

Université René Descartes –Paris V

Faculté Cochin – Port Royal

PROFILS ETIOLOGIQUES DES RESIDENTS BIEN NUTRIS DANS NOTRE RESIDENCE

Docteur Véronique DEXEMPLE

DIU Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'EHPAD

Année universitaire 2013-2014

Directeur de Mémoire: Docteur M.PLICHARD

1. CONTEXTE

1.1 *Constat général*

Dans notre population âgée croissante, la malnutrition est une situation récurrente dans nos institutions et souvent sous-estimée (1).

La détection précoce de la malnutrition chez les personnes âgées à risque est importante parce qu'il est difficile, lorsque l'état de dénutrition est installé, de remédier à ses conséquences néfastes voire irréversibles (2).

1.2 *Constat et analyse au sein de la résidence*

Dans le cadre d'une prise de poste de Médecin Coordonnateur, notre réflexion a commencé fin mars 2014 par la comptabilisation d'un nombre élevé (32 répertoriées) de chutes diurnes et nocturnes.

Sachant que la malnutrition est associée à un important risque de chutes, et potentiellement à une diminution d'activité de la personne âgée (3), nous avons été amenés à évaluer (4)

l'état nutritionnel des résidents de notre établissement situé en Ile-de-France.

La revue de la littérature propose de nombreuses références sur la dénutrition, état relatif à une insuffisance énergétique des apports alimentaires (5).

- Les causes de malnutrition ont fait l'objet de nombreux travaux (6).
- Différents indicateurs, physiques et biologiques, sont utilisés pour analyser les besoins quotidiens de base et préconiser une surveillance nutritionnelle adaptée des personnes âgées (7; 8; 9).
- Le taux d'albuminémie a été utilisé dans certaines études comme indicateur de référence avant et après intervention (10).

1.3 Choix-décision de l'étude

Qu' elle soit prescrite par le Médecin Traitant ou par le Médecin Coordonnateur, nous nous sommes intéressés particulièrement à l'albuminémie.

Le constat, établi en avril 2014, faisait état d'une prévalence élevée de la malnutrition (11):

19% (19/101) de résidents bien nutris	albuminémie supérieure à 35 g/L
82% (82/101) de résidents dénutris:	
51% (51/101) de résidents dénutris de façon modérée	albuminémie comprise entre 30 et 35 g/L
31% (31/101) de résidents dénutris de façon sévère	albuminémie inférieure ou égale à 30 g/L

Notre objectif a été de tenter d'améliorer l'équilibre nutritionnel des résidents que nous venions de prendre en charge.

Un plan d'action de lutte contre la dénutrition a alors été mis en place, ciblant la supplémentation énergétique individuelle (12), dont on sait qu'elle s'adresse à tous quel que soit le niveau socio-économique (13) et qu'elle est mieux acceptée selon le niveau éducatif (14).

Les actions mises en place ont été les suivantes:

- ✓ apporter 20 gr de protéines en plus par jour et par personne
- ✓ augmenter la teneur protidique des repas, enrichis en fromage, crème; donner des pains et des céréales énergétiques; ajouter l'HP20;
- ✓ prescrire les compléments alimentaires indiqués;
- ✓ en Unité Protégée, mettre à disposition des collations jour et nuit;
- ✓ inciter les résidents à manger, autant que faire se peut, au restaurant plutôt qu'en chambre;
- ✓ sensibiliser lors des réunions pluridisciplinaires et former le personnel soignant;
- ✓ suivre les courbes de poids;
- ✓ stimuler les résidents aptes, pour une activité physique adaptée;
- ✓ réévaluer les taux d'albuminémie à 6 mois.

2. OBJECTIF

Compte tenu des nombreux travaux disponibles sur la malnutrition il nous a paru intéressant d'étudier plus précisément, au sein de la résidence, les profils étiologiques des résidents actuellement bien nutris.

3. METHODOLOGIE

2.1 Contrôle des taux d'albuminémies de 100 Résidents.

En septembre 2014 un contrôle des taux d'albuminémies de 100 Résidents a été réalisé.

