

Fiche d'information relative aux indicateurs de qualité pour les soins stationnaires de longue durée – Malnutrition

Comment l'indicateur de qualité malnutrition est-il défini ?

La malnutrition se mesure par la perte de poids. L'indicateur de qualité est défini comme tel :

- Le pourcentage de résident-es qui ont une perte de poids de 5% ou plus au cours des 30 derniers jours ou de 10% ou plus au cours des 180 derniers jours

Critère d'exclusion : les résident-es suivants sont exclus du calcul de l'indicateur de qualité :

- Résident-es avec une espérance de vie inférieure à six mois
- Résident-es évalué-es à leur entrée dans l'établissement médico-social (EMS)

Les résident-es en situation de fin de vie sont à exclure car la perte de poids ici est attendue et n'est pas un indicateur de la qualité des soins délivrée par l'EMS. Le second groupe est exclu car l'indicateur de qualité mesure la perte de poids sur les 180 derniers jours et l'EMS n'a pas d'influence sur la perte de poids qui a eu lieu avant l'entrée en EMS.

Ajustement des risques : les caractéristiques suivantes des résident-es sont utilisées pour l'ajustement des risques :

- degré de soins requis
- déficiences cognitives (mesurées au moyen de la Cognitive Performance Scale CPS)

Pourquoi mesure-t-on la malnutrition comme indicateur de qualité ?

La malnutrition est comprise comme un manque de protéines et de nutriments spécifiques et la perte de poids en est un symptôme. La malnutrition est mesurée comme indicateur de santé sur la base d'une perte de poids existante.

Les personnes âgées ont un risque accru de malnutrition qui augmente après l'entrée à l'EMS. Ceci est dû à des changements au niveau de la quantité d'aliments ingérés, à la biodisponibilité des nutriments et à la capacité réduite de réagir au stress métabolique pendant les maladies. Alors que les besoins en énergie diminuent avec l'âge, les besoins en nutriments restent les mêmes, voir augmentent.

La malnutrition en EMS est associée à un risque de morbidité et mortalité accru (voir encadré).

La malnutrition dans les EMS a tendance à ne pas être identifiée, à être sous-estimée ou à être insuffisamment traitée.

La mesure de la perte de poids favorise l'identification et le traitement de la malnutrition et contribue ainsi à améliorer la qualité de vie des résident-es.

Quelle est la proportion de résident-es des EMS souffrant de malnutrition ?

Mesurée en termes de perte de poids, la prévalence de la malnutrition dans les EMS suisses est estimée entre 5% et 34%.

Quelles sont les conséquences possibles liées à la malnutrition ?

- Réactions indésirables aux médicaments
- Augmentation de la morbidité et de la mortalité
- Augmentation du risque d'hospitalisation, taux de complications plus élevé, allongement des durées d'hospitalisation
- Faiblesse et fragilité croissantes, capacité fonctionnelle réduite, capacité à effectuer des activités réduite, diminution de la capacité de réhabilitation et de la qualité de vie
- Augmentation des risques d'infections nosocomiales, de chutes, de fractures, d'escarres, ainsi qu'une aggravation des maladies chroniques, un rétablissement plus lent, une guérison des plaies plus lente et des infections qui perdurent
- Carences en vitamines et minéraux
- Augmentation des coûts

Quels sont les facteurs liés à la malnutrition ?

Au niveau des résident-es :

- Causes médicales :
 - maladies chroniques (par ex. insuffisance cardiaque, BPCO), soins palliatifs
 - faiblesse générale, fatigue
 - troubles gastro-intestinaux (par ex. syndrome de malabsorption, dysphagie, Helicobacter pylori)
 - troubles métaboliques, diabète
 - infections chroniques
 - tumeurs malignes
 - handicaps physiques (par ex. arthrite, séquelles d'AVC), dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, besoin d'aide lors des repas, mobilité ou force musculaire réduite
 - dépendance à l'alcool, autres addictions
 - problème de déglutition et de mastication (par ex. liés à la maladie de Parkinson, démence, AVC), un statut bucco-dentaire précaire (par ex. mauvais état dentaire, prothèse mal ajustée, bouche sèche, infections bucco-dentaires)

