

Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur (trice)  
(IRCO) en EHPAD et en SSIAD 2020-2021



**La prévention de la dénutrition des personnes âgées en  
Service de Soins Infirmiers à Domicile**

Participantes :

Mme BARADJI Hawa

Mme BOUKHARI HADDANA Hafida

Mme CARON Joëlle

Mme PEREIRA DOS SANTOS BARBOSA Susana

Mme ZOLA Christelle

Directrice de mémoire : Dr BERTRAND Catherine

## **REMERCIEMENTS**

Nous remercions le Docteur Bertrand Catherine pour avoir accepté d'être notre directeur de mémoire.

Nous remercions également M. LOPES pour son aide précieuse lors de l'élaboration de nos questionnaires.

Nous tenons enfin à remercier nos familles qui nous ont accordé leur soutien et leur aide dans l'aboutissement de ce mémoire.

## SOMMAIRE

Acronymes	5
<b>I Introduction</b>	6
<b>II. Problématique</b>	7
<b>III. Cadre conceptuel</b>	9
A. La personne âgée	9
B. Les acteurs	9
1-Le médecin généraliste	10
2- Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	10
2-1 Le cadre législatif	10
2-2 Les missions des SSIAD	10
2-3 Le personnel des SSIAD	11
3- Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)	12
4- Les aidants naturels	12
C. La dénutrition de la personne âgée	13
1- Épidémiologie	13
2- Définition	13
3- Les situations à risque de dénutrition et conséquences	14
D. La prévention de la dénutrition chez la personne âgée	15
1- Stratégies de dépistage nutritionnel à domicile	15
2- Les politiques de santé et dénutrition	17
<b>IV. Méthodologie</b>	20
A. Les objectifs de l'enquête	20
B. Population ciblée	20

C. Choix de l'outil	21
D. Avantages et difficultés	22
<b>V. Analyse</b>	24
<b>VI. Pistes d'actions</b>	36
<b>VII. Conclusion</b>	38
<b>VIII. Résumé</b>	39
<b>VX. Abstract</b>	40
<b>X. Bibliographie</b>	41
<b>XI. Annexes</b>	42

## **Acronymes**

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles

**CNA** : Conseil National de l'Alimentation

**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

**CRP** : Protéine C-réactive

**DMP** : Dossier Médical Partagé

**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**ECNI** : Epreuves Classantes Nationales Informatisées

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**HAD** : Hospitalisation à Domicile

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IDEC** : Infirmier/ère diplômé d'état coordinateur/trice

**IDEL** : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral

**IMC** : Indice de Masse Corporelle

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

**IPA** : Infirmier(e) en pratique Avancée

**MNA** : Mini Nutritional Assessment

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PNA** : Programme National Alimentaire

**PNNS** : Programme National Nutrition Santé

**SAAD** : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

**SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers à Domicile

## I Introduction

« *Coquina medicinae famulatrix est.* » - *la cuisine est la servante de la médecine.*  
(Térence, 190-159 av. J.-C.)

En France, selon la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>1</sup>, on estime à deux millions, les personnes souffrant de dénutrition dont 300.000 à 400.000 personnes âgées vivant à domicile (chiffres probablement en dessous de la réalité, du fait du peu d'enquêtes réalisées à domicile). D'ici 2050, l'évolution démographique prévoit qu'une personne de plus de 75 ans sur cinq sera concernée par ce problème de Santé Publique.

Alors, que "la vie à domicile demeure le mode de vie privilégié des personnes âgées de plus de 60 ans, pour 96% d'entre elles, contre 4% en institution" <sup>2</sup>. **Le dépistage, la prévention et le traitement de la dénutrition à domicile** sont essentiels pour éviter les conséquences qui peuvent conduire à une institutionnalisation, voire augmenter la morbidité et le risque de mortalité.

La dénutrition est l'un des quatre facteurs d'hospitalisation des personnes âgées<sup>3</sup>. Par conséquent, la dénutrition, maladie dite "silencieuse", représente un véritable enjeu pour les professionnels de santé qui accompagnent les publics âgés. A ce titre, au niveau National, différents programmes, recommandations et plans d'actions ont été largement développés avec pour objectif : la prévention, le dépistage, et la baisse de la prévalence de la dénutrition chez la personne âgée.

Au regard de l'importance de ce problème de santé encore mal identifié et de l'interrogation de nos pratiques professionnelles à ce sujet dans notre activité de soins à domicile, notre mémoire s'intéresse plus spécifiquement à la mise en œuvre de **la prévention de la dénutrition des personnes âgées accompagnées par un service de soins à domicile.**

---

<sup>1</sup> [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) (stratégie de prise en charge protéino-énergétique chez la personne âgée 2007)

<sup>2</sup> Institut National de la Statistique et des études économiques (INSEE) date et titre du document

<sup>3</sup> Selon le ministère des affaires sociales, de la santé et du droit du travail – 2004

## **II Problématique**

Nous sommes cinq infirmières à nous être interrogées sur nos pratiques au regard des recommandations existantes en matière de prévention de la dénutrition chez la personne âgée. Cette réflexion s'est imposée lors d'un cours dispensé sur la dénutrition en EHPAD. Exerçant toutes à domicile, soit en SSIAD en qualité d'infirmière coordinatrice, soit en libéral, nous sommes, bien sûr, plus sensibles aux sujets concernant nos missions de prévention et notre activité de coordination.

Dans un premier temps, nous avons échangé sur nos pratiques et nos expériences respectives dans ce domaine :

### **Notre questionnement s'est porté sur les items suivants :**

- Quelle place occupe le dépistage, l'évaluation de l'état nutritionnel et la prise en charge de la dénutrition à domicile ?
- Qu'est-ce qui est mis en œuvre comme outils ou dispositifs spécifiques pour le dépistage et la prévention de la dénutrition des personnes âgées à domicile ?
- Existe-t-il une coordination de l'infirmier(ère) coordinateur (trice) avec le médecin traitant sur le sujet de la dénutrition ?
- Des formations sont-elles proposées au personnel soignant ?

Au regard de ces questionnements, nous avons pu constater au sein de notre groupe, des inégalités dans nos pratiques. Seule une infirmière coordinatrice en SSIAD au sein du groupe, met en œuvre une procédure d'actions pour prévenir, repérer et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées accompagnées à domicile.

Fortes de ce premier constat, nous avons choisi d'étendre notre questionnement auprès des infirmiers(ères) coordinateur (trice) et médecins de ville (cf. annexe 1), avec pour objectifs :

- Connaître la cartographie des pratiques sur la région Ile de France en matière de prévention et de repérage de la dénutrition à domicile.
- Mettre en exergue une problématique principale

Le retour de ces entretiens exploratoires nous a révélé que tous les SSIAD interrogés ne possèdent pas d'outils d'évaluation du risque de dénutrition. Chaque SSIAD utilisent ses propres moyens : la pesée non systématique pour la plupart, et l'évaluation selon profil du patient par Infirmier(ère) coordinateur (trice).

Parmi les SSIAD interrogés, un seul bénéficie des services d'une diététicienne. Celui-ci, a mis en place un suivi personnalisé de l'usager avec comme dispositif de prévention : Une fiche de suivi des ingestas élaborée par la diététicienne ainsi qu'un suivi à domicile avec l'implication des aides à domicile dans le processus de prévention.

Et d'autre part, les médecins de ville ont tous leur propre ligne de conduite mais tous s'accordent à dire qu'ils effectuent un bilan sanguin avec albumine et CRP. Dès le diagnostic posé, ils prescrivent systématiquement des compléments hyperénergétiques. De façon unanime, aucun médecin prend contact avec l'Infirmier(e) coordinateur (trice) des SSIAD afin d'effectuer le suivi de la dénutrition à domicile.

Au regard de ces résultats, nous pouvons dégager les hypothèses suivantes :

- La dénutrition ne serait pas une priorité dans la prise en charge de la personne âgée en SSIAD
- Une méconnaissance des politiques de santé en matière de prévention de la dénutrition serait un frein
- Un manque de lien entre l'Infirmier(e) coordinateur (trice) et le médecin ne faciliterait pas le suivi de la prévention
- Un défaut de formation serait un frein à la prise en charge de la prévention
- L'élaboration d'une procédure et/ou d'outils permettrait de garantir une meilleure prévention de la dénutrition

Suite à nos hypothèses, nous avons choisi d'explorer la question de recherche suivante :

**Comment améliorer la prévention de la dénutrition et le lien entre l'infirmier(ère) coordinateur (trice) et le médecin traitant dans la prise en charge de la personne âgée en SSIAD ?**

### **III. Cadre conceptuel**

#### **A-La personne âgée**

*"Vieillir est encore le seul moyen qu'on ait trouvé de vivre longtemps". Charles-Augustin Sainte Beuve*

L'OMS <sup>4</sup>définit : " la personne âgée à partir de 60 ans, dans la réglementation cet âge a été retenu pour certaines prestations ou dispositions concernant les personnes âgées".

En outre, selon le sociologue, S. GUERIN : l'âge est " un construit social qui évolue en fonction des normes que se donne la société." Il explique que celle-ci "a "rajeuni" du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'amélioration de la santé et de la formation des plus de 60 ans. Nous pouvons donc constater qu'il est difficile de définir réellement la personne âgée.

L'INSEE prévoit en 2060, 23,6 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, soit une personne sur trois.

Afin de faire face à ce phénomène de vieillissement et permettre un maintien à domicile adapté, les services d'aide à la personne se sont multipliés ces dernières années.

Ainsi différents acteurs de santé s'invitent dans la vie de la personne âgée à domicile, ayant pour objectif de maintenir leur parcours de vie et de soin.

#### **B. Les acteurs**

Nous axerons notre ligne de travail sur les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), travaillant de concert avec le médecin généraliste ainsi que les autres acteurs indispensables à l'accompagnement et au maintien à domicile que sont les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les aidants naturels.

##### **1) Le médecin généraliste**

Selon l'article 4130-1 du code de la santé publique : "La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité " d'orienter ses patients, selon leurs besoins ", de " s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients " <sup>45</sup> et "contribuer aux actions de prévention et de dépistage".

Le médecin traitant a un rôle essentiel dans le parcours de soin du patient, il en est le chef d'orchestre.

---

<sup>4</sup> [www.who.int/fr/](http://www.who.int/fr/)

<sup>5</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf) page6.

## 2) Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) créés en 1981, sont des services médico-sociaux public ou privé qui interviennent au domicile des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affections, afin de leur dispenser des soins,<sup>6</sup> de nursing, technique et relationnel. Ils sont financés par la caisse primaire d'assurance maladie et supervisés par les Agences Régionales de Santé.

### 2.1) Le cadre législatif

- Le décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005, la circulaire du 28 février 2005 et les articles R. 314- 137, R. 314-138, D. 312-1 à D. 312-5-1 du CASF constituent le socle des dispositions spécifiques aux SSIAD
- Article D. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Les SSIAD dispensent les soins sur prescription médicale.
- La loi du 2 janvier 2002 qui rénove l'action sociale et médico-sociale, a fixé de nouvelles règles relatives aux droits des personnes<sup>7</sup>. (Cf. annexes 2).

### 2.2) Les missions des SSIAD

*«Les SSIAD contribuent au maintien à domicile. Ils ont pour vocation tant d'éviter l'hospitalisation, notamment lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile et ne relevant pas de l'hospitalisation à domicile, que de faciliter les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation. Ils visent également à prévenir ou retarder la perte d'autonomie et l'admission dans des établissements sociaux et médico-sociaux. Maintenir le plus longtemps possible les patients à domicile en préservant ou en retardant la perte d'autonomie, lutter contre l'isolement et ainsi retarder le placement en structure d'hébergement type « EHPAD »»<sup>8</sup>.*

---

<sup>6</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile>.

<sup>7</sup> [Adapei du Loiret - La loi 2002-02 \(adapei45.asso.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile)

<sup>8</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015\\_recueil\\_ssiad\\_3\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015_recueil_ssiad_3_.pdf)

## 2.3) Le personnel des SSIAD

### 2.3.1) L'infirmier(e)

L'infirmier(e) exerce ses fonctions selon le décret de compétence du 29 juillet 2004 qui définit le champ d'application de la profession qui comprend deux chapitres :

- Actes professionnels : art R4311-1 à R4311-15-2
- Règles déontologiques : art R4312-1 à R4312-9

**“L'infirmier dispense des soins de nature préventive, curative ou palliative visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Il contribue à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes et des groupes dans leurs parcours de soins, en lien avec leur projet de vie”<sup>9</sup>.**

### 2.3.2) L'Infirmier(e) coordinateur (trice) en SSIAD

L'infirmier(e) coordinateur (trice) est soumis au même titre que les infirmiers au décret de compétence infirmier du 29 juillet 2004. Cependant un cadre législatif de la profession infirmier(e) coordinateur (trice) en précise ses missions: décret n° 2004-613 du 25 juin 2004, article 6<sup>10</sup>. L'infirmier(e) coordinateur (trice) est le pivot du service de soins sous la responsabilité hiérarchique soit du directeur, soit du cadre de service, ou autres selon l'organisation de la structure. Il est au centre de la coordination entre les différents acteurs de soins et des familles : c'est la clé de voûte de la coordination. En collaboration étroite avec le médecin, l'infirmier(e) coordinateur (trice) construit le parcours de soin du patient. Il tient donc un rôle essentiel en matière de prévention et de suivi.

### 2.3.3) Les aides-soignants

D'après l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant, celle-ci réalisent en délégation et sous la responsabilité de l'infirmière, les soins d'hygiène et de confort, elles jouent également un rôle dans la prévention et le maintien de l'autonomie de la personne. Une réforme : l'arrêté du 10 juin 2021 a élargi le champ des compétences des aides-soignants

---

<sup>9</sup> <https://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/infirmier-infirmiere>

<sup>10</sup><http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/decret-n-2004-613-du-25-juin-2004-relatif-aux-conditions-techniques-dorganisation-et-de-fonctionnement-des-services-de-soins-infirmiers-a-domicile-des-services-daide-et-daccompagnement-a/>

### 3) Les services d'aide et d'accompagnement à domicile

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) désignent les organismes privés ou publics qui interviennent en qualité de prestataires, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.<sup>11</sup>

Le secteur de l'aide à domicile est réglementé par deux lois dans le champ de l'action sociale et médico-sociale :

-La **loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

-La **loi n°2005-841 du 26 juillet 2005** relative au développement des services à la personne.

La première institue le régime de l'autorisation et la seconde, par le décret n°2005-1384 du 7 novembre 2005 relatif à l'agrément des associations et des entreprises de services à la personne, modifie en profondeur le régime de l'agrément établi par la loi de 1996<sup>12</sup>.

### 4) Les aidants naturels

La France compte 8,3 millions d'aidants dont 4,3 millions pour les personnes âgées<sup>13</sup>. Les aidants naturels sont des personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne de son entourage pour les activités de la vie quotidienne<sup>14</sup>. Ils jouent un rôle déterminant dans la continuité du parcours de vie et de soins ; Ainsi ils contribuent à la prévention et au suivi de la dénutrition en lien avec les différents acteurs qui interviennent dans le parcours de soin du patient.

---

11 [Aides et soins à domicile - Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](http://solidarites-sante.gouv.fr)

12 [Le cadre réglementaire de l'aide à domicile \(unassad.net\)](http://unassad.net)

13 [Aidant familial ou naturel : définition, aides, statut juridique \(essentiel-autonomie.com\)](http://essentiel-autonomie.com)

14 HAS: Synthèse des recommandations des bonnes pratiques Alzheimer et maladie apparentée: suivi médical des aidants naturels, février 2010.

## **C- La dénutrition de la personne âgée :**

### **1)- Épidémiologie**

Selon la SFNEP (Société Francophone Nutrition Clinique Métabolisme)<sup>15</sup> et de l'HAS (la Haute Autorité de Santé), la prévalence moyenne de la dénutrition du sujet âgé est estimée à :

- **4%** des personnes âgées vivant à domicile de 65 ans à 75 ans
- **10%** des personnes âgées vivant à domicile de plus de 85 ans, Il est également mis en évidence que :

Il est également mis en évidence que :

- **30 à 50%** des personnes âgées de plus de 75 ans admises à l'hôpital ou en service de soins de suite sont dénutries.
- **15 à 30%** des résidents en maison de retraite et en service de long séjour.

À noter qu'avec l'accroissement du vieillissement de la population, la problématique de la dénutrition risque d'augmenter.

### **2) Définition**

L'OMS définit la **nutrition** comme : « Un apport alimentaire répondant aux besoins de l'organisme c'est-à-dire un régime adapté et équilibré »<sup>16</sup>

La nutrition permet de renforcer le système immunitaire et de prévenir certaines infections ou pathologies.

