

Impact de l'intervention en orthopédie-traumatologie de l'Infirmière de l'Equipe Mobile de Gériatrie dans la prise en charge nutritionnelle du patient âgé

Camille LAFFONT, Karine FOUCAUD, Laurence LAYAN,
Clément TOURNIER, Aline SAUVAIN, Nathalie SALLES

L'intervention régulière de l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) dans le Service de Traumatologie a suscité auprès des équipes soignantes des questionnements sur la qualité de la prise en charge nutritionnelle des patients âgés hospitalisés dans ce service.

De par son expertise gériatrique, l'EMG a été sollicitée dans l'objectif d'aider et d'accompagner l'équipe paramédicale à la construction d'un projet de service intitulé : "Prise en charge de l'alimentation chez la personne âgée hospitalisée en traumatologie.

OBJECTIFS DU PROJET

Les objectifs du projet se définissent comme tels :

- "Identifier et prévenir le risque de dénutrition de la personne âgée hospitalisée en traumatologie" ;
- "Améliorer la prise en charge par des apports protéino-énergétiques adaptés" ;
- L'objectif intermédiaire étant "la sensibilisation et l'investissement de tous les soignants".

MÉTHODES

Une réunion multidisciplinaire faisant intervenir d'une part le chirurgien orthopédiste, la cadre de Santé du service et la diététicienne et d'autre part le médecin gériatre et l'infirmière de l'EMG a permis d'élaborer un projet nutritionnel écrit.

L'écriture du projet s'est articulée en trois parties :

1. Identifier et prévenir le risque de dénutrition.
2. Améliorer la prise en charge par des apports protéino-énergétiques adaptés.
3. Sensibiliser et investir tous les soignants de l'unité de Traumatologie.

1) La première partie du projet a consisté à définir les moyens et actions permettant d'identifier et de prévenir le risque de dénutrition. L'observation et le recueil de données réalisés par l'aide-soignante et l'infirmière ont permis de :

- noter les habitudes alimentaires, les goûts, la texture, l'appétit habituel et l'apport qualitatif et quantitatif usuels ...
- identifier les causes simples de carence d'apport par l'évaluation de l'état bucco-dentaire (bouche sèche, habitudes d'hygiène, présence ou non de prothèse dentaire et leur efficacité d'ajustement, mobilité dentaire, dents cariées, délabrées, présence d'une candidose,...), la notification de troubles de la déglutition, de troubles sensoriels, moteurs, la présence de douleur, de constipation, de confusion, ...
- pratiquer une évaluation nutritionnelle par la prise du poids à l'admission dans l'unité et le suivi du poids une fois par semaine et par le dosage des protéines, albumine et CRP à l'admission ;
- évaluer l'état cutané (présence de plaies, escarre, ulcère, hématome..) ;
- évaluer le risque de survenue d'escarres par l'échelle de Braden ;
- notifier les antécédents médicaux, chirurgicaux et les comorbidités (par exemple la démence, l'insuffisance

Auteur correspondant : Professeur Nathalie Salles, Responsable de l'équipe mobile de gériatrie, Responsable de l'unité de médecine gériatrique (3 Nord), Pôle de Gériatrie Clinique - Hôpital Xavier Arnoz, CHU Bordeaux, 33076 Bordeaux cedex ; France. E-mail : nathalie.salles@chu-bordeaux.fr

cardiaque, le diabète,...) et identifier l'existence de déficiences et d'incapacités (apraxies, déficit visuel, troubles moteurs, troubles du comportement,...).

2) La seconde partie du projet développe les moyens et actions à mener pour améliorer les apports protéino-énergétiques.

• En identifiant tout d'abord le risque de dénutrition et la dénutrition par :

- l'observation du soignant (carence d'apport constatée, maigreur,..),

- la recherche de perte de poids récente (> 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois),

- le dosage de l'albumine (<35 g/L si CRP<25 mg/L).

• En proposant des menus adaptés :

- à l'état bucco-dentaire, au goût, aux habitudes alimentaires,

- aux troubles de la déglutition (texture ± épaissie, test de déglutition, ...).