- perte d'appétit (par ex. comme effet secondaire d'un médicament)
- changements de goût, altération de la perception sensorielle
- effets liés à des maladies chroniques, à des traitements ou à des médicaments, par ex. nausées, douleurs
- polymédication
- Causes liées à des troubles psychiques ou des troubles cognitifs :
 - troubles affectifs, dépression, anxiété
 - troubles de l'alimentation, anorexie
 - démence, delirium
- Causes sociales :
 - isolement social, solitude

Au niveau du personnel :

- Manque de formation sur la malnutrition, manque de connaissances sur l'importance du dépistage et du traitement de la malnutrition

Au niveau de l'établissement :

- Absence de protocoles standardisés, de lignes directives ou d'instructions sur la prise en charge de la malnutrition
- Manque de collaboration interprofessionnelle (par ex. entre médecins, infirmiers, cuisine, hôtellerie, diététiciens, logopédistes)
- Repas proposés pas convenables pour les résident-es (quantité, goût, température, apparence, consistance), cuisine non basée sur l'âge
- Ambiance ou environnement qui n'encourage pas la prise des repas (par ex. odeurs, bruits, interruptions pendant le repas, voisins de table)
- Horaires de repas inadéquats et/ou inflexibles
- Manque d'aide et de soutien émotionnel pendant les repas
- Manque de dispositifs alimentaires adaptés (par ex. couverts adaptés pour les résident-es avec hémiplégié)
- Manque d'équipements ou instruments inadaptés pour la pesée

De quoi faut-il tenir compte lors de la mesure des indicateurs de qualité ?

En principe, la collecte de données est régie dans les manuels des instruments de collecte de données.

L'indicateur est calculé sur la base de deux critères :

- Perte de poids de 5% ou plus durant les 30 derniers jours
- Perte de poids de 10% ou plus au cours des 180 derniers jours

L'indicateur est considéré comme rempli si l'un des deux critères ou les deux critères sont constatés.

- Demandez aux résident-es ou à leurs proches s'il y a eu un changement de poids au cours des 30 ou 180 jours.

- Si les résident-es ont passé plus de 30 ou de 180 jours à l'EMS, la perte de poids est calculée à partir des mesures de poids enregistrées dans le dossier de soins des résident-es. Il est recommandé de mesurer le poids des résident-es mensuellement.
- Lors de la pesée, les points suivants doivent être respectés :
 - si possible, peser les résident-es au même moment de la journée et dans les mêmes conditions, par ex. prenez la même balance à chaque fois
 - vérifiez l'étalonnage de la balance
 - pour les résident-es alité-es, peser si possible les résident-es sur une balance pour fauteuil-roulant, au moment où les résident-es sont mobilisés avec un fauteuil roulant
- Si vous avez des difficultés à calculer les pourcentages, demandez à un/une collègue d'effectuer le calcul et de le vérifier.

La mesure de l'indicateur de qualité exclut les résident-es dont l'espérance de vie est inférieure à six mois. Répondez à cette question sur la base de l'évaluation de l'équipe interprofessionnelle. Ceci est une estimation et la situation peut changer.

Mesures possibles pour réduire la perte de poids

Divers protocoles standardisés ou directives soutiennent le traitement de la malnutrition. En principe, il est important d'aborder à la fois l'état de la malnutrition et les causes sous-jacentes.

Facteurs d'influence

Résident-es

- Causes médicales
- Troubles cognitifs et psychiques
- Causes sociales



Mesures

- Dépistage de la malnutrition (par ex. utilisation d'instruments de dépistage comme le Mini- Nutritional Assessment [MNA] avec mesure régulière du poids, observation de la quantité de nourriture consommée)
- En cas d'indications de malnutrition : effectuer une évaluation complète au sein de l'équipe interprofessionnelle. Examiner les facteurs de risques, les habitudes alimentaires, les problèmes de santé
- Fixer des objectifs et prendre des mesures :
 - élimination des problèmes causatifs
 - créer un environnement agréable pendant les repas
 - offrir de l'aide et le soutien nécessaire au moment des repas
 - modification des repas et de la nourriture (par ex. selon les souhaits des résident-es, « fingerfood »)
 - enrichissement de la nourriture (par ex. aliments riches comme la crème, le beurre, l'huile ou les concentrés)



nutritifs comme la maltodextrine, la poudre de protéines)
 - offrir de l'alimentation liquide