Alors que la **dénutrition** résulte d'une malnutrition que l'OMS définit par "*des carences, des excès ou des déséquilibres dans l'apport énergétique et/ou nutritionnel d'une personne*"<sup>17</sup>. En outre, l'HAS définit la dénutrition comme : "*... l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif*".

La dénutrition peut être liée à :

- *Un déficit d'apport isolé ;*
- *Une augmentation des dépenses ou des pertes énergétiques et/ou protéiques ;*

---

<sup>15</sup> <https://www.sfnm.org>

<sup>16</sup> <http://www.iconafrica.net>

<sup>17</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

- L'association d'un déficit d'apport à une augmentation des dépenses ou des pertes énergétiques et/ou protéiques.

Le déséquilibre inhérent à la dénutrition conduit à des effets délétères sur les tissus avec des changements mesurables des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle, associés à une aggravation du pronostic des maladies.

### 3) les situations à risque de dénutrition et conséquences

Chez les personnes âgées, la fragilisation de l'état nutritionnel s'explique par des modifications physiologiques liées au vieillissement (trouble de l'appétit, trouble de la déglutition, des troubles digestifs à type de dysphagie, des altérations bucco-dentaires, une sarcopénie physiologique).

Par ailleurs, d'autres facteurs de risque dont la prévalence augmente avec l'âge, sont susceptibles également de déclencher ou d'aggraver une dénutrition : (les pathologies aiguës, chroniques, psychologiques, la polymédication et certains régimes alimentaires). Les facteurs sociaux sont également à prendre en compte tels que des faibles revenus, l'isolement, le veuvage et l'environnement.



La spirale de la dénutrition d'après Dr Monique Ferry (gériatre, nutritionniste, centre de prévention de Valence et de l'INSERM Paris 13).

Ainsi, comme peut le traduire la spirale, la dénutrition va entraîner un ensemble de dysfonctionnements en cascade. A terme, cela peut engendrer une perte d'autonomie chez la personne âgée.

La dénutrition entraîne un affaiblissement des réserves de l'organisme, qui peut entraîner la personne âgée dans un engrenage mettant en jeu son pronostic vital.

Au regard de toutes ces conséquences délétères, la prévention et le dépistage revêtent une importance capitale pour la santé des personnes âgées.

### **D -La prévention de la dénutrition chez la personne âgée :**

Afin de conserver et/ou préserver l'autonomie de la personne âgée et une bonne qualité de vie, la prévention doit prendre en compte les dimensions physiopathologiques, sociales et environnementales. Elle doit également inclure l'entourage et tous les acteurs intervenant dans l'accompagnement à domicile de la personne âgée. Néanmoins, toute démarche préventive ne peut se faire sans l'adhésion et l'implication de la personne elle-même.

#### **1) stratégies de dépistage nutritionnel à domicile**

Depuis d'avril 2007, l'HAS<sup>18</sup> préconise, dans ses recommandations, le dépistage et le diagnostic de la dénutrition, au travers de l'utilisation d'outils simples et accessibles à tous personnels de santé, permettant ainsi de prévenir et d'alerter sur le risque de la dénutrition.

Parmi ces outils, on distingue plus particulièrement :

##### **➤ Les mesures anthropométriques :**

**Le poids** : Une pesée régulière avec un suivi de la courbe de poids permet de déceler une perte de poids involontaire.

L'HAS préconise une pesée à chaque visite médicale et indique qu'une perte de poids  $\geq$  5% en 1 mois ou  $\geq$  10 % en 6 mois est un signe d'alerte.

**L'IMC**<sup>19</sup> : Le poids et la taille permettent de calculer l'indice de masse corporelle. Cependant, chez la personne âgée, la mesure de la taille n'est pas toujours facile à obtenir (problème orthostatique, pathologies...), on peut alors se référer soit à la taille inscrite sur

---

<sup>18</sup> [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) (stratégie de prise en charge protéino-énergétique chez la personne âgée 2007)

<sup>19</sup>  $IMC(kg/m^2) = Poids/Taille^2$

sa carte d'identité, soit à l'utilisation de l'équation de Chumléa<sup>20</sup>. Celle-ci consiste à mesurer à l'aide d'une toise ou un mètre-ruban à défaut, la distance talon-genou.

L'HAS indique que « *Le seuil d'IMC pour le diagnostic de dénutrition chez la personne âgée reste à 21, conformément aux recommandations de 2007 (qui seront prochainement révisées)* »<sup>21</sup> et recommande également d'intégrer les valeurs poids, taille, IMC dans le Dossier Médical Partagé (DMP)

Néanmoins, il n'est pas exclu qu'une personne présentant un IMC élevé (surpoids/ obésité) soit dénutrie.

#### ➤ L'évaluation biologique

Le diagnostic biologique d'un état de dénutrition, repose sur les marqueurs suivants :

**Le dosage de l'albumine**, qui est une protéine à demi-vie longue de 3 semaines, corrélé avec celui de **la Protéine C Réactive (CRP)**, indicateur d'un syndrome inflammatoire, permet d'avoir un suivi de la dénutrition.

**La pré-albumine**, quant à elle, est utilisée pour identifier plus précocement un état de dénutrition aiguë grâce à sa demi-vie courte de 48h, en association également d'un dosage de CRP.

L'HAS<sup>22</sup> indique que lorsque l'albumine est inférieure à 35 g/l on parle de dénutrition et de dénutrition sévère quand celle-ci est inférieure à 30g/l (toujours en complément d'une CRP)

#### ➤ Les plis cutanés

Il s'agit de mesures réalisées par le médecin, à l'aide d'un compas de Harpenden pour définir le pourcentage de graisse à partir du pli cutané. Par ailleurs, le médecin peut aussi observer la circonférence du mollet ou la circonférence brachiale reflétant la masse musculaire.

---

20 Equation de Chumlea: => chez la Femme :  $\text{taille(cm)}=84,88-0,24 \text{ âge(années)}+1,83 \text{ hauteur talon-genou(cm)}$

=> chez l'homme :  $\text{taille(cm)}=64,19-0,04 \text{ âge(années)}+2,03 \text{ hauteur talon-genou(cm)}$

21 <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019->

22 <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019->

➤ Ingesta

Son évaluation permet une analyse des apports alimentaires sur une durée de 3 à 7 jours, en les quantifiant et en les qualifiant. Souvent cette enquête est réalisée par les soignants ou par un aidant naturel.

➤ Échelle de dépistage :

Le MNA Multi Nutritional Assessment est l'un des outils le plus utilisé pour le dépistage de la dénutrition par les professionnels de santé intervenant auprès des publics âgés. (Cf. annexe 3).

Celui-ci est constitué d'un questionnaire regroupant 18 items, engendrant un score sur 30 points. On y aborde les causes potentielles de dénutrition, les mesures anthropométriques, le mode d'alimentation, ainsi qu'une auto-évaluation. Dans la mesure du possible, l'entourage de la personne participe à cette évaluation.

Il existe aussi parallèlement une configuration courte de cet outil : le MNA-SF (Mini Nutritional Assessment-Short Form) regroupant six items. (Cf. annexe 4).

## 2) Les politiques de santé de la dénutrition

Comme nous avons pu l'étudier précédemment, la prévalence de la dénutrition augmente avec l'âge. Avec l'évolution démographique de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, il faut craindre une forte hausse du nombre de personnes âgées dénutries dans les prochaines décennies.

Par conséquent, la France s'est dotée d'une politique nutritionnelle de santé, qui s'est concrétisée par la mise en place de plusieurs plans et programmes visant à améliorer la prise en charge nutritionnelle, destinés au grand public et aux professionnels de santé :

➤ Au plan national :

-**Le PNNS** (Programme National Nutrition Santé)<sup>23</sup> évoluant depuis 2001 renouvelable tous les 4 ans, instauré par le ministère des solidarités et de la santé, a pour objectif *“l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : **la nutrition**”*.

---

<sup>23</sup> <https://solidarités-sante.gouv.fr>

Le PNNS (2019-2023) comporte cinquante-cinq actions dont 4 actions relevant de la dénutrition de la personne âgée :

-Action 37 : *sensibiliser le grand public et le personnel soignant en mettant en place "une semaine nationale de la dénutrition"*.

-Action 38 : *"favoriser le dépistage précoce de la dénutrition chez les seniors"*.

-Action 39 : *"développer des actions de dépistage, prévention et surveillance de l'état nutritionnel des personnes en situation de vulnérabilité dans les établissements médico-sociaux"*.

-Action 40 : *"améliorer la formation initiale et continue des personnels travaillant dans les établissements médico-sociaux"*.

Toutes ces actions ont pour objectif de réduire le pourcentage des personnes âgées dénutries de 30%, vivant à domicile, en institution ou hospitalisées.

-**Le PNAN** (Programme National de l'Alimentation et de la Nutrition)<sup>24</sup>, issu du ministère de l'agriculture, complète le PNNS 2019-2023 ayant pour axe **la sécurité alimentaire (accès, disponibilité, qualité et stabilité)**, renforce la politique nutritionnelle en faveur des personnes âgées.

-**L'HAS** (la Haute Autorité de la Santé) en 2007 a mis en place des recommandations de bonnes pratiques destinées aux professionnels de santé ayant pour objet : *"la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée de plus de 70 ans vivant à domicile, en institution, ou hospitalisée"*.

Ces recommandations mises en place par l'HAS sont intégrées au PNNS, les actions reposent sur les mêmes principes : améliorer le dépistage, identifier les facteurs de risque et optimiser le diagnostic par le biais d'outils adaptés.

-**Le Plan National "bien vieillir"**<sup>25</sup> lancé en 2003, ayant pour objectif l'amélioration de la qualité de vie des seniors et ce par le biais de la prévention et de la promotion de la santé afin de vieillir dans les meilleures conditions possibles. Ces notions ont toute leur place dans notre travail de recherche car une alimentation bien équilibrée fait partie intégrante des piliers d'un bon vieillissement.

---

<sup>24</sup> <https://agriculture.gouv.fr>

<sup>25</sup> <https://www.hcsp.fr>

➤ Au plan loco-régional :

Toujours dans le cadre de “**la semaine nationale de la dénutrition**”<sup>26</sup> mise en place par le PNNS (2019-2023) beaucoup d'autres actions sont proposées durant cette semaine de sensibilisation auprès du grand public et des professionnels de la santé et du secteur social

- pesée chez le pharmacien
- mobiliser des bénévoles pour diffuser l'information, des échanges pour sensibiliser à la dénutrition
- diffuser l'information auprès des SSIAD (service de soins à domicile), des SAAD (services d'aide et d'accompagnement à domicile)
- impliquer les aidants naturels
- développer la prévention bucco-dentaire
- créer des outils de dépistage
- mettre en place des ateliers sur l'alimentation et l'activité physique”
- mise en place de formations sur la nutrition
- **Les ARS** (agence régionale de la santé) proposent également des actions ciblées sur des départements ou des régions, sur des études et des mises en place de politique nutritionnelle également en lien avec le PNNS.

Au regard de l'ensemble de ces plans et recommandations, les actions de prévention et de dépistage devraient être au centre des préoccupations des acteurs de santé (les médecins, service de soins à domicile (SSIAD), les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les aidants naturels et autres réseaux) intervenant au domicile des personnes âgées.

Ainsi l'enquête qui suit, va nous permettre d'appréhender plus précisément la prise en charge de la prévention de la dénutrition de la personne âgée accompagnée par un service de soin à domicile.

---

<sup>26</sup> <https://luttecontreladenutrition.fr>

## **IV. Méthodologie**

### **A. Les objectifs de l'enquête**

- Etablir un état des lieux sur les pratiques et outils de dépistage de la prévention de la dénutrition de la personne âgée.
- Identifier la qualité de la coordination entre chaque acteur sur la prise en charge de la prévention de la dénutrition auprès de la personne âgée.
- Obtenir un état des lieux des connaissances sur la dénutrition des personnes interrogées.
- Identifier les freins et les leviers éventuels à la prévention de la dénutrition à domicile.

### **B. Population ciblée**

Afin de répondre à notre problématique de départ, nous avons échangé puis défini quatre questionnaires ciblant chacune des catégories : médecins traitants, infirmiers(ères) coordinateurs (trices), soignants et aidants. En effet, ce sont, d'une part, des acteurs qui participent activement à l'accompagnement de la personne âgée à domicile, et d'autre part, ils sont amenés à jouer un rôle prépondérant dans la prévention de la dénutrition.

### **C. Choix de l'outil**

#### **1) La composition du questionnaire**

Nous avons élaboré quatre questionnaires composés de questions ouvertes, fermées et de questions semi-ouvertes. Cette combinaison, nous a semblé pertinente, elle est une source d'informations plus détaillées et plus qualitatives pour obtenir une plus grande ouverture de réponses exploitables, et ce de façon anonyme.

Dans un premier temps afin de vérifier la cohérence de nos questionnaires, nous les avons soumis à M. Lopes pour qu'il puisse nous apporter son point de vue. Puis dans un second temps, nous les avons testés auprès d'une infirmière coordinatrice, d'une soignante, d'un aidant et d'un médecin.

#### **2) La structure du questionnaire**

Nous avons choisi de construire nos questionnaires autour de cinq thèmes distincts (le profil, connaissances et formation, les pratiques, coordination et communication, et axes d'amélioration) afin de rendre plus lisible notre analyse.

### ➤Le profil

#### Pour les professionnels :

Cette partie composée essentiellement de questions fermées, avait pour but de déterminer leur poste, leurs expériences professionnelles auprès de la personne âgée et s'interroger sur l'existence d'une corrélation entre l'ancienneté et la pratique.

#### Pour les aidants naturels :

L'objectif était de connaître le lien entre l'aidant et l'aidé, la fréquence des aides par jour ainsi qu'une estimation du nombre d'années consacré à aider son proche.

Cette partie a également pour objectif de mettre en évidence les difficultés rencontrées par l'aidant en terme d'alimentation de son proche.

### ➤Connaissances et formation

Nous avons établi un ensemble de questions pour évaluer leurs connaissances et les difficultés rencontrées en terme de prévention de la dénutrition et identifier les bonnes pratiques. Par ailleurs, nous avons également voulu savoir si elles avaient déjà suivi une formation sur la dénutrition, si la réponse était négative, souhaiteraient-elles en bénéficier.

### ➤Pratiques

L'ensemble des questions posées dans cette rubrique avaient pour objectif d'identifier les pratiques courantes et/ou les outils utilisés au quotidien de manière quantitative et qualitative sur la prévention de la dénutrition, selon les acteurs, mais aussi d'en identifier les freins et les disparités selon les personnes interrogées afin de rechercher les causes.

### ➤Coordination et communication

Nous avons voulu évaluer la qualité de la coordination et la nature des communications existantes : Lorsque la coordination et la communication ne sont pas optimales, y a-t-il une répercussion sur la qualité de la prévention de la dénutrition ?

### ➤Axe d'améliorations

Pour exploiter ce thème, il nous a semblé pertinent d'orienter nos questions vers les médecins et les infirmiers(ères) coordinateurs (trices) en raison de leur statut de responsable et ce, afin d'identifier leurs propositions d'amélioration dans la prévention.

### 3) Le mode de diffusion

Nous avons recueilli 248 mails (64 médecins, 184 infirmiers(ères) coordinateurs (trices)), puis nous les avons diffusés sous le logiciel Google Form (un mode de diffusion qui nous semblait accessible pour répondre à notre enquête), fin juin dans un premier temps puis une relance quinze jours plus tard a été faite, avec une date butoir de retour des questionnaires : 24 juillet. Pour les questionnaires des soignants et des aidants, la diffusion (version papier) s'est faite en sollicitant nos connaissances auprès des SSIAD et des associations tel que "le Nid des Aidants".

Pour harmoniser l'étude des questionnaires, ceux-ci ont tous été mis en forme sur Google Form. Sur les 467 questionnaires diffusés auprès de l'ensemble des acteurs, nous avons recueilli : 13 réponses des médecins sur 64 questionnaires envoyés soit **20%**, 31 réponses des infirmiers coordinateurs sur 184 soit **17%**, 85 réponses des soignants sur 149 soit **57%** et 38 réponses des aidants naturels sur 70 questionnaires soit **54%**.

#### **D. Avantages et difficultés**

##### 1) Avantages

Le Google form a permis l'envoi des questionnaires des médecins et infirmiers(ères) coordinateurs (trices) dans toutes les régions de France et ainsi espérer obtenir une cartographie des disparités en termes de prévention de la dénutrition sur l'hexagone. Le Google form permet aussi l'élaboration de données statistiques : élément essentiel pour l'analyse de nos questionnaires. Par ailleurs, nous avons aussi utilisé notre réseau professionnel pour la diffusion.

