnelles permettent d'obtenir ne sont qu'encore trop souvent limités à quelques secteurs hospitaliers ; dès lors, s'accroît le contraste entre quelques unités hospitalières spécialisées, qui bénéficient d'une prise en charge nutritionnelle de qualité, et la plupart des autres activités hospitalières qui demeurent très en retrait dans ce domaine.

Problèmes posés par la prise en charge de l'alimentation-nutrition à l'hôpital

Le rapport de mission portant sur « L'alimentation en milieu hospitalier » remis en 1997 au ministère de la Santé en France (Guy-Grand, 1997) souligne l'étendue et l'acuité des problèmes que posent l'alimentation, et plus spécifiquement la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés. Des constats similaires sont faits dans les autres pays d'Europe et d'Amérique du Nord (Naler et coll., 1997 ; Sullivan, 1995). Enfin, des évaluations comparatives menées à vingt ans d'intervalle ne mettent pas en évidence de progrès significatifs dans cette prise en charge globale de l'alimentation-nutrition à l'hôpital (Coats et coll., 1993). L'analyse de ces problèmes montre qu'ils concernent d'une part l'état nutritionnel des patients – de son évaluation à sa prise en charge thérapeutique – et, d'autre part, leur alimentation-restauration.

Ainsi, la malnutrition de l'hospitalisé, ou son risque de dénutrition, d'emblée à l'admission ou secondairement lors d'actes thérapeutiques agressifs, est dans

bien des cas sous-estimée, voire ignorée des « soignants ». Même les groupes à risque, tels que le sujet âgé, l'opéré, l'infecté aigu ou chronique, ou le traumatisé, échappent encore trop souvent à une évaluation initiale systématique et répétée de leur état nutritionnel (Reilly et coll., 1995). Or il est clairement objectivé que la malnutrition, lorsqu'elle n'est pas prise en compte à temps, induit une augmentation de la morbidité, voire de la mortalité, et par conséquent de la durée et du coût de l'hospitalisation (Reilly et coll., 1988). Les patients à haut risque nutritionnel, par rapport à ceux à faible risque, ont une durée moyenne de séjour allongée de 8,2 à 14,0 jours. S'ils représentent 56 % des patients hospitalisés, le coût de leur hospitalisation atteint 72 % des charges financières (Tucker et Miguel, 1996). En revanche, la prise en charge nutritionnelle appropriée des patients à risque réduit la durée de leur séjour, ainsi que son coût moyen, de l'ordre de 25 % pour ce dernier (8 % pour une greffe de moelle et 47 % pour une fistule intestinale). De plus, il a été montré que plus l'intervention nutritionnelle est précoce, plus la durée d'hospitalisation est raccourcie, induisant en termes de politique financière une économie remarquable (figure 1) (Tucker et Miguel, 1996). Il s'avère toutefois que ces données de stratégie thérapeutique nutritionnelle, ainsi que leur impact économique, sont encore méconnues de la plupart des médecins et directeurs hospitaliers.

