



**ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE DE LA
DÉNUTRITION PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUE
DES ADULTES HOSPITALISÉS**

Septembre 2003

Service des recommandations professionnelles

Les recommandations sur « l'évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés » ont été élaborées à la demande de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) dans le cadre du programme national nutrition et santé (PNNS).

Les sociétés savantes dont les noms suivent ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Association des diététiciens de langue française ;
- Centre de documentation et de recherche en médecine générale ;
- Collège national des généralistes enseignants ;
- Société de formation thérapeutique du généraliste ;
- Société française de gérontologie ;
- Société française de médecine générale ;
- Société francophone de dialyse ;
- Société francophone de nutrition entérale et parentérale ;
- Société nationale française de gastro-entérologie ;
- Société nationale française de médecine interne ;
- Société de néphrologie ;
- Société de nutrition et diététique de langue française ;
- Société de pneumologie de langue française.

L'ensemble du travail a été coordonné par le D^r Sandrine DANET, chef de projet, sous la direction du D^r Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{me} Christine DEVAUD et M^{lle} Mireille CECCHIN, documentalistes, avec l'aide de M^{lle} Renée CARDOSO, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI, responsable du service de documentation.

Le secrétariat a été réalisé par M^{lle} Élodie SALLEZ.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé tient à remercier les membres du comité d'organisation, des groupes de travail et de cotation et de son conseil scientifique qui ont participé à ce travail.

COMITÉ D'ORGANISATION

D^r Jean-Louis DEMEAUX, médecin généraliste, Bordeaux
P^f Denis FOUQUE, néphrologue, Lyon
P^f Michel HASSELMANN, nutritionniste, Strasbourg
P^f Xavier HEBUTERNE, gastro-entérologue, Nice
D^r Jean-Pierre JUQUEL, néphrologue, Paris
P^f Jean-Claude MELCHIOR, nutritionniste, Garches
M^{me} Louissette MONIER, cadre de santé diététicienne, Blois
P^f Pierre PFITZENMEYER, gériatre, Dijon
D^r Viviane QUEYREL, médecine interne, Lille

GROUPE DE TRAVAIL

P^f Michel HASSELMANN, réanimateur médical, Strasbourg – Président du groupe de travail
D^r Christine CHAN CHEE-MORTIER, épidémiologiste, Paris – Chargée de projet
P^f Charles COUET, nutritionniste, Tours
D^r Sandrine DANET, chef de projet Anaes

GROUPE DE COTATION

D^r Raymond AZAR, néphrologue, Dunkerque
D^r Cécile CHAMBRIER, nutritionniste, anesthésiste-réanimateur, Lyon
M^{me} Chantal DAVY, diététicienne, Cannes
D^r Philippe DUSSON, médecin généraliste, Mérignac
D^r Monique FERRY, gériatre, nutritionniste, Valence
M^{lle} Agnès FROUX, cadre de santé diététicienne, Sevrans
P^f Éric LEREBOURS, hépato-gastro-entérologue, nutritionniste, Rouen
P^f Bruno LESOURD, gériatre, nutritionniste, Cébazat
P^f Jean-Paul RIOU, nutritionniste, Lyon
P^f Monique ROMON, nutritionniste, Lille
D^r Chantal SIMON, nutritionniste, endocrinologue, Strasbourg

RECOMMANDATIONS

I. INTRODUCTION

I.1. Origine de la demande, cibles professionnelles et population ciblée par les recommandations

Les recommandations sur « l'évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés » ont été élaborées à la demande de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) dans le cadre du programme national nutrition et santé (PNNS).

Ces recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé des établissements de santé et concernent les adultes hospitalisés, en dehors de toute situation d'agression aiguë et en dehors de la grossesse.

Les problèmes plus spécifiques de la dénutrition des patients cancéreux ou atteints du SIDA et ceux de la dénutrition des patients en réanimation ou en unité de soins intensifs ne sont pas abordés.

