

Indicateurs de qualité du soin nutritionnel en oncologie

Article publié avec l'accord de la cellule Plan Cancer du SPF Santé publique

Aude Anzévi

*Resp. Qual. Nutr. clinique pour le Centre du Cancer (St. LUC)
Resp. du groupe de travail belge francophone chargé de la
révision des indicateurs de la qualité du soin nutritionnel en
oncologie par la cellule Plan Cancer du Service Public Fédéral
(SPF) Santé publique - Master en Sciences biomédicales
(Nutrition humaine et Sciences biomédicales cliniques) -
Graduat en Diététique*

Léna Frateur

*Diététicienne clinicienne en oncologie (St. LUC)
Membre du même groupe de travail
Baccalauréat en Diététique*

*Service Alimentation et Diététique - Cliniques Universitaires St. LUC (UCL) - Av. Hippocrate 10 - B-1200 Bruxelles -
02.764.37.59 aude.anzevui@uclouvain.be - lena.frateur@uclouvain.be*

Objectifs

Les objectifs de l'article sont les suivants:

- Décrire les indicateurs de qualité de processus du soin nutritionnel en oncologie qui ont été proposés pour le nouveau rapport d'activité des diététiciens financés par le Plan Cancer.
- Décrire, étape par étape, le soin nutritionnel du patient adulte atteint de cancer en tenant compte des recommandations théoriques mais aussi des bonnes pratiques cliniques.

Introduction

Comment déterminer des indicateurs de la qualité du soin nutritionnel en oncologie? Et comment réviser l'ensemble

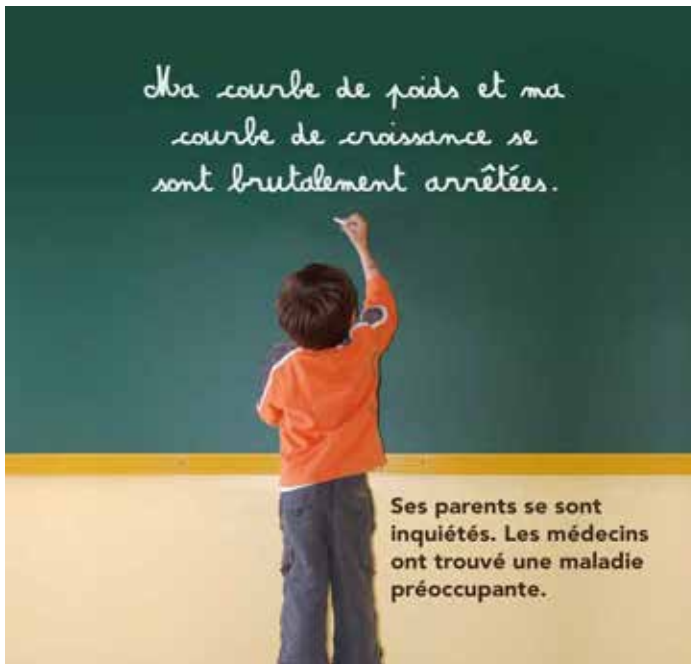
du rapport d'activités des diététiciens financés par le Plan Cancer? Voilà le défi lancé par la cellule Plan Cancer du SPF à quelques professionnels de la nutrition et diététique de terrain en février dernier. Ainsi, un groupe de travail s'est constitué en Belgique francophone et néerlandophone. D'autres professionnels de la santé diététiciens, oncologues, infirmiers, responsables qualité, par leurs approches complémentaires du patient et du soin, ont également permis d'enrichir ce travail.

Mais comment démarrer cette révision? Le rapport d'activités actuel, perçu par le terrain comme fastidieux, peu pertinent et très lourd en termes de travail administratif, n'est pas apparu comme un point de départ constructif. Par contre, tenter de répondre aux obligations légales de ce financement fut une piste de travail appréciable¹, tout comme le

“ Les indicateurs choisis sont aisément quantifiables et permettent des actions d'amélioration de nos pratiques. ”

rapport d'activités des équipes nutritionnelles récemment révisé. Mais, la piste la plus riche fut de décrire les pratiques de terrain, de les allier aux recommandations théoriques de bonnes pratiques, d'en discuter de façon consensuelle et d'en retirer une structure du soin nutritionnel réalisé par le diététicien en oncologie. C'est aussi cette description que nous souhaitons partager avec vous au sein de cet article.





