



Dénutrition

Personnes Agées en EHPAD

FMC / JASFGG

Monique Ferry MD, PhD, HDR
Inserm Université Paris XIII



Société
Française de
Gériatrie et
Gérontologie



32^{ÈMES} JOURNÉES ANNUELLES
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE GÉRIATRIE ET GÉRONTOLOGIE

Déclaration de liens d'intérêt

Je déclare n'avoir aucun lien d'intérêt.

1/Le Constat : La Dénutrition

- Est une conséquence fréquente de nombreuses situations pathologiques qu'elle aggrave.
- Elle est l'une des causes de nombreuses comorbidités en EHPAD
- Elle conduit à la perte d'autonomie
- Elle est trop souvent encore ignorée et ce sont ses conséquences pathologiques qui sont cotées...

Etude multicentrique dénutrition en EHPAD*

M. FERRY, J.-M. VETEL, N. MAUBOURGUET, P. BLIN,

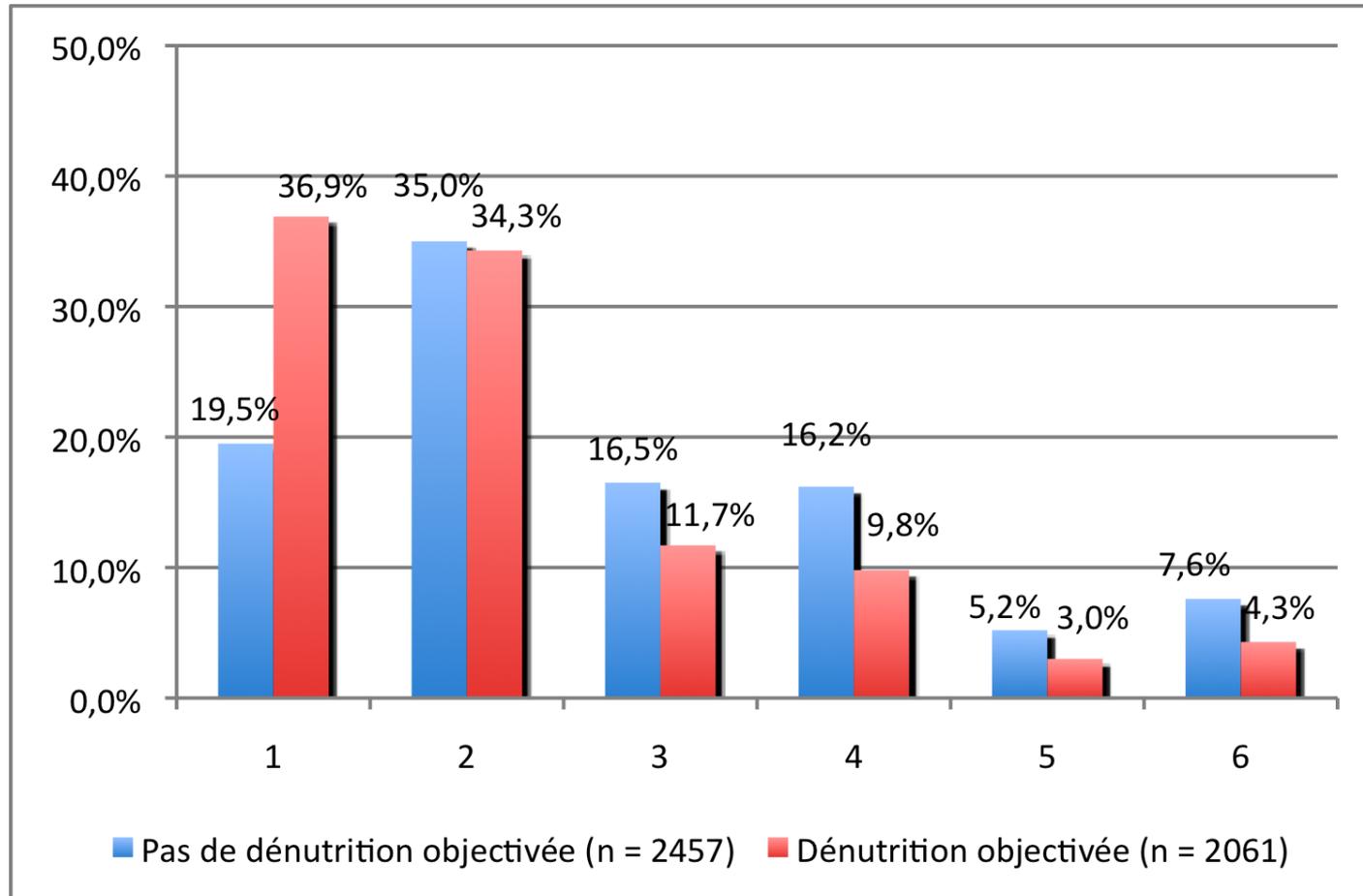
4 520 résidents analysés

- 45,6% des résidents d'EHPAD avec au moins un critère HAS objectif de dénutrition (IC95% [44,2%-47,1%])
