

**RÉSEAU des Comités de Liaison Alimentation Nutrition**  
de **CHAMPAGNE ARDENNE**

**R E S C L A N**

**ERP 2006**

MODULE OPTIONNEL DU RESEAU CHAMPAGNE ARDENNE  
DES COMITES DE LIAISON ALIMENTATION NUTRITION :  
« STATUT NUTRITIONNEL ET TROUBLES TROPHIQUES »

**PROTOCOLE REGIONAL**

Période de l'enquête :  
**du lundi 29 MAI au vendredi 30 JUIN 2006**

## MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE (STATUT NUTRITIONNEL ET TROUBLES TROPHIQUES)

Eric BERTIN

Véronique HENNEQUIN

Alain HUMBERT

Patricia SCHNEIDER

### INTRODUCTION

L'enjeu représenté par les infections nosocomiales et la dénutrition est maintenant bien perçu en terme de Santé Publique dans notre pays où la lutte contre ces infections acquises à l'hôpital fait désormais partie des préoccupations prioritaires de notre système sanitaire. Les conséquences humaines (morbidité, mortalité) et économiques de ces infections et de la dénutrition ont été largement décrites mais il convient maintenant d'en faire prendre conscience à chacun des acteurs de notre système hospitalier.

#### 1- OBJECTIFS

##### 1.1 - Sensibiliser

- Sensibiliser l'ensemble du personnel hospitalier à la réalité du phénomène infectieux et nutritionnel.

##### 1.2 - Former

- Permettre la mobilisation de l'ensemble de l'établissement autour des projets des CLIN, de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et des CLAN.

##### 1.3 - Connaître

- Informer les membres du CLIN - CLAN et l'ensemble du personnel hospitalier du taux de prévalence des infections nosocomiales, de la dénutrition et des antibiotiques utilisés dans leur établissement.
- Faire un état des lieux de l'utilisation des antibiotiques et de l'adéquation de l'antibiothérapie des infections urinaires nosocomiales aux bonnes pratiques. Les bonnes pratiques seront évaluées en regard du(des) germe(s) connu(s) ou supposé(s), de la molécule utilisée, de la durée prescrite et déjà effectuée le jour de l'enquête.

##### 1.4 - Comparer

- La méthode générale de l'enquête sera identique à l'enquête de prévalence des infections nosocomiales de 2003.

#### 2- CIBLE

Cet module est proposé par le RESCLAN, à tous les centres hospitaliers publics, privés participant au service public et privés à but lucratif de la région Champagne Ardenne. **Les services de court, moyen et long séjour sont concernés.**

### 3- QUAND ?

La période retenue pour l'enquête va du **lundi 29 mai au vendredi 30 juin 2006 inclus**. Chaque établissement participant devra donc réaliser l'enquête au cours de cette période.

Le principe de l'enquête un jour donné est retenu. Toutefois, selon la taille des établissements et le nombre d'enquêteurs disponibles, la période d'enquête pour un établissement donné pourra être étalée sur une semaine, l'important étant **que pour chaque service (ou unités de soins) l'enquête se déroule sur une seule journée**. Si l'enquête doit être étalée sur plus d'une journée pour l'établissement, il faudra veiller à passer le même jour dans les services qui échangent régulièrement des patients comme un secteur d'hospitalisation de chirurgie et le secteur de soins intensifs de la même discipline. Enfin, il est préférable d'effectuer l'enquête en milieu de semaine pour éviter les périodes où le renouvellement des patients est important.

### 4- COMMENT ?

Dans chaque établissement, **une personne doit être responsable de la réalisation de l'enquête**, de sa préparation jusqu'à la diffusion des résultats. Le Président du CLAN est la personne logiquement désignée pour être le moteur de cette action en lien avec son équipe opérationnelle ; il peut toutefois s'il le désire et s'il en a la possibilité déléguer cette fonction à une autre personne de son établissement. Le président du CLAN se met en rapport avec les instances pour la réalisation de l'enquête : le Directeur de son établissement, le Président de la CME, la Direction du Service des Soins Infirmiers ainsi que l'ensemble des autres membres du CLAN. Une information doit être réalisée auprès des responsables de chacun des services concernés par l'enquête.

## 5- QUI ?

### 5.1 - Les Enquêteurs

Le principe de l'enquêteur interne à l'hôpital mais extérieur au service étudié a été retenu. IL s'agit donc pour le responsable de l'enquête de former une "équipe" d'investigateurs à partir des ressources disponibles dans son établissement. Il peut s'agir de médecins de discipline clinique, épidémiologique ou biologique, de pharmaciens et de leurs collaborateurs, de diététiciens ou d'infirmier sensibilisés au dépistage de la dénutrition.

### 5.2 - Les Correspondants des services

Afin de faciliter la tâche des enquêteurs lors du recueil des données, il est important d'identifier les correspondants dans chaque service étudié. L'idéal est de pouvoir disposer d'un correspondant **infirmier** afin d'aider au relevé des données minimum de la fiche patient,

## 6- TYPES DE SEJOUR CONCERNES PAR L'ENQUETE

Les services d'hospitalisation de **court, moyen et long séjour**, seront concernés par l'enquête. **Celle-ci portera sur tous les patients présents le jour de l'enquête.** Les lits d'hospitalisation de jour ainsi que les lits d'hospitalisation de nuit dans les CHS ne seront donc pas pris en compte dans l'étude. Par contre les unités d'hospitalisation de semaine seront intégrées à l'étude.

