

Research Article

DÉNUTRITION ET SOINS NUTRITIONNELS CHEZ LES MALADES DE CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE MBUJI-MAYI, EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

¹*BadibangaNtumba Patrice and ²KalambayiNgeleka Ismael

¹Institut Supérieur des techniques Médicales de Mbandaka, République Démocratique du Congo (RDC).

²Centre de recherche infinie sur le Bien Être "CRIBE", Mbuji-Mayi, République Démocratique du Congo (RDC).

Received 14th September 2025; Accepted 15th October 2025; Published online 30th November 2025

RÉSUMÉ

Contexte: Les informations sur la dénutrition hospitalière sont rares dans la province du Kasai Oriental. Eu égard à un tel gap, nous avons entrepris cette étude pour pouvoir le combler. Elle vise de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité hospitalières dans la province du Kasai Oriental et fut menée au cours de la période allant du 2 juillet au 6 novembre 2023. **Méthodologie:** Il s'est agi d'une analyse transversale basée sur un échantillon de 43 patients hospitalisés en médecine interne et suivis au cours d'un mois. **Résultats:** Lors de l'admission à l'hôpital, le marqueur dénutrition montre que tous les patients montrent qu'ils étaient en bonne santé (100 % avaient un IMC $\geq 18,5$ kg/m²). Les résultats montrent qu'à la fin de l'étude, 74,4% des patients ont affiché une perte pondérale par rapport à leur poids à l'admission, à des degrés divers, et que 13,9% des patients étaient devenus sous-alimentés, soit 9,2% avec une sous-alimentation légère et 4,7% avec une sous-alimentation sévère. Cette situation préoccupe et met en exergue le danger auquel sont exposés les patients admis dans cet hôpital où l'organisation d'un service diététique et la position dédiéticienne sont pas encore envisagés. **Recommandations:** Il est essentiel de mettre en place des mesures visant de protéger les patients contre l'exposition à la dénutrition pendant leur séjour à l'hôpital et organiser des services de nutrition dans cette structure hospitalière.

Mots clés: Dénutrition, soins nutritionnels, hôpital.

INTRODUCTION

Selon Ulrich Keller, la malnutrition associée à la maladie est de plus en plus fréquente de nos jours, car les maladies chroniques ont souvent une évolution longue et, dans de nombreux cas, notamment chez la proportion toujours plus importante de personnes âgées, elles s'accompagnent de comorbidités. Ainsi, il est estimé que des signes de malnutrition sont présents chez 20–60% des patients de médecine interne hospitalisés. [1]

L'aspiration fondamentale et l'attente générale des individus en entrant dans une institution hospitalière est de ne pas voir leur état se dégrader. Contrairement à cette aspiration, il est noté de manière récurrente l'apparition de la dénutrition à la suite de l'hospitalisation des patients dans les hôpitaux. Il est même apparu au fil des temps le concept dénutrition hospitalière.

Pour illustrer ce constat, nous pouvons citer certaines études qui ont été menées. C'est notamment :

En 2012, Dominique N. montrait pour sa part que la dénutrition est comprise entre 30 et 50% chez les patients admis à l'hôpital en occident. Elle touche 21% des enfants hospitalisés en pédiatrie et 12 % des enfants anorexiques. Les populations les plus touchées sont les malades chroniques et les personnes âgées. [2]; En 2018, l'étude de Ulrich Keller qui a démontré que les signes de malnutrition étaient présents chez 20 à 60% des patients de médecine interne hospitalisés sur le plan mondial. [1]

En 2019, Lila qualifiait la dénutrition de maladie silencieuse et bien souvent invisible (ex : on peut être obèse et dénutri). Elle retarde la

guérison et majore le risque d'infection. Elle augmente le coût, la durée moyenne du séjour de 50% et elle intensifie la charge de travail des soignants. L'auteur avait noté qu'à l'hôpital, 20 à 40% des patients entrant sont dénutris et un patient sur deux en ressort dénutri. La dénutrition multiplie par 1,6 le risque de complication, ce qui fait d'elle une pathologie lourde de conséquences. [3]; Xavier pour sa part, en France, considérant qu'un patient présentant une perte de poids de 5% est déjà à risque nutritionnel, avait trouvé que la prévalence de la dénutrition était supérieure à 55 %. [4].