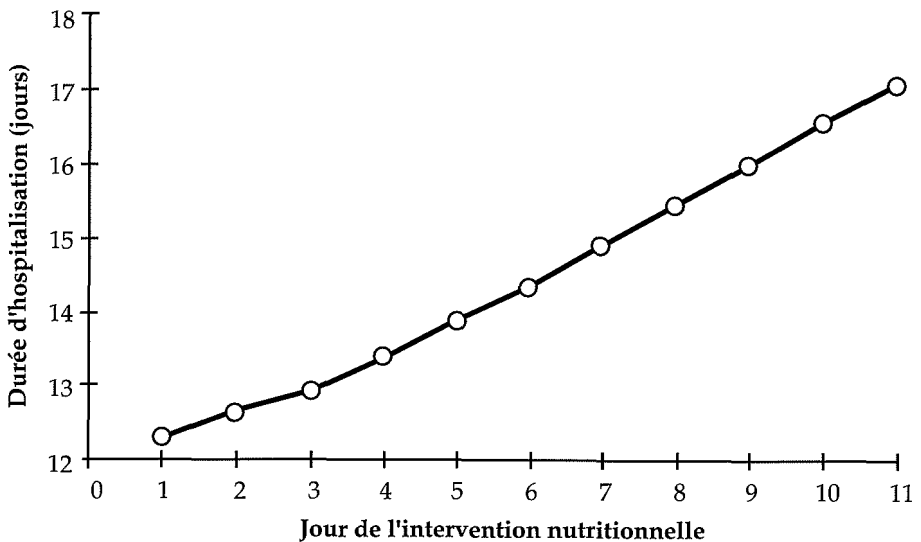


Figure 1 : Relation entre la durée d'hospitalisation et le jour du début de l'intervention nutritionnelle (d'après Tucker et Miguel, 1996).

Lorsque l'on considère l'alimentation-restauration des patients hospitalisés, des investissements importants ont été engagés depuis dix ans pour mettre les cuisines hospitalières au niveau des normes de sécurité d'hygiène et de qualité

(c'est le cas en particulier de l'ensemble des hôpitaux de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris). Les enquêtes de satisfaction menées sur vingt-neuf hôpitaux, depuis quatre ans, montrent que l'indice de satisfaction global progresse : en 1997, deux d'entre eux ont atteint l'indice 85 %, témoin d'une restauration hospitalière bénéficiant d'une image de marque de qualité, alors que près de la moitié des autres restent au-dessous de l'indice 80 %. Bien entendu, les résultats de telles enquêtes méritent d'être pondérés ; toutefois, l'alimentation hospitalière demeure pour beaucoup « médiocre » et en tout cas pas à la hauteur des actions entreprises.

Il ressort de ces évaluations hospitalières, portant sur la prise en charge nutritionnelle et la restauration, des constats d'échec d'ampleur et de conséquences directes et indirectes pour les patients et la communauté hospitalière particulièrement importantes. De tels constats sont d'autant plus marquants que les différents professionnels responsables, soignants ou non, sont tous hautement qualifiés et très motivés. Dès lors, il apparaît très clairement que les principales raisons de cet échec sont la dispersion des responsabilités entre les nombreux professionnels de santé concernés (plus d'une quinzaine de « catégories » s'articulent autour du patient) et leur absence de communication et de coordination.

Comités de liaison alimentation-nutrition (CLAN)

Pour faire face à ces dysfonctionnements, un concept innovant, le CLAN, a été proposé (Guy-Grand, 1997 ; Ricour, 1997).

Objectif

Il est de réunir tous les acteurs hospitaliers qui assurent directement ou indirectement la prise en charge de l'alimentation et de la nutrition des patients hospitalisés. Sont concernés en particulier médecins, infirmiers, aide-soignants, diététiciens, pharmaciens, responsables de la restauration et directeurs financiers. Le CLAN coordonne leurs évaluations et leurs actions.

Implantation

Elle implique une démarche habituelle dans nos structures hospitalières. Elle est en effet transversale interservices et surtout interprofessionnelle, mobilisant des acteurs aussi différents que des soignants, des pharmaciens, des cuisiniers, des logisticiens et des économistes. L'objectif initial est la création d'un noyau de professionnels multidisciplinaires volontaires, motivés, sensibilisés par les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien, et ayant l'ambition de travailler « autrement » dans une démarche de qualité. Ce noyau initial associe des « soignants de proximité » (médecin, infirmier, diététicien, aide-soignant), des « producteurs » (cuisinier, pharmacien), des « logisticiens »

(restauration, hygiène, hôtellerie) ; la « direction » de l'hôpital et l'engagement affiché du directeur et de ses adjoints est indispensable. La réussite repose sur la concertation, l'explication et l'écoute de ces acteurs, qui naturellement doivent être convaincus de l'utilité de la démarche et être prêts à y consacrer du temps. En revanche, cette action est menée à l'échec à court ou moyen terme si elle est imposée sans explication par une administration centrale hospitalière ou régionale, ou si elle est décidée par un seul partenaire de l'hôpital, quelles que soient ses qualités et son ambition.

