

Prévalence de la dénutrition dans un EHPAD et expérience d'un programme global de prise en charge

The effects of a global management system in dealing with the prevalence of malnutrition in a nursing home

Youri CHAULEUR¹, Céline CHAPELLE²

RÉSUMÉ

Contexte : La dénutrition protéino-énergétique est une situation particulièrement fréquente chez les personnes âgées dépendantes et représente un problème de santé publique. Les personnes résidant en Établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont particulièrement à risque.

Objectif : Évaluer la prévalence de la dénutrition dans un EHPAD, et mesurer l'impact de différentes interventions sur les paramètres nutritionnels.

Méthodes : En appliquant les critères édités par la Haute autorité de santé (HAS) en 2007, notre évaluation initiale de 2012 retrouvait une prévalence de la dénutrition de 60,8 % dans l'établissement. Plusieurs actions ont été menées afin de lutter contre la dénutrition au sein de cet EHPAD : formation du personnel, aide personnalisée au repas, mise en place d'une alimentation enrichie, utilisation rationnelle des compléments nutritionnels oraux (CNO), activité physique adaptée, suivi des patients dénutris et enfin intervention d'une diététicienne.

Résultats : Après les premières actions, une seconde évaluation a été conduite en 2013 objectivant une réduction de la dénutrition à 54,8 %. Le programme a alors été complété du travail d'une diététicienne et, à l'issue, une troisième évaluation a été effectuée : celle-ci retrouve une diminution significative de la dénutrition au sein de l'établissement, avec une prévalence de 36,2 %.

ABSTRACT

Context: Protein-energy malnutrition is a very common situation amongst the dependent elderly and constitutes a public health issue. Nursing homes residents are particularly at risk.

Objective: The aim of this study was to assess the prevalence of malnutrition in a nursing home and to measure the effects of targeted intervention on nutritional status. Through the implementation of criteria recommended by the HAS [French National Authority for Health], our initial study in 2012 found that 60.8% of residents in the nursing home were malnourished. Several actions were taken to prevent malnutrition in that nursing home: nutrition education training of staff, customized help with feeding, appropriate nutritional supplementation, exercise training and specific patient supervision by a dietician.

Results: A second evaluation was carried out in 2013 and found a reduction in malnutrition by 54.8%. The program was then completed by the work of a dietician. A third evaluation was carried out. By then, a significant reduction of prevalence was noted: 36.2% of patients were malnourished.

Conclusion: This program had positive effects in reducing malnutrition and indicates the benefits of implementing an interdisciplinary approach to improve the quality of care in nursing homes.

¹ Médecin, Service de Médecine gériatrique, Centre Hospitalier Montgela, 69700 Givors, France.

² Statisticienne, Unité de Recherche Clinique, Innovation, Pharmacologie, CHU de Saint-Étienne, Hôpital Nord, 42055 Saint Étienne cedex 2, France.

Article reçu le 30/01/2017 et accepté le 17/12/2017

Auteur correspondant : Docteur Youri Chauleur, Service de Médecine Gériatrique, Centre Hospitalier Montgela, 9 avenue du Professeur Fleming, 69700 Givors, France.

Courriel : ychauleur@ch-givors.fr

Conclusion : Ce programme a montré un effet positif pour réduire la prévalence de la dénutrition et souligne l'intérêt de mener des projets multidisciplinaires pour améliorer la qualité de la prise en charge en EHPAD.

Mots clés : Dénutrition - Personne âgée - EHPAD

Rev Geriatr 2018 ; 43 (1) : 23-30.

Keywords: Malnutrition - Elderly - Nursing homes

INTRODUCTION

Le vieillissement s'accompagne de modifications sur le plan nutritionnel, qui fragilisent le sujet âgé. Les pathologies fréquemment rencontrées avec l'avancée en âge, l'entrée en institution, et d'autres circonstances (précarité financière, polymédication...) sont autant de conditions susceptibles de faire basculer cet équilibre nutritionnel instable vers la dénutrition⁽¹⁾.

Les conséquences de la dénutrition en termes de morbi-mortalité sont bien connues : chutes, fractures, escarres, dépendance⁽²⁻⁴⁾. Sa prévalence apparaît variable mais élevée et est étroitement liée au niveau de dépendance et au lieu de résidence⁽⁵⁻⁷⁾.

La nutrition constitue une préoccupation nationale, comme en témoignent les différents Programmes nationaux nutrition santé (PNNS) élaborés depuis 2001⁽⁸⁾.

