



SFNEP

Société Francophone
Nutrition Clinique et Métabolisme
Nourrir l'Homme malade

Évaluation des pratiques professionnelles en nutrition clinique

**NUTRITION DE L'ADULTE HOSPITALISÉ EN RÉANIMATION :
ÉVALUATION NUTRITIONNELLE
ET STRATÉGIE DU SUPPORT NUTRITIONNEL**

2016

MODE D'EMPLOI

Membres du groupe de travail

Ronan Thibault, ^{a-b}, Jean-Charles Preiser, ^{c-d}, Fabienne Tamion, ^{e-f}

Auteur correspondant

Dr Ronan Thibault, ronan.thibault@orange.fr, Réadaptation Digestive et Nutritionnelle - Médecine, Clinique Saint-Yves (4 rue Adolphe Leray, CS 54435 35044 Rennes Cedex France)

Tél. : +41 22 372 3394

Secrétariat : +41 22 372 9349

Fax : +41 22 372 9363

Membres du groupe de lecture

- Comité Educationnel et de Pratique Clinique de la SFNEP
- Conseil d'administration de la SFNEP
- Conseil Scientifique de la SFNEP

Ce document a été rédigé par les auteurs à la demande du Comité Educationnel et de Pratique Clinique (CEPC) de la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP). Il a été discuté, corrigé et validé par le CEPC, le conseil scientifique et le conseil d'administration de la SFNEP. Il fait partie des « référentiels pour la pratique clinique en nutrition » de la société.

a / Unité de Nutrition, Hôpitaux Universitaires de Genève, 1211 Genève, Suisse

b / Comité Educationnel et de Pratique Clinique (CEPC) de la SFNEP

c / Service des Soins Intensifs, Hôpital Universitaire Erasme, 808 route de Lennik, 1070 Bruxelles, Belgique.

d / Conseil d'Administration (CA) de la SFNEP

e / Service de Réanimation Médicale, Hôpital Charles Nicolle, CHU Rouen, 1 rue de Germont, 76081 Rouen Cedex, France

f / Conseil Scientifique (CS) de la SFNEP

CRITÈRES D'ÉVALUATION ET D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Critères institutionnels

CRITÈRE 1

Le service de réanimation organise une démarche d'évaluation du risque et/ou de l'état nutritionnel, d'évaluation des besoins protéino-énergétiques, et d'organisation de la stratégie générale du support nutritionnel :

- Les recommandations sont formalisées sous forme d'un protocole écrit et validé par les différents acteurs et instances : CLAN, Direction des soins, Comité Médical d'Etablissement.
- Le protocole est disponible dans le secteur de soin.
- Le protocole précise les modalités de la démarche, les modalités de traçabilité et de contrôle de la qualité (périodicité).
- Le protocole précise les indications d'investigations nutritionnelles (ex. : clinique, biologique, calorimétrie indirecte, etc.) plus approfondies ou plus spécifiques à la population hospitalisée dans le secteur de soin.
- Le protocole précise les acteurs responsables des modalités de mise en œuvre et de traçabilité.

CRITÈRE 2

Il existe dans le service de réanimation des outils permettant de mesurer et transcrire dans le dossier du patient l'ensemble des données relatives à l'état/risque nutritionnel, à la cible et aux apports protéino-énergétiques.

- Il existe dans l'unité des lits avec balance intégrée ou lève-malades type « araignée » permettant de peser les patients de réanimation ne pouvant se tenir assis ou debout.
- Les balances sont régulièrement contrôlées selon les normes en vigueur.
- Il existe dans chaque unité des moyens adaptés pour mesurer la taille des patients alités (équerre ou mètre-ruban pour mesurer la distance talon-genou).
- Il existe dans le dossier du patient une zone identifiée destinée à la traçabilité des données d'évaluation nutritionnelle, des apports / besoins protéino-énergétiques, et du déficit protéino-énergétique cumulé.
- L'établissement met à disposition les éléments nécessaires à une évaluation nutritionnelle plus approfondie selon le protocole et la population hospitalisée (ex. : calorimétrie indirecte, composition corporelle, tests biologiques, etc.).

CRITÈRE 3

En dehors du service de réanimation, l'établissement audite selon la réglementation en vigueur l'indicateur IPAQSS « dépistage des troubles nutritionnels ».

- L'indicateur IPAQSS concernant les critères nutritionnels est annuellement audité.
- Le résultat est affiché ou communiqué à l'ensemble des personnels impliqués dans la prise en charge clinique des patients.
- Les résultats sont annuellement discutés au niveau du CLAN.

Critères portant sur la qualité de la prise en charge du patient dans le secteur de soin

Ces critères sont à rechercher dans le dossier du patient dans l'ensemble des secteurs concernés par l'audit.

CRITÈRE 4 : CRITÈRE DE DÉPISTAGE DE LA DÉNUTRITION ET DU RISQUE NUTRITIONNEL

Le dépistage a été réalisé selon les recommandations en vigueur dans l'établissement et de manière conforme aux référentiels.