I.2. Aspects méthodologiques

L'évaluation des outils diagnostiques de l'état nutritionnel, dans un objectif de dépistage ou de diagnostic proprement dit, se heurte à deux difficultés majeures liées entre elles :

- l'absence de définition consensuelle et opérationnelle pour caractériser l'état de dénutrition, le diagnostic de dénutrition reposant sur un faisceau d'arguments ;
- l'absence de *gold standard* permettant d'évaluer puis de comparer les outils entre eux.

Il s'ensuit que l'évaluation des outils diagnostiques de l'état nutritionnel ne peut être qu'indirecte par l'étude des complications liées à la dénutrition (morbidité et/ou mortalité) et que des recommandations sur ce thème ne peuvent reposer que sur un accord professionnel.

Malgré ces difficultés et afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients hospitalisés et de répondre aux besoins des professionnels, des outils simples à mettre en œuvre pour rechercher une dénutrition dès le début de l'hospitalisation, ainsi que des critères devant conduire à évoquer le diagnostic de dénutrition, sont proposés. Ces recommandations reposent sur un accord professionnel. L'accord professionnel a été établi par la méthode du « consensus professionnel formalisé » décrite en *annexe 1*.

I.3. Outils diagnostiques évalués

Les outils diagnostiques évalués dans le cadre de la demande sont :

- les mesures anthropométriques : le poids et la taille, l'indice de masse corporelle (IMC), les plis cutanés et la circonférence des membres ;
- les marqueurs biochimiques et biologiques : l'albumine, la préalbumine, la protéine vectrice du rétinol, la transferrine, la créatininurie des 24 heures, l'index créatininurie/taille, le taux de lymphocytes, la 3 méthylhistidine urinaire et l'IGF-I ;
- les index multifactoriels : le *Prognostic Inflammatory and Nutritional Index* (PINI), l'index de Mullen ou *Prognostic Nutritional Index* (PNI), l'index de Buzby ou *Nutritional Risk Index* (NRI), l'index de Detsky ou *Subjective Global Assessment* (SGA) et le *Mini Nutritional Assessment* (MNA®).

N'ont pas été évaluées : les méthodes d'évaluation de la prise alimentaire (en particulier les questionnaires alimentaires) et les techniques complexes d'évaluation de l'état nutritionnel telles que l'impédancemétrie bioélectrique, la densitométrie hydrostatique, l'absorptiométrie biphotonique, la dilution isotopique, la tomодensitométrie et la résonance magnétique nucléaire.

La prise en charge des patients dénutris n'est pas abordée.

I.4. Définitions retenues par le groupe de travail

I.4.1. Dénutrition protéino-énergétique

La dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins protéino-énergétiques de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires ayant des conséquences fonctionnelles délétères. Il s'agit d'une perte tissulaire involontaire.

L'amaigrissement se différencie de la dénutrition par le caractère non délétère de la perte pondérale. Il peut être volontaire ou non.

I.4.2. Situation d'agression aiguë

La définition proposée de la « situation d'agression aiguë », est issue de la conférence de consensus « Nutrition de l'agressé » réalisée par la Société francophone de nutrition entérale et parentérale, en 1997 :

- « l'agression » résulte d'une situation aiguë induisant des réactions inflammatoires et des modifications endocriniennes responsables d'une augmentation de la dépense énergétique et d'un hypercatabolisme azoté ;
- « l'adulte agressé en phase aiguë » est un patient dont la gravité générale, du fait de la nature de l'agression ou de son association à un état pathologique antérieur, entraîne une incapacité totale ou partielle à assurer ses besoins nutritionnels pendant plus d'une semaine.

I.4.3. Prise en compte de l'âge des patients

Devant l'existence d'outils spécifiques pour l'évaluation de l'état nutritionnel ainsi que l'importance d'une prise en charge précoce chez les personnes âgées, le groupe de travail a proposé des recommandations chez l'adulte en tenant compte de l'âge. La limite entre adulte « jeune » et adulte « âgé » a été fixée à 70 ans sur l'avis des experts en gériatrie.

II. OUTILS À METTRE EN ŒUVRE CHEZ TOUS LES ADULTES HOSPITALISÉS, À L'ENTRÉE À L'HÔPITAL

Parmi les outils diagnostiques évalués, le groupe de travail propose l'utilisation d'outils diagnostiques « simples », c'est-à-dire pouvant être mis en œuvre à l'hôpital par des équipes non spécialisées en nutrition (cf. *tableau 1*).