L'EHPAD apparaît comme un lieu à haut risque de dénutrition⁽⁵⁾, d'autant plus qu'il accueille des personnes de plus en plus dépendantes. Ces éléments rendent ce questionnaire complètement incontournable.

OBJECTIFS

Dans le cadre d'un projet d'amélioration de la qualité de la prise en charge, nous proposons de réaliser un état des lieux de la dénutrition dans un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Des interventions adaptées autour de la nutrition étaient ensuite mises en place. Enfin, nous avons cherché à mesurer l'impact de ces interventions.

MÉTHODES

Population étudiée et calendrier de l'étude

Nous nous sommes intéressés à la population des résidents de l'EHPAD la Vérandine, disposant de 95 lits. L'ensemble des résidents a pu être inclus dans l'étude, à l'exception de ceux entrés depuis moins d'un mois dans l'établissement et des résidents en fin de vie. Une évaluation nutritionnelle

initiale a été réalisée permettant d'identifier les résidents dénutris. Un programme global de prise en charge nutritionnelle de ces résidents a été mis en place. Une seconde évaluation de l'état nutritionnel a ensuite été effectuée pour en mesurer les effets. Enfin, une troisième évaluation a été effectuée un an plus tard pour mesurer le maintien dans le temps des actions menées et une éventuelle amélioration. L'évaluation initiale a été effectuée en juin 2012, puis les réévaluations en avril 2013 et en mai 2014 comportaient l'évolution des courbes de poids, l'Index de masse corporelle (IMC), l'albuminémie, et la proportion de patients non dénutris, dénutris et dénutris sévères. Il s'agissait donc d'une enquête transversale répétée ; la population étudiée a donc été partiellement renouvelée entre les différentes évaluations.

Critères d'évaluation de l'état nutritionnel

L'état nutritionnel a été évalué en se basant sur les critères définis par la HAS dans ses recommandations de 2007⁽⁷⁾. La dénutrition est définie selon la HAS par la présence d'un ou de plusieurs des critères suivants : perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ; Indice de masse corporelle (IMC) $< 21 \text{ kg/m}^2$; albuminémie $< 35 \text{ g/l}$ - l'albuminémie n'étant pas spécifique de la dénutrition, et une diminution s'observant notamment en cas de syndrome inflammatoire, il est recommandé d'interpréter le dosage en fonction du dosage de la protéine C réactive (CRP) - ; Mini nutritional assessment (MNA) inférieur à 17. La dénutrition sévère est définie par la présence d'un ou de plusieurs des critères suivants : perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois, IMC < 18 , albuminémie $< 30 \text{ g/l}$.

Nous avons retenu les critères HAS en écartant le MNA, qui est difficile à réaliser chez les résidents d'EHPAD avec des troubles cognitifs.

Dosage de l'albuminémie

Un dosage a été effectué chez tous les résidents, les prélèvements s'étant échelonnés sur 15 jours. Les dosages ont été tous effectués dans le même laboratoire. La technique utilisée était le bromocrésol pourpre. Un échantillon de 10 patients a été tiré au sort pour constituer un groupe contrôle avec un second prélèvement adressé dans un autre laboratoire, ceci afin de vérifier la cohérence avec les valeurs

retrouvées dans le premier laboratoire. Les séries de résultats étaient comparables.

Estimation de la perte de poids

Elle a été calculée à partir des poids mesurés. Chaque résident s'est vu attribuer une des 4 cotations suivantes : 0 = perte de poids au stade de dénutrition sévère ; 1 = perte de poids au stade de dénutrition ; 2 = poids stable ou perte de poids inférieure au stade de dénutrition (< 5 % sur 1 mois et < 10 % sur 6 mois) ; 3 = poids en hausse sur les 3 mois précédents (au moins 1 kg).

Calcul de l'IMC

Il a été calculé avec le poids mesuré. Pour la taille, la valeur retrouvée sur la carte d'identité a été utilisée. Dans les cas où celle-ci n'était pas disponible, une estimation de la taille à partir de la formule de Chumlea a été effectuée en mesurant la distance talon-genou à l'aide d'une toise pédiatrique.

Programme d'intervention

Les interventions mises en place ont impliqué l'ensemble du personnel et ont été déployées progressivement entre les mois de juillet et décembre 2012.