La catégorisation des séjours en court, moyen ou long séjour est une définition administrative du séjour hospitalier. Cette ventilation doit donc être demandée auprès de l'administration de l'établissement et non appréciée en fonction des durées moyennes de séjour habituelles dans tel ou tel service. **Par ailleurs, les patients entrés le lundi après une permission de week-end seront inclus dans l'étude au titre du séjour hospitalier précédent** même si cette réadmission correspond à une nouvelle hospitalisation sur le plan administratif.

**MODULE OPTIONNEL DU RESEAU CHAMPAGNE ARDENNE DES COMITES DE LIAISON  
ALIMENTATION NUTRITION :**

**« STATUT NUTRITIONNEL ET TROUBLES TROPHIQUES »**

Ce module optionnel concerne les établissements de soins disposant d'un CLAN (Comité de liaison alimentation - nutrition) participant au protocole du Réseau Champagne - Ardenne des CLAN (RESCLAN) ou les établissements dotés d'une équipe intéressée par la nutrition et mobilisable à ce sujet.

**Définition et conséquences de la dénutrition**

Le terme de dénutrition, est un terme de physiologie qui vient du latin et signifie désassimilation. C'est le phénomène par lequel les principes constitutifs des organes vivants se séparent de ces derniers et passent à l'état de résidus.

**En pratique, la dénutrition peut être définie comme étant un état de déficit en énergie, en protéines ou n'importe quel autre macro ou micro nutriment spécifique, produisant un changement mesurable des fonctions corporelles et (ou) de la composition corporelle associé à une aggravation du pronostic des patients.**

Cet état est spécifiquement réversible par un traitement nutritionnel.

**La dénutrition altère les défenses immunitaires (l'immuno-dépression qui en résulte est une cause d'infections nosocomiales), les capacités de cicatrisation, et favorise l'apparition d'escarres. Elle augmente le retentissement des agressions sur l'organisme et est responsable d'une atteinte fonctionnelle parfois majeure, notamment chez le sujet fragilisé ou âgé (perte d'autonomie secondaire à un phénomène de fonte musculaire). Ainsi, la dénutrition représente un facteur important d'augmentation de la morbi-mortalité et de la durée d'hospitalisation.**

C'est dire l'importance du diagnostic de la dénutrition et de sa prise en compte dans la prise en charge globale du patient.

Le statut nutritionnel tel que définit par l'OMS est obtenu par le calcul de l'indice de masse corporelle ( IMC) selon la formule suivante :

$$IMC = \text{Poids en Kg} / \text{Taille}^2 \text{ en m}$$

IMC	Statut nutritionnel
< 10	Dénutrition grade V
10 à 12,9	Dénutrition grade IV
13 à 14,9	Dénutrition grade III
15 à 16,9	Dénutrition grade II
17 à 18,4	Dénutrition grade I
18,5 à 24,9	Normal
25 à 29,9	Surpoids
30 à 34,9	Obésité grade 1
35 à 35,9	Obésité grade 2
> 40	Obésité grade 3

## Diagnostic de la dénutrition

La multiplicité des méthodes de diagnostic de la dénutrition et l'insuffisance de sa prise en compte dans la pratique de tous les jours ont conduit un groupe d'experts à proposer à la demande de la DHOS, une stratégie globale de dépistage et de diagnostic de la dénutrition à l'aide d'outils simples, sensibles, spécifiques et applicables à toute structure de soins.

Le principe de la démarche est le suivant :

-évaluer le 1<sup>er</sup> jour de l'hospitalisation tous les patients sur des outils cliniques simples : perte de poids (> 2% en 1 semaine ,5% en 1 mois ou 10% en 6 mois), et (ou) un IMC abaissé (< 18,5 kg/m<sup>2</sup>), qui signe l'existence d'une dénutrition probable et conduit à un dosage de l'albuminémie plasmatique.

L'albuminémie plasmatique (par dosage immunochimique) est le marqueur nutritionnel le plus anciennement utilisé. Il est associé à une augmentation de la morbidité pour des concentrations inférieures à 35g/l. Une albuminémie inférieure à 30g/l signe une dénutrition profonde.

-calculer l'indice de Buzby (NRI) dès le 2<sup>ème</sup> jour pour les patients suspects de dénutrition :  
**NRI= 1,519 x albuminémie+0,417 ( poids actuel/poids usuel x 100)**

Interprétation du NRI		
> 97,5%	83,5 à 97,5%	< 83,5
Statut nutritionnel normal	dénutrition modérée	dénutrition grave

L'état nutritionnel des patients devant être réévalué après une semaine pour tout patient dont l'hospitalisation se prolonge

La mesure de la CRP ( C Réactive Protéine) permet d'apprécier une composante inflammatoire qui peut entraîner, en dehors de toute dénutrition, une diminution de l'albuminémie

Dans l'étude de prévalence, la CRP et l'albuminémie seront dosées chez tous les patients de façon à vérifier la validité de la procédure officielle de dépistage dans les différentes populations de patients.