➤ Il est recommandé d'évaluer l'état nutritionnel de tous les patients adultes hospitalisés par :

- le calcul de l'indice de masse corporelle : $IMC (kg/m^2) = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille}^2 (m^2)}$
à partir de la mesure du poids et la mesure ou l'estimation de la taille ;
- le calcul de la perte de poids (en %) par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ;
- le calcul du score de dépistage avec le *Mini Nutritional Assessment* ou MNA-SF® (sur 14 points) chez les sujets adultes âgés de plus de 70 ans (cf. *annexe 2*).

➤ Mesure du poids

Il est recommandé de mesurer le poids chez un patient, de préférence en sous-vêtements et vessie vide, par une méthode appropriée à son degré d'autonomie : pèse-personne, chaise-balance ou système de pesée couplé au lève-malade.

➤ Mesure ou estimation de la taille

- Chez les patients pouvant tenir debout et n'ayant pas de troubles de la statique dorsale (cyphose, scoliose, tassements vertébraux), il est recommandé de mesurer la taille à l'aide d'une toise.
- Chez les patients âgés de plus de 70 ans ayant des troubles de la statique dorsale (cyphose, scoliose, tassements vertébraux), il est recommandé d'estimer la taille en utilisant l'équation de Chumléa :

- chez la femme :

$$\text{taille (cm)} = 84,88 - 0,24 \times \text{âge (années)} + 1,83 \times \text{taille de la jambe (cm)} ;$$

- chez l'homme :

$$\text{taille (cm)} = 64,19 - 0,04 \times \text{âge (années)} + 2,03 \times \text{taille de la jambe (cm)}.$$

Dans ce cas, il est recommandé de mesurer la taille de la jambe chez le patient en décubitus dorsal, genoux fléchis à 90°, à l'aide d'une toise pédiatrique placée sous le pied et la partie mobile appuyée au-dessus du genou au niveau des condyles.

- Chez les patients âgés de moins de 70 ans, avec des troubles de la statique dorsale (cyphose, scoliose, tassements vertébraux), il n'y a pas d'accord professionnel sur la méthode à employer pour l'estimation de la taille.

- Il est recommandé de compléter l'évaluation de l'état nutritionnel par l'évaluation qualitative et/ou quantitative de la prise alimentaire. Les méthodes d'évaluation de la prise alimentaire étant hors du champ des présentes recommandations, les méthodes à utiliser et leur mise en œuvre restent à l'appréciation des professionnels en l'absence de recommandations qu'il conviendrait de faire.
- Pour l'évaluation de l'état nutritionnel des adultes hospitalisés, il n'y a pas d'accord professionnel sur la mesure systématique à l'entrée des patients à l'hôpital :
 - de paramètres biochimiques (en particulier l'albuminémie et la préalbuminémie) ;
 - de paramètres biologiques (taux de lymphocytes) ;
 - des index autres que le MNA-SF®.

En revanche, les résultats de l'albuminémie et de la préalbuminémie (transthyrétinémie) peuvent conduire à évoquer le diagnostic de dénutrition ; la réalisation de ces dosages est laissée à l'appréciation du prescripteur.

Il est recommandé dans un objectif d'évaluation de l'état nutritionnel d'interpréter leur valeur en tenant compte de l'état inflammatoire du patient.

La définition retenue par le groupe est la suivante : un état ou syndrome inflammatoire est défini par l'élévation concomitante de 2 des 3 paramètres suivants :

- vitesse de sédimentation (VS)
 $VS > \text{âge}/2$ chez l'homme ou $VS > (\text{âge} + 10) / 2$ chez la femme ;
- C-réactive protéine (CRP)
 $CRP > 15 \text{ mg/l}$
- haptoglobine $> 2,5 \text{ g/l}$.

Tableau 1. Méthodes d'évaluation de l'état nutritionnel recommandées à l'entrée du patient à l'hôpital.

