

Mode d'emploi de l'algorithme de dépistage de la dénutrition à l'hôpital et ou en institution après 75 ans

Le dépistage de la malnutrition du patient hospitalisé passe par une sensibilisation des médecins, et une formation de l'ensemble du personnel soignant. Il nécessite la mise à disposition d'outils de mesure permettant la pesée, une organisation portant à la fois sur la période à laquelle ce dépistage doit être entrepris et sur les rôles, fonctions et la coordination des différents acteurs. Un des obstacles réside dans l'intégration de cette « nouvelle tâche » parmi de nombreuses autres tâches de soins incontournables, l'autre dans la pérennité du dépistage en routine lorsque des choix de tâches s'imposent. La clé du succès du dépistage réside dans l'explication claire des bénéfices en montrant l'impact de la prise en considération des besoins nutritionnels dans la prévention de l'apparition de nouvelles maladies ou la réduction de leur gravité et de leur durée.

Le dépistage de la dénutrition se fait à trois niveaux consécutifs

Niveau 1 (24 premières heures)

Il permet de dépister une situation de risque nutritionnel au moment de l'admission.

Indices retenus : MNA Dépistage

- **Index de Masse corporelle (IMC)**
- **Présence d'une anorexie,**
- **Stress**
- **Perte de poids**
- **Motricité**
- **Maladie neuro-psychiatrique,**

Acteurs et rôles :

Chaque équipe de soins peut avoir une organisation différente, l'organigramme proposé doit être adapté aux moyens locaux :

- **L'infirmier diplômé d'état (I.D.E.) ou l'aide soignante**, par délégation, détermine :
 - **La taille** par estimation à partir de la distance genou – talon, mesurée à l'aide d'une toise pédiatrique
($F = 84,88 - (0,24 \times \text{âge en année}) + 1,83 \times \text{Ht genou en cm}$ et
 $H = 64,19 - (0,4 \times \text{âge en année}) + 2,02 \times \text{Ht genou en cm}$) ou par interrogatoire du patient ou de sa famille, ou en consultant la carte d'identité nationale du patient.
 - **Le poids actuel** est déterminé au moyen d'une balance ou d'un lève malade.
 - **Le poids antérieur habituel** est recherché par l'interrogatoire.
 - En cas de difficulté pour obtenir un **poids antérieur habituel (P)**, il sera estimé par la formule : $P = 24 \times T^2$
- **L'IDE ou le médecin** détermine le risque en se servant du MNA

Interprétation des indices ; Critères de dénutrition

- **MNA \geq 12** État nutritionnel normal
- **MNA $<$ 12** Possibilité de malnutrition

✓ Si le MNA est \geq 12, ne pas faire d'autre investigation, mais peser le malade toute les semaines en CS et SSR et tous les mois en EHPAD ; Mettre une feuille de surveillance alimentaire en cas d'anorexie (annexe 1).

✓ Si le MNA est $<$ 12, Compléter le MNA

Niveau 2 : (48 premières heures)

Ce niveau concerne les patients dont **Le MNA[®] est inférieur à 12**

Acteurs et rôles : équipe soignante, médecin, diététicien

Le médecin réalise le MNA[®] complet en collaboration avec le diététicien (10 minutes). Le diététicien analyse les déficits de ses différents composants nutritionnels.

Détermination du niveau de dénutrition

Le **MNA[®] complet est < à 17** l'état nutritionnel est mauvais: demande d'intervention de l'équipe de Nutrition Clinique pour la discussion d'une N.A. selon les règles de l'éthique.

Le **MNA[®] est compris entre 17 et 23,5** il y a risque de malnutrition: demande d'intervention du diététicien.

Dépistage négatif *Au niveau 2 MNA[®] complet > 23,5 (pas de risque nutritionnel)*

- La pesée doit être hebdomadaire en court séjour et en soins de suite et de réadaptation, mensuel en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En cas de réduction de l'appétit une surveillance alimentaire semi-quantitative peut-être instaurée (annexe n°1).
- En cas de perte pondérale de plus de 5 % ou d'une alimentation quantitativement inférieure au 2/3 des besoins, un nouveau MNA[®] dépistage sera initié et l'avis **du diététicien sera sollicité.**

Niveau 3

Acteurs et rôles : Selon le niveau de dénutrition: équipe soignante et diététicien ou l'équipe spécialisée en nutrition.

But entreprendre une action de renutrition et la surveiller, choix quantitatifs et qualitatifs des aliments, des suppléments ou d'une Nutrition artificielle.

Actions recommandées

- Risque de dénutrition

L'équipe soignante mobilise le patient avec le kinésithérapeute, pèse 1 fois / s, Le diététicien calcule les ingesta et attribue une supplémentation personnalisée sur prescription médicale. Le médecin s'attache à rechercher des facteurs aggravants de « risques nutritionnels » : Ingesta insuffisants, Terrain, Pathologies agressives, Co-morbidité retentissant sur l'acte alimentaire (douleur), Durée d'hospitalisation > à 15 jours

- **Mauvais état nutritionnel** ou risque de dénutrition associé à un ou plusieurs facteurs de risque : On demande l'intervention de l'équipe de nutrition clinique, si elle existe, ou le médecin, après écoute du malade et de l'équipe soignante, pour discuter d'une éventuelle nutrition artificielle dans le respect des règles éthiques.

La dénutrition sera codée dans le PMSI. Le courrier de sortie doit faire état des constats quant à l'état nutritionnel du patient et des mesures thérapeutiques engagées.