


compétence

1

## La malnutrition en soins de courte durée

par **Paule Bernier**, Dt.P., M.Sc., présidente, Ordre professionnel des diététistes du Québec, nutritionniste clinicienne, Équipe des soins intensifs adultes, Hôpital général Juif de Montréal et membre du *Groupe de travail canadien sur la malnutrition*.

A close-up photograph of a person's hands holding a white ceramic bowl filled with a light-colored soup. The bowl is placed on a light-colored wooden table. The background is dark and out of focus.

Près de la moitié des adultes dans les centres hospitaliers de courte durée (CHCD) souffrent de dénutrition modérée ou sévère au moment de leur admission. Les conséquences sont extrêmement lourdes pour le patient et pour le système de santé. Elles affectent significativement la trajectoire, la santé et la qualité de vie des patients.

C'est donc dire que ces patients vivent dans la communauté avec un état nutritionnel déficient. Les inhalothérapeutes sont des professionnels qui peuvent identifier leurs patients souffrant de malnutrition. En ces temps où le gouvernement est à évaluer l'allocation des ressources et le financement dans le réseau de la santé, il est opportun de mettre en lumière les effets de la dénutrition et le rôle que peuvent jouer les diététistes/nutritionnistes, les médecins et les autres professionnels dans l'amélioration de l'efficacité du système par une prise en charge précoce et efficace de la malnutrition.

In short-term hospital centres, nearly half of adults suffer from moderate to severe denutrition when they are admitted. The consequences are extremely serious for the patient and for the health care system, significantly affecting the patients' trajectory, health, and quality of life.

This tells us that these patients live in the community in a state of nutritional deficiency. Respiratory therapists are professionals able to identify patients suffering from malnutrition. In these times when the government is evaluating resource allocations and financing in the health care system, it is appropriate to shed light on the effects of denutrition and the role dietitians/nutritionists, physicians and other professionals can play in improving the system's effectiveness by taking on malnutrition early and efficiently.

### ● ● ● Définition

L'état nutritionnel d'un individu représente le bilan entre ses apports nutritionnels et les besoins des différents organes, tissus et cellules de son organisme. Nous nous attarderons ici à la dénutrition qui peut s'accompagner de carences en vitamines, en minéraux ou en oligoéléments<sup>1</sup>.

### L'importance de traiter la malnutrition

Au Québec, comme ailleurs au Canada, la dénutrition fait rarement l'objet de dépistage systématique. Jusqu'à récemment, peu de données sur la situation au Canada étaient disponibles. Ainsi, le *Groupe de travail canadien sur la malnutrition* (GTCM)<sup>a</sup> a mené une étude prospective portant sur 1022 patients, recrutés dans 18 hôpitaux<sup>b</sup> et dans 8 provinces. Il a évalué, entre autres, la prévalence de la malnutrition.

Ainsi, au Canada, 45 % des patients souffrent de dénutrition sévère ou modérée au moment de leur admission. Notons que l'âge médian était de 66 ans et que le fait de dépendre d'un enfant adulte pour les achats d'aliments et le fait de vivre seul<sup>2</sup> étaient des facteurs indépendants associés à la malnutrition à l'admission.

De plus, on note une détérioration de l'état nutritionnel, peu importe son niveau à l'admission<sup>3</sup>. Parmi les patients admis pendant plus de 7 jours, l'état nutritionnel est resté stable chez 63 % des patients. Il s'est détérioré chez 20 % des patients alors qu'il y a eu une amélioration chez seulement 17 % des patients. La détérioration de l'état nutritionnel est significativement associée avec une durée de séjour prolongée<sup>4</sup>.

C'est donc dire que présentement, les risques qu'un patient souffre de dénutrition après un séjour hospitalier sont grands.

### Dépistage de la malnutrition: un acte interdisciplinaire

Comme les personnes maigres ne souffrent pas forcément de dénutrition et puisque les personnes obèses peuvent malgré tout souffrir de carences importantes en protéines, on ne peut pas se fier à une impression pour repérer la dénutrition. Le dépistage systématique à l'aide d'outils validés et fiables possédant une bonne sensibilité est essentiel. Afin d'augmenter l'efficacité de la prise en charge, le **dépistage** peut facilement se faire par toute personne de l'équipe interprofessionnelle.