Qu'est-ce qu'un indicateur de qualité?

Les critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles correspondent à des éléments simples et opérationnels de bonnes pratiques. Ils permettent d'évaluer, par leur mesure, la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient, et d'améliorer les pratiques notamment par la mise en œuvre et le suivi d'actions visant à faire converger, si besoin, la pratique réelle vers une pratique de référence. Leur détermination et leur sélection sont réalisées d'après une démarche basée sur les preuves (Evidence-Based Medicine), qui prend en compte les meilleures preuves disponibles, la pratique des professionnels et l'interaction avec les patients².

“ Les buts de la consultation de bilan sont d'évaluer l'état nutritionnel et de proposer une intervention nutritionnelle au patient. ”

La diététique n'échappe pas à cette démarche. Il est donc possible de concevoir des indicateurs de qualité du soin nutritionnel sur base des actes essentiels du diététicien travaillant en oncologie et non pas seulement sur la quantité de consultations réalisées. Dans cet article, les cinq indicateurs qualité de processus du soin nutritionnel proposés pour le nouveau rapport du Plan Cancer seront dévoilés et repris en double encadré. Ils seront évalués chaque année par le ministère sur base des données encodées. Les indicateurs

choisis sont aisément quantifiables, peuvent être notifiés dans le dossier du patient, et permettent des actions d'amélioration de nos pratiques. Notons que dans ce futur rapport, une description de la structure et de la politique de développement du soin nutritionnel (ex.: outils pratiques, formations données) sera également demandée.

Qu'entendons-nous par soin nutritionnel en oncologie?

Notre groupe de travail francophone a réalisé une description théorique, «idéale» de ce soin. Il se divise en quatre parties:

- 1 Demande de prise en charge au diététicien
- 2 Prise en charge diététique initiale
- 3 Prise(s) en charge diététique(s) de suivi
- 4 Notification au dossier médical.

1. Demande de prise en charge (PEC) au diététicien

Avant toute PEC d'un patient, le diététicien reçoit généralement une demande de soins. Pour mieux comprendre les collaborations avec les autres soignants impliqués dans ce soin et pour dégager des priorités de développement d'outils et de sensibilisations spécifiques (ex.: création d'une courbe de suivi pondéral rapproché avec indications de support nutritionnel en cas d'ostéosarcome en pédiatrie), il est essentiel de savoir quand, comment et qui demande en général une prise en charge diététique.

Ainsi, nous pouvons nous demander quand a lieu la demande de soin nutritionnel dans le chemin clinique du patient:

- Lors de l'annonce du diagnostic
- Endéans le mois après annonce du diagnostic
- En cours de traitement anticancéreux à visée curative
- En cours de traitement anticancéreux à visée palliative
- Après les traitements anticancéreux
- Lorsque le patient est en rémission.

Quelle est l'origine de la demande?

- Alerte de prise en charge
 - Plaintes / symptômes entravant la prise alimentaire
 - Perte de poids même légère
 - Diminution des apports alimentaires habituels
 - Prise de poids significative
 - Modification du comportement alimentaire
 - IMC_{18-70 ans} < 18.5 kg/m²
 - IMC_{≥ 70 ans} < 21 kg/m².
- Dépistage via un outil validé de dépistage du risque de dénutrition
- Ordre ou prescription médical d'intervention nutritionnelle
- Lecture d'un diagnostic nutritionnel dans le dossier médical (ex.: patient dénutri)

Qui a réalisé la demande de soin diététique?

- Coordinateur de soins en oncologie (CSO)
- Infirmier non CSO
- Oncologue
- Médecin non-oncologue
- Patient ou proches du patient
- Collègue diététicien
- Aide-soignant
- Diététicien lui-même

2. PEC Initiale

La PEC initiale se réalise lors du premier contact avec le patient. Le but de cette consultation diététique spécialisée, de bilan, est double. Le premier est d'évaluer l'état nutri-

tionnel du patient, ce qui permet de poser un diagnostic nutritionnel. Le second consiste à proposer une intervention nutritionnelle adaptée à la pathologie et à l'état nutritionnel afin d'atteindre les objectifs nutritionnels. Ceux-ci correspondent dans la majorité des cas à la couverture des besoins nutritionnels.

Relevé de données au sein du dossier du patient

Avant de rencontrer le patient, le diététicien relève différentes données au sein du dossier médical du patient.