- Dont plus d'un quart (27,4%) avec au moins un critère objectif de dénutrition sévère

**(Prévalence de la dénutrition en EHPAD. La Revue de Gériatrie, mars 2011)*

Etude multicentrique en EHPAD

Score GIR



La dépendance était plus fréquente chez les sujets dénutris

2/ Pourquoi?

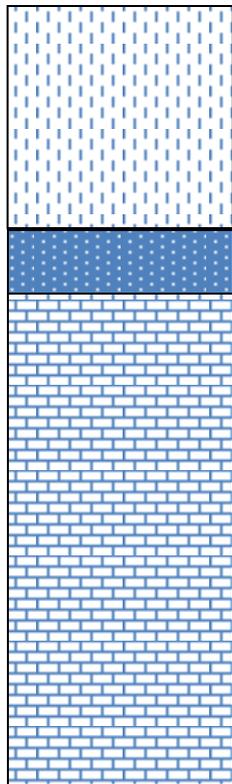
Alors que le vieillissement n'est pas une cause de dénutrition ...

Et qu'un bon état nutritionnel se définit tout simplement par l'équilibre entre les apports énergétiques et les dépenses.

- L'âge entraîne des modifications physiologiques fragilisant le sujet âgé vis-à-vis du risque de dénutrition et de déshydratation :
 - Modifications de la prise alimentaire
 - Modifications métaboliques
- La dénutrition ne s'installe que lorsque le vieillissement s'accompagne de pathologies inflammatoires ou dégénératives, de conditions environnementales défavorables ou de difficultés psychologiques.
 - Un état inflammatoire accélère la perte musculaire et la perte osseuse.

