



# PROCEDURE DE DEPISTAGE ET DE PRISE EN CHARGE DE DENUTRITION

Nb de pages : 9

Date de création

04 / 06 / 2011

Rédaction :  
Dr R.ABADIE

Vérification :  
Dr A.GHISOLFI

Validation :  
Groupe FMC Gériatrie & Med-Co

Références :  
HAS 2007

Date d'application

Version

Dates de révision

## 1. INTRODUCTION

La dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères. Chez la personne âgée, la dénutrition entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance, et favorise la survenue de morbidités. Elle est également associée à une aggravation du pronostic des maladies sous-jacentes et augmente le risque de décès. La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique augmente avec l'âge. Elle est de 15 à 38 % chez celles vivant en institution. Des carences protéiques isolées peuvent s'observer même chez des personnes âgées apparemment en bonne santé.

## 2. CONSEILS NUTRITIONNELS

### - RESPECTER LES CONSEILS DU PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTE :

- viandes, poissons ou œufs 2 fois par jour
- lait et produits laitiers 3 à 4 prise par jour
- pain, autres produits céréaliers, pomme de terre ou légumes secs à chaque repas
- au moins 5 portions de fruits ou légumes par jour
- 1 à 1,5 litre d'eau par jour sans attendre la sensation de soif

### - CONSEILS SPECIFIQUES POUR LES PERSONNES AGEES :

- S'assurer que la personne âgée consomme 3 repas quotidiens et proposer au moins une collation l'après-midi
- Limiter la période de jeûne nocturne en retardant l'horaire du dîner, en avançant l'horaire du petit déjeuner ou en proposant une collation si possible nocturne.
- Utilisation prioritaire de produits riches en énergie et/ou en protéine.
- Adapter les menus aux goûts du résident en tenant compte de la texture des aliments et de la capacité de mastication et de déglutition.
- Organiser une aide au repas sur le plan technique et humaine
- Présentation des repas dans un environnement agréable et convivial.

**Note : La plus part de ces points doivent faire l'objet d'une discussion avec le service de la restauration de l'EHPAD et doivent apparaître au niveau du « cahier des charges restauration ».**

### 3. SITUATIONS A RISQUE DE DENUTRITION

Les situations à risque de dénutrition chez les personnes âgées sont à la fois les situations à risque de dénutrition sans lien avec l'âge et celles plus spécifiques à la personne âgée.

#### - Les situations à risque de dénutrition sans lien avec l'âge

Ces situations à risque de dénutrition les plus fréquentes sont :

- les cancers ;
- les défaillances d'organes chroniques et sévères (cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique) ;
- les pathologies digestives à l'origine de mal digestion et/ou de malabsorption ;
- l'alcoolisme chronique ;
- les pathologies infectieuses ou inflammatoires chroniques.

#### - Les situations à risque de dénutrition plus spécifiques de la personne âgée

Certaines situations peuvent favoriser la dénutrition ou y être associées. Chacune de ces situations doit alerter le professionnel de santé et l'entourage, *a fortiori* si plusieurs circonstances sont associées.

De plus, de nombreuses pathologies peuvent s'accompagner d'une dénutrition en raison d'une anorexie. L'anorexie est un symptôme fréquent chez la personne âgée, en présence duquel il est nécessaire de rechercher systématiquement une cause.

- **Psycho-socio-environnementales**: Isolement social, Deuil, Maltraitance, Hospitalisation, Changement des habitudes de vie : entrée en institution
- **Troubles bucco-dentaires** : Trouble de la mastication, Mauvais état dentaire, Appareillage mal adapté, Sécheresse de la bouche, Candidose oro-pharyngée, Dysgueusie.
- **Troubles de la déglutition**: Pathologie ORL, Pathologie neurodégénérative ou vasculaire.
- **Troubles psychiatriques** : Syndromes dépressifs, Troubles du comportement
- **Syndromes démentiels** : Maladie d'Alzheimer, Autres démences
- **Autres troubles neurologiques** : Syndrome confusionnel, Troubles de la vigilance, Syndrome parkinsonien
- **Traitements médicamenteux au long cours** : Poly médication, Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, Corticoïdes au long cours
- **Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique** : Douleur, Pathologie infectieuse, Fracture entraînant une impotence fonctionnelle, constipation sévère.
- **Dépendance pour les actes de la vie quotidienne** : Dépendance pour l'alimentation, Dépendance pour la mobilité
- **Régimes restrictifs** : Sans sel, Amaigrissant, Diabétique, Hypocholestérolémiant, Sans résidu au long cours

