



LA SITUATION DE LA MALNUTRITION DANS L'ICU PÉDIATRIQUE

Julie Khlevner, M.D., AGAF

Laura Plante : Bonjour à tous nos auditeurs. Je m'appelle Laura Plante, et je vous présente ce balado de la part d'*Abbott Nutrition Health Institute*. Je suis en compagnie de la Dre Julie Khlevner, une gastro-entérologue pédiatrique qui non seulement fait de la recherche, mais est aussi clinicienne et pédagogue auprès des étudiants en médecine du *New York Presbyterian Morgan Stanley Children's Hospital*. Nous avons invité la Dre Khlevner à nous faire part de son expérience concernant la mise en place d'un protocole de dépistage de la malnutrition dans un hôpital pour enfants. Elle nous présentera également les résultats d'une recherche ayant porté sur les répercussions sur l'économie de la santé qui ont mis en évidence le fardeau associé à une malnutrition non identifiée et non traitée au sein de l'unité de soins intensifs pédiatriques. Dre Khlevner, merci d'avoir accepté notre invitation.

D^{re} Khlevner : Merci, Laura, pour cette présentation. Je suis ravie d'être ici aujourd'hui pour discuter de l'un des aspects des soins gastro-intestinaux qui me passionnent le plus : la malnutrition.

Laura Plante : Avant de commencer, Dre Khlevner, j'aimerais que vous expliquiez à nos auditeurs ce qui vous a amenée à vous intéresser à la malnutrition chez les enfants.

D^{re} Khlevner : Merci. La malnutrition chez les enfants est un sujet qui me tient à cœur. En prenant soin de cas complexes au *Morgan Stanley Children's Hospital*, j'ai pu constater que la malnutrition n'est pas présente seulement dans le contexte des soins aigus. On la retrouve dans toutes les cliniques, chez les patients en consultation externe ainsi que chez ceux des unités de soins continus. Dans bien des cas, elle n'est pas détectée. J'ai la chance de superviser une clinique de nutrition une fois par semaine, entre autres rôles que j'endosse. Je travaille en collaboration avec trois diététistes extraordinaires qui ont énormément à offrir dans le domaine de la malnutrition. J'ai beaucoup appris de ces diététistes et j'ai eu l'occasion de mettre en pratique les techniques qu'elles m'ont enseignées, puis je me suis demandé pourquoi nous hésitions à les mettre en place afin de dépister la malnutrition chez les patients hospitalisés, et comment



faire pour remédier à cette situation et simplifier le dépistage? La malnutrition est un enjeu important, qui a des répercussions négatives manifestes pour les patients.

Laura Plante : Merci de nous avoir expliqué votre cheminement. Maintenant, penchons-nous sur la malnutrition chez les enfants. Au Canada, une étude récente a montré que jusqu'à un enfant sur trois admis à un hôpital de soins tertiaires souffre de malnutrition. C'est très préoccupant puisque l'on sait que l'état nutritionnel d'un enfant est susceptible de se dégrader pendant son hospitalisation. Commençons donc par nous demander pourquoi il est important de repérer les enfants atteints ou à risque de malnutrition.

D^{re} Khlevner : En 2013, l'ASPEN a publié pour la première fois un protocole d'accord pour le diagnostic de la malnutrition. Malgré cela, la malnutrition demeure sous-diagnostiquée et plus fréquemment observée chez les enfants hospitalisés, en soins aigus, et atteints de maladies chroniques, mais elle peut aussi être présente dans toutes les cliniques. La prévalence exacte de la malnutrition aux États-Unis n'est pas connue, et on sait qu'au Canada, un enfant sur trois souffre de malnutrition. C'est énorme. Il est bien connu que la malnutrition est courante même dans les pays développés, qu'elle est associée à un risque important de morbidité et de mortalité, en plus d'occasionner des coûts élevés en matière de soins de santé. Les enfants sont particulièrement à risque. Une alimentation adéquate est essentielle pendant la petite enfance afin d'assurer une croissance normale, un développement neurologique et cognitif satisfaisant, et un bon état de santé. Ce n'est pas un secret que le dépistage et le diagnostic précoces de la malnutrition sont nécessaires pour permettre la mise en place d'interventions nutritionnelles en temps opportun, et prévenir les résultats défavorables liés à la malnutrition. Il est donc de la plus haute importance de mettre en œuvre des protocoles de dépistage basés sur les résultats de la recherche, et qui constituent la façon la plus efficace de remédier à la malnutrition.