Préambule à la consultation (carte d'identité du patient)	
Classification de tumeurs malignes de l'OMS ³	
<input type="checkbox"/> Langue, cavité orale, pharynx	<input type="checkbox"/> Organes génitaux masculins
<input type="checkbox"/> Appareil digestif Appareil respiratoire et organes intrathoraciques	<input type="checkbox"/> Organes urinaires
<input type="checkbox"/> Os, articulations et cartilages articulaires	<input type="checkbox"/> Œil, cerveau et système nerveux central
<input type="checkbox"/> Peau	<input type="checkbox"/> Thyroïde et autres glandes endocrines
<input type="checkbox"/> Tissus mous et mésothéliome	<input type="checkbox"/> Lymphomes
<input type="checkbox"/> Sein	<input type="checkbox"/> Leucémies et autres tumeurs du système hématopoïétique (sauf lymphomes)
<input type="checkbox"/> Organes génitaux féminins	<input type="checkbox"/> Localisation mal définie
	<input type="checkbox"/> Site inconnu
Traitement anticancéreux	
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Immunothérapie
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Thérapies ciblées
<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Autogreffe
<input type="checkbox"/> Hormonothérapie	<input type="checkbox"/> Allogreffe
Soin nutritionnel médical (acte médical)	
<input type="checkbox"/> Diagnostic	<input type="checkbox"/> Traitement: • Nutrition entérale • Nutrition parentérale • Régime d'éviction fondé sur un diagnostic médical
Symptômes - Effets secondaires	
<input type="checkbox"/> Anorexie	<input type="checkbox"/> Dysphagie
<input type="checkbox"/> Troubles digestifs	<input type="checkbox"/> Xérostomie
<input type="checkbox"/> Troubles du goût, de l'odorat	<input type="checkbox"/> Douleur
<input type="checkbox"/> Mucite, aphtes	<input type="checkbox"/> Asthénie
Autres données ayant un impact sur l'état nutritionnel du patient	
Age, stade évolutif du cancer, présence d'autres pathologies, escarre, traumatisme, fièvre, stéroïdes, etc.	

Figure 1. Relevé de données au sein du dossier patient

Comme pour la demande de soin nutritionnel, il est important de savoir quand a lieu la PEC initiale au sein du chemin clinique du patient, car plus la PEC de la dénutrition en oncologie est précoce, plus elle aura d'impact en termes de ralentissement, voire de stabilisation de la perte de masse maigre⁴. Cependant, tous les patients ne nécessitent pas une PEC tôt dans leur chemin clinique. Ils ne le nécessitent que lors de risque de dénutrition, ce qui indique alors, dans certaines filières de tumeurs (ORL par ex.) ou après certains traitements (allogreffe par ex.), la mise en place de consultations diététiques systématiques.

De même, il convient d'utiliser la même classification de tumeurs³ entre les soignants et de connaître les traitements anticancéreux, dont les effets secondaires peuvent avoir des conséquences sur la prise alimentaire et l'état nutritionnel.

Par exemple, lors d'un traitement adjuvant d'un cancer du sein, nous pouvons anticiper le fait que le protocole de chimiothérapie FEC provoquera des nausées ou que les taxanes (Taxotère®) induiront des perturbations du goût.

Evaluation nutritionnelle

Lors de la consultation commence l'évaluation nutritionnelle qui repose, idéalement, sur l'ensemble des variables figurant dans l'exemple de document ci-dessous.

Evaluation nutritionnelle	
Variables anthropométriques	
Poids de forme:	Taille mesurée:
Poids actuel pesé:	IMC actuel:
Histoire pondérale:	
% de la perte de poids	
Variables diététiques	
Enquête alimentaire	
- Matin:	- Evaluation de l'appétit:
- Matinée:	- Goûts/aversions:
- Midi:	- Répartition repas/collation:
- Après-midi:	- Présence d'un régime alimentaire:
- Soir:	
- Soirée:	
- Nuit:	
Apports habituels	
• en énergie (E) en kcal. kg-1. jour-1: 20-25 / 25-30 / 30-35 / 35-40 / autre	
• en protéines (P) en g. kg-1. jour-1: 0.75-1 / 1-1.25 / 1.25-1.5 / autre	
Besoins nutritionnels	
• E en kcal. kg-1. jour-1 : 20-25 / 25-30 / 30-35 / 35-40 / autre	
• P en g · kg-1. jour-1 : 0.75-1 / 1-1.25 / 1.25-1.5 / autre	
Couverture des besoins nutritionnels	
• E en % :	
• P en % :	
Variables entravant la prise alimentaire	
Symptômes (dysphagie, mucite, troubles digestifs, etc.):	
Troubles (solitude, tristesse, problèmes de dentition, etc.):	
Autonomie (pour s'alimenter, cuisiner, faire les courses, etc.):	
Variables nutritionnelles et fonctionnelles spécifiques	
Etat de performance physique : via par ex. le score ECOG ⁵	
Réserves tissulaires : musculaire, sous-adipeuse, totale	
Risque de développer une dénutrition OUI - NON	

