

## Mesure d'amélioration de la qualité: **Gestion de la malnutrition**

Déroulement de la demande	Date
Soumission	17.10.2022
Validation technique	09.11.2022
Validation contractuelle	31.05.2023
Publication	Juin 2023

### Généralités

Les mesures d'amélioration de la qualité (MAQ) sont des mesures concrètes et systématiques, reconnues par les parties contractantes, relatives aux structures et processus d'un hôpital ou d'une clinique. Elles visent à améliorer un aspect de la qualité des traitements et de la sécurité des patient-e-s dans un champ d'action donné. Leur impact dans un hôpital ou une clinique spécifique est évalué et amélioré en permanence dans le cadre du concept de qualité global du champ d'action. **La MAQ est intégrée dans le cycle PDCA du concept de qualité du champ d'action.** Cette intégration doit être consignée et décrite dans le concept de qualité.

Modifications	Date
Chap. 1d: Adaptation des domaines thématiques en champs d'action en raison du remaniement de la convention de qualité	18.09.2023

## 1. Délimitation de la mesure d'amélioration de la qualité

<b>a) Nom de la mesure d'amélioration de la qualité</b>
Gestion de la malnutrition
<b>b) Classification</b>
<p>La malnutrition est un important facteur de risque pour les patients à l'hôpital. Il est prouvé qu'elle nuit aux résultats cliniques, quelle que soit la population de patients. En Suisse, environ 20% des patients en médecine interne ont un risque accru de malnutrition, voire sont déjà manifestement malnutris à l'admission à l'hôpital. Dans d'autres populations de patients (par ex. en chirurgie viscérale, en gériatrie aiguë) le risque peut être nettement plus élevé et atteindre les 50%.</p> <p>De grandes études randomisées contrôlées ont montré qu'un dépistage de la malnutrition et une analyse suivie d'une thérapie nutritionnelle permettent de réduire les conséquences négatives des carences alimentaires. Cette méthode efficace améliore la qualité des traitements. Elle est aussi économiquement payante. L'objectif consiste donc à implémenter une gestion globale de la malnutrition à l'hôpital, faite d'un dépistage de la malnutrition, d'une analyse de la nutrition, individuelle et adaptée au risque, ainsi que d'une thérapie nutritionnelle, si elle est indiquée.</p> <p>La condition de base est une directive interdisciplinaire valable pour tout l'hôpital. Elle doit être élaborée en collaboration avec des médecins, des infirmières et infirmiers en collaboration avec le service de diététique et de thérapie nutritionnelle.</p> <p>Une gestion de la malnutrition devrait s'appliquer à long terme à tous les patients de l'hôpital, être partie intégrante de la gestion de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, et bénéficier du soutien correspondant de la direction.</p>
<b>c) Objectif de la mesure d'amélioration de la qualité</b>
<p>La gestion de la malnutrition permet d'atteindre les buts suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Identification systématique des patients présentant un risque accru de malnutrition, ou souffrant déjà de carences alimentaires manifestes</li><li>- Démarrage rapide d'une thérapie nutritionnelle pour les patients présentant un risque de carences ou une malnutrition avérée, afin de réduire les complications et les hospitalisations</li><li>- Réduction des coûts induits par la malnutrition (par ex. chutes avec fractures, séjours prolongés à l'hôpital, réhospitalisations, guérison difficile de plaies et autres complications)</li><li>- Amélioration de la qualité du traitement et de la sécurité des patients</li><li>- Amélioration de la qualité de vie des patients et de ses capacités fonctionnelles au quotidien</li></ul>
<b>d) Champs d'action</b>
<input type="checkbox"/> Culture de la qualité <input checked="" type="checkbox"/> Sécurité des patients <input type="checkbox"/> Prise de décision fondée sur des données probantes <input type="checkbox"/> Système centré sur le patient
<b>e) Domaine(s)</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Soins somatiques aigus <input checked="" type="checkbox"/> Psychiatrie <input checked="" type="checkbox"/> Réadaptation

f) Délimitation: départements/services, professions, etc.

Le dépistage de la malnutrition devrait être généralisé et toucher, par service,  $\geq 90\%$  des patients. L'hôpital peut définir des exceptions spécifiques et justifiables, pour lesquelles l'utilité du dépistage n'est pas démontrée (par ex. maternité, pédiatrie, urgences). La gestion de la malnutrition devrait être organisée sur une base interprofessionnelle, au moyen d'un protocole propre à l'hôpital dans le cadre d'une collaboration entre les services médical, infirmier, de conseil/thérapie nutritionnelle et la cuisine de l'établissement.

