

Rôles et implications des nutritionnistes en milieu hospitalier au Burkina Faso

Présenté par

Ines Wendlassida Zaheira KERE

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité **Nutrition internationale** ▾

Directeur de mémoire : Léon Gueswende Blaise SAVADOGO

le **30 sept. 2025**

Devant le jury composé de :

Prof Acray-Zengbe Pétronille	Présidente
Professeure Titulaire/Félix-Houphouët-Boigny	
Dr Zagré Noel	Examineur
Spécialiste Nutrition/ PhD Nutrition	
Prof Savadogo Léon G Blaise	Examineur
Professeur Titulaire/Directeur du département santé à l'Université Senghor	

Remerciements

Ce travail est le résultat d'efforts collectifs, et je tiens à exprimer mes sincères remerciements à toutes les personnes qui y ont contribué.

Une reconnaissance spéciale va au Professeur Léon G. B. SAVADOGO, Professeur Titulaire d'épidémiologie et directeur du département Santé de l'Université Senghor à Alexandrie/Egypte, pour avoir dirigé ce travail avec une rigueur scientifique exemplaire et une grande disponibilité, malgré ses nombreuses responsabilités.

À Mme Estelle Aissa BAMBARA, Directrice de nutrition, qui a accepté m'accueillir au sein de la direction de nutrition.

À M. Abdoulaye GUEYE, mon maître de stage, qui a accepté m'accompagner durant ces quatre mois de stage avec des conseils, des ouvrages ainsi que l'articulation de ce mémoire ;

Nous témoignons notre reconnaissance aux illustres membres du jury qui nous font l'honneur d'évaluer notre travail.

Nos remerciements vont à l'endroit de tout le personnel de la Direction de Nutrition en particulier à Madame Ines ILBOUDO pour l'accueil, le professionnalisme dont ils ont fait preuve lors de mon moment ainsi que l'accompagnement continu jusqu'à l'aboutissement de ce travail.

À l'honorable BALBONE Boubacar, BAMBARA Odette Flora, OUEDRAOGO Moussa et YERBANGA Roseline qui m'ont soutenu durant mes moments difficiles , de joie. Toute ma gratitude et ma reconnaissance à votre égard.

À mes compatriotes de la 18e promotion en particulier Kouzarbou Armel Mathias TARNAGDA et 19e promotion en particulier KONDITAMDE Jean Pierre, ZOUNDI Relwendé Frederic, BONKOUNGOU Laetitia et OUANGO Franceline.

À tous les Senghoriens et Senghoriennes.

À tous les alumni section Burkina et particulièrement au président Abel NANEMA pour son soutien inestimable.

Enfin, merci à mes collègues, amis et enquêteurs pour leur soutien indéfectible. Votre contribution restera inestimable.

Dédicace

À mes parents François KERE et Perpétue NIKIEMA qui sans cesse me couvrent de leurs amours et affections.

À mon frère Armel KERE et mes sœurs Isabelle et Gaëlle KERE pour leur soutien indéfectible.

À Martine BOUDA pour le soutien inestimable durant mes années d'étude, toute la complicité et l'entente qui nous unissent.

Résumé

La nutrition clinique représente un pilier essentiel pour l'amélioration de la qualité des soins dispensés dans les établissements hospitaliers. Néanmoins, dans les pays aux ressources limitées, son intégration reste largement déficiente. Ce mémoire a pour objectif d'évaluer le rôle qu'occupent les nutritionnistes ainsi que leur implication en milieu hospitalier au Burkina Faso, tout en mettant en lumière les obstacles qui freinent l'exercice de leur profession.

Il s'est agi d'une étude transversale basée sur la collecte de données quantitatives et qualitatives auprès de 23 nutritionnistes ainsi que 18 acteurs clés travaillant dans les CHU/CHR du pays. Les données ont été collectées à l'aide de questionnaires et d'entretiens semi-directifs menés auprès des nutritionnistes et des responsables hospitaliers. L'analyse s'est concentrée sur huit thématiques essentielles, englobant des aspects allant de la démographie professionnelle aux contraintes organisationnelles et matérielles.

Les nutritionnistes participants à l'étude avaient une moyenne d'âge de $35,56 \pm 3,51$ et 78,3 % détiennent des diplômes en nutrition communautaire plutôt qu'en nutrition clinique. En raison de leur nombre limité, ils sont amenés à intervenir dans divers services, souvent uniquement en cas de dénutrition sévère. Leur apport est perçu de manière positive par les médecins, notamment en ce qui concerne le dépistage et la prévention des complications. Parmi les principaux obstacles identifiés, on note la pénurie de personnel, l'absence de protocoles hospitaliers et le manque de ressources matérielles.

La situation constatée au Burkina Faso est similaire à celle rencontrée dans d'autres pays africains : une profession en émergence, une intégration institutionnelle faible, mais un potentiel considérable. La littérature internationale met en exergue la nécessité de renforcer la formation spécialisée, d'institutionnaliser la nutrition clinique, d'accroître les effectifs et d'améliorer l'accès aux produits nutritionnels.

L'intégration systématique des nutritionnistes dans le parcours de soins hospitaliers est cruciale pour optimiser la prise en charge nutritionnelle, améliorer le pronostic des patients et renforcer l'efficacité du système de santé au Burkina Faso.

Mots-clefs

Rôles, implications, nutrition clinique, nutritionniste, Burkina Faso.

Abstract

Clinical nutrition is an essential pillar for improving the quality of care provided in hospitals. However, in countries with limited resources, its integration remains largely deficient. The aim of this thesis is to evaluate the role of nutritionists and their involvement in hospitals in Burkina Faso, while highlighting the obstacles that hinder the practice of their profession.

This was a cross-sectional study based on quantitative and qualitative data collected from 23 nutritionists and 18 key stakeholders working in university hospitals and regional hospitals across the country. Data was collected using questionnaires and semi-structured interviews with nutritionists and hospital managers. The analysis focused on eight key themes, covering aspects ranging from professional demographics to organisational and material constraints.

The nutritionists participating in the study had an average age of 35.56 ± 3.51 , and 78.3% held degrees in community nutrition rather than clinical nutrition. Due to their limited numbers, they are called upon to work in various departments, often only in cases of severe malnutrition. Their contribution is viewed positively by doctors, particularly with regard to screening and the prevention of complications. Among the main obstacles identified are staff shortages, the absence of hospital protocols and a lack of material resources.

The situation in Burkina Faso is similar to that in other African countries: an emerging profession, weak institutional integration, but considerable potential. The international literature highlights the need to strengthen specialised training, institutionalise clinical nutrition, increase staffing levels and improve access to nutritional products.

The systematic integration of nutritionists into the hospital care pathway is crucial to optimise nutritional care, improve patient prognosis and strengthen the efficiency of the health system in Burkina Faso.

Key-words

Roles, implications, clinical nutrition, nutritionist, Burkina Faso.

Liste des sigles et des acronymes

CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CHUSS	: Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou
CMA	: Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CREN	: Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
FAO	: Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
GLIM	: Global Leadership Initiative on Malnutrition
IMC	: Indice de Masse Corporelle
MNT	: Maladies Non Transmissibles
NRS-2002	: Nutritional Risk Screening 2002
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PCIMA	: Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PNDES	: Plan National de Développement Économique et Social
PNMN	: Politique Nationale Multisectorielle de Nutrition
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	: United States Agency for International Development
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Introduction et énoncé du problème	9
1. Cadre d'analyse et conceptuel	11
1.1. Cadre d'analyse	11
1.2. Cadre conceptuel	12
2. Définition des concepts	14
2.1. Rôles	14
2.2. Implication	14
2.3. Compétences	14
3. Revue de la littérature	14
3.1. Concepts et enjeux de la nutrition en milieu hospitalier	14
3.1.1. Définitions et importance de la nutrition clinique	14
3.1.2. Conséquences de la malnutrition chez les patients hospitalisés	15
3.1.3. Importance du nutritionniste en milieu hospitalier	16
3.1.4. Historique et évolution du métier de nutritionniste en milieu hospitalier	16
3.1.5. Rôle et implication des nutritionnistes en milieu hospitalier	17
3.2. Contexte de la nutrition hospitalière au Burkina Faso	20
3.2.1. État des lieux de la malnutrition en milieu hospitalier	20
3.2.2. Facteurs aggravants et défis de la prise en charge nutritionnelle au Burkina Faso	20
3.2.3. Politique nationale multisectorielle de nutrition du Burkina Faso (40,41)	21
4. Question de recherche, hypothèses et objectifs	23
4.1. Question de recherche	23
4.2. Hypothèses	23
4.3. Objectifs	24
4.3.1. Objectif général	24
4.3.2. Objectifs spécifiques	24
5. Méthodologie	24
5.1. Sites de l'étude	24
5.2. Type et période d'étude	26
5.3. Population d'étude	26
5.3.1. Nutritionnistes	26
5.3.2. Acteurs clés	26
5.4. Echantillonnage	26
5.4.1. Calcul de la taille des nutritionnistes enquêtés	26
5.4.2. Acteurs clés	26
5.5. Variables étudiées	27
5.6. Outils de collecte et recueil des données	27
5.7. Analyse des données	28
5.8. Considérations éthiques	28
6. Résultats	29

6.1. Nutritionnistes enquêtés	29
6.1.1. Répartition des nutritionnistes par hôpital	29
6.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des nutritionnistes	30
5.1.2.a. Âge	30
5.1.2.b. Sexe	30
6.1.3. Caractéristiques socioprofessionnelles	30
5.1.3.a. Formation académique	30
5.1.3.b. Années d'expériences professionnelles	30
6.1.4. Environnement de travail des nutritionnistes	31
5.1.4.a. Service d'affectation	31
5.1.4.b. Disponibilité du matériel de travail et des outils de suivi nutritionnel	31
6.1.5. Implication des nutritionnistes dans la prise en charge	32
5.1.5.a. Principales pathologies prises en charge par les nutritionnistes	32
5.1.5.b. Types de soins dispensés par les nutritionnistes	33
5.1.5.c. Participation aux réunions	33
5.1.5.d. Sentiment d'être impliqué dans les décisions thérapeutiques	33
6.1.6. Perceptions et défis	34
5.1.6.a. Perception du rôle du nutritionniste par les autres professionnels de santé	34
5.1.6.b. Conditions de travail	34
5.1.6.c. Formations continues	34
6.1.7. Compétences	34
5.1.7.a. Niveaux de compétence perçus par spécialité clinique	34
5.1.7.b. Association entre le sentiment d'implication et les compétences perçues selon les spécialités cliniques	35
6.2. Enquête qualitative auprès des acteurs clés	37
6.2.1. Présence et modalités d'intervention des nutritionnistes	37
6.2.2. Impact de la prise en charge nutritionnelle	38
6.2.3. Évolution des pratiques et des protocoles	39
6.2.4. Obstacles à la prise en charge nutritionnelle	41
6.2.5. Recommandations formulées par les chefs de service	42
7. Discussion	45
7.1. Profil sociodémographique des nutritionnistes	45
7.2. Formation académique et continue	45
7.3. Environnement professionnel et organisation du travail	46
7.4. Implication des nutritionnistes dans la prise en charge nutritionnelle des patients	47
7.5. Perception de la nutrition clinique et reconnaissance du rôle des nutritionnistes par les autres professionnels de santé	48
7.6. Compétences des nutritionnistes	49
7.7. Obstacles rencontrés dans la pratique quotidienne	50
7.8. Rôle perçu et positionnement des nutritionnistes dans le système hospitalier	51
Conclusion	52
Recommandations	53

Bibliographie	57
Listes des illustrations	62
Liste des figures	62
Liste des tableaux	62
Annexes	62
Annexe 1 : Questionnaire des nutritionnistes	62
Annexe 2 : Guide d’entretien des chefs de service	68

Introduction et énoncé du problème

La nutrition clinique en milieu hospitalier représente un pilier essentiel de la qualité des soins, or de nombreux établissements à travers le monde peinent à assurer une prise en charge nutritionnelle adéquate de leurs patients. En effet, diverses études ont montré qu'entre 30 et 50 % des malades hospitalisés souffrent de malnutrition, y compris dans les pays à haut revenu [\(1\)](#). Cette malnutrition hospitalière est loin d'être bénigne : elle entraîne une morbidité et une mortalité accrues, allonge la durée d'hospitalisation et augmente les taux de réadmission, grevant ainsi les systèmes de santé sur les plans clinique et économique. Face à ce constat, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres agences internationales soulignent la nécessité de renforcer la nutrition dans les soins de santé primaires et hospitaliers, conformément aux engagements des Objectifs de développement durable [\(2\)](#).

Le Burkina Faso s'inscrit pleinement dans cette problématique globale, avec une double charge de malnutrition particulièrement préoccupante. D'une part, la sous-nutrition demeure un défi majeur de santé publique : la malnutrition aiguë globale touche 9,7 % des enfants (proche du seuil critique de 10 % fixé par l'OMS) et la malnutrition chronique en affecte 21,6 %, entraînant des retards de croissance durables [\(3\)](#). D'autre part, la transition nutritionnelle en cours se traduit par une hausse rapide des pathologies métaboliques. La prévalence du surpoids est passée de 13,4 % à 21,5 % entre 2013 et 2021, et celle de l'obésité de 4,5 % à 7 % accompagnée d'une augmentation du diabète et de l'hypercholestérolémie. Cette situation de double fardeau nutritionnel exacerbe la vulnérabilité de la population et complexifie la prise en charge en milieu hospitalier [\(4\)](#). En effet, nombre de patients arrivent à l'hôpital avec un état nutritionnel déjà dégradé, tandis que le jeûne préopératoire, l'alitement prolongé et le manque de soutien nutritionnel pendant l'hospitalisation risquent d'aggraver leur dénutrition. Cela souligne l'importance cruciale d'une intervention nutritionnelle précoce et adaptée, idéalement menée par des professionnels spécialisés tels que les nutritionnistes [\(1\)](#).

Or, historiquement, la nutrition clinique a été peu intégrée dans les hôpitaux burkinabè, du fait notamment d'une pénurie critique de personnel formé en nutrition. Le déficit de nutritionnistes qualifiés est patent : au niveau opérationnel (centres de santé primaires et hôpitaux de district), on constate une absence quasi totale de nutritionnistes ou diététiciens [\(5\)](#). Même au niveau intermédiaire (directions régionales de la santé), seuls 7 des 13 régions du pays disposent d'un nutritionniste, les autres devant se reposer sur un personnel médical ou paramédical souvent débordé et insuffisamment formé en nutrition [\(5\)](#). Ce manque de ressources humaines spécialisées s'inscrit dans un contexte plus large de faiblesse du système de santé : le Burkina Faso ne compte en moyenne qu'un médecin et cinq infirmiers pour 10 000 habitants, soit un ratio largement inférieur aux normes recommandées par l'OMS. Une telle pénurie de personnel compromet la capacité des structures hospitalières à

intégrer la nutrition dans les pratiques cliniques, du dépistage nutritionnel à la prise en charge diététique individualisée. Les conséquences sur la qualité des soins sont directes. Une étude menée au CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso a révélé qu'alors que 61,7 % des patients adultes hospitalisés présentaient un état de dénutrition dont la grande majorité sous une forme sévère, seulement 28,6 % d'entre eux ont bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle appropriée (6). Cette inadéquation entre les besoins et l'offre de soins traduit une intégration insuffisante de l'approche nutritionnelle dans les protocoles cliniques courants et un manque d'outils/protocoles dédiés à la nutrition.

Conscient de ces enjeux, le gouvernement du Burkina Faso et ses partenaires ont récemment mis en place d'importantes mesures institutionnelles. Sur le plan international, on a assisté à l'émergence de stratégies multisectorielles, à l'instar de la Stratégie nutritionnelle 2014-2025 de l'USAID ou du Rapport mondial sur la nutrition 2020, mettant l'accent sur le renforcement des capacités nutritionnelles au sein des systèmes de santé. Au niveau national, la Politique Nationale Multisectorielle de Nutrition (PNMN) 2020-2029 a ainsi été adoptée afin d'offrir un cadre de référence intégré pour lutter contre la malnutrition au Burkina Faso. Cette politique traduit la volonté de combler le retard en nutrition clinique : elle prévoit l'augmentation du nombre de nutritionnistes au sein du ministère de la Santé, la nomination de points focaux « nutrition » dans toutes les régions et les districts sanitaires, ainsi que le renforcement de l'enseignement de la nutrition dans les filières de formation en santé, en agriculture et en éducation (5). Par ailleurs, une direction de la nutrition a été mise en place au niveau central, et la création d'unités de nutrition clinique dans certains hôpitaux pilotes a débuté, avec l'appui de partenaires techniques et financiers. L'ensemble de ces efforts témoigne d'une prise de conscience croissante du rôle central des nutritionnistes dans l'amélioration des soins.

Malgré ces avancées, de nombreux obstacles persistent sur le terrain. D'une part, l'implication des nutritionnistes dans les équipes soignantes demeure faible. Longtemps cantonnés à des tâches exécutives (par exemple, la gestion des cas de malnutrition sévère en pédiatrie) et en nombre très réduit, les nutritionnistes sont encore trop rarement intégrés de façon systématique aux décisions cliniques quotidiennes. Cette marginalisation s'explique en partie par la méconnaissance du rôle et des compétences des nutritionnistes de la part de certains collègues médecins ou infirmiers, héritée d'une culture hospitalière où la nutrition était perçue comme secondaire. D'autre part, des freins organisationnels et techniques limitent l'efficacité de leur action : absence de protocoles nutritionnels formalisés, de guides ou d'outils de dépistage systématique de la dénutrition dans de nombreux services, insuffisance de matériels (pèse-personnes, outils anthropométriques, suppléments nutritionnels) et de produits nutritionnels thérapeutiques disponibles. S'ajoutent à cela l'absence, dans la plupart des hôpitaux, d'équipes pluridisciplinaires de nutrition clinique et de circuits de référence bien établis pour la prise en charge nutritionnelle. Enfin, le positionnement institutionnel des nutritionnistes reste parfois incompris, certains sont

recrutés via des projets externes ou des ONG, sans statut hospitalier clair ce qui peut engendrer un manque de reconnaissance et de soutien hiérarchique. L'ensemble de ces facteurs crée un cercle vicieux où la nutrition clinique, bien que reconnue sur le papier comme prioritaire, peine à se traduire en actions effectives et coordonnées au chevet des patients. Comprendre en profondeur ces obstacles et leviers d'amélioration est donc indispensable afin d'orienter les décisions futures en matière de politiques publiques, de formation et d'organisation des services hospitaliers. C'est dans ce contexte qu'est née la présente étude, qui vise à analyser le rôle et l'implication des nutritionnistes en milieu hospitalier au Burkina Faso, tout en identifiant les facteurs qui facilitent ou entravent leur pleine intégration au sein des équipes de soins.

1. Cadre d'analyse et conceptuel

1.1. Cadre d'analyse

Pour appréhender cette problématique de manière rigoureuse, deux cadres d'analyse complémentaires ont été mobilisés à savoir la théorie des parties prenantes de Freeman en 1984 et le modèle systémique de santé de l'OMS.

Le modèle théorique des parties prenantes proposé par Freeman (1984) invite à considérer l'hôpital comme un système au centre duquel gravite une multitude d'acteurs interdépendants. En plus du patient lui-même, de nombreux intervenants tels que médecins, nutritionnistes, responsables administratifs de l'hôpital, bailleurs de fonds ou partenaires techniques, autorités de santé, etc. interagissent avec l'institution et influencent son fonctionnement [\(7\)](#). Chacun de ces acteurs (ou parties prenantes) poursuit ses propres intérêts et exerce un pouvoir d'influence qui peut, en retour, affecter la place et le rôle du nutritionniste au sein de l'organisation hospitalière. Autrement dit, le positionnement du nutritionniste dans l'hôpital résulte en partie des jeux d'influence réciproque entre l'établissement et ses parties prenantes (patients, personnel médical, gestionnaires, tutelles, partenaires externes...), conformément à la perspective de Freeman.