• En enrichissant les repas (beurre, lait...);

• En faisant participer les familles à la prise alimentaire (éducation thérapeutique, possibilités de conserver les repas dans un réfrigérateur dans le service);

• En apportant des conseils auprès des soignants de l'unité :

- sur l'installation adaptée du patient lors des repas afin d'éviter par exemple les troubles de la déglutition, régler la hauteur de l'adaptable, la disposition du plateau-repas et des couverts,

- pour stimuler, guider ou aider le patient lors du repas,

- pour évaluer et réajuster si besoin le choix de la texture,

- pour relever les ingesta sur 2 à 3 jours pour les patients ciblés, identifiés à risque de dénutrition ou dénutris,

- et ainsi réajuster les apports protéino-énergétiques si besoin et enrichir l'alimentation ou proposer des compléments nutritionnels oraux (CNO),

- et protocoliser les prescriptions de CNO, adapter les horaires de prise.

3) La troisième partie du projet a pour objectif de sensibiliser et d'investir tous les soignants :

- en nommant des référents et en élaborant leurs missions (4 aide-soignants et 2 infirmiers),

- en organisant des réunions d'information à l'équipe en présence de la diététicienne, de la cadre de service, de

l'infirmière de l'EMG, concernant le diagnostic de la dénutrition et l'intervention nutritionnelle possible (recommandations HAS-2007) et des séances de dégustation des CNO et des différentes textures proposées par les cuisine du CHU,

- en accompagnant le projet par l'IDE de l'EMG autour de trois repas dans l'unité.

RÉSULTATS

1. Ce projet a abouti à la mise en place d'actions spécifiques d'évaluation et de prise en charge nutritionnelles avec :

- l'acquisition d'un fauteuil pèse-personne dans le service ; c'est l'aide-soignant de "journée" qui réalise la prise des poids dès l'entrée quand cela est possible (notifié sur le logiciel dossier patient) ou le poids de référence (noté sur le dossier anesthésie) est pris en compte ; puis reprise du poids une fois par semaine ;

- la mise en place d'un suivi nutritionnel pendant 48 heures pour les patients identifiés "à risque de dénutrition" à l'aide d'une fiche de surveillance mise en place dans les chambres des patients à risque, en notant si le suivi doit être prolongé au-delà (pendant et après des épisodes confusionnels par exemple) ;

- l'amélioration de l'organisation dans le service : appels plus fréquents de la diététicienne pour les patients âgés ; prescription de CNO et d'aliments enrichis ; dotation supplémentaire de CNO et d'aliments enrichis mise à disposition des soignants ,

- dans le cadre d'une éducation thérapeutique, une plaquette d'information (*Figure 1*) destinée aux visites est affichée dans chaque chambre, notifiant la mise à disposition d'un réfrigérateur. Les familles sont invitées à apporter des préparations alimentaires adaptées au goût de leur parent et à les accompagner lors des repas,



Figure 1 : Plaquette d'information destinée aux visites, affichée dans les chambres.

Figure 1: Information brochure intended to visits, displayed in the rooms.

- l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle : le personnel est plus attentif dans sa pratique quotidienne pour l'installation lors des repas, pour l'hygiène bucco-dentaire, pour la prise en compte des déficiences, des incapacités fonctionnelles et d'autres paramètres comme la confusion, la douleur, etc....

2. Une évaluation du projet à six mois a montré d'excellents résultats en termes d'actions mises en place. Ainsi, le cadre supérieur de santé a nommé le Cadre de Santé de l'Unité pilote pour étendre et expérimenter le projet sur d'autres unités du Pôle afin d'aboutir à un projet d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). L'évaluation des conséquences de la prévention et de la prise en charge de la dénutrition en termes de durée de séjour, de cicatrisation et survenue d'escarres ne faisait pas partie de ce projet initial.

3. Des facteurs ont limité la poursuite du projet tel que le départ de la Cadre de Santé affectée dans un autre service du CHU de Bordeaux et des mouvements importants parmi l'ensemble des Cadres du même Pôle.

4. Des facteurs positifs :

- Deux cadres faisant fonction se sont succédées depuis et sont restées attentives à la pérennité de ce qui a été mis en place ;
- La stabilité et l'enthousiasme de l'équipe paramédicale garantit la continuité de ce projet, ainsi que l'intervention de la diététicienne du Pôle ;
- Des référents sont toujours en place dans chaque équipe de soins.

CONCLUSION

Le travail de l'infirmière de l'EMG a permis de mettre en place des actions spécifiques autour de la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés en traumatologie, tant dans la sensibilisation du personnel paramédical, que dans l'organisation de l'évaluation et de l'intervention nutritionnelle adaptée et systématique. ■