## 2. Méthodologie, développement et impact

a) Méthodologie de la mesure d'amélioration de la qualité

La gestion de la malnutrition à l'hôpital repose sur un processus en 4 étapes:

- a) *Dépistage de la malnutrition*
- b) *Analyse de la nutrition*
- c) *Thérapie nutritionnelle pour les patient-e-s à risque / avec malnutrition manifeste*
- d) *Saisie / attestation du diagnostic spécifique de malnutrition dans le rapport de sortie*

a) Dépistage de la malnutrition

La première étape consiste à identifier les patients présentant un risque élevé de malnutrition. Pour les patients hospitalisés, il faut donc effectuer un premier dépistage un ou deux jours après l'admission à l'hôpital, puis répéter l'opération à intervalles réguliers. Dans les hôpitaux suisses, un instrument de dépistage est déjà très répandu: le «Nutritional Risk Screening» (NRS-2002). Également utilisé à l'international, il repose sur l'hypothèse que le risque de malnutrition dépend aussi bien de l'état nutritionnel que de la gravité de la maladie et de l'âge. Afin d'évaluer l'état nutritionnel avec le NRS-2002 sont saisies la perte involontaire de poids durant les derniers 1 à 3 mois, le poids actuel (Body mass index, BMI) et l'apport alimentaire involontairement réduit durant la dernière semaine. Si le NRS est de  $\geq 3$  points (nombre maximum de points: 7), on part du principe que le risque de malnutrition est élevé. Le dépistage au moyen du NRS-2002 est particulièrement pratique et peut être effectué en quelques minutes. Il présente également une sensibilité élevée. Pour être spécifique, une analyse nutritionnelle approfondie est nécessaire (voir b).

b) Analyse de la nutrition

La prochaine étape consiste à confirmer le diagnostic et à exclure les raisons médicales (par exemple les effets secondaires des médicaments, les troubles métaboliques tels que le diabète ou l'hyperthyroïdie, le syndrome de malabsorption intestinale).

c) Thérapie nutritionnelle pour les patients à risques / présentant une malnutrition avérée

Dès qu'une malnutrition due à une maladie a été diagnostiquée, il faut définir avec le patient des objectifs nutritionnels individuels – y compris l'apport d'énergie, de protéines et de micronutriments – ainsi que d'autres objectifs spécifiques à la maladie. Après fixation des objectifs et des besoins nutritionnels, resp. caloriques, un plan nutritionnel individualisé doit être établi avec l'aide d'un conseiller en nutrition reconnu et disposant d'une expérience clinique – il convient si possible de privilégier l'alimentation orale (y compris les suppléments oraux). Si les objectifs d'un apport énergétique et protéinique ne peuvent pas être atteints, l'assistance nutritionnelle devrait être étendue à la nutrition entérale (par sonde) ou parentérale.

d) Saisie/attestation du diagnostic spécifique de malnutrition dans le rapport de sortie

La saisie/attestation du diagnostic spécifique de malnutrition et le poids à la sortie dans le rapport de sortie constituent une étape importante et aident à identifier à temps les problèmes lors de futurs séjours à l'hôpital. Cela devrait constituer, selon les critères des directives de

<p>codage, un diagnostic à part, y compris la documentation des interventions nutritionnelles significatives.</p> <p>Dans le cadre de la gestion de la sortie, il convient également de définir si la poursuite de la thérapie après la sortie est indiquée (pertinente).</p>		
<p><i>Beilagen zur Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahmen</i></p>		
<p>aucune</p>		
<p><b>b) Marge de manœuvre pour la conception</b></p>		
<p>Dans l'ensemble, la gestion de la malnutrition doit être conforme aux directives et reposer sur des données probantes, en associant les médecins, les professionnels infirmiers ainsi que les conseillers/thérapeutes en nutrition. L'application des mesures ménage une certaine marge de manœuvre, afin d'adapter le concept aux besoins de l'hôpital.</p>		
<p><b>c) Transférabilité possible dans d'autres départements et/ou hôpitaux</b></p>		
<p>Pas d'indication.</p>		
<p><b>d) Phase de développement</b></p>		
<p>Auto-déclaration: La mesure d'amélioration de la qualité...</p>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> ... est axée sur la pratique.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> ... a été testée lors d'au moins un <u>projet pilote</u>.</p>	<p><input type="checkbox"/> n'est pas remplie</p>
	<p><i>Par projet pilote il faut entendre la mise en œuvre de la mesure d'amélioration de la qualité et la collecte d'expériences dans au moins un hôpital ou un secteur d'hôpital.</i></p>	
<p><b>e) Effet souhaité sur la qualité des soins et/ou la sécurité des patient-e-s.</b></p>		
<p>La proportion de patients souffrant de malnutrition à l'admission est conséquente. Comme ces patients présentent un taux de mortalité et de morbidité plus élevé que les patients normalement nourris, ces dernières années de grands efforts ont été déployés pour mettre en évidence l'importance de ce problème dans la population. Il en est résulté des stratégies standardisées de dépistage et de traitement de la malnutrition, afin de prévenir les complications.</p> <p>Diverses études randomisées contrôlées et méta-analyses de ces études ont démontré les avantages de la thérapie nutritionnelle sur les résultats cliniques des patients présentant un risque de malnutrition ou une malnutrition avérée. Par exemple, l'étude nationale EFFORT (Lancet 2019) portant sur &gt;2000 patients hospitalisés en médecine présentant un risque de malnutrition a montré que la thérapie nutritionnelle avait un effet important et positif sur les complications et la mortalité. L'étude a également analysé les coûts et mis en évidence l'efficacité économique de la stratégie nutritionnelle. Sur la base de cet ensemble d'études cliniques et de données, diverses lignes directrices internationales recommandent le dépistage, l'examen et la thérapie de la malnutrition.</p>		