##### 2) Difficultés

Nos quatre questionnaires ont été un challenge aussi bien dans leur élaboration que dans le mode de diffusion. L'envoi de nos questionnaires auprès des médecins et des infirmiers(ères) sur la période estivale ainsi que la gestion de la crise sanitaire (vaccination, pénurie de personnels, le Ségur ...) ont probablement limité le nombre de retours.

Certaines messageries sécurisées ne nous ont pas permis de diffuser nos questionnaires, le suivi de la bonne réception des questionnaires n'a pas pu être réalisé (car il n'y a pas d'accusé de réception sur Google Form).

D'autre part, la retranscription des questionnaires papiers des soignants et des aidants, en Google Form a pris beaucoup de temps.

Au retour des questionnaires, nous avons eu des réponses qui n'étaient pas toujours exploitables.

Pour des raisons organisationnelles et financières, nous avons fait le choix de ne pas diffuser les questionnaires soignants sur le plan national, ce qui explique la concentration des réponses sur la région Ile de France.

## V. Analyse

L'analyse va nous permettre de confronter les résultats de l'enquête au cadre conceptuel afin de répondre à notre problématique.

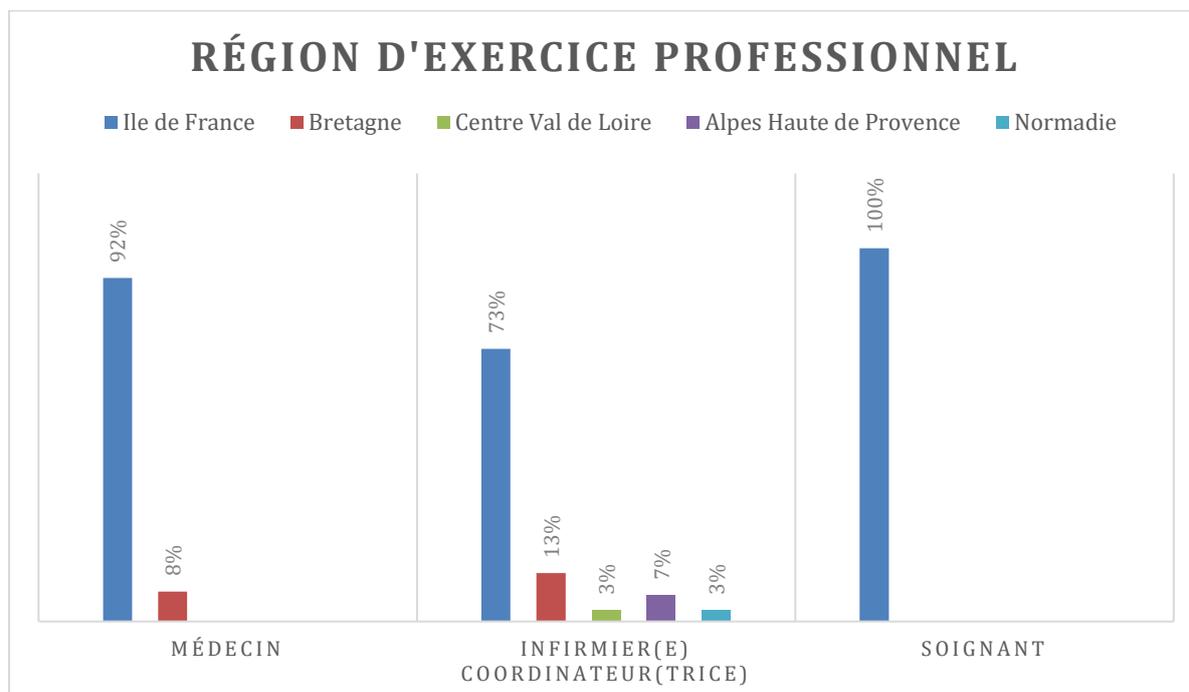
(Cf. : les résultats de l'enquête se trouvent en annexes 5)

### 1) Présentation de l'analyse

Cette enquête a été réalisée auprès des infirmiers(ères) coordinatrices et des médecins sur tout le territoire français, afin d'obtenir un panel plus important et plus objectif de la prise en charge de la prévention de la dénutrition à domicile.

En retour, nous avons enregistré un très faible taux de réponses des régions de province : En effet sur 167 répondants, nous avons 92% de médecins exerçant en Ile-de-France et 73% d'infirmiers(ères) coordinateur (trices). On peut émettre plusieurs hypothèses expliquant ce faible retour : au regard de la crise sanitaire actuelle (mettre en place des campagnes de sensibilisation à la vaccination), le manque de temps, la méconnaissance du sujet ainsi la dénutrition ne semble pas pour l'instant une priorité dans les actions sanitaires à mener.

Pour les soignants et les aidants naturels, nous avons ciblé l'île de France comme nous l'avions expliquée précédemment. Ainsi, notre analyse reposera plus majoritairement sur l'Île De France.



Le profil des soignants et des infirmiers(ères) coordinateur(trices) s'appuie sur deux critères : l'expérience professionnelle au sein de leur structure car nous avons émis l'hypothèse que les pratiques professionnelles pouvaient être liées à l'ancienneté, plus de la majorité des infirmiers(ères) coordinateur(trices) et soignants ont moins de cinq d'ancienneté au sein de leur structure, statistique qui fait écho avec une déclaration de Patrick Chamboredon, président de l'ordre infirmier dans un communiqué de presse : " Aujourd'hui un infirmier reste en moyenne sept ans en établissement privé ou public "

Mais à ce stade de l'analyse, il est très incertain d'affirmer ou infirmer notre hypothèse.

Et le deuxième critère est la nature du poste : les aides-soignants sont les plus représentés avec un résultat de 67.10%, chiffre qui peut s'expliquer par un nombre plus important présents au sein des SSIAD. Comme décrit dans le cadre conceptuel, l'aide-soignant(te) joue également un rôle dans la prévention et le maintien de l'autonomie de la personne.

Les aidants sont un élément très important dans une démarche de qualité du patient, ici les aidants naturels sont majoritairement issus de la famille : 50% conjoints, viennent ensuite les enfants avec 34,2%, puis les parents avec 10.5%, vivant au même domicile, intervenant plusieurs fois par jour, on peut considérer qu'ils ont une place prépondérante dans la prise en charge du patient et peuvent être une aide très utile.

## **2) Contexte de l'analyse**

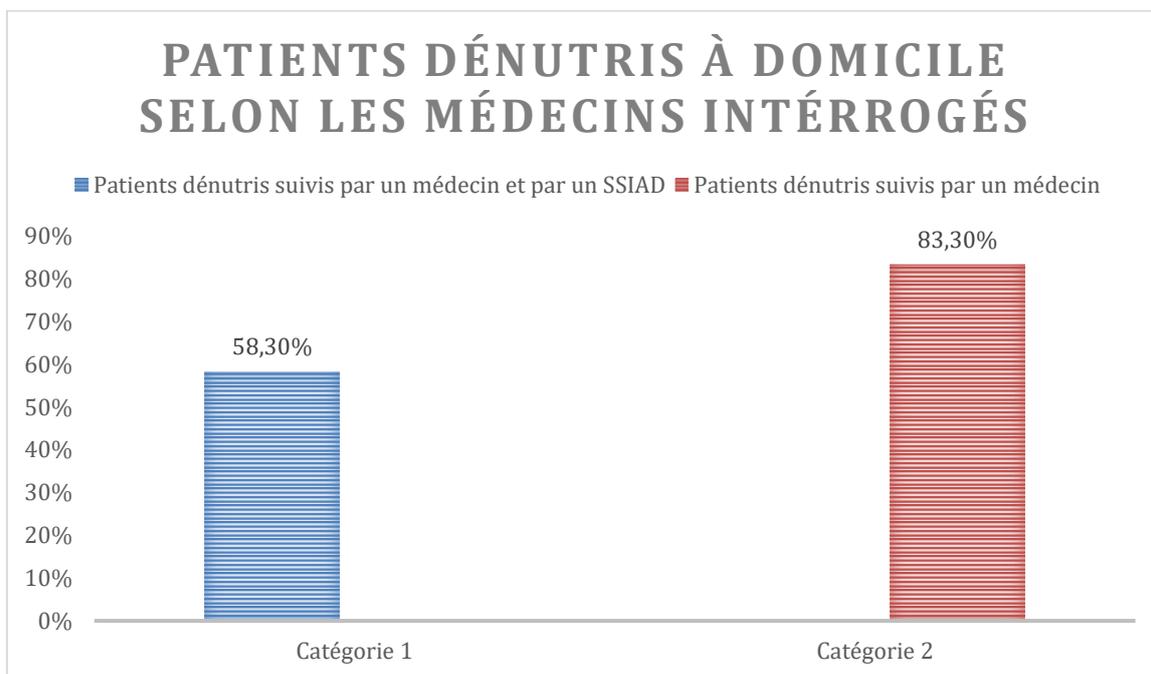
Selon l'H.A.S "la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées de plus de 70 ans, est élevée aussi bien chez les personnes vivant à domicile (4 à 10%) qu'en institution (15%à 38%) ou à l'hôpital (30 à 70%)" Les résultats auprès des médecins et des infirmiers(ères) coordinateurs (trices), font écho avec ces données épidémiologiques, en effet, 74,2 % des infirmiers (ères) coordinateurs (trices) et 58.3% des médecins ont répondu positivement à la question : Estimez- vous avoir des personnes âgées dénutries au sein d'un SSIAD ?

On peut également constater que seulement 12% des infirmiers (ères) coordinateurs (trices) affirment travailler avec une diététicienne, et 91.7% des SSIAD n'ont pas de référente nutrition.

Ces chiffres sont paradoxaux avec tous les plans et recommandations qui sont mis en place par les gouvernements successifs, en l'occurrence "les bonnes recommandations de l'HAS" concernant les bonnes pratiques en matière de dépistage de la dénutrition. D'après les résultats de l'enquête, nous allons effectuer un état des lieux appuyé sur nos thèmes afin de dégager des pistes d'amélioration.

## ➤ Connaissances

Les personnes suivies en SSIAD ont moins de risques d'être dénutries.



On constate que les personnes suivies par un médecin et accompagnées par un SSIAD sont moins touchées par la dénutrition. La présence de différents acteurs dans le parcours de soins du patient permet probablement une meilleure observance du risque de dénutrition. Cependant, la moitié des personnes suivies en SSIAD sont dénutries, cela rejoint les avis des infirmiers(ères) coordinateurs (trices) qui estiment à 74,2% de personnes dénutries suivies en SSIAD.

- Méconnaissance des politiques de santé en matière de prévention de la dénutrition

Paradoxalement, les politiques de santé en matière de prévention de la dénutrition sont méconnues des IDEC et des aidants. (87% des infirmiers(ères) coordinateurs (trices) et à 68% des aidants).

*“L’HAS (la Haute autorité de la santé) en 2007 a mis en place des recommandations de bonnes pratiques destinées aux professionnels de santé”* et malgré cela les acteurs du domicile ne semblent pas en avoir connaissance. Il serait intéressant de pousser l'étude auprès des soignants et des médecins.

- Disparité des connaissances selon les profils.

Les causes et les conséquences les plus révélatrices émises par les infirmiers(ères) coordinateurs (trices) sont :

- pour les causes : "isolement", "dépression", "état bucco-dentaire", "troubles cognitifs", "perte d'autonomie"

- pour les conséquences : "dépendance", "hospitalisation", "escarre", "altération de l'état général", "chute"

Le LNA santé définit également les causes liées à la dénutrition :

"D'autres facteurs peuvent mener à la dénutrition des personnes âgées comme l'isolement, des pertes d'autonomie, des problèmes financiers, des troubles bucco-dentaires, des problèmes de déglutition, certains médicaments ou encore un régime alimentaire restrictif..."<sup>27</sup>

L'infirmière magazine décrit aussi les conséquences de la dénutrition :

"nombreuses et graves, comme l'altération de l'état général, escarres, risques de chutes, fractures, infections".<sup>28</sup>

Les infirmiers(ères) coordinateurs (trices) ont une bonne connaissance des causes et conséquences de la dénutrition, probablement liée à leur formation initiale.

La différence entre la malnutrition et la dénutrition est comprise par 96.8% des aidants, en revanche, ils ne sont que 50% à considérer la dénutrition comme étant une maladie.

La revue nutrition santé évoque l'importance de la formation des aidants : "*Cependant, plusieurs études rapportent que les connaissances en nutrition des aidants notamment familiaux sont souvent insuffisantes. Un lien a d'ailleurs été montré entre ce manque de connaissances et le risque de dénutrition chez les aidés. Pourtant, ces aidants familiaux pourraient être autant efficaces que les aidants à domicile, voire plus car ils connaissent mieux les préférences et les comportements de leurs proches*"<sup>29</sup>.

La formation des aidants dans l'accompagnement de leurs proches permettrait de mieux accompagner les aidants dans la prévention de la dénutrition.

L'ensemble des soignants ont de bonnes connaissances sur la dénutrition : cela serait en lien avec leurs formations initiales ou leur expérience sur le terrain jumelé aux directives des infirmiers(ères) coordinateurs (trices) sur l'accompagnement des usagers ?

"suivi de poids", "fiche d'ingesta"

---

<sup>27</sup> <https://www.lna-sante.com/actualite/la-denutrition-chez-la-personne-agee>

<sup>28</sup>

[https://www.sfnm.org/images/stories/pdf\\_presseDenutrition/2009\\_01\\_04\\_INFIRMIERE\\_MAGAZIN\\_E\\_CAHIER.pdf](https://www.sfnm.org/images/stories/pdf_presseDenutrition/2009_01_04_INFIRMIERE_MAGAZIN_E_CAHIER.pdf)

<sup>29</sup> <https://www.nutrisens.com/vitalites/nutrition-sante/aidants-et-nutrition-des-sujets-ages/>

## ➤ Formation

Le professionnel de santé est le premier interlocuteur dans la prise en charge globale du patient. Ainsi pour lutter et prévenir la dénutrition, les soignants devraient actualiser ou réactualiser leurs connaissances et compétences et ce tout au long de leur carrière par le biais de formations. Dans notre enquête, il en ressort qu'une très large majorité d'infirmiers(ères) coordinateurs (trices) et soignants n'ont pas suivi de formation interne sur la dénutrition de la personne âgée et nous pouvons également constater que 96.8% d'infirmiers(ères) coordinateurs (trices) n'ont jamais animé une formation concernant la dénutrition de la personne âgée. En revanche 51.6% d'infirmiers(ères) coordinateurs (trices) et 87% de soignants seraient intéressés.

Au sein des SSIAD, alors qu'il existe de nombreuses formations (gestion du stress et agressivité, bienveillance, gestes et postures, démarches palliatives, réponse au refus de soin, plaie et cicatrisation ...), la formation sur la dénutrition est très peu proposée. Les Infirmiers(ères) coordinateurs (trices) citent : "un manque de temps", "la pandémie", "difficulté à remplacer le soignant en formation", "pas de demande", "autres thèmes plus intéressants".

Ce manque d'accès à cette formation nous interroge d'autant plus que le nombre de plans et de programmes nationaux ont englobé la formation courte et continue pour la prévention. En l'occurrence le PNNS (2019-2023) et plus particulièrement l'action 40 vise à : *"améliorer la formation initiale et continue des personnels travaillant dans les établissements médico-sociaux*, ainsi que des actions loco-régionales, telle que "la semaine nationale de la dénutrition". En revanche, à travers nos lectures médicales, on peut constater que la prise en charge de la dénutrition dans nos pays industrialisés, n'est reconnue comme un enjeu de santé publique que depuis une vingtaine d'années ; Jérôme Guedj, ancien député, spécialiste des questions de vieillissement s'est exprimé sur ce sujet dans le cadre du collectif de lutte contre la dénutrition : *"la dénutrition est méconnue, car confondue avec la malnutrition et associée à la précarité. Or, la dénutrition touche tout le monde, une personne âgée, un patient atteint d'Alzheimer, un enfant avec une mucoviscidose qui perd l'envie de manger. C'est d'autant plus rageant qu'elle n'est pas une fatalité. D'où l'intérêt de l'ériger en sujet sociétal majeur"*.

La crise sanitaire en cours depuis février 2020 peut également expliquer ce peu d'adhésion à cette formation, alors que commence à se dessiner une autre forme de dénutrition liée au covid.

## ➤ Coordination et Communication

Le terme coordination provient du latin *cum*, qui signifie avec, et *ordinare*, qui signifie mettre en ordre, ranger, disposer, ordonner, arranger, organiser<sup>30</sup>.