Les résultats sont les suivants* :

14% (14/100) de résidents bien nutris	<i>albuminémie supérieure à 35 g/L</i>
84% (84/100) de résidents dénutris:	
47% (47/100) de résidents dénutris de façon modérée	albuminémie entre 30 et 35 g/L
37% (37/100) de résidents dénutris de façon sévère	albuminémie inférieure ou égale à 30 g/L.

* A noter que deux résidents ont refusé la prise de sang.

Nous constatons que le taux de Résidents dénutris est légèrement supérieur mais réparti différemment par rapport au constat d'avril 2014 avec une augmentation du nombre de résidents sévèrement dénutris et une diminution du nombre de résidents modérément dénutris.

Le taux de résidents bien nutris, qui sera le propos de notre étude, a proportionnellement diminué.

2.2 Etude de 14 profils

Nous avons étudié les profils des personnes qui, dans le cas présent, maintiennent un bon niveau nutritionnel: ce sont 14 résidents sur 100, qui ont une albuminémie supérieure à 35 g/L.

Les données retenues sont :

- ✓ l'âge,
- ✓ le sexe,
- ✓ le séjour en EHPAD ou en Unité Protégée (UP),
- ✓ le Groupe Iso-Ressource (GIR) de la grille nationale AGGIR,
- ✓ les antécédents médico-chirurgicaux,
- ✓ le statut psychologique et le Mini-Mental State (MMS),
- ✓ l'albuminémie en g/L et son évolution en six mois,
- ✓ le poids en kilogrammes et son évolution en six mois,
- ✓ le régime actuellement suivi,
- ✓ la sociabilité des repas pris au restaurant ou en chambre, la notion de présence régulière, conjoint(e) ou dame de compagnie,
- ✓ la iatrogénie.

4. RESULTATS

Les résultats de l'étude réalisée sur 14 résidents maintenant un bon niveau niveau nutritionnel sont synthétisés dans les tableaux suivants :

Nom Résident	EHPAD ou UP	Age	Sexe	Temps Institutionnalisation (mois)	GIR	Antécédents Médico Chirurgicaux	Neuro-psychiatriques	MMS	Albuminémie		Poids		Aide	Repas Lien Social	Régime	Iatrogénie nombre médicaments
									g / L	Variable	Kgs	Variable				
R-U	E	89	F	36	4	Hypertension artérielle Hypercholestérolémie Hépatite C chronique Insuffisance rénale	Maladie d'Alzheimer Dépression	Pathologique	36	+2	55	+4	Non	Restaurant midi et soir	HP20 Compléments alimentaires Mixé	5
D-T	UP	88	F	22	2	Coxarthrose	Démence Troubles cognitifs sévères	Pathologique sévère	38	Egal	47	+3	Oui	Repas en UP	Mixé	8
C-E	E	92	H	11	2	Fibrillation auriculaire Insuffisance cardiaque Pace-Maker Ethylisme Cancer de prostate Capsulite de l'épaule	Aucun	28	40	+4	76,5	+13,5	Non	Restaurant avec épouse midi et soir	Normal	12
B-D	E	89	F	30	4	Arthrose Sciatique Varices Polypes côlon Zona Apendicectomie Fracture du poignet	Troubles cognitifs non étiquetés	Pathologique	36	Non disponible	54	-6	Non	Restaurant midi et soir	Normal	6
D-S	E	88	H	5		Arythmie cardiaque Hypertension artérielle Cardiopathie ischémique Maladie de Parkinson Adénome de la prostate Apendicectomie Cholécystectomie Hernie inguinale bilatérale	Troubles cognitifs légers	Non pathologique	36	+3	63	+1,5	Non	Restaurant midi et soir	HP20 Compléments alimentaires Normal	9
M-A	E	94	F	39	4	Hypertension artérielle Cancer du côlon Arthrose du bassin DMLA	/	Non pathologique	36	+3	54	-1	Non	Restaurant midi et soir	HP20 Normal	7
F-R	E	85	F	35	3	Hypertension artérielle Anévrisme aortique Divericules oesophagiens Arthrose	Dépression	Pathologique sévère	36	-2	56	+4	Non	En chambre	Normal	3