Méthodes anthropométriques	Poids, taille Calcul de l'IMC
Méthodes biologiques et/ou biochimiques	Aucune méthode recommandée à titre systématique
Index	Calcul du score de dépistage par le MNA-SF® chez les patients ≥ 70 ans
Évaluation de la prise alimentaire	Évaluation nécessaire Méthode(s) laissée(s) à l'appréciation des professionnels

III. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA DÉNUTRITION

Le diagnostic de dénutrition repose sur un faisceau d'arguments incluant des éléments de l'interrogatoire sur la prise alimentaire et l'évaluation des ingesta, des éléments cliniques s'appuyant sur les résultats de mesures anthropométriques, biologiques et/ou d'index multifactoriels, voire de méthodes d'évaluation plus complexes. Aucun élément pris isolément n'est spécifique de la dénutrition.

Concernant les outils «simples» d'évaluation de l'état nutritionnel pouvant être mis en œuvre à l'hôpital par des équipes non spécialisées en nutrition, il y a eu un accord professionnel sur les recommandations, résumées dans les *tableaux 2 et 3*.

Les critères diagnostiques proposés, qui ne peuvent faire l'objet d'une validation spécifique pour les raisons énoncées plus haut, sont issus d'un consensus professionnel formalisé et doivent être considérés comme indicatifs.

Pour le choix des seuils, les considérations suivantes ont prévalu :

- pour les sujets âgés de plus de 70 ans : l'importance d'une prise en charge précoce, d'où le choix de seuils plus sensibles ;
- pour les sujets âgés de moins de 70 ans : limiter le nombre de faux positifs, c'est-à-dire le nombre de patients qui seraient considérés « à tort » comme dénutris.

III.1. Critères permettant d'évoquer le diagnostic de dénutrition

➤ À partir des mesures qu'il est recommandé de réaliser à l'entrée du patient à l'hôpital (cf. *tableau I*), il est recommandé d'évoquer le diagnostic de dénutrition dans les circonstances suivantes :

- Chez les patients < 70 ans :
 - perte de poids ≥ 10 % par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ;
 - perte de poids ≥ 5 % en 1 mois par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ;
 - IMC ≤ 17 kg/m².

- Chez les patients ≥ 70 ans :
 - perte de poids ≥ 10 % par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ;
 - perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois, par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent ;
 - IMC ≤ 20 kg/m² ;
 - MNA-SF® ≤ 11 .

➤ Si le prescripteur a dosé l'albuminémie et la préalbuminémie, il est recommandé d'évoquer le diagnostic de dénutrition dans les circonstances suivantes :

- Chez les patients < 70 ans, en l'absence de syndrome inflammatoire :
 - albuminémie < 30 g/l ;
 - préalbuminémie (transthyrétinémie) < 110 mg/l.
- Chez les patients ≥ 70 ans, en l'absence de syndrome inflammatoire :
 - albuminémie : pas d'accord professionnel sur un seuil précis ¹ ;

¹ En l'absence d'accord professionnel et selon l'avis des experts en gériatrie du groupe de cotation, le seuil proposé chez l'adulte < 70 ans peut être retenu chez l'adulte ≥ 70 ans.

- préalbuminémie (transthyrétinémie) < 110 mg/l.

Tableau 2. Critères permettant d'évoquer le diagnostic de dénutrition à partir d'outils diagnostiques « simples ».

	Âge < 70 ans	Âge [≥] 70 ans
Mesures anthropométriques recommandées pour l'évaluation de l'état nutritionnel à l'entrée à l'hôpital	- Perte de poids ≥ 10 % - Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois - IMC ≤ 17 kg/m ²	- Perte de poids ≥ 10 % - Perte de poids ≥ 10 % en 6 mois - Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois - IMC ≤ 20 kg/m ²
Mesures biochimiques lorsque le dosage est réalisé	- Albuminémie* < 30 g/l - Préalbuminémie* < 110 mg/l	- Albuminémie* < 30 g/l** - Préalbuminémie* < 110 mg/l
Calcul d'index recommandé pour l'évaluation de l'état nutritionnel à l'entrée à l'hôpital	-	MNA-SF® ≤ 11

* En l'absence de syndrome inflammatoire défini par l'élévation concomitante de 2 des 3 paramètres suivants : VS > âge/2 chez l'homme ou VS > (âge + 10)/2 chez la femme ; CRP > 15mg/l ; haptoglobine > 2,5 g/l ; ** en l'absence d'accord professionnel sur un seuil précis et selon l'avis des experts en gériatrie du groupe de cotation, le seuil proposé chez l'adulte < 70 ans peut être retenu chez l'adulte ≥ 70 ans.