Lors de la question : "l'Infirmier(ère) coordinateur (trice) est-il (elle) contacté(e) lorsqu'un de vos patients est à risque de dénutrition ou est dénutri ?" Le médecin traitant répond "toujours" à 8,3% et "parfois" à 47%, résultat confirmé par l'infirmier(ère) coordinateur (trice) qui dit être prévenue à 6,45%. Mais lorsque l'on inverse la question, l'infirmier(ère) coordinateur (trice) dit prévenir le médecin traitant à 96,8%. On peut alors supposer que le médecin peut par surcharge de travail (pénurie de médecine de ville, crise sanitaire...) ne pas informer directement l'infirmier(ère) coordinateur (trice), malgré une communication existante ; ou bien il compte sur les aidants pour transmettre les informations aux différents acteurs intervenants au domicile du patient. Car, il en ressort que 63% des aidants le sollicitent sur des conseils d'alimentation de leur proche.

En somme, il en ressort qu'à la question posée sur la qualité de la coordination, celle-ci est satisfaisante à plus de la moitié pour l'ensemble des professionnels de santé. On peut alors supposer quand SSIAD qu'il y a moins de patients dénutris par sa collaboration entre les différents acteurs, mais également par sa rapidité d'intervention. En effet, tous ont répondu collaborer à l'unanimité avec d'autres intervenants : le service d'aide à domicile est cité en premier à 83,9% des réponses suivi par le portage des repas à 54%. Ces résultats sur les différents intervenants peuvent aussi supposer l'existence d'une coordination de proximité.

Concernant les moyens de communication, le téléphone est de loin le mode de communication privilégié pour le médecin et l'infirmier(ère) coordinateur (trice), il atteint plus de 90%. Pour les soignants, les modes de communication avec l'infirmier(ère) coordinateur (trice) sont les transmissions écrites (91,80%), les réunions (84,70%) et le téléphone (71,3%). On peut alors conjecturer par ses résultats l'efficacité des modes de communication. Cependant, la télémédecine est très peu utilisée alors que la pratique de celle-ci se développe. On peut alors peut-être concevoir que la télémédecine pourrait améliorer davantage la coordination ? En s'appuyant sur le rapport Concertation Grand âge et autonomie Grand âge, le temps d'agir (Mars 2019), la proposition 48 dit : "*Appuyer le développement de la télémédecine en permettant aux personnels intervenant à domicile de déclencher une téléconsultation*".

---

<sup>30</sup> <https://www.toupie.org> > Dictionnaire > Coordination

De plus, on peut souligner que les équipes soignantes sont très sollicitées dans la communication sur l'alimentation par les différents acteurs ou au sein même de l'équipe. En effet, à plus de 65,5%, les infirmiers(ères) et les infirmiers(ères) coordinateurs (trices) sont sollicités par leurs équipes, puis à 43,5%, ce sont les aides soignant(es). Les aidants sollicitent également les aides-soignants quand ils ont besoin de renseignements et/ou de conseils. On peut présumer que le sujet de l'alimentation est fortement abordé. La formation sur la dénutrition peut être une source supplémentaire importante dans la prise en charge de la personne âgée.

Enfin, à la question sur "Y'a-t-il un cahier de liaison au domicile de votre proche ?", les aidants ont répondu : "oui" à 86,5%, en revanche 48.8% des soignants déclarent que le médecin ne fait pas de transmissions sur la dénutrition sur le cahier et 34,5% des soignants l'ignorent. Au regard de ces chiffres, il apparaît un manque de collaboration entre les soignants et le médecin traitant.

#### ➤ Pratiques

A travers notre enquête, nous pouvons constater que les dispositifs spécifiques de la prévention de la dénutrition ne sont pas toujours utilisés ou très peu évoqués.

En effet, 41,9% des infirmiers(ères) coordinateurs (trices) et 44.6% des soignants n'utilisent pas de dispositifs spécifiques de dépistage de la dénutrition. Ce résultat peut s'expliquer par une absence de procédures au sein des structures (en effet 38.8% des soignants évoquent l'absence de procédures au sein de leur structure et 35,3% n'en connaissent pas l'existence), par le manque de connaissances et le manque de communication, en matière de prévention de la dénutrition.

- L'utilisation du MNA et des fiches ingestats ne sont pas abordées par les médecins et très peu par les soignants (seulement 5% des soignants parlent de l'utilisation des ingestats dans leurs actions de prévention du risque de dénutrition).

- La mesure de l'IMC est également très peu utilisée par les soignants et infirmiers(ères) coordinateurs (trices) (seulement un infirmier(ère) coordinateur (trice) et un soignant réalisent l'évaluation de l'IMC). On peut supposer que c'est difficilement réalisable à domicile.

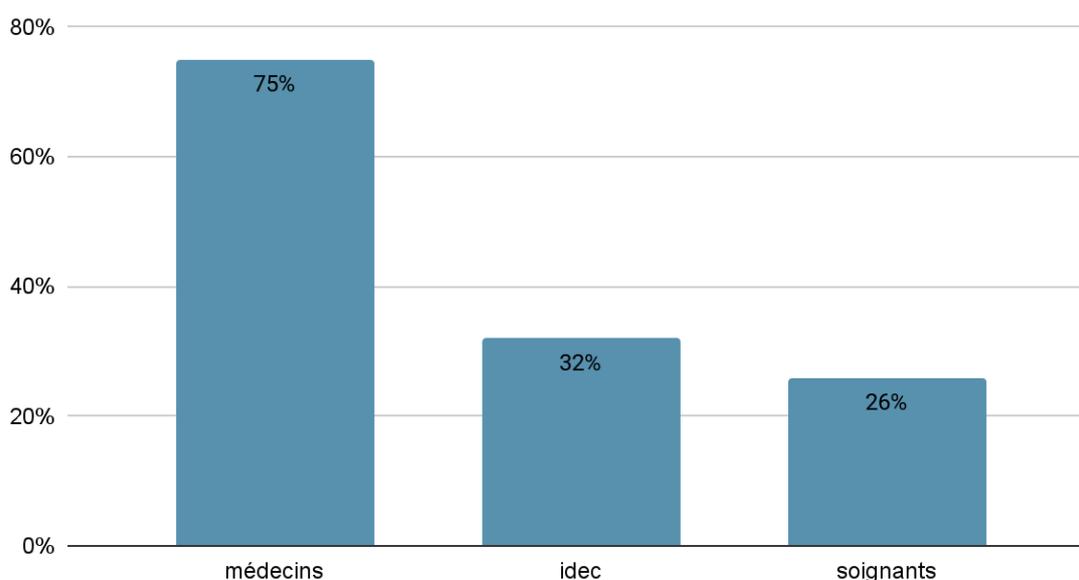
- Les examens cliniques, les marqueurs biologiques sont les plus utilisés par les médecins traitants dans le cadre d'un diagnostic de dénutrition.

- 50% d'entre eux interrogent les patients sur leurs habitudes alimentaires lors des consultations et 58.3% des médecins mettent en place un suivi nutritionnel et 83.9% des infirmiers(ères) coordinateurs(trices) évaluent l'état nutritionnel du patient lors de la

visite d'admission, à travers ces résultats on peut constater qu' environ un médecin sur deux , ne semblent pas considérer la nutrition comme une priorité, on peut supposer que c'est par manque de temps , ou par manque de formation sur la prévention de la dénutrition ?

- La surveillance pondérale est pratiquée par 75% des médecins, cela peut s'expliquer en partie par la présence d'un pèse personne lors des consultations au cabinet, en revanche 26% des soignants et 32% des infirmiers(ères) coordinateurs (trices) réalisent une surveillance du poids alors que 81,6% des aidants disent posséder un pèse personne au domicile. Ces chiffres peuvent s'expliquer par la présence de freins au domicile lié à la perte d'autonomie de la personne mais également par un manque de procédures et de pratiques.

### réalisation des pesées



Alors que selon l'HAS : *“chez toutes personnes âgées vivant à domicile, il est recommandé que le poids soit mesuré au moins une fois par an, chez la personne âgée, à risque de dénutrition, la surveillance doit être plus rapprochée”*.

Seulement 5% des soignants évoquent la surveillance bucco-dentaire : *« hygiène dentaire », “vérifier si la bouche est bien dégagée”, “dentier adapté”, “vérification des appareils dentaires”*. En effet les problèmes bucco-dentaires sont très fréquents chez la personne âgée, on peut alors s'interroger sur le manque de sensibilisation des soignants concernant l'entretien bucco-dentaire les usagers accompagnés. D'après la DREES : *“42% des seniors vivant à domicile (après 75 ans) affirment avoir perdu toutes leurs dents “*. On peut s'interrogés sur

- L'éducation thérapeutique du patient et de l'aidant est omniprésente à 90,3% par les infirmiers(ères) coordinateurs (trices), elle repose essentiellement sur des conseils diététiques basés sur l'alimentation *« Informations et éducation auprès des aidants »*. Tandis que seulement 16% des médecins interrogés font de l'éducation thérapeutique auprès de leurs patients.

Ce faible résultat de la part des médecins en matière d'éducation thérapeutique peut s'expliquer par le manque de sources d'informations dans le domaine de la nutrition, en effet les médecins "jugent: *"la documentation disponible trop théorique et mal adaptée aux besoins des différents patients"* mais également par le manque de temps : *"Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la pratique pour effectuer un véritable conseil nutritionnel sont: le manque de temps"*.

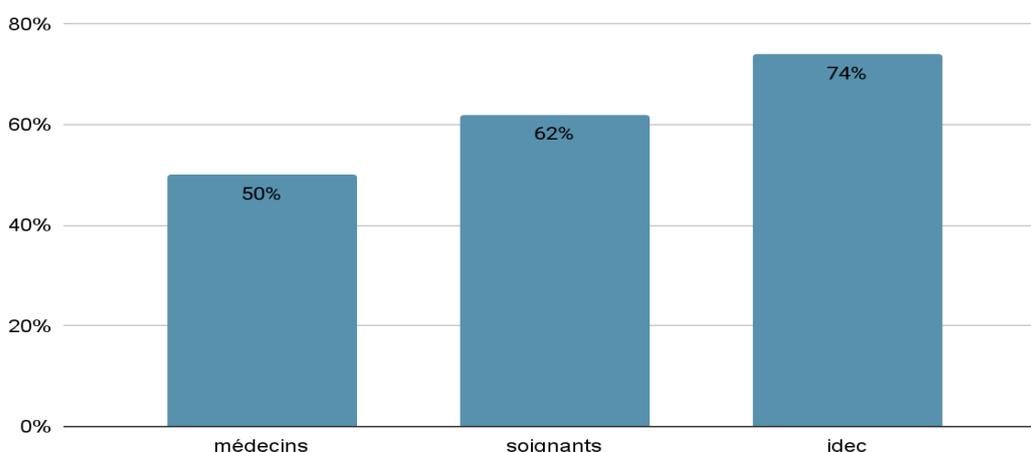
- 92% des aidants estiment être impliqués dans la prévention de la dénutrition de leurs proches : "associations des menus pour éviter les carences", "achat des courses", " repas mouliné, eau gélifiée", " présence au moment des repas", et "préparation des repas tous les jours". Ainsi l'aidant est un élément indispensable pour les différents intervenants.

#### ➤ Axes d'améliorations

##### Les freins

L'ensemble des acteurs confirment l'existence de nombreux freins dans la prévention de la dénutrition :

Freins à la prévention de la dénutrition



Les principales difficultés citées par nos trois acteurs sont :

#### ➤ Le manque de temps

Le manque de temps est exprimé par l'ensemble des trois acteurs dans l'exercice de leurs activités : "temps dédié long, manque de temps pour accompagner les personnes et présence au repas, manque de temps de coordination", au regard de cette notion de "manque de temps", on peut s'interroger sur l'importance accordée à la prévention de la dénutrition.

#### ➤ L'isolement

Comme vu précédemment dans le cadre conceptuel, l'isolement fait partie des situations à risque de dénutrition. Les trois acteurs soulignent les problématiques liées à l'isolement. On peut donc supposer que la personne âgée étant seule à son domicile, n'a pas forcément l'envie et le plaisir de manger ses repas sans compagnie ou aidant.

#### ➤ Les moyens financiers

Il est exprimé par les Infirmiers(ères) coordinateurs (trices) et les soignants. Pour rappel, les faibles revenus sont des facteurs sociaux pouvant entraîner un état de dénutrition.<sup>31</sup> " *Le manque de moyens financiers explique dans certains cas, la dénutrition des seniors*". Cela peut se traduire par une restriction du budget alimentaire et une difficulté à recourir aux aides à domicile.

#### ➤ Les pathologies

Les pathologies et plus particulièrement les troubles cognitifs et les démences sont évoqués par les infirmiers(ères) coordinateurs (trices) et les soignants. « *Oui, la pathologie du patient, plus particulièrement les démences* ». En effet, on peut supposer que les informations apportées pourraient être difficilement comprises ou/et oubliées par le patient atteint de troubles cognitifs, ce qui rendrait la prise en charge et la prévention de la dénutrition d'autant plus compliquée. De plus, des changements sur les habitudes de vie chez les patients atteints de démence peuvent être anxiogènes et entraîner un refus de soin.

#### ➤ La Famille

Sept infirmiers(ères) coordinateurs (trices) et deux soignants soulignent que les aidants et/ou entourage peuvent être des freins à l'accompagnement de la dénutrition (« entourage

---

<sup>31</sup> Recueil EHPAD-2.pdf (solidarites-sante-gouv.fr)

défaillant » » « refus de l'aidant », réticence de certains aidants à évoquer le sujet avec les IDE car « tout est compartimenté pour eux »).

La famille et plus particulièrement l'aidant principal est un acteur indispensable dans la prévention de la dénutrition de son proche. Comme évoqué dans le cadre conceptuel : « *il joue un rôle déterminant dans la continuité du parcours de vie et de soins* »

Nous pouvons supposer que l'inclusion des familles par le biais de réunions et informations régulières sur la dénutrition faciliterait leur collaboration avec le personnel soignant.

### Les leviers

L'ensemble des médecins et des infirmiers(ères) coordinateurs (trices) s'accordent à dire que : la formation, la prévention, la communication et coordination et la collaboration sont les quatre leviers communs.

#### ➤ Formation :

Le manque de formation est un constat énoncé par l'ensemble de nos acteurs, un infirmier(ère) coordinateur (trice) suggère de : "former *les différents intervenants du domicile*". Une prévention de qualité ne peut avoir lieu sans une formation adaptée des différents acteurs.

La formation est donc indispensable à la prévention de la dénutrition afin d'acquérir de nouvelles connaissances et être informé des bonnes pratiques professionnelles.

#### ➤ La prévention :

Un médecin préconise : « *la prescription d'un bilan nutritionnel bi-annuel* ». Il a également été souligné de permettre aux infirmières de prescrire un suivi albumine/pré-albumine au patient.

Deux infirmiers (ères) coordinateurs (trices) soulignent l'aspect de prévention en sensibilisant les différents acteurs intervenants au domicile auprès du patient. Cette sensibilisation pourrait se faire par l'information des professionnels sur les actions de prévention pouvant être réalisées à domicile.

#### ➤ La communication et coordination :

La majorité des infirmiers(ères) coordinateurs (trices) et soignants interrogés affirment que la coordination avec d'autres intervenants serait un élément indispensable pour améliorer la prise en charge nutritionnelle. En effet, la communication interprofessionnelle permet d'assurer une prise en charge de qualité. Les infirmiers (ères) coordinateurs (trices) et

médecins proposent des moyens de communication (« document partagé », « boîte mail sécurisé ») pour mieux échanger. On suppose que cela permettrait à chaque intervenant de recevoir et de partager les mêmes informations en temps réel. Cela pourrait être une façon d'agir plus rapidement sur un risque de dénutrition. Les réunions comme outils de communication sont citées par plusieurs infirmiers (ères) coordinateurs (trices) et médecins : « *réunions pluridisciplinaires, réunions programmées* ou encore *réunions de synthèse* ». Elles permettent à l'équipe pluridisciplinaire d'échanger autour du patient et de son environnement et de trouver des solutions adaptées.

En revanche, l'inclusion des aidants dans la prévention à la dénutrition par le biais de réunions communes leur permettrait de bénéficier d'informations concernant le patient.

➤ La collaboration :

64.5% des infirmiers (ères) coordinateurs (trices) affirment que le médecin est un levier indispensable à la prévention de la dénutrition. Ce résultat nous confirme le rôle primordial du médecin dans l'organisation des soins.