Note : Référence HAS 2007 « stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique de la personne âgée. »

## 4. CRITERES DIAGNOSTIQUES DE DENUTRITION

Les critères de dénutrition retenus sont ceux de l'HAS définis par les recommandations d'avril 2007.

### **Le diagnostic de dénutrition est essentiellement clinique: variation du poids et IMC**

Le diagnostic de **dénutrition (modéré)** repose sur la présence d'un ou plusieurs des critères suivants :

- **Perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois**
- **Indice de masse corporelle (IMC)  $< 21$**
- **Albuminémie  $< 35$  g/l** (*L'albuminémie est un marqueur de dénutrition chronique et ne peut être interprété qu'en l'absence de syndrome inflammatoire*)
- **Test MNA global  $< 17$**

Le diagnostic de **dénutrition sévère** repose sur la présence d'un ou plusieurs des critères suivants :

- **Perte de poids  $\geq 10\%$  en 1 mois ou  $\geq 15\%$  en 6 mois**
- **Indice de masse corporelle (IMC)  $< 18$**
- **Albuminémie  $< 30$  g/l** (*L'albuminémie est un marqueur de dénutrition chronique et ne peut être interprété qu'en l'absence de syndrome inflammatoire*)

#### **Note 1 : Pour le poids de référence :**

- Idéalement un poids mesuré antérieurement. Si cette donnée n'est pas disponible, on peut se référer au poids habituel déclaré.

-En cas de pathologie aiguë, on se réfère au poids d'avant le début de l'affection.

-Il est important de tenir compte des facteurs qui peuvent modifier l'interprétation du poids, comme une déshydratation, des oedèmes, des épanchements liquidiens.

#### **Note 2 : Pour l'IMC**

-  $IMC = \text{Poids} / \text{Taille}^2$  (Poids en Kg et taille en mètre)

- Un  $IMC \geq 21$  n'exclut pas le diagnostic de dénutrition (Obésité sarcopénique : obésité avec perte de poids par perte de la masse musculaire).

#### **Note 3 : Pour l'albuminémie**

-Le dosage de l'albuminémie intervient davantage pour le **diagnostic et le suivi** de la dénutrition plus que pour le dépistage.

-Le dosage de l'albuminémie est recommandé pour évaluer l'efficacité de la renutrition.

-L'hypo-albuminémie n'est pas spécifique de la dénutrition. Elle peut être présente en particulier lors d'un syndrome inflammatoire. Il est donc recommandé d'interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué en particulier par le dosage de la protéine C-réactive.

## 5. DEPISTAGE DE LA DENUTRITION

### Le dépistage de la dénutrition repose sur :

- la recherche de situations à risque de dénutrition,
- la mesure du poids avec la recherche d'une perte de poids,
- le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC),
- La réalisation du MNA dans son format simplifié.

#### Note 1 : Pour le poids.

- La mesure du poids doit être réalisée systématiquement **1 fois par mois pour l'ensemble des résidents**, à l'admission et après chaque hospitalisation. (La pesée est réalisée par les AS).

-Elle sera réalisée **1 fois par semaine lorsque le diagnostic de dénutrition est posé.**

-Elle fait l'objet d'un recueil spécifique dans la « **Fiche de suivi mensuel ou hebdomadaire** » tenue par l'infirmière coordonnatrice en collaboration avec les AS. Il est recommandé d'effectuer cette mesure si possible en sous-vêtements et avec une méthode adaptée à la mobilité de la personne.