III.2. Critères permettant d'évoquer le diagnostic de dénutrition sévère

- À partir des mesures qu'il est recommandé de réaliser à l'entrée du patient à l'hôpital (cf. *tableau 1*), il est recommandé d'évoquer le diagnostic de dénutrition sévère dans les circonstances suivantes :
 - Chez les patients < 70 ans : perte de poids ≥ 15 % en 6 mois ou ≥ 10 % en 1 mois par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent.
 - Chez les patients ≥ 70 ans : perte de poids ≥ 15 % en 6 mois ou ≥ 10 % en 1 mois par rapport à une valeur antérieure à l'hospitalisation actuelle, mentionnée dans un dossier médical précédent.
- Lorsque le diagnostic de dénutrition sévère est évoqué, il est recommandé de doser la préalbuminémie.
- Si le prescripteur a dosé l'albuminémie et la préalbuminémie, il est recommandé d'évoquer le diagnostic de dénutrition sévère dans les circonstances suivantes :
 - Chez les patients < 70 ans, en l'absence de syndrome inflammatoire :
 - albuminémie < 20 g/l ;
 - préalbuminémie (transthyrétinémie) < 50 mg/l.
 - Chez les patients ≥ 70 ans, en l'absence de syndrome inflammatoire :
 - albuminémie < 25 g/l ;
 - préalbuminémie (transthyrétinémie) < 50 mg/l.

Tableau 3. Critères permettant d'évoquer le diagnostic de dénutrition sévère à partir d'outils diagnostiques « simples ».

	Âge < 70 ans	Âge [≥] 70 ans
Mesures anthropométriques		
recommandées pour l'évaluation de l'état nutritionnel à l'entrée à l'hôpital	- Perte de poids ≥ 15 % en 6 mois - Perte de poids ≥ 10 % en 1 mois	- Perte de poids ≥ 15 % en 6 mois - Perte de poids ≥ 10 % en 1 mois
Mesures biochimiques		
- lorsque le dosage est réalisé	- Albuminémie * < 20 g/l	- Albuminémie * < 25 g/l
- recommandées pour l'évaluation de la sévérité de la dénutrition	- Préalbunémie * < 50 mg/l	- Préalbunémie * < 50 mg/l
Calcul d'index		
recommandé pour l'évaluation de l'état nutritionnel à l'entrée à l'hôpital	-	-

* En l'absence de syndrome inflammatoire défini par l'élévation concomitante de 2 des 3 paramètres suivants : VS > âge/2 chez l'homme ou VS > (âge + 10)/2 chez la femme ; CRP > 15mg/l ; haptoglobine > 2,5 g/l.

IV. RÉÉVALUATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL AU COURS DE L'HOSPITALISATION

- Chez les patients non dénutris à l'entrée et qui ne nécessitaient pas de prise en charge nutritionnelle initiale particulière, il est recommandé de réévaluer systématiquement leur état nutritionnel au cours de l'hospitalisation :
 - En court séjour de médecine ou de chirurgie :
 - pour les patients < 70 ans : par la mesure du poids et le calcul de la perte de poids (pas de consensus sur la périodicité) ;
 - pour les patients ≥ 70 ans : toutes les semaines, par la mesure du poids et le calcul de la perte de poids.
 - En soins de suite et de réadaptation fonctionnelle ou en soins de longue durée :
 - pour les patients < 70 ans : tous les mois, par la mesure du poids et le calcul de la perte de poids ;
 - pour les patients ≥ 70 ans : tous les mois, par la mesure du poids et le calcul de la perte de poids.