Formation du personnel

Quatre séances de formations pratiques de 1 h 45 ont été organisées par le médecin coordonnateur à l'intention du personnel soignant (infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de vie), paramédical (kinésithérapeutes), psychologue, du personnel de cuisine ainsi que de l'équipe d'encadrement (directeur, cadre de santé, responsable d'hébergement). La formation a abordé différents thèmes en lien avec la nutrition : vieillissement nutritionnel, conséquences de la dénutrition, définition de la dénutrition, mesures à mettre en place chez le résident dénutri.

Aide personnalisée au repas

Le personnel soignant a été formé à personnaliser l'aide apportée à chaque résident : stimuler et savoir insister, ramener à table un patient déambulatoire qui quitte la table, laisser du temps aux patients qui mangent lentement, s'adapter aux goûts de la personne. Pour les patients en aide totale au repas, l'accent a été mis sur l'importance de laisser du temps à la personne pour déglutir et ne pas imposer un rythme trop rapide. Pour les patients déments déambulatoires, il a été proposé de leur distribuer régulièrement dans la journée des aliments transportables, et consommables éventuellement en se déplaçant, notamment des sandwiches type jambon et pain de mie.

Alimentation enrichie

L'EHPAD bénéficie d'une cuisine sur place et l'équipe de restauration comprend un chef, un second, et deux commis.

Deux entretiens réunissant le chef de cuisine et son second, le directeur et le médecin coordonnateur ont eu lieu afin de mettre en place cette alimentation enrichie. Les modalités d'enrichissement ont été décidées par les cuisiniers, le médecin coordonnateur et le directeur. Elles s'inspirent directement de celles recommandées par la HAS⁽⁷⁾. Tous les patients dénutris se sont vus attribués un plat enrichi lors des repas du midi et du soir (entrée, plat ou dessert).

Compléments nutritionnels oraux (CNO)

Suivant les recommandations de la HAS, il a été proposé 2 CNO par jour aux résidents dénutris sévères et/ou à ceux ayant des apports alimentaires faibles (évaluation estimée par des fiches de surveillance des ingesta faites initialement, ou secondairement au cours des mois d'intervention en fonction des informations données par les soignants). Les CNO étaient proposés à 10 heures et 16 heures. Il s'agissait de crèmes en pots de 125 g apportant 150 kcal et 9 g de protéines. La liste des patients devant recevoir des CNO étaient réactualisée tous les mois en fonction de l'évolution du poids et de la prise alimentaire.

Programme d'activité physique

Des séances d'activité physique ont été animées par les soignants dans chaque unité. Des exercices simples ont été proposés, élaborés par la psychomotricienne et le médecin coordonnateur, inspirés des exercices proposés dans le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées édité dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS)⁽⁹⁾ : Marche, ou pour le patient assis, relever la jambe, la laisser tendue quelques secondes puis la reposer, et répéter l'opération dix à vingt fois, puis changer de jambe. Debout, faire des mouvements de rotation bras tendus en portant une bouteille lestée dans chaque main, ou faire des mouvements en écartant les bras tendus en tenant une bande élastique.

Le principe a été de proposer des séances de 15 à 30 minutes, 3 à 5 fois par semaine. Les séances étaient proposées aux résidents dénutris n'étant pas pris en charge régulièrement (au moins 2 fois par semaine) par le kinésithérapeute en rééducation à la marche ou en renforcement musculaire, ce qui a représenté initialement 28 résidents.

Mise en place d'un « classeur nutrition »

Un « classeur nutrition » a été mis en place dans chaque unité de soins. Celui-ci a comporté : la liste des patients dénutris, la liste des patients sous CNO, la liste des patients devant bénéficier de l'activité physique par les soignants, les fiches de suivi individualisé de l'activité physique, la liste des patients en texture modifiée, des exemplaires de fiches d'évaluation des ingesta, le diaporama de la séance de formation.

Le suivi des patients dénutris

Un suivi des patients dénutris a été mis en place toutes les 4 à 6 semaines, il s'est effectué lors de synthèses multidisciplinaires.

Ce suivi a consisté en un examen de la courbe de poids, un échange avec les soignants sur le déroulement des repas et la prise alimentaire, un examen par le médecin coordonnateur des fiches de suivi sur la participation à l'activité physique, un suivi des prises de CNO avec réévaluation des indications.

Intervention d'une diététicienne

La diététicienne est intervenue secondairement, entre la deuxième et la troisième évaluation. Elle a défini avec la cuisine les modalités plus précises pour un enrichissement protéique de 20 grammes par jour (10 grammes matin et soir en moyenne). Cet enrichissement a été également envisagé pour les textures mixées.