Figure 2. Première évaluation nutritionnelle



L'évaluation mène toujours à la détermination de l'état nutritionnel actuel. Ses trois critères clés sont: perte de poids, IMC, couverture des besoins nutritionnels⁶.

Trois remarques majeures sont à prendre en compte pour déterminer l'état nutritionnel actuel du patient. Tout d'abord, la perte de poids est à considérer par rapport au poids de forme ou habituel ou le plus élevé endéans les six mois avant le diagnostic. Aucune notion de durée de perte de poids n'est requise⁶.

Ensuite, comme vous le savez, la surcharge pondérale n'exclut pas la dénutrition. Un patient peut être obèse et dénutri. Ainsi, le calcul de l'IMC, dans l'évaluation de l'état de dénutrition d'un patient atteint de cancer, ne doit pas être utilisé seul⁶.

Enfin, lorsqu'aucun critère du tableau 1 n'est retenu pour le patient, son état nutritionnel correspond par défaut à une absence de malnutrition (absence de dénutrition et de surcharge pondérale).

Voici quelques précisions concernant cette évaluation.

Le poids de forme est le poids de la personne en bonne santé durant les dernières années. Il est essentiel de peser ou d'obtenir un poids pesé à chaque consultation⁶.

Le groupe de travail recommande de déterminer l'évolution pondérale via:

- un suivi graphique du poids dans le temps OU
- le pourcentage de variation de poids, par rapport au poids de forme, et en indiquant la durée de variation.

Au sujet des apports et besoins en énergie, si les besoins en énergie du patient sont de 30 kcal.kg⁻¹.jour⁻¹ et qu'il en consomme environ 20, il couvre 67% de ses besoins énergétiques.

Détermination de l'état nutritionnel

En pratique, l'évaluation est généralement moins exhaustive, faute de temps et/ou de moyens, mais elle mène toujours à la détermination de l'état nutritionnel actuel du patient selon des critères clairement définis par l'Organisation Mondiale de la Santé et par la Société Francophone de Nutrition clinique et Métabolisme (SFNEP)^{6,7}.



Figure 3. Affiche de la campagne dénutrition de la SFNEP

Tableau 1: Etat nutritionnel actuel^{6,7}

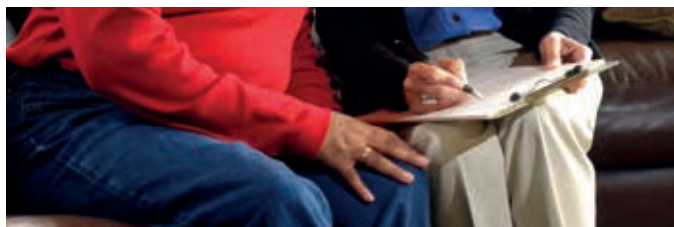
Critères	Dénutrition	Surpoids	Obésité
IMC (kg/m ²)	< 18.5 de 18 à 70 ans <21 après 70 ans	≥ 25 et < 30	≥ 30
Perte de poids (%)	≥ 5 en oncologie médicale ≥ 10 en chirurgie		
Couverture des besoins nutritionnels (%)	<70		
Albuminémie (g/l)	< 30 en chirurgie uniquement		

Le groupe de travail a estimé nécessaire pour tout soin de qualité, qu'à la première consultation, le diététicien détermine l'état nutritionnel du patient et le notifie dans le dossier. Le premier indicateur qualité est donc: le nombre de déterminations d'état nutritionnel rapporté au nombre de PEC initiales.

adaptées à la pathologie et à l'état nutritionnel, fournies au patient, sous la forme de conseils diététiques personnalisés, soit à la proposition et/ou à la mise en place d'un support nutritionnel artificiel.