- Chez les patients non dénutris à l'entrée et ne nécessitant pas de prise en charge nutritionnelle initiale particulière, il est recommandé de réévaluer leur état nutritionnel au cours de l'hospitalisation :
 - Dans l'une ou plusieurs des circonstances suivantes :
 - maladie hypercatabolisante (ou cachectisante) non contenue pendant 7 jours, au cours de l'hospitalisation ;
 - insuffisance d'apport nutritionnel non compensée pendant 7 jours, au cours de l'hospitalisation ;
 - albuminémie < 30 g/l en l'absence d'un syndrome inflammatoire ;

- taux de lymphocytes $< 1\ 500 / \text{mm}^3$ chez les patients âgés de moins de 70 ans, à partir d'un dosage réalisé au cours de l'hospitalisation pour une autre indication que l'évaluation de l'état nutritionnel.
- Par les méthodes suivantes :
 - la mesure du poids ;
 - le calcul de la perte de poids ;
 - le dosage de l'albuminémie (sauf si c'est le résultat de ce dosage qui a motivé la réévaluation de l'état nutritionnel) ;
 - le dosage de la préalbuminémie.

ANNEXE 1

I. MÉTHODE GÉNÉRALE DU CONSENSUS PROFESSIONNEL FORMALISÉ

Les sociétés savantes concernées par le thème, réunies au sein d'un comité d'organisation, sont consultées pour délimiter le thème de travail, connaître les travaux réalisés antérieurement sur le sujet et proposer des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de cotation.

À partir d'une analyse de la littérature, un groupe de travail rédige un questionnaire réunissant des propositions de recommandations. Ces propositions de recommandations et l'argumentaire sont envoyés à un groupe de cotation composé de professionnels experts dans le domaine traité. Les membres du groupe de cotation doivent coter de façon indépendante chaque proposition de recommandation. Pour cela, en regard de chaque proposition, est placée une échelle graduée de 1 à 9 :

- la graduation 1 signifie que l'intervention proposée n'est jamais recommandée ;
- la graduation 9 signifie que l'intervention proposée est toujours recommandée ;
- les valeurs 2 à 8 traduisent toutes les situations intermédiaires possibles.

Une première cotation de l'ensemble des propositions de recommandations est réalisée par courrier. L'analyse et la synthèse des résultats sont faites de façon automatisée à l'Anaes après saisie manuelle des cotations. Pour chaque proposition de recommandation, 3 résultats sont possibles :

- la médiane des réponses ainsi que les valeurs minimales et maximales sont ≥ 7 , en l'absence de valeurs manquantes. Dans ce cas, la proposition de recommandation est acceptée et libellée « positivement » : « Il est recommandé de... » ;
- la médiane des réponses ainsi que les valeurs minimales et maximales sont ≤ 3 , en l'absence de valeurs manquantes. Dans ce cas, la proposition de recommandation est également acceptée mais libellée « négativement » : « Il n'est pas recommandé de... » ;
- toutes les autres possibilités intermédiaires. Dans ce cas, la proposition de recommandation est discutée au cours d'une réunion de l'ensemble des groupes de travail et de cotation.

Les résultats globaux de la 1^{re} cotation sont présentés et discutés au cours d'une réunion plénière au cours de laquelle chaque expert a connaissance du résultat de sa cotation par rapport à l'ensemble du groupe (médiane, valeurs minimales et maximales).