Laura Plante : Dites-en nous plus à ce sujet. Quels sont les outils que vous utilisez, ou que nous devrions utiliser pour dépister la malnutrition chez les enfants?

D^{re} Khlevner : L'époque où nous dépistons la malnutrition en nous fondant sur nos impressions ou des hypothèses est derrière nous. Afin de prendre en considération les multiples facettes de la malnutrition, des critères reposant sur cinq domaines sont désormais utilisés : les variables anthropométriques, la croissance, la vitesse de croissance, le z-score, et la chronicité, c'est-à-dire si la malnutrition est présente depuis moins de trois mois ou plus de trois mois, une malnutrition présente depuis plus de trois mois



étant qualifiée de chronique. Quelle est l'idéologie de la malnutrition et quel est l'état fonctionnel du patient? C'est là qu'entrent en jeu certaines aptitudes au moment de l'examen physique. Nous disposons d'indicateurs qui nous permettent de déterminer le type de malnutrition, allant de légère à grave, en nous basant sur un, deux ou plusieurs points de données. De plus, nous avons d'excellents outils comme *PD Smart*, *PNST* et *Strong Kids*, pour nous aider à dépister la malnutrition en contexte de soins aigus, et nous travaillons à l'élaboration d'outils de dépistage à utiliser chez les patients en consultation externe également. La circonférence à mi-bras constitue également un outil de dépistage que nous utilisons autant chez les patients en consultation externe que chez les patients hospitalisés, et qui nous permet d'obtenir des données objectives pour le suivi des patients et de surveiller la variation du score au fil du temps.

Laura Plante : Vous avez mentionné la circonférence à mi-bras. Les médecins de votre établissement reçoivent-ils une formation pour savoir comment utiliser cet outil? Par ailleurs, avez-vous remarqué une différence après avoir mis en place un outil de dépistage standardisé pour permettre le diagnostic de la malnutrition dans votre hôpital?

D^{re} Khlevner : C'est une excellente question, Laura. Nous disposons d'un module de formation offert par l'UNICEF. Il s'agit d'un module en ligne qui peut être utilisé facilement pour recevoir la formation nécessaire. Je vous présenterai également les résultats de la mise en place du recours à la circonférence à mi-bras pour dépister la malnutrition chez nos patients, lorsque nous aborderons plus en détail l'étude de recherche que nous avons effectuée.

Laura Plante : Eh bien parlons donc de cette recherche rétrospective qui a été réalisée dans votre hôpital. Cette recherche s'est penchée sur le taux de diagnostics de la malnutrition, et les conséquences pour les patients et les ressources hospitalières. Qu'est-ce qui a motivé cette recherche ayant porté sur les répercussions sur l'économie de la santé? Que vous a-t-elle permis d'apprendre?

D^{re} Khlevner : Permettez-moi de vanter un peu les mérites de mon établissement. Je travaille au *New York Presbyterian Morgan Stanley Children's Hospital*, qui est l'un des plus grands hôpitaux de soins tertiaires pour les enfants dans la région des trois États, engagé de longue date auprès de sa communauté et des patients. Il dispose de plus de 200 lits pour les enfants en soins continus et 60 lits aux soins intensifs, excluant l'unité de soins intensifs néonataux. Nous voyons donc beaucoup de patients. Notre établissement a mis en place des lignes directrices pour le dépistage de la malnutrition entre 2013 et





2014, peu après la publication des lignes directrices de l'ASPEN. Nous avons ensuite évalué les résultats obtenus auprès de notre cohorte de patients entre 2011 et 2019, avant et après la mise en place des protocoles de dépistage de la malnutrition, en ce qui a trait au taux de diagnostics de la malnutrition et aux répercussions sur la durée des hospitalisations et les comorbidités.

Laura Plante : Est-ce que les observations réalisées grâce à cette recherche sur les répercussions sur l'économie de la santé ont motivé des changements au niveau de vos pratiques en matière de soins nutritionnels, ou ont-elles renforcé les pratiques qui étaient déjà en vigueur?