Intervention nutritionnelle

Le diététicien réalise alors, lors de cette consultation diététique spécialisée, la première intervention nutritionnelle. Elle correspond soit à l'ensemble des informations nutritionnelles



Intervention nutritionnelle
Objectifs
<input type="checkbox"/> Prévenir le risque de développer une dénutrition par maintien du poids, de l'appétit
<input type="checkbox"/> Ralentir/contrecarrer la dénutrition par maintien/gain de poids, d'appétit
<input type="checkbox"/> Maintenir/éviter la prise de poids
Conseils diététiques personnalisés
<input type="checkbox"/> Fractionnement (Fr ; variable selon la répartition des repas sur la journée)
<input type="checkbox"/> Alimentation orale enrichie (AOE)
<input type="checkbox"/> Alimentation spécifique adaptée aux effets secondaires et/ou aux traitements
<input type="checkbox"/> Alimentation de texture adaptée en cas de dysphagie, mucite
<input type="checkbox"/> Alimentation pauvre en germes
<input type="checkbox"/> Alimentation équilibrée en cas de régime d'exclusion, en cas d'absence de repas principaux sur la journée
<input type="checkbox"/> Alimentation spécifique adaptée à une pathologie concomitante
<input type="checkbox"/> Programme de réduction pondérale
<input type="checkbox"/> Complément nutritionnel oral (CNO) et produit modulaire
<input type="checkbox"/> Immunonutrition
<input type="checkbox"/> Autres:
Nutrition artificielle
<input type="checkbox"/> Nutrition entérale (EN)
<input type="checkbox"/> Nutrition parentérale (PN)
Commentaires:

Figure 4. Intervention nutritionnelle

Les indicateurs suivants concernent chaque PEC réalisée, il s'agit du nombre de:

- Conseils diététiques personnalisés apportés,
- Propositions ou mise en places d'EN,
- Propositions de PN.

A chaque consultation, ces différentes interventions notifiées au dossier du patient font partie intégrante d'un soin nutritionnel de qualité.

3. PEC de suivi

Les PEC diététiques suivantes, de suivi, en consultation spécialisée, ont pour but de comparer le poids, l'appétit et la couverture des besoins nutritionnels par rapport à la consultation diététique spécialisée précédente, ainsi que d'évaluer l'application ou le suivi et la compliance aux conseils apportés et de les adapter en fonction de l'évolution du patient.

Evaluation nutritionnelle

L'évaluation nutritionnelle comprend au minimum les variables reprises au sein de la figure 5.



Evaluation nutritionnelle de suivi

Variables anthropométriques

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Poids de forme: | <input type="checkbox"/> Taille mesurée: |
| <input type="checkbox"/> Poids actuel pesé: | <input type="checkbox"/> IMC actuel: |
| <input type="checkbox"/> Histoire pondérale: | |



Variables diététiques (idem évaluation nutritionnelle initiale)

Variables entravant la prise alimentaire (idem évaluation nutritionnelle initiale)

Variables entravant significativement l'amélioration de l'état nutritionnel

Fréquence des visites à l'hôpital, évolution du cancer, pathologie concomitante, compliance à l'intervention nutritionnelle précédente (suivi des conseils), etc.

Figure 5. Evaluation nutritionnelle de suivi

Intervention nutritionnelle

L'intervention nutritionnelle se décrit de la même manière que celle de la PEC initiale.

Le dernier indicateur est un indicateur du suivi du patient, il s'agit du nombre de PEC de suivi parmi l'ensemble des PEC.

Notification d'éléments clés au dossier médical

Les éléments clés de la PEC qui seront notifiés au dossier médical chaque fois qu'ils seront déterminés ou réalisés sont l'état nutritionnel et l'intervention nutritionnelle.

D'autres indicateurs intéressants à développer?

Bien sûr, la démarche qualité vise sans cesse l'amélioration des pratiques de soin. Le groupe de travail a donc également proposé quelques indicateurs de processus intéressants à développer au sein de chaque institution, et ceci, actuellement, indépendamment de toute évaluation par le SPF.

Reflétant la collaboration multidisciplinaire, les demandes de PEC peuvent être comptabilisées. Les différents indicateurs, à rapporter au nombre de PEC initiales, seraient alors le nombre de:

- alertes envoyées par les équipes soignantes,
- dépistages positifs du risque de dénutrition via un outil validé,
- ordres médicaux de PEC.