#### Note 2 : Pour le calcul de l'IMC.

- Afin d'homogénéiser la prise de la taille et compte tenu de la fréquence des troubles statiques et de la difficulté de réaliser de façon fiable la mesure de la taille en position debout, nous avons opté pour le calcul par les formules de Chumlea qui permettent d'estimer la taille à partir de la mesure de la hauteur talon-genou.

- La mesure de la hauteur talon-genou est réalisée à l'admission sous le contrôle de l'infirmière.

- Les formules du calcul de la taille par les formules de Chumlea :

. Pour les femmes :  $T \text{ (cm)} = 84,88 - 0,24 \times \text{âge (années)} + 1,83 \times \text{hauteur talon-genou (cm)}$

. Pour les hommes :  $T \text{ (cm)} = 64,19 - 0,04 \times \text{âge (années)} + 2,03 \times \text{hauteur talon-genou (cm)}$

La taille de la jambe mesurée entre la partie fixe d'une toise pédiatrique placée sous le pied et la partie mobile appuyée au dessus du genou au niveau des condyles, le patient étant en décubitus dorsal et le genou fléchi à 90°.

#### Note 3 : Pour le MNA

-Réalisation du MNA dans sa forme simplifiée **uniquement à l'arrivée du résident** par l'infirmière (6 items, passation en 2 à 3 minutes)

##### MNA Simplifié

##### 1- 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

##### 2- Perte récente de poids (<3 mois)

0 = perte de poids > 3 kg

1 = ne sait pas

2 = perte de poids entre 1 et 3 kg

3 = pas de perte de poids

##### 3- Motricité

0 = du lit au fauteuil

1 = autonome à l'intérieur

2 = sort du domicile

##### 4- Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?

0 = oui 2 = non

##### 5- Problèmes neuropsychologiques

0 = démence ou dépression sévère

1 = démence ou dépression modérée

2 = pas de problème psychologique

##### 6- Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>)

0 = IMC < 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC > 23.

*Interprétation : si <11 sur 14 points maximum possibilité de dénutrition (Test positif).*

## 6. ORGANISATION CHRONOLOGIQUE DU DEPISTAGE ET DU SUIVI DE LA DE LA DENUTRITION DANS L'EHPAD

### 1- Avant ou lors de la préparation de l'entrée du résident dans l'EHPAD

Il convient d'être renseigné sur les éléments suivants :

- **Poids et taille** actuelle
- Poids 1 ou 6 mois avant l'entrée (Recherche d'une **perte de poids récente**)
- **Aide à l'alimentation** (Pour se servir, Pour manger, Utilisation de couverts ergonomiques)
- Antécédent de **fausse route** et fréquence
- **Texture** habituelle des repas (Normale, Hachée, Mixée ou Eau gélifiée)
- **Régime** particulier (Diabétique, sans sel, sans résidu, hyper-protidique ou autre)
- Port de **prothèse dentaire**
- Présence d'une **sonde gastrique** à demeure
- Trouble du **comportement alimentaire** (Anorexie, alcoolisme, boulimie)

### 2- Dans le premier mois de l'entrée du résident dans l'EHPAD

- **Poids**, mesure de la **hauteur talon-genou** et calcul de l'**IMC**,
- Evaluation de l'**état bucco-dentaire** par l'infirmière,
- Evaluation des **aides à l'alimentation** en coordination par l'équipe soignante,
- Evaluation de la **texture des repas** en coordination par l'équipe soignante et le responsable du restaurant,
- Réalisation du **MNA simplifié** par l'infirmière uniquement à l'arrivée du résident.

