

Faisabilité du dépistage nutritionnel chez les aînés dans les établissements de santé au Nouveau Brunswick (N.-B)

Lita Villalon, PhD, FDC



Plan de la présentation

1. Problématique
2. But de l'étude
3. Méthodologie
4. Résultats
5. Conclusions
6. Questions



Problématique

- En 2010, les personnes âgées représentaient 14,1% de population canadienne et 15,8% de la population de Nouveau-Brunswick.
- Les personnes âgées représentent un des groupes le plus à risque de malnutrition : maladies chroniques, surconsommation de médicaments, facteurs socio-économiques, facteurs psychologiques, facteurs physiologiques.



Problématique

- La malnutrition par sous-alimentation a une prévalence élevée auprès des aînés :

Aînés	MPE
Communauté	5 à 15%
Hôpitaux (SCD)	30 à 65%
Foyers soins de longue durées (SLD)	25 à 65%

MPE = malnutrition protéino-énergétique

SCD = Soins de courte durée

SLD = Soins de longue durée

Laporte M, Villalon L, Payette H. 2001

Ferland, G (2007)

OPDQ (2006)

Babineau J, Villalon L., Laporte M. (2008)

Dépistage nutritionnel

- Identifie les individus qui sont à risque nutritionnel ou qui sont mal nourris. Il détermine alors quand une évaluation de l'état nutritionnel est indiquée.

ASPEN 2005

- Procédé rapide et simple fait par le personnel de l'admission ou l'équipe communautaire de soins de santé.

ESPEN 2006

- Les données montrent qu'un outil de dépistage composé de 2-3 questions sur le poids et l'apport nutritionnel est fiable et valide pour dépister.

ADA Evidence Analysis Library® 2009

Obstacles au dépistage

- Étude Danoise sur la perception et attitudes de médecins et infirmières sur le dépistage nutritionnel dans les hôpitaux
 - Manque de politique nationale (54%)
 - Manque de méthodes pour identifier les patients mal nourris (24%)
 - Difficulté à identifier les patients qui ont besoin de soins nutritionnel (15%)

Lindorff-Larsen et al. 2007

Problématique

Bienfaits d'un traitement nutritionnel chez les personnes âgées

- Diminution des complications infectieuses
- Amélioration de l'état nutritionnel
- Meilleur pronostic
- Diminution du séjour à l'hôpital
- Amélioration de la qualité de vie
- Diminution du risque de mortalité

Babineau J, Villalon L., Laporte M. (2008)





Buts de l'étude

Déterminer la situation actuelle concernant le dépistage nutritionnel chez les personnes âgées de 65 ans et plus fréquentant les établissements de soins de santé du N.-B (**Phase 1**) et,

Évaluer la faisabilité à implanter un programme de dépistage systématique de la malnutrition (**Phase 2**)

Méthodologie

- Étude corrélative en deux phases:

Phase 1: Enquête auprès des professionnels de la santé sur la présence/absence du dépistage, la perception des professionnels sur la problématique du diagnostic et du risque de la MPE et la pratique existante

Phase 2: Étude de faisabilité à l'implantation du dépistage systématique de la malnutrition chez les personnes âgées fréquentant les établissements de soins de santé

Méthodologie (Phase 1)

La perception, la pratique et les obstacles au dépistage nutritionnel

Questionnaires → médecins, infirmières et diététistes cliniques en charge des patients âgés.

Collecte de données:

Cinq de huit (62.5%) Régies régional de la santé de NB et 31 de 45 Foyers de soins (68.8%) de NB ont acceptés de participer à l'étude en 2008.

Au total 457 professionnels de la santé ont participé à l'étude

Méthodologie (Phase 2)

Dépistage nutritionnel OD Laporte et al

OD 1 (perte de poids et IMC) → SLD et EGR

OD2 (IMC et Albumine) → SCD

Collecte de données:

Les mêmes établissements ont acceptés de participer à l'étude en 2009.