La dénutrition peut être due à un apport inadéquat de nutriments, à une malabsorption, à une altération du métabolisme, à une perte de nutriments par diarrhée, ou à des besoins nutritionnels accrus (comme cela se produit au cours des périodes de croissance rapide et d'augmentation des besoins nutritionnels ou dans certains troubles [p. ex., cancer, infection]). La dénutrition chronique se produit lorsqu'une carence à long terme de l'apport en calories et en nutriments essentiels est insuffisante pour répondre aux besoins nutritionnels d'un individu. La dénutrition progresse par étapes; elle peut se développer lentement quand elle est due à une anorexie ou très rapidement, comme cela survient parfois quand elle est due à une cachexie liée à un cancer à progression rapide. D'abord, les niveaux des nutriments dans le sang et les tissus se modifient, suivis par des changements intracellulaires des fonctions biochimiques et structurales. Enfin, apparaît la symptomatologie clinique. Le diagnostic repose sur l'anamnèse médicale, l'examen clinique, l'analyse de la composition corporelle et certains examens biologiques (p. ex., albumine).[5]

En 2020, Ameli avait trouvé qu'en France, au moins 25% des patients qui rentrent à l'hôpital sont déjà dénutris ou à risque de dénutrition. Il poursuivait en indiquant que cette situation intervenait en cours d'hospitalisation, du fait de l'aggravation liée à la maladie et, trop souvent encore, à l'insuffisance de prise en charge, la dénutrition peut toucher jusqu'à 40% des patients hospitalisés et même plus

*Corresponding Author: BadibangaNtumba Patrice,

¹Institut Supérieur des techniques Médicales de Mbandaka, République Démocratique du Congo (RDC).

dans certains services de gériatrie, de cancérologie ou de réanimation par exemple. [6]

En République Démocratique du Congo (RDC), la question de dénutrition hospitalière fut abordée en 2016 par Kalonji I lors de son étude descriptive transversale, conduite auprès de 644 malades adultes hospitalisés dans trois hôpitaux de Kinshasa qui a démontré le niveau de la dénutrition chez les malades hospitalisés de 36% chez les patients dénutris âgés de 40 à 49 ans et de 43.9% quand les séjours hospitaliers varient entre 45-69 jours chez patients et l'absence de traitement Nutritionnel (95% de cas) des patients suivis.[7]

Dans la Province du Kasai Oriental, en RDC, il existe un manque d'informations relatives aux évidences sur la dénutrition. Des études menées dans les hôpitaux sur la dénutrition ou sur les potentiels déterminants du risque de son apparition n'existent pas. Eu égard à ce constat, une question méritait d'être soulevée : Quelle est l'ampleur de la dénutrition hospitalière dans les hôpitaux de Mbuji-Mayi? C'est dans ce cadre que nous avons entrepris une recherche exploratoire sur la dénutrition aux Cliniques Universitaires de Mbuji-Mayi.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cadre d'étude

L'étude est menée aux Cliniques universitaires de Mbuji-Mayi, d'une capacité de 78 lits et qui organise 6 services: Urgences, réanimation, médecine interne, chirurgie, pédiatrie et gynéco-obstétrique.

Matériels et méthodes

L'étude est transversale descriptive prospective menée auprès des malades hospitalisés au service de médecine interne au cours de la période allant du 02 Juillet au 07 novembre 2023. Elle a porté sur un échantillon exhaustif de 43 patients répondant à trois critères de sélection : 1. Être interné dans le service de médecine interne pendant la période de l'étude ; 2. Être présent pendant la période d'enquête ; 3. Accepter volontairement de participer à l'étude. Les patients n'ayant pas répondu à ces critères d'inclusion étaient exclus de l'étude.

Les variables de cette étude ont compris l'âge, le sexe, le poids, la taille, la profession, le nombre des repas pris par jour, l'appréciation de la nourriture en quantité, l'appréciation de la nourriture en qualité, le motif d'hospitalisation, le service, la durée d'hospitalisation, le diagnostic, les degrés de dénutrition, la prise en charge, l'outil de diagnostic utilisé, l'évolution.