### 3- Tout au long de la période d'hébergement du résident dans l'EHPAD

- Suivi systématique **mensuel du poids pour l'ensemble des résidents** («*Programme d'aide au diagnostic de dénutrition et de suivi mensuel*»).
- Suivi **hebdomadaire du poids pour les résidents en état de dénutrition diagnostiqué** («*Liste mensuelle des résidents en dénutrition modérée ou sévère* »).
- **Bilan médical** à préconiser et réalisé **par le médecin traitant** dès que la dénutrition a été dépistée et pour son suivi avec une recherche étiologique et la réalisation d'examen biologiques (Albuminémie +/-CRP).
- De façon contextuelle par l'équipe soignante: **réévaluation de l'état bucco-dentaire, des aides à l'alimentation** et de la **texture des repas**.
- Pour tous les patients dépistés dénutris : **évaluation semi-quantitative des ingestas**.
- En cas de **dénutrition sévère et persistante** malgré une prise en charge alimentaire adapté : recours à **l'Unité Transversale de Nutrition du Gérotopôle du CHU** dans le cadre du travail en réseau.

*Note : un résident peut bénéficier d'un enrichissement de son alimentation alors que son cas ne correspond pas aux critères prévus par la procédure de dépistage. Ce cas correspond le plus souvent à des contextes pathologiques particuliers ( Néoplasie, infectieux..). Nous dirons qu'il s'agit de résidents « Nutri-requérants »*

## 7. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE (Plan d'action)

- ✚ L'infirmière coordinatrice élabore chaque mois la « **Liste des résidents en dénutrition modérée ou sévère** » à l'aide du « Programme d'aide au diagnostic de la dénutrition et de suivi mensuel » ainsi que les résidents « **Nutri-requérants** »
- ✚ Un « **courrier d'information** » est adressé au **médecin traitant** pour les cas dépistés afin de favoriser la recherche d'un facteur étiologique organique.
- ✚ **Le Médecin** (médecin traitant et/ou médecin coordonnateur) :
  - **confirme le diagnostic de dénutrition**
  - **définit l'objectif nutritionnel** :
    - « **traitement nutritionnel curatif** » ou « **démarche de soin de confort** » intégré dans le cadre du projet de soin.
    - **l'objectif protéino-énergétique dans le cadre d'un support curatif** : atteindre un apport calorique de 30 à 40 Kcal/Kg/jour et un apport protidique de 1,2 à 1,5 g /Kg /Jour. (*En faisant intervenir la diététicienne ou à défaut avec l'aide du « programme d'évaluation diététique personnalisée »*)
- ✚ Dans le cas de **dénutrition modérée**, en collaboration avec une **diététicienne**, il est toujours recommandé de **débuter la nutrition orale par une alimentation enrichie**.

*(Voir en annexe « fiche conseil pour l'enrichissement des repas »)*  
*Il faut cependant tenir compte de la présence d'un trouble de la déglutition et vérifier que les prises alimentaires restent suffisantes : cf. aide au support nutritionnel HAS 2007.*
- ✚ Dans le cas de **dénutrition d'emblée sévère ou après échec de l'enrichissement**, les **compléments nutritionnels oraux sont proposés**. Ils sont présentés sous forme de desserts lactés, de potages, de repas complets ou de boissons.

Dans un contexte de fin de vie, la procédure peut être modifiée.
- ✚ **L'Aide soignante** met en place la « **Fiche de surveillance semi quantitative des ingestas** » pour chaque résident **dénutri modéré ou sévère** et assure la **traçabilité des prises alimentaires**. Elle participe à l'évaluation de l'état bucco-dentaire, de l'aide à l'alimentation et au choix de la texture des aliments en coordination avec l'infirmière.