En complément, le modèle systémique de santé de l'OMS met l'accent sur les composantes structurelles du système de santé et leur importance pour l'intégration des professionnels. L'Organisation mondiale de la Santé identifie six éléments constitutifs essentiels d'un système de santé : la gouvernance (leadership), le financement, les ressources humaines en santé, l'approvisionnement en intrants et technologies médicales, les systèmes d'information sanitaire, ainsi que la prestation des services de santé [\(8\)](#). Ces composantes structurelles sont intimement liées et forment le socle sur lequel repose la performance du système hospitalier. Dans le contexte de l'intégration des nutritionnistes, elles conditionnent grandement la marge de manœuvre et l'efficacité de ces derniers. Par exemple, la qualité de la gouvernance hospitalière et le soutien institutionnel donné à la nutrition peuvent favoriser

(ou freiner) l'institutionnalisation du rôle du nutritionniste. De même, le financement disponible (budgets dédiés, appui des partenaires) et les ressources humaines (nombre de nutritionnistes formés, profils de compétences) déterminent si un hôpital peut recruter et maintenir des nutritionnistes dans ses équipes. L'approvisionnement adéquat en produits nutritionnels et la disponibilité d'outils et protocoles facilitent le travail quotidien du nutritionniste, tandis que les systèmes d'information permettent de repérer les patients à risque et d'évaluer les interventions. Ainsi, le modèle de l'OMS fournit une grille de lecture pour examiner comment l'environnement structurel du système de santé burkinabè peut faciliter ou non l'intégration efficace des nutritionnistes.

1.2. Cadre conceptuel

À partir de ces deux approches théoriques complémentaires, un cadre conceptuel adapté au contexte burkinabè a été élaboré pour analyser le rôle et l'implication des nutritionnistes en milieu hospitalier. Ce cadre considère trois niveaux de facteurs influençant l'intégration du nutritionniste : individuel, organisationnel et systémique. Au niveau individuel, les caractéristiques propres au nutritionniste entrent en jeu notamment sa formation académique (nutrition clinique vs. communautaire), ses compétences techniques, sa motivation personnelle et son ancienneté ou expérience professionnelle. Ces atouts ou lacunes individuels peuvent conditionner la confiance que lui accordent les autres soignants et sa capacité à s'affirmer dans l'équipe de prise en charge. Au niveau organisationnel, c'est le fonctionnement interne de l'hôpital et de l'équipe de soins qui importe. Un soutien hiérarchique fort (de la part de la direction et des médecin-chefs), une bonne collaboration interprofessionnelle (intégration du nutritionniste aux réunions cliniques, échanges fluides avec médecins et infirmiers) et la disponibilité d'outils ou protocoles dédiés à la nutrition clinique créent un environnement propice où le nutritionniste peut pleinement jouer son rôle. En revanche, l'absence de protocoles nutritionnels ou le manque de reconnaissance par les autres services limiteraient son impact. Enfin, au niveau systémique, le contexte plus large du système de santé et des politiques publiques encadre l'action du nutritionniste hospitalier. Un cadre réglementaire clair (par exemple des textes définissant les attributions du nutritionniste dans les hôpitaux), l'existence de politiques nationales en nutrition clinique, la disponibilité de ressources financières et matérielles suffisantes, mais aussi la culture de la nutrition dans le pays (c'est-à-dire la priorité accordée à la nutrition dans les agendas de santé, la sensibilisation des décideurs et de la population à l'importance de la nutrition) sont autant de facteurs systémiques qui peuvent faciliter ou entraver l'intégration des nutritionnistes dans les établissements de santé.

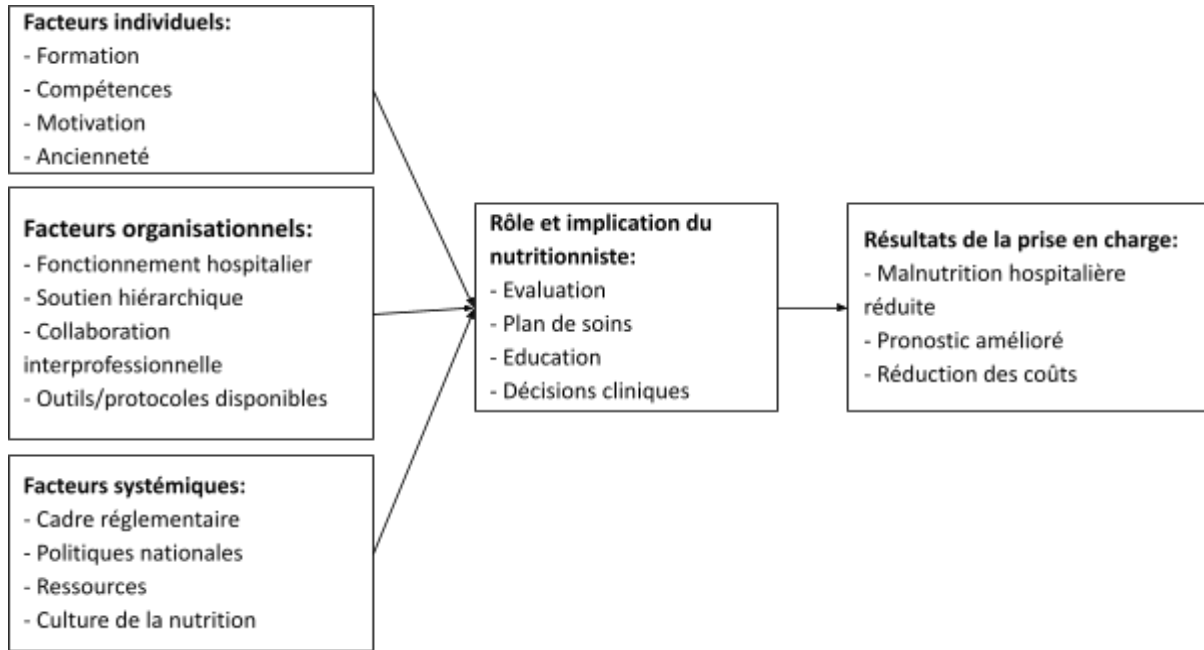


Figure 1 : Cadre conceptuel intégrant les facteurs d'intégration du nutritionniste en milieu hospitalier et leurs effets attendus adapté de la théorie des parties prenantes et la théorie systémique de l'OMS [\(7,8\)](#).

Ce schéma conceptuel résume l'articulation de l'ensemble de ces dimensions. Les facteurs individuels, organisationnels et systémiques convergent et interagissent pour façonner le rôle du nutritionniste au sein de l'hôpital. En pratique, ce rôle et cette implication du nutritionniste se manifestent par des activités telles que l'évaluation de l'état nutritionnel des patients hospitalisés, l'élaboration d'un plan de soins nutritionnel personnalisé, l'éducation nutritionnelle des patients (et éventuellement du personnel soignant), ainsi que la participation aux décisions cliniques multidisciplinaires concernant la prise en charge des cas complexes. À leur tour, l'efficacité et le degré d'implication du nutritionniste influencent directement les résultats de la prise en charge nutritionnelle. Une meilleure intégration du nutritionniste dans l'équipe soignante contribue à un dépistage plus systématique de la malnutrition, à une prise en charge nutritionnelle plus précoce et mieux suivie, ce qui se traduit par une réduction de la malnutrition hospitalière chez les patients. In fine, on peut en attendre une amélioration du pronostic des malades (moins de complications liées à l'état nutritionnel, rétablissement plus rapide) et une réduction des coûts pour l'hôpital et le système de santé, grâce à la diminution des durées d'hospitalisation et des soins liés aux complications. Ce cadre d'analyse global servira de référence pour interpréter les données recueillies, en évaluant dans quelle mesure chacun de ces facteurs est présent ou déficient dans le contexte étudié, et comment ils influencent concrètement le travail et l'impact des nutritionnistes dans les hôpitaux du Burkina Faso.

2. Définition des concepts

2.1. Rôles

Le rôle du nutritionniste en milieu hospitalier désigne l'ensemble des fonctions, responsabilités et missions qu'il assume comme membre de l'équipe de soins. Cela inclut la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés, la planification des menus de la restauration hospitalière, la prévention et l'éducation nutritionnelle, la collaboration pluridisciplinaire, la participation à la politique de nutrition de l'établissement, etc.

2.2. Implication

L'implication du nutritionniste hospitalier signifie le degré d'engagement actif dans le continuum des soins — cela veut dire non seulement appliquer des régimes prescrits, mais aussi être proactif dans la détection des troubles nutritionnels, travailler à l'amélioration des pratiques, former les équipes, contribuer aux politiques internes de nutrition, veiller à la qualité des repas, etc. En bref, ce n'est pas un rôle passif, mais un rôle intégré et dynamique dans tous les aspects liés à la nutrition hospitalière.

2.3. Compétences

Les compétences sont l'ensemble des savoirs, savoir-faire et savoir-être que doit posséder le nutritionniste hospitalier pour remplir efficacement son rôle. Cela recouvre les connaissances scientifiques et cliniques, les techniques de diagnostic et de suivi nutritionnel, les compétences en communication, pédagogie, collaboration interprofessionnelle, ainsi que des qualités humaines (empathie, rigueur, adaptabilité), et la capacité à gérer les contraintes hospitalières (temps, hygiène, ressources, diversité de pathologies).

3. Revue de la littérature

3.1. Concepts et enjeux de la nutrition en milieu hospitalier

3.1.1. Définitions et importance de la nutrition clinique

La nutrition clinique représente un secteur spécialisé de la nutrition, centré sur l'accompagnement des patients souffrant de pathologies aiguës ou chroniques. Son objectif est de proposer des interventions nutritionnelles sur mesure, visant à améliorer le pronostic clinique et à rehausser la qualité de vie des individus en milieu hospitalier [\(9\)](#). La prise en charge nutritionnelle ne se limite pas à l'alimentation orale, qui demeure la méthode privilégiée lorsque cela est réalisable, mais englobe également d'autres modalités plus techniques en fonction de l'état clinique du patient. Ainsi, la nutrition entérale, administrée via une sonde digestive (qu'elle soit naso-gastrique, naso-jéjunale ou par gastrostomie), est

mise en œuvre lorsque le tube digestif fonctionne, mais que l'alimentation orale s'avère insuffisante ou impossible. En revanche, quand le tube digestif présente des défaillances ou qu'il ne peut être utilisé, la nutrition parentérale, administrée directement par voie intraveineuse, est alors instaurée [\(10\)](#).

La nutrition clinique joue un rôle fondamental dans le parcours de soins. Une prise en charge nutritionnelle adaptée aux besoins spécifiques de chaque individu permet de prévenir ou corriger la dénutrition. Elle permet aussi de renforcer les fonctions immunitaires, de préserver la masse musculaire et d'améliorer la tolérance aux traitements médicaux ou chirurgicaux. Par conséquent, elle contribue à réduire le risque de complications infectieuses ou postopératoires, à accélérer le processus de guérison et à écourter la durée d'hospitalisation [\(11\)](#). Selon Kondrup et collaborateurs, l'instauration précoce d'une intervention nutritionnelle personnalisée, fondée sur une évaluation minutieuse de l'état nutritionnel du patient, est corrélée à une diminution significative de la morbidité et de la mortalité en milieu hospitalier. Ce constat met en lumière l'importance d'intégrer la nutrition clinique dès le début de la prise en charge, afin de prévenir les conséquences néfastes de la dénutrition et d'optimiser les réponses aux traitements [\(12\)](#).

3.1.2. Conséquences de la malnutrition chez les patients hospitalisés

La malnutrition en milieu hospitalier constitue un enjeu majeur de santé publique en raison de ses répercussions cliniques, économiques et sociales. Sa prévalence, estimée entre 20 % et 50 % des patients admis (selon les spécialités, les contextes cliniques et les méthodes diagnostiques employées), révèle une réalité préoccupante. Ce phénomène est toutefois souvent sous-estimé, principalement en raison d'un dépistage insuffisant, d'un manque de sensibilisation des professionnels de santé et de l'absence de protocoles standardisés. En l'absence de prise en charge adéquate, la malnutrition peut provoquer une dégradation de l'état général du patient, une diminution de ses capacités fonctionnelles, une augmentation du risque de complications infectieuses ou chirurgicales, ainsi qu'un allongement de la durée d'hospitalisation. Ces conséquences entraînent une hausse considérable de la charge de soins, des coûts d'hospitalisation et du risque de réadmission [\(13–15\)](#). La malnutrition hospitalière engendre par ailleurs des effets cliniques particulièrement alarmants. Elle compromet les fonctions immunitaires, rendant l'organisme plus vulnérable aux infections, notamment nosocomiales, fréquentes en milieu hospitalier. Elle entrave également les mécanismes de cicatrisation des tissus, prolongeant ainsi la convalescence après une intervention chirurgicale ou la guérison d'une plaie. La perte de masse musculaire qui en résulte, s'accompagnant d'une baisse de la force et des capacités fonctionnelles, conduit progressivement à une perte d'autonomie, en particulier chez les sujets âgés ou fragiles. Ces altérations physiologiques allongent la durée de séjour, accroissent les besoins en soins médicaux et paramédicaux, et augmentent le risque de complications graves. À long terme, de tels effets peuvent contribuer à une surmortalité significative, soulignant l'urgence d'une

intervention nutritionnelle précoce et adéquate (16). Une étude multicentrique menée dans plusieurs pays européens a montré que les patients hospitalisés en état de dénutrition demeurent en moyenne 30 % plus longtemps à l'hôpital que ceux dont l'état nutritionnel est jugé satisfaisant (17). De surcroît, les patients souffrant de malnutrition courent un risque nettement accru de réadmission après leur sortie de l'hôpital. Cette vulnérabilité prolongée s'explique en grande partie par une récupération incomplète, une fragilité persistante et une capacité réduite à faire face à de nouvelles agressions physiologiques ou pathologiques, compromettant ainsi la stabilité de leur état de santé à moyen terme (18).

3.1.3. *Importance du nutritionniste en milieu hospitalier*

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une alimentation adéquate revêt une importance capitale pour prévenir la dénutrition, atténuer les complications postopératoires, favoriser la cicatrisation et réduire la durée d'hospitalisation (19). Pourtant, la dénutrition demeure largement sous-estimée et insuffisamment prise en charge, touchant entre 20 % et 50 % des patients hospitalisés en particulier les personnes âgées ainsi que celles atteintes de maladies chroniques ou de cancers. Dans ce contexte, le rôle du nutritionniste s'est progressivement imposé comme un élément clé pour optimiser les parcours de soins et renforcer l'efficacité globale des établissements hospitaliers (14).

Le nutritionniste hospitalier se distingue du diététicien par une formation académique plus approfondie, couvrant des domaines tels que les sciences de la nutrition, la physiopathologie, l'épidémiologie ou encore la recherche clinique. Bien que leurs fonctions puissent parfois se recouper dans la pratique, les compétences du nutritionniste sont généralement plus étendues. Son intervention s'articule autour de plusieurs axes fondamentaux : une évaluation rigoureuse de l'état nutritionnel des patients, l'élaboration de protocoles de prise en charge individualisés, l'éducation nutritionnelle des patients et de leurs familles, ainsi que sa contribution à la politique nutritionnelle de l'établissement. Cela inclut une attention particulière à la qualité et à la pertinence de l'offre alimentaire proposée au sein de l'institution (20).

3.1.4. *Historique et évolution du métier de nutritionniste en milieu hospitalier*

La trajectoire du métier de nutritionniste hospitalier illustre la transformation progressive de la nutrition clinique en une discipline pleinement intégrée et reconnue au sein du système de santé. Pendant longtemps, cette profession a été considérée comme une activité secondaire, essentiellement centrée sur la préparation et la distribution des repas. Toutefois, la nutrition a progressivement acquis une légitimité et une complexité croissantes, devenant un élément stratégique dans le cadre de la prise en charge médicale. Grâce aux avancées en physiopathologie, en métabolisme et en recherche clinique au XXe siècle, le rôle du nutritionniste s'est renforcé, contribuant ainsi au traitement, à la prévention des complications et à l'amélioration du pronostic des patients hospitalisés (21).

Au début du XXe siècle, la gestion nutritionnelle au sein des établissements hospitaliers était encore rudimentaire, se limitant souvent à une simple distribution de repas, sans véritable fondement scientifique ni considération des besoins individuels des patients. Ce n'est qu'avec les avancées significatives en biochimie et physiopathologie, notamment après la Seconde Guerre mondiale, que le lien entre nutrition et santé a commencé à être clairement établi et intégré dans les pratiques cliniques [\(22\)](#).

Entre les décennies de 1950 et 1970, les premières unités de nutrition clinique ont vu le jour dans les hôpitaux d'Amérique du Nord et d'Europe. Ce qui marque ainsi un tournant majeur de l'intégration de la nutrition au sein des soins hospitaliers. Simultanément, la profession a commencé à se structurer de manière plus cohérente : les rôles des spécialistes en nutrition se sont diversifiés, répondant à des exigences de plus en plus complexes dans la prise en charge des patients [\(12\)](#).

3.1.5. Rôle et implication des nutritionnistes en milieu hospitalier

La nutrition représente un élément essentiel pour le maintien de la santé, la prévention des maladies et le soutien aux traitements, notamment dans les établissements hospitaliers où les patients sont souvent confrontés à une vulnérabilité nutritionnelle significative. Dans ce cadre, l'alimentation ne doit pas être perçue comme un simple adjuvant aux soins médicaux, mais plutôt comme un véritable levier thérapeutique. C'est dans cette logique que s'inscrit le rôle du nutritionniste hospitalier, dont l'expertise réside dans l'évaluation, la conception et le suivi individualisé des interventions nutritionnelles, en étroite synergie avec les équipes médicales et paramédicales.

❖ Rôle central du nutritionniste hospitalier

Le nutritionniste exerçant en milieu hospitalier occupe une fonction essentielle dans l'organisation des soins. Son intervention est cruciale, particulièrement dans la prévention, le dépistage précoce et la gestion de la dénutrition, une problématique fréquemment rencontrée chez les patients hospitalisés, en particulier chez les personnes âgées ou celles souffrant de pathologies chroniques [\(23\)](#). Sa mission ne se résume pas à la simple conception de régimes alimentaires mais il fait recours à une approche holistique et personnalisée qui prend en considération l'état clinique, des besoins métaboliques et des comorbidités du patient [\(24,25\)](#). Cette démarche repose sur une évaluation nutritionnelle détaillée, intégrant des paramètres anthropométriques, biologiques et fonctionnels, ainsi qu'une surveillance régulière de l'état nutritionnel et des ajustements thérapeutiques constants.

De nombreuses études récentes confirment que l'intégration d'un nutritionniste au sein des équipes soignantes favorise une détection plus efficace des risques nutritionnels et permet une intervention plus rapide et plus ciblée. Il en résulte une réduction de la durée d'hospitalisation et un abaissement des taux de mortalité [\(16,26\)](#). Par ailleurs, le nutritionniste joue un rôle déterminant dans l'éducation thérapeutique des patients. En

collaboration avec les équipes médicales et paramédicales, il sensibilise les malades ainsi que leurs familles à l'importance d'une alimentation adaptée dans le processus de guérison. Cette éducation nutritionnelle encourage l'adoption de bonnes pratiques alimentaires, améliore l'observance des traitements et contribue à limiter les risques de récurrence ou de réadmission après la sortie de l'hôpital [\(27\)](#).

❖ Domaines d'interventions du nutritionniste hospitalier

Le nutritionniste hospitalier remplit une mission essentielle et multidisciplinaire tout au long du parcours de soins du patient. Son action s'inscrit dans une approche conjuguant des objectifs curatifs, préventifs et éducatifs, afin d'optimiser l'état nutritionnel des individus, de prévenir les complications liées à la dénutrition et d'améliorer le pronostic clinique. Intervenant à l'interface de multiples disciplines (médicales, paramédicales et logistiques), il garantit une prise en charge nutritionnelle cohérente et personnalisée.

➤ Évaluation de l'état nutritionnel

Dès l'entrée du patient, le nutritionniste entreprend une évaluation nutritionnelle exhaustive, visant à identifier de manière précoce les éventuels troubles nutritionnels. Ce processus repose sur une analyse multidimensionnelle intégrant divers paramètres : anthropométriques (tels que le poids, la taille et l'indice de masse corporelle), biologiques (incluant des indicateurs comme l'albumine, la protéine C-réactive et la préalbumine), cliniques (comme la perte musculaire et les apports alimentaires récents), et, dans certains cas, fonctionnel. Pour objectiver le risque nutritionnel et guider les choix cliniques, des outils validés tels que le Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) ou l'évaluation globale subjective (SGA) sont mis en œuvre [\(12,28\)](#).

