

Conformément aux directives ministérielles, les établissements publics de santé doivent dépister et prendre en charge la dénutrition protéino-énergétique, qui est un réel problème de santé publique.

Dans cette optique il a été créé au sein de l'établissement un CLAN (Comité de Liaison pour l'Alimentation et la Nutrition) dont l'une des premières missions a été de réaliser un état des lieux.

Une première étude de prévalence a été réalisée au sein de l'établissement. Cette étude s'inscrit par ailleurs dans le cadre d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles pour la Certification de notre hôpital.

L'ensemble des personnels de l'établissement (soignants, médicaux, secrétariats, administratifs, laboratoires, transport,...) a été impliqué dans cette enquête menée entre le 3 et le 6 mars.

Il faut redire ici que la participation de tous a été exceptionnelle et l'excellence du travail collectif doit être encore soulignée.

Enfin il faut savoir que la prise en charge de la dénutrition entraîne un coût, mais que sa mention dans le PMSI peut générer une recette supplémentaire pour l'établissement. Une partie de cette étude a permis d'évaluer cet impact financier.

1. L'organisation de l'étude

L'étude consistait à observer tous les patients présents sur une journée à l'hôpital. Pour des raisons d'organisation, les services ont été répartis en trois groupes, chacun faisant l'analyse sur une journée.

Ont été inclus tous les services sauf la pédiatrie (sujet < 18ans), la maternité et les femmes enceintes, les services d'urgences et la chirurgie ambulatoire.

Après demande d'avis au comité d'éthique du CH de TROYES, le consentement des patients a été systématiquement recueilli par un infirmier et le juge a été sollicité pour les patients sous tutelles.

Le personnel soignant a effectué les mesures anthropométriques nécessaires (poids actuel, taille à la toise ou mesure de la longueur talon-genou) et recueilli quelques données complémentaires (poids habituel, origine du patient, diverses données cliniques et nutritionnelles).

L'albumine, la transthyrétine (préalbumine), la CRP et l'orosomucoïde ont été dosés.

A partir de ces données, les index reconnus dans les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) qui sont l'IMC (indice de masse corporelle), la perte de poids, l'albumine, le NRI (nutritional risk index), le GNRI (geriatric nutritional risk index), ainsi que le PINI (pronostic inflammatory and nutritional index) ont été calculés, en appliquant les arbres décisionnels recommandés pour classer les patients en trois classes : non dénutris, dénutrition modérée, dénutrition sévère.

Enfin, le codage PMSI de la dénutrition a été comparé à la réalité de la dénutrition dans la population étudiée.

2. Les résultats essentiels de l'étude

Description de la population

Ont été inclus 780 patients (dont 471 femmes et 309 hommes), l'âge moyen étant 75.3 ans. 160 patients ont été exclus de cette enquête ou ont refusé d'y participer.

	nombre	âge moyen
médecine - chirurgie	429 (55 %)	68.3
moyen séjour	56 (7.2 %)	81.1
long séjour	157 (20.1 %)	84.3
maison de retraite	128 (16.4 %)	85.8
consultations externes	10 (1.3 %)	69.5

Classement des patients selon l'état nutritionnel

On n'indique ici que le classement final des patients, sans entrer dans les détails qui seront présentés dans des réunions ultérieures et des documents plus détaillés, dont des présentations scientifiques. Pour 11 patients inclus, le classement n'a pas pu être effectué : seuls 769 patients sont évalués.

Les données globales à retenir :

→ 60,9 % de patients dénutris (n=780)

→ 55,5 % de dénutris en MCO et 68.9 % de dénutris en secteur non MCO

Au total la répartition des patients selon les types de services est donnée dans le tableau suivant :

<i>en %</i>	MCO	Moyen Séjour	Long Séjour	M. de Retraire	Total
D. sévère	23.3	25.0	33.1	9.4	22.8
D. modérée	32.2	44.6	52.9	38.3	38.1
Non dénutris	42.9	26.8	13.4	51.6	37.7
<i>nbre patients</i>	<i>429</i>	<i>56</i>	<i>157</i>	<i>128</i>	<i>780</i>

La répartition des patients selon leur classe d'âge est donnée dans le tableau suivant :

<i>en %</i>	[18-20[[20-30[[30-40[[40-50[[50-60[[60-70[[70-80[[80-90[[90-...[Total
D. sévère	0	0	5.6	16.7	15.4	19.6	23.9	25.7	28.2	22.8
D. modérée	25.0	53.8	22.2	20.8	29.2	28.9	34.0	46.4	41.1	38.1
Non dénutris	75.0	46.2	66.7	62.5	52.3	50.5	39.6	27.2	29.8	37.7
<i>nbre patients</i>	<i>4</i>	<i>13</i>	<i>18</i>	<i>24</i>	<i>65</i>	<i>97</i>	<i>159</i>	<i>276</i>	<i>124</i>	<i>780</i>

Une remarque s'impose. Les méthodes (IMC, perte de poids, albumine-CRP) qui recourent, soit à l'anthropométrie seule, soit à la biologie seule, ne permettent pas de détecter correctement toutes les dénutritions.

L'exemple des obèses dénutris est édifiant. 117 patients sont classés obèses selon leur IMC. Parmi ceux-ci, 13.7 % (16 patients) sont en dénutrition sévère, et 47 % (55 patients) en dénutrition modérée !

Aspects médico-économiques

L'analyse médico-économique a consisté à mettre en parallèle l'état nutritionnel diagnostiqué pour les patients de l'étude, et la déclaration de cette co-morbidité dans le PMSI, ainsi que la valorisation possible en cas de prise en charge et de déclaration de cette co-morbidité, pour les patients MCO. *(Actuellement, seuls les séjours MCO sont rétribués par la Tarification à l'Activité. Les soins de suite devraient l'être prochainement.)*

Sur les 210 patients diagnostiqués par l'étude en secteur MCO **seuls 4% des dénutritions étaient mentionnées dans le PMSI** ce qui occasionnait une recette de 2500 € au lieu des 57500 € possibles en cas de prise en charge de tous les cas recensés lors de cette seule journée.

3. Conclusions : implications pour nos pratiques

La dénutrition protéino-énergétique est un problème important à l'hôpital de Troyes qui nécessite de mettre en place une politique nutritionnelle avec un dépistage systématique des patients et une prise en charge médicale et paramédicale conforme aux recommandations avec des moyens adaptés.

Ce dépistage devrait reposer sur la mesure des données anthropométriques et le recueil de quelques données cliniques sur un document simplifié. Il devrait reposer également sur les dosages de l'albumine et de la CRP. Les index cités au chapitre 1 (sauf le PINI) seront calculés et analysés selon les mêmes critères. Les résultats seront rendus aux cliniciens avec les résultats de biochimie, accompagnés d'une recommandation adaptée vis-à-vis de la prescription d'une consultation de diététique, avec nécessité de tracer cette action dans le dossier médical et le PMSI. Le CLAN validera prochainement ces recommandations.

La déclaration au PMSI de cette co-morbidité permettra de financer sa prise en charge. Au tarif actuel, cela correspondrait à une somme annuelle de 2 millions d'euros, qui permettrait d'améliorer la prise en charge de nos patients, dans le cadre des recommandations HAS.

Ces résultats très parcellaires seront présentés et plus amplement détaillés à tout l'établissement au cours d'une réunion qui se tiendra avant la fin de l'année (la date vous sera prochainement communiquée).

Une évaluation à distance viendra compléter notre EPP.