L'outil canadien de dépistage nutritionnel (OCDN)<sup>5</sup> comporte deux questions (figure 1). C'est le premier outil simple, fidèle et valide pour évaluer le risque nutritionnel de patients admis en centre hospitalier (soins aigus) et pouvant être administré par le personnel non spécifiquement formé à son utilisation. Un résultat positif au dépistage de dénutrition doit être confirmé par l'évaluation de l'état nutritionnel fait par un médecin ou un ou une diététiste/nutritionniste. Une copie du formulaire peut être téléchargée sur le [site web du GTCM](#)<sup>6</sup>.

a. Le *Groupe de travail canadien sur la malnutrition*: Heather Keller, RD., Ph.D., Johanne P. Allard, MD, Kurshened Jeejeebhoy, Ph.D., MD, Donald Durksen, MD, Leah Gramlich, MD, Hélène Payette, Ph.D., Manon Laporte, RD, M.Sc., Bridget Davidson, RD, M.H. Sc., Paule Bernier, Dt.P., M.Sc.

b. Pour le Québec: Centre hospitalier universitaire de Montréal, Centre hospitalier Le Gardeur, Hôpital général juif.



### L'importance de traiter la malnutrition le plus tôt possible

La dénutrition en milieu hospitalier entraîne de lourdes conséquences. De nombreuses études, dont celles du GTCM<sup>7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20</sup> ont en effet révélé qu'elle est associée significativement à :

- une augmentation du taux de complications majeures, par exemple, l'augmentation d'infections nosocomiales, le retard dans la guérison des plaies chirurgicales ou l'augmentation des plaies de pression;
- une augmentation de la durée moyenne du séjour;
- une augmentation des réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant le congé, souvent pour des raisons autres que celles associées au diagnostic original, et ce, même chez des personnes fonctionnelles n'ayant pas d'atteinte cognitive;
- une augmentation du taux de mortalité intrahospitalière et à 30 jours.

Par ailleurs, les complications ralentissent la trajectoire du patient et créent des goulots d'étranglement. Elles contribuent ainsi à réduire l'accessibilité aux services de santé. De plus, les patients souffrant de dénutrition risquent davantage d'être transférés dans des établissements de soins prolongés que de rentrer à la maison après l'hospitalisation<sup>21,22,23</sup>. Les conséquences de la dénutrition sont donc inutilement lourdes pour ces personnes, pour le réseau de la santé et pour la société.

### Quand diriger vers un ou une diététiste/nutritionniste

Un score de 2 (deux réponses affirmatives) à l'outil de dépistage indique que le patient est à risque de dénutrition. Une évaluation nutritionnelle faite par un ou une diététiste/nutritionniste doit confirmer le résultat et servira à déterminer le plan de traitement nutritionnel. Les inhalothérapeutes qui dépisteraient un patient souffrant de dénutrition doivent en faire part dans leurs notes cliniques et en faire la communication à l'intervenant pivot ou directement à la diététiste/nutritionniste selon les processus propres à chaque organisation.

## Dépister les patients présentant un risque de malnutrition

Poser les questions suivantes au patient*	Admission		Nouveau dépistage	
	Oui	Non	Oui	Non
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu du poids <b>SANS AVOIR ESSAYÉ</b> de perdre ce poids? Si le patient dit avoir perdu du poids, mais l'avoir repris par la suite, considérez que sa réponse est « non ».				
<b>DEPUIS PLUS D'UNE SEMAINE</b> , mangez-vous moins que d'habitude?				
<b>Deux réponses affirmatives (OUI) indiquent un risque de malnutrition</b>				

\* Si le patient n'est pas en mesure de répondre aux questions, il est possible d'interroger une tierce personne pouvant fournir l'information. Si le patient ne sait pas trop s'il a perdu du poids ou non, lui demander si ses vêtements sont moins serrés qu'avant.