*Ce protocole est mis en place au moment du diagnostic et sera maintenu jusqu'à efficacité du support nutritionnel.*
- ✚ **Les Infirmières et l'infirmière coordinatrice** :
  - réalisent le test MNA dans le mois suivant l'entrée du résident.
  - organisent la mise en place et la surveillance des protocoles de rénutrition.
  - organise le suivi du poids des résidents (mensuel ou hebdomadaire en cas de dénutrition),
  - supervisent la commande et le suivi des CNO (Fiche de planification des CNO).
- ✚ Une **évaluation collective de l'efficacité de la prise en charge** doit être effectuée au bout **d'un mois en cas de dénutrition modérée** et **toutes les semaines en cas de dénutrition sévère** lors des réunions de transmissions. (*Réf HAS 2007*)
- ✚ **En cas d'échec constaté** avec non amélioration du statut nutritionnel du résident (dénutrition sévère ou modérée et persistante) :
  - Le recours à une **diététicienne est préconisé** avec la mise en place d'une « **Fiche de surveillance quantitative des ingestas** » pour une durée de 3 à 5 jours avec la participation des AS. La diététicienne évaluera la bonne adéquation entre les besoins nutritionnels protéino-caloriques, les apports alimentaires (*repas enrichis et CNO*) et les prises alimentaires effectives par le résident.
  - A défaut et/ou dans les **cas difficiles** le recours à **l'Unité Transversale de Nutrition du Gériatopôle du CHU** est souhaitable dans le cadre du travail en réseau.

#### RAPPEL - Différents modes de prise en charge nutritionnelle :

- **La prise en charge nutritionnelle orale** : elle comporte des conseils nutritionnels, une aide à la prise alimentaire, une alimentation enrichie, des compléments nutritionnels oraux ou la prescription de médicaments adjuvants ou de micronutriments.
- **La prise en charge nutritionnelle entérale** par sonde naso-gastrique ou par gastrostomie ne peut être envisagée qu'après échec de la prise en charge orale ou dans des cas sévères avec accord préalable de la famille. Sa mise en place est réalisée lors d'une hospitalisation.
- **La prise en charge nutritionnelle parentérale**, uniquement lorsque le tube digestif n'est pas fonctionnel. Sa réalisation est envisageable uniquement dans des structures spécialisées et pour des cas particuliers.

#### CONSEILS POUR L'ENRICHISSEMENT DES REPAS :

- L'alimentation enrichie a pour objectif d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume. Il s'agit d'un **enrichissement en énergie et en protéines et non pas seulement en protéines**

- Elle consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits, tels que de la poudre de lait, du lait concentré entier, du fromage râpé, fondu, des œufs, de la crème fraîche, du beurre fondu, de l'huile. Il est également possible d'utiliser des pâtes ou des semoules enrichies en protéines.

*Note: Pour une aide à la pratique d'enrichissement des repas voir la fiche « Modalités d'enrichissement des repas » produite par HAS en annexe I.*

#### CONSEILS POUR L'UTILISATION DES COMPLEMENTS NUTRITIONNELS ORAUX (CNO):

- **Il sont indiqués uniquement après échec de l'enrichissement de l'alimentation ou d'emblée pour les dénutritions sévères.** Ils doivent être présentés comme un traitement de la dénutrition.

- Il existe des CNO hyper-énergétiques et/ou hyper-protéiques, de goûts variés, avec ou sans lactose et de différentes textures (liquide, crème). Plusieurs types de produits sont disponibles (desserts lactés, potage, repas complet, jus de fruits etc).

- L'objectif est de couvrir les besoins nutritionnels en association avec les prises alimentaires enrichies ou non du patient. Il s'agit de ce fait d'une prescription médicale. On ne peut déterminer a priori le nombre de CNO à prescrire.

- Le CNO peuvent être pris pendant les repas et doivent alors être pris en plus du repas et non à la place du repas. Lorsqu'ils sont donnés au moment des collations, il est recommandé de les proposer environ 2 heures avant ou après les repas.

- Il faut adapter les saveurs au goût du résident (salé, sucré, lacté). Cependant il faut savoir qu'un CNO lacté a un apport protéique très supérieur à celui d'un CNO type jus de fruit HC : ils ne sont pas interchangeables. Il est possible de modifier la texture des boissons avec une poudre épaississante. Les produits sucrés sont souvent les plus appréciés s'ils sont servis frais. Pour les compléments à servir chauds, il est souvent possible de les réchauffer au bain-marie ou au four à micro-ondes.