Apports nutritionnels conseillés (ANC) pour la population âgée

Apports énergétiques



Dépense énergétique
liée à l'activité physique

Dépense énergétique
liée à la thermogénèse

Dépense énergétique
de repos

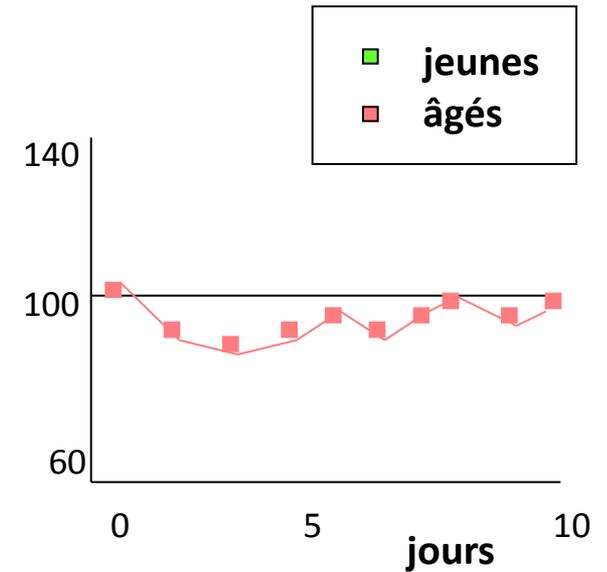
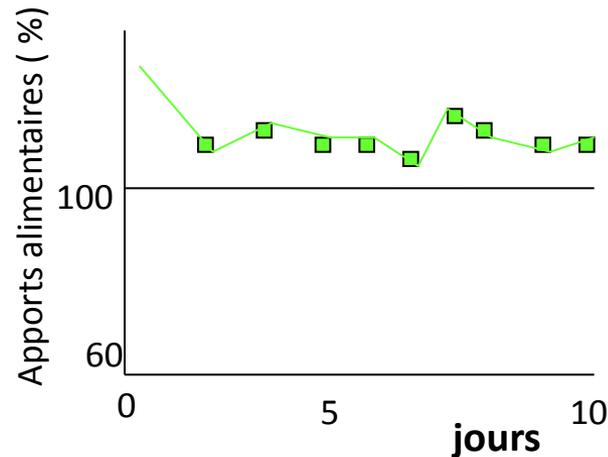
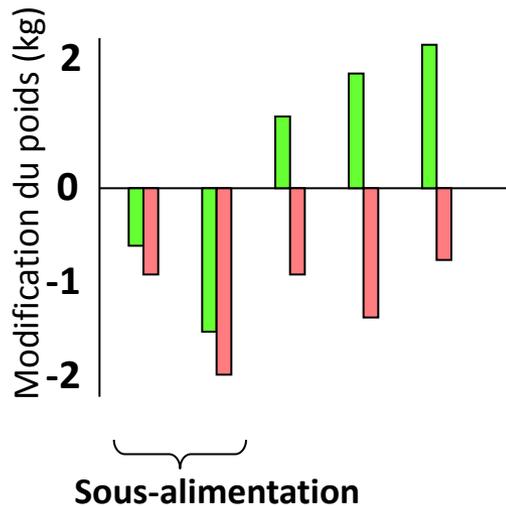
Dépense énergétique
totale
> 36 kcal/kg/j

(Pour 60 kg : 2160 kcal/j)

ANC 2001

Vieillesse - Dysrégulation de l'appétit

- Sujets : 10 hommes jeunes (moy = 24 ans) et 9 âgés (moy = 70 ans), en bonne santé, de poids stable
- Phase 1 : 10 jours : observation
- Phase 2 : 21 jours : sous-alimentation (- 800 kcal /j)
- Phase 3 : 46 jours : observation



3/ Les conséquences

Épuisement des réserves de l'organisme

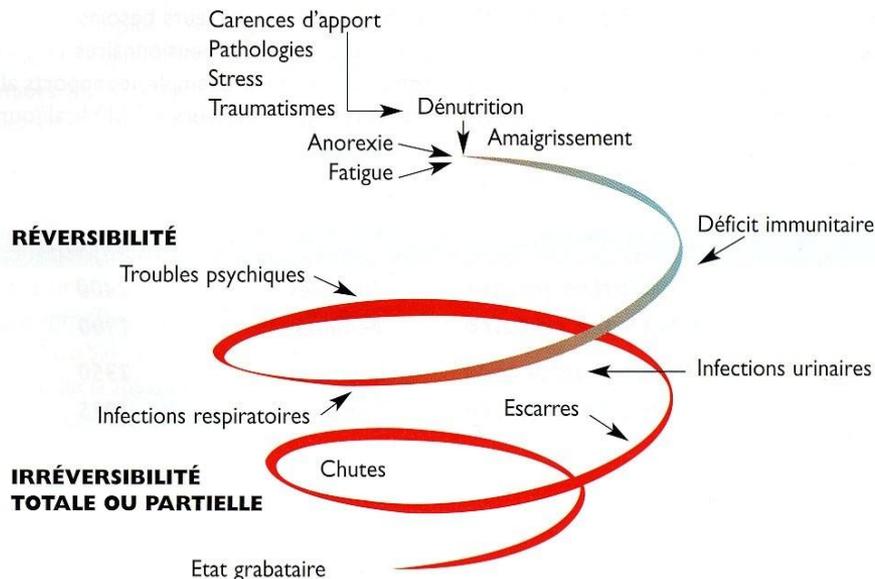
La personne s'engage alors dans « la spirale de la dénutrition »*
mettant en jeu son pronostic vital si elle n'est pas rapidement
réalimentée correctement.

