

Blog 20 – Malnutrition

Depuis le printemps 2025, la SSMIG est représentée au sein du **groupe de travail DRG et nutrition**. Ce dernier est le fruit de la collaboration entre la GESKES ¹(Société suisse de nutrition clinique et métabolisme) et l'ASDD (Association suisse des diététicien-ne-s).

Malnutrition protéino-énergétique légère à grave

La perte de poids en cas de maladies chroniques est un facteur pronostique défavorable bien établi. Sur le plan clinique, il est important de dépister et de traiter une malnutrition, afin de réduire significativement la mortalité à 30 jours ou à 6 mois². Un bénéfice est déjà notable même sur une courte durée d'une hospitalisation. Pour poser le diagnostic, un dépistage nutritionnel (NRS) doit être réalisé dans les 24 à 48 heures suivant l'admission à l'hôpital³.

Sur le plan clinique, on a de plus en plus souvent recours aux critères GLIM⁴. Ces critères ne sont toutefois pas pertinents dans le système DRG.

Il est possible de représenter la malnutrition protéino-énergétique selon le stade avec les codes suivants:

- E44.1 Malnutrition protéino-énergétique légère
- E44.0 Malnutrition protéino-énergétique modérée
- E43 Malnutrition protéino-énergétique grave
- E46 Malnutrition protéino-énergétique, sans précision

L'attribution du degré de sévérité de la malnutrition se fait au moyen du **NRS**:

Degré de détérioration de l'état nutritionnel		1	2	3
Score NRS total ⁵	≥ 5	E44.1	E44.0	E43
	4	E44.1	E44.0	E44.0
	3	E44.1	E44.1	E44.1

La malnutrition protéino-énergétique modérée et grave E44.0 et E43 relève des DRG. La malnutrition modérée présente une valeur CCL de 1-2, la grave de 2. E46 et E44.1 ne relèvent pas des DRG.

E46 est utilisé dans le codage lorsque les critères de représentation de la malnutrition spécifique ne sont pas satisfaits. Le critère pour E43 est la réalisation d'un conseil diététique (multimodal) avec au moins 2 interventions documentées des diététiciennes. Le critère pour E44.0/E44.1 est la réalisation d'un conseil diététique (multimodal) et/ou l'administration entérale/parentérale de substances nutritives.

¹ <https://geskes.ch/fr/les-geskes/>

² [Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial - The Lancet](#)

³ https://www.med-innocare.ch/files/info/web_Innovations-Doppelseiten%20Kopie.pdf

⁴ [Critères diagnostiques | DGEM](#)

⁵ Modifié d'après Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002. Clin Nutr (2003); 22(3): 321–336

Cachexie

Il n'existe aucune définition médicale homogène valable partout dans le monde: Dans la pratique, la cachexie désigne un aspect clinique et se caractérise comme un syndrome multifactoriel associé à une perte involontaire de poids, de masse grasseuse et surtout musculaire, à de la fatigue, une faiblesse, une perte d'appétit, en présence d'une inflammation légère à modérée ou d'une maladie sous-jacente consomptive (p. ex. cancer, infection chronique, maladie auto-immune, insuffisance hépatique, rénale ou cardiaque, etc.) ⁶.

Outre les définitions de la cachexie qui sont variables et peu spécifiques, les symptômes se recoupent avec ceux de la sarcopénie et de la malnutrition. ⁷

La cachexie décrit un état clinique correspondant à une perte de poids involontaire d'au moins 5% du poids initial sur une période minimale de 12 mois, ou à un IMC < 20 kg/m²*, et se caractérise par une atrophie musculaire sévère / une consommation physique.

La GESKES/ASDD recommande les conditions suivantes pour le codage de R64 *Cachexie*: documentation de la taille corporelle et du poids sec⁸, ainsi qu'une influence sur la prise en charge du patient, notamment par des interventions de nutrition thérapeutique.

La cachexie est pertinente pour le système DRG et présente, dans les partitions opératoires et médicales, une valeur de CCL de 2.

Les directives de codage précisent que, dès lors qu'une malnutrition protéino-énergétique et une cachexie sont toutes deux documentées, seul le code E4 Malnutrition doit être utilisé (pas de double codage).

Les prises en charge de la cachexie peuvent inclure, outre le conseil nutritionnel, la nutrition parentérale ou entérale, également des mesures prophylactiques telles que le dépistage du décubitus et l'utilisation d'un matelas anti-escarres.

Sarcopénie

Dans le codage, la sarcopénie est représentée avec M62.50 *Atrophie et fonte musculaires*. Le diagnostic a une valeur de CCL de 1 dans les partitions opératoires et médicales.

Malheureusement, à partir de la version 2026, il a été entièrement supprimé de la matrice CCL, bien que nous ayons de fortes indications que les cas présentant une sarcopénie en tant que diagnostic secondaire mobilisent davantage de ressources, et qu'ils ne sont actuellement représentés que de manière insuffisante dans le système DRG. Une demande de réintégration a donc été déposée cet été. C'est pour cette raison notamment qu'il est important de poser les diagnostics médicaux de manière aussi précise que possible, afin qu'ils puissent être codés et que le système tarifaire puisse être mieux ajusté.

La GESKES/ASDD recommande la définition suivante de la sarcopénie:

⁶ [Cachexia Research Insights 2025 - SCWD Society On Sarcopenia, Cachexia And Wasting Disorders](#)

⁷ [ernaehrungsforschung-1-effort-endokrinologie-medizin-ksa.pdf](#)

⁸ Poids sans œdème/ascite. Volume d'ascite: déterminé soit par échographie ou tomodensitométrie, soit par le poids corporel moins le volume d'ascite évacué.

1. Dépistage à l'aide du questionnaire SARC-F⁹ (résultat positif à partir de 4 points¹⁰)
2. Évaluation avec au moins 2 domaines pathologiques
 - a. Force de préhension < 16 kg (f) / < 27 kg (h)
 - b. Test du lever de chaise avec 5 levers > 15 s¹¹
 - c. Circonférence du mollet < 33 cm (f) / < 34 cm (h)
 - d. Vitesse de marche ≤ 0,8 m/s,

Une physiothérapie et/ou une thérapie d'activation doivent être réalisées et documentées en cas de diminution de la vitesse de marche. De plus, il doit y avoir un conseil diététique qui doit pouvoir être signalé avec les codes CHOP suivants:

89.0A.4- Traitement diététique multimodal /89.0A.32 Conseil/traitement diététique multimodal

À l'heure actuelle, il convient de respecter les directives de codage: un diagnostic doit avoir été posé par un·e médecin et des ressources médicales doivent avoir été engagées, cf. blog [03 – Diagnostic principal et diagnostic supplémentaire – SGAIM - SSMIG - SSGIM](#).

⁹ [NutriScreen - Screenings - SARC-F](#)

¹⁰ [Diagnostik und Therapie der Sarkopenie und sarkopenen Adipositas – Deutsches Ärzteblatt](#)

¹¹ 1. S'asseoir au centre d'une chaise.

2. Croiser les mains du côté opposé à hauteur du poignet.

3. Pieds à plat sur le sol.

4. Dos droit, bras sur la poitrine.

5. Au top départ, se lever jusqu'à la position debout, puis se rasseoir.

6. Pendant 15 secondes, effectuer 5 levers comme seuil de référence.