➤ Élaboration d'une prise en charge nutritionnelle individualisée

Sur la base de l'évaluation initiale, le nutritionniste élabore un plan de soins nutritionnels individualisé, en tenant compte des pathologies du patient, des traitements en cours, de ses capacités d'ingestion ainsi que de ses préférences alimentaires. Ce plan peut inclure différentes modalités de soutien nutritionnel, telles que [\(29\)](#) : une alimentation orale enrichie ; une nutrition entérale par sonde naso-gastrique ou gastrostomie ; ou encore une nutrition parentérale lorsque la fonction intestinale est non opérationnelle. Il importe par ailleurs de réévaluer régulièrement les apports nutritionnels afin de les ajuster aux évolutions cliniques, biologiques et métaboliques du patient.

➤ Lutte contre la dénutrition

La dénutrition constitue un défi majeur dans les hôpitaux, touchant entre 30 % et 60 % des patients selon le service concerné notamment en oncologie, en soins intensifs ou en gériatrie [\(30\)](#). Ce phénomène est associé à une morbidité accrue, à un allongement des séjours hospitaliers, ainsi qu'à des coûts supplémentaires pour le système de santé. Dans ce contexte, le nutritionniste, en collaboration avec les médecins, occupe une fonction

essentielle dans le dépistage précoce de la dénutrition, l'instauration d'interventions spécifiques et l'évaluation de l'efficacité des stratégies nutritionnelles mises en œuvre. De nombreuses recherches ont démontré que des interventions nutritionnelles précoces peuvent contribuer à diminuer les taux d'infections nosocomiales, à réduire les complications postopératoires et même à abaisser la mortalité [\(31\)](#).

➤ Éducation nutritionnelle et accompagnement thérapeutique

Au-delà de sa fonction clinique, le nutritionniste joue également un rôle fondamental dans l'éducation des patients ainsi que de leurs familles. Il s'engage activement dans les programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), en particulier dans le contexte de maladies chroniques telles que [\(32\)](#) :

- le diabète de type 1 ou 2 ;
- l'insuffisance rénale chronique ;
- les maladies cardiovasculaires ;
- les maladies métaboliques ;
- les troubles digestifs chroniques.

Cette démarche d'accompagnement a pour objectif d'optimiser l'adhésion des patients à leur traitement, d'accroître leur autonomie, et de prévenir les risques de rechute après leur sortie de l'hôpital.

➤ Coordination interprofessionnelle

Le nutritionniste collabore étroitement avec l'ensemble des professionnels de santé. Il participe activement aux réunions de concertation pluridisciplinaire, notamment dans les services de cancérologie, de soins intensifs ou de médecine interne. Son apport repose sur une évaluation globale de l'état nutritionnel du patient, permettant de fournir une expertise pointue en matière de métabolisme, d'équilibre hydro-électrolytique et de besoins énergétiques [\(33\)](#).

➤ Contribution à la gestion de la restauration hospitalière

La restauration des patients hospitalisés fait partie du rôle du nutritionniste. Il veille à ce que les menus soient conformes aux recommandations nutritionnelles en vigueur, tout en adaptant les textures et en tenant compte de régimes particuliers. Son implication peut également s'étendre à l'élaboration de stratégies visant à réduire le gaspillage alimentaire et à promouvoir un équilibre nutritionnel adéquat au sein de l'hôpital [\(34\)](#).

3.2. Contexte de la nutrition hospitalière au Burkina Faso

3.2.1. *État des lieux de la malnutrition en milieu hospitalier*

La malnutrition dans les établissements de santé représente un défi de santé publique significatif au Burkina Faso, affectant de manière disproportionnée les enfants de moins de cinq ans. Une étude rétrospective menée à l'Hôpital Saint Camille de Ouagadougou entre 2007 et 2017 a mis en lumière une prévalence de 82,23 % pour l'émaciation chez les jeunes enfants hospitalisés avec plus de la moitié qui présentait des formes sévères de malnutrition. Par ailleurs, 50,27 % des enfants présentaient un retard de croissance, tandis que 87,92 % étaient affectés par une insuffisance pondérale. Les complications cliniques les plus fréquemment observées incluent la diarrhée (47,40 %) et la fièvre (58,11 %), illustrant la fragilité immunitaire causée par la dénutrition [\(35\)](#).

De plus, une autre recherche impliquant 1 573 enfants hospitalisés à Ouagadougou a mis en lumière une corrélation significative entre l'insuffisance pondérale à l'admission et la mortalité intra-hospitalière, évaluée à 15,3 %. Les enfants souffrant de malnutrition sévère étaient particulièrement vulnérables, affichant un risque de décès considérablement accru, ce qui met en exergue la gravité des répercussions cliniques liées à la dénutrition pédiatrique dans les établissements de santé burkinabè [\(36\)](#).

La dénutrition représente également une problématique préoccupante chez les adultes hospitalisés. Une étude effectuée au CHUSS a mis en lumière une prévalence significative de la dénutrition, estimée à 61,7 % selon l'outil de dépistage Nutritionnel Risk Screening 2002 (NRS-2002), et à 45,8 % selon les critères diagnostiques du Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM). Chez les patients identifiés, la prévalence de la dénutrition sévère était de 87,8 % et était plus marquée chez les individus âgés de 60 ans et plus, indiquant une vulnérabilité accrue des personnes âgées face aux agressions nutritionnelles en milieu hospitalier [\(37\)](#).

Malgré l'importance de ce problème, la réponse thérapeutique reste largement insuffisante : seulement 28,6 % des patients identifiés comme dénutris ont bénéficié d'une prescription nutritionnelle appropriée. Ce manque de prise en charge nutritionnelle souligne une faible intégration de l'approche nutritionnelle dans les protocoles cliniques habituels. Ce qui met en évidence la nécessité de renforcer les compétences des équipes soignantes en matière de dépistage, d'évaluation et d'interventions nutritionnelles. De plus, cette situation soulève des inquiétudes quant à l'absence de protocoles systématiques et de ressources spécialisées, telles que des équipes de nutrition clinique, au sein des établissements hospitaliers [\(37\)](#).

3.2.2. *Facteurs aggravants et défis de la prise en charge nutritionnelle au Burkina Faso*

La prise en charge de la dénutrition dans les établissements hospitaliers du Burkina Faso fait face à une multitude de défis d'ordre structurel, organisationnel et socio-économique qui

compromettent l'efficacité des actions nutritionnelles. Parmi les obstacles majeurs, on note la faiblesse du système de santé, particulièrement en ce qui concerne le personnel qualifié. En effet, le pays ne compte en moyenne qu'un médecin et cinq infirmiers pour 10 000 habitants, un chiffre nettement inférieur aux normes préconisées par l'Organisation mondiale de la santé [\(38\)](#). Cette insuffisance en ressources humaines entrave considérablement la capacité des structures de santé à intégrer la nutrition dans leurs pratiques cliniques, notamment en matière de dépistage, de prise en charge personnalisée et de suivi nutritionnel. Par ailleurs, les déterminants sociaux et économiques aggravent la vulnérabilité nutritionnelle des patients. La pauvreté persistante, l'insécurité alimentaire chronique, les coûts de santé supportés par les ménages et l'accès limité à des soins de qualité constituent autant d'obstacles à une alimentation adéquate, y compris durant les périodes d'hospitalisation [\(39\)](#). Dans ce cadre, de nombreux patients admis en milieu hospitalier se présentent déjà avec un état nutritionnel dégradé, et le manque de soutien nutritionnel au sein des hôpitaux contribue à la détérioration de leur état clinique.

3.2.3. *Politique nationale multisectorielle de nutrition du Burkina Faso* [\(40,41\)](#)

La Politique Nationale Multisectorielle de nutrition (PNMN) pour la période 2020-2029 repose sur une démarche intégrée, combinant des interventions ciblées sur la nutrition, telles que la gestion de la malnutrition et des actions sensibles à la nutrition. Ces dernières englobent divers domaines, incluant la santé maternelle et infantile ainsi que l'éducation à la santé.

➤ Objectifs et orientation stratégique

Dans le domaine de la santé, la PNMN se fixe pour objectif principal d'améliorer l'état nutritionnel des populations, en mettant l'accent sur les femmes, les enfants et les groupes vulnérables. Pour atteindre cet objectif, elle encourage la mise en œuvre d'interventions sanitaires renforcées, ancrées dans une logique multisectorielle. Cette approche repose sur l'idée que les seules actions menées au sein du secteur de la santé ne suffisent pas à résoudre de manière durable les problématiques nutritionnelles. Il est donc impératif d'établir une synergie avec d'autres secteurs essentiels tels que l'agriculture, l'eau, l'hygiène et la protection sociale.

➤ Principales interventions en nutrition dans le secteur de la santé

Le domaine de la santé déploie plusieurs actions significatives dans le cadre de la Politique nationale multisectorielle de nutrition, contribuant ainsi à l'amélioration de l'état nutritionnel des populations :

- prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) : cette stratégie qui a été mise en œuvre à l'échelle nationale s'appuie sur un protocole intégré aux services de

santé. Un taux de guérison en ambulatoire de 91,7 % a été enregistré en 2018, ce qui témoigne de l'efficacité des soins prodigués ;

- promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) : des initiatives communautaires, telles que les Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE (GASPA), ont été instaurées pour encourager l'allaitement maternel exclusif et l'introduction d'une alimentation complémentaire adéquate. Un plan d'expansion progressive de ces programmes est prévu jusqu'en 2025 ;
- prévention des carences en micronutriments : le ministère de la Santé organise régulièrement des campagnes de supplémentation en vitamine A, en fer et en acide folique, ciblant principalement les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Parallèlement, le pays s'investit dans la fortification des aliments de base, en enrichissant par exemple les huiles en vitamine A et les farines en fer et en acide folique ;
- renforcement de la santé maternelle et néonatale : des interventions telles que les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, la planification familiale, le contact peau à peau et l'allaitement précoce, ainsi que l'amélioration de la qualité des consultations prénatales, figurent parmi les priorités visant à optimiser les résultats nutritionnels ;
- prévention des maladies non transmissibles (MNT) liées à la nutrition : le système de santé mène également des campagnes de sensibilisation sur les effets néfastes de la malnutrition chronique, de l'obésité, du diabète et des maladies cardiovasculaires, contribuant ainsi à lutter contre la « double charge » de malnutrition (coexistence de la sous-nutrition et des surcharges pondérales).

➤ Le renforcement des capacités et des mécanismes de coordination

La réussite des interventions nutritionnelles dépend de la disponibilité de ressources adéquates, d'une coordination efficace et de la levée de certaines contraintes structurelles :

- ressources humaines : le ministère de la Santé s'est doté d'une Direction de la nutrition mobilisant des professionnels spécialisés, notamment des nutritionnistes, des médecins et des pharmaciens en santé publique. Néanmoins, l'absence de nutritionnistes dans les structures sanitaires de base, conjuguée à la mobilité du personnel formé, limite la continuité et l'efficacité des services nutritionnels à tous les niveaux du système de santé ;
- ressources financières : bien que le budget de l'État burkinabè prévoie une ligne dédiée à l'acquisition d'intrants nutritionnels, le financement des interventions reste largement tributaire de l'appui des partenaires techniques et financiers, ce qui compromet la durabilité des programmes ;

- cadre de coordination : la coordination stratégique est assurée par le Conseil National de Concertation en Nutrition, tandis que la mise en œuvre technique est supervisée par le Secrétariat Technique chargé de la Nutrition. Ces instances facilitent l'harmonisation des actions entre les différents acteurs impliqués, tant au sein du secteur de la santé que dans les secteurs connexes.

➤ Les principaux défis à relever

Malgré les progrès accomplis, plusieurs obstacles continuent d'entraver l'efficacité des politiques nutritionnelles :

- une couverture insuffisante des services de nutrition communautaire ;
- un manque de personnel qualifié, notamment en nutrition humaine et diététique ;
- des carences en équipements et en approvisionnement en intrants nutritionnels ;
- une coordination intersectorielle perfectible, limitant l'intégration des interventions ;
- une capacité de suivi et d'évaluation des actions mise en œuvre qui demeure faible.

Ce constat souligne le rôle stratégique que doit jouer le système de santé dans l'amélioration de la nutrition au Burkina Faso. Il met également en évidence l'urgence de renforcer les capacités institutionnelles, les ressources humaines, la coordination multisectorielle et le financement, afin d'assurer l'impact et la pérennité des interventions nutritionnelles.

4. Question de recherche, hypothèses et objectifs

4.1. Question de recherche

Dans un contexte où la nutrition clinique représente un enjeu crucial pour la qualité des soins dans les établissements hospitaliers, il est fondamental de mieux appréhender le rôle et l'engagement des professionnels chargés de sa mise en œuvre. Ainsi, la question centrale de cette étude se formule comme suit : quel est le rôle et le niveau d'implication des nutritionnistes dans la prise en charge nutritionnelle des patients au sein des hôpitaux au Burkina Faso ?

4.2. Hypothèses

Pour cette recherche, les hypothèses suivantes ont été élaborées afin d'explorer le rôle et le niveau d'implication réel des nutritionnistes dans la gestion nutritionnelle des patients hospitalisés au Burkina Faso.

H1 : Les nutritionnistes occupent un rôle embryonnaire dans la prise en charge des patients hospitalisés en raison d'une faible intégration dans l'organisation et la prestation des soins, et de leur effectif limité.

H2 : Le renforcement de la coordination interprofessionnelle à travers des réunions de concertation pluridisciplinaires incluant le nutritionniste améliorerait l'intégration et l'efficacité de leur action.

H3 : La perception qu'ont les autres professionnels de santé du rôle du nutritionniste influence directement son degré d'implication dans les décisions cliniques liées à la nutrition.

4.3. Objectifs

4.3.1. *Objectif général*

Dans un contexte de renforcement des systèmes de santé, il est impératif de s'interroger sur la position des professionnels de la nutrition au sein des établissements de soins. Cette étude a donc pour objectif d'analyser le rôle et le niveau d'implication des nutritionnistes dans la prise en charge nutritionnelle des patients au sein des hôpitaux au Burkina Faso.

4.3.2. *Objectifs spécifiques*

Spécifiquement, il s'est agi de :

OS1 : Décrire le rôle des nutritionnistes dans la prise en charge nutritionnelle des patients ;

OS2 : Déterminer le niveau d'implication des nutritionnistes dans l'organisation et l'offre de soins en milieu hospitalier ;

OS3 : Identifier les défis auxquels les nutritionnistes sont confrontés dans l'exercice de leurs fonctions ainsi que les opportunités pour renforcer leur impact en milieu hospitalier.

5. Méthodologie

5.1. Sites de l'étude

L'enquête a été menée au sein des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et Régionaux (CHR). Elle s'est concentrée particulièrement sur les établissements qui emploient au moins un(e) nutritionniste et/ou qui disposent d'une unité ou d'un service spécifiquement dédié à la nutrition. Ce critère d'inclusion a été établi afin d'assurer la pertinence des données recueillies, tout en garantissant une représentativité nationale des réalités observées sur le terrain.

Le système de santé du Burkina Faso est organisé en plusieurs niveaux de référence, comprenant les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), les Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale (CMA) et les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS). Néanmoins, l'intégration des nutritionnistes au sein de ces divers niveaux reste inégale. Ainsi, l'étude a favorisé les structures de niveau secondaire et tertiaire (CHU, CHR et certains CMA), où la présence de nutritionnistes est plus courante et où la prise en charge est davantage institutionnalisée.

Cette approche géographique étendue a permis de prendre en compte la diversité des contextes sanitaires et organisationnels selon les régions, tout en intégrant les disparités existantes en matière de ressources, de gouvernance et de fonctionnement des établissements hospitaliers.

La collecte des données secondaires s'est déroulée uniquement au CHUSS de Bobo-Dioulasso. Ce choix repose sur le fait que c'est le seul hôpital qui dispose de l'intégralité des spécialités médicales nécessaires à la prise en charge des patients et du plus grand nombre de nutritionnistes en poste depuis au moins cinq ans.

Le CHUSS est situé à Bobo-Dioulasso, capitale économique du Burkina Faso. Selon le rapport du cinquième recensement général de la population et de l'habitat en 2019, la population de cette ville était estimée à 984 603 habitants [\(42\)](#).

Au CHUSS, l'enquête a été réalisée au sein des départements de pédiatrie, de médecine et de chirurgie. Le CHUSS occupe une position de niveau tertiaire dans la hiérarchie de la pyramide des soins. Il constitue le principal centre de référence pour la région des Hauts-Bassins et dessert également plusieurs zones environnantes, notamment la Boucle du Mouhoun, les Cascades et le Sud-Ouest. Sa zone d'attractions couvre quinze provinces et cent trois communes.

Le transport des patients référés ou évacués est pris en charge par divers services d'urgence, tels que les sapeurs-pompiers, l'Ordre de Malte et Burkina Secours. Il y a aussi le SAMU-Urgences Burkina qui appuie la prise en charge préhospitalière et les évacuations médicalisées vers le CHUSS. De plus, l'établissement reçoit aussi des patients en provenance des zones frontalières du Mali et de la Côte d'Ivoire.

Sur le plan organisationnel, le CHUSS compte environ 593 lits et plus de 1100 agents. Il est structuré en 6 départements médicaux et en services de soutien. Il comprend notamment :

- le département de chirurgie ;
- le département de médecine ;
- le département de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, englobant les services de gynécologie, d'obstétrique et de médecine de la reproduction ;
- le département de pédiatrie, qui regroupe les services d'urgences pédiatriques, d'hospitalisation, de néonatalogie ainsi que le Centre de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle (CREN) ;
- le département de pharmacie, responsable de l'approvisionnement, de la dispensation, de la préparation/stérilisation, de l'assurance qualité et de la pharmacovigilance ;

- le département des laboratoires, qui inclut les unités de biochimie, bactériologie, hématologie, sérologie immunologie, bactériologie, hématologie et parasitologie ;
- enfin, le service de radiodiagnostic et d'imagerie médicale.

5.2. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale de nature quantitative et qualitative à visée descriptive et analytique. Elle s'est déroulée du 10 mai au 21 juin 2025.

5.3. Population d'étude

5.3.1. *Nutritionnistes*

Pour l'enquête quantitative, les nutritionnistes exerçant au sein des établissements des CHU/CHR du Burkina Faso ont constitué les cibles directes de cette étude. Ils ont été interrogés sur leurs rôles, leurs responsabilités, leurs conditions de travail, ainsi que sur leur niveau d'implication dans les soins nutritionnels et les processus décisionnels au sein des structures hospitalières.

❖ Critères d'inclusion :

- avoir été en fonction dans l'établissement hospitalier au moment de l'enquête ;
- justifier d'au moins six mois d'expérience dans le poste occupé.

5.3.2. *Acteurs clés*

Pour l'enquête qualitative, les cibles étaient les personnels clés de l'encadrement hospitalier, à savoir les chefs de service ou leurs intérimaires des départements cliniques de pédiatrie, médecine, et de chirurgie.

5.4. Echantillonnage

Deux approches complémentaires ont été mobilisées pour la sélection des participants :

5.4.1. *Calcul de la taille des nutritionnistes enquêtés*

Pour l'enquête quantitative auprès des nutritionnistes : une inclusion exhaustive des nutritionnistes a été retenue : l'ensemble des professionnels de la nutrition en poste dans les structures ciblées ont été systématiquement enquêtés, en raison de leur nombre limité et de leur rôle central dans le cadre de cette étude.

5.4.2. *Acteurs clés*

Pour l'enquête qualitative : un échantillonnage raisonné a été retenu pour sélectionner les acteurs clés concernés. Seuls les chefs de service des unités de soins concernées par les activités de nutrition clinique ont été inclus dans l'étude. Cette sélection visait à recueillir

leur perception sur le rôle et le niveau d'implication des nutritionnistes dans la prise en charge nutritionnelle des patients au sein de leur service.

5.5. Variables étudiées

➤ Variable dépendante :

Le rôle et le niveau d'implication du nutritionniste dans la prise en charge.

