

Mode d'emploi de l'algorithme de dépistage de la dénutrition et du risque nutritionnel chez l'enfant hospitalisé

Le dépistage de la malnutrition et du risque nutritionnel de l'enfant hospitalisé passe en priorité par une sensibilisation des médecins, une formation de l'ensemble du personnel soignant, la mise à disposition de balances, de toises et de courbes de croissance et d'outils simples d'évaluation du risque nutritionnel. Les principaux défis à relever par les équipes de soins sont l'intégration de cette « nouvelle tâche » parmi d'autres tâches de soins incontournables, et son maintien à long terme, y compris lorsque des priorités doivent être définies parmi les tâches de soins. L'une des clés réside dans l'explication claire des bénéfices attendus du dépistage en démontrant l'impact positif de la prise en compte des besoins nutritionnels sur la morbidité de l'enfant hospitalisé (évolution de la maladie primitive, et apparition de nouvelles maladies) et le gain de temps qui en résulte.

Niveau 1 (24^{ème} heure)

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

Indices retenus :

Rapport P/T (poids sur poids idéal pour la taille) et T /âge (taille sur taille idéale pour l'âge) en se reportant aux courbes de croissance (courbes de Sempé-Pédrón)

Acteurs et rôles :

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

L'IDE ou l'AS par délégation de l'IDE mesure et note sur le dossier de soins ou la feuille de température :

➤- **La taille réelle (T)**, par une toise murale ou toise pédiatrique chez un enfant couché. En cas de difficultés à mesurer l'enfant immédiatement, on peut se référer provisoirement à la dernière taille figurant dans le carnet de santé, à la condition que cette mesure ne date pas de plus de 1 mois chez un enfant de moins de 6 mois, 2 mois chez un enfant de 6 mois à 2 ans, et 6 mois chez un enfant de plus de 2 ans.

➤- **Le poids réel (P)**, sur un pèse-bébé en dessous de 10 kg puis sur une balance de précision debout ou assis, ou à l'aide d'un lève-malade, et s'efforcer d'obtenir le dernier poids connu (carnet de santé).

L'équipe soignante débute la surveillance alimentaire à l'aide de la fiche (annexe 1)

Interprétation des indices ; Critères de dénutrition

- | | |
|-----------------------------------|---------------------|
| • P/T > 90% et T/âge ≥ 95% | Dénutrition absente |
| • P/T 80- 90% et/ou T/âge 85- 94% | Dénutrition modérée |
| • P/T < 80% et/ou T/âge ≤ 84% | Dénutrition sévère |

- ✓ Si, P/T > 90% et T/âge ≥ 95% ne pas faire d'autres investigations, mais calculer le score de risque pédiatrique si hospitalisation > 6 jours. Si, P/T 80- 90% et/ou T/âge 85- 94% , ou P/T < 80% et/ou T/âge < 85% calculer le score de risque pédiatrique.

Niveau 2 : (48 premières heures)

Acteurs et rôles : équipe soignante, médecin, diététicien

- L'équipe soignante débute la surveillance alimentaire à l'aide de la fiche (annexe 1),
- Le diététicien calcule précisément les ingesta,
- Le médecin, l'IDE ou l'AS évaluent :
 - la gravité de la maladie primitive
 - l'existence d'une anorexie,
 - l'existence d'un état douloureux,

et **calculent le score de risque nutritionnel à l'aide du SRNP** (annexe 2).

Détermination du niveau de dénutrition

Les niveaux de dénutrition (absente, modérée ou sévère) et de risque nutritionnel (faible, moyen ou élevé) sont établis.

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

Absence de dénutrition, et ou risque faible

- L'IDE ou l'AS
 - assure une surveillance alimentaire quotidienne à l'aide de la fiche (annexe 1)
 - assure une pesée au minimum hebdomadaire
 - calcule le score de risque nutritionnel pour toute hospitalisation se prolongeant plus de 6 jours

Absence de dénutrition + risque nutritionnel moyen, ou dénutrition modérée + risque nutritionnel faible

- L'IDE ou l'AS
 - assure une surveillance alimentaire quotidienne à l'aide de la fiche (annexe 1)
 - mobilise le patient
 - assure une pesée au minimum hebdomadaire
- Le diététicien évalue les ingesta et attribue une supplémentation sur prescription médicale

Dans tous les autres cas (et y compris en l'absence de dénutrition si le risque nutritionnel est élevé) :

- L'IDE ou l'AS
 - assure une surveillance alimentaire quotidienne à l'aide de la fiche (annexe 1)
 - mobilise le patient
 - assure une pesée au minimum hebdomadaire
- On demande l'intervention de l'Unité de Nutrition si elle existe ou du médecin de l'unité
- Le diététicien évalue les ingesta et attribue une supplémentation sur prescription médicale. L'instauration d'une nutrition artificielle est envisagée, 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.