La collaboration avec d'autres intervenants extérieurs tels que les infirmiers libéraux, des diététiciennes ou un service d'aide à domicile a été citée par les infirmiers(ères) coordinateurs (trices). Cette collaboration permettrait au patient de bénéficier d'un accompagnement dans les soins et les actes de la vie quotidienne (accompagnement aux courses, préparation des repas etc..). Un partenariat avec une diététicienne a également été mentionné. En effet, les partenariats sont vivement recommandés par l'association de lutte contre la dénutrition. : " *favoriser les partenariats entre les différents réseaux* "

### **3) Force et faiblesse de l'analyse**

L'élaboration des questionnaires autour des cinq thèmes nous a aidées à l'analyse des résultats en restant fidèles à notre question de recherche. Le fait d'avoir élaboré quatre questionnaires différents s'adressant à chacun des acteurs nous a permis d'obtenir une plus grande richesse de résultats.

Néanmoins, l'utilisation de questions ouvertes est moins pertinentes car l'exploitation des résultats est plus complexe au regard de l'étendue des réponses. L'absence de questions communes aux différents acteurs, a été un frein dans l'analyse croisée des résultats.

## VI. Pistes d'actions

Nos hypothèses de départ et l'analyse des résultats nous ont conduit à proposer des pistes d'actions, en s'appuyant sur les axes d'améliorations suggérées par les médecins traitant et les infirmiers(ères) coordinateurs (trices)

- **Améliorer la coordination Infirmier(ère) Coordinateur (trice) et médecin traitant** : télémédecine, réunion en présentiel ou en visio. La mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire au domicile permettrait de renforcer la coordination des acteurs.
- **Créer un cahier de liaison universel**, permettant l'inclusion de tous les acteurs du domicile. Il permet un échange et un suivi sur le parcours de soin du patient. À l'heure où la "Silver Economie" encourage les innovations, le cahier de liaison universel pourrait évoluer vers une tablette de soin numérique connectée. Le projet « EHPAD hors les murs » financé par l'ARS met en œuvre cet outil<sup>32</sup>.
- **Faire de la formation** le socle de la prévention de la dénutrition en renforçant les bases, proposer des formations continues internes et externes à tous les acteurs de santé y compris les aidants et les aides à domicile qui se chargent de l'achat des courses et la préparation des repas et du repas lui-même.
- **Faire qu'un soignant**, volontaire ayant bénéficié d'une formation certifiée devienne **un référent nutrition**. Il serait alors un référent indispensable pour prévenir et dépister la dénutrition tout en assurant un meilleur suivi de la prise en charge. Il pourrait aussi renforcer les pratiques des professionnels ainsi qu'impulser une nouvelle dynamique dans les équipes.
- **Maintenir la socialisation pour rompre l'isolement social** en impliquant des associations de bénévoles (telles que la Croix Rouge, le Secours Populaire, les petits frères des pauvres, Emmaüs), encourager les jeunes par des projets scolaires à se rendre au domicile des personnes âgées.

---

<sup>32</sup> <https://www.gerontopolesud.fr/fiche-exp%C3%A9rience-r%C3%A9gionale-ehpad-hors-les-murs-mar-vivo>

- **Envisager une procédure** pouvant être adaptée à l'ensemble des SSIAD, validée par l'HAS. Également d'uniformiser les outils **de dépistage**. (Par exemple création d'un logiciel métier)
- **Améliorer le portage de repas** avec l'accompagnement d'une diététicienne au domicile afin de respecter les habitudes alimentaires, les goûts, les saveurs et textures du bénéficiaire ; Le livreur pourrait bénéficier d'une formation spécifique afin d'améliorer la prestation de service.
- **Créer un partenariat avec les diététiciennes** libérales en mettant en place une convention serait une plus-value dans les SSIAD.
- **Informier** pour sensibiliser, prévenir et dépister en mettant à disposition du personnel de la documentation, abonnement à des magazines, à des sites internet spécifiques à la dénutrition (« manger, bouger » ; « semaine de la dénutrition ») avec possibilité d'imprimer des brochures et des affichages. Toutes ces documentations sont aussi à partager, à transmettre aux aidants également.
- Permettre **aux infirmiers(es) en pratique avancée (IPA)** en gériatrie d'exercer à domicile en collaboration avec le médecin traitant.
- **Promouvoir les soins dentaires** à domicile et sensibiliser les médecins traitants au suivi bucco-dentaire, par le biais d'un bilan annuel systématique.
- **Sensibiliser les seniors à domicile à une activité physique**. Un Organisme associatif Siel Bleu est un pionnier dans ce domaine, il propose des activités physiques adaptées aux seniors à domicile ou en collectif. L'activité sportive adaptée (APA) est reconnue comme un soin pouvant être prescrit dans le cadre d'une ALD selon le décret du 1<sup>er</sup> mars 2017.

## **VII. Conclusion**

La dénutrition est une maladie dite "silencieuse", qui touche beaucoup de personnes âgées accompagnées à domicile et induit de nombreux retentissements sur la qualité et la durée de leur vie. En qualité d'infirmières coordinatrices au sein d'un SSIAD, ce mémoire nous a permis de prendre conscience de l'attention que nous devons porter à la prévention de la dénutrition des personnes âgées dans notre pratique quotidienne. De manière générale, la dénutrition à domicile et particulièrement en SSIAD est un sujet peu abordé. Ainsi, nous avons voulu identifier les actions de prévention mises en place par les différents acteurs du domicile et cerner la qualité de coordination des médecins et infirmier(es) coordinateurs (trices) dans la prise en charge de la personne âgée en SSIAD.

Nous avons pu constater, par le biais d'un état des lieux des pratiques professionnelles, des déficits dans ce domaine : une méconnaissance des politiques de santé sur le sujet de la dénutrition, un manque de proposition de formation de la part des structures de soins et des prestataires de services à l'intention des équipes, le manque d'information des personnes accompagnées et de leurs aidants, ainsi qu'une utilisation sommaire des outils de dépistage de la dénutrition au sein des SSIAD.

Les enquêtés : médecins traitants, infirmiers(ères) coordinateurs(trices) et soignants ont évoqué chacun, en fonction de leurs champs de compétences, les freins au dépistage et à l'évaluation de la prévention tels que, le manque de temps des professionnels, l'isolement des personnes accompagnées, la barrière de la langue, la réticence de certains aidants, le milieu social, le manque de revenu et le manque de matériel.

Bien que les médecins traitants jouent un rôle essentiel de coordination entre les différents acteurs du domicile et que la communication médecins traitants et infirmiers(ères) coordinateurs (trices) reste de bonne qualité, l'étude met en évidence que l'ensemble des médecins traitants sollicitent peu les infirmiers(es) coordinateurs (trices) concernant les personnes âgées à risque de dénutrition. Cependant, lorsque la coordination au sujet de la prévention ou du traitement de la dénutrition existe, celle-ci est le plus souvent initiée par les infirmiers(es) coordinateurs (trices).

Il est indéniable que la coordination de proximité et la collaboration entre les différents acteurs doivent être maintenues afin d'assurer le suivi du parcours de soin du patient. Ce levier pour un accompagnement de qualité est d'ailleurs évoqué par les médecins traitants et les infirmiers(ères) coordinateurs (trices). Afin d'éviter une fragilisation et/ou une rupture de parcours, la création d'un poste de médecin coordinateur pourrait assurer un appui clinique en gériatrie auprès des médecins traitants et des infirmiers(ères) coordinateurs (trices) dans leur démarche d'accompagnement au travers de l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de soin qui prendraient en compte l'ensemble des préventions pour une bonne qualité de vie à domicile.

## **VIII. Résumé**

La dénutrition touche environ 4 à 10% des personnes âgées vivant à domicile. Les conséquences de la dénutrition sont nombreuses et délétères pour nos aînés, c'est un problème majeur de santé publique. De nombreuses études ont été menées auprès des établissements de santé, mais peu sur le domicile et sur les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), c'est la raison pour laquelle il nous semble important de l'explorer.

Ainsi notre travail de recherche a pour objectif d'effectuer un état des lieux de la prévention de la dénutrition à domicile des personnes âgées accompagnés par un SSIAD et parallèlement d'évaluer la qualité de la coordination entre le médecin et l'infirmier(ère) coordinateur (trice).

Notre question de recherche est donc la suivante : ***Comment améliorer la prévention de la dénutrition et le lien entre l'infirmier(ère) coordinateur (trice) et le médecin traitant dans la prise en charge de la personne âgée en SSIAD ?***

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons établi des questionnaires selon un mode de diffusion en ligne ou en version papier, qui ont été adressés à l'attention de quatre acteurs du domicile : médecins traitants, infirmiers(ères) coordinateurs (trices), soignants et aidants. Chacun de ces acteurs nous semblent être un maillon indispensable à la prévention de la dénutrition à domicile.

Au travers de ce travail de recherche, nous avons tenté d'identifier les pratiques, les freins et les leviers possibles autour de cinq thèmes (connaissances, formation, pratique, coordination et communication et axes d'améliorations). Les axes d'améliorations ont été proposés aux deux acteurs pivots de la coordination, les médecins traitants et les infirmiers(ères) coordinateurs (trices).

Les résultats de l'enquête démontrent de manière générale une méconnaissance des politiques de santé ainsi qu'un besoin accru de formation sur la dénutrition, plébiscité par les enquêtés. La collaboration interdisciplinaire, avec des moyens de communication orale et écrite, est privilégiée. Le manque de temps évoqué par les médecins dans leur pratique impacte la qualité de coordination.

En nous appuyant sur les axes d'amélioration proposés par les médecins traitants et les infirmiers(ères) coordinateurs (trices), nous avons dégagé des pistes d'actions tels qu'un cahier universel ou une tablette de soin numérique connectée commun à tous les acteurs et l'harmonisation des dispositifs et des outils de dépistage.

**Mots clés** : dénutrition, prévention, coordination, SSIAD, personne âgée, médecins traitants, infirmiers(ères) coordinateurs (trices)

## **IX. Abstract**

Undernutrition affects approximately 4 to 10% of elderly people living at home. The consequences of undernutrition are numerous and deleterious for our elderly; it is a major public health problem. Numerous studies have been carried out in health establishments, but few on the home and on home nursing services (SSIAD), which is why it seems important to us to explore this issue.

The aim of our research work is therefore to carry out an inventory of the prevention of undernutrition in the homes of elderly people accompanied by a SSIAD and, at the same time, to evaluate the quality of coordination between the doctor and the nurse coordinator.

Our research question is therefore as follows: How can we improve the prevention of undernutrition and the coordination between the nurse coordinator and the attending physician in the care of the elderly in a SSIAD?

In order to answer our research question, we drew up questionnaires which were distributed online or in hard copy to four homecare stakeholders: attending physicians, nurse coordinators, carers and caregivers. Each of these actors seems to us to be an essential link in the prevention of undernutrition at home.

Through this research work, we attempted to identify practices, obstacles and possible levers based on five items (knowledge, training, practice, coordination/communication and areas for improvement). The areas for improvement were proposed to the two key players in coordination, the attending physicians and the nurse coordinators.

The results of the survey show a general lack of knowledge of health policies and an increased need for training on undernutrition, which was expressed by the respondents. Interdisciplinary collaboration, with oral and written communication, is favoured. The lack of time mentioned by the doctors in their practices has an impact on the quality of coordination.

Based on the areas for improvement proposed by the attending physicians and nurse coordinators, we have identified possible actions such as a universal notebook or a digital care tablet common to all actors and the harmonisation of screening devices and tools.

Key words: undernutrition, prévention, coordination, SSIAD, elderly people, attending physicians, nurse coordinators.

## **X. Bibliographie**

1. HAS : Synthèse des recommandations des bonnes pratiques Alzheimer et maladie apparentée : suivi médical des aidants naturels, février 2010.
2. <https://solidarités-santé.gouv.fr> -Ministère de la santé et des solidarités .plan national "bien vieillir" 2020-2022
3. <https://solidarités-santé.gouv.fr> Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2019-2023(4ème programme)
4. Ferry M, Alix E, Brocker P, Constans T, Lesourd B, Mischlich D. Nutrition **de la personne âgée**, édition Masson, 4ème édition .2007.347 pages
5. Basdekis J-C. **L'alimentation des personnes âgées et la prévention de la dénutrition**, éditions Estem ,2004. 143 pages
6. Belmin J, Amalberti F, Béguin A-M. **L'infirmier(e) et les soins aux personnes âgées**, savoir et pratique infirmière, édition Masson, 2ème édition .2005. 369 pages
7. Brocker P, **Impact médico-économique de la dénutrition de la personne âgée**, La revue de Gériatrie. Septembre 2008. Page 1à 8
8. <https://ireps-ara.org> **Etudes sur les pratiques en matière de prévention, repérage et prise en charge de la dénutrition des personnes âgées vivant à domicile en Rhône Alpes** .2012. 60 pages
9. <https://www.has-sante.fr> **Stratégies de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée**. 2007. 4 pages
10. <https://www.cairn.info> Marchand M dossier "à l'écoute du vieillissement": **regards sur la vieillesse** , le journal des psychologues n°256 avril 2008. 22-26 pages
11. <https://www.revmed.ch> Yerly N , Nguyen S, Major k,Bula C,Bosshard Taroni W ,

**Approche ambulatoire de la dénutrition chez la personne âgée**. Revue médicale suisse. Novembre 2015 .1- 5 pages

12. Dr Sebag-Lanoé. **La dénutrition de la personne âgée**. Revue l'infirmière magazine, cahier de formation continue. Janvier 2009. 1-9 pages

13. <https://www.has-sante.fr> **Le diagnostic de la dénutrition de la personne âgée**

14. <https://www.capretraite.fr> Blanc E **Dénutrition de la personne âgée : facteurs et signes précurseurs**

15. <https://institutdanone.org> Guillet C,walrand , Unité de Nutrition Humaine **Dossier sarcopénie : une nouvelle préoccupation de santé publique**

16. <https://solidarités-santé.gouv.fr> Folliguet M , Direction générale de la Santé . **La prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées**. Mai 2006

17.<https://revmed> Allepaerts S , De Flines J, Paquot N ; **La nutrition de la personne âgée** .2014. 244-250 pages

18. **Les référentiels des collèges Gériatrie, Réussir ses ECNI, tableau 8.5 page 101**

## **XI. Annexes**

Annexe 1

LA PRÉ-ENQUÊTE :

Fortes de ce premier constat, nous avons choisi d'étendre notre questionnement auprès des IDEC et médecins de ville afin d'obtenir une cartographie des pratiques sur la région Ile de France en matière de prévention et de repérage de la dénutrition à domicile.

### **Objectifs**

Connaître la cartographie des pratiques sur la région Ile de France en matière de prévention et de repérage de la dénutrition à domicile.

Mettre en exergue une problématique principale.

### **Méthodologie**

Nous avons opté pour une enquête pré-exploratoire en utilisant un entretien semi-directif laissant la possibilité d'avoir un retour plus large de la situation.

Pour ce faire nous avons chacune écumé les SSIAD de la région Ile de France ainsi que les médecins de ville. Dans le contexte sanitaire actuel nous nous sommes naturellement dirigées vers un entretien téléphonique d'une part et par mail d'autre part afin d'obtenir des retours sur un délai plus court.

### **Aux questions :**

Pour les IDEC

**“qu'est ce qui est mis en œuvre au sein de votre structure en matière de dépistage, prévention, et évaluation des risques de dénutrition ou dénutrition avérée ?”**

Pour les médecins de ville

**“qu'est ce qui est mis en œuvre au sein de votre structure en matière de dépistage, prévention, et évaluation des risques de dénutrition ou dénutrition avérée ? et en cas de risque de dénutrition ou de dénutrition avérée informer vous l'IDEC du SSIAD ?”**

## Analyse des données

Sur les 35 SSIAD et 15 médecins traitants interrogés 29 SSIAD et 5 médecins traitant ont accepté de répondre à l'entretien téléphonique.

Tableau des retours de la pré-enquête exploratoire de la région Iles de France.

IDEC SSIAD	Médecin de ville	Département	Moyen de communication
8	1	91	Téléphonique
10	3	94	Téléphonique
4	1	75	Téléphonique
1		75	Zoom
2		93	Téléphonique
4		77	Téléphonique

### **Difficultés rencontrées lors de l'exploration de la pré-enquête.**

La difficulté principale réside dans l'obtention des retours. La période sollicitée correspondant aux vacances scolaires a eu pour conséquence une partie d'absence de retour d'IDEC et de médecins de ville qui ont été absent sur la période d'enquête. Par ailleurs sur les 15 médecins généralistes sollicités seulement 5 ont accepté de répondre à notre entretien. On peut trouver une part d'explication dans le contexte lié à la pandémie générant une surcharge de travail mais aussi au filtrage des appels par la secrétaire médicale.