➤ Variables indépendantes :

- caractéristiques individuelles : formation, expérience, motivation ;
- environnement de travail : matériel disponible, effectif, reconnaissance du poste ;
- structure organisationnelle : existence d'un service de nutrition, participation à la prise de décision ;
- compétences : les connaissances autodéclarées des nutritionnistes selon les spécialités ;
- perceptions des autres professionnels : utilité perçue, fréquence des interactions.

5.6. Outils de collecte et recueil des données

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, une approche méthodologique mixte a été adoptée, combinant des techniques quantitatives et qualitatives. Cette combinaison a permis de croiser les perceptions, les pratiques professionnelles et les dynamiques organisationnelles observées sur le terrain.

❖ Questionnaire structuré (approche quantitative)

Un questionnaire électronique a été distribué aux nutritionnistes travaillant au sein des établissements hospitaliers publics. Cet instrument a permis de collecter des données normalisées concernant plusieurs aspects, notamment :

- leur profil sociodémographique et professionnel incluant leur formation, leur ancienneté ainsi que les fonctions qu'ils occupent ;
- leur niveau d'implication dans les soins nutritionnels ;
- les ressources disponibles (équipements, matériel, outils) ;
- les contraintes rencontrées dans l'exercice de leurs fonctions ;
- leurs besoins en matière de renforcement de capacités.

❖ Guide d'entretien semi-directif (approche qualitative)

Des entretiens semi-directifs ont été menés avec des responsables des services cliniques, que ce soit en présentiel ou par le biais de plateformes numériques, en fonction des

contraintes d'accès. Ces discussions ont offert l'opportunité d'examiner la perception qu'ont les professionnels du rôle des nutritionnistes, leur degré d'intégration au sein des équipes de soins. Aussi, elles ont permis de faire un état sur les conditions dans lesquelles les nutritionnistes exercent ainsi que leur implication dans la prise en charge nutritionnelle des patients. L'analyse a également porté sur les dynamiques de coordination interprofessionnelle, la présence de protocoles nutritionnels, les obstacles entravant leur implication effective, ainsi que les suggestions d'amélioration formulées pour renforcer leur rôle au sein des établissements hospitaliers.

5.7. Analyse des données

❖ Données quantitatives

Les données issues des questionnaires ont été saisies sur Microsoft Excel, puis analysées à l'aide du logiciel Stata 16. L'analyse a comporté trois niveaux :

- descriptif : calcul des fréquences, proportions, moyennes et écarts-types selon le type de variable.
- multivarié : un traitement plus poussé a été réalisé pour explorer l'association entre certaines variables : notamment, une régression logistique pénalisée a été utilisée pour examiner le lien entre le sentiment d'implication institutionnelle déclaré par les nutritionnistes et leur niveau de compétence perçu dans divers domaines cliniques (cardiologie, néphrologie, neurologie, chirurgie, oncologie). Les résultats ont été exprimés en Odds Ratios avec intervalles de confiance à 95 %.

Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux, graphiques en barres ou en secteurs.

❖ Données qualitatives

Les entretiens ont été minutieusement transcrits et soumis à une analyse thématique par le biais d'un codage manuel. Les thèmes explorés ont inclus la perception du rôle des nutritionnistes, leurs conditions de travail, les obstacles auxquels ils font face, les leviers d'amélioration possibles, ainsi que leur intégration au sein des équipes.

Par ailleurs, une triangulation des données quantitatives et qualitatives a été effectuée afin de confronter et de croiser les résultats obtenus. Des citations pertinentes ont été intégrées dans le but de renforcer l'analyse.

5.8. Considérations éthiques

Pour assurer le respect des normes éthiques inhérentes à cette étude, une demande formelle a été soumise au responsable principal de l'établissement de santé concerné, qui a émis un avis favorable. Par la suite, la méthodologie ainsi que les outils de collectes de données ont été exposés aux responsables des départements visés, dans le but d'obtenir leur

validation. Au cours des entretiens, une attention particulière a été accordée à la garantie du consentement éclairé des participants, ainsi qu'à la protection des données recueillies. L'anonymat de chaque participant a été rigoureusement préservé.

Toutes les informations recueillies ont été exclusivement destinées aux objectifs de cette recherche.

6. Résultats

6.1. Nutritionnistes enquêtés

6.1.1. Répartition des nutritionnistes par hôpital

Au total, l'étude a porté sur 23 nutritionnistes exerçant en milieu hospitalier répartis comme suit :

Tableau 1 : répartition des nutritionnistes par CHU/CHR

Etablissements de Santé	Nombre de nutritionnistes
CHU Yalgado Ouedraogo	1
CHU de Bogodogo	1
CHU de Tengandogo	1
CHU Sourou Sanou	2
CHUR de Ouahigouya	1
CHR de Tenkodogo	3
CHR de Fada	2
CHR Ziniaré	1
CHR de Dédougou	2
CHR de Koudougou	3
CHR de Kaya	3
CHR de Banfora	1
CHR de Gaoua	2

Les nutritionnistes interrogés exerçant au sein de Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), représentaient 69,6 % de l'échantillon (n = 16). Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) regroupaient, quant à eux, 30,4 % des répondants (n = 7).

6.1.2. *Caractéristiques sociodémographiques des nutritionnistes*

5.1.2.a. *Âge*

L'âge moyen des nutritionnistes interrogés était de 35,56 avec un écart type de 3,51 ans. L'âge le plus bas observé était de 28 ans, tandis que l'âge le plus élevé était de 41 ans.

5.1.2.b. *Sexe*

La population étudiée était constituée de 18 femmes représentant 78,3 % de l'échantillon, contre 5 hommes, soit 21,7 %.

6.1.3. *Caractéristiques socioprofessionnelles*

5.1.3.a. *Formation académique*

Comme l'illustre le tableau 2, 18 nutritionnistes, soit 78,3 %, ont suivi une formation universitaire en nutrition communautaire. Par ailleurs, 4 participants, représentant 17,4 %, ont été formés dans le domaine de l'agroalimentaire, tandis qu'un seul répondant a acquis une formation en nutrition clinique. Concernant les diplômes, 22 participants (95,7 %) détiennent un Master, et un seul répondant possède un diplôme de niveau doctoral.

Tableau 2 : Formation académique des nutritionnistes

Catégorie	Effectif (n=23)
Cursus universitaire	
Nutrition communautaire	18
Agroalimentaire	4
Nutrition clinique	1
Diplôme élevé obtenu en nutrition	
Master	22
Doctorat	1

5.1.3.b. *Années d'expériences professionnelles*

L'analyse de l'expérience professionnelle des participants à l'étude révèle une prédominance des professionnels ayant moins de 5 ans d'expérience (n = 13), ce qui témoigne d'une population globalement jeune sur le plan professionnel. Les nutritionnistes ayant entre 5 et

10 ans d'expérience constituent une proportion significative, bien que moins élevée ($n = 9$), tandis qu'une unique participante affiche plus de 10 ans d'expérience ($n = 1$). La médiane d'expérience s'établit à 4 ans, tandis que la moyenne, légèrement supérieure (5,61 ans).

6.1.4. Environnement de travail des nutritionnistes

5.1.4.a. Service d'affectation

En ce qui concerne les services d'affectation, les résultats révèlent que 60,9 % des nutritionnistes travaillent en pédiatrie. La médecine interne se classe au deuxième rang, avec 21,7 % des répondants, suivie par d'autres services non spécifiés avec une proportion de 13,0 %, et 4,3 % étaient affectés en gynécologie, comme le montre la figure 1.

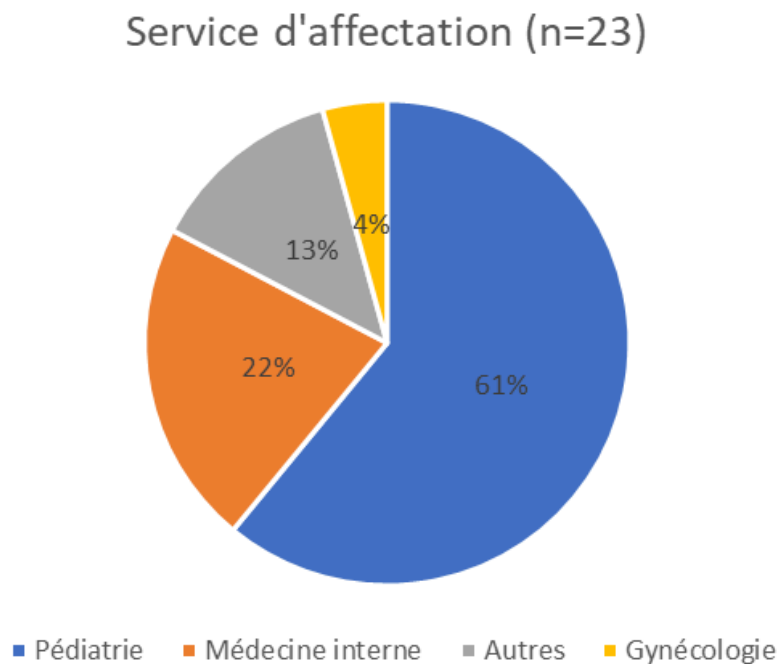


Figure 2 : Services d'affectation des nutritionnistes

5.1.4.b. Disponibilité du matériel de travail et des outils de suivi nutritionnel

Les résultats de l'analyse de la disponibilité du matériel de travail et des outils de suivi des paramètres nutritionnels sont présentés dans le tableau 3 ci-dessous. En ce qui concerne l'aménagement des CHU/CHR, 52,2 % n'ont pas un espace spécifiquement dédié à la prise en charge nutritionnelle, tandis que 47,8 % en possèdent un.

Pour ce qui est du matériel anthropométrique, la balance pédiatrique est présente dans 78,3 % des structures, contre 21,7 % qui n'en sont pas équipées. La balance pour adultes est encore plus répandue, avec un taux de disponibilité de 91,3 %, seuls 8,7 % des établissements étant dépourvus de cet équipement. La toise, essentielle pour l'évaluation de

la taille, est accessible dans 82,6 % des cas, alors que 17,4 % des structures ne possèdent pas cet outil de mesure.

En revanche, l'utilisation de logiciels spécialisés pour le suivi et la collecte des données nutritionnelles demeure très marginale : seuls 13,0 % des répondants affirment en faire usage, contre 87,0 % qui n'en disposent pas.

Tableau 3 : Disponibilité des équipements et des outils de suivi nutritionnel

Élément évalués	Oui n (%)	Non n (%)
Espace dédié à la nutrition	11 (47,8)	12 (52,2)
Balance pédiatrique	18 (78,3)	5 (21,7)
Balance adulte	21 (91,3)	2 (8,7)
Toise	19 (82,6)	4 (17,4)
Logiciel de suivi/collecte	3 (13,0)	20 (87,0)

6.1.5. Implication des nutritionnistes dans la prise en charge

5.1.5.a. Principales pathologies prises en charge par les nutritionnistes

Le tableau 4 ci-dessous illustre les principales pathologies prises en charge par les nutritionnistes. La dénutrition des enfants est mentionnée par 87 % des participants, suivie des maladies chroniques telles que le diabète et l'hypertension artérielle, rapportées par 52,2 % des répondants. Les pathologies chirurgicales, quant à elles, sont moins fréquemment signalées, avec seulement 21,7 % des réponses.

Tableau 4 : Principales pathologies prises en charge par les nutritionnistes (N = 23)

Pathologies prises en charge	Nombre de nutritionnistes	Pourcentage
Dénutrition des enfants	20	87
Pathologies chroniques (diabète, hypertension...)	12	52,2
Pathologies chirurgicales	5	21,7

5.1.5.b. Types de soins dispensés par les nutritionnistes

Le tableau 5 ci-dessous présente les résultats relatifs aux différents types de soins dispensés par les nutritionnistes :

Tableau 5 : Types de soins dispensés par les nutritionnistes

Types de soins	Effectif (N= 23)	Pourcentage
Soins promotionnels	20	87,0
Soins préventifs	18	78,3
Soins curatifs		
Diagnostic	7	30,4
Prise en charge	22	95,7
Soins de réhabilitation	3	13,0

En ce qui concerne les types de soins offerts par les nutritionnistes au sein des CHU et CHR du Burkina Faso, les résultats relèvent une forte implication dans les soins promotionnels et préventifs. En effet, 87,0 % des répondants (n = 20) affirment mener des activités de sensibilisation à la nutrition, et 78,3 % (n = 18) s'engagent dans des soins préventifs.

Les soins curatifs représentent également une part significative de leur pratique, bien que la participation varie selon la nature de l'intervention. Ainsi, 30,4 % (n = 7) des nutritionnistes participent à l'établissement du diagnostic nutritionnel des patients, tandis que 95,7 % (n = 22) font la prise en charge. En revanche, les soins de réhabilitation sont beaucoup moins fréquents : seuls 13,0 % des nutritionnistes affirment y participer.

5.1.5.c. Participation aux réunions

Concernant leur participation aux réunions au sein des établissements hospitaliers, seulement 17,4 % des nutritionnistes y assistent régulièrement. Pour 39,1 % d'entre eux, on note de manière moins soutenue une présence occasionnelle, rare pour 21,7 % et inexistante pour 21,7 %.

5.1.5.d. Sentiment d'être impliqué dans les décisions thérapeutiques

Interrogés sur leur niveau d'implication au sein de leur structure, 60,9 % des nutritionnistes se déclarent moyennement impliqués, tandis que 30,4 % estiment ne pas l'être du tout. Seuls 8,7 % affirment être pleinement intégrés aux activités de l'établissement.

6.1.6. Perceptions et défis

5.1.6.a. Perception du rôle du nutritionniste par les autres professionnels de santé

Lorsqu'ils sont questionnés sur la perception de leur rôle au sein des établissements hospitaliers, 52,2 % des nutritionnistes estiment que celui-ci est compris de manière modérée par leurs collègues de la santé. De plus, 34,8 % d'entre eux considèrent que leur fonction est soit mal comprise, soit complètement ignorée, tandis qu'une minorité de 13,0 % affirme qu'elle est clairement reconnue et identifiée.

5.1.6.b. Conditions de travail

En ce qui concerne l'évaluation de leurs conditions de travail, 56,5 % des nutritionnistes les jugent insuffisantes, tandis que 26,1 % les trouvent acceptables. En revanche, 17,4 % d'entre eux qualifient leurs conditions de travail de très mauvaises.

5.1.6.c. Formations continues

L'analyse met également en lumière que seuls 21,7 % des nutritionnistes interrogés ont eu accès à une formation continue de perfectionnement en nutrition clinique durant leur parcours professionnel et 78,3 % rapportent n'avoir jamais eu cette opportunité.

6.1.7. Compétences

5.1.7.a. Niveaux de compétence perçus par spécialité clinique

L'auto-évaluation des compétences cliniques par les nutritionnistes selon les spécialités est représentée dans la figure 2 ci-dessous.

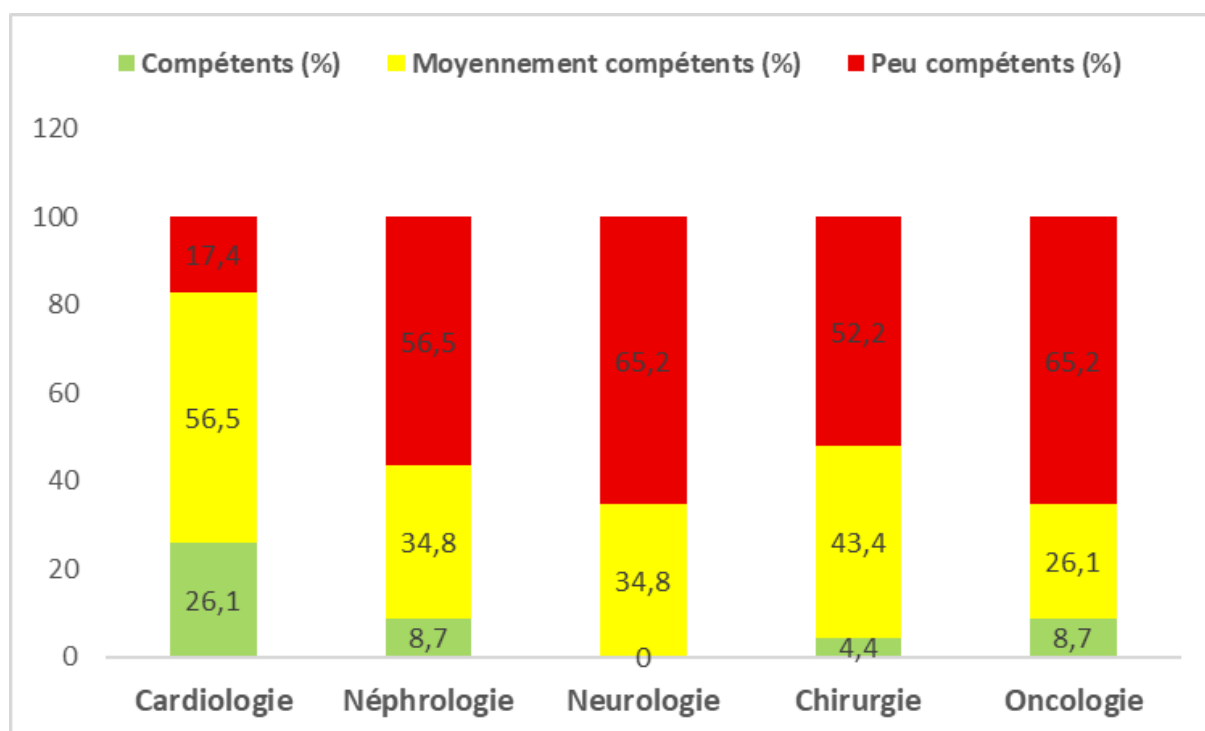


Figure 3 : Niveaux de compétence des nutritionnistes selon les spécialités (n = 23).

Pour la cardiologie, 26,1 % des nutritionnistes pensent avoir des compétences adéquates, tandis que 56,5 % se jugent moyennement compétents et 17,4 % se considèrent peu compétents. En revanche, en néphrologie, le constat est inverse : 56,5 % des nutritionnistes estiment être peu compétents, 34,8 % se perçoivent comme moyennement compétents et seuls 8,7 % se déclarent compétents dans ce secteur.

La situation se révèle encore plus alarmante en oncologie, 65,2 % des participants rapportent un niveau de compétence perçu comme faible, tandis que 26,1 % se jugent moyennement compétents et 8,7 % se considèrent compétents. En ce qui concerne la chirurgie, une tendance similaire se dessine : 52,2 % des nutritionnistes se disent peu compétents, 43,5 % se positionnent comme moyennement compétents, et seulement 4,3 % affirment avoir des compétences dans ce domaine.

Enfin, les résultats en neurologie sont particulièrement préoccupants : 65,2 % des participants se déclarent peu compétents, 34,8 % se jugent moyennement compétents, tandis qu'aucun d'entre eux ne revendique une compétence affirmée dans ce champ.

5.1.7.b. Association entre le sentiment d'implication et les compétences perçues selon les spécialités cliniques

Une régression logistique pénalisée a été effectuée pour analyser la relation entre le sentiment d'implication institutionnelle des nutritionnistes et leur niveau de compétence perçu dans divers domaines cliniques comme l'illustre le tableau 6 ci-après.