### Références

1. GROUPE DE TRAVAIL CANADIEN SUR LA MALNUTRITION (GTCM). 2008. *Qu'est-ce que la malnutrition?* Repéré à [<http://nutritioncareinacanda.ca/eradicator-malnutrition/what-is-malnutrition/>].
2. ALLARD, J.P., KELLER, H., JEEJEEBHOY, K.N. et collab. «Malnutrition at hospital admission: contributors and impact on length of stay. A prospective cohort study from the Canadian Malnutrition Task Force». *J Parenter Enteral Nutrition*, 2016, 40(4):487-97. [<http://dx.doi.org/10.1177/0148607114567902>].
3. SOMANCHI, M., TAO, X., MULLIN, G.E. «The facilitated early enteral and dietary management effectiveness trial in hospitalized patients with malnutrition». *J Parenter Enteral Nutr*, 2011, 35(2): 209-216. [<http://dx.doi.org/10.1177/0148607110392234>].
4. ALLARD, J.P., KELLER, H., TETERINA, A. et collab. «Factors associated with nutritional decline in hospitalized medical and surgical patients admitted for 7 days or more: a prospective cohort study». *British Journal of Nutrition*, 2015; 114(10): 1612-1622. [<https://doi.org/10.1017/S0007114515003244>].
5. LAPORTE, M., KELLER, H., PAYETTE, H. et collab. «Validity and reliability of the new Canadian Nutrition Screening tool in the "real-world" hospital setting». *European Journal of Clinical Nutrition*, mai 2015; 69: 558-564. Repéré à [<http://www.nature.com/ejcn/journal/v69/n5/full/ejcn2014270a.html>].
6. GTCM. Mars 2014. *Outil canadien de dépistage nutritionnel (couleur)*. Repéré à [<http://nutritioncareinacanda.ca/sites/default/uploads/files/OCDN-.pdf>].
7. ALLARD, KELLER, JEEJEEBHOY et collab., *op. cit.*
8. BARKER, L.A., GOUT, B.S., CROWE, T.C. «Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system». *Int J Environ Res Public Health*, 2011; 8(2): 514-527. [<https://doi.org/10.3390/ijerph8020514>].
9. FRY, D.E., PINE, M., JONES, B.L., MEIMBAN, R.J. «Patient characteristics and the occurrence of never events». *Arch Surg*, 2010; 145(2): 148-151. [<https://dx.doi.org/10.1001/archsurg.2009.277>].
10. SCHNEIDER, S.M., VEYRES, P., PIVOT, X. et collab. «Malnutrition is an independent factor associated with nosocomial infections». *Br J Nutr*, 2004; 92(1): 105-111. [<https://dx.doi.org/10.1079/BJN20041152>].
11. DEMLING, R.H. «Nutrition, anabolism, and wound healing process: an overview». *EPlasty*, 2009; 9: 65-94. Repéré à [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2642618/>].
12. MORAN, L., CUSTER, P., MURPHY, G. «Nutritional assessment of lean body mass». *J Parenter Enteral Nutr*, 1980, vol. 4, p. 595.
13. LIM, S.L., ONG, K.C., CHAN, Y. H. et collab. «Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality». *Clin Nutr*, 2012; 31(3): 345-350. [<https://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2011.11.001>].
14. CHIMA, C.S., BARCO, K., DEWITT, J.L.A., MAEDA, M., TERAN, J.C., MULLEN, D. «Relationship of nutritional status to length of stay, hospital costs, and discharge status of patients hospitalized in the medicine service». *Aliment Pharmacol Ther*, 1997; 9: 975-978. [[https://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223\(97\)00235-6](https://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223(97)00235-6)].
15. ALLISON, S.P. «Malnutrition, disease, and outcome». *Nutrition*, 2000; 16(7-8): 590-591. [[http://dx.doi.org/10.1016/S0899-9007\(00\)00368-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0899-9007(00)00368-3)].
16. KRUMHOLZ, H.M. «Post-hospital syndrome – an acquired, transient condition of generalized risk». *N Engl J Med*, 2013; 368: 100-102. [<https://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1212324>].
17. KASSIN, M.T., OWEN, R.M., PEREZ, S.D. et collab. «Risk factors for 30-day hospital readmission among general surgery patients». *J Am Coll Surg*, 2012; 215: 322-330. [<https://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.05.024>].
18. MUDGE, A.M., KASPER, K., CLAIR, A. et collab. «Recurrent readmissions in medical patients: a prospective study». *J Hosp Med*, 2011; 6: 61-67. [<https://dx.doi.org/10.1002/jhm.811>].
19. ALLAUDEEN, N., VIDYARTHI, A., MASELLI, J., AUERBACH, A. «Redefining readmission risk factors for general medicine patients». *J Hosp Med*, 2011; 6: 54-60. [<https://dx.doi.org/10.1002/jhm.805>].
20. SULLIVAN, D.H. «Risk factors for early hospital readmission in a select population of geriatric rehabilitation patient: the significance of nutritional status». *J Am Geriatr Soc*, 1992; 40: 792. Repéré à [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1634723>].
21. EISENBERG, J.M., GLICK, A., BUZBY, G.P. et collab. «Does perioperative total parenteral nutrition reduce medical care cost?» *J Parent Ent Nutr*, 1993; 17: 201. Repéré à [<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0148607193017003201>].
22. PATTERSON, B.M., CORNELL, C.N., CARBONNE, B. et collab. «Protein depletion and metabolic stress in elderly patients who have a fracture of the hip». *J Bone Joint Surg*, 1992; 74-A: 251. Repéré à [[https://www.researchgate.net/publication/21613345\\_Protein\\_depletion\\_and\\_metabolic\\_stress\\_in\\_elderly\\_patients\\_who\\_have\\_a\\_fracture\\_of\\_the\\_hip](https://www.researchgate.net/publication/21613345_Protein_depletion_and_metabolic_stress_in_elderly_patients_who_have_a_fracture_of_the_hip)].
23. SULLIVAN, D.H., MORIARTY, M.S., CHERNOFF, R. et collab. «Patterns of care: an analysis of the quality of nutritional care routinely provided to elderly hospitalized veterans». *J Parent Ent Nutr*, 1989; 13: 249. Repéré à [<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0148607189013003249>].