Nom Resident	EHPAD ou UP	Age	Sexe	Temps Institutionnalisation (mois)	GIR	Antécédents Médico Chirurgicaux	Neuro-psychiatriques	MMS	Albuminémie		Poids		Aide	Repas Lien Social	Régime	Iatrogénie nombre médicaments
									g / L	Variable	Kgs	Variable				
R-D	E	94	H	18	6	Hypertension artérielle Insuffisance rénale Pancréatites Cholécystectomie Polypes vessie RTUP	/	Non pathologique	37	+3	55	-1,5	Non	Restaurant midi et soir	HP20 Normal	12
B-T	E	91	F	44	6	Pace-Maker Glaucome Cancer du sein Cholécystectomie Arthrose Sciatique	/	Non pathologique	37	Egal	67	+3	Non	Restaurant midi et soir	Normal	0
M-N	E	85	H	25	4	Syndrome Parkinsonien Adénome de prostate Hernie inguinale	/	Non pathologique	39	+2	60	+1	Non	Restaurant à midi	Normal	10
R-R	E	90	F	12	6	Cancer du sein	Troubles cognitifs légers Dépression	25	39	+2	54	Non disponible	Non	Restaurant à midi Chambre le soir avec mari	Normal	0
C-E	E	88	F	11	6	Arthrose cervicale Ostéoporose Cataracte	Troubles amnésiques d'évolution progressive Dépression	21	40	+2	65	+6	Non	Restaurant midi et soir avec mari	Normal	6
M-R	E	94	F	48	5	Cataracte Troubles du rythme supraventriculaire Urticaire allergique Neurinome de l'acoustique Fracture du col du fémur Hernie ombilicale	Dépression	Non pathologique	36	+2	50	-2	Non	Restaurant midi et soir	HP20 Compléments alimentaires Mixé	3
C-T	E	90	F	43	6	Remplacement valvulaire Angor d'effort Hypertension artérielle Phlébite Fracture du col du fémur Arthrose Cholécystectomie DMLA	Dépression	Non pathologique	36	-5	86	+16	Non	Restaurant midi et soir avec mari	Normal	6

5. DISCUSSION

- L'âge moyen de nos Résidents étudiés est de 89 ans 1/2, compris entre 85 et 94 ans.

Le sexe ratio est de 10 femmes pour 4 hommes, représentatif du sexe ratio de nos institutions.

La prévalence de la malnutrition augmente significativement avec l'âge (15).

Les femmes, répondraient mieux que les hommes aux programmes de nutrition mis en place (16).

- 13 de nos 14 Résidents sont institutionnalisés en EHPAD et 1 Résidente est institutionnalisée en Unité Protégée.

Nous savons que les troubles cognitifs modifient les pratiques alimentaires (17).

Le temps d'institutionnalisation moyen est de 27 mois soit 2 ans et 3 mois, variant de 5 mois à 4 ans.

Certains travaux évoquent une altération de l'état nutritionnel dès les premiers mois d'institutionnalisation (18).

- Les GIR sont essentiellement des GIR 6 (5 Résidents) et GIR 4 (4 Résidents).

Peu de Résidents étudiés font état d'un état de dépendance, motrice ou psychique.

2 résidents sont GIR 5, 1 résident est GIR 3 et 2 résidents sont GIR 2.

Force est de relier l'autonomie de nos 11 résidents (GIR 6, 5 et 4) à leur peu de besoin de coordination interdisciplinaire (18).

Tous ont une activité de marche régulière et quotidienne.

- Les antécédents médico-chirurgicaux sont propres à chacun.

Que ce soit une pathologie aiguë ou la décompensation d'une pathologie chronique, peu de résidents présentent une pathologie anorexigène évolutive au moment de notre étude.

La moyenne est inférieure à 5 antécédents médico-chirurgicaux par résident, variant de 1 à 8 antécédents.

On sait que le risque de malnutrition est associé à l'existence d'un nombre élevé de pathologies présentées par le résident (19).

➤ Le statut neuro-psychiatrique et le MMS

8 résidents sur 14 ont un MMS pathologique inférieur à 28/30.

6 résidents sur 14 sont dépressifs, indicateur dont on sait qu'il peut interférer sur le statut nutritionnel (20).

Parmi eux, 2 résidents présentent des troubles neuro-psychiatriques sévèrement pathologiques.

La démence ne serait pas obligatoirement une cause de dénutrition (21).

Certaines études ont démontré l'effet positif des compléments alimentaires sur l'état cognitif des résidents(22).

Seulement 3 de nos 14 résidents étudiés recevaient des compléments alimentaires au moment de l'étude.

➤ Les taux d'Albuminémie varient de 36 à 40 g/L avec une moyenne de 38 g/L dans notre population étudiée de résidents bien nutris.

A noter que 40 g/L est le taux le plus élevé d'albuminémie relevée dans notre résidence.

Durant les 6 derniers mois, la majorité, 9 sur 14, des résidents a augmenté son taux d'albuminémie,

2 résidents sur 14 ont gardé le même taux d'albuminémie,

2 résidents sur 14 ont diminué leur taux d'albuminémie,

et une référence est manquante.

➤ Le poids

Chez les femmes, les poids varient de 46 à 86 Kgs, avec une moyenne de 66 Kgs;

Chez les hommes, le poids varient de 55 à 76 Kgs, avec une moyenne de 60,5 Kgs.

Dans notre groupe de personnes, 9 résidents ont pris du poids, 4 résidents ont perdu du poids et 1 référence manque.

➤ La majorité des résidents bien nutris n'a pas besoin d'aide au repas. La seule résidente qui ait besoin d'aide au repas séjourne et déjeune en UP.

Ainsi, des 13 résidents à séjourner en EHPAD, la majorité (12/13) prend ses repas midi et soir au restaurant.

Ce maintien du lien social, ajouté à la convivialité du repas, quel que soit d'ailleurs l'âge, est important en institution.

4 de nos résidents ont la chance de partager ces moments avec leur conjoint(e).

Il serait intéressant d'étudier l'influence positive de la présence de la dame de compagnie sur l'ingestion de la ration alimentaire.

Au même titre que l'absence d'isolement, on sait qu'être paucipathologique contribue à conserver un bon moral (23-24).

➤ Dans notre étude, la majorité des régimes est de texture normale.

Aucun résident n'a de régime restrictif.

Cependant, 3 résidents ont une prescription de repas mixé en prévention du risque de trouble de la déglutition à type de fausses routes.

Les résidents étudiés ne présentaient pas de troubles bucco-dentaires majeurs, tant de déglutition que de mastication (25).

En revanche, 5/14 des résidents reçoivent une supplémentation protéinée en HP20 et 3/14 des résidents prenaient des compléments alimentaires au moment de notre étude.

➤ La iatrogénie:

Nos résidents étudiés prennent en moyenne 6 médicaments par jour au long cours.

8/14 des résidents ne prennent pas plus de 6 médicaments par jour.

On est à la limite de la polymédication.

Deux résidents n'ont aucun traitement, mais 2 résidents prennent 12 médicaments par jour.

Les études ont montré que la polymédication est, entre autres, un facteur prédisposant à la malnutrition (11).

5. CONCLUSION

Les résidents bien nutris sont relativement autonomes, n'ont pas de pathologie active, ont peu ou pas de troubles neuro-psychiatriques, ont pris du poids depuis leur arrivée à la résidence, ont une activité physique régulière, ont un régime quasiment normal et ne prennent pas plus de 6 médicaments par jour au long cours.

Malgré cela notre plan d'action s'avère inapproprié et/ou inefficace, du moins à adapter à l'étude des variables.

Un retour de ces données de contrôle, chiffres à l'appui, va être donné en réunion pluridisciplinaire ainsi qu'à la Direction de la résidence.

Il nous semble devoir travailler selon des axes qui font appel, non plus à la qualité et à la quantité des produits énergétiques, mais au personnel soignant (26):

- ✓ l'accompagnement, tant dans le temps de disponibilité des repas proposés aux résidents que de l'aide à ces mêmes repas,
- ✓ la sociabilité du repas, qui doit être, autant que faire se peut, pris en groupe au restaurant plutôt qu'en chambre,
- ✓ la ration alimentaire (27) et le suivi des ingesta
- ✓ le Minimal Nutritional Assessment (28),
- ✓ l'inclusion d'autres mesures.

Notre travail mené sur 14% de nos résidents a permis d'étudier les profils étiologiques des résidents bien nutris.

Il a également motivé une prise de conscience des améliorations à apporter promptement et selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (4) dans notre résidence.

Nous serions intéressés par faire une étude (résidents dénutris sévères + résidents dénutris modérés) versus résidents bien nutris, ET résidents dénutris sévères versus (résidents dénutris modérés + résidents bien nutris) (29).

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Unanue-Urquijo S, Badia-Capdevila H, Rodríguez-Requejo S, Sánchez-Pérez I, Coderch-Lassaletta J

Factors related to nutritional status in geriatric patients receiving institutional and home care

1.Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009 Jan-Feb;44(1):38-41. doi: 10.1016/j.regg.2008.06.002

2. Flanagan D, Fisher T, Murray M, Visvanathan R, Charlton K, Thesing C, Quigley G, Walther K

Managing undernutrition in the elderly-prevention is better than cure

Aust Fam Physician. 2012 Sep;41(9):695-9.

3. Neyens J, Halfens R, Spreeuwenberg M, Meijers J, Luiking Y, Verlaan G, Schols J

Malnutrition is associated with an increased risk of falls and impaired activity in elderly patients in Dutch residential long-term care (LTC): a cross-sectional study

Arch Gerontol Geriatr. 2013 Jan-Feb;56(1):265-9. doi: 10.1016/j.archger.2012.08.005. Epub 2012 Aug 29

4. Haute Autorité de Santé

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée

Synthèse des Recommandations Professionnelles (2007)

5. López-Contreras MJ, Torralba C, Zamora S, Pérez-Llamas F

Nutrition and prevalence of undernutrition assessed by different diagnostic criteria in nursing homes for elderly people

J Hum Nutr Diet. 2012 Jun;25(3):239-46. doi: 10.1111/j.1365-277X.2012.01237.x. Epub 2012 Feb 23

6. Morley JE. Fam Pract

Undernutrition in older adults

2012 Apr;29 Suppl 1:i89-i93. doi: 10.1093/fampra/cm054

7. Lee LC, Tsai AC, Wang JY, Hurng BS, Hsu HC, Tsai HJ

Need-based intervention is an effective strategy for improving the nutritional status of older people living in a nursing home: a randomized controlled trial

Int J Nurs Stud. 2013 Dec;50(12):1580-8. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.04.004. Epub 2013 May 3

8. Callen BL, Wells TJ

Screening for nutritional risk in community-welling old-old

Public Health Nurs. 2005 Mar-Apr;22(2):138-46

9. Isenring EA, Banks M, Ferguson M, Bauer JD

Beyond malnutrition screening: appropriate methods to guide nutrition care for aged care residents

J Acad Nutr Diet. 2012 Mar;112(3):376-81. doi: 10.1016/j.jada.2011.09.038. Epub 2012 Mar 1

10. Kumagai S, Shibata H, Watanabe S, Suzuki T, Haga H, Osada H, Teraoka K

An intervention trial to postpone aging in competent elderly. Trial of nutritional improvement in the retirement home

Nihon Koshu Eisei Zasshi. 1999 Nov;46(11):1003-12. Japanese

11. Allepaerts S, De Flines J, Paquot N

Nutrition in the elderly

Rev Med Liege. 2014 May-Jun;69(5-6):244-50

12. Nykänen I, Rissanen TH, Sulkava R, Hartikainen S

Effects of individual dietary counseling as part of a comprehensive geriatric assessment (CGA) on nutritional status: a population-based intervention study

J Nutr Health Aging. 2014 Jan;18(1):54-8. doi: 10.1007/s12603-013-0342-y

13. Kim CO, Lee KR

Preventive effect of protein-energy supplementation on the functional decline of frail older adults with low socioeconomic status: a community-based randomized controlled study

J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013 Mar;68(3):309-16. doi: 10.1093/gerona/gls167. Epub 2012 Aug 9

14. McIntosh WA, Kubena KS, Walker J, Smith D, Landmann WA

The relationship between beliefs about nutrition and dietary practices of the elderly