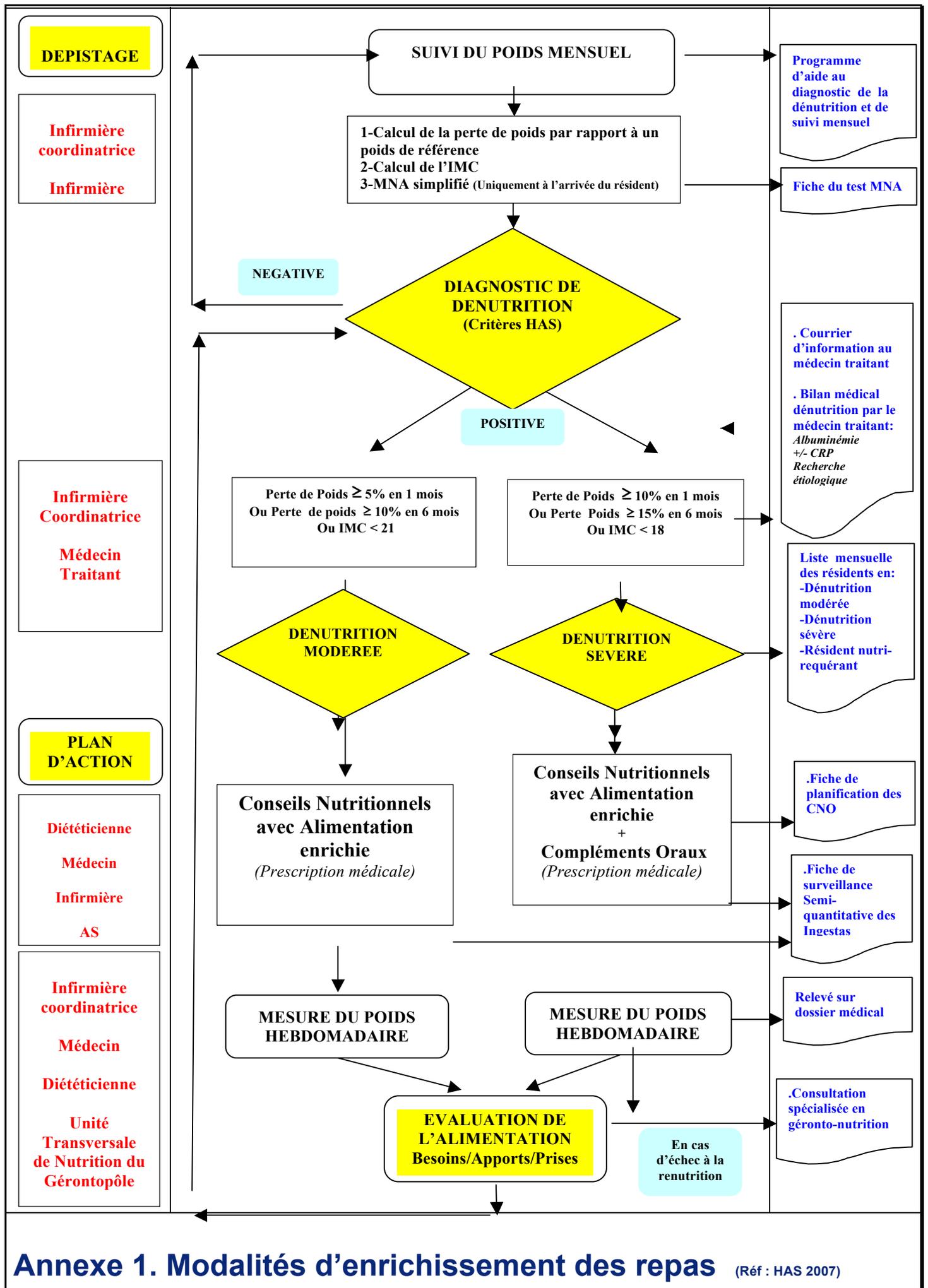
- Une fois ouvert un CNO peut être conservé 2 heures à température ambiante et jusqu'à 24 heures au réfrigérateur.

