

Prise en soin diététique d'une personne âgée de 70 ans et plus dénutrie

DÉFINITION

La HAS recommande de retenir la définition suivante : « la dénutrition représente l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel, caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif.

Le déséquilibre inhérent à la dénutrition conduit à des effets délétères sur les tissus avec des changements mesurables des fonctions et/ou composition corporelles, associés à une aggravation du pronostic des maladies, à une diminution de la qualité de vie, et plus particulièrement chez les personnes âgées, à une augmentation du risque de dépendance. Il s'installe une spirale délétère entre les causes et les conséquences de la dénutrition ».

La dénutrition partage des critères diagnostiques avec la fragilité, la sarcopénie et la cachexie. L'identification d'une de ces situations doit conduire à rechercher une dénutrition.

CHAMPS D'APPLICATION

Personnes âgées de plus de 70 ans

Etiologie/Epidémiologie

La dénutrition de la personne âgée est un problème majeur de santé publique en France.

Chez la personne âgée, la dénutrition est souvent d'origine plurifactorielle. Elle peut à la fois résulter de changements physiologiques liés à l'âge, la présence de pathologies ou un changement d'environnement (institutionnalisation etc.)

De nouveaux critères diagnostiques simples et validés par les différentes instances (HAS et sociétés savantes) existent à ce jour pour faciliter leur mise en œuvre régulière.

Au-delà des conséquences économiques qui sont considérables, cette dénutrition a un impact important sur la morbidité, la mortalité ainsi que sur la qualité de vie des patients.

La dénutrition est considérée comme une Co-Morbidité Associée (CMA) et peut donc être codée comme toute autre CMA afin de valoriser les actes de prise en charge réalisés durant l'hospitalisation.

Physiopathologie

La dénutrition va être associée à une forme de Kwashiorkor et marasme qui entraîneront un codage différent.

POUR EN SAVOIR PLUS

Références valides

- 1-Evaluation de la force de préhension par dynamométrie SFNCM Février 2022
- 2-Evaluation de la composition corporelle par bio-impédancemétrie SFNCM Février 2022
- 3-Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus, Recommandations Novembre 2021
- 4-Questions de Nutrition clinique de la personne âgée, comité éducationnel et de pratique clinique SFNCM 2019
- 5-Dénutrition, une pathologie méconnue en société d'abondance, PNNS2 SFNEP 2010
- 6-Avis sur l'évaluation des besoins nutritionnels chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies afin de définir des références nutritionnelles permettant d'adapter leur prise en charge nutritionnelle AFSSA Janvier 2009

Prise en soin diététique d'une personne âgée de 70 ans et plus dénutrie

BIBLIOGRAPHIE

- 1-Boiries Y. - Nutrition, âge et muscle : Sarcopénie ou sarcoporose. Cahier de nutrition et de diététique, avril 2008, vol 43, n° 2.
- 2-Ferry M., Alix E., Brocker P., Lesourd T., Mischlich D., Pfitzenmeyer P., Vellas B. - Nutrition de la personne âgée. Masson ed, Paris 2002, 2 ème édition.
- 3-Ferry M. - Bases nutritionnelles pour un vieillissement réussi. Cahier de nutrition et diététique, avril 2008, vol 43, n° 2.
- 4-Hassel J.T., Games A.D., Shaffer B., Harkins L.E. - Nutrition support team management of enterally fed patients in a community hospital is cost beneficial. J. Am. Diet. Assoc., 1994; **94**, 993-8.
- 5-McWhriter J.P., Penington C.R. - Incidence and recognition of malnutrition in hospital. Br. Med. J., 1994; **308**, 945-8.
- 6-Médecine dans les EHPAD : Recherche et pratique clinique. Volume II, Serdi Éditions, 2005.
- 7-Melchior JC, Thuillier F. - Evaluation de l'état nutritionnel. In : Leverve X, Cosnes J, Erny P, Haselmann M, editors. Traité de nutrition artificielle de l'adulte. Paris: M. Guena 2007 P521-39 (Chap 38).
- 8-Mowe M., Bohmer T. - The prevalence of undiagnosed protein-calorie undernutrition in a population of hospitalized elderly patients. J. Am. Geriatric Soc., 1991; **39**,1089-92.
- 9-Spiekerman AM. Proteins used in nutritional assessment. Clin Lab Med., 1993;13(2):353-69.