Tableau 6 : Lien entre le sentiment d'implication institutionnelle des nutritionnistes et leur niveau de compétence perçu dans plusieurs domaines cliniques

Variable explicative	Catégorie	Coef.	Erreur standard	z	p	IC 95 %
Niv. compétence cardiologie	Moyennement compétent	-6,028	3,031	-1,990	0,047*	[-11,969 ; -0,086]
	Peu compétent	-9,004	4,062	-2,220	0,027*	[-16,966 ; -1,043]
Niv. compétence néphrologie	Moyennement compétent	1,987	2,674	0,740	0,458	[-3,255 ; 7,229]
	Peu compétent	4,468	3,443	1,300	0,194	[-2,280 ; 11,216]

Variable explicative	Catégorie	Coef.	Erreur standard	z	p	IC 95 %
Niv. compétence neurologie	Peu compétent	-3,943	2,301	-1,710	0,087	[-8,453 ; 0,568]
Niv. compétence chirurgie	Moyennement compétent	3,703	2,928	1,260	0,206	[-2,036 ; 9,441]
	Peu compétent	6,800	3,986	1,710	0,088	[-1,012 ; 14,612]
Niv. compétence oncologie	Moyennement compétent	3,028	2,462	1,230	0,219	[-1,798 ; 7,854]
	Peu compétent	5,113	3,322	1,540	0,124	[-1,398 ; 11,624]
Constante	—	-3,916	4,356	-0,900	0,369	[-12,454 ; 4,622]

L'étude a porté sur un échantillon constitué de 23 observations. Le test global de Wald ($\chi^2 = 5,75$; $p = 0,7645$) révèle que le modèle, dans son ensemble, ne présente pas de significativité statistique, suggérant ainsi que les compétences perçues ne prédisent pas de manière fiable le degré d'implication. Néanmoins, l'analyse des effets individuels met en lumière certaines tendances intéressantes à examiner.

➤ Compétences perçues en cardiologie

Les nutritionnistes qui estiment avoir un niveau de compétence moyen en cardiologie affichent un sentiment d'implication nettement inférieur (coef. = $-6,03$; $p = 0,047$). Ce constat est encore plus marqué chez ceux qui se jugent peu compétents, avec un coefficient de $-9,00$ ($p = 0,027$). Ces résultats soulignent une association statistiquement significative entre une faible perception de compétence en cardiologie et une intégration perçues réduite au sein des équipes de soins.

➤ Compétences perçues en néphrologie

A l'inverse de la cardiologie, les niveaux de compétence perçus en néphrologie, qu'ils soient moyens ou faibles, ne révèlent aucune association significative avec le sentiment d'implication ($p = 0,458$ et $p = 0,194$ respectivement).

➤ Compétences perçues en neurologie

Les nutritionnistes qui se considèrent peu compétents en neurologie ont également tendance à rapporter un sentiment d'implication réduit, avec un coefficient négatif de $-3,94$, et $p = 0,087$.

➤ Compétences perçues en chirurgie

De manière inattendue, les participants qui s'estiment peu compétents en chirurgie affichent un coefficient positif (Coef. = $6,80$; $p = 0,088$), ce qui indique une association paradoxale entre une faible compétence perçue et un sentiment d'implication accru. Bien que cette relation ne soit pas significative, elle pourrait refléter des facteurs contextuels spécifiques ou des perceptions divergentes du rôle nutritionnel dans le cadre chirurgical.

➤ Compétences en oncologie

Dans le domaine de l'oncologie, les nutritionnistes ayant un niveau de compétence perçu comme moyen ou faible montrent également des coefficients positifs (respectivement coef. = $3,03$; $p = 0,219$ et coef. = $5,11$; $p = 0,124$). Bien que ces résultats ne soient pas statistiquement significatifs, ils témoignent d'une variabilité dans l'expérience d'implication des nutritionnistes, potentiellement influencée par des spécificités organisationnelles ou cliniques propres à cette spécialité.

6.2. Enquête qualitative auprès des acteurs clés

6.2.1. *Présence et modalités d'intervention des nutritionnistes*

Dans l'ensemble des départements de pédiatrie et de médecine de l'hôpital Sourou Sanou interrogés, il a été rapporté qu'au moins un nutritionniste était présent. En revanche, le service de chirurgie ne comptait aucun nutritionniste affecté au moment de l'enquête. Les premiers nutritionnistes ont été intégrés au département de pédiatrie dès 2020, puis en 2022 dans le service de médecine.

Dans certaines unités de soins du département de la pédiatrie, particulièrement celles spécialisées dans le traitement de la malnutrition infantile, l'intervention du nutritionniste est systématique et conforme aux protocoles en vigueur. À titre d'exemple, un chef de service du département de la pédiatrie a souligné : « le nutritionniste affecté dans notre département intervient de manière systématique selon le protocole national de la Prise en Charge de la Malnutrition aiguë (PCIMA) », garantissant ainsi un suivi nutritionnel pour chaque patient à risque dès son admission. À l'opposé, dans d'autres services des départements de médecine et de chirurgie, l'implication du nutritionniste se fait uniquement à la demande du médecin traitant. Un médecin a évoqué en ses termes : « *le rôle du nutritionniste est souvent consultatif dans mon service. Il est sollicité ponctuellement pour évaluer un patient spécifique lorsque l'équipe soignante détecte un problème nutritionnel ou qu'une situation complexe l'exige* ». Ce mode d'intervention « sur demande » suggère que le nutritionniste n'est pas encore pleinement intégré de manière proactive dans le parcours de

soins de chaque service. Il est plutôt mobilisé comme un expert consulté au cas par cas pour donner des avis.

Les domaines d'intervention des nutritionnistes sont étroitement liés aux priorités sanitaires du contexte local. Pratiquement 18 sur 19 acteurs clés interrogés ont indiqué faire appel au nutritionniste pour la prise en charge de la dénutrition chez leurs patients hospitalisés, cette dernière, représentant un problème fréquent et préoccupant au sein de l'hôpital. En revanche, seulement 6 sur 18 répondants recourent au nutritionniste pour la gestion de l'obésité ou du surpoids. Par ailleurs, deux tiers des services du département de médecine générale ont rapporté impliquer le nutritionniste dans le suivi des maladies chroniques, telles que le diabète, l'insuffisance rénale ou les pathologies cardiovasculaires, nécessitant des conseils diététiques adaptés. De même, 5 services (CREN, gastrologie, oncologie, rhumatologie et chirurgie viscérale) sur 18 font appel au nutritionniste pour la réhabilitation nutritionnelle post-chirurgicale ou post-réanimation. D'autres besoins spécifiques ont été signalés par certains chefs de service à savoir l'accompagnement nutritionnel des patients atteints de cancer, de tuberculose ou de VIH. Ils ont évoqué ainsi l'élaboration de « régimes particuliers » pour des situations spécifiques. De manière générale, le rôle central du nutritionniste au sein de l'hôpital demeure actuellement axé sur la lutte contre la dénutrition hospitalière et le soutien nutritionnel des patients souffrant de pathologies chroniques.

6.2.2. *Impact de la prise en charge nutritionnelle*

Concernant les perceptions des chefs de service sur l'impact de la prise en charge nutritionnelle, tous les répondants s'accordent sur le fait que l'apport nutritionnel améliore de manière significative le statut nutritionnel des malades, avec une évaluation moyenne avoisinant 4 sur 5. Autrement dit, la présence d'un nutritionniste semble jouer un rôle déterminant dans la correction des déséquilibres nutritionnels chez les patients hospitalisés, que ce soit en inversant une dénutrition par une amélioration des apports ou en adaptant les régimes alimentaires aux besoins spécifiques des individus. Les participants à l'enquête notent également un impact positif de la prise en charge nutritionnelle sur la prévention des complications ainsi que sur la satisfaction des patients vis-à-vis des soins reçus. En moyenne, l'effet sur la prévention des complications a été évalué à environ 3,8 sur 5. Cette évaluation indique que, selon les médecin-chefs, l'implication d'un nutritionniste permet de rendre les soins plus préventifs en évitant la dégradation de l'état des patients due à une malnutrition non détectée. De même, l'impact sur la satisfaction globale des patients est perçu de manière favorable, avec un score moyen de 3,8 sur 5.

Pour l'observance des traitements, critère qui a été le moins bien noté, l'évaluation moyenne est de 3,1 sur 5. Les responsables soulignent qu'il est difficile pour certains patients d'adapter leurs habitudes ou de respecter strictement les recommandations nutritionnelles, particulièrement après leur retour à domicile, et ce, malgré les conseils prodigués. Dans la présente étude, aucun effet négatif lié à la prise en charge nutritionnelle n'a été rapporté par

les répondants. En somme, d'après les praticiens hospitaliers consultés, les nutritionnistes exercent un rôle bénéfique dans l'amélioration de l'état des patients et de la qualité des soins. Ils sont perçus comme des acteurs clés dans l'accélération de la récupération nutritionnelle des malades, la réduction de certains risques durant l'hospitalisation et l'augmentation de la satisfaction des patients, bien que des marges de progrès subsistent pour influencer des aspects tels que l'observance à long terme.

6.2.3. Évolution des pratiques et des protocoles

L'intégration des nutritionnistes au sein des services de santé a, selon des chefs de service, entraîné une transformation significative des pratiques cliniques relatives à la nutrition. Quatorze responsables sur dix-huit témoignent que l'arrivée et l'engagement des nutritionnistes ont modifié leurs méthodes de prise en charge. Leurs recours font ressortir plusieurs changements concrets et structurants. Un médecin du service de rhumatologie l'a exprimé en ses termes : *« Beaucoup de nos patients vivent avec des maladies chroniques qui entraînent une fonte musculaire et une fatigue constante. L'appui des nutritionnistes permet de soutenir la récupération, de renforcer la masse musculaire et d'améliorer la qualité de vie au quotidien. L'accompagnement nutritionnel proposé par les nutritionnistes favorise la récupération musculaire et améliore la qualité de vie. Nous voyons une nette différence dans l'adhésion aux soins quand les patients sont soutenus sur le plan nutritionnel »*. Un autre médecin dans le service de gastrologie souligne : *« Après une chirurgie digestive lourde, nos patients arrivent souvent affaiblis, avec des réserves nutritionnelles épuisées. L'appui du nutritionniste est devenu indispensable : il nous aide à reconstruire progressivement l'équilibre alimentaire, à prévenir les complications et à accélérer la récupération. Sans ce suivi spécialisé, beaucoup de patients resteraient fragiles et peineraient à retrouver une qualité de vie satisfaisante »*.

En premier lieu, il est évident que le dépistage de la dénutrition chez les patients hospitalisés s'est systématisé dans les services où un nutritionniste est présent. Ce témoignage d'un chef de service en est la preuve : *« En cardiologie, nous avons franchi un cap : autrefois, l'évaluation nutritionnelle était secondaire. Aujourd'hui, elle est intégrée dès l'admission, et nos décisions thérapeutiques incluent systématiquement les recommandations du nutritionniste. Pour un patient cardiaque dénutri, un protocole nutritionnel individualisé peut être aussi déterminant qu'un traitement médicamenteux bien conduit »*. Auparavant, l'évaluation de l'état nutritionnel pouvait être sporadique ou parfois négligée. À présent, comme le souligne un des répondants du département de chirurgie, il est courant de procéder à une « évaluation régulière de l'état nutritionnel des patients dénutris hospitalisés » et, dans certains cas, à un « dépistage systématique de la dénutrition » dès l'admission.

Ensuite, un suivi nutritionnel amélioré au cours de l'hospitalisation est également constaté. Par exemple, un chef de service du département de médecine fait remarquer que *« l'équipe médicale prend désormais en compte les recommandations nutritionnelles dans l'offre de*

soin ». En pratique, les médecins et les infirmiers intègrent plus fréquemment les conseils du nutritionniste dans leurs décisions quotidiennes, qu'il s'agisse de choisir un régime alimentaire thérapeutique ou d'introduire une supplémentation orale ou entérale. Un autre chef de service du département de pédiatrie plus précisément au niveau de la chirurgie pédiatrique précise que « *les avis nutritionnels sont désormais systématiquement sollicités dans notre service* » pour les patients jugés à risque. Ce qui témoigne d'une tendance à généraliser la consultation du nutritionniste et à en faire une pratique routinière plutôt qu'une exception. Dans certaines unités, on évoque la « mise en place de protocoles nutritionnels individualisés » pour les patients. Ce qui implique qu'un plan nutritionnel spécifique, tenant compte de la pathologie, des besoins et des préférences alimentaires de chaque patient dénutri ou nécessitant un régime particulier, est élaboré, contrairement à l'application uniforme d'un régime standard dans le passé.

Par ailleurs, la collaboration interprofessionnelle semble avoir été renforcée quoique de manière limitée autour de la nutrition. Certes, peu de services disposent d'une structure formelle de concertation dédiée à ce domaine (seulement deux chefs de service du département de la pédiatrie mentionnent l'existence de réunions pluridisciplinaires incluant le nutritionniste, et celles-ci demeurent peu fréquentes). Cependant, plusieurs recommandations émises par les répondants appellent à une concertation accrue. L'une de ces recommandations suggère, par exemple, la mise en place d'un cadre de concertation pluridisciplinaire impliquant le nutritionniste. Un chef de service du département de chirurgie l'a exprimé en ses termes : « *Dans un hôpital, la prise en charge de nos patients ne peut pas se limiter uniquement aux aspects médicaux ou chirurgicaux. Leur état nutritionnel joue un rôle déterminant sur la récupération, la cicatrisation, l'immunité, et même sur la durée d'hospitalisation. C'est pourquoi il me semble essentiel de mettre en place un cadre de concertation pluridisciplinaire qui inclut systématiquement le nutritionniste. Un tel dispositif optimise non seulement la qualité des soins, mais aussi les ressources de l'hôpital : moins de complications postopératoires, moins de réadmissions, et donc une meilleure efficacité économique. Par ailleurs, la concertation est aussi un lieu d'apprentissage : elle permet de sensibiliser et de former le personnel aux bonnes pratiques nutritionnelles, ce qui, à long terme, renforce la sécurité et la qualité des soins* ».

Dans la présente étude, à peine sept services sur dix-huit ont un protocole de dépistage ou de prise en charge de la malnutrition. Seuls quatre chefs de service ont mentionné l'implication du nutritionniste dans les démarches de dépistage systématique de la malnutrition. La majorité des décisions relatives à la nutrition repose encore sur l'initiative individuelle des soignants et sur la disponibilité du nutritionniste, plutôt que sur un cadre standardisé partagé par tous les services.

6.2.4. *Obstacles à la prise en charge nutritionnelle*

Un ensemble d'obstacles structurels et organisationnels qui freinent l'optimisation de la prise en charge nutritionnelle ont été relevés par les chefs de services lors des entretiens réalisés. Ces difficultés, fréquemment mentionnées par les participants, expliquent en partie pourquoi le potentiel des nutritionnistes n'est pas pleinement exploité dans l'ensemble des services.

Le principal obstacle, unanimement souligné, réside dans le manque de personnel qualifié spécifiquement dédié à la nutrition. En effet, 17 des 18 répondants estiment que l'insuffisance des ressources humaines constitue un problème majeur. Le nombre de nutritionnistes en fonction est perçu comme insuffisant pour répondre aux besoins de tous les services et des patients à risque.

Un autre obstacle majeur identifié concerne le déficit de formation et de sensibilisation du personnel soignant à la nutrition clinique. La quasi-totalité des chefs de service (17 sur 18) admettent que les connaissances en nutrition des équipes médicales et des infirmières sont incomplètes. Cette lacune en formation conduit certains soignants à ne pas penser spontanément à évaluer l'état nutritionnel ou à solliciter l'intervention d'un nutritionniste. Par exemple, un chef de service suggère de « *former le personnel soignant à mieux évaluer l'état nutritionnel lors de l'hospitalisation et à intégrer la prescription nutritionnelle dans les consultations* ». Actuellement, en l'absence de cette formation, le réflexe de prescrire un soutien nutritionnel (compléments alimentaires, conseils diététiques) n'est pas systématique. Parmi les obstacles organisationnels, plus de la moitié des répondants (14 sur 18) mettent en avant l'absence ou l'insuffisance de protocoles et de directives internes concernant la nutrition. En l'absence de protocoles clairs, chaque service opère de manière empirique, ce qui engendre des disparités et parfois une inaction due à un cadre non défini. Un chef de service du département de médecine a souligné que : « *Le vrai problème, c'est qu'il n'existe pas de protocoles clairs en matière de nutrition à l'hôpital. Chaque service fonctionne un peu à sa manière, souvent de façon empirique. Certaines étapes essentielles, comme le dépistage nutritionnel à l'admission, sont parfois oubliées. Et comme aucune directive ne précise qui doit faire quoi, la prise en charge repose surtout sur la bonne volonté des uns et des autres, ce qui crée beaucoup d'inégalités* ». Par exemple, si le dépistage nutritionnel n'est pas intégré dans les protocoles d'admission, il peut facilement être négligé en l'absence d'initiatives individuelles. L'absence de protocoles implique également que la responsabilité de la prise en charge nutritionnelle n'est pas formalisée : qui doit peser le patient, évaluer ses besoins caloriques, ou initier une nutrition entérale si nécessaire ? Autant de questions qui demeurent parfois sans réponse standardisée, rendant la prise en charge dépendante de la bonne volonté de chaque acteur.

Les obstacles matériels et logistiques ont aussi été mentionnés, bien que de manière moins consensuelle. Au total, 10 sur 18 chefs de service jugent que le manque d'équipements

adéquats constitue un frein. Par matériel, on entend les outils anthropométriques (balances fiables, toises, pinces à pli cutané, etc.), les dispositifs pour l'alimentation (pompes de nutrition entérale, accessoires pour patients dysphagiques) ou encore la disponibilité de produits nutritionnels spécifiques (compléments hyperprotéinés, alimentations thérapeutiques prêtes à l'emploi pour la malnutrition sévère, etc.). Un répondant souligne ainsi la nécessité de « rendre disponibles les équipements » appropriés. En l'absence de ces outils, même un nutritionniste compétent aura des difficultés à évaluer et à corriger efficacement la dénutrition. De plus, un obstacle très concret, signalé par un médecin en cardiologie, est l'inadéquation de la cuisine hospitalière aux besoins des patients : *« la cuisine hospitalière ne répond pas aux exigences nutritionnelles des malades. Les repas servis aux patients ne tiennent pas suffisamment compte des spécificités diététiques. Par exemple, l'absence de menus hyposodés stricts pour les patients cardiaques, une variété de textures limitée pour ceux à risque de fausse route, ou encore des horaires de repas peu flexibles »*. Ce manque d'adaptation compromet l'efficacité de la prise en charge nutritionnelle, car même si un nutritionniste prescrit un régime spécifique, sa mise en œuvre dépend de la qualité de la restauration hospitalière.

Enfin, certains obstacles plus transversaux ont été évoqués, tels que le manque de collaboration et de communication entre services. Un commentaire fait état d'une « absence de collaboration », suggérant que les interactions entre le nutritionniste (par exemple, rattaché au service de pédiatrie) et d'autres services pourraient être améliorées. Si le nutritionniste n'est pas informé des besoins nutritionnels d'un patient en chirurgie, ou si les médecins n'échangent pas suffisamment avec lui, le travail en silo peut nuire à la continuité des soins nutritionnels. Par ailleurs, la charge de travail élevée et le manque de temps ont probablement été sous-entendus dans les difficultés rencontrées : lorsqu'un service est débordé par les urgences, la nutrition peut être reléguée au second plan, non par désintérêt, mais par manque de disponibilité.

En somme, bien qu'une prise de conscience de l'importance de la nutrition clinique soit en train de se développer, l'hôpital se heurte à des défis considérables : pénurie de personnel spécialisé, formation insuffisante du personnel soignant, absence ou non-application de protocoles, moyens matériels limités et obstacles systémiques (organisation des repas, coordination interservices) qui entravent une prise en charge nutritionnelle optimale.

6.2.5. *Recommandations formulées par les chefs de service*

Reconnaissant l'existence de ces défis et animés par la volonté d'optimiser la qualité de la prise en charge nutritionnelle, les responsables de service ont formulé un ensemble de recommandations pragmatiques durant l'enquête. Ces suggestions, issues directement du terrain, s'articulent autour de plusieurs axes principaux d'amélioration.

Un premier ensemble de recommandations vise à renforcer les ressources humaines et à accroître la présence des nutritionnistes au sein de l'hôpital. La plupart des responsables

enquêtés évoquent l'importance de « doter chaque service d'un nutritionniste à temps plein ». En d'autres termes, au lieu de répartir un nombre restreint de nutritionnistes entre plusieurs unités, il serait préférable que chaque département, voire chaque grand service clinique, dispose de son propre spécialiste en nutrition clinique, travaillant à plein temps. Cela garantit une présence quotidienne du nutritionniste dans le service, une meilleure connaissance des patients par ce dernier, ainsi qu'une intégration plus systématique au sein de l'équipe de soins. En lien avec cette proposition, certains suggèrent explicitement de « recruter un plus grand nombre de nutritionnistes » ou d'établir un véritable service de nutrition clinique au sein de l'hôpital, avec des effectifs dédiés. Ce service pourrait jouer un rôle de référence et intervenir de manière transversale, mais il est essentiel d'augmenter le nombre de professionnels disponibles pour les soins nutritionnels.