Mode de fonctionnement

Il s'appuie sur une double structure : un « bureau » de pilotage et des « antennes » locales. Le « bureau » est composé de représentants des différents personnels et est coordonné par un médecin compétent dans le domaine de la nutrition, et qui consacre à cette responsabilité le maximum de son temps. Le bureau lance, après explorations et explications, les actions et assure leur suivi ; il coordonne toutes les démarches d'évaluation et de correction des pratiques hospitalières portant sur l'alimentation et la nutrition. Dans cet objectif, il constitue des groupes de travail par thème, en insistant sur leur pluridisciplinarité.

Les « antennes » locales sont à mettre en place dans chaque unité de soins ; cette implantation est un objectif prioritaire du bureau. Ce relais périphérique du CLAN est également pluriprofessionnel (médecin, diététicien, infirmier, aide-soignant) ; il a pour mission de faire connaître dans l'unité clinique les objectifs et les travaux du CLAN, et surtout de veiller au déroulement des enquêtes et des actions correctrices qui en découlent (figure 2).

Tous les six mois, l'assemblée générale du CLAN réunit l'ensemble des partenaires pour les informer des objectifs, des méthodes et des résultats des actions pilotées par le CLAN.

Stratégie de développement

Elle ne peut être importée et il n'existe aucun modèle de référence ; elle repose sur ses membres et son bureau de pilotage. Chaque hôpital doit s'approprier le concept, l'adapter à ses spécificités et à ses contraintes, et y intégrer de façon logique les diverses commissions ou groupes de travail déjà existants sur la restauration et la nutrition au sein de l'hôpital ; il s'agit souvent de petits groupes limités à une ou quelques unités cliniques, ou dans bien des cas à une seule catégorie professionnelle. En fédérant ces activités, le CLAN les valorise et les dynamise.

Dans notre expérience, il nous est apparu nécessaire d'emblée de clarifier le rôle des acteurs en identifiant au sein du CLAN deux axes stratégiques

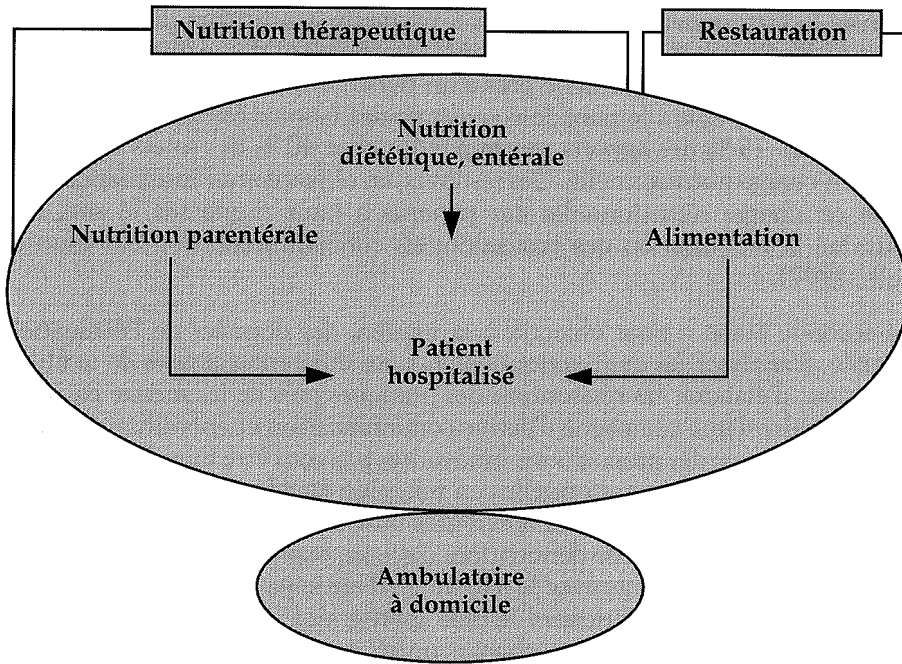


Figure 2 : Représentation locale du concept de CLAN. Rôle des acteurs autour du patient hospitalisé ou en ambulatoire.

complémentaires mais bien individualisés : d'une part l'axe *alimentation-restauration* centré sur l'alimentation orale courante en termes de qualité-satisfaction, et dont le champ s'étend de la préparation en cuisine du repas à son ingestion par le patient ; d'autre part, l'axe *nutrition thérapeutique*, dont les contours vont de l'évaluation du risque nutritionnel au soutien nutritionnel, selon des modalités allant de l'alimentation diététique à la nutrition entérale et parentérale.