Goûts et aversion des résidents

Les aversions alimentaires des résidents étaient identifiées à travers le recueil de données à l'entrée dans l'EHPAD, qui incluait un item spécifique. Un menu de substitution était proposé le cas échéant.

ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS-Windows® version 9.4 installé sur PC et les graphiques à l'aide du logiciel Microsoft® Office Excel.

Les données qualitatives ont été décrites à l'aide de fréquences absolues et relatives (exprimées en %). Les données quantitatives ont été décrites à l'aide de moyenne et écart-type (ET) ainsi que de médiane et du 1^{er} quartile (Q1) et du 3^e quartile (Q3). Afin de comparer l'évolution de l'albuminémie au cours du temps (entre 2012 et 2014), une analyse de variance (ANOVA) pour mesures répétées a été mise en œuvre.

RÉSULTATS

Les caractéristiques de la population lors de l'évaluation initiale étaient les suivantes : l'établissement accueillait 84 femmes et 11 hommes, 92 personnes ont pu être incluses dans l'étude. Trois résidents ont été exclus (résidents en fin de vie ou admis depuis moins d'un mois dans l'EHPAD). La moyenne d'âge était de 86,8 ans. Le GIR moyen pondéré était à 712, le Pathos moyen pondéré à 213. 75 % des résidents présentaient des troubles cognitifs. 26 patients sur 95 bénéficiaient d'une alimentation mixée lisse ou épaisse.

Concernant les variations de poids : 81,5 % des résidents n'avaient pas de perte de poids au stade de dénutrition ; 55,4 % avec un poids stable ou en légère baisse ; 26 % avaient un poids en hausse. Les pertes de poids sévères étaient assez rares (4 % des résidents). Sur le seul critère de poids, 18,4 % des résidents étaient à un stade de dénutrition. Concernant l'IMC : 72,8 % des résidents avaient un IMC ≥ 21 kg/m² ; 23,9 % un IMC entre 18 et 21 kg/m² ; 3,2 % un IMC < 18 kg/m². La moyenne des IMC était de 24,5 kg/m², avec un écart-type de 5,6. Par ailleurs, on peut noter que 36,9 % avaient un IMC > à 25 kg/m² et que 17,4 % des résidents étaient considérés comme obèses avec un IMC ≥ 30 kg/m². Les valeurs d'albuminémie observées étaient comprises entre 21 et 44 g/l. L'albuminémie moyenne était de 34,5 g/l. L'albuminémie était pathologique (< 35 g/l) dans 46,74 % des cas : 35,8 % avaient une albuminémie entre 30 et 34,9 g/l et 10,8 % une albuminémie < 30 g/l. Au total, 56 patients étaient dénutris sur 92, soit 60,8 %. Les dénutris sévères représentaient 16 patients sur 92, soit 17,4 %. 39,2 % des patients n'étaient pas dénutris. À noter que 6,5 % patients étaient obèses dénutris. Le diagnostic de dénutrition étant dans ce cas-là posé sur l'albuminémie.

Réévaluations après 10 et 23 mois d'intervention

En 2013, 93 patients ont été inclus (2 exclus) et, en 2014, 91 (4 exclus) ont pu faire l'objet de la réévaluation.

L'évolution des courbes de poids est présentée dans la figure 1.

On constate qu'aucun patient ne présentait une perte de poids au stade de dénutrition sévère dans les 2 réévaluations, et qu'un très faible nombre de patients présentaient une perte de poids au stade de dénutrition (4,3 % en 2013, puis 1,1 % en 2014). À la dernière évaluation, 98,9 % des patients présentaient une faible perte de poids, un poids stable ou un poids en hausse et donc n'étaient pas dénutris sur ce seul critère.

L'évolution des IMC est présentée dans le tableau 1.

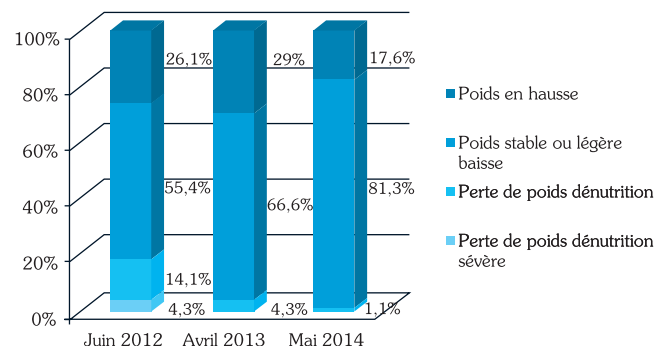


Figure 1 : Évolution des variations de poids au cours des 3 évaluations successives.

