

Devenir sensibles à l'alimentation à l'hôpital

Stratégies pour améliorer l'apport alimentaire et la culture des soins nutritionnels



Canadian
Malnutrition
Task Force™

le Groupe de
travail canadien
sur la malnutrition™

Advancing Nutrition Care in Canada / Améliorer les soins nutritionnels au Canada

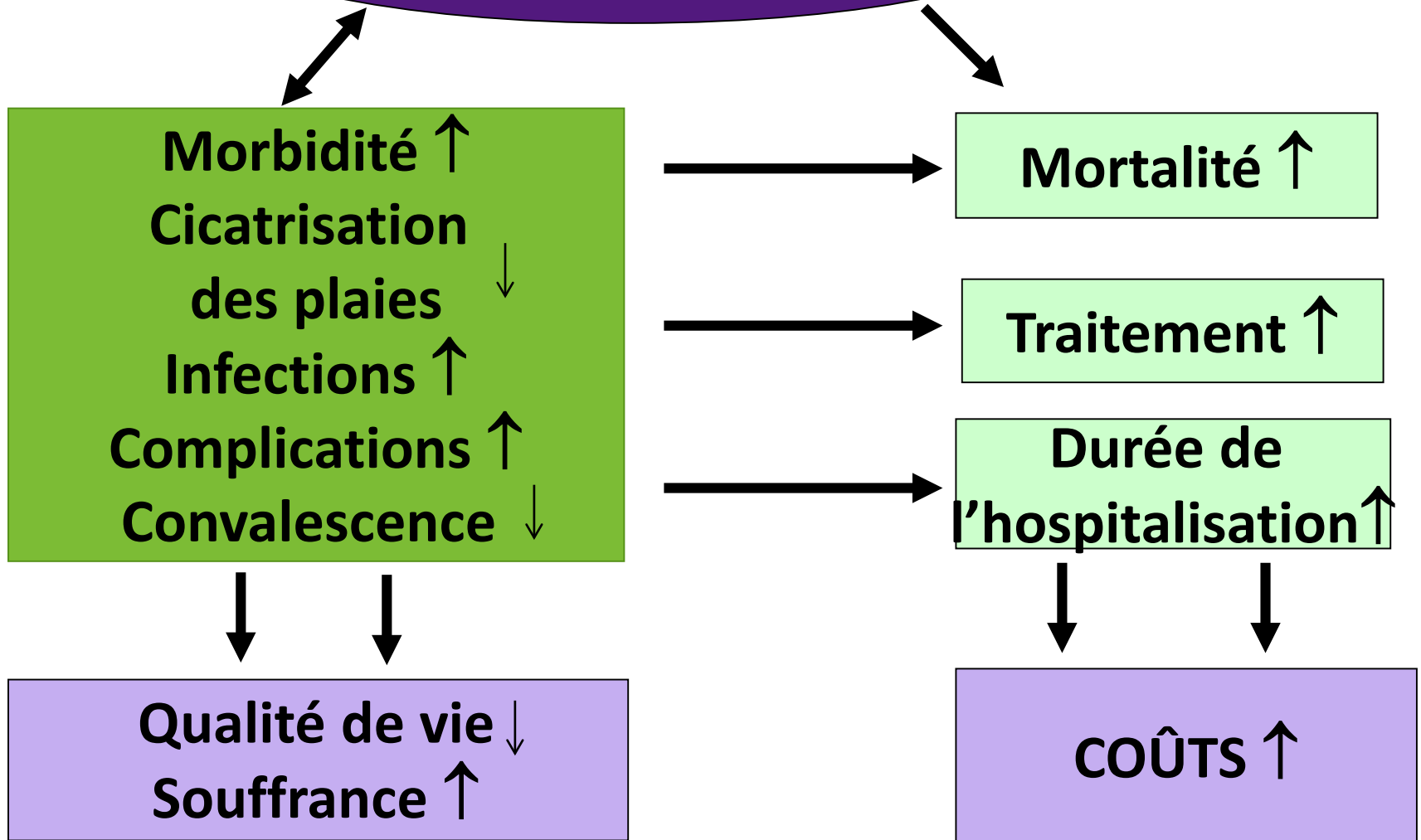


Canadian
Malnutrition
Task Force™

le Groupe de
travail canadien
sur la malnutrition™

Advancing Nutrition Care in Canada / Améliorer les soins nutritionnels au Canada

Malnutrition



La malnutrition dans les hôpitaux canadiens

- Près de la moitié des patients hospitalisés pendant 2 jours ou plus dans les unités médicales et chirurgicales sont atteints de malnutrition au moment de leur admission. (Allard *et al.*, 2015)
- Moins du quart des patients sont vus par une diététiste, la plupart de ces patients ne souffrant pas de malnutrition; 75 % des cas de malnutrition ne sont pas détectés. (Keller *et al.*, 2015)
- La présence de malnutrition au moment de l'admission prolonge la durée du séjour à l'hôpital d'environ 3 jour.
- Les patients dont l'état nutritionnel se détériore restent plus longtemps à l'hôpital (unités médicales : 18 jours; unités chirurgicales : 12 jours). (Allard *et al.*, 2016)
- Les 2/3 des patients quittent l'hôpital sans que leur état nutritionnel se soit amélioré, et chez 1 patient sur 5, l'état nutritionnel s'est aggravé entre l'admission et le moment du congé. (Allard *et al.*, 2016)

La malnutrition dans les hôpitaux canadiens

- Environ 35 % des patients ont un faible apport alimentaire (≤ 50 % du plateau de repas) au cours de la première semaine d'hospitalisation. (Allard *et al.*, 2015)
- Un mauvais apport alimentaire au cours de l'hospitalisation prédit un allongement de la durée du séjour lorsqu'ajusté en fonction d'autres covariables, comme la malnutrition à l'admission. (Allard *et al.*, 2015)