421 sujets : 281 patients et 140 résidents

Trois catégories (hôpitaux): Soins courte durée (SCD), évaluation gériatrique et réhabilitation (EGR) et soins long durée (SLD).

Les données ont été recueillies à partir de dossiers médicaux durant les premières 48 heures après l'admission à l'hôpital

Résultats (Phase 1)

Professionnels de la santé selon institution et langue

	Médecins (n=158) (34.6%)	Infirmières (n=230) (50.3%)	Diététistes (n=69) (15.1%)
	%	%	%
Institution			
Hôpital	84.8	19.1	59.4
Foyer de soins	15.2	80.9	40.6
Langue			
Français	19.6	37.0	30.4
Anglais	80.4	63.0	69.6

Perceptions concernant le dépistage nutritionnel

	Médecins %	Infirmières %	Diététistes %	P
% des aînés à risque	(n=152)	(n=210)	---	
0-10%	38.8	68.6	---	0.000
11-20%	36.2	15.7	---	
21-30%	14.5	7.1	---	
31% or more	10.5	8.6	---	
Importance du dépistage nutritionnel	(n = 156)	(n = 226)	(n = 68)	
Très important/Important	63.5	94.7	98.5	0.000
Peu/Non important	36.5	5.3	1.5	

Pratique du dépistage par professionnel

Méthodes de dépistage nutritionnel	Médecins	Infirmières	Diététistes	P
	% (n = 158)	% (n = 230)	% (n = 69)	
• Outil de DN	5.7	24.8	39.1	0.000
• Perte de poids involontaire	55.1	---	---	---
• Suivis du poids	---	87.4	71.0	---
• Perte d'appétit	51.9	72.6	---	---
• Apparence amaigrie	58.9	82.6	---	---
• Présence de plaie de pressions	49.4	71.3	---	---
• Albumine sérique	51.3	---	---	---
• Tournées multidisciplinaires	---	80.4	65.2	---
• Évaluation des repas	---	83.5	58.0	---

Pratique du dépistage par type d'établissement

Méthodes de dépistage nutritionnel	Hôpital %	FS %	P
• Outil de dépistage	51.2	21.4	0.012
• Suivis du poids	51.2	100.0	0.000
• Liste de diagnostics	34.1	67.9	0.006
• Échanges informels	61.0	92.6	0.003
• Tournées multidisciplinaires	56.1	78.6	0.046
• Évaluation des repas	34.1	92.6	0.000

Obstacles au dépistage nutritionnel par professionnels

	Médecins %	Infirmières %	Diététistes %	P
Besoin non perçu	16.5	6.5	7.2	0.004
Non prioritaire	10.1	3.0	1.4	0.003
Manque de temps	32.9	9.6	7.2	0.000
pas partie de mes responsabilités	10.8	4.3	4.3	0.031
Manque d'assistance	22.2	10.4	8.7	0.002
Manque de ressources professionnelles	31.0	7.4	7.2	0.000
Ne sait pas comment effectuer le DN	15.2	7.4	0.0	0.001
Durée de séjour courte	19.6	3.5	4.3	0.000

Perception et pratique du dépistage par type d'établissement

	Hôpital %	FS %	P
Importance du DN			
Très important	82.9	82.1	0.589
Important	14.6	14.3	0.626
Politique de dépistage	61.0	66.7	0.888
Le dépistage se fait:			
• À l'admission	38.9	10.7	0.022
• Toutes les semaines	5.6	7.1	
• Tous les mois	2.8	3.6	
• Au besoin	38.9	78.6	

Pratique de dépistage par type d'établissement

	Hôpital %	FS %	P
• Le DN est fait chez tous les patients	31.7	100.0	0.000
• Le poids est mesuré chez tous les patients à l'admission:			
- habituellement	39.0	39.3	0.589
- parfois	41.5	14.3	0.014
• Le poids est enregistré après l'admission	73.2	100.0	0.002
• le poids est documenté au dossier:			
- habituellement	39.0	35.7	0.491
-parfois	41.5	10.7	0.005

