



Canadian
Malnutrition
Task Force™

le Groupe de
travail canadien
sur la malnutrition^{MC}

La libéralisation de l'alimentation des patients hospitalisés : un grand pas dans la prévention de la malnutrition

Quel est le problème et pourquoi devrions-nous changer nos pratiques?

Des diététistes, des techniciennes en diététique et d'autres membres du personnel hospitalier associé à la nutrition ou aux services alimentaires ont participé à des groupes de discussion dans le cadre de l'étude sur les soins nutritionnels dans les hôpitaux canadiens (2010 – 2013) du Groupe de travail canadien sur la malnutrition (GTCM). Il en est ressorti que, trop souvent, les régimes thérapeutiques spéciaux prescrits aux patients sont si restrictifs que ces derniers ne reçoivent que très peu de nourriture sur leur plateau de repas¹. Le fait que les patients hospitalisés ne reçoivent pas suffisamment de nourriture pour maintenir un bon état nutritionnel, pour prévenir la malnutrition ou pour contrer celle-ci lorsqu'elle est déjà présente constitue un réel problème dans les hôpitaux canadiens. En font foi les résultats de l'étude du GTCM, qui ont révélé que 45 % des participants adultes étaient malnutris au moment de leur admission à l'hôpital et que 19 % des patients malnutris hospitalisés pendant plus de 7 jours voyaient leur état nutritionnel se détériorer durant leur séjour à l'hôpital². L'étude a en outre montré que le fait de manger moins de 50 % de la nourriture offerte était un facteur de risque indépendant de prolongation du séjour à l'hôpital³. Lorsqu'on le leur demandait, les patients ne savaient généralement pas si on leur avait ou non prescrit un régime spécial et connaissaient encore moins les raisons pour lesquelles on le leur avait prescrit, si tel était le cas (données non publiées). Devant ce manque d'information, on peut se demander quelle importance revêtent les régimes restrictifs pour les patients hospitalisés et entrevoir qu'il est peu probable que ces derniers se conforment à un régime spécial après leur sortie de l'hôpital. D'autre part, de nombreux régimes restrictifs prescrits par les professionnels de la santé ne s'appuient que sur peu de données, ce qui peut soulever des doutes quant à leur pertinence⁴.

Comme la malnutrition sévit chez les patients hospitalisés et qu'un bon nombre des régimes spéciaux prescrits ne s'appuient sur aucune donnée probante, il serait temps que les hôpitaux passent à un modèle de soins basé sur une approche où l'alimentation serait considérée sur un pied d'égalité avec la médication et qui comprendrait une libéralisation de l'alimentation des patients. L'Institute for Healthcare Improvement (IHI) a réalisé un projet de partenariat avec les patients dans le cadre duquel le concept « d'aliments réconfortants » a inspiré des changements dans les options de repas offertes aux patients. Ces changements ont entraîné une hausse du niveau de satisfaction des patients, améliorant du coup leur alimentation⁵. Comme point de départ de ce projet, on a demandé aux patients de décrire ce que

serait la situation idéale durant leur hospitalisation, et un grand nombre d'entre eux ont placé l'amélioration des services d'alimentation au centre de leur réponse. En se basant sur ces réflexions, on a reconnu que les avantages obtenus en respectant les préférences des patients en matière d'alimentation pourraient surpasser les légers bienfaits potentiels des régimes restrictifs prescrits durant l'hospitalisation. Le personnel en nutrition ayant participé à cette étude a réagi aux commentaires des patients en créant un programme alimentaire plus libéral, assouplissant les restrictions alimentaires et prolongeant les heures d'activité de la cuisine de l'hôpital. Ces changements ont entraîné : une augmentation de 42 % du nombre de patients évaluant les services alimentaires comme dépassant ou dépassant grandement leurs attentes, une augmentation de 42 % du nombre de patients consommant 75 % ou plus de la nourriture présentée sur leur plateau et, ironiquement, une augmentation de 10 % du nombre de patients choisissant des repas correspondant au régime leur ayant été prescrit. Le personnel en nutrition prend désormais note des choix alimentaires des patients et utilise cette information comme outil d'éducation des patients durant la planification du congé de l'hôpital⁵.

Comment opérer des changements dans votre hôpital :

1. Passez en revue les données probantes sur les régimes spéciaux afin d'éliminer les régimes qui ne s'appuient sur aucune donnée. Il n'est pas rare de trouver 150 régimes spéciaux différents dans le système des services alimentaires d'un hôpital. Deux hôpitaux en Ontario ont pu ramener ce nombre à 55 après avoir fait cette analyse (données non publiées). Éliminer les régimes spéciaux non nécessaires permettra de réduire les restrictions alimentaires et d'offrir plus d'options aux patients.
2. Informez les médecins et les infirmières des régimes spéciaux existants, leur expliquer pourquoi seuls ces régimes ont été retenus et leur indiquer les catégories diagnostiques pour lesquelles ces régimes sont indiqués.
3. Programmez les systèmes informatiques de l'hôpital de façon à seulement accepter les régimes spéciaux qui ont été retenus après l'examen des données probantes.
4. Idéalement, les diététistes devraient être autorisées à prescrire des traitements nutritionnels dans les hôpitaux, mais d'ici à ce que la Loi sur les hôpitaux publics soit changée, il est nécessaire d'obtenir une directive médicale pour qu'elles puissent changer les régimes prescrits afin d'éviter que les patients ne reçoivent à trop long terme un régime inapproprié. Les diététistes sont encouragées à travailler en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire pour mettre en œuvre les directives médicales relatives aux régimes prescrits dans leur hôpital.

Pour plus de détails sur la façon de mener un examen des données probantes sur les régimes spéciaux, communiquez avec Bridget Davidson, Directrice administrative, Groupe de travail canadien sur la malnutrition, à bdavidson@cns-scn.ca.

Références :

1. Keller H, Vesnaver E, Davidson B, Allard J, Laporte M, Bernier P *et al.* Providing quality nutrition care in acute care hospitals: perspectives of nutrition care personnel. *J Hum Nutr Diet*. Prépublication en ligne. 2013. 10.1111/jhn.12170.
2. Johane Allard, Heather Keller, Khursheed Jeejeebhoy, Manon Laporte, Don R. Duerksen, Leah Gramlich, Hélène Payette, Paule Bernier, Elisabeth Vesnaver, Bridget Davidson, Anastasia Teterina et Wendy Lou. Malnutrition at hospital admission—contributors and effect on length of stay: A prospective cohort study from the Canadian Malnutrition Task Force. *JPEN*, publié en ligne le 27 janvier 2015. DOI: 10.1177/0148607114567902.
3. Johane Allard, Heather Keller, Khursheed Jeejeebhoy, Manon Laporte, Don R. Duerksen, Leah Gramlich, Hélène Payette, Paule Bernier, Bridget Davidson, Anastasia Teterina et Wendy Lou. Decline in nutritional status is associated with prolonged length of stay in hospitalized patients admitted for 7 days or more: A prospective cohort study. *Clin Nutr*, (2015) publié en ligne au <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2015.01.009>.
4. <http://www.pennutrition.com/index.aspx>.
5. http://www.ihl.org/about/Documents/2005_IHIPProgressReport.pdf.

Rédigé par Bridget Davidson, M.Sc.S., Dt.P., juin 2015.

Cette ressource est rendue possible par des subventions éducatives sans restrictions reçues en 2015 de notre partenaire visionnaire - Abbott Nutrition et partenaire Nourisher - Nestlé Health Science.