Les malades étaient soumis à un questionnaire. Les données anthropométriques furent collectées grâce à la balance et à la toise. Les définitions cliniques opérationnelles de la dénutrition chez l'adulte utilisent l'indice de masse corporelle (IMC) :

- Dénutrition légère : ≥ 17.00 et <18.5 kg/m²;
- Dénutrition modérée : ≥ 16.5 et <17.00 kg/m²;
- Dénutrition sévère : $<16,5$ kg/m².

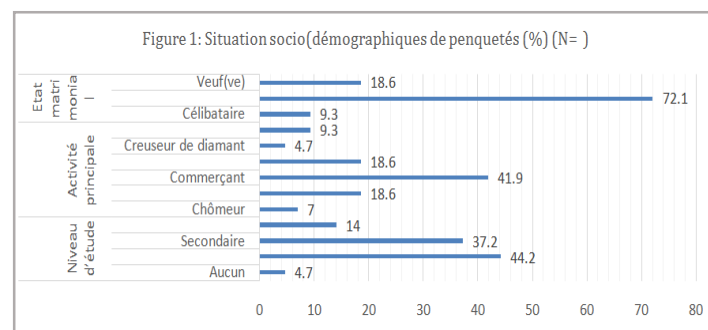
La participation à l'étude était volontaire et conditionnée par un consentement éclairé. Les données ont été traitées et analysées avec les logiciels Excel 2007 et Epi-info version 7.

L'étude fut menée conformément à la Déclaration d'Helsinki et approuvée par le comité d'éthique de l'Université Officielle de Mbuji-Mayi (UOM) en RDC.

RÉSULTATS

Les résultats de cette étude proviennent de l'enquête conduite au service de médecine interne de cette structure hospitalière.

Caractéristiques sociodémographiques et économiques des malades hospitalisés et de leurs ménages



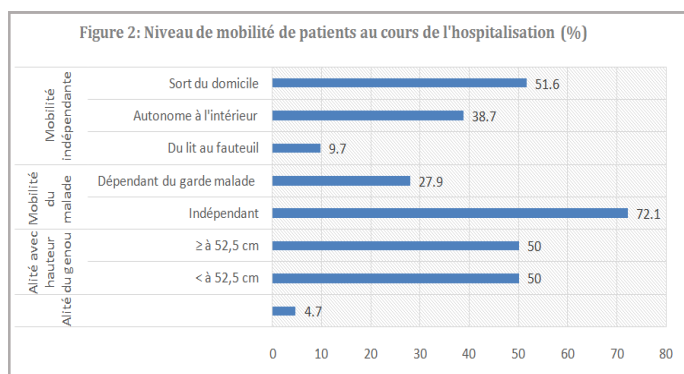
Les individus de la série avaient un âge moyen de $52,05 \pm 15,94$ ans et comprenaient les hommes et de femmes, avec un sexratio hommes/femmes de 2,90. En majorité, ils pratiquaient le commerce, étaient principalement de niveau d'étude primaire, suivi du niveau secondaire. Avec les moyens d'existence pratiqués par des ménages, le revenu mensuel de ménage moyen est de 144302.32 CDF ± 219332.2 CDF [833992.7 - 215572.5]

Informations sur la mobilité de patients et les pratiques alimentaires

Tableau I. Troubles et pratiques alimentaires chez les malades(N=43)

Variable	Modalités	n	%
Patient soumis aux interdictions alimentaires		15	34,9
Aliments interdits au cours du traitement	Viande rouge, produits sucrés	6	40
	Boissons alcooliques, piment et épices	1	6,7
	Café, sel	1	6,7
	La viande rouge	1	6,7
	Le sel	1	6,7
	Produits sucrés	2	6,7
	Sel	2	13,1
	Viande rouge, sel	1	6,7
	Viande rouge, matière grasse, et les produits sucrés	1	6,7
Patient avec troubles alimentaires		5	11,6
Voie d'alimentation en cas de trouble alimentaire	Voie entérale	1	20
	Voie orale	4	80

Au cours de leur hospitalisation, deux patients sur cinq étaient soumis aux interdictions alimentaires qui portaient principalement sur la viande rouge et les produits sucrés. Par ailleurs, 11.6% avaient de troubles alimentaires, 80% pouvaient s'alimenter facilement au cours de leur hospitalisation contre 20% qui étaient alimentés par voie entérale.