Figure 1: Evolution of weight variations in the 3 successive studies.

Tableau 1 : Évolution des IMC au cours des 3 évaluations successives.
Table 1: Evolution of Body Mass Index in the 3 successive studies.

	2012	2013	2014	p-valeur
Nombre de données disponibles	91	93	91	
IMC < 18 kg/m ²	3,2 %	6,4 %	8,8 %	
18 ≤ IMC < 21 kg/m ²	23,9 %	19,3 %	16,6 %	
IMC ≥ 21 kg/m ²	72,8 %	74,2 %	72,5 %	
Moyenne	24,5 (5,6)	25,1 (6,0)	24,8 (6,3)	P = 0,78
Médiane (Q1-Q3)	23,0 (20,3-28,0)	24,0 (21,0-28,9)	23,5 (19,7-28,7)	

On ne constatait pas de modification significative des IMC ($p = 0,78$). La moyenne des IMC est de 25,1 kg/m² en 2013 (écart-type 6,0) et 24,8 kg/m² en 2014 (écart-type 6,3). On note qu'en 2013 et 2014 il existait un peu plus d'IMC très bas (< 18 kg/m²) par rapport à 2012, mais sans différence significative.

Concernant l'albuminémie, 13,17 % des patients après intervention avaient une albuminémie pathologique (< 35 g/l). De même, il y avait une diminution des hypoalbuminémies sévères (< 30 g/l) : 10,8 % versus 2,19 % après intervention (Figure 2).

Les moyennes des albuminémies étaient de 34,5 g/l avant intervention, puis 35 g/l (en 2013) et 37,9 g/l (en 2014) (Tableau 2), la différence étant statistiquement significative ($p < 0,0001$). La dénutrition étant affirmée par la présence d'un seul des 3 critères retenus, la figure 3 compare les trois évaluations : on constate donc une diminution de la dénutrition (54,8 % en 2013, puis 36,3 % en 2014, versus 60,8 % avant intervention). Il faut noter aussi que le nombre de dénutris sévères a diminué après intervention : 17,4 % avant intervention, versus 10,7 % en 2013 et 11 % en 2014.

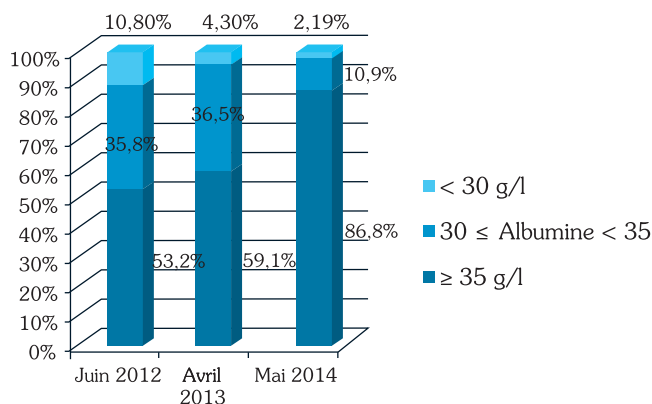


Figure 2 : Évolution des albuminémies au cours des 3 évaluations successives.
Figure 2: Evolution of the albumin in the 3 successive studies.

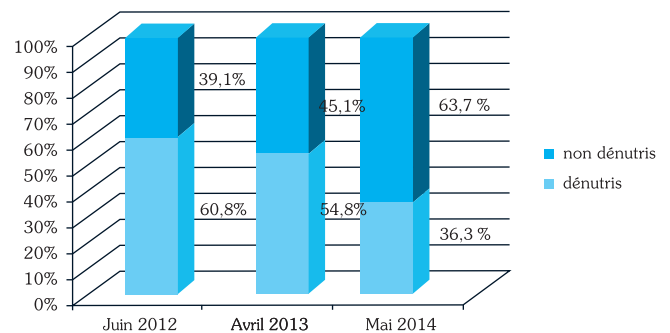


Figure 3 : Évolution de la prévalence de la dénutrition au cours des 3 évaluations successives.
Figure 3: Evolution of malnutrition prevalence in the 3 successive studies.