Mortalité augmentée (risque x 2 à 4)

Morbidité augmentée

Le risque de morbidité est multiplié par 2 à 6

**Fragilité, Sarcopénie,
Déficit cognitif
Perte d'autonomie
Diminution de la qualité de vie**



4/ Les Moyens mis en œuvre



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**“ Stratégie de prise en charge
en matière de dénutrition protéino énergétique
chez le sujet âgé”**

Objectif du travail

- Elaborer des recommandations, à la demande de la Direction Générale de la Santé, dans le cadre du PNNS
- Dépistage et prise en charge de la dénutrition chez les personnes ≥ 70 ans
- Professionnels concernés : tous ceux amenés à prendre en charge une personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition
 - Médecins généralistes, [gériatres](#), [médecins coordonnateurs d'EHPAD](#), autres médecins spécialistes, infirmiers, diététiciens...[AS](#)

Le Diagnostic Dénutrition

- Le diagnostic de dénutrition est posé et **doit donc être codé** quand **l'un** des critères suivants est présent (recommandations HAS) :
 - Perte de poids $\geq 5\%$ en un mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois
 - IMC < 21 .
 - Albuminémie < 35 g/l.
 - Test MNA < 17 .
- La dénutrition est qualifiée de sévère si **l'un** des critères suivants est présent :
 - Perte de poids $\geq 10\%$ en un mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois
 - IMC < 18 .
 - Albuminémie < 30 g/l.

Dès que le diagnostic de dénutrition est posé, la recherche d'une ou des étiologie(s) est indispensable.

nutrition) dénutrition

ALIMENTATION DE LA PERSONNE ÂGÉE
en EHPAD et établissements de santé

Un outil MobiQual de formation/sensibilisation destiné aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées en établissements de santé et médico-sociaux

Mise en œuvre :

Société Française de Gériatrie et Gérontologie,
avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.



En collaboration avec :

Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme,
Société Française de Nutrition,
Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD,
Fédération Nationale des Associations des Personnes Âgées en Établissements et de leurs Familles.



Pourquoi un outil sur la nutrition ?

L'alimentation doit devenir une **priorité absolue** dans tout établissement accueillant des personnes âgées (soin de base).

- Parce qu'un bon état nutritionnel contribue à **limiter les pathologies** liées au vieillissement et à **maintenir l'autonomie**.
- Parce que **la dénutrition n'est pas suffisamment repérée et prévenue**.
- Parce que, contrairement aux idées reçues, **les besoins nutritionnels** de la personne âgée sont au moins aussi importants que ceux d'un adulte à activité physique équivalente.

À qui s'adresse cet outil ?

À tous les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées, en établissement médico-social ou de santé :

- **Le directeur de l'établissement**
 - **La HAS recommande un investissement fort du directeur et des liens renforcés entre le directeur, le médecin coordonnateur, le médecin traitant et la cuisine.**
- **L'équipe de restauration et les diététicien(ne)s**
 - **Tous les acteurs de l'alimentation doivent être formés aux spécificités de la nutrition et de l'alimentation de la personne âgée.**
- **L'équipe de soin : médecin, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s**
 - **Au plus près des personnes, les soignants ont un rôle essentiel pour surveiller leur appétit et leurs prises alimentaires, et pour les aider à manger si besoin.**