Le second axe des recommandations porte sur la formation et la sensibilisation du personnel médical et paramédical. La nécessité d'initier les formations en nutrition du personnel médical et soignant est un thème récurrent. Il est proposé d'organiser des sessions de formation continue sur la prise en charge nutritionnelle, afin que chaque médecin et infirmier acquière les compétences nécessaires pour dépister la malnutrition, comprendre les régimes thérapeutiques et collaborer efficacement avec le nutritionniste. Par exemple, une recommandation précise s'adresse à la néonatalogie : « *former le personnel sur la prise en charge nutritionnelle du nouveau-né, en particulier des prématurés* », soulignant ainsi le besoin de compétences spécialisées pour des populations vulnérables. Former le personnel implique également de promouvoir une culture où la nutrition est considérée comme une responsabilité collective, et non uniquement celle du spécialiste. En d'autres termes, il s'agit d'élargir les actions du nutritionniste au-delà de la pédiatrie et d'inciter chaque service à se sentir concerné par la nutrition de ses patients. En intégrant cette formation, un chef de service propose de « *mieux évaluer l'état nutritionnel des patients hospitalisés et d'intégrer la prescription nutritionnelle lors des consultations* », ce qui pourrait se traduire par l'élaboration de guides pratiques ou la diffusion d'outils d'évaluation simples (comme le score NRS-2002 ou les critères de l'IMC) utilisables par les cliniciens.

Plusieurs recommandations concernent également l'amélioration des outils et des protocoles. D'une part, il est suggéré de créer des protocoles standardisés pour le dépistage et la prise en charge de la malnutrition. L'instauration d'un dépistage systématique à l'entrée à l'hôpital, par exemple, garantit qu'aucun patient à risque ne soit négligé. De même, formaliser les procédures à suivre en cas de dénutrition avérée (comme un algorithme de renutrition ou des critères de sortie du CREN) faciliterait l'application de mesures homogènes par les soignants. D'autre part, un chef de service en médecine interne recommande la « *mise en place d'un cadre de concertation pluridisciplinaire impliquant le nutritionniste* ». Cela pourrait se concrétiser par des réunions de nutrition hebdomadaires ou mensuelles où les cas complexes seraient discutés en collaboration entre le nutritionniste et les cliniciens, afin d'adopter la meilleure stratégie.

Pour surmonter les obstacles liés aux outils pratiques, l'idée de développer des supports nutritionnels adaptés au contexte local est également évoquée. Par exemple, un chef de service du département de médecine suggère en ces propos : « *il faut concevoir et élaborer des livrets de recettes de plats traditionnels spécifiquement adaptés aux besoins nutritionnels de patients souffrant de différentes pathologies. Ce qui permettra d'avoir des prescriptions de régimes alimentaires acceptables culturellement et accessibles au Burkina Faso* ». Cela impliquerait la création de guides alimentaires spécifiques au Burkina Faso, listant pour chaque maladie ou restriction alimentaire les aliments locaux à privilégier ou à éviter, accompagnés d'exemples de menus typiques. Un tel livret aiderait les nutritionnistes et les soignants à traduire les prescriptions diététiques en plats concrets, en tenant compte des habitudes et des disponibilités locales, ce qui favoriserait l'adhésion des patients. Dans le même esprit, pour l'unité de dialyse, il est proposé de « *fournir des kits repas spéciaux pour les patients dialysés durant leurs séances* ». Cette recommandation pratique met en lumière un besoin crucial : les patients sous dialyse doivent respecter des contraintes hydriques et diététiques strictes, et adapter le plateau-repas pendant leurs longues séances de dialyse (par exemple, en proposant des repas pauvres en potassium et en sel) pourrait prévenir des complications et améliorer leur confort.

Enfin, un axe majeur des recommandations concerne l'intégration plus active du nutritionniste dans les routines des services. Plusieurs chefs de services plaident pour une « implication accrue des nutritionnistes dans les activités quotidiennes du service » et pour « une intégration plus forte du nutritionniste dans la prise en charge nutritionnelle des patients à risque ». Concrètement, cela pourrait impliquer la participation du nutritionniste aux visites médicales quotidiennes, l'accès régulier à la liste des nouveaux patients admis pour une évaluation rapide, ainsi qu'une consultation non seulement en curatif, mais aussi en préventif. Par exemple, plutôt que d'attendre qu'un patient perde du poids, le nutritionniste pourrait prodiguer des conseils diététiques dès l'admission d'un patient diabétique ou insuffisant rénal, afin d'anticiper d'éventuels déséquilibres. Cette intégration pourrait également se matérialiser par la création d'un service de nutrition identifié, comme suggéré précédemment, offrant ainsi au nutritionniste un ancrage institutionnel solide et une visibilité accrue au sein de l'hôpital.

En résumé, les chefs de service proposent une feuille de route cohérente visant à combler les lacunes identifiées : accroître le nombre de nutritionnistes et élargir leur champ d'action à tous les services ; former et outiller l'ensemble du personnel soignant pour qu'il devienne acteur du dépistage et de la nutrition clinique ; développer des protocoles, des outils et des structures de concertation pour inscrire durablement la nutrition dans le parcours de soins ; et adapter l'offre alimentaire ainsi que les supports aux besoins spécifiques des patients en tenant compte du contexte local.

7. Discussion

Cette recherche présente plusieurs limitations inhérentes à sa méthodologie ainsi qu'à son périmètre d'analyse. En premier lieu, l'échantillon, qui se compose de 23 nutritionnistes exerçant dans les principaux établissements hospitaliers du Burkina Faso et censés représenter l'ensemble des professionnels en activité, se révèle relativement restreint. Ce qui limite l'impact sur les analyses statistiques. De plus, la méthode de collecte des données, reposant sur des questionnaires auto-administrés et des entretiens, peut engendrer un biais de désirabilité sociale, incitant les participants à exagérer leurs compétences ou à minimiser les difficultés rencontrées. En outre, la nature descriptive et transversale de cette étude ne permet pas d'établir de manière concluante une relation de causalité directe entre l'intégration des nutritionnistes et les résultats de santé des patients, bien que des corrélations significatives aient été identifiées. Enfin, le contexte particulier des hôpitaux de niveau secondaire et tertiaire étudiés (13 CHU/CHR) ne reflète pas nécessairement la réalité des structures périphériques, et certaines contraintes matérielles ou organisationnelles observées durant la période d'enquête sont susceptibles d'évoluer avec le temps.

7.1. Profil sociodémographique des nutritionnistes

Un total de 23 nutritionnistes a été interrogé, issus de 13 centres hospitaliers universitaires (CHU) et centres hospitaliers régionaux (CHR). Ce nombre reste particulièrement limité au regard des besoins croissants, illustrant ainsi la pénurie structurelle de spécialistes en nutrition observée dans de nombreux pays du continent africain. En effet, la nutrition clinique demeure peu développée et éclatée dans cette région, et le nombre de professionnels adéquatement formés est chroniquement insuffisant [\(43\)](#). Au Burkina Faso, les nutritionnistes exerçant en milieu hospitalier affichent un profil relativement jeune, avec une moyenne d'âge située dans la trentaine, et la majorité d'entre eux sont des femmes. La tendance mondiale en nutrition est historiquement dominée par la gent féminine, comme en témoignent certaines études qui avancent que plus de 90 % des praticiens en nutrition clinique sont des femmes ; ce qui pourrait expliquer cette forte représentation féminine dans la présente étude [\(44\)](#).

7.2. Formation académique et continue

Les résultats de cette étude révèlent que la majorité des nutritionnistes hospitaliers burkinabè possèdent une formation universitaire initiale axée sur la nutrition communautaire et/ou l'agroalimentaire, tandis qu'une minorité a suivi une formation en nutrition clinique. Cette situation souligne un écart significatif entre le contenu de la formation académique reçue et les compétences spécialisées nécessaires pour garantir une prise en charge nutritionnelle efficace en milieu hospitalier. Ce constat ne se limite pas au Burkina Faso, car, à l'échelle régionale, des lacunes notables persistent dans la formation

nutritionnelle des professionnels de santé. Une enquête réalisée en Afrique de l'Ouest a ainsi mis en évidence que les cursus médicaux et paramédicaux ne consacrent qu'un temps d'enseignement restreint à la nutrition clinique appliquée, et que plus de la moitié des responsables de programmes estiment que la formation nutritionnelle offerte dans leurs établissements est insuffisante [\(45\)](#). En conséquence, de nombreux jeunes diplômés entrent sur le marché du travail sans avoir acquis les compétences fondamentales, telles que l'évaluation nutritionnelle des patients hospitalisés, l'élaboration de plans de soutien nutritionnel individualisés, ou encore la mise en œuvre des protocoles d'alimentation entérale et parentérale. Les résultats de cette étude, qui montrent qu'un seul participant sur 23 possède une formation spécialisée en nutrition clinique, illustrent ce manque de spécialisation.

En outre, la formation continue joue un rôle tout aussi crucial. Les données de cette étude indiquent que plusieurs nutritionnistes et responsables hospitaliers expriment des préoccupations quant à l'absence de programmes réguliers de mise à jour des connaissances en nutrition clinique. Des analyses réalisées dans des contextes similaires corroborent cette nécessité de renforcer les capacités professionnelles. Par exemple, au Ghana, il a été observé que la majorité des diététiciens et des nutritionnistes en exercice ont reçu un enseignement pratique limité sur la nutrition spécialisée, notamment en ce qui concerne la nutrition entérale et parentérale, durant leur formation universitaire, les contraignant ainsi à acquérir ces compétences par le biais de formations complémentaires tout au long de leur carrière [\(46\)](#). Ce déficit en formation continue a un impact direct sur la qualité de la prise en charge nutritionnelle, ce qui souligne l'importance, pour chaque établissement de santé, d'investir dans l'organisation régulière d'ateliers pratiques, de stages immersifs ou de sessions de certification en nutrition clinique. En somme, pour doter les nutritionnistes de compétences à jour, il est impératif de renforcer tant la formation académique spécialisée que le développement professionnel continu en nutrition clinique.

7.3. Environnement professionnel et organisation du travail

Le cadre professionnel des nutritionnistes hospitaliers au Burkina Faso se caractérise par une intégration encore incomplète de ces spécialistes au sein des structures institutionnelles, ainsi qu'une organisation du travail qui appelle des améliorations. Les données recueillies révèlent qu'un même nutritionniste est souvent chargé de plusieurs services simultanément, en raison d'un manque d'effectifs permettant d'affecter un professionnel à chaque département. Cette situation engendre un mode d'intervention éclaté, où le nutritionniste se voit contraint de diviser son temps entre différentes unités de soins. Par conséquent, le temps consacré à chaque patient ou service demeure limité, ce qui peut provoquer des retards dans la mise en place d'une prise en charge nutritionnelle adéquate. Ces observations rejoignent celles formulées dans d'autres établissements hospitaliers aux ressources restreintes. Une revue de la littérature récente met en lumière que la gestion de

la dénutrition hospitalière en Afrique est entravée par le déficit de diététiciens et l'absence de protocoles standardisés, entraînant ainsi le constat que plus de 90 % des patients hospitalisés souffrant de malnutrition ou présentant un risque ne bénéficient ni de dépistage ni d'orientation vers un soutien nutritionnel approprié en temps utile (47). L'absence de dépistage systématique dès l'admission qui est une conséquence d'un manque de procédure formalisée à cet égard est l'une des raisons majeures de cette problématique. Ce déficit organisationnel est attribuable à la fois à l'absence de protocoles opérationnels clairs et à la faible intégration des professionnels de la nutrition dans le parcours de soins habituel. De surcroît, le soutien institutionnel en matière de nutrition clinique se révèle largement insuffisant : la majorité des établissements hospitaliers ne possèdent pas d'unités dédiées à la nutrition, et l'approvisionnement en régimes thérapeutiques appropriés ou en compléments nutritionnels demeure sporadique et souvent inadapté aux besoins cliniques spécifiques (47). Aussi, la coopération multidisciplinaire en matière de nutrition en est encore à un stade embryonnaire (43). Au Burkina Faso, bien que certains responsables de services commencent à considérer systématiquement les recommandations des nutritionnistes dans la gestion des patients, cette approche n'est pas encore uniformément appliquée à tous les services et niveaux de soins. Néanmoins, les recherches disponibles soulignent qu'une coordination interprofessionnelle bien structurée, notamment par le biais d'équipes de soutien nutritionnel composées de médecins, de diététiciens et d'infirmiers, est corrélée à une amélioration notable des résultats cliniques chez les patients (47).

7.4. Implication des nutritionnistes dans la prise en charge nutritionnelle des patients

Les résultats de cette étude mettent en lumière une participation des nutritionnistes dans les soins apportés aux patients hospitalisés qui demeure inégale et souvent restreinte aux cas les plus critiques ou aux domaines traditionnellement associés à la nutrition, tels que la dénutrition aiguë chez les nourrissons et les enfants. Dans de nombreux établissements hospitaliers, l'intervention des nutritionnistes est généralement sollicitée uniquement à la demande, souvent lorsque le médecin traitant identifie un problème nutritionnel manifeste ou en cas de dénutrition avérée chez le patient. Ce mode d'intervention, fondamentalement réactif, positionne le nutritionniste davantage comme un consultant occasionnel que comme un membre intégré et systématique de l'équipe de soins pour chaque patient. Néanmoins, dans les services où les nutritionnistes ont eu l'occasion d'intervenir de manière plus régulière, des améliorations significatives ont été observées, telles que l'instauration d'un dépistage nutritionnel systématique dès l'admission et une prise en compte accrue des recommandations diététiques dans les décisions cliniques quotidiennes. Ces évolutions corroborent l'idée qu'une présence active et continue des nutritionnistes est essentielle pour améliorer la qualité des soins hospitaliers.

Des études estiment que chez les patients souffrant de malnutrition, l'absence d'un soutien nutritionnel durant l'hospitalisation peut entraîner un doublement de la durée moyenne de séjour et multiplier par deux à six le risque de complications infectieuses ou de retards de cicatrisation. Les responsables de l'hôpital Sourou Sanou à Bobo-Dioulasso corroborent cette observation, en soulignant que l'implication des nutritionnistes favorise une récupération nutritionnelle plus rapide, prévient certaines complications et améliore la satisfaction des patients vis-à-vis de leur prise en charge. Cependant, la présente étude révèle encore d'importantes possibilités d'amélioration quant à l'implication des nutritionnistes auprès de l'ensemble des patients à risque. En effet, seuls un tiers des services interrogés affirment solliciter systématiquement le nutritionniste pour la gestion de l'obésité ou du surpoids, alors que presque tous le font pour la dénutrition. Cette situation témoigne d'une priorité accordée à la prise en charge de la dénutrition sévère, au détriment d'autres aspects de la nutrition clinique, tels que le suivi des maladies métaboliques ou la nutrition des patients chroniques. Ce modèle d'intervention, restreint aux cas de dénutrition sévère, est également observable dans d'autres pays à revenu faible ou intermédiaire, où l'urgence de la malnutrition protéino-énergétique a historiquement canalisé les ressources disponibles, négligeant ainsi une approche plus globale de la nutrition clinique. Il apparaît donc crucial de renforcer cette dynamique en intégrant systématiquement les nutritionnistes dans la prise en charge hospitalière. Cela implique de rendre l'évaluation nutritionnelle obligatoire dès l'admission et d'inclure le nutritionniste à chaque étape clé du parcours de soins, ce qui correspond aux recommandations internationales. Une telle démarche est en parfaite adéquation avec les directives émises au niveau international [\(48\)](#).

7.5. Perception de la nutrition clinique et reconnaissance du rôle des nutritionnistes par les autres professionnels de santé

L'analyse a révélé un certain manque de reconnaissance du rôle du nutritionniste au sein des équipes de soins, en lien avec la perception de la nutrition clinique par les autres professionnels de santé. Traditionnellement, la nutrition a été considérée comme un élément secondaire dans le cadre des soins médicaux, en particulier dans les environnements où l'urgence des interventions curatives prévaut. Plusieurs répondants ont indiqué que, en raison d'un manque de formation en nutrition, les médecins et les infirmiers omettent parfois d'évaluer l'état nutritionnel des patients ou de solliciter l'expertise du nutritionniste. Ils jugent implicitement que les questions alimentaires sont d'une moindre importance par rapport aux actes diagnostiques et thérapeutiques. Ce constat rejoint les résultats d'études internationales qui soulignent que la majorité des médecins ne reçoit qu'une formation limitée en nutrition durant leur cursus, ce qui impacte défavorablement leur pratique ultérieure [\(49\)](#). Cette situation se traduit inévitablement par une sous-utilisation des interventions nutritionnelles et par une sollicitation restreinte des spécialistes en nutrition par les cliniciens. Les résultats de la présente étude corroborent

cette tendance : les nutritionnistes interrogés estiment que leur expertise est rarement sollicitée de manière proactive et qu'ils doivent, dans certains cas, prendre l'initiative d'intervenir pour faire valoir l'importance d'une prise en charge nutritionnelle adéquate. Toutefois, il apparaît que lorsque la culture institutionnelle valorise la nutrition clinique, la collaboration interprofessionnelle en bénéficie de manière significative. Dans certains contextes, les médecins reconnaissent explicitement les nutritionnistes comme les experts de référence pour la gestion des problématiques alimentaires des patients, telles que l'obésité ou le diabète [\(50\)](#). On constate ainsi un écart marqué entre, d'une part, les systèmes de santé qui ont institutionnalisé le rôle du nutritionniste, où sa contribution est pleinement reconnue, et, d'autre part, les contextes où la nutrition clinique demeure peu intégrée, entraînant une méconnaissance ou une minimisation de son importance. Le Burkina Faso paraît entrer dans une phase de transition : la prise de conscience de l'importance de la nutrition clinique s'accroît, comme en témoigne l'engagement de plusieurs chefs de service en faveur des bénéfices d'une prise en charge nutritionnelle. Néanmoins, des obstacles structurels persistent souvent liés à une formation insuffisante en nutrition parmi les professionnels de santé.

7.6. Compétences des nutritionnistes

L'évaluation des compétences des nutritionnistes hospitaliers, fondée à la fois sur leur auto-perception et sur l'observation de leurs connaissances pratiques, révèle des disparités potentielles. Les résultats de l'étude actuelle montrent que, dans l'ensemble, les nutritionnistes interrogés se jugent compétents pour gérer la prise en charge nutritionnelle de leurs patients, particulièrement dans les domaines où ils exercent le plus fréquemment : l'évaluation de l'état nutritionnel de base, les conseils diététiques généraux et la gestion de la dénutrition modérée. En revanche, des lacunes se manifestent dans des domaines plus spécialisés, tels que la nutrition artificielle complexe, la nutrition dans des contextes cliniques spécifiques (réanimation, néonatalogie, pathologies métaboliques rares) ou l'élaboration de protocoles avancés de soutien nutritionnel. Ce constat est en adéquation avec les profils de formation précédemment décrits : l'absence de spécialisation approfondie en nutrition clinique dans le cursus de la plupart des répondants peut entraver l'acquisition de compétences techniques pointues. De plus, la littérature souligne que les professionnels de la nutrition tendent à surestimer leurs propres capacités lorsqu'ils ne sont pas soumis à des évaluations objectives. À cet égard, une étude réalisée en Afrique du Sud a mis en lumière un écart significatif entre la compétence que les diététiciens diplômés estiment posséder en matière de nutrition parentérale et leur niveau réel de connaissance vérifié dans ce domaine [\(51\)](#). Conscients de l'importance d'actualiser régulièrement leurs connaissances, les nutritionnistes ont exprimé un besoin manifeste de renforcement de leurs compétences. Afin d'assurer une adéquation entre la compétence perçue et la compétence réelle, les recommandations internationales prônent pour une auto-évaluation régulière ainsi qu'une

accréditation périodique des nutritionnistes. Ainsi, bien que les nutritionnistes hospitaliers du Burkina Faso disposent d'une base solide de compétences, comme le soulignent les appréciations positives de leurs collègues sur leur contribution, certains domaines nécessitent encore un perfectionnement de leur expertise. Pour remédier à ces lacunes, il est essentiel d'instaurer des formations spécialisées (certificats en nutrition clinique avancée, ateliers pratiques sur la nutrition artificielle, etc.) et, lorsque cela est possible, de recourir à des mécanismes de mentorat avec des experts aguerris. Une telle démarche d'amélioration continue est indispensable pour garantir que l'autonomie professionnelle des nutritionnistes s'exerce à un niveau optimal, pour le bénéfice direct des patients.