- L'opportunité de la continuation de la prise des CNO doit être réévaluée chaque mois en fonction des résultats sur le poids, de la possibilité de réaliser des apports alimentaires, d'une pathologie sous-jacente et de la tolérance.

Professionnel  
concerné

**PROCEDURE DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA  
DENUTRITION**

Documents de  
référence



**Annexe 1. Modalités d'enrichissement des repas** (Réf : HAS 2007)

## Modalités d'enrichissement des repas

Poudre de lait Lait concentré entier	3 cuillères à soupe (~ 20 g) apportent ~ 8 g de protéines
Poudre de protéines (1 à 3 cuillères à soupe/jour)	1 cuillère à soupe (~ 5g) dans 150 ml de liquide ou 150 g de purée apporte ~ 5 g de protéines
Fromage râpé/fromage fondu type crème de gruyère :	20 g de gruyère ~ 5 g de protéines 1 crème de gruyère de 30 g ~ 4 g de protéines
Œufs :	1 jaune d'oeuf ~ 3 g de protéines
Crème fraîche épaisse	1 cuillère à soupe (~ 25 g) = ~ 80 calories
Beurre fondu/huile :	1 cuillère à soupe (~ 10 g) = ~ 75 à 90 calories

### ◆ **Les potages**

*En y ajoutant des pâtes à potage, du tapioca, du pain, des croûtons, de la crème fraîche, du beurre, du fromage (gruyère, crèmes de gruyère...), du lait en poudre, des oeufs, du jambon.  
Penser aux soupes de poissons*

### ◆ **Les entrées**

*Compléter les crudités avec des oeufs durs, du jambon émincé, des lardons, des dés de poulet, du thon, des sardines, des harengs, des crevettes, du surimi, des cubes de fromage, des croûtons, du maïs, des raisins secs, des olives...*

*Varié avec du saucisson, des pâtés, des salades de pommes de terre ou de céréales, des entrées pâtisseries...*

### ◆ **Le plat protidique**

*Choisir des plats naturellement riches, tels que des viandes en sauce, des soufflés, des gratins de poisson, des quenelles, des lasagnes, des pâtes farcies...*

### ◆ **Les légumes**

*Les servir plutôt en béchamel, en sauce blanche ou en gratins enrichis avec du lait en poudre, du gruyère, de la crème fraîche, du beurre, des oeufs, de la viande hachée...*

### ◆ **Les purées**

*En ajoutant des jaunes d'oeufs, du gruyère ou autre fromage râpé, du lait en poudre...*

### ◆ **Les pâtes et le riz**

*En les additionnant de parmesan ou gruyère râpé, de beurre, de crème fraîche, de jaunes d'œufs comme pour la carbonara, de lardons, de jambon, de viande hachée comme pour la bolognaise, de petits pois, avec des morceaux d'omelette comme pour le riz cantonnais...*

### ◆ **Les laitages et desserts**

*En incorporant du lait en poudre, du lait concentré sucré, de la crème fraîche, de la confiture, du miel, de la crème de marron, du caramel, du chocolat, des nappages à la fraise, des fruits comme la banane, des fruits au sirop, etc.*

*Les desserts les plus énergétiques sont : les gâteaux de riz ou semoule, les flans aux oeufs, les crèmes anglaises ou pâtisseries, les clafoutis de fruits, les quatre-quarts, les gratins de fruits...*

### ◆ **Les boissons**

*Enrichir le lait avec du lait en poudre (soit une cuillère à soupe pour 100 ml de lait entier de préférence) à consommer chaud ou froid aromatisé (chocolat, café, sirop de fruits).*

*Penser au lait de poule (un oeuf battu avec du lait, du sucre, de la vanille ou du rhum), au milk-shake (lait battu avec crème fraîche et fruits).*

*Enrichir le jus de fruits avec du lait en poudre, du miel.*