*Annexes concernant l'impact, resp. concernant les données probantes.*

1. Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. *Clin Nutr.* 2018;37(1):336-53.
2. Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet.* 2019;393(10188):2312-21.
3. Schuetz P, Seres D, Lobo DN, Gomes F, Kaegi-Braun N, Stanga Z. Management of disease-related malnutrition for patients being treated in hospital. *Lancet.* 2021;398(10314):1927-38.
4. Imoberdorf R, Meier R, Krebs P, Hangartner PJ, Hess B, Staubli M, et al. Prevalence of undernutrition on admission to Swiss hospitals. *Clin Nutr.* 2010;29(1):38-41.
5. Gomes F, Baumgartner A, Bounoure L, Bally M, Deutz NE, Greenwald JL, et al. Association of Nutritional Support With Clinical Outcomes Among Medical Inpatients Who Are Malnourished or at Nutritional Risk: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2019;2(11):e1915138.
6. Schuetz P, Sulo S, Walzer S, Vollmer L, Stanga Z, Gomes F, et al. Economic evaluation of individualized nutritional support in medical inpatients: Secondary analysis of the EFFORT trial. *Clin Nutr.* 2020;39(11):3361-8.

### 3. Réalisation et coûts

<b>a) Registre</b>		
<i>La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle la tenue d'un ou de plusieurs registres?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
<b>b) Certification</b>		
<i>La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle une certification?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<input checked="" type="checkbox"/> selon la réalisation	
<b>c) Licences</b>		
<i>La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle des licences (par ex. questionnaires, système IT) ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
<b>d) Estimation des ressources humaines et financières pour la mise en œuvre de la mesure d'amélioration de la qualité</b>		
La gestion de la malnutrition à l'hôpital suppose d'investir dans les ressources humaines. Un dépistage devrait être effectué pour chaque patient-e au moyen d'un questionnaire (quatre questions spécifiques – le temps nécessaire par patient-e est relativement faible). Si un risque de malnutrition est identifié, des investigations plus approfondies doivent être menées et, le cas échéant, une thérapie doit être initiée (variable selon la situation, environ 30 à 60 minutes par patient). Cette procédure est déjà en vigueur dans de nombreux hôpitaux. Elle fait partie des bonnes pratiques cliniques.		

Il convient d'insister sur le fait que différentes études ont pu prouver que l'investissement pour le dépistage et la thérapie est plus que compensé par la réduction des complications. Dans le système DRG, les charges peuvent être rémunérées directement grâce à une représentation correcte et au codage du diagnostic/traitement de la malnutrition selon les critères du manuel suisse de codage. L'efficacité en termes de coûts, respectivement le refinancement de toutes les charges, a pu être mise en évidence à maintes reprises.

#### 4. Contrôle de l'intégration dans le concept de qualité interne

*L'organe de contrôle externe vérifie si la mesure d'amélioration de la qualité est intégrée au cycle d'amélioration de la qualité (PDCA). Des **critères** doivent être définis ici pour que le contrôle de cette intégration soit efficace et juste.*

Le contrôle de la gestion de la malnutrition peut se faire au moyen d'une checklist comportant les éléments suivants:

- Existence d'un concept écrit concernant la gestion de la malnutrition.
- Réalisation et documentation d'un Nutritional risk screening (NRS) pour  $\geq 90\%$  des patients. Font exception les populations de patients mentionnées au point 1e.
- Existence d'une commission multidisciplinaire Nutrition dotée des compétences décisionnelles requises.
- Présence, à l'interne, d'une consultation en nutrition (avec expertise clinique) associée activement, selon ses compétences principales, dans le cadre de la thérapie nutritionnelle (englobant toutes les interventions nutritionnelles). Prise de mesures en concertation régulière avec les services médical et infirmier, resp. avec tous les professionnels impliqués dans la gestion de la nutrition.

Le diagnostic de «malnutrition» est décrit dans le rapport de sortie avec les mesures de thérapie nutritionnelle pertinentes. Il est codé conformément aux directives de codage.

#### 5. Émettrice de la demande et conflits d'intérêts

<b>Émettrice de la demande</b> (institution)	Société suisse de nutrition clinique et métabolisme (SSNC)
<i>Description des éventuels conflits d'intérêts de l'émettrice de la demande</i>	
Aucun	