Groupes professionnels concernés

- Manque de formation sur la malnutrition, manque de connaissances sur l'importance du dépistage et du traitement de la malnutrition



- Offrir des formations continues et une éducation régulière, formation à la prise en charge de groupes particulièrement vulnérables (par ex. personnes atteintes de démence ou de déficience visuelle)
- Renforcer la coopération interprofessionnelle autour de la nutrition des résident-es

Établissement

- Manque de protocoles, de directives ou d'instructions sur la prise en charge de la malnutrition
- Absence de coopération interprofessionnelle
- Offre alimentaire insatisfaisante
- Environnement alimentaire désagréable
- Horaires de repas inadéquats et inflexibles
- Manque de soutien et d'aide au moment des repas
- Manque de dispositifs alimentaires adaptés
- Instruments inadéquats ou manque d'équipements pour la pesée



- Introduire des protocoles standardisés avec une réglementation claire des responsabilités en matière de dépistage, d'examen et de traitement
- Éventuellement créer une commission de nutrition avec, dans la mesure du possible, la participation des résident-es.
- Créer une atmosphère agréable pendant les repas
- Planification des offres en fonction des besoins.
- Proposer une cuisine adaptée aux résident-es avec une offre attrayante et variée
- Faire attention aux degrés de consistance
- Disponibilité de suppléments alimentaires, d'aliments liquides
- Disponibilité de couverts alimentaires adaptés
- Flexibilité des horaires de repas, temps suffisant pour manger, offres de collations
- Dotation en personnel appropriée pour soutenir l'apport alimentaire
- Permettre l'accès à des traitements dentaires et/ou des thérapeutes et/ou des conseillers nutritionnels

Ressources supplémentaires

- Manuels d'utilisation BESA, Q-Sys, Plaisir/Plex
- Articles dans la Revue Médicale Suisse :
 - Morisod, J. (2011). Dénutrition de la personne âgée. *Revue Médicale Suisse*, 7(279), 209–210.
 - Bosshard Taroni, W., & Pralong, G. (2011). Détection du risque de malnutrition chez la personne âgée. *Revue Médicale Suisse*, 7(294), 1056–1057

Bibliographie

- Ahmed, T., Haboubi, N. (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical Interventions in Aging*, 5, 207–521.
- Bosshard Taroni, W., Pralong, G. (2011). Détection du risque de malnutrition chez la personne âgée. *Revue Médicale Suisse*, 7(294), 1056–1057.
- Imoberdorf, R., Ballmer, P. E. (2014). Die Epidemiologie der Mangelernährung. *Therapeutische Umschau*, 71(3), 123–126. doi:10.1024/0040-5930/a000492
- Löser, C. (2014). Ursachen und Klinik der Mangelernährung. *Therapeutische Umschau*, 71(3), 135–139. doi:10.1024/0040-5930/a000494
- Simmons, S. F., Peterson, E. N., You, C. (2009). The accuracy of monthly weight assessments in nursing homes: Implications for the identification of weight loss. *Journal of Nutrition Health and Aging*, 13(3), 284–288.
- Tamura, B. K., Bell, C. L., Masaki, K. H., Amella, E. J. (2013). Factors associated with weight loss, low BMI, and malnutrition among nursing home patients: A systematic review of the literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 649–655. doi:10.1016/j.jamda.2013.02.022
- Volkert, D., Bauer, J. M., Frühwald, T., Gehrke, I., Lechleitner, M., Lenzen-Großimlinghaus, R., Wirth, R., Sieber, C., DGEM Steering Committee (2013). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Klinische Ernährung in der Geriatrie. Teil des laufenden S3-Leitlinienprojekts Klinische Ernährung. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 38(03), e1–e48. doi:10.1055/s-0033-1343169

Éditeur

CURAVIVA, Association de branche d'ARTISET,
Fédération des prestataires de services pour les personnes ayant besoin de soutien, Berne

Autrices

D^r Raphaëlle-Ashley Guerbaai, Prof. D^r Franziska Zúñiga: Institut für Pflegewissenschaft, Department of Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Basel

Renseignements/Informations

info@curaviva.ch

© CURAVIVA, 2^e éd., janvier 2024