SITES

- www.has-sante.fr
- www.sfgg.org
- www.luttecontreladenutrition.fr

CENTRES SPÉCIALISÉS

- Unités Transversales de Nutrition Cliniques (UTNC)
- Les CLANs des établissements de santé

PARTENAIRES DE SOINS

- Soins à domicile
- Réseaux de soins
- Soins de support : Diététicien nutritionniste, Assistante Sociale, Rééducation, Socio-esthéticienne, Psychologue, Masseur kinésithérapeute, Ergothérapeute, Orthophoniste

TABLEAU DES AUTEURS

- Brigitte BAILLEAU (CHU de Toulouse)
- Florian PIRAN (CHRU de Strasbourg)
- Bénédicte SEIGNEZ-DARTOIS (CHRU de Lille)
- Mireille SIMON (Centre Régional de Lutte Contre le Cancer de Nancy)
- Sylvie VEINAT (Hôpital gériatrique Les Magnolias Essonne)

Relecture et mise à jour juin 2023

CPSAT (Commission Parcours de Soins et Activités Thérapeutiques)

Lydia De Azevedo, Sophie Birades, Annette Ciotte, Gaëlle Ledioron, Marie Monjo, Régine Protin, Delphine Wauthy

CSR (Commission Scientifique et Recherche)

Monique Bicaïs, Fabienne Delestre, Sandrine Di donato, Erika Guyot, Emmanuelle Lefranc, Magali Nello, Ludivine Neveu, Gaëlle Soriano, Malika-Joëlle Wenz

Prise en soin diététique d'une personne âgée de 70 ans et plus dénutrie

INITIALISATION DE LA DÉMARCHE PAR

- Une prescription médicale du médecin pour évaluer l'état nutritionnel de la personne soignée ou
 - Un protocole validé ou
- La demande de la personne /ou de l'entourage

BILAN DIÉTÉTIQUE

Recueil de données

Données cliniques et biologiques : poids actuel, poids habituel, perte de poids (% perte ... en X mois), IMC, SEFI, sarcopénie confirmée (réduction de la force musculaire et de la masse musculaire), albuminémie (critère de sévérité).

Facteurs de risque de dénutrition : dépression, défaillance aiguë ou chronique d'organes, troubles bucco-dentaires, troubles de la déglutition, troubles cognitifs et neurologiques, polymédication, pathologies digestives ou cancéreuses, jeûne prolongé, douleurs persistantes, multiplicité des alimentations thérapeutiques, ...

Conditions socio-environnementales : isolement, dépendance et difficultés pour accomplir les actes de la vie courante, alimentation spontanée restrictive, conditions de vie, précarité,

Estimation des besoins

Elle sera réalisée en fonction des données de référence (*Cf. fiche des besoins nutritionnels AFDN 2018*)

Evaluation des consommations et des habitudes alimentaires

- Apports énergétiques, protidiqes et hydriques ainsi qu'en vitamines C, B9, ...
- Connaissance des risques et conséquences d'une diminution des apports par rapport aux besoins.
- Connaissance des aliments énergétiques et/ou protidiqes et jeu des équivalences.
- Niveau d'autonomie et capacité à se prendre en charge pour la préparation des repas, les courses et le choix des aliments.

DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Le diagnostic formalise le **problème nutritionnel (P)** mis en évidence par le bilan diététique (apport calorique, protidique et hydrique, insuffisant par rapport aux besoins estimés)

en lien avec une étiologie (E) :

- consommation : quantité et qualité des apports alimentaires, dépenses énergétiques accrues...
- clinique : troubles de la déglutition, troubles de la mastication, de l'absorption...
- comportement et/ou d'environnement : appétit, croyances alimentaires, accès à la nourriture

se manifestant par des signes ou symptômes (S) qui sont des indicateurs de la dénutrition (perte de poids, IMC, albumine, SEFI...).