Les résultats de cette figure 2 indiquent que 4,7% de patients étaient alités avec une hauteur du genou de 50%, de patients avec troubles alimentaires de 11,6% et de 20% d'entre eux qui étaient alimentés par voie entérale.

Alimentation des malades et score de consommation alimentaire de ménages au cours de la semaine ayant précédé l'enquête

Tableau II. Résultats relatifs à l'alimentation des malades et de leurs ménages

Variable	Modalités	n	%
Nombre de repas pris par les patients la veille	Aucun repas	1	2,3
	1 Repas	13	30,2
	2 Repas	21	48,8
	3 Repas	8	18,6
Nombre de collation prise à la veille	Aucune collation	21	48,8
	1 fois	11	25,6
	2 fois	11	25,6
	3 fois	8	18,6
Score de consommation alimentaire de ménages de patients au cours de la semaine écoulée (Rappel de 7 jours)	Acceptable	37	86,0
	Limite	5	11,6
	Pauvre	1	2,3

Les résultats de ce tableau II indiquent que 86% de ménages des patients avaient une consommation alimentaire acceptable au cours de la semaine qui a précédé l'enquête. En ce qui concerne l'alimentation de la veille, 67,4% des patients avaient consommé au moins deux repas par jour et 51,2% avaient consommé au moins une collation.

Nutrition des patients

La figure 3 suivante décrit en quatre étapes successives l'évolution moyenne de l'état nutritionnel des patients au cours de leur hospitalisation. Comme on peut le constater, l'état nutritionnel moyen des individus était majoritairement bon (81,4%) à l'admission. C'est à dire sans dénutrition, sans surpoids, sans obésité. Plus tard, cet état s'est progressivement détérioré au cours de cette observation en perdant 28,1% de ces performances jusqu'à la quatrième semaine d'hospitalisation.

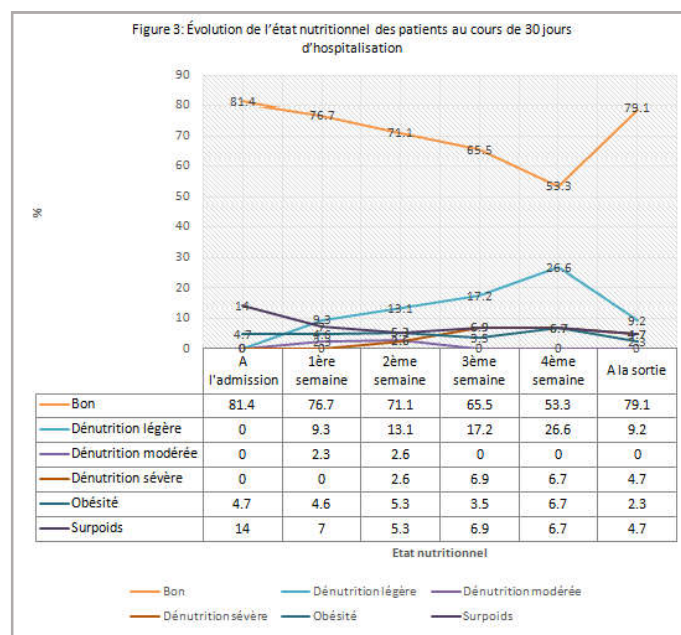


Tableau III. Perte de poids au cours de l'hospitalisation

Variable	Modalités	n	%
Patient ayant subi dans la clinique une évaluation nutritionnelle		0	0,00
Motif d'hospitalisation	Maladies bactériennes	12	27,9
	Maladies cardiovasculaires	14	32,6
	Maladies infectieuses	12	27,9
	Maladies métaboliques	5	11,6
		32	74,4
Patients ayant perdu le poids pendant l'hospitalisation		32	74,4
Degré de la perte de poids (n=32)	1 à 3Kg	13	40,6
	3 à 5Kg	15	46,9
	Sup 5Kg	4	12,5
Patients ayant perdu l'appétit pendant l'hospitalisation		9	20,9
Degré de la perte d'appétit (n=9)	Modéré	8	88,9
	Sévère	1	11,1
Durée d'hospitalisation	1 à 7 jours	3	7,0
	8 à 15 jours	8	18,6
	16 à 23 jours	14	32,6
	Sup à 24 jours	18	41,9