DISCUSSION

L'objectif initial de ce travail était d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents de l'établissement dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles. Ceci explique le nombre de patients (limité à un seul établissement), mais aussi que dans ce cadre le Comité de protection des personnes (CPP) n'ait pas été sollicité, ni la recherche du consentement des résidents effectuée. Notre travail montre initialement une prévalence de la dénutrition de 60,8 %. Ce chiffre semble supérieur aux données de la littérature disponibles sur la prévalence de la dénutrition en EHPAD⁽⁵⁾. De nombreuses études se sont appuyées sur le MNA comme critère d'évaluation. Une étude de Stange *et al.*⁽¹⁰⁾ a montré qu'un MNA pathologique était bien corrélé à d'autres marqueurs de la dénutrition (dans cette étude : perte de poids, IMC < 22, et faible prise de poids), or l'utilisation de ce score est particulièrement difficile à mener chez les patients présentant des troubles cognitifs parfois sévères, c'est pourquoi nous ne l'avons pas utilisé dans notre étude. L'argumentaire des recommandations HAS⁽⁷⁾ détaille les principales études de prévalence de la dénutrition en

Tableau 2 : Évolution des albuminémies (en g/l).

Table 2: Evolution of the albumin.

Albuminémies	2012	2013	2014	p-valeur
Nombre de données disponibles	92	93	91	
Moyenne (ET)	34,5 (4,6)	35,0 (3,4)	37,9 (3,4)	p < 0,0001
Médiane (Q1-Q3)	35,3 (32,1-37,3)	35,1 (33,3-36,9)	38,1 (36,1-40,0)	

EHPAD. Elles retrouvent des prévalences variant de 2 à 38 %, mais aucune de ces études ne s'est appuyée sur l'ensemble des critères que nous avons retenus : variation de poids, IMC et albuminémie^(10, 11). Parmi les données françaises récentes, nous disposons de l'étude de prévalence de Blin *et al.*⁽⁵⁾. Cette étude, qui comprend un échantillon important (4 520 sujets analysés), s'est intéressée aux populations d'EHPAD et a retenu les critères HAS comme critères d'évaluation. La prévalence de la dénutrition était de 45,6 % et la prévalence de la dénutrition sévère de 12,5 %, mais il existait un nombre important de données manquantes pour les 4 critères, qui étaient dans ce cas jugés négatifs. Ceci peut expliquer que la prévalence dans cette étude soit sensiblement inférieure à celle que nous avons mesurée avant intervention.

Entre la première et la deuxième évaluation, il existait une amélioration des paramètres nutritionnels, surtout visible sur le critère anthropométrique (variation de poids). Mais c'est surtout après la troisième évaluation que l'amélioration était significative, notamment sur l'albuminémie. Ce résultat nous a étonné, car la plupart des mesures ont été mises en place après l'évaluation initiale. Cette amélioration secondaire semble s'expliquer principalement par l'action effectuée par la diététicienne auprès des cuisiniers entre la deuxième et la troisième évaluation. Celle-ci a consisté à retravailler la valeur nutritionnelle des plats proposés et tout particulièrement les teneurs en protéines. En effet, la diététicienne avait pu identifier que les plats enrichis étaient en fait bien en dessous des valeurs nutritionnelles requises pour un patient dénutri, à savoir environ 30 à 40 kcal/kg/jour avec un apport protidique de 1,2 à 1,5 g/kg/jour⁽⁷⁾. Cette question de la valeur protéique de l'alimentation enrichie n'avait pas été abordée de façon si précise au départ de l'étude et nos résultats démontrent qu'elle est indispensable.

La faible variation des IMC avant et après intervention montre bien que l'IMC présente surtout un intérêt dans le diagnostic initial de la dénutrition, notamment à l'entrée en EHPAD, mais présente moins d'intérêt pour le suivi.

Notre étude présente des limites et des faiblesses méthodologiques : les dosages d'albuminémie n'ont pas été corrélés aux dosages de la CRP, afin de détecter les situations d'hypercatabolisme. Par ailleurs, l'utilisation de l'albuminémie

dans le diagnostic de la dénutrition est discutée, et non recommandé dans un consensus récent⁽¹²⁾. Les goûts et aversions des patients n'étaient pas réévalués secondairement. Une fiche de recueil des ingesta avait été effectuée pour tous les résidents à la première évaluation, mais s'est avérée difficile à exploiter. Un à deux résidents ont bénéficié d'aliments transportables, mais cet aspect n'a pas fait l'objet d'une évaluation spécifique.