Pratique de dépistage par type d'établissement

	Hôpital %	FS %	P
• Perte de poids involontaire documentée:			
- habituellement	31.7	32.1	0.586
- parfois	36.6	10.7	0.015
- ne sais pas	7.3	10.7	0.468
• Taille documentée à l'admission	82.9	81.5	0.232

Phase 2 : Données sociodémographiques

	Hôpitaux (66%, n=281)		FSLD (33%, n=140)				Total
	Francophone	Anglophone	Francophone		Anglophone		
			Petit ^a	Grand ^b	Petit ^a	Grand ^b	
SLD	23	30	10	60	10	60	193
EGR	23	30	0		0		53
SCD	39	25	0		0		64
Chirurgie							
Médecine	47	55	0		0		102
Oncologie	9	0	0		0		9
Total	141	140	70		70		421

^a Petit foyer = < 60 lits

^b Grand foyer = ≥ 60 lits

Données Sociodémographiques

Caractéristiques	Totale (n=421)	Hôpitaux (n=281)	FSLD (n=140)	P
Sexe				
Homme	45,6%	48,4%	40,0%	0,103
Femme	54,4%	51,6%	60,0%	0,103
Âge (years)				
Homme	79,57 ± 7,26 ^a	79,25 ± 7,23 ^a	80,08 ± 7,03 ^a	0,204
Femme	81,89 ± 8,60 ^a	80,87 ± 9,12 ^a	83,59 ± 7,32 ^a	0,005
Totale	80,83 ± 8,09 ^a	80,10 ± 8,33 ^a	82,31 ± 7,40 ^a	0,004
Lucidité				
Oui	66,3%	78,6%	41,4%	0,000
Non	33,7%	21,4%	58,6%	0,000

a : Moyenne ± écart-type

Facteurs de risque

- Poids admission : 83.6% (86% mesuré et 14% rapporté)
- 15.4% n'avait pas de poids à l'admission, il fut obtenu chez 43% d'entre eux
- Poids habituel : 41%
- Taille : 83% (46.8% mesuré et 53.2% rapporté)
- IMC calculé par l'assistante de recherche : 81.5%
- Appétit : 69% (hôpitaux : 63%, FSLD : 83%)
- Fraction des repas consommés : 72% (hôpitaux : 85%, FSLD : 47%)

Facteurs facilitants la mise en oeuvre du dépistage systématique de la malnutrition dans les établissements de soins de santé selon les hôpitaux et FSLD francophones et anglophones

	Hôpitaux				FSLD				P
	Francophone		Anglophone		Francophone		Anglophone		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Poids admission (rapporte ou mesure)	106	75,2	110	78,6	66	94,3	69	98,6	0,000
Taille documenté (rapporte ou mesure)	131	92,9	107	76,4	56	80,0	68	97,1	0,000
Poids habituel documenté	72	51,1	45	32,1	34	48,6	30	42,9	0,010
Albumine documentée	64	45,4	67	47,9	31	44,3	38	54,3	0,606
Albumine < 28	9	6,4	8	5,7	3	4,3	1	1,4	0,000
Albumine 28 - 35	37	26,2	28	20,0	22	31,4	10	14,3	0,000
Albumine > 35	18	12,8	31	22,1	6	8,6	27	38,6	0,000
IMC < 21	17	12,1	17	12,1	6	8,6	10	14,3	0,002
IMC 21- 23	20	14,2	24	17,1	12	17,1	17	24,3	0,002
IMC 24 - 30	66	46,8	42	30,0	27	38,6	32	45,7	0,002
IMC > 30	18	12,8	15	10,7	11	15,7	9	12,9	0,002
Appétit	64	45,4	112	80,0	48	68,6	68	97,0	0,000
Fraction des repas consommés	124	87,9	114	81,4	26	37,1	40	57,0	0,000