Les résultats de ce tableau III montrent que l'évaluation nutritionnelle des malades n'est pas organisée pour 100% des cas. Aucune action n'est entreprise quant à ce, au cours de la prise en charge. Par ailleurs, 74,4% de patients ont présenté une perte de poids au cours de leur hospitalisation et 20,9% de patients ont perdu l'appétit au cours de l'hospitalisation.

Par ailleurs, les résultats de ce tableau IV suivant montrent une présence d'une toise et d'une balance au service de médecine interne. Cependant, ces matériels bien que disponibles, n'ont malheureusement pas été utilisés à l'intérieur de ce service pour les patients. Aucune mesure anthropométrique n'est renseignée sur les fiches de malades. Il n'existe pas dans la structure un service de nutrition et de diététique.

Tableau IV: Service de médecine interne et prestations nutritionnelles

Fonctionnement du service	Observation
Existence de matériel d'évaluation de l'état nutritionnel	Oui
Matériels existants :	
Balance	1
Toise	1
Prise de mensurations anthropométriques sur la fiche de malade	Non
Présence d'une clinique diététique au sein de l'hôpital	Non
Système de référencement des dénutris vers les diététiciens dans le service	Non
Système de référencement des dénutris vers les diététiciens en dehors de l'hôpital	Non
Existence d'un paquet d'activités de nutrition dans le service	Non

Tableau V: Composition de l'équipe des Prestataires de service de médecine interne

Personnel	Médecins	Infirmiers	Nutritionnistes	Filles de salle
Nombre de staff technique dans le service	2	4	0	2
Nombre de staff technique formés sur la nutrition	0	0	0	NA
Nombre de staffs formés sur la dénutrition hospitalière et sa prise en charge	0	0	0	NA
Nombre de staff technique évaluant la dénutrition dans leur travail quotidien	0	0	0	NA

Les résultats de ce tableau V révèlent que le service de médecine interne est composé de 2 médecins et de 4 infirmiers. Ce staff n'a jamais bénéficié d'une formation sur la prise en charge nutritionnelle et diététique des patients, n'organise pas d'évaluation nutritionnelle en général et d'évaluation de la dénutrition en particulier.

Analyse de corrélations

La variable dénutrition a été croisée avec d'autres variables considérées comme déterminants potentiels de la dénutrition hospitalière.

Les résultats de ce tableau VI montrent qu'il n'existe pas de corrélation entre la plupart de variables croisées avec l'état de dénutrition des individus hospitalisés. ($p > 5$)

Cependant, les facteurs "revenu mensuel du ménage" ($p = 0,048$) et le "nombre de collations prises par le malade la veille" (0,023) se sont révélés significatifs. Ceci n'a pas permis de poursuivre les analyses de régression logistique.

Tableau VI: Corrélations des variables avec la dénutrition de patients (n=43)

Facteur / variable	p-value	Signification
Sexe	0,549	NS
Age	0,266	NS
Niveau d'étude	0,204	NS
Activité principale	0,151	NS
Revenu mensuel	0,048	S
État matrimonial	0,407	NS
Alimentation du patient	0,456	NS
Interdits alimentaires	0,499	NS
Troubles alimentaires	0,221	NS
Mobilité du patient	0,206	NS
Maladies cardiovasculaires	0,206	NS
Perte d'appétit	0,051	NS
Nombre de repas pris par le malade à la veille	0,392	NS
Nombre de collation pris par le malade à la veille	0,023	S
Score de consommation alimentaire	0,439	NS

DISCUSSION

Après cette présentation des résultats, la discussion qui en découle se présente comme suit.

