



RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES POUR LE DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION

Ce document présente de façon synthétique les **recommandations de bonnes pratiques en vigueur pour la population française concernant le diagnostic de la dénutrition.**

Ces recommandations à destination des professionnels de santé ont été élaborées par un groupe de travail spécifique, à l'initiative de la Haute Autorité de Santé (HAS) service des bonnes pratiques professionnelles et de la Fédération Française de Nutrition (FFN). Elles sont en vigueur depuis le mois de novembre 2019. Les recommandations sont présentées pour **trois classes d'âges : les enfants (< 18 ans), les adultes (< 70 ans) et les personnes âgées (≥ 70 ans).**

Plus de détail concernant l'élaboration de ces recommandations est disponible sur le site de la Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr.

Source : Recommandation de bonne pratique HAS et FFN : Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. Fiche outil (Novembre 2019).

À NOTER QUE LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES POUR DIAGNOSTIQUER LA DÉNUTRITION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES (≥ 70 ANS) SONT EN COURS DE RÉÉVALUATION à l'initiative de la HAS et de la FFN.

Ces recommandations de bonnes pratiques actualiseront les parties concernant le diagnostic de la dénutrition concernant les personnes âgées de la HAS, datant de 2007. Un groupe de travail a été constitué, dans l'objectif d'élaborer les documents suivants :

- Argumentaire scientifique,
- Texte des recommandations,
- Fiches outils pour les professionnels,
- Fiche pour les aidants et la famille,
- Indicateurs permettant de mesurer l'impact de ces recommandations.

Ces nouvelles recommandations devraient entrer en vigueur d'ici la fin de l'année 2021 ou le début de l'année 2022.

Source : Note de cadrage HAS « Diagnostic de la dénutrition de la personne âgée » (Version validée du 19 mars 2020).

DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION DE L'ENFANT (< 18 ANS)

Une dénutrition est-elle présente ?

- **Critères pour le diagnostic de dénutrition** : présence d'au moins 1 critère **phénotypique** et 1 critère **étiologique**.

CRITÈRES PHÉNOTYPIQUES

(1 seul critère suffit)

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou perte $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC < courbe IOTF 18,5¹.
- Stagnation pondérale aboutissant à un poids situé 2 couloirs en dessous du couloir habituel (courbe de poids)².
- Réduction de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire (lorsque les normes et/ou les outils sont disponibles).

OUI

DÉNUTRITION MODÉRÉE

(1 seul critère suffit)

- Courbe IOTF 17 < IMC < courbe IOTF 18,5¹.
- Perte de poids $\geq 5\%$ et $\leq 10\%$ en 1 mois ou $> 10\%$ et $\leq 15\%$ en 6 mois par rapport au poids antérieur.
- Stagnation pondérale aboutissant à un poids situé entre 2 et 3 couloirs en dessous du couloir habituel.

DÉNUTRITION SÉVÈRE

(1 seul critère suffit)

- IMC \leq courbe IOTF 17¹.
- Perte de poids $> 10\%$ en 1 mois ou $> 15\%$ en 6 mois par rapport au poids antérieur.
- Stagnation pondérale aboutissant à un poids situé au moins 3 couloirs en dessous du couloir habituel.
- Infléchissement statural (avec perte d'au moins 1 couloir par rapport à la taille habituelle).

Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée.

Prise en charge nutritionnelle de tout enfant dénutri à adapter selon le degré de sévérité de la dénutrition

Surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel et adaptation de la prise en charge d'un enfant dénutri

- En ambulatoire : réévaluation systématiquement dans le mois suivant la dernière évaluation.
- En cas d'hospitalisation : réévaluation au moins une fois par semaine.

1. Courbes disponibles sur le site : cress-umr1153.fr/index.php/courbes-carnet-de-sante.

Après 2 ans : courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. *Pediatric Obesity* 2012.

Avant 2 ans : courbes actualisées à partir de données anthropométriques d'enfants nés avec un poids $> 2\,500\text{ g}$ et suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes établies par l'AFPA - CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018.