Ensuite, différents actes sont essentiels à réaliser et à notifier à chaque PEC:

- calcul d'IMC,
- estimation des apports alimentaires habituels en E et P,
- détermination des besoins nutritionnels en E et P,
- évaluation de la couverture des besoins nutritionnels en E et P,
- suivi du poids.

Les indicateurs se calculeraient alors en rapportant le nombre de chacun de ces actes sur le nombre de PEC totales.

En accord avec les recommandations de bonnes pratiques nutritionnelles en oncologie et les possibilités pratiques du terrain, les indicateurs suivants sont proposés:

- nombre de propositions ou mises en place d'EN rapporté sur l'ensemble des PEC de patients atteints de cancer de la tête ou du cou,
- nombre de propositions ou mises en place d'EN rapporté sur l'ensemble des PEC de patients atteints de cancers digestifs,
- nombre de propositions ou mises en place de nutrition artificielle (EN et PN) rapporté sur l'ensemble des PEC de patients après greffe de cellules souches hématopoïétiques.

Enfin, bien que moins simples, les deux indicateurs suivants seraient très intéressants à mettre en place:

- nombre d'interventions nutritionnelles, sous forme d'AOE – Fr – CNO – immunonutrition – EN – PN, rapporté au nombre d'absences de couverture des besoins nutritionnels E et P,
- nombre de PEC de suivi par rapport au nombre de patients dénutris.

Conclusion

Ce travail visait à décrire un processus de soin nutritionnel spécifique et à en dégager des indicateurs de qualité. Ceux-ci permettent non seulement d'améliorer les pratiques, mais

aussi de mettre en évidence, de façon chiffrée, le fonctionnement d'un soin. Par la révision du rapport réalisée, l'encodage demandé par le SPF sera nettement moins couteux en termes de charge de travail administratif et assurera un gain de temps important au soin nutritionnel.

En conclusion, nous espérons que le défi proposé par le SPF fut relevé au mieux au sein de notre groupe de travail et que la lecture de cet article soit une aide au développement du soin nutritionnel en oncologie adulte.

Références

- ¹ SPF, Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Circulaire du programme de soins d'oncologie, financement diététiciens Plan Cancer, visant à préciser les modifications apportées dans l'Arrêté Royal du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers. 01.07.2011
- ² Association des Diététiciens de Langue française. Avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la Haute Autorité de Santé. Evaluation et amélioration des pratiques professionnelles. France, février 2008
- ³ World Health Organisation (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010. Consulté le 02.07.2013. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- ⁴ The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Jensen GL, Mirtallo J, Compher C, *et al.* Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. *J Parenter Enteral Nutr* 2010;34:156-159
- ⁵ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG). ECOG Performance Status. http://www.ecog.org/general/perf_stat.html Revised July 26, 2006
- ⁶ Senesse P, Vasson MP, le groupe de travail de la Société francophone de Nutrition clinique et Métabolisme (SFNEP). Recommandations professionnelles: Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer. *Nut Clin Met* 2012;26:165-188
- ⁷ WHO. The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI. Adapted from WHO, 1995, WHO 2000 and WHO 2004 http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html Last update 29.05.13.

Remerciements:

Au groupe de travail francophone belge chargé de la révision des indicateurs de la qualité du soin nutritionnel en oncologie par le SPF, Plan Cancer: M^{mes} B. Bertrand, M. Csergö, C. Gillet, G. Lheureux, F. Martin, C. Vandenhoeck, S. Vereecken et D^r N. Charette.

Au groupe de diététiciens francophones travaillant en oncologie (GDO)

Au D^r A. Meulemans, à M^{me} A. Lejeune, au P^r A. Simon, au P^r M. Hamoir, à M^{me} A. Méan



" FINALEMENT,
JE M'Y SUIS MIS "

« Pour éviter que ma femme ne perde du poids entre 2 cures de chimiothérapie, son médecin m'a convaincu. »

Conception-Realisation: K'Noa 01 89 20 21 28

Une alimentation enrichie en calories
et protéines peut limiter la perte de poids.

Une communication de la Société Francophone
Nutrition Clinique et Métabolisme
et du Comité de Liaison Alimentation Nutrition de votre hôpital

www.sfnep.org