Des caractéristiques sociodémographiques et économiques des ménages

L'échantillon des malades était exhaustif avec un sexratio hommes/femmes de 2,90 et un âge moyen de patients de $52,05 \pm 15,94$ ans. Nos résultats sur l'âge des patients sont un peu supérieurs aux résultats de Yameogo T et al qui ont trouvé 48 ans sur leur étude portant sur la dénutrition hospitalière au Burkina Faso [8] ; de Lemrabott A sur l'évaluation de l'état nutritionnel des hémodialysés chroniques du centre hospitalier national de Nouakchott à Dakar qui ont trouvé 47 ans [9] ; et d'Ousmane O et al dans son étude sur l'évaluation des aspects épidémiologiques et biologiques de la dénutrition chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne à l'hôpital du Mali qui a trouvé 50 ans. [10]

Cependant, notre moyenne d'âge est inférieure à celle de 55 ans trouvée par Maga H [11]. En ce qui concerne le niveau d'étude, la majorité des enquêtés soit 44,2% avaient un niveau d'étude primaire. Ce résultat reste similaire à celui de Fanny Toutou [12] qui a trouvé 43% dans son étude sur l'état de lieu de la dénutrition au sein de plusieurs centres hospitaliers réunionnais.

Quant à l'état matrimonial, 72,1% étaient majoritairement mariés, ce résultat est largement supérieur à celui d'Ousmane O et al [9] dans son étude sur l'évaluation des aspects épidémiologiques et biologiques de la dénutrition chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne à l'hôpital du Mali qui a trouvé 52,3%. L'écart entre les deux résultats serait probablement la résultante de la différence de deux contextes et des approches utilisées.

De l'intégration des prestations diététiques et nutritionnelles avec les autres unités ou services de prise en charge des patients

Il se dégage au regard des résultats un manque d'organisation adéquate d'interventions de nutrition et de diététique dans cette structure hospitalière. Cette structure se situant au niveau tertiaire de la pyramide sanitaire ne devrait pas manquer des services de

nutrition et diététique, ni manquer de staff formé sur la prise en charge nutritionnelle. Malheureusement, c'est ça le constat qui est fait à travers cette étude.

En outre, il est préoccupant de constater que l'évaluation nutritionnelle des patients n'y est pas intégrée dans les activités de routine. De manière systématique, aucun paramètre anthropométrique n'est prélevé à l'admission du malade, malgré la disponibilité dans le service de médecine interne de toise et de balance. [13]

Grâce à la collecte des données organisée dans le cadre de l'étude, à l'entrée, 81,4% des patients étaient en bon état nutritionnel, ce qui est louable et rencontrent les normes du projet sphère qui mettent le seuil de 80% pour montrer globalement un bon niveau de plusieurs indicateurs. Tout en étant hospitalisés, il est déplorable de constater la détérioration de l'état nutritionnel des clients sans que le système de suivi de patients en soit alerté, s'en rende compte.[13]

Par conséquent, au lieu d'être un lieu de solution des problèmes de santé, la structure passe pour un lieu qui contribue à petit feu à la détérioration continue de l'état nutritionnel des malades qui y sont hospitalisés. Une situation qui pourrait aisément traduire un certain manque d'intégration des soins globaux et certaines faiblesses de politique d'offres de soins. [13]

Évolution de l'état nutritionnel des patients et d'alimentation durant l'hospitalisation

Les résultats indiquent que 34,9% des malades étaient soumis aux interdits alimentaires au cours de leur hospitalisation. Ce qui reste proche de résultats d'Ulrich Keller et al [14] qui ont trouvé 38,3% de malades soumis aux interdits alimentaires au cours de leur hospitalisation.

Les résultats montrent également que les activités d'évaluation nutritionnelle systématique et de prise en charge de la dénutrition ne sont pas entreprises en faveur des malades hospitalisés dans cette structure hospitalière.