Le suivi des CNO a été imparfait. La prise effective n'était pas tracée. De même, nous ne pouvons pas préciser exactement combien de patients en ont reçu, car la liste était actualisée lors de chaque réunion de suivi toutes les 4 à 6 semaines. Les critères d'instauration de CNO au cours du suivi étaient subjectifs : basés sur une discussion avec les soignants référents et l'évolution de la courbe de poids ou des albuminémies lorsqu'elles ont été pratiquées. Le suivi du nombre de personnes bénéficiant des séances d'activité physique est difficilement quantifiable, car il a régulièrement évolué au cours de l'étude. Il n'est pas détaillé dans nos résultats ni analysé.

Cependant, ce travail va dans le sens des résultats de la méta-analyse de Milne *et al.* sur l'efficacité des mesures nutritionnelles sur la dénutrition^(13, 14). La formation du personnel sur la nutrition est essentielle. Les soignants sont les acteurs indispensables, il serait vain de vouloir appliquer des mesures spécifiques sans insister sur le temps de formation. L'aide personnalisée au repas n'est possible qu'avec une dotation suffisante en personnel soignant, alors que les effectifs soignants sont souvent perçus comme insuffisants par les équipes et les familles. L'alimentation enrichie est une des mesures principales à mettre en place. Elle nécessite une implication importante des cuisiniers ainsi qu'une organisation spécifique, afin que puissent être préparés un plat « normal » et un plat « enrichi ». Et pour les établissements qui ne possèdent pas de cuisine sur place, l'élaboration d'une alimentation enrichie doit pouvoir aussi être proposée. Elle ne doit pas être substituée par les CNO, souvent injustement placés en première position dans les mesures nutritionnelles, alors qu'ils sont plus coûteux et peu appréciés. Les indications de prescription doivent être précises, et la traçabilité de leur prise effective⁽¹⁵⁾. Il importe aussi que médecins coordonnateurs et médecins traitants travaillent ensemble à définir les indications de prescription.

Des études ont montré qu'une activité physique régulière avait des effets positifs pour la renutrition des sujets dénutris^(7, 16). L'exercice physique contre résistance contribue à améliorer la force musculaire, et Fiatarone *et al.* ont montré aussi qu'une supplémentation nutritionnelle isolée (sans activité physique associée) n'a pas les mêmes effets⁽¹⁷⁾. L'activité physique adaptée n'est pas simple à mettre en œuvre et tous les EHPAD ne peuvent bénéficier de moniteur d'activité physique adaptée. Notre expérience confirme que des soignants, sous réserve qu'ils soient bien sûr encadrés et formés, peuvent animer de tels groupes. Bonnefoy *et al.* avaient montré la faisabilité de telles interventions par des aides à domicile⁽¹⁸⁾.

Un suivi personnalisé de la nutrition par le médecin coordonnateur est utile. Il s'intègre d'ailleurs tout à fait dans les missions du médecin coordonnateur, qui doit veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques⁽¹⁹⁾. Il importe d'identifier systématiquement les patients dénutris (ou à risque) à l'entrée dans l'établissement, puis régulièrement ou lors d'une situation de décompensation. Il est nécessaire que des mesures soient rapidement mises en place dès la constatation d'une dénutrition ou d'une situation à risque (état infectieux, contexte néoplasique, démence...). De même qu'il apparaît essentiel qu'une évaluation médicale ait lieu dès qu'une perte d'appétit ou de poids significative est constatée.

Les résidents doivent être informés de ces mesures. Un temps d'information des familles et des aidants paraît lui aussi pertinent, car il permet de les associer aux démarches mises en place : aliments à privilégier lorsqu'ils en apportent à leurs proches, incitation à proposer une activité physique... Dans l'établissement, une telle information était donnée à l'occasion de la réunion annuelle des familles.

Enfin, le temps du repas ne peut se résumer à la simple satisfaction d'un besoin primaire⁽²⁰⁾ et ne peut être considéré

que sous un angle médical. Il est essentiel de tenir compte des souhaits et des goûts des résidents (lieu du repas, aversions alimentaires...). Les repas doivent être bons. La question de l'environnement est essentielle : architecture des salles à manger, luminosité, niveau sonore, tables dressées avec nappes. Toutes les actions visant à améliorer la convivialité sont à développer (choix des voisins de table, repas en petits groupes, repas à thème...)⁽²¹⁾.