- Les situations à risque de dénutrition (diminution de la prise alimentaire avant l'hospitalisation, syndrome inflammatoire, maladies chroniques dont cancer, âge supérieur à 70 ans, hospitalisations prolongées, perte de poids avant l'admission, etc.) ont été identifiées dès l'admission et inscrites dans le dossier.
- Le patient a été pesé et mesuré, ou sa taille estimée, au cours des 48 h après l'admission et les valeurs notées dans le dossier.
- L'IMC a été calculé et noté dans le dossier.
- La perte de poids en pourcentage, par rapport au poids habituel du patient ou au poids 1 mois ou 6 mois avant l'admission a été déterminée et notée dans le dossier.
- Le niveau d'apports énergétiques avant l'admission a été évalué au cours des 48 h suivant l'admission selon le protocole en vigueur dans l'établissement et il a été noté dans le dossier.
- En cas de situations spécifiques (péri-opératoire, sujets âgés, etc.), les paramètres nécessaires à la détermination du risque nutritionnel ont été déterminés et notés dans le dossier (ex. : grade nutritionnel en péri-opératoire ; si possible ou réalisé avant l'admission, Mini Nutritional Assessment- short form (MNA-SF®) chez toutes les personnes âgées de plus de 70 ans, etc.).

CRITÈRE 5 : CRITÈRE D'ÉVALUATION DES CIBLES ÉNERGÉTIQUE ET PROTÉIQUE

Les cibles énergétique et protéique ont été évaluées chez les patients dont le séjour est prolongé au-delà de 3 jours.

- Pour évaluer la cible énergétique, une calorimétrie indirecte a été réalisée, ou en cas d'indisponibilité ou d'impossibilité, les formules prédictives ont été utilisées.
- Pour évaluer la cible protéique, la formule prédictive 1,2-1,5 kcal/kg poids actuel par jour (ou 2 g/kg poids ajusté par jour chez l'obèse) (voir paragraphe 1.5) a été utilisée.
- En cas d'impossibilité de mesurer le poids, le poids le plus récent connu a été utilisé.
- Les deux cibles énergétique et protéique ont été notées dans le dossier patient.

Critères de diagnostic nutritionnel, de prise en charge et de surveillance

CRITÈRE 6

En fonction des éléments du dépistage, une évaluation nutritionnelle adaptée a conduit à un diagnostic : absence de dénutrition ou de risque nutritionnel, dénutrition ou risque nutritionnel, dénutrition ou risque nutritionnel sévère, basé sur la présence d'un ou de plusieurs critères clairement définis, et a conduit à une prise en charge.

- Le diagnostic ou le niveau de risque nutritionnel ont été transcrits dans le dossier.
- Le diagnostic est conforme aux recommandations.
- Le diagnostic a conduit à une proposition de prise en charge nutritionnelle transcrite dans le dossier.
- La proposition de prise en charge est conforme aux recommandations.
- Le codage CIM-10 de la comorbidité dénutrition est transcrit dans le dossier, justifié et adapté.

CRITÈRE 7

La surveillance de l'état nutritionnel et de la prescription est réalisée pendant l'hospitalisation.

- Le poids a été mesuré et noté selon une périodicité adaptée.
- Une surveillance du bilan énergétique et protéique (apports – cibles), incluant la prise alimentaire, les compléments nutritionnels oraux (CNO) ou des apports de la nutrition artificielle, a été effectuée chez tous les patients.
- Une surveillance des apports glucidiques et lipidiques a été effectuée chez tous les patients.
- La prescription nutritionnelle est datée, signée, conforme aux procédures en vigueur.
- La prescription s'étend à la surveillance clinique et biologique en rapport avec la prise en charge nutritionnelle.
- Le soin nutritionnel réalisé pendant le séjour a été enregistré dans le compte-rendu de séjour du patient.

CRITÈRE 8 : CRITÈRE DE STRATÉGIE DU SUPPORT NUTRITIONNEL

Le support nutritionnel choisi est adapté à la situation clinique.

- Si le patient est dénutri ou jugé incapable de s'alimenter suffisamment dans les trois jours suivant l'admission, un support nutritionnel a été proposé dans les 24 premières heures suivant l'admission.
- En l'absence de contre-indications (en amont d'une fistule digestive de haut débit, occlusion intestinale, ischémie de l'intestin grêle, ou hémorragie digestive active), la nutrition entérale a été utilisée en première intention.
- La nutrition parentérale exclusive n'a été utilisée qu'en cas d'échec, d'insuffisance, ou de contre-indications (en amont d'une fistule digestive de haut débit, occlusion intestinale, ischémie de l'intestin grêle, ou hémorragie digestive active) à la nutrition entérale.
- Lorsque la nutrition entérale n'atteint pas la cible énergétique choisie au plus tard après une semaine de séjour en réanimation, une nutrition parentérale complémentaire a été débutée.
- En cas de limitation de soins ou d'arrêt thérapeutique, l'opportunité d'arrêter la nutrition a été discutée au sein de l'équipe médico-soignante et, le cas échéant, avec la famille du patient.

GRILLE POUR AUDIT CLINIQUE CIBLE

Méthodes proposées

- Audit clinique ciblé rétrospectif portant sur le service de réanimation et l'analyse de 30 dossiers de patients
- Évaluation prospective avec analyse de dix dossiers par professionnel (ou 20 dossiers si l'audit est réalisé par un seul professionnel) tirés au sort parmi les patients admis en réanimation, présents ou hospitalisés lors d'une période prédéfinie (par exemple : sur trois mois).

Déroulement de la démarche pour ce programme

- Information du programme EPP apportée à l'ensemble de l'équipe médicale.
- Lecture par chacun de ce document.
- Appropriation des critères.
- Audit des critères de structure un jour donné.
- Tirage au sort des dossiers patients.
- Remplissage de la grille d'évaluation (annexe 1).
- Synthèse de l'audit exposée à l'équipe médicale par le responsable de l'action d'EPP.
- Discussion et décisions pour modifier les pratiques. Les mesures correctrices doivent être clairement identifiées et faire l'objet d'un suivi.
- Nouvel audit ou suivi d'indicateurs.