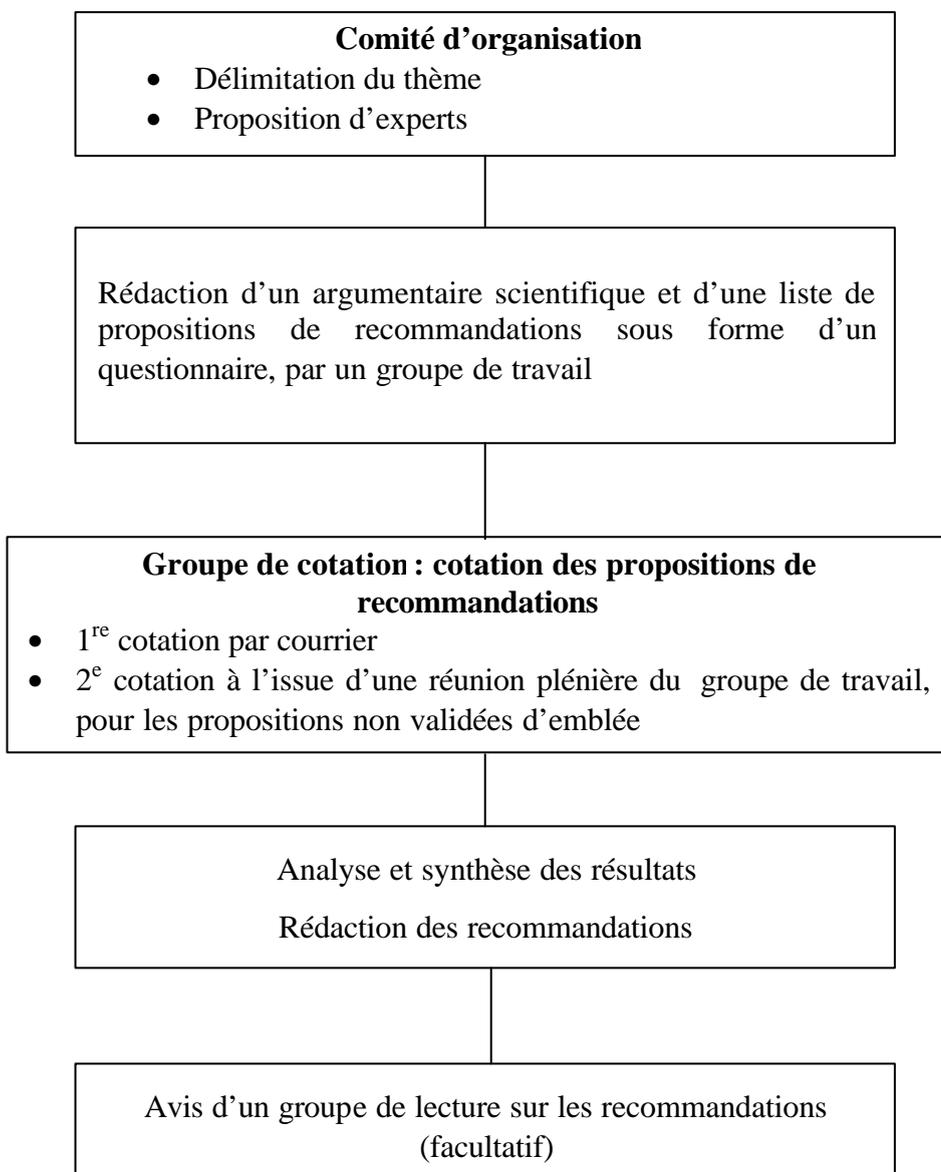
Une seconde cotation (par retour du courrier ou par mail) est réalisée à l'issue de cette réunion pour toutes les propositions de recommandations qui ne sont pas retenues « positivement » ou « négativement » à l'issue de la 1^{re} cotation.

L'analyse et la synthèse des résultats de cette seconde cotation sont réalisées selon la même méthode que pour les résultats de la 1^{re} cotation avec en plus la tolérance d'une valeur manquante ou exclusion d'une cotation en dehors des valeurs requises, pour l'acceptation ou le rejet d'une proposition de recommandation. Dans les autres cas, les propositions de recommandations sont abandonnées et il est conclu à l'absence de consensus sur la question.

L'avis d'un groupe de lecture peut être sollicité pour évaluer la lisibilité, la faisabilité et l'applicabilité des recommandations. Cette phase est facultative.

L'ensemble du travail finalisé est soumis au conseil scientifique de l'Anaes avant publication et diffusion.

Schéma sur la méthode générale d'élaboration de recommandations selon la méthode de consensus professionnel formalisé.



II. PARTICULARITÉS LIÉES AU THÈME

— *Élaboration des propositions de recommandations*

Les données de la littérature synthétisées dans l'argumentaire ont servi de base pour l'élaboration, sous forme d'un questionnaire, de propositions de recommandations concernant le dépistage, le diagnostic et l'évaluation de la sévérité de la dénutrition protéino-énergétique chez l'adulte hospitalisé en dehors de toute situation d'agression aiguë et en dehors de la grossesse.