D^{re} Khlevner : Permettez-moi de vous en dire un peu plus sur nos observations, et comment elles influencent nos pratiques actuelles. Nous avons constaté qu'environ 19 % des patients de l'unité de soins intensifs pédiatriques souffraient de malnutrition entre 2011 et 2019. C'est donc un patient sur cinq. Ceux qui avaient reçu un diagnostic de malnutrition étaient plus gravement malades et présentaient des scores plus élevés quant à la réhospitalisation et à la mortalité, selon les mesures Elixhauser, comparativement aux patients ne souffrant pas de malnutrition. De plus, la durée des hospitalisations était significativement plus longue chez les patients souffrant de malnutrition, et les taux de réhospitalisation dans les 30 jours étaient plus élevés, entraînant des coûts de soins de santé plus importants. Bien qu'aucune différence significative sur le plan statistique n'ait été observée quant à la durée des hospitalisations et aux réhospitalisations après 30 jours avant et après la mise en place du protocole de dépistage de la malnutrition, nous avons observé que la durée globale des hospitalisations était plus courte chez les patients admis en 2014 ou après la mise en place des protocoles de dépistage de la malnutrition. Voilà qui démontre l'importance de la mise en place de protocoles de dépistage de la malnutrition. L'hôpital a été ravi des résultats observés et des économies potentielles quant aux hospitalisations, autant pour l'établissement que pour les familles qui doivent parfois payer de leur poche des sommes considérables lorsque leur compagnie d'assurance ne couvre pas tous les frais. Nous évaluons si la mise en place de protocole de dépistage de la malnutrition permet de poser un diagnostic de malnutrition de façon plus rapide, et donc d'appliquer des stratégies nutritionnelles qui permettront d'améliorer les résultats nutritionnels globaux. C'est la question sur laquelle nous souhaitons nous pencher dans un deuxième temps. Bien sûr, la nature rétrospective de cette recherche pose certaines limites, mais malgré tout, il est intéressant de mieux comprendre les répercussions de la mise en place des protocoles de dépistage de la malnutrition, et les façons dont nous pouvons améliorer les soins prodigués aux patients des unités de soins intensifs.





Laura Plante : C'est très intéressant. J'ai hâte de connaître les résultats que vous obtiendrez dans ce deuxième temps. Par curiosité, expliquez-nous en quoi consistent les soins nutritionnels pour un patient admis à l'unité de soins intensifs pédiatriques.

D^{re} Khlevner : Le *New York Presbyterian Morgan Stanley Children's Hospital* dispose d'un programme de soins nutritionnels efficace; tous les patients admis à l'unité de soins intensifs font l'objet d'un dépistage de la malnutrition dans les 24 heures suivant leur hospitalisation, puis de nouveaux dépistages tout au long de leur séjour à l'hôpital. Si un diagnostic de malnutrition est posé, on précisera dans le dossier médical du patient s'il s'agit d'une forme légère, modérée ou grave, ce qui permettra d'informer toute l'équipe de soins du statut du patient. Le fait d'indiquer dans le dossier du patient qu'il souffre de malnutrition permet à son équipe soignante d'être plus vigilante et d'intervenir plus rapidement afin de mettre en place un plan nutritionnel. Nous avons établi qu'il s'agissait de la façon de faire la plus efficace, afin que toute l'équipe puisse intervenir plus rapidement et offrir une alimentation adéquate au patient, que ce soit par voie entérale, parentérale ou autre.

Laura Plante : Lorsqu'un enfant reçoit un diagnostic de malnutrition, informez-vous le patient et sa famille du plan d'intervention nutritionnelle mis en place, et quel rôle attribuez-vous au patient et à sa famille dans ce plan?

D^{re} Khlevner : Absolument. Nous préconisons une approche axée sur les patients, et les familles jouent vraiment un rôle de premier plan dans tous les aspects des soins, y compris dans la valorisation des interventions nutritionnelles pour leurs enfants. Il est fascinant de constater le nombre de familles qui exigent des interventions nutritionnelles dès l'admission de leur enfant à l'unité de soins intensifs, ce qui démontre à toute l'équipe que les familles font désormais partie des décideurs pour nos patients et qu'elles constituent leurs meilleurs porte-parole. Nous les écoutons réellement. Nous établissons une bonne relation de confiance avec les familles, qui permet à la malnutrition de s'améliorer tout au long de l'hospitalisation.

Laura Plante : C'est excellent. Je pense que le fait d'inclure les patients et leurs aidants dans leurs propres soins constitue une approche novatrice. Comment s'assurer que les patients bénéficient d'un suivi adéquat en milieu communautaire après leur sortie de l'hôpital en ce qui a trait à la malnutrition?