Nous n'avons pas développé l'aspect médico-économique. On peut souligner quand même que le coût de l'enrichissement alimentaire a été chiffré à 0,635 € par jour et par résident.

CONCLUSION

La dénutrition est une situation fréquente et préoccupante en EHPAD. Ses conséquences graves sont bien connues, mais la faisabilité de différentes actions visant à la corriger ne paraît pas évidente.

La nutrition doit représenter une préoccupation incontournable dans les EHPAD et la lutte contre la dénutrition ne peut s'envisager que de manière multidisciplinaire : soignant, cuisinier, agent de service, personnel administratif, animateur, médecin, diététicienne, kinésithérapeutes... Elle peut et doit s'inscrire comme un axe important des projets d'établissement. Malgré les limites de notre travail, notre étude suggère fortement que différentes mesures peuvent avoir un effet positif sur les indicateurs nutritionnels. Elle illustre bien que la dénutrition représente un sujet de choix pour un programme d'amélioration de la qualité en EHPAD. ■

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. **Constans T.** Dénutrition des personnes âgées. *Rev Prat* 2003 ; 53 : 275-9.
2. **Raynaud-Simon A, Lesourd B.** Dénutrition du sujet âgé. Conséquences cliniques. *Presse Med* 2000 ; 29 : 2183-90.
3. **Berlowitz D, Van B, Wilking S.** Risk factors for pressure sores. A comparison of cross sectional and cohort derived. *J Am Geriatr Soc* 1989 ; 37 : 1043-50.
4. **Corti M, Guralnik J, Salive M, Sorkin J.** Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons. *JAMA* 1994 ; 272 : 1036-42.
5. **Blin P, Ferry M, Maubourguet-Ake N, Vetel J.** Prévalence de la dénutrition protéino-énergétique en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Rev Geriatr* 2011 ; 3 : 127-34.
6. **Donini L, Savina C, Rosano A, Cannella C.** Systematic review of nutritional status evaluation and screening tools in the elderly. *J Nutr Health Aging* 2007 ; 11 : 421-32.
7. HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, Recommandations. 2007. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf
8. INPES. Le guide nutrition à partir de 55 ans [Internet]. 2015 Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=932>
9. Programme National Nutrition Santé. Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées : la santé en mangeant et en bougeant. 2006. <file:///Users/syro/Downloads/941.pdf>
10. **Stange I, Poeschl K, Stehle P, Sieber C, Volkert D.** Screening for malnutrition in nursing home residents: comparison of different risk markers and their association to functional impairment. *J Nutr Health Aging* 2013 ; 17 : 357-63.
11. **Crogan N, Pasvogel A.** The influence of protein-calorie malnutrition on quality of life in nursing homes. *J Gerontol* 2003 ; 58 : 159-64.
12. **Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, et al.** Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. *Clin Nutr* 2015 ; 34 : 335-40.
13. **Milne AC, Avenell A, Potter J.** Meta analysis: protein and energy supplementation in older people at risk from malnutrition. *Ann Intern Med* 2006 ; 144 : 37-48.
14. **Milne AC, Potter J, Avenell A.** Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 ; CD003288.
15. **Kayser-Jones J, Schell E, Porter C, Barbaccia J, Steinbach C, Bird WEA.** A prospective study of the use of liquid oral dietary supplements in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1998 ; 46 : 1378-86.
16. **Bermon S, Hebuterne X, Peroux J, Marconnet P, Rampal P.** Correction of protein-energy malnutrition in older adults: effects of a short term aerobic training program. *Clin Nutr* 1997 ; 16 : 291-8.
17. **Fiatarone M, Neill E, Ryan N, Clements K, Solares G, Nelson MEA.** Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med* 1994 ; 330 : 1769-75.
18. **Bonnefoy M, Boutitie F, Mercier C, Gueyffier F, Carre C, Guetemme GEA.** Efficacy of a home-based intervention programme on the physical activity level and functional ability of older people using domestic services: a randomised study. *J Nutr Health Aging* 2012 ; 16 : 370-7.
19. Journal officiel de la République Française. Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes [Internet]. 2005 Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006906538&dateTexte=&categorieLien=cid>
20. **Ferry M, Mischlich D, Alix E, Brocker P, Constans T, Lesourd B, et al.** Nutrition de la Personne âgée. Aspects fondamentaux, cliniques et psycho-sociaux. Collection Abrégés de Médecine. Elsevier Masson, 4^e éd ; 2012.
21. **Delamarre C.** Démence et projet de vie. Dunod ; 2007.