Par ailleurs 18 mails ont été envoyés sans succès, la voie téléphonique a donc été privilégiée.

## **Résultat**

### **IDEC**

Le retour de ses entretiens exploratoires nous a révélé que tous les SSIAD interrogés ne possèdent pas d'outils d'évaluation du risque de dénutrition. Certains SSIAD surveillent le poids mais pas de façon systématique et certain seulement sur appréciation de l'IDEC

*“Nous ne surveillons pas le poids des usagers”*

*“Nous surveillons le poids que dans des cas particuliers”*

Parmi les SSIAD interrogés un seul bénéficie d'une diététicienne, avec la mise en place une fiche de suivi des ingestas et implication des aides à domicile dans cette fonction et un contrôle à domicile fait par la diététicienne.

### **Médecins de ville**

Ils ont tous leurs propres lignes de conduite mais tous s'accordent à dire qu'ils effectuent un bilan sanguin avec albumine et CRP. Dès le diagnostic posé ils prescrivent systématiquement des compléments hyper énergétiques.

De façon unanime aucun médecin ne rentre en contact avec l'IDEC des SSIAD afin d'effectuer le suivi de la dénutrition

## Les axes principaux de la loi n°2002-2



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

### OBJECTIF

Élaborer un outil d'aide à la prise en charge de la personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition, pour les professionnels de santé.

### ABRÉVIATIONS

CNO : compléments nutritionnels oraux ; NE : nutrition entérale ; AET : apports énergétiques totaux

### SITUATIONS À RISQUE DE DÉNUTRITION

- **Situations sans lien avec l'âge** : cancers, défaillances d'organe chroniques et sévères, pathologies à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption, alcoolisme chronique, pathologies infectieuses et/ou inflammatoires chroniques, ainsi que toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires et/ou une augmentation des besoins énergétiques.
- **Situations plus spécifiques à la personne âgée (cf. ci-dessous)**

Psycho-socio-environnementales	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolement social</li> <li>• Deuil</li> <li>• Difficultés financières</li> <li>• Maltraitance</li> <li>• Hospitalisation</li> <li>• Changement des habitudes de vie : entrée en institution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur</li> <li>• Pathologie infectieuse</li> <li>• Fracture entraînant une impotence fonctionnelle</li> <li>• Intervention chirurgicale</li> <li>• Constipation sévère</li> <li>• Escarres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polymédication</li> <li>• Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc.</li> <li>• Corticoïdes au long cours</li> </ul>
Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble de la mastication</li> <li>• Mauvais état dentaire</li> <li>• Appareillage mal adapté</li> <li>• Sécheresse de la bouche</li> <li>• Candidose oro-pharyngée</li> <li>• Dysgueusie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sans sel</li> <li>• Amaigrissant</li> <li>• Diabétique</li> <li>• Hypocholestérolémiant</li> <li>• Sans résidu au long cours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie d'Alzheimer</li> <li>• Autres démences</li> <li>• Syndrome confusionnel</li> <li>• Troubles de la vigilance</li> <li>• Syndrome parkinsonien</li> </ul>
Troubles de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pathologie ORL</li> <li>• Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépendance pour l'alimentation</li> <li>• Dépendance pour la mobilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndromes dépressifs</li> <li>• Troubles du comportement</li> </ul>

### MODALITÉS DE DÉPISTAGE

Populations cibles	Fréquence	Outils
Toutes les personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 fois/an en ville</li> <li>• 1 fois/mois en institution</li> <li>• Lors de chaque hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechercher des situations à risque de dénutrition (cf. supra)</li> <li>• Estimer l'appétit et/ou les apports alimentaires</li> <li>• Mesurer de façon répétée le poids et évaluer la perte de poids par rapport au poids antérieur</li> <li>• Calculer l'indice de masse corporelle : <math>IMC = \text{poids}/\text{taille}^2</math> (poids en kg et taille en m)</li> </ul>
Les personnes âgées à risque de dénutrition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance plus fréquente : en fonction de l'état clinique et de l'importance du risque (plusieurs situations à risque associées)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire tel que le <i>Mini Nutritional Assessment</i>® (MNA)</li> </ul>		

## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE DÉNUTRITION

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères ci-dessous.

Dénutrition	Dénutrition sévère
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Perte de poids</b> : <math>\geq 5\%</math> en 1 mois, ou <math>\geq 10\%</math> en 6 mois</li> <li>• <b>Indice de masse corporelle</b> : IMC <math>&lt; 21</math></li> <li>• <b>Albuminémie</b> <sup>1</sup> <math>&lt; 35</math> g/l</li> <li>• <b>MNA global</b> <math>&lt; 17</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Perte de poids</b> : <math>\geq 10\%</math> en 1 mois ou <math>\geq 15\%</math> en 6 mois</li> <li>• <b>IMC</b> <math>&lt; 18</math></li> <li>• <b>Albuminémie</b> <math>&lt; 30</math> g/l</li> </ul>

1. Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive.

## STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

- ◆ Plus la prise en charge est précoce, plus elle est efficace.

Objectifs de la prise en charge chez la personne âgée dénutrie	Modalités possibles de prise en charge nutritionnelle
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apports énergétiques de 30 à 40 kcal/kg/j</li> <li>• Apports protéiques : 1,2 à 1,5 g/kg/j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orale : conseils nutritionnels, aide à la prise alimentaire, alimentation enrichie et compléments nutritionnels oraux (CNO)</li> <li>• Entérale</li> <li>• Parentérale</li> </ul>

### Critères de choix des modalités de prise en charge

- Le statut nutritionnel de la personne âgée
- Le niveau des apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés
- La sévérité de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s)
- Les handicaps associés ainsi que leur évolution prévisible
- L'avis du malade et/ou de son entourage ainsi que les considérations éthiques

### Indications de la prise en charge

- L'alimentation par **voie orale** est recommandée en première intention sauf en cas de contre-indication.
- La nutrition **entérale** (NE) est envisagée en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la nutrition orale.
- La nutrition **parentérale** est réservée aux trois situations suivantes et mise en œuvre dans des services spécialisés, dans le cadre d'un projet thérapeutique cohérent :
  - les malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles ;
  - les occlusions intestinales aiguës ou chroniques ;
  - l'échec d'une nutrition entérale bien conduite (mauvaise tolérance).

### Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation <sup>1</sup> à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine

#### 1. La réévaluation comporte :

- le poids et le statut nutritionnel ;
- la tolérance et l'observance du traitement ;
- l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente ;
- l'estimation des apports alimentaires spontanés (ingesta).

## SUIVI EN CAS DE DÉNUTRITION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

	Outils	Fréquence
<b>Poids</b>	Pèse-personne adapté à la mobilité du malade	1 fois/semaine
<b>Apports alimentaires</b>	Méthode simplifiée « semi-quantitative » ou calcul précis des ingesta sur 3 jours ou au moins sur 24 heures	Lors de chaque évaluation (voir « Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée »)
<b>Albumine</b>	Dosage de l'albuminémie (sauf si albuminémie initiale normale)	Au plus 1 fois/mois

## MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Les conseils nutritionnels
<ul style="list-style-type: none"> <li>Respecter les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)</li> <li>Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée</li> <li>Éviter une période de jeûne nocturne trop longue (&gt; 12 heures)</li> <li>Privilégier des produits riches en énergie et/ou en protéines et adaptés aux goûts du patient</li> <li>Organiser une aide au repas (technique et/ou humaine) et favoriser un environnement agréable</li> </ul>
L'enrichissement de l'alimentation
<ul style="list-style-type: none"> <li>Il consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits de base (poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu, huile ou poudres de protéines industrielles, pâtes ou semoule enrichies en protéines...).</li> <li>Il a pour but d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume.</li> </ul>
Les compléments nutritionnels oraux
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ce sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques, de goûts et de textures variés.</li> <li>Les produits hyperénergétiques (<math>\geq 1,5</math> kcal/ml ou g) et/ou hyperprotidiques (protéines <math>\geq 7,0</math> g/ 100 ml ou 100 g, ou protéines <math>\geq 20</math> % de l'AET) sont conseillés.</li> <li>Ils doivent être consommés lors de collations (à distance d'au moins 2 h d'un repas) ou pendant les repas (en plus des repas).</li> <li>L'objectif est d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/jour et/ou de 30 g/jour de protéines (le plus souvent avec 2 unités/jour).</li> <li>Les CNO doivent être adaptés aux goûts du malade, à ses éventuels handicaps.</li> <li>Il est nécessaire de veiller à respecter les conditions de conservation (une fois ouvert, 2 h à température ambiante et 24 h au réfrigérateur).</li> </ul>
La nutrition entérale (NE)
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Indications de la NE</b> : si échec de la prise en charge nutritionnelle orale et en première intention en cas de troubles sévères de la déglutition ou de dénutrition sévère avec apports alimentaires très faibles</li> <li><b>Mise en route de la NE</b> : hospitalisation d'au moins quelques jours (mise en place de la sonde, évaluation de la tolérance, éducation du patient et/ou de son entourage)</li> <li><b>Poursuite de la NE à domicile</b> : après contact direct entre le service hospitalier et le médecin traitant, mise en place et suivi par un prestataire de service spécialisé, et éventuellement avec une infirmière à domicile ou une HAD si le patient ou son entourage ne peuvent prendre en charge la NE</li> <li><b>Prescription de la NE</b> : prescription initiale pour 14 jours, puis prescription de suivi pour 3 mois, renouvelable</li> <li><b>Surveillance de la NE</b> : par le service prescripteur et le médecin traitant en se basant sur le poids et l'état nutritionnel, l'évolution de la pathologie, la tolérance et l'observance de la NE et l'évaluation des apports alimentaires oraux</li> </ul>

## SITUATIONS PARTICULIÈRES

<b>Prise en charge nutritionnelle en fin de vie</b>	<p>L'objectif des soins nutritionnels est avant tout le plaisir et le confort.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien d'un bon état buccal</li> <li>• Soulagement des symptômes qui peuvent altérer l'envie ou le plaisir de s'alimenter (douleur, nausées, glossite et sécheresse buccale)</li> </ul> <p>L'initiation d'une renutrition par voie parentérale ou entérale n'est pas recommandée.</p>
<b>Prise en charge nutritionnelle en cas de maladie d'Alzheimer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recommandée en cas de perte de poids</li> <li>• À adapter aux troubles du comportement alimentaire, aux troubles pratiques ou aux troubles de la déglutition</li> <li>• En cas de forme <b>légère ou modérée</b> : débiter par voie orale puis, en cas d'échec, proposer la nutrition entérale pour une durée limitée</li> <li>• En cas de forme <b>sévère</b> : la nutrition entérale n'est pas recommandée en raison du risque élevé de complications</li> </ul>
<b>Prise en charge nutritionnelle en cas de risque d'escarres ou d'escarres constituées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectifs nutritionnels identiques à ceux de la personne âgée dénutrie</li> <li>• À débiter par voie orale</li> <li>• En cas d'échec, nutrition entérale, en tenant compte des caractéristiques somatiques du malade et de considérations éthiques</li> </ul>
<b>Prise en charge nutritionnelle en cas de troubles de la déglutition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préserver une alimentation orale, même minime, si le risque d'inhalation est jugé faible</li> <li>• NE indiquée, si la voie orale entraîne des complications respiratoires et/ou est insuffisante pour couvrir les besoins nutritionnels</li> <li>• Si la durée prévisible des troubles de la déglutition est supérieure à 2 semaines, préférer la NE par gastrostomie plutôt que par sonde nasogastrique</li> </ul>
<b>Prise en charge nutritionnelle en période de convalescence (après une pathologie aiguë ou une intervention chirurgicale)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de perte de poids, après un épisode médico-chirurgical aigu</li> <li>• Dans le cas particulier de la fracture du col fémoral, prescription transitoire de compléments nutritionnels oraux</li> </ul>
<b>Prise en charge nutritionnelle en cas de dépression</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de dénutrition ou de diminution des ingestas</li> <li>• Surveillance nutritionnelle régulière des patients</li> </ul>

## COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE

<b>A domicile</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aides individuelles : aide de l'entourage, aide ménagère, portage des repas, foyers, restaurants</li> <li>• Structures ayant un rôle de mise en place des dispositifs, de coordination et d'information :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les réseaux de soins, dont les réseaux gérontologiques</li> <li>- Les centres communaux d'action sociale (CCAS)</li> <li>- Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)</li> <li>- Les services sociaux</li> </ul> </li> <li>• Pour la prise en charge financière de ces aides :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)</li> <li>- L'aide sociale départementale</li> <li>- L'aide des caisses de retraite et certaines mutuelles</li> </ul> </li> </ul>
<b>En institution,</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge multidisciplinaire sous la responsabilité du médecin coordinateur</li> </ul>
<b>À l'hôpital,</b>
<p>Pour améliorer la prise en charge nutritionnelle et veiller à la qualité de la prestation alimentation-nutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN)</li> <li>• La création dans les hôpitaux d'unités transversales de nutrition (UTN)</li> </ul>



Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » Validées en avril 2007

Les recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

© Haute Autorité de santé – 2007 – Imprimé par IME – FS\*(copyright\*)

# Mini Nutritional Assessment

## MNA®

Nestlé  
Nutrition Institute

Nom :  Prénom :

Sexe :  Age :  Poids, kg :  Taille, cm :  Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

### Dépistage

**A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?**

- 0 = baisse sévère des prises alimentaires  
1 = légère baisse des prises alimentaires  
2 = pas de baisse des prises alimentaires

**B 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

**C Motricité**

- 0 = au lit ou au fauteuil  
1 = autonome à l'intérieur  
2 = sort du domicile

**D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?**

- 0 = oui 2 = non

**E Problèmes neuropsychologiques**

- 0 = démence ou dépression sévère  
1 = démence leve  
2 = pas de problème psychologique

**F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)<sup>2</sup>**

- 0 = IMC < 19  
1 = 19 ≤ IMC < 21  
2 = 21 ≤ IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage  
(sous-total max. 14 points)

- 12-14 points:  état nutritionnel normal  
8-11 points:  à risque de dénutrition  
0-7 points:  dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

### Evaluation globale

**G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?**

- 1 = oui 0 = non

**H Prend plus de 3 médicaments par jour ?**

- 0 = oui 1 = non

**I Escarres ou plaies cutanées ?**

- 0 = oui 1 = non

**J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?**

- 0 = 1 repas  
1 = 2 repas  
2 = 3 repas

**K Consomme-t-il ?**

- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui  non
  - Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui  non
  - Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui  non
- 0,0 = si 0 ou 1 oui  
0,5 = si 2 oui  
1,0 = si 3 oui  .

**L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?**

- 0 = non 1 = oui

**M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)**

- 0,0 = moins de 3 verres  
0,5 = de 3 à 5 verres  
1,0 = plus de 5 verres  .

**N Manière de se nourrir**

- 0 = nécessite une assistance  
1 = se nourrit seul avec difficulté  
2 = se nourrit seul sans difficulté

**O Le patient se considère-t-il bien nourri ?**

- 0 = se considère comme dénutri  
1 = n'est pas certain de son état nutritionnel  
2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition

**P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?**

- 0,0 = moins bonne  
0,5 = ne sait pas  
1,0 = aussi bonne  
2,0 = meilleure  .

**Q Circonférence brachiale (CB en cm)**

- 0,0 = CB < 21  
0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22  
1,0 = CB > 22  .

**R Circonférence du mollet (CM en cm)**

- 0 = CM < 31  
1 = CM ≥ 31

Évaluation globale (max. 16 points)   .

Score de dépistage   .

Score total (max. 30 points)   .

Appréciation de l'état nutritionnel [Sauvegarder](#) [Imprimer](#) [Réinitialiser](#)

de 24 à 30 points  état nutritionnel normal  
de 17 à 23,5 points  risque de malnutrition  
moins de 17 points  mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.  
Rubenstein LZ, Harker JQ, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.  
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.  
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners  
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.  
Pour plus d'informations : [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

## Annexe 5

### Résultat de l'analyse

#### 1) Profil des personnes interrogées :

##### Dans quelle région exercez-vous ?

###### ➤ Les médecins

(Cf. questionnaire en annexe : question 1)

92% travaillent en région Ile de France et 8% en région Bretagne.

###### ➤ Infirmier(ère) coordinateur (trice)

(Cf. questionnaire en annexe : question 1)

74% travaillent en région Ile de France, 13% en région Bretagne, 7% en région Centre Val de Loire, 3% en région Normandie et 3% en Alpes Haute De Provence.