Prise en soin diététique d'une personne âgée de 70 ans et plus dénutrie

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Il sera négocié avec la personne soignée

OBJECTIFS DE SOIN DIÉTÉTIQUE

- Adapter les apports calorico-azotés et hydriques en privilégiant l'alimentation orale
- Maintenir ou rétablir un état nutritionnel satisfaisant
- Eduquer la personne pour enrichir son alimentation et améliorer sa qualité de vie

PROGRAMME DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Préconisations diététiques :

- Alimentation orale enrichie en Protéines et/ou Calories,
- Complémentation Nutritionnelle Orale (CNO)
- Nutrition Entérale (NE) ou Parentérale (NP)

Dans le cas de prescription de Nutrition Artificielle (NA), il convient de prendre connaissances :

- * des recommandations de pose de SNG, GPE, GPR ou VVC et pratiques de soins s'y rapportant (SFNCM)
- * du projet de vie de la personne
- * RCP éthique

Planification des actions :

- Éducation nutritionnelle de la personne soignée et/ou de son entourage, ciblée sur les apports protidiés et énergétiques
- Adaptation du repas : respect des choix alimentaires, texture, aide à la prise du repas, fractionnement et enrichissement
- Mise en place de CNO
- Mise en place d'une NE ou NP
- Coordination du soin nutritionnel avec les soignants et l'entourage (aide-soignante, IDE, auxiliaire de vie, proches...) exemples : aide aux repas, contrôle des ingesta, suivi du poids, gestion de la nutrition entérale... (définition des conditions du suivi avec le prestataire de service et/ou partenaires de soins du domicile, avec suivi des consommations, du poids, de l'observance, de la tolérance, ...)

EVALUATION DES OBJECTIFS ET DES ACTIONS

- Calcul des ingesta et /ou évaluation globale de la prise alimentaire (échelle SEFI), suivi de l'appétit
- Évaluation :
 - * des connaissances acquises (apports énergétiques et protéiques)
 - * du niveau d'autonomie
 - * de l'évolution des comportements alimentaires
 - * de l'observance et/ou tolérance de la prise des enrichissements, des CNO et/ou de la NE
 - * du poids
 - * de la force et masse musculaires
 - * du bilan sanguin : suivi des marqueurs nutritionnels et infectieux

SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE

Résumé du soin diététique

Il comprend le motif de la prise en charge, les objectifs de soin nutritionnel, les résultats obtenus et/ou les actions à conduire.

Documents réalisés

- Intitulé des conseils personnalisés remis à la personne et si nécessaire ses aidants : fiche ou livret de conseils personnalisés (alimentation enrichie, recettes, répartition (fractionnement des apports), texture)
- Choix des CNO en fonction de l'objectif nutritionnel (objectif de poids, apport calorique et protidique), des goûts et capacités de la personne soignée : potage, plats mixés, crèmes, biscuits, boissons
- Courrier aux autres professionnels impliqués dans le soin diététique (suivi nutritionnel hebdomadaire à mensuel du poids (selon le lieu de vie), bilan biologique à un mois (albuminémie, ...).

Poursuite de la NE à domicile :

- Choix du prestataire ou HAD en concertation avec le patient
- Formalisation de la nutrition préconisée de CNO et NE : type de produits, quantité, durée, modalités d'administration.
- Coordination de la prise en soins avec les partenaires de santé et structures d'accueil : fiche de liaison.

ANNEXE I

Critères diagnostiques de dénutrition et modalités de surveillance nutritionnelle chez la personne âgée de 70 ans et plus

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 $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$.
- Sarcopénie confirmée par une réduction quantifiée de la force et de la masse musculaire (cf texte de la recommandation).

Critères étiologiques (1 seul critère suffit)

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

OUI

NON

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)

- $20 \leq \text{IMC} < 22$.
- Perte de poids $\geq 5\%$ et $< 10\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* $\geq 30 \text{ g/L}$

Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)

- IMC $< 20 \text{ kg/m}^2$
- Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* $\leq 30 \text{ g/L}$.

*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.*

Patient non dénutri

- En cas d'évènement clinique intercurrent (infection, chirurgie...) ou de diminution de l'appétit ou des consommations alimentaires, rapprocher la surveillance du poids, de l'appétit et des consommations alimentaires à une fois par semaine.

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

Surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel

- Quel que soit le statut nutritionnel, la surveillance repose sur :
 - la mesure du poids ;
 - le calcul de l'IMC ;
 - l'évaluation de l'appétit ;
 - l'évaluation de la consommation alimentaire ;
 - la force musculaire
- En ville : 1 fois par mois à domicile et à chaque consultation.
- A l'hôpital MCO et SSR : à l'entrée, puis au moins une fois par semaine, et à la sortie.
- En EHPAD et USLD : à l'entrée, puis au moins une fois par mois, et à la sortie.