Étapes de l'action

Elles doivent être définies par le bureau. Il est important de rappeler l'importance des choix initiaux dans un objectif double d'efficacité et de reconnaissance du CLAN.

La première étape a pour but de décrire l'« existant » tant au niveau de l'axe restauration que de l'axe nutrition thérapeutique au sein de l'hôpital. Cet inventaire, sous forme d'audit, doit si possible être réalisé par des enquêteurs extérieurs à l'établissement. Compte tenu de la charge de travail de cette démarche, il incombe au bureau de déterminer quelques thèmes prioritaires. L'évaluation que nous avons effectuée chez 136 patients (dont 42 adultes) a

COMMUNICATIONS

montré la forte prévalence des sujets à risque de dénutrition, laquelle atteignait 69 % d'entre eux ; près de la moitié bénéficiaient d'une nutrition parentérale ou entérale, en revanche près d'un tiers n'avaient aucune prescription nutritionnelle ; enfin, le taux de couverture des besoins énergétiques n'atteignaient pas 75 % des apports recommandés chez 40 % des sujets ayant une prise en charge nutritionnelle. Ces résultats, en objectivant l'insuffisance de la prise en charge nutritionnelle des patients à haut risque sur le site, ont entraîné la mobilisation des professionnels concernés (Poisson-Salomon et coll., 1997).

La seconde étape a pour objectif, à la lumière des données de l'évaluation initiale, d'analyser les dysfonctionnements des différentes phases de la filière nutrition, d'élaborer les référentiels des pratiques puis de les mettre en place dans le cadre d'une campagne d'active communication et coordination. C'est à cette phase que des propositions innovantes peuvent être faites, telles que la création de cellules opérationnelles en nutrition (médecin, infirmière, diététicienne) se déplaçant dans les différentes unités de soins pour évaluer l'état nutritionnel ou le risque de dénutrition, discuter, expliquer et mettre en place un plan de prise en charge avec le maximum d'anticipation et de précocité, et instaurer le support nutritionnel le plus approprié. D'autres sites hospitaliers préfèrent responsabiliser dans chaque unité des référents « nutrition », le bureau jouant dans ce cas son rôle de pilotage en termes de conseil et parfois de soutien logistique. Bien entendu, tous insistent, quel que soit le mode d'action retenu, sur la coordination, la communication et la formation continue des personnels impliqués tant dans l'axe « nutrition » que dans l'axe « restauration ». C'est indiscutablement ce dernier qui implique la mobilisation la plus concertée en raison de la multiplicité et de la diversité des professionnels impliqués.

L'expérience de notre CLAN, déjà en place depuis deux ans et demi, manque de recul et ne permet aucune conclusion définitive. Toutefois, il émerge des données intéressantes en termes de stratégie hospitalière, où réussites et difficultés sont étroitement intriquées. Le premier bilan est dans l'ensemble positif. Le résultat le plus marquant est d'ordre sociologique, relationnel : pour la première fois, des professionnels hospitaliers, qui ne se rencontraient pas et « s'ignoraient », travaillent ensemble et découvrent leur complémentarité dans le cadre du bureau du CLAN : c'est le cas des « soignants », des « producteurs », des « logisticiens » et de la « direction hospitalière ». Leur adhésion au CLAN est particulièrement dynamique, mais encore fragile et implique d'être régulièrement soutenue. Le rôle joué par les diététiciens est essentiel, ce doit être souligné, mais il nécessite une constante concertation et un soutien appuyé. Pour des raisons spécifiques au site, seul l'axe « nutrition thérapeutique » a été l'objet d'actions d'évaluation puis de mesures correctives ; une nouvelle phase de suivi et de réévaluation est programmée. C'est avec un décalage de deux ans qu'est abordé l'axe « restauration », dont la filière est particulièrement complexe.