- 77 % des médecins ont convenu qu'une meilleure exploitation de l'expertise des diététistes serait utile. (Duerksen *et al.*, *JPEN* 2016)
- Plus de 50 % des infirmières croyait que la malnutrition touchait < 25 % des patients. (Duerksen *et al.*, *JPEN* 2016)

Obstacles à l'alimentation

- Obstacles de nature organisationnelle (bruit, interruptions)
- Choix (moment des repas, choix de menus limités)
- Accès à la nourriture/faim (nourriture non disponible)
- Difficultés rencontrées pour manger (ouvrir les emballages, atteindre le plateau)
- Qualité de la nourriture/choix/satisfaction à l'égard de la nourriture (goût, apparence, odeur)
- Effet de la maladie sur l'apport alimentaire (perte d'appétit, douleur)

Obstacles à l'alimentation de nature organisationnelle

- 38,9 %** Repas perturbé par l'activité environnante, du bruit ou des odeurs désagréables
- 41,8 %** Repas interrompu par le personnel de l'hôpital
- 19,9 %** Repas manqué car le patient n'était pas disponible au moment où il était servi
- 34,7 %** Repas manqué à cause d'examens
- 69,2 %** Nourriture non apportée par le personnel après un repas manqué (excluant les patients ayant répondu qu'ils n'avaient pas manqué de repas)
- 42,2 %** Aide non obtenue lorsque nécessaire (pour les patients ayant besoin d'aide seulement)
- 58 %** Patient ne voulant pas la nourriture commandée*
- 27,6 %** Patient n'ayant pas reçu le repas qu'il avait commandé*

Choix

- 11,9 %** Repas servis à des heures qui ne conviennent pas au patient
- 3,9 %** Patient ne sachant pas comment remplir le formulaire de choix de menu*
- 23,3 %** Patient ne pouvant pas choisir les aliments qu'il préfère*
- 36,9 %** Information insuffisante sur le menu pour pouvoir faire un choix*