Cette étude permet aussi de noter un taux de 81,4% de patients en bon état nutritionnel à leur admission au service de médecine interne qui est passé malheureusement à 53,3% après une hospitalisation de 28 jours. Le manque d'un programme d'alimentation de malades induit au fil des temps la sous-alimentation et aggrave les maladies. Le manque d'un programme nutritionnel n'a pu permettre qu'on détecte cette détérioration continue de l'état nutritionnel en ce milieu hospitalier. Pourtant, la dénutrition secondaire à la maladie est un facteur insidieux qui allonge les durées de convalescence, augmente la dépendance des malades et la charge en soins, péjore le pronostic de la maladie, augmente les risques de complications infectieuses et non infectieuses, et dans le pire des cas peut conduire au décès du malade en raison d'une complication qui aurait pu être évitée ou en raison de la dénutrition par elle-même.

Le taux de dénutrition légère a évolué de 0,00% à l'admission à 26,6% à la 4ème semaine d'hospitalisation. Le taux de dénutrition sévère quant à lui est allé de 0,0% à l'admission à 6,7% après un séjour hospitalier de 4 semaines. Ce tableau de dénutrition, induit une réduction de la qualité de vie des patients, conséquence directe de la dénutrition.

Cette évolution des taux de dénutrition hospitalière et de détérioration de l'état nutritionnel des patients témoignerait d'un niveau quasi nul de plateau technique de nutrition pour cette structure hospitalière. On

doit aussi réfléchir sur l'évolution de l'état de surpoids qui était de 14% à l'admission et qui finalement est tombé à 4,7% à la sortie.

Prévalence de la dénutrition hospitalière

Les résultats permettent de noter qu'à la sortie un taux moyen de dénutrition hospitalière globale de 6,7%. Comparativement aux autres résultats dans le monde, ce niveau de prévalence reste spécial et dans une norme acceptable car plusieurs facteurs jouent et concourent à la dénutrition au cours du séjour hospitalier des patients.

Cependant, ce qui est à déplorer est que la structure n'organise aucune alimentation des malades ni aucune prise en charge nutritionnelle et diététique des cas. La médiocre qualité de l'alimentation hospitalière venant probablement de l'extérieur témoigne d'une préoccupation souvent laissée au second plan aux dépens d'autres priorités pour la santé. Ce qui entretient au fur et à mesure la détérioration de l'état nutritionnel des patients.

Enfin, on doit retenir qu'aucun facteur potentiel n'a pu être impliqué dans la survenue de cette dénutrition, du fait que la variable dépendante (dénutrition) n'a pu permettre d'établir l'association au seuil de 5% de dépendance avec des facteurs potentiels de risque.

CONCLUSION

L'étude sur la dénutrition et les soins nutritionnels chez les malades des Cliniques universitaires de Mbuji-Mayi a révélé une situation acceptable de l'état nutritionnel de patients à leur entrée au programme des soins en médecine interne, soit 81,4% des patients en bon état nutritionnel (IMC $\geq 18,5$). C'est à dire sans dénutrition, sans surpoids et sans obésité. Plus tard, cet état nutritionnel s'est progressivement détérioré en perdant 28,1% de ces performances jusqu'à la quatrième semaine d'hospitalisation.

Sur une cohorte suivie durant quatre semaines d'hospitalisation, 100% ne présentaient aucun marqueur de dénutrition à l'admission et c'est à la sortie qu'on notera une dénutrition qui atteint 13,9% des patients, soit 9,2% avec une sous-alimentation légère et 4,7% avec une sous-alimentation sévère. Un tel taux de prévalence obtenu après seulement quatre semaines d'hospitalisation classe ce complexe hospitalier en profil d'une structure à potentiel risque nutritionnel pour la dénutrition.

Un tableau qui passerait insoupçonné au sein de cette structure hospitalière et fondamentalement induit par de déficiences d'organisation des services de l'offre de soins, notamment le manque d'alimentation des malades à l'hôpital, le manque d'évaluation nutritionnelle, le manque de prestations de prise en charge nutritionnelle des malades hospitalisés et le manque de mise en œuvre d'intégration des services avec ceux de nutrition et diététique.

RECOMMANDATIONS

Au regard de ces résultats, il s'avère indispensable de:

- Adapter ou revoir les stratégies et politiques en cours en intégrant dans le cadre organisationnel de l'institution le service de nutrition et d'alimentation ;
- Instaurer l'évaluation nutritionnelle systématique ainsi que différents aspects relatifs au traitement de la dénutrition, l'intégration avec les autres unités de prise en charge des

patients avec des problèmes nutritionnels et diététiques particuliers.