D^{re} Khlevner : Le traitement de la malnutrition nécessite une approche à long terme. On n'y remédie pas instantanément, ni même pendant le séjour à l'hôpital. L'équipe de l'unité de soins intensifs pédiatriques sollicite donc rapidement la participation des principaux fournisseurs de soins de santé et s'assure d'un suivi adéquat après le congé de l'unité de soins intensifs. Qu'il s'agisse d'un pédiatre, d'un gastro-entérologue ou d'un autre spécialiste, tous sont informés du diagnostic de malnutrition et continuent à utiliser les critères et les marqueurs utilisés initialement pour poser le diagnostic du patient pendant toute la durée de l'hospitalisation et des soins en consultation externe afin d'évaluer la progression de l'état nutritionnel du patient.

Laura Plante : Merci d'avoir partagé ces informations avec nous. D'après votre expérience, D^{re} Khlevner, pourquoi est-il si difficile de mettre en place de nouvelles pratiques dans le contexte des soins aigus?

D^{re} Khlevner : Le secret pour y parvenir est de susciter l'intérêt des principaux intervenants. Il peut être très utile de passer en revue et de présenter les données factuelles, et c'est ce que nous avons fait dans notre établissement. Qu'il s'agisse de données portant sur les résultats, l'économie de la santé, ou toute autre donnée, il est important de comprendre les preuves qui appuient la mise en place de nouvelles pratiques. Bien sûr, différents facteurs motivent chaque système de soins de santé. Vous devez donc miser sur les facteurs qui sont pertinents pour votre modèle de soins de santé. L'amélioration des résultats pour les patients, des soins équitables et les coûts liés au remboursement ont été les principaux facteurs ayant motivé la mise en place des protocoles de dépistage de la malnutrition dans notre établissement.

Laura Plante : Quelles sont les clés du succès lorsque des modifications sont apportées à la pratique?

D^{re} Khlevner : La mise en place de protocole de dépistage de la malnutrition dans les établissements pédiatriques est la prochaine étape pour en améliorer le ciblage et mettre au point des stratégies efficaces pour la prévenir et la traiter chez les enfants. Le degré d'engagement et de détermination à apporter les changements nécessaires à tous les niveaux au sein de l'établissement est un facteur déterminant du succès du protocole. Il est vraiment important d'habiliter tous les fournisseurs de soins dans les établissements pédiatriques à utiliser les marqueurs diagnostiques recommandés pour cibler et documenter la malnutrition et participer au plan de traitement, afin d'assurer le succès de l'intervention nutritionnelle.



Laura Plante : D^{re} Khlevner, en conclusion, quel conseil donneriez-vous à nos auditeurs qui souhaitent commencer à apporter de petits changements en vue de mettre en place des pratiques de soins nutritionnels?

D^{re} Khlevner : Laura, c'est une excellente question. Commencez par de petits gestes, faites participer les étudiants aux exercices de questions et réponses ou aux projets d'assurance de la qualité, et utilisez les données recueillies pour modifier les pratiques à une plus grande échelle. Donc dans un premier temps, recueillez des données, puis passez à une plus grande échelle, et partagez ces données avec les autres établissements du monde entier. Avec un peu de chance, cela déclenchera un mouvement viral qui suscitera l'intérêt des autres établissements et les incitera à apporter des changements comparables.

Laura Plante : D^{re} Khlevner, merci beaucoup du temps que vous nous avez consacré et de nous avoir fait part de votre expérience au sujet de la prise en charge de la malnutrition chez les enfants au sein de votre hôpital. Nous vous sommes réellement reconnaissants de nous aider à améliorer la sensibilisation à ce sujet.

D^{re} Khlevner : Merci, Laura, pour votre temps, et de faire en sorte que la malnutrition soit reconnue comme un trouble important qui doit être détecté et traité.

Laura Plante : Chers auditeurs, nous vous invitons à cliquer sur le lien apparaissant sur la page de notre balado pour visionner l'enregistrement complet de la présentation donnée par la D^{re} Khlevner dans le cadre de la conférence annuelle de la Société canadienne de nutrition, intitulée *The State of Malnutrition in the Pediatric ICU*. Vous y trouverez également plus d'information sur la mesure à l'aide de la circonférence à mi-bras, ainsi qu'une vidéo de démonstration sur le site d'ANHI. Nous espérons que ce balado vous aidera à améliorer les soins nutritionnels au sein de vos établissements. Merci à tous.

Visitez anhi.org/ca/fr dès aujourd'hui pour écouter cet enregistrement.