###### ➤ Les soignants

(Cf. Questionnaire en annexe : question 1)

100% travaillent en ile de France

##### Depuis combien de temps exercez- vous votre activité ?

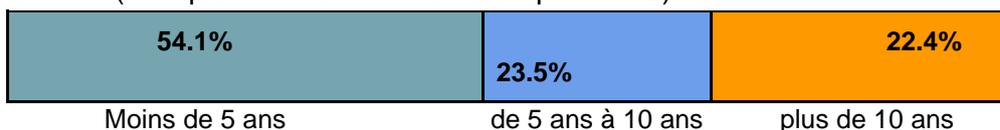
###### ➤ Infirmier(ère) coordinateur (trice)

(Cf. questionnaire en annexe : question 2)



###### ➤ Les soignants

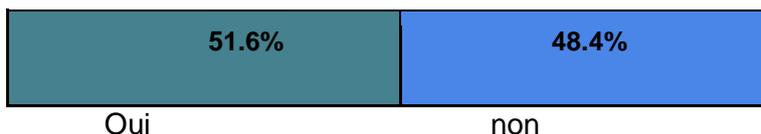
(Cf. questionnaire en annexe : question 2)



###### ➤ Infirmier(ère) coordinateur(trice)

(cf questionnaire en annexe : question 3 )

##### Avez-vous un service d'aide à domicile au sein de votre service de soins infirmiers à domicile ?



➤ Les soignants

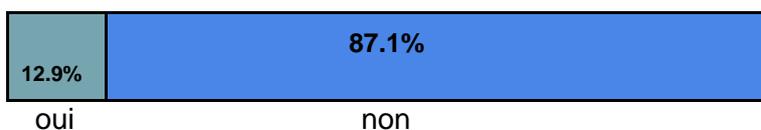
(Cf. questionnaire en annexe : question 3 )



Au sein de votre service de soins infirmiers à domicile, y- a t- il une diététicienne ?

➤ **Infirmier(ère) coordinateur(trice)**

(Cf. Questionnaire en annexe : question 4)



➤ **Les soignants**

(Cf. questionnaire en annexe : question 4)

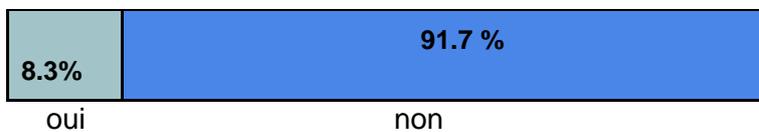
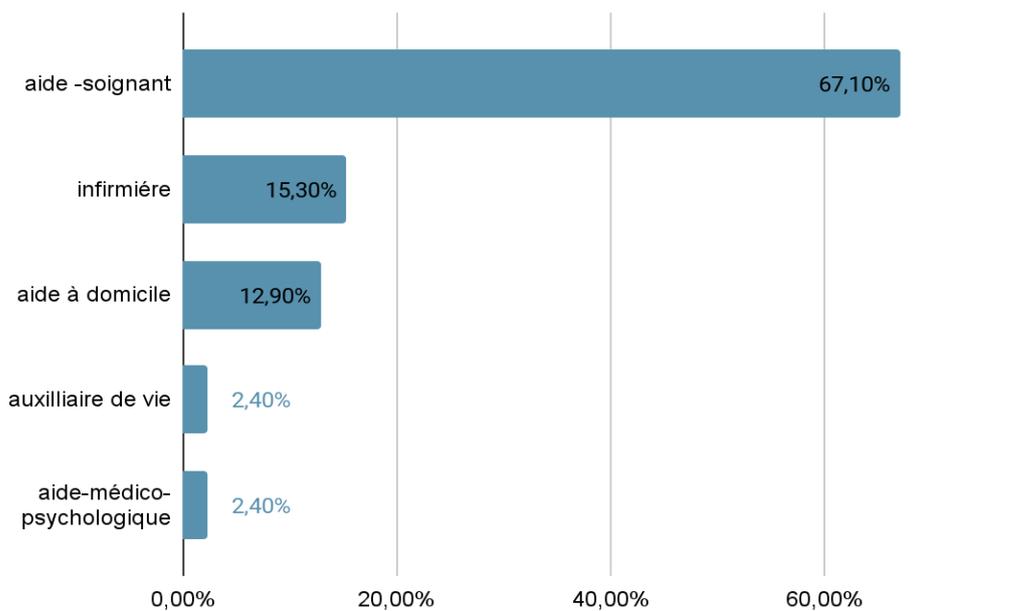


➤ Les soignants

(Cf. Questionnaire en annexe : question (5.13)

Quelle fonction occupez-vous ?

Y-a-t-il une référente nutrition au sein de votre structure ?



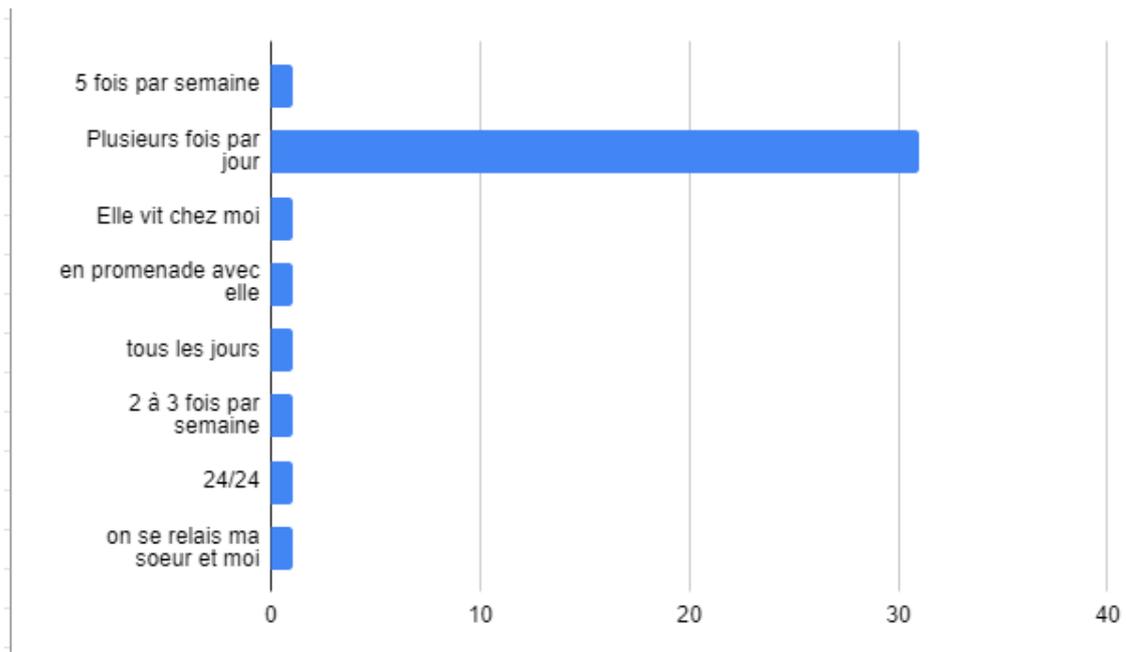
### ➤ Les aidants naturels

(Cf. Questionnaire en annexe : questions 1.2.3.4)

#### Quel est votre lien avec la personne aidée ?

Sur 38 aidants naturels : 50% sont des conjoints, 10.5% sont des parents, 34.2% sont des enfants et 5.3% sont amis ou patients.

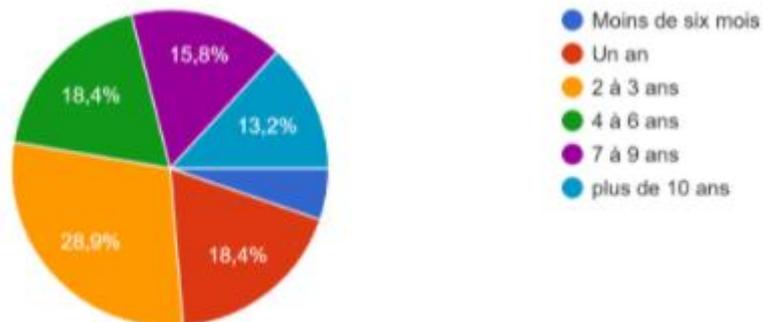
#### A quelle fréquence l'aidez-vous de manière globale ?



Vivez-vous au même domicile ?



Depuis combien de temps diriez-vous que vous êtes aidant de votre proche ?



## 2) Connaissance / formation

### 2.1) connaissance

Estimez-vous avoir des personnes atteintes de dénutrition au sein de votre structure ?

#### ➤ Infirmier(ère) coordinateur(trice)

(Cf. Questionnaire en annexe : question)



➤ Médecin

(Cf. questionnaire en annexe : question 5,6)

Avez-vous des personnes âgées dénutries, prises en charge par un Service de Soins Infirmiers à domicile ?



Avez-vous des patients atteints de dénutrition ?



➤ **Infirmier(ère) coordinateur(trice)**

(Cf. Questionnaire en annexe : questions)

Avez-vous connaissance des dispositifs mis en place sur le plan national, concernant la nutrition des personnes âgées ?

Sur 23 réponses :

20	n'en n'ont pas connaissance soit 87 %
1	a répondu "seulement les bases"
1	"PNNS avec guide de dénutrition"
1	"campagne de prévention en maison de santé "

Selon vous, quelles sont les principales causes et conséquences qui entraînent une dénutrition ?

a) Causes : 31 réponses

17	isolement	3	vieillessement /age
10	dépression	2	maladies chroniques

9	état bucco-dentaire altéré	2	manque d'envie
8	troubles cognitifs	2	perte de goût et odorat
7	perte d'autonomie/dépendance	1	fatigue à préparer les repas
6	texture et goût pas adaptés	1	perte de déglutition
5	facteurs économiques	1	manque de stimulation
5	pathologies(diabète,cancer,alcool)	1	déficit de l'aidant
4	perte d'appétit	1	manque d'eau et chaleur

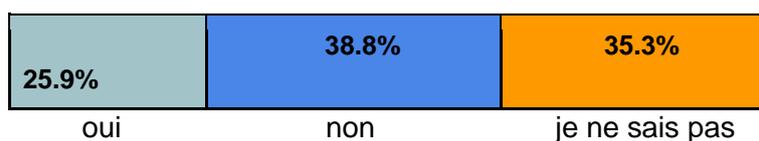
b) Conséquences : 6 réponses

3	dépendance	1	ostéoporose
2	hospitalisation	1	fonte musculaire
2	altération de l'état général	1	hallucination
3	chutes	2	mort
1	escarre	2	fracture
1	malaise	1	trouble du transit
1	altération de l'état cutané	1	déshydratation

➤ **Les soignants**

(Cf. questionnaire en annexe : questions)

Existe-t-il des procédures concernant la prévention de la dénutrition au sein de votre structure ?



si oui lesquelles?

(29 réponses)

12	<u>Suivi du poids</u> : "fiches de suivis de poids", "prise de poids mensuelle",	4	<u>Réunions et groupes de travail</u> : "groupe de travail nutrition", groupe d'étude sur ce sujet est en cours", " on y
----	--	---	--

	“suivis de poids mensuelle au plus”, “suivis de poids », «la prise de poids tous les mois”, “fiche de pesées”, “fiches de pesées », « fiche de pesées », « surveillance du poids », « fiche de pesées », « feuilles de suivis de poids”, “feuilles de surveillance de poids”		travaille", " intégration pendant les réunions de secteur”.
2	“fiches ingestats”	2	<u>Surveillance alimentaire :</u> “suivi alimentaire», «surveillance de la prise alimentaire avec les accompagnants”
1	Outils de travail : “formation et outils de travail”	1	<u>Je ne sais pas :</u> “Je n’ai pas encore eu l’occasion de les voir, je suis embauchée depuis 2 semaines)
1	“produits diététiques : ”	1	<u>Diététicienne :</u> “La diététicienne prend des dispositions en fonction des transmissions et le poids du patient”
1	“feuilles de soins sur la dénutrition”		

-selon vous, quelles sont les principales causes et conséquences qui entraînent la dénutrition

A cette question nous avons privilégié l’élaboration de deux tableaux,

L’un qui reprend les réponses des soignants qui n'ont pas différencier dans leur réponses “causes et conséquences”, dans l’autre ceux qui ont répondu à la question en différenciant les deux.

33	Isolement/ (1 n’a pas de famille)	2	la déshydratation
25	Pathologies( cancer, dépression, démence..)	2	douleur
12	Problème bucco-dentaire	2	“hygiène de vie”
11	perte d’appétit/ anorexie	2	handicap

7	difficulté autour des repas: "alimentation non équilibré ou ne peut manger seul», «repas mal préparé», mauvaise alimentation" "repas non adapté"	1	"manque d'information entre la famille et les soignants"
6	Risque de chute/ Chute	1	"environnement familial"
6	Perte de poids	1	"se nourrit peu et de mauvaise façon"
8	Facteurs économique		
6	Perte d'autonomie	1	opération
6	"je ne sais pas"	1	absence de connaissances en lien avec la nutrition
3	Escarre/risque d'escarre		
2	Troubles cognitifs	1	inactivité
2	Trouble de la déglutition	1	"pas de prévention, Éducation nutritionnelle(état général dégradé).Apparition de maladie secondaires"
3	les traitements: dont 1 la poly médication: "la prise de plus de 4 médicaments par jour"	1	"morale/angoisse"
3	Manque d'aide à domicile	1	"décès d'un conjoint"
3	hospitalisation		
2	la vieillesse: "le vieillissement est la première cause, "vieillesse"		

a) causes

(25 réponses exploitables)

1	Malnutrition	2	Mauvaise alimentation
		2	problèmes de déglutition
2	solitude	3	problèmes dentaires
1	régime spécifique	1	perte d'appétit
6	Pathologies : dépression, cancer, démences	1	baisse de l'activité physique
1	perte d'autonomie	1	vieillesse
1	difficultés à cuisiner	3	troubles cognitifs

b) conséquences

(21 réponses exploitables)

4	perte de poids	1	retard de cicatrisation
4	risque de chute	1	perte d'autonomie
3	déficit immunitaire affaibli	1	ostéoporose
3	escarres	1	augmentation des infections
2	asthénie	1	dépression

**> Les aidants naturels**

(Cf. questionnaire en annexe : questions)

A quoi vous fait penser le terme « dénutrition » ?

(38 réponses)

4	une carence en nourriture	1	«misère alimentaire»
1	alimentation équilibrée	1	«organisme en manque alimentaire et liquide lié au contexte médical»
4	un apport insuffisant	3	perte d'appétit, «perte progressive de l'envie de s'alimenter»
5	Un amaigrissement	2	perte de poids

3	une mauvaise alimentation	1	« qu'il ne mange plus et manque de vitamines dans le sang »
2	diminution de la masse musculaire	1	« diminution de se nourrir »
2	mal se nourrir	1	« désintérêt »
1	« faiblesse physique dus à un mauvais apport alimentaire »	1	« aux enfants de biofio avec un ventre énorme, aux pays ou la famine est endémique »
1	« sous-alimentation »	1	« ne pas manger des choses essentielles pour garder la forme »
1	« état pathologique d'un déficit persistant des apports nutritionnels par rapport au besoin de l'organisme »	1	« Dénutrition ? Pour moi -> absence régulière de nourriture et mauvaise qualité de celle-ci. Aucun équilibre »
1	« un problème de nutrition »	1	« Aptitude ou l'habitude à sauter des repas »
1	« La dénutrition est le résultat de manque de protéines, de minéraux. Provoquant une fatigue générale »	1	« A un problème grave concernant une personne que l'on aurait pas nourri convenablement »
1	« A la découverte d'un AVC de mon époux, nous avons découvert la dénutrition à travers une prise de sang. »	1	« Amenant une hospitalisation »
1	« le manque de nourriture, de boisson »	3	Une alimentation mal équilibrée
1	« perte de substance par non assimilation des vitamines etc... présent dans une alimentation variée »	1	« à une personne qui ne s'alimente pas »
2	L'anorexie : « a un effet comparable à l'anorexie »	1	« Une personne qui ne veut pas manger »
		1	« Ration alimentaire en quantité suffisante (qui ne permettent pas à la personne une bonne récupération énergétique) »

Existe-t-il pour vous une différence entre la malnutrition et la dénutrition ?