Objectifs

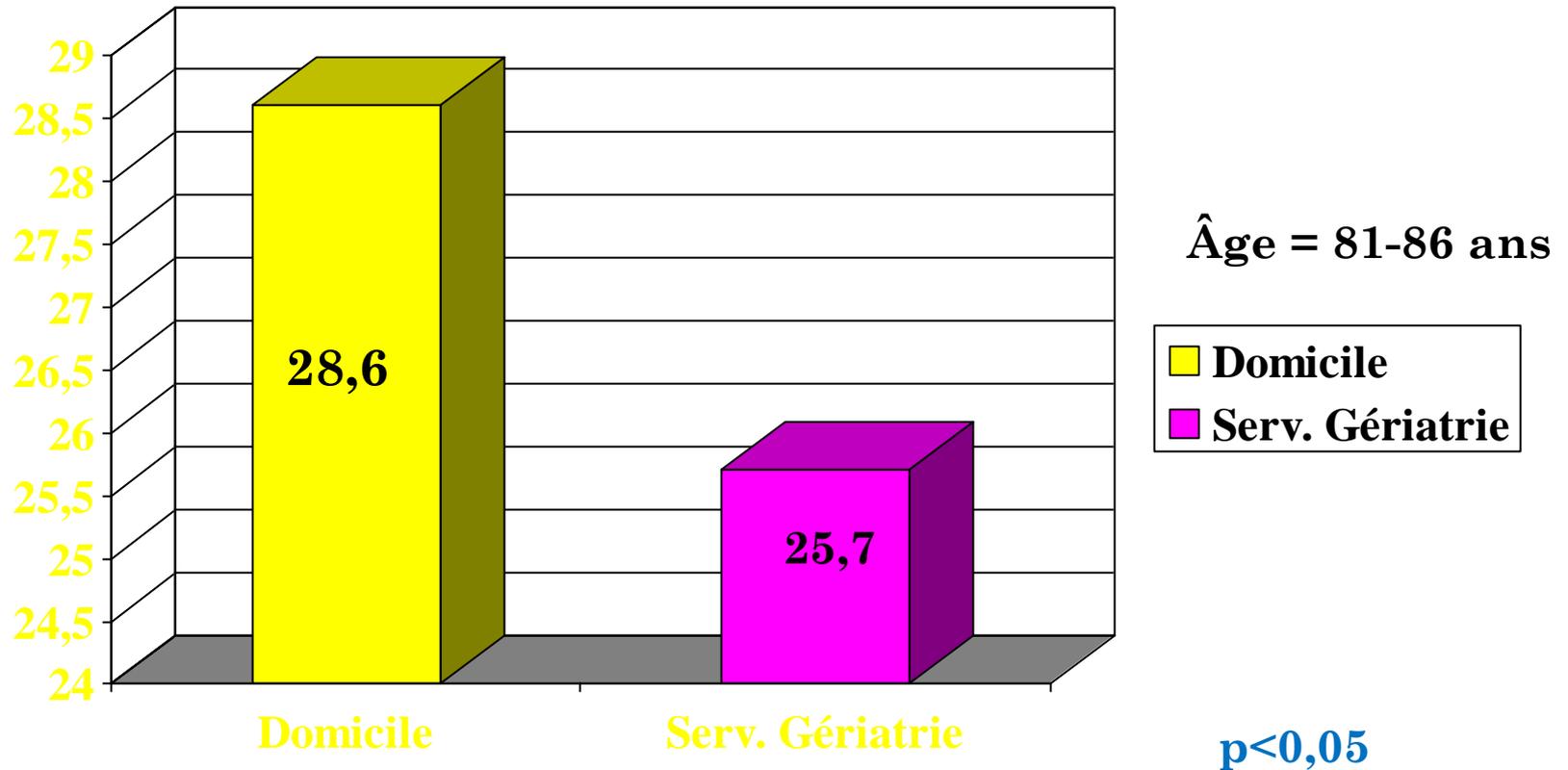


- **Sensibilisation/formation** à l'importance du maintien d'un bon état nutritionnel des personnes âgées, en termes de besoins mais aussi de plaisir de manger
- **Aide à la pratique**
- **Création de liens de coopération**