ANNEXE 2

Critères diagnostiques de dénutrition et modalités de surveillance nutritionnelle chez la personne âgée de 70 ans et plus en situation d'obésité

Présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique

Critères phénotypiques

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie*
- IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$
- Sarcopénie confirmée **

Critères étiologiques

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

Si, au cours du suivi, il y a une disparition du critère étiologique (reprise de l'alimentation, guérison d'une maladie), le diagnostic de dénutrition persiste tant que persiste le critère phénotypique.

** En présence d'un critère étiologique, une telle perte de poids, qu'elle soit volontaire, à visée thérapeutique ou involontaire, est un critère phénotypique de dénutrition. Ce risque est plus élevé chez la personne âgée que chez l'adulte jeune. En cas de perte de poids à visée thérapeutique, l'évaluation individualisée de la balance bénéfique/risque est particulièrement importante.*

*** À défaut de critères de sarcopénie définis spécifiquement chez la personne âgée en situation d'obésité, il est recommandé d'utiliser les critères de sarcopénie de l'EWGSOP 2019 (cf. Annexe 3).*

Critères de sévérité (1 seul critère suffit)

- IMC $< 20 \text{ kg/m}^2$
 - perte de poids :
 - $\geq 10\%$ en 1 mois
 - ou $\geq 15\%$ en 6 mois
 - ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
 - albuminémie $\leq 30 \text{ g/L}$ *
- * Les méthodes fiables de mesure sont l'immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie.*

L'estimation de l'albuminémie à partir de l'électrophorèse des protéines ne doit pas être utilisée. La surveillance de l'état nutritionnel des personnes âgées en situation d'obésité est identique à celle des personnes âgées non en situation d'obésité et doit donc être régulière en ville, à l'hôpital et en EHPAD/USLD.

ANNEXE 3

Consensus européen (EWGSOP 2019) définissant la sarcopénie confirmée comme l'association d'une réduction de la force et de la masse musculaire

	FEMME	HOMME
Réduction de la force musculaire (au moins 1 critère)		
5 levers de chaise en secondes	> 15	
Force de préhension (dynamomètre) en kg	< 16	< 27
ET réduction de la masse musculaire (au moins 1 critère) *		
Masse musculaire appendiculaire en kg	< 15	< 20
Index de masse musculaire appendiculaire en kg/m ²	< 5,5	< 7

* Les outils les plus fréquemment utilisés dans la littérature pour estimer la réduction de la masse musculaire sont la DEXA et l'impédancemétrie. D'autres techniques sont validées pour mesurer la masse musculaire (tels le scanner, l'IRM ou l'échographie musculaire), mais les seuils restent à définir dans la population âgée. Concernant l'anthropométrie, un tour de mollet < 31 cm est proposé.

GLOSSAIRE

- IMC: Indice de Masse Corporelle
- CLAN: Comité de Liaison Alimentation et Nutrition
- UTNC: Unité Transversale de Nutrition Clinique
- CRP : C Réactiv Protein
- SNG : Sonde NasoGastrique
- GPE : Gastrostomie Per Endoscopique
- GPR : Gastrostomie Per Radiologique
- CNO : Complément Nutritionnel Oral
- VVC : Voie Veineuse Centrale
- NA : Nutrition Artificielle
- NE : Nutrition Entérale
- NP : Nutrition Parentérale
- SFNCM : Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme
- HP/HC : HyperProtidique / HyperCalorique
- NED : Nutrition Entérale à Domicile
- Echelle SEFI : Score Evaluation Facile des Ingesta
- USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INITIALISATION DE LA DÉMARCHE

Demande d'évaluation nutritionnelle chez une patiente hospitalisée pour chutes à répétition en médecine aiguë de gériatrie.