7.7. Obstacles rencontrés dans la pratique quotidienne

Les obstacles à une pratique quotidienne efficace, identifiés dans la présente étude et corroborés par les entretiens réalisés avec les responsables de services, sont variés et relèvent de facteurs structurels, organisationnels et culturels. L'un des principaux freins réside dans le manque criant de ressources humaines spécifiquement allouées à la nutrition clinique. En effet, le nombre de nutritionnistes est largement insuffisant par rapport à la taille des établissements hospitaliers et au volume de patients à gérer. Cette pénurie engendre une surcharge de travail pour chaque professionnel, une présence irrégulière au sein des différents services, et rend matériellement impossible le suivi de l'ensemble des patients nécessitant une prise en charge nutritionnelle. Ce constat fait écho à la situation observée dans de nombreux pays où la densité de diététiciens est faible : dans la majorité des hôpitaux africains, le ratio de nutritionnistes par rapport au nombre de lits est bien en deçà des recommandations, limitant ainsi la capacité d'intervention efficace auprès de tous les patients malnutris ou à risque. À l'échelle continentale, l'absence d'un dépistage nutritionnel systématique, conséquence directe de ce manque de personnel, conduit à ce que la plupart des patients hospitalisés souffrant de malnutrition (jusqu'à 90 %) ne reçoivent aucune prise en charge nutritionnelle durant leur séjour à l'hôpital [\(47\)](#).

Les enquêtes révèlent également que les services disposent rarement de lignes directrices formalisées pour le dépistage de la dénutrition ou pour la prise en charge nutritionnelle de pathologies chroniques (le diabète, l'insuffisance rénale et cancers). Cette absence de protocole contraint chaque équipe à prendre des décisions au cas par cas, entraînant des disparités dans les pratiques et, souvent, une réactivité limitée face à la charge de travail. Les données provenant d'autres contextes corroborent que, sans protocoles explicites, la nutrition clinique a tendance à être considérée comme une option, reposant principalement sur l'engagement individuel de certains soignants. En revanche, l'implémentation de protocoles standardisés, tels que le dépistage nutritionnel systématique dès l'admission, l'utilisation d'algorithmes pour la prise en charge de la dénutrition modérée ou sévère, ainsi que des guides de prescription pour les régimes thérapeutiques, permet d'améliorer de manière significative les taux de dépistage et d'intervention effective contre la malnutrition

en milieu hospitalier. Au-delà de ces limites humaines et organisationnelles, la présente étude met en lumière d'importantes contraintes matérielles qui entravent la pratique quotidienne. À cela s'ajoutent des obstacles culturels et institutionnels : l'absence d'une unité de nutrition clinique clairement définie dans l'organigramme hospitalier, ainsi que l'absence de service dédié et de commission nutritionnelle active, diminuent la visibilité de cette discipline et entravent la coordination des actions. Enfin, le contexte socio-économique représente un facteur aggravant : la précarité d'une grande partie des patients et le manque de couverture sanitaire compromettent la continuité des soins nutritionnels après la sortie de l'hôpital, réduisant ainsi l'impact à long terme des interventions des nutritionnistes.

7.8. Rôle perçu et positionnement des nutritionnistes dans le système hospitalier

Au Burkina Faso, la profession de nutritionniste en milieu hospitalier est encore récente et aspire à obtenir une reconnaissance institutionnelle. Les résultats de l'étude montrent que les nutritionnistes se considèrent comme des acteurs clés de l'amélioration de la qualité des soins, bien qu'ils demeurent souvent en position marginale au sein du système hospitalier. En pratique, les nutritionnistes ne sont pas systématiquement intégrés aux équipes soignantes d'un service, et leur intervention dépend fréquemment de la sollicitation occasionnelle ou de la bonne volonté d'un médecin. Lors des entretiens, plusieurs nutritionnistes ont fait part de leur incapacité à mobiliser pleinement leur expertise, en raison de leur exclusion fréquente du processus de prise en charge. Ce sentiment fait écho à des observations similaires rapportées par des professionnels de la nutrition dans d'autres contextes : une étude qualitative internationale révèle que de nombreux diététiciens estiment que leurs compétences spécialisées sont sous-estimées par les autres professionnels de santé, ce qui a pour conséquence une demande limitée de leur expertise dans la prise en charge globale des patients [\(52\)](#). Les résultats montrent par ailleurs que les chefs de service reconnaissent désormais la valeur ajoutée de l'expertise des nutritionnistes, notamment dans le suivi des patients souffrant de dénutrition ou de maladies chroniques. Néanmoins, cette reconnaissance devrait se traduire par une intégration formelle du rôle du nutritionniste dans l'organigramme hospitalier. Idéalement, chaque hôpital de niveau tertiaire devrait disposer d'un service ou d'une unité de Nutrition Clinique, dotée de personnel dédié et de ressources spécifiques, afin de fournir au nutritionniste un cadre institutionnel clair pour intervenir et coordonner les actions de prise en charge. Les recommandations internationales soutiennent cette approche, en préconisant la création d'équipes pluridisciplinaires de nutrition, la protection du titre de nutritionniste-diététicien et l'élaboration d'une charte des compétences pour renforcer la position de ces professionnels au sein du système de santé [\(43\)](#). L'affirmation du rôle des nutritionnistes passe également par la démonstration concrète de l'impact de leurs interventions. Plus ils seront capables de documenter, à partir de données locales, les améliorations des indicateurs cliniques, telles

que la réduction des complications, la diminution de la durée moyenne de séjour ou l'augmentation de la satisfaction des patients, plus leur légitimité sera renforcée aux yeux des décideurs hospitaliers. Les données qualitatives recueillies dans cette étude témoignent déjà d'une évolution favorable : dans certains services pilotes, on observe un début de systématisation des interventions nutritionnelles, ce qui laisse présager un positionnement plus central du nutritionniste à l'avenir. De plus, ce positionnement peut être renforcé par l'établissement d'un réseau professionnel structuré et un soutien institutionnel solide. La création d'une association ou d'un ordre national des nutritionnistes, l'intégration d'objectifs de nutrition clinique dans la stratégie nationale de santé, ainsi que la participation active des nutritionnistes à des comités techniques (notamment pour l'élaboration de guides de bonnes pratiques) représentent autant de leviers stratégiques pour institutionnaliser durablement leur rôle.

Conclusion

Les résultats de cette recherche mettent en évidence le rôle crucial, mais encore largement sous-exploité, des nutritionnistes dans les établissements hospitaliers au Burkina Faso. En dépit d'un nombre très limité de professionnels (seulement 23 nutritionnistes recensés dans 13 principaux hôpitaux du pays), leur apport à l'amélioration de la qualité des soins est significatif. Selon les médecins interrogés, l'implication du nutritionniste rend les soins plus proactifs et centrés sur le patient, réduisant ainsi le risque de dégradation de l'état des patients en raison d'une malnutrition non identifiée. Ces observations viennent corroborer des données internationales qui établissent qu'une prise en charge nutritionnelle adéquate est liée à une diminution des infections nosocomiales, à une réduction de la durée d'hospitalisation et des coûts, ainsi qu'à une amélioration des taux de survie des patients.

Cependant, l'étude met également en lumière d'importants obstacles structurels et organisationnels qui freinent le déploiement optimal des nutritionnistes. Parmi les principaux défis identifiés figurent la pénurie de personnel qualifié, l'absence d'unités spécifiquement dédiées à la nutrition clinique dans la majorité des hôpitaux, le manque de protocoles de prise en charge nutritionnelle formalisés, ainsi que l'insuffisance des ressources matérielles (outils de suivi, produits nutritionnels). De plus, la formation initiale des nutritionnistes au Burkina Faso s'est révélée davantage orientée vers la nutrition communautaire que clinique, tandis que la plupart des professionnels de santé (médecins, infirmiers) n'ont bénéficié que d'une formation très limitée en nutrition au cours de leur cursus. Ce manque de compétences spécialisées, associé à une faible intégration de la nutrition clinique dans les institutions, se traduit par une prise en charge souvent tardive et axée sur les cas de dénutrition sévère, plutôt qu'une approche préventive et systématique.

Ainsi, l'apport principal de cette étude réside dans la documentation, pour la première fois au Burkina Faso, du rôle et de l'implication des nutritionnistes en milieu hospitalier, tout en soulignant l'écart entre l'amélioration éventuelle des soins et la réalité de leur intégration limitée. En termes de répercussions sur le système de santé, les enseignements tirés plaident en faveur d'une institutionnalisation renforcée de la nutrition clinique. Il est essentiel d'intégrer systématiquement les nutritionnistes dans le parcours de soins hospitaliers pour optimiser la prise en charge nutritionnelle des patients, améliorer leur pronostic et accroître l'efficacité globale du système de santé. À l'échelle nationale, cela contribuerait à mieux combattre la double charge de malnutrition qui touche le pays, caractérisée par la coexistence d'une malnutrition aiguë et chronique préoccupante, ainsi que par l'augmentation des maladies métaboliques liées au surpoids. En renforçant la nutrition clinique, le Burkina Faso avancerait également vers la réalisation de ses engagements internationaux, notamment l'Objectif de Développement Durable 2 (éliminer la faim et assurer la santé pour tous) et l'Agenda 2063 de l'Union Africaine, qui se concentre sur le développement du capital humain.

Recommandations

Pour maximiser les bénéfices tirés des résultats de cette étude, il est nécessaire d'initier des actions concertées à divers niveaux du système de santé. Les recommandations ci-dessous sont présentées en fonction des responsabilités attribuées à chaque catégorie d'acteurs :

❖ Ministère de la Santé

Renforcer le cadre politique et financier : il est essentiel d'intégrer la nutrition clinique de manière explicite dans les stratégies nationales de santé et de nutrition et prévoir une ligne budgétaire dédiée à la nutrition clinique pour garantir l'approvisionnement en intrants nécessaires tels que les aliments thérapeutiques, les compléments nutritionnels et les équipements de mesure anthropométrique.

Augmenter les effectifs de nutritionnistes : il est crucial de créer et de pourvoir des postes de nutritionniste dans tous les centres hospitaliers universitaires (CHU) et centres hospitaliers régionaux (CHR) du pays. À court terme, chaque hôpital de niveau secondaire ou tertiaire devrait accueillir au moins un(e) nutritionniste diplômé(e), avec une extension progressive de ce dispositif aux grands centres médicaux et aux programmes de santé publique. Cette action vise à remédier à la pénurie actuelle de spécialistes, le nombre de nutritionnistes en fonction étant largement insuffisant par rapport aux besoins.

Élaborer des protocoles nationaux de soins nutritionnels : sous l'égide du ministère, il est recommandé de mettre en place un comité technique pluridisciplinaire dont la mission est de développer des protocoles standardisés pour le dépistage, la prise en charge et le suivi de la malnutrition en milieu hospitalier. Ces guides, conformes aux recommandations de l'OMS

et de la Société Africaine de Nutrition Clinique, devraient être diffusés dans l'ensemble des établissements de santé afin d'harmoniser les pratiques.

Renforcer la coordination multisectorielle : il est impératif de consolider la mise en œuvre de la Politique Nationale Multisectorielle de Nutrition (PNMN 2020–2029) en assurant une synergie entre le secteur de la santé et d'autres secteurs sensibles à la nutrition. Le ministère de la Santé, en tant qu'entité leader, doit veiller à ce que les actions de nutrition clinique en milieu hospitalier soient en cohérence avec les interventions communautaires visant à prévenir la malnutrition, telles que les programmes d'éducation nutritionnelle.

❖ **Etablissements hospitaliers**

Mettre en place des services ou des unités de nutrition clinique : il est recommandé de créer, au sein de chaque hôpital régional et universitaire, une unité ou un service de nutrition clinique. En l'absence d'un service autonome, il serait judicieux de désigner un point focal en nutrition au sein des départements cliniques pour coordonner les activités liées à la nutrition. Cela permettrait d'accroître la visibilité de cette discipline et d'améliorer la coordination des actions nutritionnelles au quotidien.

Intégrer la nutrition dans le parcours de soins : un dépistage nutritionnel systématique devrait être mis en place dès l'admission de tout patient hospitalisé, par exemple en mesurant l'IMC et en utilisant un outil de scoring tel que le NRS-2002. Les patients identifiés comme étant à risque de malnutrition devraient bénéficier automatiquement d'une consultation avec un nutritionniste et d'un suivi continu durant leur hospitalisation. La direction de l'hôpital doit intégrer ce processus dans le protocole d'accueil des patients.

Encourager le travail en équipe pluridisciplinaire : il est essentiel d'instaurer des réunions régulières réunissant le nutritionniste et les autres professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens) pour discuter des plans de soins des patients malnutris ou suivant un régime spécialisé. L'objectif est d'intégrer les recommandations nutritionnelles dans les décisions thérapeutiques, qu'il s'agisse du choix du régime, de la supplémentation orale ou entérale, ou de la préparation à la sortie. Le nutritionniste doit être reconnu comme un membre à part entière de l'équipe soignante, participant aux synthèses cliniques et aux comités de lutte contre la dénutrition de l'hôpital.

Améliorer les ressources matérielles : les services hospitaliers doivent être dotés d'équipements adéquats pour la nutrition clinique, notamment de balances et de toises pour effectuer des mesures anthropométriques régulières, de consommables pour la nutrition entérale, ainsi que d'un stock suffisant de compléments nutritionnels oraux adaptés aux diverses pathologies (diabète, insuffisance rénale, etc.). Les comités pharmaceutiques et thérapeutiques des hôpitaux devraient inclure les produits de nutrition médicale dans la liste des essentiels disponibles.

Suivre et évaluer la qualité de la prise en charge nutritionnelle : il est important d'intégrer des indicateurs nutritionnels dans le tableau de bord de l'hôpital, tels que le taux de dépistage de la dénutrition, la prévalence de la dénutrition nosocomiale, le taux d'utilisation des régimes thérapeutiques, ainsi que la satisfaction des patients concernant leur alimentation. Ce suivi permettra d'évaluer les progrès réalisés grâce à l'intégration des nutritionnistes et d'identifier les domaines nécessitant des améliorations.

❖ **Universités et instituts de formation**

Révision des programmes de formation : il est essentiel de réajuster le contenu des cursus universitaires en sciences de la santé, tels que la médecine, les soins infirmiers et la kinésithérapie, afin d'y intégrer un accent accru sur la nutrition clinique. Par exemple, il serait pertinent d'ajouter un module obligatoire consacré au dépistage et à la gestion de la malnutrition dans les formations des étudiants en médecine et en soins infirmiers.

Création de spécialisations en nutrition clinique : au niveau national, proposer un diplôme universitaire ou un master spécialisé en nutrition clinique et diététique hospitalière. Cette initiative devrait se faire en collaboration avec des facultés de médecine et des hôpitaux d'application, permettant ainsi de former sur place des nutritionnistes cliniciens hautement qualifiés. Cela réduirait la dépendance vis-à-vis des formations à l'étranger et garantirait une réponse adaptée aux besoins locaux.

Formation des formateurs et promotion de la recherche : il est crucial de favoriser les échanges entre universitaires et cliniciens afin de mettre à jour les connaissances. Par ailleurs, il serait pertinent d'encourager la recherche appliquée en nutrition clinique à travers des mémoires, des thèses et des projets de recherche collaborative, visant à produire des données locales sur les meilleures pratiques en matière de prise en charge nutritionnelle et à évaluer l'impact des interventions. Les résultats de ces recherches viendront enrichir l'enseignement et influencer les politiques nationales.

Formation continue du personnel en place : en partenariat avec le Ministère de la Santé, il serait bénéfique de concevoir des programmes de formation continue certifiants destinés au personnel de santé déjà en activité, tels que les nutritionnistes, les médecins, les infirmiers et les gestionnaires hospitaliers, axés sur l'importance de la nutrition clinique. Des ateliers de courte durée, des cours en ligne (MOOC) ou des séminaires pratiques pourraient être régulièrement proposés pour diffuser les protocoles récents, ainsi que les recommandations de l'OMS ou de l'ESPEN, et les outils de dépistage validés.

❖ **Partenaires techniques et financiers**

Renforcement des capacités : les partenaires de développement, tels que l'OMS, l'UNICEF, le PAM, la Banque Mondiale et des ONG internationales, sont encouragés à apporter leur soutien technique et financier aux initiatives de formation et de recrutement en nutrition clinique. Concrètement, ils pourraient financer des bourses d'études en nutrition clinique,

l'élaboration de modules de formation continue ou l'accueil d'experts internationaux pour former des formateurs locaux.

Soutien matériel et logistique : il est nécessaire de fournir les équipements et les intrants manquants dans les hôpitaux, en collaboration avec le gouvernement. Par exemple, l'UNICEF et l'OMS pourraient contribuer à l'approvisionnement en kits anthropométriques et en produits nutritionnels thérapeutiques destinés aux unités de nutrition. De plus, le PAM et la FAO, dans le cadre de leur mandat de sécurité nutritionnelle, pourraient aider à diversifier et à enrichir l'offre alimentaire dans les établissements hospitaliers.

Accompagnement dans l'élaboration de normes et standards : il serait bénéfique de mettre à disposition une expertise pour assister le Ministère de la Santé dans le développement de normes nationales pour la prise en charge nutritionnelle. L'OMS, via son bureau régional, pourrait partager des lignes directrices et des outils éprouvés utilisés dans d'autres pays africains en matière de dépistage de la malnutrition à l'hôpital et de soins nutritionnels pour les patients malnutris. Ces partenaires pourraient également soutenir la définition de ratios recommandés nutritionnistes par lit d'hôpital ainsi que des référentiels de compétences pour ces professionnels.