Les difficultés inhérentes à toute nouvelle action d'envergure hospitalière allant à contre courant des habitudes et cultures professionnelles ne doivent pas être sous-estimées. La lassitude et l'érosion des motivations initiales, ou la charge de travail relative ajoutée sont de degré variable et ne sont pas à méconnaître. Toutefois, la dynamique du CLAN et son sens organisationnel doivent permettre de résoudre ces problèmes.

En revanche, la remise en question des actes professionnels – de leur organisation et de leur traçabilité – peut être particulièrement déstabilisante, avec un risque de repli et de désengagement. Une critique interne intraprofessionnelle est salutaire et indispensable, mais il est nécessaire qu'elle s'élargisse avec la mise en place de groupes de travail interprofessionnels, à haut potentiel créatif, permettant de lever toutes les inhibitions individuelles et collectives.

L'obstacle le plus délicat est indiscutablement lié au manque d'adhésion d'un grand nombre de médecins, ou pire à leur indifférence. Leur part de responsabilité est cependant essentielle tant pour le démarrage que pour le développement du CLAN, quels que soient leur discipline, leur formation et leur environnement. L'approche initiale repose sur une sensibilisation individuelle aux problèmes qui se posent dans leur unité de soins, que l'évaluation initiale du CLAN va objectiver. Il est par ailleurs nécessaire de mener une campagne d'explication des enjeux médicaux et économiques que sous-tend la prise en charge appropriée de l'alimentation-nutrition des patients hospitalisés et ambulatoires.

En conclusion, à l'heure où la démarche qualité se met en place dans chaque établissement de santé afin d'être au rendez-vous de l'accréditation sous l'impulsion de l'ANAES, le soutien nutritionnel aux patients hospitalisés figure au premier plan de la qualité des soins. A chacun d'assumer ses responsabilités, au corps médical en particulier.

Il est tout aussi important de rappeler l'enjeu financier de la démarche : la précocité et la qualité de la prise en charge nutritionnelle, en réduisant la morbidité et la durée de l'hospitalisation, permettent une réduction des coûts que les agences régionales d'hospitalisation devront prendre en compte lors de leur concertation avec l'hôpital.

Professeur Claude Ricour

*Chef du service de gastro-entérologie pédiatrique et nutrition
Coordonnateur du Comité de Liaison Alimentation-Nutrition
Hôpital Necker-Enfants malades, Paris*

BIBLIOGRAPHIE

- COATS KG, MORGAN SL, BARTOLUCCI AA, WEINSIER RL. Hospital-associated malnutrition : a reevaluation 12 years later. *J Am Diet Ass* 1993, **93** : 27-33
- GUY-GRAND B. Rapport de mission sur l'alimentation en milieu hospitalier. 1997, 1-73
- KLEIN S, KINNEY J, JEEJEEBOY K, ALPERS D, HELLERSTEIN M et coll. Nutrition support in clinical practice : review of published data and recommendations for future research directions. *J Parenter Enteral Nut* 1997, **21** : 133-156
- NÄLER THJ, SCHERMER T, DE BREE A, NUSTELING K, EGGINK L et coll. Prevalence of malnutrition in non surgical hospitalized patients and its association with disease complications. *Am J Clin Nutr* 1997, **66** : 1232-1239
- POISSON-SALOMON AS, COLOMB V, SERMET I, RICOUR C. Prise en charge du risque nutritionnel : vers une amélioration des pratiques. *Nutr Clin Metabol* 1997, **11** : 161-168
- REILLY HM, MARTINEAU JK, MORAN A, KENNEDY H. Nutritional screening-evaluation and implantation of a simple nutrition risk score. *Clin Nutr* 1995, **14** : 269-173
- REILLY JJ, HULL SF, ALBERT N, WALLER A, BRINGARDENER S. Economic impact of malnutrition : a model system for hospitalized patients. *J Parenter Enteral Nut* 1988, **12** : 371-376
- RICOUR C. Une nouvelle stratégie hospitalière : le CLAN (Comité de liaison alimentation-nutrition). *Nutr Clin Metabol* 1997, **11** : 157-158
- SULLIVAN DH. The role of nutrition in increased morbidity and mortality. *Clin Geriatr Med* 1995, **11** : 661-673
- TUCKER HN, MIGUEL SG. Cost containment through nutrition intervention. *Nutr Rev* 1996, **54** : 111-121