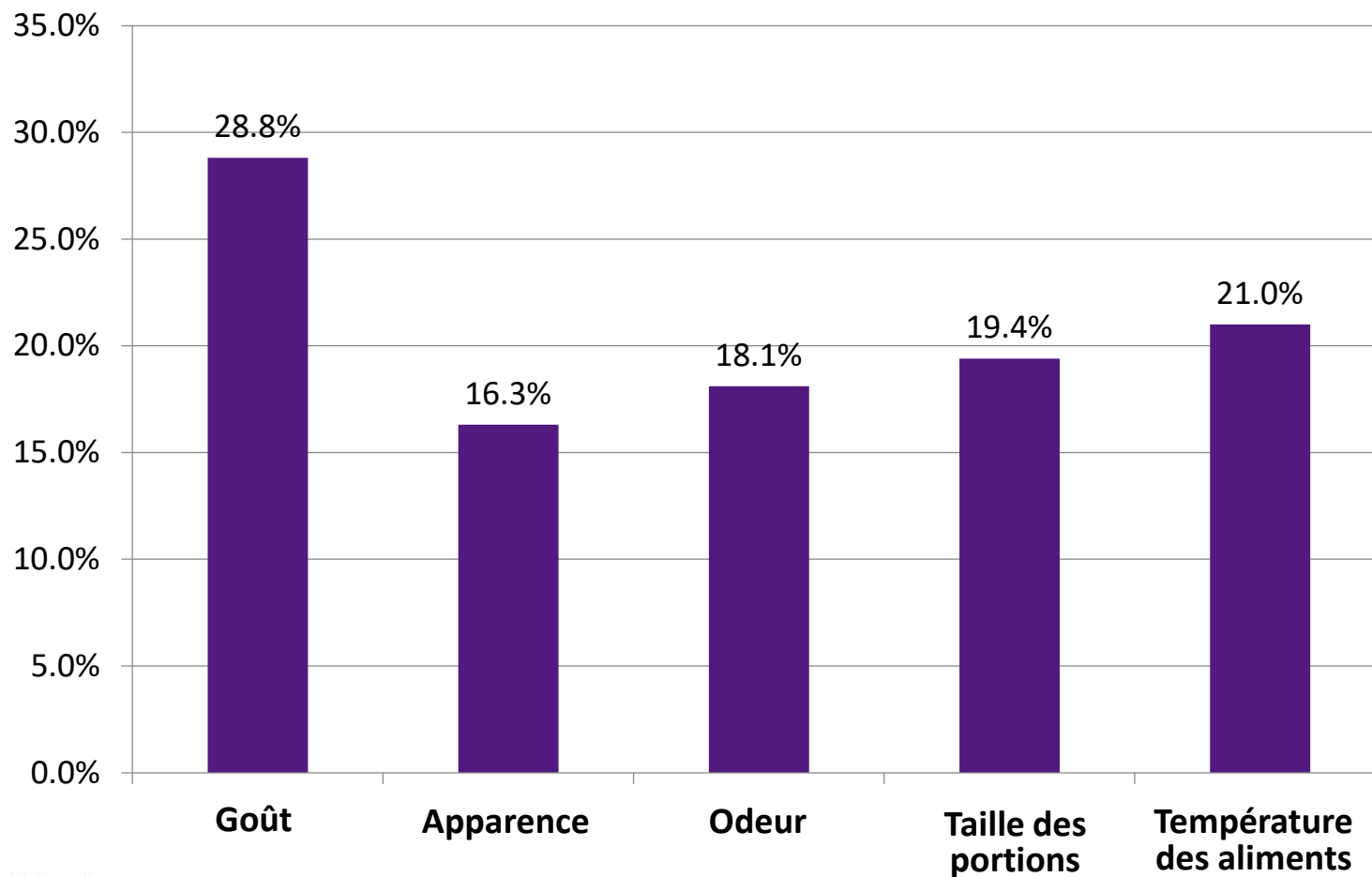
Faim

- 30,1 %** Nourriture apportée par des visiteurs parce que le patient avait faim
- 24,4 %** Le patient a eu faim parce que les repas étaient trop espacés
- 11,5 %** Le patient avait faim mais ne pouvait pas demander de la nourriture au personnel
- 12,2 %** Le patient avait faim et désirait obtenir quelque chose à manger, mais aucune nourriture n'était disponible à l'hôpital