5/ La prévention de la dénutrition

- **La nutrition est l'affaire de tous** (familles, directeurs, sociétés de restauration, soignants, non soignants, etc.).
 - C'est d'abord être attentifs ensemble à la personne, à son appétit, à ses prises alimentaires, à la taille de ses vêtements, aux crans de sa ceinture, etc.
 - Un rôle particulier peut être dévolu à la surveillance nutritionnelle par l'AS. Car l'alimentation est un soin (ref.)
- **Maintenir un bon état nutritionnel, c'est :**
 1. Assurer une bonne **hygiène bucco-dentaire**.
 2. Assurer une **alimentation équilibrée, variée et adaptée** en termes quantitatifs et qualitatifs.
 3. Favoriser le **plaisir** de manger.
 4. Favoriser **l'activité physique : bouger !**

Envie de manger : effet de l'environnement



Les Guides alimentaires du PNNS



Guide de 64 pages diffusé auprès des réseaux de l'Assurance maladie, des DDASS, des réseaux associatifs et mutualistes



Guide de 68 pages diffusé auprès des réseaux de l'Assurance maladie, des DDASS, des réseaux associatifs et mutualistes

6/Repérage/dépistage dénutrition

- **La courbe de poids individuelle**
 - **La mesure du poids est la base de l'évaluation du statut nutritionnel.**
 - **Tout établissement doit disposer d'un pèse-personne adapté.**
 - **Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) :**
 - Peser à l'admission puis une fois par mois en institution.
 - Peser une fois par semaine en cas de dénutrition et à chaque hospitalisation.
 - Toute cassure de la courbe de poids (perte de poids de 2 kg en un mois) doit alerter.

Pièges à éviter !

- *Une personne obèse peut être dénutrie.*
- *Une personne dénutrie peut ne pas perdre de poids (oedèmes, par exemple).*

- **Le *Mini Nutritional Assessment* - MNA[®]**
 - Le MNA[®] est un outil validé pour le dépistage de la dénutrition chez la personne âgée.
 - **Le MNA[®] de dépistage à 6 items est facile à réaliser.**
 - L'IMC peut être remplacé par la mesure de la circonférence du mollet (CM), au niveau du plus large diamètre du mollet.
 - Interprétation du score du MNA[®] de dépistage :
 - **de 8 à 11 points /14**, il existe un risque de malnutrition ;
 - **score \leq 7/14**, il existe une malnutrition avérée.

Quelles sont les situations à risque ?

- Les situations à risque plus spécifiques de la personne âgée (1)
 - **Facteurs psycho-sociaux en amont de l'admission dans l'établissement**
 - Revenus financiers insuffisants, approvisionnement difficile, faibles capacités de communication, liens sociaux faibles, solitude, etc.
 - **Mauvais état bucco-dentaire**
 - **Troubles de la déglutition**
 - Peur des fausses routes, allongement de la durée des repas, isolement par peur du regard des autres, etc.
 - **Troubles de la vision**
 - **Dépendance dans les actes de la vie quotidienne**
 - La personne devient dépendante de la qualité des soins et de l'accompagnement...

Quelles sont les situations à risque ?

- Les situations à risque plus spécifiques de la personne âgée (2)
 - **Troubles du comportement alimentaire**
 - Maladie d'Alzheimer ou apparentée, autres pathologies neurologiques
 - Dépression
 - Anorexie, fréquente et dont la cause doit être recherchée
 - **Régimes restrictifs**
 - Sans sel, amaigrissant, diabétique, hypocholestérolémiant, sans résidu
 - **Traitements médicamenteux au long cours**
 - Polymédication au-delà de 5 médicaments
 - Effets secondaires ayant un lien avec l'alimentation (sécheresse de la bouche, dysgueusie, troubles digestifs, somnolence, etc.)
 - **Hospitalisation**

7/ Le Projet de soins

- L'alimentation est un soin de base
- Le repas en fait partie
- La prévention et le dépistage de la dénutrition font partie de la mission d'organisation des soins.
- Les EHPAD ont été les premières structures contraintes de se conformer à un référentiel nutrition : Evaluation de la qualité de la nutrition et de l'alimentation dans les services de soin (référentiel Angelique)
- Le médecin coordonnateur, avec le directeur et l'infirmière, sont référents pour les moyens humains matériels et techniques...
- Soit toutes les « contraintes » imposées... y compris souvent l'HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) qui peut même servir de « prétexte »

Prévenir la Dénutrition en pratique ?