P : différence significative entre les sujets francophones et anglophones selon les institutions

Raisons pour ne pas avoir pris le poids

- Manque de temps (50%, n=20)
- Patient trop faible (20%, n=8)
- Fracture de la hanche ou du pelvis (20%, n=8)
- Jambe trop faible (5%, n=2)
- Poids pris tout les mois (5%, n=2)

Données reliées aux établissements

Caractéristiques	Totale (n=421)	Hôpitaux (n=281)	FSLD (n=140)	P
Balance				
Normale	96,3%	95,2%	100%	0,586
Fauteuil	85,2%	81,0%	100%	0,247
Qui effectue le dépistage				
Infirmier	14,8%	19,0%	-	0,015
Diététiste	70,4%	62,0%	100%	0,015
Technicien	14,8%	19,0%	-	0,015
Analyse				
Grille interne	3,7%	-	16,7%	0,197
Outil dépistage	22,2%	28,6%	-	0,197
Autres	74,1%	71,4%	83,3%	0,197
Temps requis pour dépistage				
5	70,4%	62,0%	100%	0,197
10	14,8%	19,1%	-	0,197
20	14,8%	19,1%	-	0,197
Paramètres disponible système informatique	66,7%	71,4%	50,0%	0,326
IMC calculé par système informatique	51,9%	61,9%	16,7%	0,050

Prévalence de malnutrition

Caractéristiques	Total (n=421)	Hôpitaux (n=281)	FSLD (n=140)	P
Risque MPE				
Outil #1	43,9%	42,6%	46,4%	0,094
Outil #2	39,9%	40,1%	39,5%	0,766

Conclusions

- La mise en œuvre d'un dépistage systématique de la malnutrition auprès des personnes âgées de 65 ans et plus fréquentant les établissements de soins de santé au N.-B. est réalisable
- Le dépistage est fait par un diététiste la majorité du temps (70%)
- Besoin de sensibiliser le personnel infirmier afin qu'il effectue le dépistage dès l'admission des patients et qu'il comprenne l'importance que cela soit effectué et les répercussions d'un manque de dépistage
- Prévalence de MPE d'environ 40% se compare très bien à la littérature : 30 à 65% (hôpitaux) et 25 à 60% (FSLD)

Laporte et al. (2001)
Babineau et al. (2008)
Lindorff et al. (2007)
Mowe et al. (2006)

Équipe de recherche :

Chercheurs :

- 1.Lita Villalon, PhD, FDC,RD, Chercheur principal, Université de Moncton, NB
- 2.Natalie Carrier, PhD, RD, CFE, Co-Chercheur, Université de Moncton
- 3.Manon Laporte, MSc, RD, CNSD, Co-chercheur, Hôpital Régional de Campbellton, NB

Assistants de recherche:

- 1.Claude LeBlanc, étudiant nutrition → Dt.P
- 2.Isabelle Caissie, étudiante 2e cycle → MSc. Nutrition

Financé par :



Fin des présentations



Questions / Discussion



- ❧ Caractéristiques et déterminants de l'auto-évaluation de la santé chez les aînés francophones en situation minoritaire au Canada – **Hubert Alimezelli Tote, Ph. D.(c)**
- ❧ Les aînés francophones comme artisans du changement pour le maintien à domicile en milieu minoritaire francophone – **Suzanne Dupuis-Blanchard, Ph. D.**
- ❧ L'étude des attitudes et des perceptions des personnes âgées francophones face au diagnostic de la démence au Nouveau-Brunswick – **Sarah Pakzad, Ph. D.**
- ❧ Faisabilité du dépistage nutritionnel chez les aînés dans les établissements de santé au Nouveau-Brunswick – **Lita Villalon, Ph. D.**