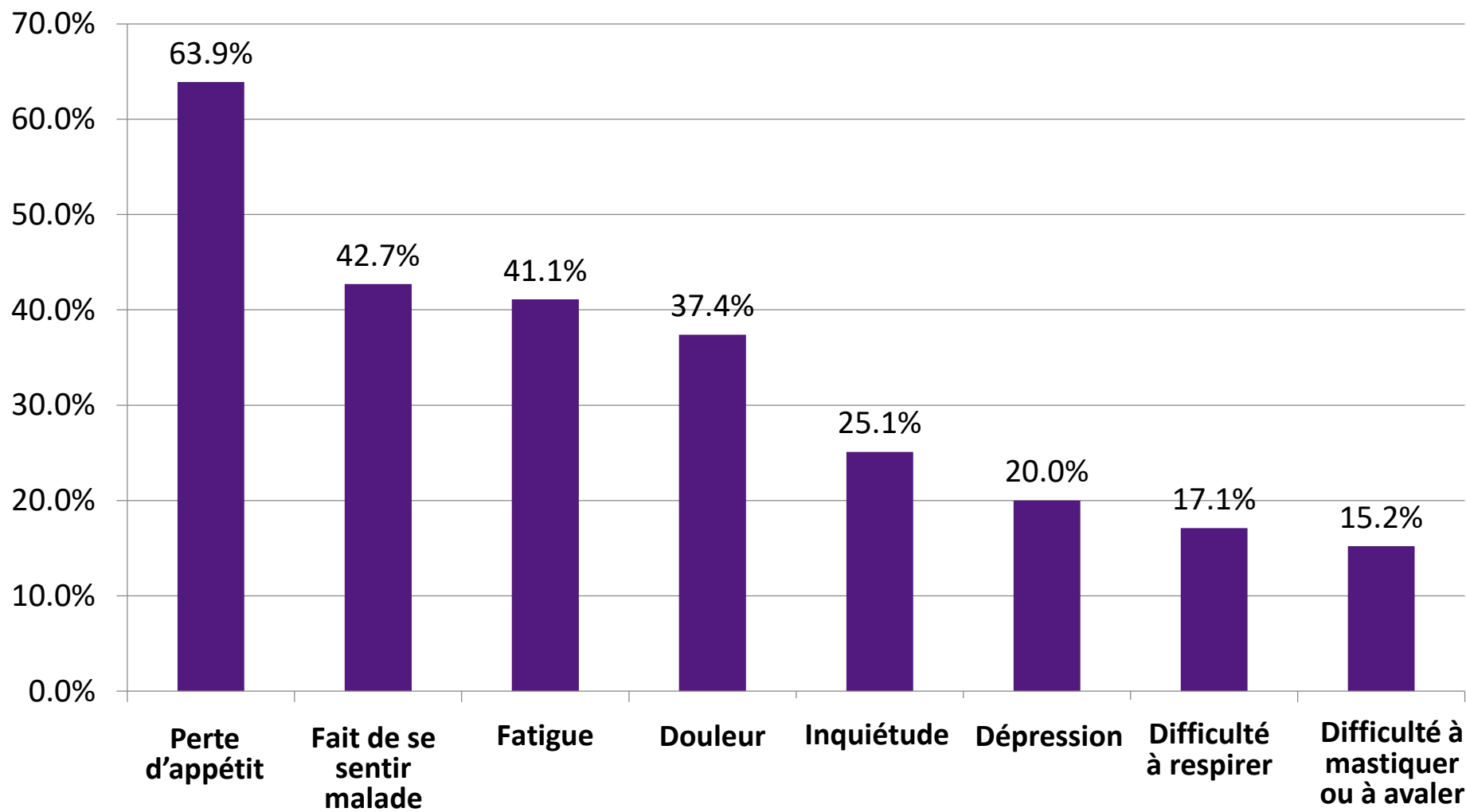
Difficultés rencontrées pour manger

- 27,2 %** Position inconfortable pour manger
- 19,7 %** Difficulté à atteindre les aliments
- 16,1 %** Difficulté à couper les aliments
- 30,1 %** Difficulté à ouvrir les emballages/déballer les aliments
- 8,7 %** Difficulté à se nourrir seul
- 7,4 %** Manque de temps pour tout manger
- 7,8 %** Besoin d'aide pour manger

Qualité de la nourriture/satisfaction; patients insatisfaits de :



Effet de la maladie sur l'apport alimentaire



Une responsabilité partagée

Être sensibles à l'alimentation dans les hôpitaux est la responsabilité des personnes suivantes :

- ✓ Ensemble du personnel de l'hôpital, y compris la haute direction
- ✓ Bénévoles
- ✓ Patients
- ✓ Famille/amis

Stratégies : combler les lacunes en matière de connaissances

- **Renseigner et former** l'ensemble du personnel et de l'équipe de gestion de l'hôpital sur leur rôle dans la prévention de la malnutrition.
- **Leaders d'opinion clés** : communiquer les messages efficacement pour favoriser le changement de comportement des autres membres du personnel.
- Prévoir des **rappels** pour que la formation se transforme en pratiques de routine et pour faire perdurer les changements.
- Mettre en place des politiques pour que **l'apport alimentaire des patients soit au centre des préoccupations** à l'heure des repas.

Stratégies : favoriser l'apport alimentaire des patients

- Faire en sorte qu'un membre du personnel (probablement une technicienne en diététique) **détermine les préférences alimentaires**, aide le patient à remplir son choix de menu et fasse part des préférences du patient aux services alimentaires.
- Le personnel et les familles doivent être sensibilisés au fait que le moment des repas doit être **centré sur la consommation** des repas et collations.
- Le personnel et les familles doivent **encourager l'apport alimentaire**.
- Lorsque cela est possible, il faut encourager les patients à **manger avec un groupe de patients** ou des membres de leur famille/amis.
- Il faut éviter d' **interrompre les repas** pour des examens ou d'autres interventions médicales.