- Repas agréables au goût et à l'œil
- Texture adaptée...pas de mixé systématique...
- Choix possible
- Respect du temps de prise du repas...
- **Adéquation entre** : la satisfaction des besoins nutritionnels, l'aspect « gastronomique » des repas, les demandes particulières, le respect du budget alloué, et la traçabilité des aliments...

ET...ne pas oublier que ...

■ **Qualité de la relation**

- 32% de la variance de quantité de nourriture est expliquée par la qualité de la relation résident-aidant (Amella Jags 1999)

■ **Dépendance**

- L'aggravation de la dépendance est liée étroitement au statut nutritionnel en institution (IRA aging 1999)

■ **Complémentation (CNO)**

- La complémentation orale améliore l'état nutritionnel (2^{ème} meta-analyse Milne et al 2008)
- La réintroduction de la LPPR dans le prix de journée a amené souvent à ne plus en donner...alors même qu'il est indispensable d'en assurer **une juste prescription , et surtout une complète absorption...**

Formation à la nutrition

Le moment du repas est le « moment de vérité » pour tous les professionnels de la chaîne alimentaire.

- 1. Formation sur les relations nutrition et santé**
- 2. Relations avec l'équipe de soins :** *transmission de l'information , partage des rôles : équipe médicale, service diététique ,personnel de service,administration. CLAN*
- 3. Importance et symbolique du repas:** *le refus de manger = un signal fort*
- 4. Aide au repas adaptée et personnalisée =** *problème du temps des soignants , comme du temps du repas*
- 5. Horaires des repas**
- 6. Démarche préventive** *dénutrition,escarres,chutes,constipation....*

8/ La Prise en charge en EHPAD

- **Surveillance des apports caloriques et hydriques**
 - Fiche de surveillance, mesure du poids 1 fois /mois au moins
 - Prise en charge diététique par l'équipe soignante
 - Suivi diététique : utilisation des compléments
 - Utilisation d'adjuvant de la nutrition

 - **Mesures spécifiques**
 - Apport protéiné : 1g/kg/jour si apport calorique suffisant
 - Apport hydrique : eau + potages, laitages,
 - eau gélifiée et/ou eau pétillante si problème de déglutition
 - Complémentation : œuf, lait, gruyère rapé...
 - CNO : crème HC/HP...
- Nutrition entérale, gastrostomie éventuelle ? Parentérale...

Impact culturel et mémoire alimentaire

- Habitudes alimentaires générationnelles
ex : poisson, brocolis, fruits exotiques
- Démarche individuelle : connaître pour chacun les choix alimentaires
- Danger de vouloir faire trop bien dans une vision « adultomorphique »:
... équilibre aux dépens du plaisir
- **Attention en EHPAD,**
- **l'objectif n'est plus la prévention primaire,**
- **mais la prévention de l'aggravation d'une perte d'autonomie...**
- **pour prévenir la dépendance...**

En conclusion

- **La dénutrition protéino-énergétique (DPE) doit être diagnostiquée précocement.**
- **Ses conséquences sont graves et rapides.**
- **Une prise en charge adaptée doit être mise en œuvre très tôt .**

Quelques éléments de bibliographie...

- Nutrition de la personne âgée

Aspects Fondamentaux, Cliniques et Psycho- Sociaux

M. Ferry , D.Mischlich, E.Alix , P. Brocker, T.Constans, B.Lesourd, P. Pfitzenmeyert, B.Vellas.

4^{ème} édition. Collection Abrégés de Médecine. Elsevier–Masson 2012

- [http:// www.ateliercuisinesenior.com](http://www.ateliercuisinesenior.com) .Guide interactif +++

- Et depuis avril 2011 :

Kit nutrition en EHPAD, réalisé par la SFGG avec l'aide de la CNSA

www.MobiquaNutrition

Mobiqua @SFGG.org pour info.