BILAN DIÉTÉTIQUE

Recueil de données

Mme M. 79 ans,

ATCD Médicaux : Arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire (AC/FA), HTA

Mode de vie :

Vit seule au domicile

Veuve depuis 6 mois

Deux enfants dont une fille habitant proche du domicile qui est l'aïdante principale

Habituellement autonome pour les actes de la vie quotidienne

Aide-ménagère 2 heures par semaine

Données cliniques et biologiques :

Taille : 1m63

Poids d'entrée : 54,7 kg

IMC : 20,6 kg/m² (critère phénotypique)

Poids habituel selon la patiente : 56 kg : soit une perte de poids de 2% sur les 6 derniers mois

Albuminémie = 27 g/L

Réduction de la force de préhension et de la masse musculaire (critère phénotypique)

Diagnostic de sarcopénie confirmée (cf fiche dénutrition SFNCM)

Estimation des besoins nutritionnels

- 1640 à 2190 kcal par jour (soit 30 à 40 kcal/kg/jour)

- 65 à 82 g de protéines par jour (soit 1,2 à 1,5 g/kg/jour)

- Volume d'hydratation à 2,2 L (soit 40 mL/kg)

Evaluation des consommations et des habitudes alimentaires

- Autonome pour la préparation des repas

- 3 repas par jour (petit déjeuner, déjeuner, dîner)

- Consommation : de viande ou équivalent : environ 50 g mais apprécie de moins en moins la viande

de fromage ou laitage : 2 portions par jour

de légumes : 1 à 2 portions par jour

de fruits : 1 portion par jour

- Absence de féculents et d'aliments énergétiques

- Etat bucco-dentaire correct

- Porteuse d'un appareil dentaire haut et bas, adapté

Estimation des apports calorique et protidique spontanés : 1200 kcal et 30 g de protéines

Mme M, nous informe qu'elle souffre de solitude depuis le décès de son mari. Sort peu de son domicile.

Sa fille passe 1 fois par semaine en apportant les courses.

Prise en soin diététique d'une personne âgée de 70 ans et plus dénutrie

DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Apports protéino-énergétiques insuffisants (1200 kcal et 30 g de protéines par jour) en lien avec une réduction des prises alimentaires par perte d'appétit depuis 6 mois comme en témoignent un IMC < 22 kg/m², une hypo albuminémie à 27 g/L, une sarcopénie confirmée (critères d'une dénutrition sévère selon l'HAS).

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

OBJECTIFS DE SOIN DIÉTÉTIQUE

- Augmenter les apports protéino-énergétiques afin de restaurer un état nutritionnel satisfaisant, limiter la fonte musculaire et le risque de chute
- Fractionner les prises alimentaires pour faciliter la couverture des besoins nutritionnels et une meilleure tolérance digestive
- Informer le patient et éduquer les aidants sur l'importance de l'enrichissement

PROGRAMME DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Préconisations diététiques :

- Enrichissement de l'alimentation en protéines et énergie pour atteindre les besoins estimés en fonction des modalités de traitement.
- 1 à 2 CNO par jour
- Coordination des soins avec les autres professionnels impliqués dans la prise en soin
- Surveillance du poids 1 fois par semaine puis 1 fois par mois

Planification des actions.

- Organisation de la prise en soins à domicile

- Contact avec l'assistante sociale pour la mise en place d'une auxiliaire de vie : présence et aide à la préparation des repas et/ou courses en cas d'incapacité
- Rencontre avec les aidants pour le choix des courses alimentaires et des enrichissements
- Lien avec les intervenants pluridisciplinaires (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien...)
- Choix des CNO en fonction des goûts et de la compliance de la patiente

EVALUATION DES OBJECTIFS ET DES ACTIONS

- Suivi de l'appétit (utilisation de l'échelle SEFI*)
- Observance de la consommation des enrichissements et des CNO
- Suivi du poids et de la qualité de vie (reprise de l'activité physique, ...)
- Suivi du bilan biologique à distance : albuminémie, ...

*SEFI : Simple evaluation of food intake labellisé par la SNFCM en 2019

SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE

Résumé du soin diététique

Patiente de 79 ans prise en soins pour restaurer un état nutritionnel satisfaisant afin de maintenir une certaine autonomie et limiter les chutes.

Les aidants ont été informés sur l'importance de l'enrichissement HP/HC, du fractionnement des prises alimentaires et du suivi du poids.

Contact avec le médecin traitant pour l'informer des actions diététiques et pluridisciplinaires mises en place et demander un contrôle du bilan biologique à distance.

Documents réalisés

Conseils personnalisés pour l'alimentation HP/HC

Livret de recettes pour une alimentation enrichie

Liste de courses

Courrier au médecin traitant en fonction du diagnostic et du résumé du soin diététique