Stratégies : vaincre les obstacles à l'alimentation

- Asseoir le patient dans un fauteuil ou relever le lit en **position verticale**.
- S'assurer que la **table de chevet est dégagée** pour y poser le plateau, **ouvrir les emballages, offrir de l'aide pour manger**, selon les besoins.
- Favoriser un **environnement agréable pour manger** en tenant compte des bruits, des odeurs et des autres facteurs environnementaux qui pourraient nuire à l'alimentation.
- S'assurer que les besoins touchant **la vue et les dents** sont satisfaits.
- Prendre en charge les nausées, la douleur et la constipation.
- Surveiller les **signes de dysphagie**.



Stratégies : offrir de la nourriture

- S'assurer que **des aliments sont disponibles** en tout temps, surtout lorsqu'un repas est manqué.
- Inciter la famille à **apporter de la maison des aliments nourrissants** comptant parmi les préférés du patient; permettre la conservation sécuritaire de ces aliments.
- Le personnel doit savoir que les suppléments nutritionnels oraux sont appropriés dans certains cas, mais que les repas procurent des bienfaits que les suppléments nutritionnels oraux ne permettent pas.
- Envisager de donner des collations entre les repas pour accroître l'apport alimentaire.

Stratégies : surveiller et déclarer

Le personnel/la famille/les amis et le patient doivent surveiller l'apport alimentaire et lorsque celui-ci est faible, mettre en place des stratégies pour l'accroître, comme la prise de collations ou de suppléments particuliers.

Éléments à surveiller :

- ✓ Apport alimentaire/consommation d'aliments
- ✓ Poids (chaque semaine)
- ✓ Durée de l'interdiction de toute consommation orale (NPO) ou du régime liquide strict
- ✓ Hydratation
- ✓ Appétit

Stratégies : voir à la transition des patients malnutris vers la maison

- **Renseigner** les patients et les familles/amis sur l'importance de la nutrition pendant et après l'hospitalisation.
- Tenir compte de l'état nutritionnel et de la prescription d'un traitement dans les **plans de congé d'hôpital** afin que la prise en charge nutritionnelle du patient se poursuive dans la collectivité.
- Fournir des **directives précises** sur la surveillance du poids corporel et de l'appétit et sur les mesures à prendre si le poids et l'appétit demeurent faibles à la maison.

En résumé

- Rendre le personnel d'un hôpital sensible à l'alimentation nécessite une **approche multiniveau**.
- Les **obstacles** potentiels à l'alimentation doivent être reconnus.
- Des **stratégies** pour surmonter ces obstacles doivent être mises en œuvre.
- Les hôpitaux doivent avoir une **culture** qui soutient les besoins nutritionnels des patients.
- Devenir sensible à l'alimentation dans les hôpitaux est une **responsabilité partagée** entre le personnel de l'hôpital, l'équipe de gestion de l'hôpital, les patients et les familles.

Remerciements

Ce diaporama a été créé et approuvé par :

Heather Keller

Celia Laur

Bridget Davidson

Groupe d'éducation de l'étude More-2-Eat*

* Avec la participation du groupe NNEdPro (Need for Nutrition Education/Innovation Programme) du Royaume-Uni.



L'étude More-2-Eat a été financée par le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées (anciennement appelé Technology Evaluation in the Elderly Network, TVN), qui est soutenu par le gouvernement du Canada par l'intermédiaire des Réseaux de centres d'excellence du Canada (RCE).

Références

Allard JP, Keller HH, Teterina A, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen D *et al.* Factors associated with nutritional decline in hospitalised medical and surgical patients admitted for 7 d or more: a prospective cohort study. *BJN* 2015;114(10):1612-22.

Allard JP, Keller H, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen D, Gramlich L, Payette H, Bernier P, Vesnaver E, Davidson B, Terterina A, Lou W. 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.

Duerksen DR, Keller HH, Vesnaver E, Laporte M, Jeejeebhoy K, Payette H, Gramlich L, Bernier P, Allard J. Nurses' perceptions regarding prevalence, detection, and causes of malnutrition in canadian hospitals: Results of a canadian malnutrition task force survey. *J Parenter Enteral Nutr* 2016;40(1):100-6.

Duerksen DR, Keller HH, Vesnaver E, Allard J, Bernier P, Gramlich L, Payette H, Laporte M, Jeejeebhoy K. Physicians' perceptions regarding the detection and management of malnutrition in canadian hospitals: Results of a canadian malnutrition task force survey. *J Parenter Enteral Nutr* 2015;39(4):410-7.

Keller H, Allard J, Vesnaver M, Laporte M, Gramlich L, Bernier P *et al.* Barriers to food intake in acute care hospitals: A report of the Canadian Malnutrition Task Force. *J Hum Nutr Diet* 2015;28(6):546-57.