Les courbes de l'IOTF sont celles préconisées par le plan national Nutrition Santé pour la surveillance de l'IMC des enfants. Cependant, l'IOTF ne propose pas de courbes d'IMC avant 2 ans ; les courbes de l'IOTF ont été prolongées par les courbes « AFPA - CRESS/Inserm - CompuGroup Medical 2018 » sur cette tranche d'âge.

2. Couloir habituel = couloir habituel de croissance pondérale de l'enfant ou de référence pour des pathologies spécifiques (trisomie 21, myopathie, etc.).

DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION DE L'ADULTE (≥ 18 ANS ET < 70 ANS)

Une dénutrition est-elle présente ?

- **Critères pour le diagnostic de dénutrition** : présence d'au moins 1 critère **phénotypique** et 1 critère **étiologique**.

CRITÈRES PHÉNOTYPIQUES (1 seul critère suffit)

- Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC < 18,5 kg/m².
- Réduction quantifiée de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire (cf. texte de la recommandation).

CRITÈRES ÉTIOLOGIQUES (1 seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés.
- Absorption réduite (maldigestion/malabsorption).
- Situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.

OUI

NON

DÉNUTRITION MODÉRÉE (1 seul critère suffit)

- 17 < IMC < 18,5 kg/m².
- Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* > 30 g/L et < 35 g/L.

DÉNUTRITION SÉVÈRE (1 seul critère suffit)

- IMC ≤ 17 kg/m².
- Perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois ou ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* ≤ 30 g/L.

PATIENT NON DÉNUTRI

- En ambulatoire :
réévaluation à chaque consultation.
- En cas d'hospitalisation :
 - en MCO : *réévaluation une fois par semaine ;*
 - en SSR : *réévaluation toutes les 2 semaines.*

Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée.

* Mesure de l'albuminémie par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie. Les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.

Prise en charge nutritionnelle de tout patient dénutri à adapter selon le degré de sévérité de la dénutrition

Surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel et adaptation de la prise en charge du patient dénutri

- En ambulatoire : *réévaluation systématiquement dans les 3 mois suivant la dernière évaluation.*
- En cas d'hospitalisation : *réévaluation au moins une fois par semaine.*
- Lors des consultations de suivi après une hospitalisation, notamment au cours des affections de longue durée (ALD) : *réévaluer systématiquement l'état nutritionnel d'un patient dénutri.*

DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION DE LA PERSONNE ÂGÉE³ (≥ 70 ANS)

Une dénutrition est-elle présente ?

- **Critères pour le diagnostic de dénutrition** : présence d'au moins 1 critère **phénotypique**
Il n'y a **pas** de critère étiologique.

CRITÈRES PHÉNOTYPIQUES (1 seul critère suffit)

- Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois.
 - IMC < 21 kg/m².
 - Albuminémie < 35 g/L.
 - MNA* global < 17.
- * Questionnaire Mini Nutritional Assessment

OUI

NON

DÉNUTRITION SÉVÈRE (1 seul critère suffit)

- IMC < 18 kg/m².
- Perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois.
- Albuminémie < 30 g/L.

PATIENT NON DÉNUTRI

- En ambulatoire :
réévaluation au moins une fois par an.
- En institution :
réévaluation une fois par mois
- Réévaluation lors de chaque hospitalisation.

Prise en charge nutritionnelle de tout patient dénutri à adapter selon le degré de sévérité de la dénutrition

**Il est recommandé, parallèlement à toute prise en charge nutritionnelle,
de corriger les facteurs de risque identifiés, en proposant :**

- une aide technique ou humaine pour l'alimentation ;
- des soins bucco-dentaires ;
- une réévaluation de la pertinence des médicaments et des régimes ;
- une prise en charge des pathologies sous-jacentes.

La prise en charge nutritionnelle est d'autant plus efficace qu'elle est mise en œuvre précocement.

3. Haute Autorité de santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitration_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf