

Université Paris Descartes. Faculté Cochin-Port Royal

**MÉTHODE DE SURVEILLANCE  
ET DE PRÉVENTION  
DE LA DÉNUTRITION  
EN EHPAD**

Docteur Franck POURCYRUS

DIU de Médecin Coordonnateur en EHPAD

Année 2014-2015

Directeur de Mémoire : Docteur Christine BOURLIER

Je souhaite remercier en tout premier lieu Madame le Docteur Christine BOURLIER qui a très amicalement accepté de diriger ce travail et m'a apporté son aide si précieuse. Ses encouragements ont été plus qu'indispensable.

J'ai une pensée pour toutes les personnes intervenues directement ou indirectement depuis le début dans cet enseignement, chronologiquement :

Madame Karine PERIGAULT, Infirmière-Coordinatrice de l'EHPAD Pierre Mondine pour sa collaboration sans faille durant toutes ces années,

Madame M.C FOURNIER et la direction de l'EHPAD Pierre Mondine qui m'ont incité à suivre cette formation,

Monsieur le Docteur Bertrand BONNAY, Médecin-Coordonnateur de l'EHPAD de Janville qui a été mon compagnon de route durant toute l'année universitaire,

Madame le Professeur A.S RIGAUD pour la qualité de l'enseignement mis en place et pour m'avoir permis de m'inscrire tardivement au DIU,

Tous les enseignants et les intervenants rencontrés tout au long de l'année universitaire,

Madame le Docteur Hafida BENHABIB, Médecin-Coordonnateur et l'équipe paramédicale de l'EHPAD "Le petit Saint-Mars" d'Etampes pour leur accueil lors de mon stage pratique,

... J'en oublie certainement mais qu'ils soient tous chaleureusement remerciés ici.

A mon père,

le Docteur S.N POURCYRUS

qui m'a donné le goût de découvrir cet art si passionnant.

Lui qui en a tant soigné

et qui est à son tour une Personne Agée.

## SOMMAIRE

I - INTRODUCTION	5
II - RAPPELS	6
A) Nutrition	
B) Dénutrition	
1- Définition	
2- Indicateurs	
3- Causes	
a) Hypercatabolisme	
b) Insuffisance d'apport	
III - METHODOLOGIE	11
IV - MESURES DE CORRECTION	13
V - RESULTATS	14
VI - DISCUSSION	24
VII - BIBLIOGRAPHIE	26

# MÉTHODE DE SURVEILLANCE ET DE PRÉVENTION DE LA DÉNUTRITION EN EHPAD

## **I - INTRODUCTION**

La dénutrition du sujet âgé qui est un réel problème de santé publique l'est encore plus dans les institutions et constitue un problème majeur en EHPAD. En effet la perte de poids est directement corrélée avec l'élévation de la mortalité et l'augmentation des risques de co-morbidité. Il en résulte une augmentation de la durée des séjours d'hospitalisation, donc des coûts et finalement de l'altération de l'état de santé globale des personnes âgées c'est-à-dire leur dépendance. D'où la nécessité d'en faire un dépistage précoce et de la mise en oeuvre de mesures de prévention efficaces.

C'est d'ailleurs l'un des axes principaux (N° 3) du Plan National Nutrition Santé 2011-2015 avec des mesures ciblées sur le dépistage, la prévention et la prise en charge de la dénutrition.

Etant médecin-coordonnateur depuis quelques années dans un EHPAD de la région Centre avec 80 lits, j'ai été confronté au problème de la dénutrition, sans être parvenu à instaurer un outil efficace pour y remédier. Le but de ce modeste travail est de mettre en valeur une méthode pratique, englobant grâce au suivi du résident, le dépistage et la surveillance de la dénutrition dans un EHPAD. Cela est rendu possible par la simplicité de la mise en place du suivi et de la facilité pour tous les soignants de consulter et utiliser cet outil.

## II - RAPPELS

### A) La Nutrition

**Larousse** : Science appliquée, au carrefour de plusieurs disciplines scientifiques (biologie, médecine, psychologie), qui permet de comprendre le fonctionnement du corps humain et de proposer des recommandations alimentaires ou médicales visant à maintenir celui-ci en bonne santé.

**Wiki** : La **nutrition** (du latin *nutrire* : nourrir) est l'ensemble des processus par lesquels un être vivant transforme des aliments pour assurer son fonctionnement. La psychologie de la nutrition analyse le comportement alimentaire de l'individu ou du groupe. Elle met l'accent sur des questions telles que « pourquoi mangeons-nous ? » ou « comment choisissons-nous nos aliments ? ». Chez l'homme, ces questions sont en rapport avec des facteurs environnementaux tels que l'environnement construit, les médias et politiques de santé, ainsi qu'avec ses particularités tels que ses revenus ou sa culture.

Une bonne Nutrition est donc indispensable pour la bonne santé de la personne âgée. Il conviendra alors de respecter ses besoins nutritionnels de façon complète. En quantité, en qualité : Energie, Protides, Glucides, Lipides, Vitamines, Minéraux, Oligo-éléments et Eau; mais aussi en texture pour limiter les risques de fausses-routes par exemple.

La première mesure de prévention est de s'assurer que la personne âgée reçoit une alimentation suffisante et équilibrée. Mais aussi qu'elle ait le plaisir et l'appétit pour la manger.

Dans nos sociétés, les repas maintiennent les liens sociaux par la convivialité "autour de la table", le partage des souvenirs, les échanges de recettes. Ils rythment les journées et jouent sur la persistance des repères dans le temps.

## **B) La Dénutrition**

### **a) Définition**

Larousse : État pathologique dans lequel les besoins en énergie ou en protéines de l'organisme ne sont pas couverts.

Wiki : La dénutrition est un état pathologique résultant d'apports nutritionnels insuffisants en regard des dépenses énergétiques de l'organisme.

Cette carence entraîne un amaigrissement avec fonte musculaire et perte de la force musculaire. Cet état favorise les chutes et les complications type fractures et/ou rhabdomyolyse. Avec son corollaire qu'est la déshydratation, surviennent les troubles digestifs (constipation, fécalomes, malabsorption), psychiques (confusions, dépression), dermatologiques (escarres, plaies), hématologiques (anémie, saignements) et infectieux (urinaires, respiratoires) par déficit immunitaire pour aboutir à une altération importante de l'état général voire un état grabataire. Les conséquences sont autant individuelles (mortalité multipliée, co-morbidité) que générales (coût économique de la prise en charge)

	ALBUMINE	PRE-ALBUMINE
Dénutrition modérée	entre 30 et 35 g/l	entre 0,15 et 0,22 gr/L
Dénutrition sévère	entre 25 et 30 g/l	entre 0,10 et 0,15 gr/L
Dénutrition profonde	< 25 g/l	< 0,10 gr/L

### **b) Indicateurs**

Plusieurs indicateurs vont nous permettre de suivre l'état nutritionnel des personnes âgées afin de pouvoir dépister la dénutrition. Ils n'ont de réelle efficacité que s'ils sont considérés ensemble.

- Le Poids : Idéalement mesuré mensuellement, toujours au même moment de la journée (à jeûn ou pas), dans les mêmes conditions (en sous-vêtements ou habillé, debout sur le pèse-personne ou assis avec la chaise sans oublier de mentionner le poids de celle-ci). Exprimé en kilogramme, il sera couplé à la taille afin d'obtenir l'Indice de Masse Corporelle. Un poids faussement stable peut-être dû à une rétention hydrique.
- L'Albuminémie : Les Normales sont entre 35 et 52 gr/L mais elle peut aussi être abaissée en cas de syndrome néphrotique (pertes rénales)
- Les Protides Totaux : Les Normales sont entre 60 et 80 gr/L mais peuvent aussi être diminués en cas d'insuffisance hépatique ou par pertes rénales ou intestinales.
- La Pré-Albumine : Les Normales sont entre 0,20 et 0,40 gr/L. Sa demi-vie (2 jours) étant plus courte, l'indicateur est plus réactif que l'Albuminémie (21 jours) mais son taux peut aussi être diminué en cas d'inflammation et d'insuffisance hépatique.
- 25 OH Vitamine D3 : Les Normales sont entre 10 et 30 ng/ml.
- La CRP : son dosage permet d'éliminer un état inflammatoire, pouvant fausser les résultats des autres marqueurs.

### **c) Causes**

Elles sont multiples et souvent intriquées. Habituellement un hypercatabolisme précipite la survenue d'un état de malnutrition d'autant plus qu'il existait auparavant des apports alimentaires insuffisants. Le vieillissement physiologique aboutit à une détérioration sensorielle (goût, odorat, vision), un mauvais état bucco-dentaire, une atrophie de la muqueuse gastrique, un ralentissement du transit intestinal perturbant la prise alimentaire et provoquant la dénutrition lorsqu'apparaissent de nouvelles pathologies.

**1- Hypercatabolisme** : Un syndrome d'hypercatabolisme est déclenché au cours des pathologies infectieuses, cancéreuses, des destructions ou réparations tissulaires (fractures, escarres) et d'une façon générale lors de tous les états inflammatoires aigus ou chroniques. Les personnes âgées sont particulièrement menacées car leurs réserves et régulation sont diminuées. Au cours de ces états pathologiques il faut donc augmenter les apports nutritionnels en protéines mais aussi en eau, vitamines et minéraux.

## **2- Insuffisance d'apport :**

- La dépendance physique, financière et sociale (veuves, retraites dérisoires, éloignés, exclus, pauvreté) s'associant rapidement à un état dépressif.
- De nombreuses idées reçues circulant même parmi les soignants et l'entourage, telles les moindres besoins de la personne âgée en nourriture et en eau, la phobie de l'hypercholestérolémie; de même que la méconnaissance des aides possibles.
- Les troubles comportementaux chez les déments et malades d'Alzheimer.
- Les risques de fausses-routes d'ordre neurologique.
- Les problèmes bucco-dentaires altérant la mastication.
- Certains médicaments responsable d'inappétence tels les Antibiotiques, les Neuroleptiques, les Antalgiques.
- Les régimes inadaptés en présentation, en texture et aux goûts de la personne âgée. Les régimes trop contraignants (sans sel et sans graisses des maladies cardio-vasculaires, sans sucres des diabétiques, ceux des patients sous AVK)
- Enfin, la mauvaise qualité des repas, par exemple lors d'hospitalisation ...

Les personnes âgées faisant partie de ces différentes catégories devraient donc être surveillées plus étroitement en vue de la prévention de la dénutrition. Mais nous

cherchons à montrer qu'un suivi méthodique arrive aussi à un résultat très satisfaisant.

### III - METHODOLOGIE

Nous avons sélectionné 25 résidents de l'EHPAD "les Jardins de Cybèle", sans critère de sexe, ni d'âge, ni de pathologie précise, reflétant ainsi une population homogène résidant en EHPAD. Un suivi des différents marqueurs a été relevé sur l'année 2014 de janvier à décembre.

Le but de cette étude étant de révéler l'intérêt du recueil de données systématique pour tous les résidents.

Nous avons retenu certains marqueurs et associé d'autres informations notables sur les résidents et les traitements instaurés; le tout réuni dans une fiche individuelle, mise à jour tous les mois. Figurent parmi les informations : les Nom, N° de chambre, Date de Naissance, GIR, Nécessité ou non d'une aide pour les repas (Autonome, Aide Partielle, Aide Totale), Pathologies essentielles en cours en insistant sur celles qui sont à risque de dénutrition.

Parmi les marqueurs, nous avons choisi ceux qui sont les plus facilement réalisables et reproductibles : Poids, Albuminémie, Protides Totaux, Pré-Albuminémie et 25 OH Vit D.

Date : SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE ET PONDERALE

Ch:

Nom:

Taille :

Age :

Gir :

Aide au repas :

Pathologies :

2015	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Albumine												
Prot totaux												
Préalbum												
25 OH D												

Valueurs usuelles: Albumine: 35 - 52 g/L Protides totaux: 60 - 80 g/l Préalbum: 0,20 - ,40 g/l 25 OH D: 30 - 100 ng/ml

2015	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Poids												
IMC												

Action												

SURVEILLANCE BUCCO-DENTAIRE

Prothèses dentaires :	Haut		Non	
	Bas			

Consultations dentaires:

Date:

#### IV - MESURES DE CORRECTION

Nous n'avons pas relevé toutes les mesures existantes permettant de lutter efficacement contre la dénutrition :

- L'activité physique
- Les mesures adaptées au résident (fractionnement, différentes textures, Manger-Main)
- La Nutrition entérale par sonde
- La Nutrition parentérale
- La Perfusion sous-cutanée
- L'Entretien personnalisé
- Les séances d'Orthophonie

Nous avons retenu 2 types de correction utilisés dans l'EHPAD "les Jardins de Cybèle" :

- Régime HP20 (cuisine + équipes)
- Stratégie diététique

La correction apportée est notée au bas des bilans afin d'évaluer l'impact de l'enrichissement hyperprotéiné.

Des notes en bas de page résument les observations de chaque cas, dans un but pratique, mais elles sont regroupées dans le chapitre "Discussion".

## V - RESULTATS

### Fiche N° 1

#### SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE ET PONDERALE

Ch: 1  
 Nom: Mme B  
 Age : 85  
 Gir: 2 Aide au repas: Autonome

Pathologies: HTA - Anémie - Dépression - Alzheimer - Gonathrose Bilat

2014	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Albumine		31,1			37,9		35,4					35,1
Prot totaux												
Préalbum												
25 OH D		22			36		36					

Valeurs usuelles: Albumine: 35 - 52 g/L Protides totaux: 60 - 80 g/l Préalbum: 0,20 - ,40 g/l 25 OH D: 30 - 100 ng/ml
--

2014	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Poids	73	73,5	82	81,5	82	82,5	82	79,5	80,5	81	81	81

**Action** HP20 HP20

#### SURVEILLANCE BUCCO-DENTAIRE

Prothèses dentaires :	Haut		Non	
	Bas			

Consultations dentaires:

Date:

Correlation entre la variation Pondérale et l'Albuminémie, Intérêt du régime HP

Fiche N° 2

SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE ET PONDERALE

Ch: 2  
 Nom: Mme G  
 Age : 96  
 Gir: 4 Aide au repas: Aide Partielle

Pathologies: HTA - Démence - Coxathrose + PTH Dte - Ulcère GD

2014	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Albumine			33,8				35,4	36,1				
Prot totaux												
Préalbum			0,24									
25 OH D												

Valeurs usuelles: Albumine: 35 - 52 g/L Protides totaux: 60 - 80 g/l Préalbum: 0,20 - ,40 g/l 25 OH D: 30 - 100 ng/ml
--

2014	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Poids	51,3	50,5	46	46	47	51,5	51,3	51,5	53,5	52,5	53,5	53

**Action** PoudrePoudrePoudrePoudrePoudrePoudrePoudrePoudrePoudrePoudrePoudre  
 HP HP

SURVEILLANCE BUCCO-DENTAIRE

Prothèses dentaires :	Haut		Non	
	Bas			

Consultations dentaires:

Date:

Efficacité des stratégies de supplémentation par Poudre HP



Fiche N° 4

SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE ET PONDERALE

Ch: 4  
 Nom: Mme P  
 Age : 65  
 Gir: 4 Aide au repas: Autonome

Pathologies: DID - HTA - Psychose MD - Obésité Morbide

2014	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Albumine						40,6			35,9			36,7
Prot totaux												
Préalbum												
25 OH D												

Valeurs usuelles: Albumine: 35 - 52 g/L Protides totaux: 60 - 80 g/l Préalbum: 0,20 - ,40 g/l 25 OH D: 30 - 100 ng/m
---

2014	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Poids	98,5	99	100	98,5	98,5	96,5		97	95	94	98	99

**Action** Potage HP .....

SURVEILLANCE BUCCO-DENTAIRE

Prothèses dentaires :	Haut		Non	
	Bas			

Consultations dentaires:

Date:

Il est opportun de mesurer l'Albuminémie devant une perte de poids, même chez une PA "Obèse"  
 Le DID est resté stable sans modification du traitement.









Fiche N° 9

SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE ET PONDERALE

Ch: 9  
 Nom: Mme P  
 Age : 91  
 Gir: 4                      Aide au repas: Autonome

Pathologies: HTA - Démence - Asthme - PTH Bilat - Cataracte Bilat

2014	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Albumine				37,7								
Prot totaux												
Préalbum												
25 OH D												

Valeurs usuelles: Albumine: 35 - 52 g/L Protides totaux: 60 - 80 g/l Préalbum: 0,20 - ,40 g/l 25 OH D: 30 - 100 ng/ml
--

2014	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Poids		64,2	65,6	64,3		63,8	60,9	61	59,5	57	56,5	57

**Action**                      HP20 HP20

SURVEILLANCE BUCCO-DENTAIRE

Prothèses dentaires :	Haut		Non	
	Bas			

Consultations dentaires:  
 Date:

Intérêt d'une vision globale sur plusieurs mois pour déceler une perte minime mais continue de poids en l'absence de tout signe d'alerte.

Fiche N° 10

SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE ET PONDERALE

Ch: 10  
 Nom: Mme H  
 Age : 92  
 Gir: 2 Aide au repas: Aide Totale

Pathologies: HTA - Alzheimer - Coxathrose Bilat  
 Fracture Bras Droit (dominant) en Janvier

2014	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Albumine	31,3					35						
Prot totaux												
Préalbum												
25 OH D												

Valeurs usuelles: Albumine: 35 - 52 g/L Protides totaux: 60 - 80 g/l Préalbum: 0,20 - ,40 g/l 25 OH D: 30 - 100 ng/ml
--

2014	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Poids	82,5	81,7	80	81,1	81,4	83	84,1	86,9	85,3	85,4	85,1	

**Action** HP20 HP20 HP20 HP20 HP20 HP20

SURVEILLANCE BUCCO-DENTAIRE

Prothèses dentaires :	Haut	OUI	Non	
	Bas	OUI		

Consultations dentaires:  
 Date:

La perte de poids "minime" a été à tort attribuée uniquement à l'état pathologique de la fracture et n'a pas été corrélée à l'Albuminémie basse en Janvier, qui pourrait être la cause de la chute

## VI - DISCUSSION

Parmi les 25 résidents suivis, nous avons retenu 10 cas qui nous semblaient refléter les principaux cas de figure rencontrés habituellement en EHPAD.

Cas 1 : Il existe une corrélation entre la variation Pondérale, l'Albuminémie et la Vitamine D. L'instauration du régime HP montre tout son intérêt avec amélioration des valeurs dès le 2e mois.

Cas 2 : Le suivi de la pesée mensuelle permet de détecter rapidement une perte de poids. L'efficacité de la supplémentation en poudre HP est démontrée en 3 mois et la poursuite du traitement permet une prise de poids supérieure à la perte.

Cas 3 : Une perte de poids constante et étalée sur plusieurs mois, malgré une Protidémie "Normale", a incité à la mise en place du HP20 et nous observons une bonne reprise de poids; d'où la nécessité d'une "Harmonisation" des indicateurs de suivi biologique.

Cas 4 : Il est important de contrôler la biologie devant une perte de poids, même chez une PA "Obèse". (Le DID est resté stable sans modification du traitement.)

Cas 5 : Après l'instauration du régime HP20, l'Albuminémie et le poids s'améliorent mais rechutent à l'arrêt du régime : La poursuite de la supplémentation est indispensable chez les patients déments.

Cas 6 : Une Albuminémie normale ne doit pas être faussement rassurante (près de 10% de perte de poids en 6 mois) : intérêt de la corrélation multi-factorielle.

Cas 7 : La constance de la Perte de Poids, même faible, aurait dû inciter à plus de vigilance et des contrôles plus rapprochés. Importance d'une bonne prise en charge des PA revenant d'hospitalisation.

Cas 8 : L'Albuminémie est stabilisée après HP20 mais le Poids est toujours en baisse, donc possible perte de masse grasse chez ce résident : D'où l'intérêt de suivre l'IMC en parallèle (Mesurer Taille).

Cas 9 : L'évolution de la courbe du Poids montre l'intérêt d'une vision globale sur plusieurs mois pour déceler une perte minime mais continue de poids en l'absence de tout signe d'alerte.

Cas 10 : La perte de poids "minime" a été à tort attribuée uniquement à l'état pathologique de la fracture et n'a pas été corrélée à l'Albuminémie basse en Janvier, qui pourrait être la cause de la chute.

L'ensemble de ces cas montrent l'intérêt d'avoir un suivi **régulier**, de **tous** les résidents, basé sur **plusieurs** critères de surveillance réunis sur une **seule** fiche simple et pratique à tenir à jour et à consulter.

## VII - BIBLIOGRAPHIE

- Education Thérapeutique - La dénutrition de la personne âgée, Marie-Noëlle DELABY
- Dénutrition de la personne âgée, Aurélie MEBASTI & Matthieu PLICHART.
- Nutrition du sujet âgé, Corpus de Gériatrie - Janvier 2000
- Lutter contre la dénutrition des personnes âgées, Marianne SIMON
- Prévention de la dénutrition et Qualité de la nutrition en EHPAD, ARS des Yvelines, Mars 2011
- Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, HAS 2007