J Am Diet Assoc. 1990 May;90(5):671-6

15. Schilp J, Kruizenga HM, Wijnhoven HA, Leistra E, Evers AM, van Binsbergen JJ, Deeg DJ, Visser M

High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals

Nutrition. 2012 Nov-Dec;28(11-12):1151-6. doi: 10.1016/j.nut.2012.02.016. Epub 2012 Jun 29

16. Kohrs MB, O'Hanlon P, Krause G, Nordstrom J

**Nutrition Program for the Elderly
Relationship of socioeconomic factors to one day's nutrient intake**

J Am Diet Assoc. 1979 Nov;75(5):537-42

17. Best C, Evans L

Identification and management of patients' nutritional needs

Nurs Older People. 2013 Apr;25(3):30-6

18. Métrailler A, Emery G, Zuber A, Robyr M, Mabillard F, Dolt G, Kunz A, Bettler S, Bonvin L

Can we improve the general and nutritional management of elderly individuals living at a medical-social facility?

Rev Med Suisse Romande. 2003 Mar;123(3):197-200. French

19. Méndez Estévez E, Romero Pita J, Fernández Domínguez MJ, Troitiño Álvarez P, García Dopazo S, Jardón Blanco M, Rey Charlo M, Rivero Cotilla MI, Rodríguez Fernández C, Menéndez Rodríguez M

Do our elderly have an adequate nutritional status?

Nutr Hosp. 2013 May-Jun;28(3):903-13. doi: 10.3305/nh.2013.28.3.6349. Spanish

20. Phillips RM

Nutrition and depression in the community-based oldest-old

Home Healthc Nurse. 2012 Sep;30(8):462-71; quiz 472-3. doi: 10.1097/NHH.0b013e31826517ad

21. Franzoni S, Frisoni GB, Boffelli S, Rozzini R, Trabucchi M

Good nutritional oral intake is associated with equal survival in demented and non-demented very old patients

J Am Geriatr Soc. 1996 Nov;44(11):1366-70

22. Allen VJ, Methven L, Gosney MA

Use of nutritional complete supplements in older adults with dementia: systematic review and meta-analysis of clinical outcomes

Clin Nutr. 2013 Dec;32(6):950-7. doi: 10.1016/j.clnu.2013.03.015. Epub 2013 Mar 28

23. Callen BL, Wells TJ

Views of community-dwelling, old-old people on barriers and aids to nutritional health

J Nurs Scholarsh. 2003;35(3):257-62

24. Von Heideken Wågert P, Rönmark B, Rosendahl E, Lundin-Olsson L, Gustavsson JM, Nygren B, Lundman B, Norberg A, Gustafson Y

Morale in the oldest old: the Umea 85 + study

Age Ageing. 2005 May;34(3):249-55. Epub 2005 Mar 22

25. Tamura BK, Bell CL, Masaki KH, Amella EJ

Factors associated with weight loss, low BMI, and malnutrition among nursing home patients: a systematic review of the literature

J Am Med Dir Assoc. 2013 Sep;14(9):649-55. doi: 10.1016/j.jamda.2013.02.022. Epub 2013 Apr 30

26. Roth CP, Ganz DA, Nickles L, Martin D, Beckman R, Wenger NS

Nurse care manager contribution to quality of care in a dual-eligible special needs plan

J Gerontol Nurs. 2012 Jul;38(7):44-54

27. Skates JJ, Anthony PS

Identifying geriatric malnutrition in nursing practice: the Mini Nutritional Assessment (MNA®)-an evidence-based screening tool.

J Gerontol Nurs. 2012 Mar;38(3):18-27; quiz 28-9. doi: 10.3928/00989134-20120207-02. Epub 2012 Feb 15

28. Young AM, Kidston S, Banks MD, Mudge AM, Isenring EA

Malnutrition screening tools: comparison against two validated nutrition assessment methods in older medical inpatients

Nutrition. 2013 Jan;29(1):101-6. doi: 10.1016/j.nut.2012.04.007. Epub 2012 Aug 2

29. Simsek H1, Sahin S, Ucku R, Sieber CC, Meseri R, Tosun P, Akcicek F

The diagnostic accuracy of the revised mini nutritional assessment short form for older people living in the community and in nursing homes

J Nutr Health Aging. 2014;18(8):725-9. doi: 10.1007/s12603-014-0460-1