Les objectifs du questionnaire étaient de définir pour la population ciblée :

- les outils à recommander pour le dépistage de la dénutrition, c'est-à-dire les outils à mettre en œuvre de façon systématique ou de façon ciblée pour rechercher une dénutrition à l'entrée à l'hôpital ;
- les critères diagnostiques de la dénutrition ;
- les critères de sévérité de la dénutrition ;
- les circonstances de réévaluation de l'état nutritionnel au cours de l'hospitalisation.

Le questionnaire était constitué de cinq parties concernant :

- partie I : les propositions de recommandations sur les techniques de mesure des différents outils proposés pour l'évaluation de l'état nutritionnel ;
- partie II : les propositions de recommandations sur l'indication des différents outils pour le dépistage, le diagnostic et l'évaluation de la sévérité de la dénutrition ;
- partie III : les propositions de recommandations sur les critères diagnostiques de la dénutrition ;
- partie IV : les propositions de recommandations sur les critères de sévérité de la dénutrition ;
- partie V : les propositions de recommandations sur la réévaluation de l'état nutritionnel au cours de l'hospitalisation chez les patients initialement non dénutris.

Le questionnaire a été élaboré par un groupe constitué de 2 experts dans le domaine de la dénutrition à l'hôpital, de la chargée de projet et du coordonnateur Anaes.

— *Formalisation de l'avis des professionnels*

Onze experts de la dénutrition ont été sollicités pour participer à ce groupe de travail. La représentation des spécialités était la suivante :

- 2 gériatres ;
- 1 néphrologue ;
- 2 diététiciennes ;
- 1 médecin généraliste ;
- 4 nutritionnistes ;
- 1 hépato-gastro-entérologue.

— *Prise en compte de l'avis des professionnels*

À l'issue de la réunion plénière de l'ensemble des membres du groupe de travail, les experts de la dénutrition chez le sujet âgé ont attiré l'attention du groupe de travail sur l'existence de travaux spécifiques qui n'avaient pas été pris en compte dans l'argumentaire scientifique. Une recherche bibliographique complémentaire a donc été réalisée, et les propositions de recommandations concernant les sujets âgés de plus de 70 ans ont été reformulées.

Une seconde réunion du groupe a été programmée au cours de laquelle la même liste de propositions de recommandations, mais spécifique aux sujets âgés de plus de 70 ans, a été discutée en prenant en compte les résultats de la recherche bibliographique complémentaire.

Quatre experts sur 11 n'ont pu se libérer pour participer à cette seconde réunion spécifique au sujet âgé de plus de 70 ans, mais ont reçu, avec les propositions de recommandations à recoter, un compte rendu détaillé de la réunion plénière.

Il n'y a pas eu de groupe de lecture.

ANNEXE 2

Le Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF®) d'après Nestlé Nutrition Services, ©Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Suisse, Trademark Owners, 1998.

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Date : _____
Âge : /_/_/ Poids : /_/_/ kg Taille : /_/_/_/ cm Hauteur du genou : /_/_/ cm

Dépistage (MNA- SF®)

A. Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?

0 : anorexie sévère ;

1 : anorexie modérée ;

2 : pas d'anorexie

B. Perte récente de poids (< 3 mois)

0 : perte > 3 kg ;

1 : ne sait pas ;

2 : perte de poids entre 1 et 3 kg ;

3 : pas de perte de poids

C. Motricité

0 : du lit au fauteuil ;

1 : autonome à l'intérieur ;

2 : sort du domicile

D. Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?

0 : oui ;

2 : non

E. Problèmes neuropsychologiques

0 : démence ou dépression sévère ;

1 : démence ou dépression modérée ;

2 : pas de problème psychologique

F. Index de masse corporelle (IMC) = poids/(taille)² en kg/m²

0 : IMC < 19 ;

1 : 19 ≤ IMC < 21 ;

2 : 21 ≤ IMC < 23 ;

3 : IMC ≥ 23

Score de dépistage (sous-total maximum = 14 points)

12 points ou plus : normal

11 points ou moins : possibilité de malnutrition