- Considérer la nutrition des malades comme une des composantes essentielles et indispensables de l'hôpital afin de contribuer à la prise en charge globale des malades hospitalisés.

DÉCLARATION

Remerciements: Nous tenons à remercier les autorités de la Faculté de santé publique de l'Université officielle de Mbuji-Mayi (UOM) et le Centre de recherche sur le bien-être infini (CRIBE) pour leur soutien et leurs conseils.

Contributions des auteurs: Les deux auteurs ont contribué à la conception et à la mise en place du travail, ont rédigé le manuscrit, l'ont révisé de manière critique pour en vérifier le contenu intellectuel, ont donné leur accord final pour la version à publier et ont accepté d'être responsables de tous les aspects du travail.

Conflit d'intérêts: Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Consentement à la publication: Les auteurs acceptent de publier l'article dans l'International Journal of Innovation Scientific Research and Review

Financement : Cette recherche n'a reçu aucun financement externe.

Contenu de la recherche: Le contenu de la recherche présenté dans le manuscrit est original et n'a pas été publié ailleurs.

RÉFÉRENCES

1. Ulrich K. La nutrition assistée dans le traitement sur la base des preuves et des besoins du patient, « Malnutrition à l'hôpital – il est temps d'agir !? », Suisse, SWISS DENTAL JOURNAL SSO VOL 129 pp170 (2018).
2. Noah D, Les facteurs de Risque de Dénutrition en Milieu Hospitalier. Douala, revue de médecine et de pharmacie/vol.2 Num2 consulté le 12/07/2023 en ligne sur :https://www.researchgate.net/publication/291164313_Les_facteurs_de_Risque_de_Denutrition_en_Milieu_Hospitalier, (2012).
3. Lila M et al. La dénutrition à l'hôpital : les paramédicaux en première ligne. France. Consulté le 09/07/2023 sur <https://www.actusoins.com/313397/la-denutrition-a-lhopital-les-paramedicaux-en-premiere-ligne.html>. (2019).
4. Xavier S, DÉNUTRITION, Conseil National Professionnel d'Hépatogastroentérologie, France, consulté le 13/07/2023 sur <https://www.cnp-hge.fr/denutrition>. (2019).
5. Revue générale de la dénutrition - Troubles nutritionnels - Édition professionnelle du Manuel MSD
6. Ameli. Comprendre la dénutrition, « assurance maladie France », 4ème édition de la semaine de la dénutrition, consulté le 13/07/2023 sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/amaigrissement-et-denutrition/comprendre-la-denutrition>. (2022).
7. Kalonji Israel, Dénutrition et soins nutritionnels chez les adultes hospitalisés - Kinshasa, RDC. Editions Universitaires Européennes Littérature > Littérature argumentative > Essai littéraire pp74. (2016).
8. Yameogo T et al, Dénutrition hospitalière au Burkina Faso : critère du global leadership initiative on malnutrition, vol 37, issue 2, supplément 2, pp35 (2023).
9. Lemrabatt A., Evaluation de l'état nutritionnel des hémodialysés chroniques du centre hospitalier national de Nouakchott. P=302-303, vol 12, Issue5. Dakar. (2016).
10. Ousmane O et al, L'évaluation des aspects épidémiologiques et biologiques de la dénutrition chez les patients hospitalisés dans le service de médecine interne de l'Hôpital du Mali. Thèse n°010/23. ADHL p=87-88. Mali, (2022).
11. Maga H, Fréquence et déterminant de la nutrition post opératoire en chirurgie viscérale au centre national hospitalier et universitaire Koutoucou au Bénin. Panafrican medical journal, p=3-8. (2018).
12. Touitou F, état de lieu de la dénutrition au sein de plusieurs centres hospitaliers réunionnais. HAT/dumas-03885795, pp=23, (2022)
13. Manuel sphère, la charte humanitaire et les standards minimum de l'intervention humanitaire. (2018)
14. Ulrich K et al, La dénutrition hospitalière, officiel fédéral de la santé publique, SWISS DENTAL JOURNAL SSO VOL 113, Suisse, Pp=5 (2006).