Financement de projets pilotes et du plan d'action : il est important de mobiliser des fonds pour initier des projets pilotes dans certains hôpitaux, visant à intégrer pleinement les nutritionnistes dans l'équipe soignante et à évaluer l'impact sur les résultats. Par exemple, un projet démonstratif pourrait impliquer un hôpital adoptant un dépistage universel de la dénutrition et un protocole d'intervention nutritionnelle, avec une évaluation des taux de complications, de mortalité et de satisfaction des patients. Sur la base des résultats positifs, il serait pertinent de plaider pour une extension à l'échelle nationale. Les bailleurs de fonds devraient également considérer le soutien à la composante nutrition des soins de santé comme une priorité, reconnaissant son rôle transversal dans l'amélioration de la santé publique et la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT)

Bibliographie

1. Holmes RA. Role of dietitians in reducing malnutrition in hospital. CMAJ : Canadian Medical Association Journal. 4 févr 2019;191(5):E139.
2. FAO. United Nations Sustainable Development. [cité 29 avr 2025]. Sustainable Development Goals : 17 goals to transform our world. Disponible sur: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>
3. Ministère de la sante de l'hygiène publique et du bien être. Enquete Nutritionnelle Nationale. Burkina Faso; 2021 p. 112P.
4. Ministère de la sante de l'hygiène publique. Rapport de la deuxième enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risque communs de maladies non transmissibles au Burkina Faso. Burkina Faso; 2021 p. 235.
5. Politique Nationale Multisectorielle de Nutrition PNMN 2020-2029 [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://scalingupnutrition.org/sites/default/files/2023-07/POLITIQUE%20NATIONALE%20MULTISECTORIELLE%20DE%20NUTRITION%20%20%282%29.pdf>
6. Yameogo TM, Bamogo D, Coulibaly B, Somé N, Hien A, Kyelem C.G, et al. EM-Consulte. 2023 [cité 26 mai 2025]. Dénutrition hospitalière au Burkina Faso : critères du Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) ou Nutritional Risk Screening (NRS-2002) en situation de ressources limités ? Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1588329/denutrition-hospitaliere-au-burkina-faso-criteres->
7. Pesqueux Y. Robert E. Freeman et la théorie des parties prenantes en question [Internet]. France; 2017. Disponible sur: <https://shs.hal.science/cel-01432945v1/document>

8. Talia G. Définir le renforcement des systèmes de santé - questions, défis et prochaines étapes [Internet]. 2020 [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://cansfe.ca/article/definir-le-renforcement-des-systemes-de-sante-questions-defis-et-prochaines-etapes/>
9. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland) [Internet]. févr 2019 [cité 25 mai 2025];38(1). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30005900/>
10. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. Clinical Nutrition. 1 juin 2017;36(3):623-50.
11. Schneider SM, Veyres P, Pivot X, Soummer AM, Jambou P, Filippi J, et al. Malnutrition is an independent factor associated with nosocomial infections. British Journal of Nutrition. juill 2004;92(1):105-11.
12. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening. Clinical Nutrition. 1 août 2003;22(4):415-21.
13. Inciong JFB, Chaudhary A, Hsu HS, Joshi R, Seo JM, Trung LV, et al. Hospital malnutrition in northeast and southeast Asia: A systematic literature review. Clinical Nutrition ESPEN. 1 oct 2020;39:30-45.
14. Correia MITD, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clinical Nutrition. 1 juin 2003;22(3):235-9.
15. Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital Malnutrition: Prevalence, Identification and Impact on Patients and the Healthcare System. International Journal of Environmental Research and Public Health. févr 2011;8(2):514-27.
16. Su Lin L, Kian Chung Benjamin O, Yiong Huak C, Wai Chiong L, Maree F, Lynne D. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland) [Internet]. juin 2012 [cité 16 mai 2025];31(3). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22122869/>
17. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clinical Nutrition. 1 févr 2008;27(1):5-15.
18. Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Batterham M, Bauer J, Capra S, et al. Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: Results from the Nutrition Care Day Survey 2010. Clinical Nutrition. 1 oct 2013;32(5):737-45.
19. World Health Organization. Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cité 17 mai 2025]. 156 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/275990>

20. Jones B, Bonner J, Kr S. Nutrition support service: role of the clinical dietitian. *Journal of the American Dietetic Association* [Internet]. janv 1986 [cité 17 mai 2025];86(1). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3941231/>
21. Sobotka L, Forbes A. *Basics in Clinical Nutrition* [Internet]. Vol. 1. Prague; 2019 [cité 17 mai 2025]. 676 p. Disponible sur: <https://ueaeprints.uea.ac.uk/id/eprint/72123/>
22. National Research Council (US) Committee on Nutrition in Medical. Historical Perspective. In: *Nutrition Education in US Medical Schools* [Internet]. National Academies Press (US); 1985 [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216786/>
23. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition*. févr 2019;38(1):1-9.
24. Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *The Lancet*. 8 juin 2019;393(10188):2312-21.
25. Kim HS, Yang JD, Han SW, Lee MR, Kim DS, Lee S, et al. Early nutritional support for inpatients reduces admission rates to intensive care units in Korea: a single-center case-control study. *Ann Clin Nutr Metab*. 1 août 2024;16(2):57-65.
26. Abenavoli L, Maurizi V, Boccuto L, Di Berardino A, Giostra N, Santori P, et al. Nutritional Support in Acute Liver Failure. *Diseases*. 18 nov 2022;10(4):108.
27. Wischmeyer PE, Klek S, Berger MM, Berlana D, Gray B, Ybarra J, et al. Parenteral nutrition in clinical practice: International challenges and strategies. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 13 juin 2024;81(Supplement_3):S89-101.
28. Detsky A, Laughlin J, Baker J, Johnston R, Whittaker S, Mendelson R, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition* [Internet]. févr 1987 [cité 17 mai 2025];11(1). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3820522/>
29. Hébuterne X, Lemarié E, Michallet M, De-Montreuil C, Schneider S, Goldwasser F. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. *JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition* [Internet]. févr 2014 [cité 17 mai 2025];38(2). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24748626/>
30. Correia MIT, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)* [Internet]. juin 2003 [cité 17 mai 2025];22(3). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12765661/>
31. Braga M, Ljungqvist O, Soeters P, Fearon K, Weimann A, Bozzetti F. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Surgery. *Clinical Nutrition*. 1 août 2009;28(4):378-86.

32. Haute Autorité de Santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. 2008 [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques
33. Vaillant MF, Alligier M, Baclet N, Capelle J, Dousseaux MP, Eyraud E, et al. Recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissements de santé. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. nov 2019;33(4):235-53.
34. Conseil National de l'Alimentation CNA-France. Alimentation Alimentation en milieu hospitalier. 2017.
35. Zagre N, Ouedraogo P, Ouattara AK, Kagone W, Zohoncon TM. État des lieux de la malnutrition à l'Hôpital Saint Camille de 2007 à 2017. 2022;45.
36. Savadogo L, Ouédraogo H, Wilmet M, Sawadogo A, Sondo B, Tonglet R, et al. État nutritionnel à l'admission et mortalité hospitalière des enfants de moins de 5 ans atteints de maladies infectieuses à ouagadougou, Burkina Faso. *Revue D Epidemiologie Et De Sante Publique* [Internet]. 2002 [cité 2 juin 2025]; Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/%C3%89tat-nutritionnel-%C3%A0-l%27admission-et-mortalit%C3%A9-des-de-Savadogo-Ou%C3%A9draogo/d8a0b24a933ccf249ccf793a22baf2517cc34d60>
37. Traoré S. Dénutrition de l'adulte au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou [Doctorat en medecine]. [Burkina Faso]: Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso; 2017.
38. Organisation mondiale de la Santé. Analyse de la situation sanitaire de la Région africaine [Internet]. Bureau OMS, RDC; 2022 p. 44. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364853/9789290313755-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Enquête Harmonisée sur le Conditions de Vie des Ménages 2021-2022- Burkina Faso [Internet]. 2024 [cité 2 juin 2025]. Disponible sur: https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/6277?utm_source=chatgpt.com
40. Ministère de la Santé. Politique nationale multisectorielle de nutrition 2020-2029 du Burkina Faso [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://scalingupnutrition.org/sites/default/files/2023-07/POLITIQUE%20NATIONALE%20MULTISECTORIELLE%20DE%20NUTRITION%20%20%282%29.pdf>
41. Ministère de la sante de l'hygiène publique. Cartographie multisectorielle des intervenants et interventions en nutrition au Burkina Faso : outil de plaidoyer et de coordination multisectorielle [Internet]. 2023. Disponible sur: https://nutrition.bf/sites/default/files/2023-07/Burkina%20Faso%20Cartographie-VF%2012_04_2023.pdf

42. Institut National de la Statistique et de la Démographie. Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation. Burkina Faso; 2019 p. 136.
43. Nkomani S, Ausman LM, Marino-Costello E, Chimera B, Kalimkira A, Mwangwela A, et al. Nutrition Capacity Building to Meet National Priorities: Lessons Learned in Developing and Implementing Malawi's First Dietetics Program. *Global Health: Science and Practice*. 31 déc 2021;9(4):928.
44. Patten EV, Vaterlaus JM, Lybbert CD, Jones M. Men in Dietetics: A Qualitative Study of Cis-Gender Men's Experiences as Registered Dietitian Nutritionists in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 1 août 2025;125(8):1121-30.
45. Sodjinou R, Bosu WK, Fanou N, Déart L, Kupka R, Tchibindat F, et al. Nutrition training in medical and other health professional schools in West Africa: the need to improve current approaches and enhance training effectiveness. *Global Health Action*. 30 juill 2014;7:10.3402/gha.v7.24827.
46. Ayande REA, Agordoh PD, Salino VJ, Webster-Ariyan C, Collier L, Asante M, et al. Knowledge, attitudes, and practices of registered dietitians and nutritionists regarding enteral and parenteral nutrition support in Ghana: a needs assessment study. *Front Nutr*. 29 juin 2023;10:1197610.
47. Hill LT, Abdoola F, Adu-Amoah HG, Akinyemi I, Ali R, Anku É, et al. Prevalence, impact, and management of adult disease-related malnutrition in African hospitals: A narrative review and insight from resource-limited clinical settings. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif)* [Internet]. juin 2025 [cité 3 août 2025];134. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40058120/>
48. Conseil de l'Europe. Résolution ResAP(2003)3 sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux [Internet]. 2003. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/resolution_conseil_europe.pdf#:~:text=6,long%2C%20une%20d%C3%A9gradation%20de%20la
49. ScienceDaily [Internet]. [cité 3 août 2025]. Despite growing burden of diet-related disease, medical education does not equip students to provide high quality nutritional care to patients. Disponible sur: <https://www.sciencedaily.com/releases/2019/09/190918184454.htm>
50. Rogers-Soeder TS. Registered Dietitian Nutritionists' Role in Hospital in Home. *Federal Practitioner*. 15 juin 2022;39(6):250.
51. Kroukam BJ, Toit AD, Nel DG, Visser J. Are South African registered dietitians ready to take responsibility for prescription of parenteral nutrition and intravenous nutrients? 1. 19 juin 2025;38(2):55-63.
52. Giroux I, Laroche-Nantel R, Shaw J, Murphy J, Madarasz W, Adler J, et al. Exploring registered dietitians' contributions and educational needs in primary care: Insights for health leaders. *Healthcare Management Forum*. 12 mars 2025;38(4):356.

Listes des illustrations

Liste des figures

Figure 1 : Cadre conceptuel intégrant les facteurs d'intégration du nutritionniste en milieu hospitalier et leurs effets attendus adapté de la théorie des parties prenantes et la théorie systémique de l'OMS (7,8).	14
Figure 2 : Services d'affectation des nutritionnistes	32
Figure 3 : Niveaux de compétence des nutritionnistes selon les spécialités	36

Liste des tableaux

Tableau 1 : répartition des nutritionnistes par CHU/CHR	30
Tableau 2 : Formation académique des nutritionnistes	31
Tableau 3 : Disponibilité des équipements et des outils de suivi nutritionnel	33
Tableau 4 : Principales pathologies prises en charge par les nutritionnistes (N = 23)	33
Tableau 5 : Types de soins dispensés par les nutritionnistes	34
Tableau 6 : Lien entre le sentiment d'implication institutionnelle des nutritionnistes et leur niveau de compétence perçu dans plusieurs domaines cliniques	36

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire des nutritionnistes

SECTION A : Informations générales

1. Sexe : ☐ Homme ☐ Femme
2. Âge : _____ ans
3. Cursus universitaire : Nutrition clinique ☐ , Nutrition communautaire ☐ ,
Agroalimentaire ☐ Autres ☐
4. Diplôme le plus élevé obtenu en nutrition : Master ☐ , Doctorat ☐
5. Années d'expérience professionnelle en nutrition : _____ ans
6. Années d'exercice dans l'établissement actuel : _____ ans
7. Type d'établissement : ☐ CHU ☐ CHR ☐ CMA ☐ Autre (préciser) : _____

SECTION B : Activités exercées

8. Dans quel service êtes-vous affecté ? Pédiatrie ☐ , Gynécologie ☐ , Médecine interne ☐ ,
Autres ☐ à préciser
9. Quelles sont vos principales missions ? (cochez toutes les réponses applicables)
 - ☐ Consultations nutritionnelles
 - ☐ Suivi nutritionnel des patients hospitalisés
 - ☐ Formation du personnel soignant
 - ☐ Participation à l'élaboration des régimes thérapeutiques
 - ☐ Éducation nutritionnelle des patients/familles
 - ☐ Participation à des activités de recherche
 - ☐ Élaboration de protocoles nutritionnels
 - ☐ Autres (précisez) : _____
10. Quels sont les services cliniques dans lesquels vous intervenez ?
11. À quelle fréquence intervenez-vous dans les services cliniques ?
 - ☐ Quotidiennement ☐ 2 à 3 fois/semaine ☐ Occasionnellement ☐ Jamais
12. Disposez-vous d'un espace dédié (bureau/service) à la nutrition ?
 - ☐ Oui ☐ Non
13. Avez-vous accès aux équipements suivants dans votre travail ? (Oui / Non pour chacun)
 - Balance pédiatrique : ☐ Oui ☐ Non
 - Balance adulte : ☐ Oui ☐ Non

- Toise : ☐ Oui ☐ Non
- Matériel de dépistage de la malnutrition (MUAC, IMC) : ☐ Oui ☐ Non
- Logiciel de suivi ou de collecte : ☐ Oui ☐ Non

SECTION C : Implication dans la prise en charge

11. Quelles sont les principales pathologies prises en charge dans l'exercice de votre fonction

.....
.....

12. Les types de soins dispensés : Poser un Diagnostic ☐ , prise en charge ☐ , introduction de dispositif médicaux ☐

13. Participez-vous aux réunions cliniques/pluridisciplinaires ? ☐ Oui régulièrement ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

14. Avez-vous le sentiment d'être impliqué dans les décisions thérapeutiques concernant les patients ? ☐ Oui ☐ Moyennement ☐ Non

15. Votre rôle est-il bien compris par vos collègues ? ☐ Oui ☐ Moyennement ☐ Non

SECTION D : Perceptions et défis

16. Comment jugez-vous les conditions de travail liées à votre fonction ?

☐ Très satisfaisantes ☐ Acceptables ☐ Insuffisantes ☐ Très mauvaises

17. Quels sont les principaux obstacles à l'exercice optimal de votre métier ?

☐ Manque de reconnaissance institutionnelle

☐ Manque de matériel

☐ Manque de formation continue

☐ Faible collaboration interprofessionnelle

☐ Surcharge de travail

☐ Absence de protocole/normes

☐ Autres : _____

18. Avez-vous bénéficié d'une formation continue en nutrition clinique au cours des 2 dernières années ? ☐ Oui ☐ Non

19. Selon vous, quelles mesures pourraient améliorer l'efficacité de votre fonction ?

SECTION E : Compétences

Instructions : Pour chaque affirmation, indiquez votre niveau de compétence selon l'échelle suivante :

1 = Pas du tout compétent · 2 = Peu compétent · 3 = Moyennement compétent · 4 = Compétent · 5 = Très compétent

Compétences en cardiologie

N°		Score (1à5)
1	Je connais les recommandations nutritionnelles spécifiques aux pathologies cardiovasculaires (HTA, insuffisance cardiaque, dyslipidémies).	
2	Je suis capable de réaliser une évaluation nutritionnelle complète chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires.	
3	Je sais élaborer un plan alimentaire adapté aux besoins et aux risques du patient cardiaque	
4	Je maîtrise les régimes thérapeutiques recommandés : pauvre en sel, pauvre en graisses saturées, riche en fibres, etc	
5	Je suis en mesure de conseiller sur la gestion du poids, l'équilibre lipidique et le mode de vie du patient.	
6	Je sais adapter les apports nutritionnels en fonction des traitements associés (diurétiques, anticoagulants, bêtabloquants).	
7	Je travaille en collaboration avec les cardiologues et les équipes soignantes pour intégrer la nutrition dans la prise en charge globale.	

Compétences en néphrologie

N°	Affirmation	Score (1 à 5)
1	Je connais les recommandations nutritionnelles en cas d'insuffisance rénale aiguë ou chronique.	_____

2	Je sais adapter les apports en protéines, potassium, phosphore et sodium selon le stade de la maladie rénale.	_____
3	Je suis capable d'évaluer les besoins hydriques et énergétiques des patients dialysés.	_____
4	Je sais élaborer des plans alimentaires pour les patients sous hémodialyse ou dialyse péritonéale.	_____
5	Je maîtrise la surveillance nutritionnelle des patients atteints de néphropathies.	_____
6	Je suis à l'aise pour conseiller les patients et leurs familles sur la gestion des restrictions alimentaires liées à la néphrologie.	_____
7	Je collabore avec les néphrologues pour une prise en charge nutritionnelle intégrée.	_____

Compétence en neurologie

N°	Affirmation	Score (1 à 5)
1	Je connais les implications nutritionnelles des pathologies neurologiques (AVC, Parkinson, Alzheimer, SLA, etc.).	_____
2	Je sais évaluer l'état nutritionnel des patients présentant des troubles de la déglutition ou de la motricité.	_____
3	Je maîtrise les régimes adaptés aux troubles neurologiques (textures modifiées, alimentation entérale, etc.).	_____
4	Je suis en mesure d'identifier les risques de dénutrition chez les patients neurologiques.	_____
5	Je sais adapter les apports nutritionnels en cas de dépendance ou de troubles cognitifs.	_____
6	Je participe à la prévention de la dénutrition dans les services de neurologie.	_____

7	Je collabore avec les équipes pluridisciplinaires pour une approche globale du patient neurologique.	_____
---	--	-------

Compétences en chirurgie

N°	Affirmation	Score (1 à 5)
1	Je connais les recommandations nutritionnelles en périopératoire (avant et après chirurgie).	_____
2	Je sais dépister et prendre en charge la dénutrition préopératoire.	_____
3	Je suis capable d'évaluer les besoins nutritionnels spécifiques après chirurgie digestive, bariatrique ou oncologique.	_____
4	Je maîtrise les indications de la nutrition entérale et parentérale post-opératoire.	_____
5	Je suis en mesure de suivre l'évolution nutritionnelle en postopératoire.	_____
6	Je contribue à la mise en place de protocoles de récupération améliorée après chirurgie (RAAC).	_____
7	Je collabore avec les chirurgiens et anesthésistes pour assurer une prise en charge nutritionnelle optimale.	_____

Compétences en oncologie

N°	Affirmation	Score (1 à 5)
1	Je connais les besoins nutritionnels spécifiques des patients atteints de cancer.	_____
2	Je sais évaluer le statut nutritionnel et le risque de dénutrition en oncologie.	_____
3	Je suis capable d'élaborer un plan alimentaire pour les patients sous chimiothérapie, radiothérapie ou chirurgie oncologique.	_____

4	Je maîtrise les techniques de supplémentation orale, nutrition entérale ou parentérale selon les cas.	_____
5	Je prends en compte les effets secondaires des traitements (nausées, anorexie, mucite, etc.) dans mes recommandations nutritionnelles.	_____
6	Je collabore avec l'équipe d'oncologie pour une prise en charge nutritionnelle globale et adaptée.	_____

Annexe 2 : Guide d'entretien des chefs de service

I. Pouvez-vous me présenter brièvement votre service (spécialité, nombre de lits, volume moyen de patients hospitalisés) ?

II. Ressources humaines et collaboration avec les nutritionnistes

1. Votre service ou établissement dispose-t-il d'un(e) nutritionniste ? Si oui : depuis quand et selon quelle modalité (temps plein, temps partiel, fréquence d'intervention) ?
2. De quelle manière le nutritionniste intervient-il/elle dans votre service (à la demande, de façon systématique, selon des protocoles établis, etc.) ?
3. Quelles sont les pathologies où vous avez recours aux compétences du nutritionniste ?

III. Perceptions sur l'impact de la prise en charge nutritionnelle

1. À votre avis, quel impact la présence du nutritionniste a-t-elle eu sur :
 - l'état nutritionnel des patients,
 - la durée d'hospitalisation,
 - l'observance thérapeutique,
 - la prévention des complications,
 - la satisfaction des patients et de leurs familles ?
1. Avez-vous constaté des changements dans les pratiques de votre équipe médicale grâce à son intervention ? Si oui, lesquels ?

IV. Présence de protocoles et organisation du service

1. Dans votre service, y'a t-il un protocole de dépistage de la dénutrition ? Si oui, pour sa mise en œuvre quel est le rôle du nutritionniste.
2. Le nutritionniste participe-t-il aux réunions de concertations ou de staffs multidisciplinaires ? Avec quelle fréquence et pour quels objectifs ?
3. Pouvez-vous me parler de l'éventuelle mise en place de protocoles nutritionnels individualisés pour vos patients ?

V. Obstacles et besoins

1. Selon vous, quels sont aujourd'hui les principaux obstacles à une prise en charge nutritionnelle optimale dans votre service ?
2. De quoi auriez-vous le plus besoin pour renforcer la prise en charge nutritionnelle (plus de ressources humaines, formation, matériel, protocoles adaptés, etc.) ?

VI. Recommandations

Pour l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle de votre service et l'intégration des nutritionnistes, quelles sont vos recommandations.