96,8%	3,2
oui	non

(31 réponses)

	malnutrition	dénutrition
<b>oui</b>	<p>« alimentation mal équilibrée », « oui! malnutrition correspond aux personnes sous alimentées par manque de moyen ou d'aliments », « malnutrition: déséquilibre », « malnutrition: manger tous les jours les même produits », « oui malnutrition nourriture mal équilibrée », « oui c'est une alimentation mal équilibrée », « insuffisante », « malnutrition: il se nourrit mal, mange n'importe quoi », « oui malnutrition = mauvaise alimentation », « malnutrition = nourriture inadaptée à la personne », « oui, les effets de la malnutrition sont plus tardifs et sournois », « la malnutrition couvre la sous-alimentation et la suralimentation carence ou excès », « malnutrition: une mauvaise alimentation », « la malnutrition me fait penser à la malbouffe », « oui malnutrition n'implique pas que la personne soit dénutri mais mal nourrie », « malnutrition: manger suffisamment mais pas avec avec les apports nutritifs nécessaire dont notre corps à besoin », « malnutrition: guerre, tiers monde », «malnutrition: mal se nourrir ou manquer de nourriture », « oui malnutrition = mauvaises habitudes alimentaires, alimentation mal équilibrée », « oui, malnutrition c'est je pense une mauvaise alimentation », « oui malnutrition quelqu'un qui se nourrit mal », « oui, malnutrition= mauvaise alimentation, pas d'équilibre », « oui, la malnutrition est un fait de la personne même qui se nourrit d'aliments qu'il aime, type mcdo, etc », « oui, la malnutrition (alimentation mal équilibrée) peut toucher les continents et être un phénomène de société (excès de poids etc.)»</p>	<p>« insuffisante », « dénutrition difficultés à s'alimenter ou boire lié à l'âge ou à la maladie », « dénutrition: carence, perte d'appétit », « dénutrition manque d'appétit, des petites quantité, plus fin », « inadaptée », « dénutrition: il se nourrit pas », « dénutrition = diminution de l'alimentation », « dénutrition = alimentation insuffisante », « la dénutrition déficit des apports nutritionnels ou déséquilibre », « dénutrition est un manque d'alimentation pour avoir un équilibre alimentaire », « oui la dénutrition me semble plus grave », « ne pas manger suffisamment / pas assez d'apports calorique et nutritifs dont notre corps à besoin », « dénutrition: personne âgée », « dénutrition: ne pas assimiler les éléments vitaux contenu dans les aliments », « la dénutrition c'est une insuffisance des apports alimentaires », « dénutrition c'est plutôt un manque dans l'alimentation »</p>

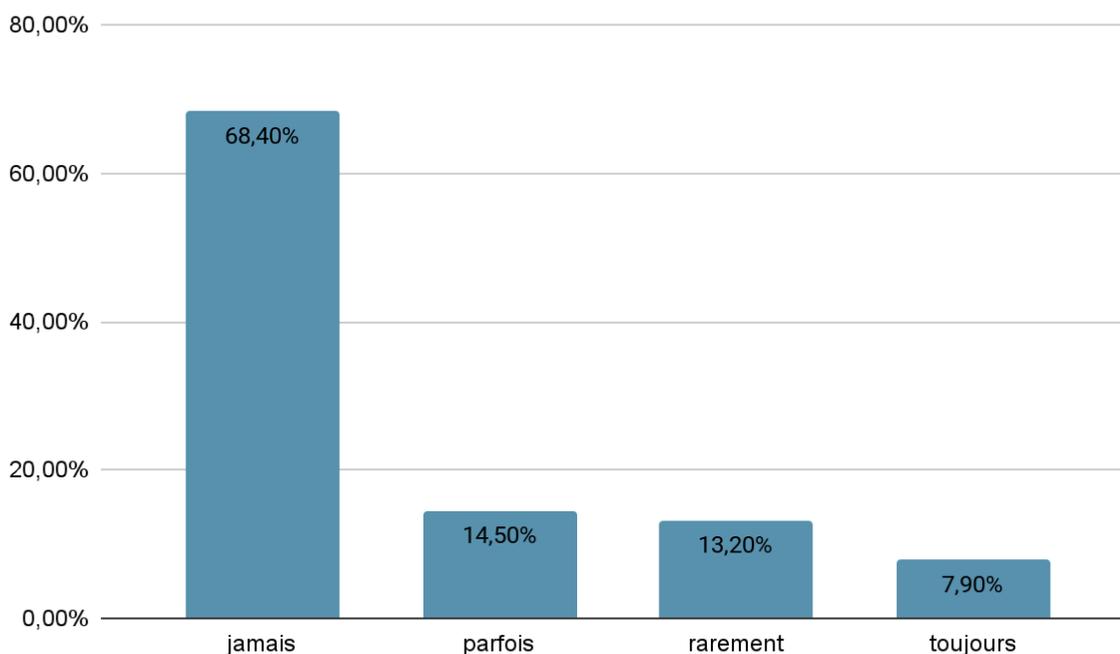
non		«Pour moi, la dénutrition est une forme de malnutrition. Il s'agit d'un manque de nutriments de carences»
-----	--	---

Pensez-vous que la dénutrition chez la personne âgée est « une maladie », explicitez votre réponse ?

sur 38 réponses :

oui (15 réponses)	non (14 réponses )	9 autres réponses
<p>“oui, cela peut engendrer de graves problèmes de santé”, “pour moi oui », « oui la personne ne garde pas les apports », «je pense qu’il s’agit souvent d’une perte d’envie, de manger, de vivre ...”, “ oui, car cause de perte de muscles qui peut engendrer faiblesse, chutes, troubles cognitifs...”, “elle peut-être une maladie”, “ oui, un symptôme associé à d’autres pathologies ou au vieillissement”, “ oui, plus goût à la vie, la même chose tous les jours fauteuil/lit. Ras le bol de cette vie », « oui avec l’âge rien ne fait envie.», “oui, car elle perd du poids de masse grasseuse importante », « oui, c’est plus un danger”, “oui, faute de pouvoir avaler correctement les aliments “, “Cela peut-être une maladie et la volonté de la personne », « oui, perte de goût, de l’appétit, sensation de soif, comme un cercle vicieux” “oui, souvent en rapport avec les maladies digestives”</p>	<p>“non, c’est plutôt un oubli de bien se nourrir”, “pas en soi », « non, si elle est aidée et stimulée pour le repas”, “non pour moi ce n’est pas une maladie mais un problème de la vieillesse », « non, la dénutrition est un problème qui provoque des maladies, des carences par exemple l’anémie ...” “non, cela serait une carence”, “non, un état passager j’espère”. “c’est un vieillissement et non une maladie», plutôt une conséquence de la perte d’appétit pour de multiples raisons», «non c’est pas une maladie”, “pas en soi», «non si elle est aidée et stimulée pour les repas», «non”, “ce n’est pas une maladie mais une carence d’apports nutritionnel suffisant pour répondre aux besoins métabolique de l’organisme”</p>	<p>“je l’ignore”, “je ne sais pas », « pas de réponse”, “elle est en tout cas fréquent, j’ai dû lutter contre ma mère” “plutôt une conséquence de la perte d’appétit pour de multiples raisons” “c’est plus un symptôme d’un mal être psychique” “je pense qu’il s’agit souvent d’une perte d’envie ,de manger de vivre”</p>

Avez-vous connaissance des dispositifs mis en place sur le plan national sur la nutrition des personnes âgées ?

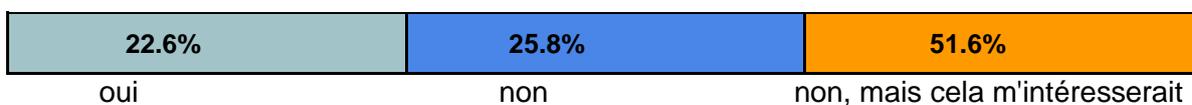


## 2.2) formation

### ➤ **infirmier(ère) coordinateur(trice)**

(Cf. questionnaire en annexe :)

Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur la dénutrition des personnes âgées ?

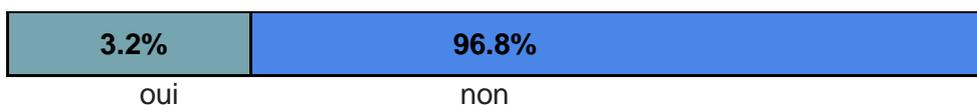


Si oui , à la question précédente , quelle formation avez-vous suivi?

sur les 7 réponses :

1	par un laboratoire
1	par une diététicienne
1	formation dénutrition
1	conférence
1	formation sur produits hyperprotéinés
1	au sein d'une clinique
1	en possession d'un DU nutrition / vieillesse

Avez-vous animé ou animez-vous une formation ou un groupe de travail sur la dénutrition avec vos équipes soignantes ?



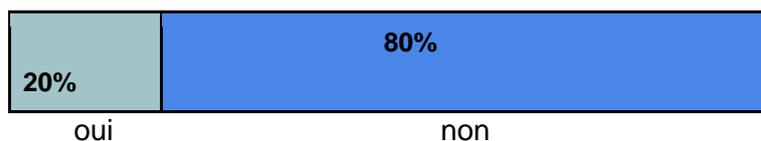
Proposez-vous des formations en matière de prévention sur la dénutrition au personnel soignant ? 17 réponses :

10	non	“pas pour le moment”, “mais c’est en réflexion”, “par manque de temps”, 2 disent “aucune demande faite”, “pas actuellement car d’autres thèmes de formations intéressent(...)mais frein pour le remplacement”, “c’était au programme pour 2020 mais la pandémie a tout bousculé”; une IDEC répond “rarement”, une autre “ pas spécifiquement” et la dernière nous informe “nous échangeons et faisons des rappels(...)mais avec la covid 19(...) je sollicite mes équipes lors que patient sort avec un programme établi par la diététicienne de l’hôpital et avertit les AVS aussi”
7	oui	une en cours, une autre par “l’intermédiaire de la diététicienne(...) donc probablement insuffisant”, une en interne et en externe et une faite par leur propre fédération

➤ les soignants

(Cf. questionnaire en annexe : question)

Avez-vous suivi une formation sur la dénutrition des personnes âgées ?



Si non, seriez-vous intéressé ?

Sur 61 réponses :

- **53** des soignants sont intéressés par une formation sur la dénutrition : “oui, cela apportera des connaissances supplémentaires”, “ oui ce serait vraiment intéressant”, oui (je vais en formation en déc. 2021)”, “oui beaucoup », « oui, fortement », « oui, je serai intéressé”, “ pourquoi pas”.
- **4** soignants ne sont pas intéressés par une formation sur la dénutrition
- **4** soignants n’ont pas répondu à la question

### 3) Pratiques

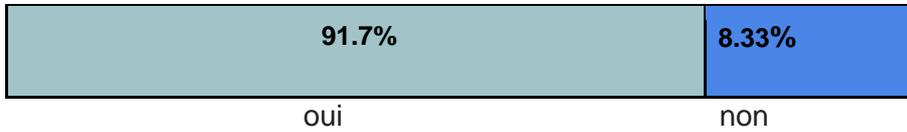
➤ **Les médecins**

(Cf. Questionnaire en annexe : questions 2 ,3,4,8,9,10)

Pratiquez-vous les visites à domicile?



Pratiquez-vous la téléconsultation?



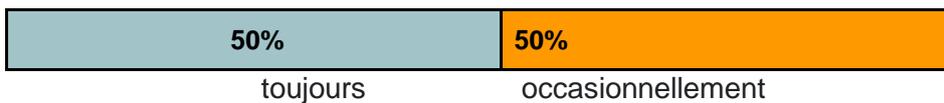
Faites- vous appel au Service de Soins Infirmiers à Domicile pour l'accompagnement de certains de vos patients ?



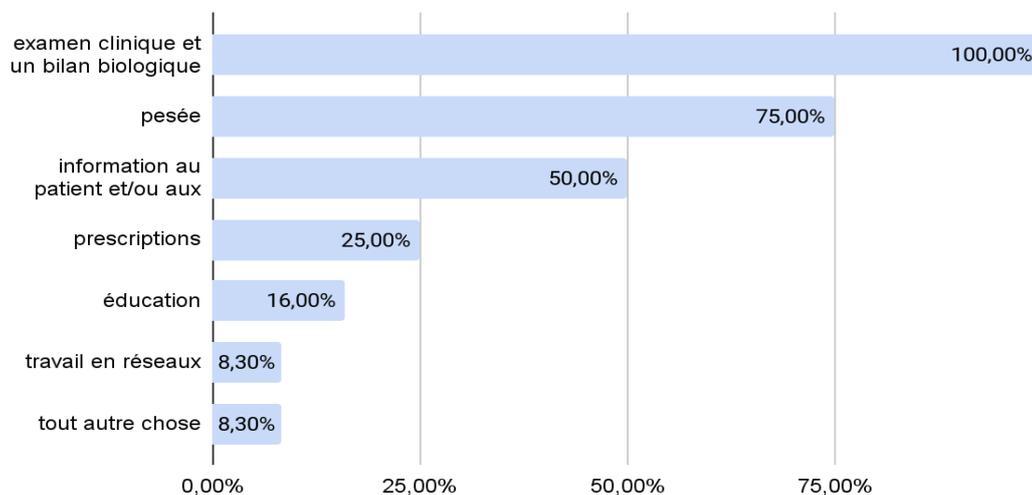
Mettez-vous en place un suivi nutritionnel chez les patients ?



Lors de la consultation, interrogez-vous le patient sur ses habitudes alimentaires ?



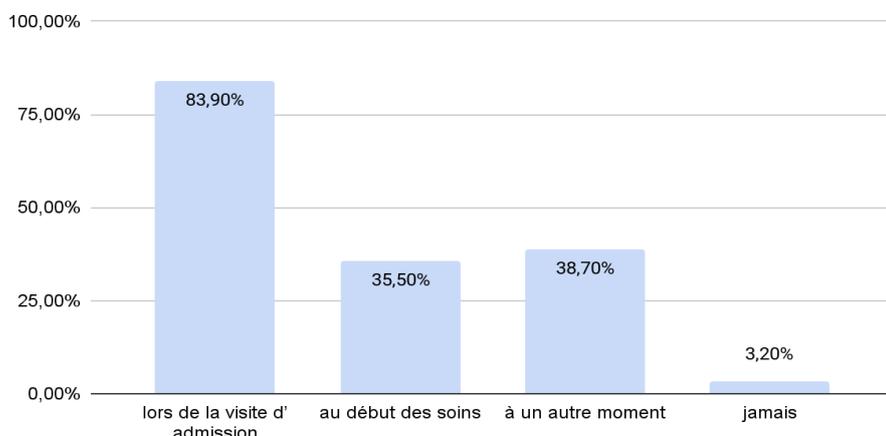
Quels outils de dépistage et d'évaluation du risque de dénutrition utilisez-vous ?



**> Infirmier(ère) coordinateur(trice)**

(Cf. Questionnaire en annexe : questions 7,8,9,10,11,15,16)

Évaluez-vous l'état nutritionnel du bénéficiaire ?



Utilisez-vous des dispositifs spécifiques de dépistage de la dénutrition au sein de votre Service de Soins Infirmiers à Domicile ?



Si oui , à la question précédente , lesquels ?

(25 réponses IDEC soit **80,5%**)

<b>8</b>	une surveillance du poids dont 3 précisent mensuellement et une spécifie que "si décrochage appel du médecin traitant pour bilan sanguin, pesée hebdomadaire, feuille de surveillance alimentaire/hydrique en place, en coordination avec le maintien à domicile, associations et famille; compléments alimentaires à répartir prescription" , 2 avec courbe annuelle, 2 avec IMC et 1 avec une surveillance bucco-dentaire et une avec visite des aides-soignantes	<b>6</b>	n'utilisent pas de dispositifs
<b>2</b>	ont "un protocole en cours d'élaboration"	<b>1</b>	a un projet "repérage avec passerelle"

1	fait la surveillance du transit, masse musculaire, fatigue et la surveillance de l'hydratation	1	demande un bilan sanguin de référence, une observance des repas et une observance de complément alimentaire( quantité, prise) et inclut le patient, aidants, intervenants à domicile
1	met en place une surveillance alimentaire, un IMC et un bilan sanguin ( protéine+albu)	1	fait un questionnement sur les habitudes alimentaires lors de la pré-admission avec présence d'une AVS et évalue le pli cutané
1	utilise un questionnaire élaborée par son service	1	utilise une grille d'évaluation élaborée par une diététicienne
1	utilise une grille interne	1	met en place perfusion sous-cutané d'hydratation, multiplication des passages pour des verres d'eau, recensement des repas et de l'hydratation

Faites-vous de l'éducation auprès du patient et/ou de l'aidant ?



Expliquez votre réponse ?

4	sur la variations des repas (conseils menus, quantités, nombres, qualité)	4	conseils pour enrichir l'alimentation (protéines = viandes, œufs...)
4	informations et éducation auprès des aidants dont deux les sollicites( vigilance des apports nutritionnels, équilibre) , deux inclue également les bénéficiaires	3	en fonction de la perte du poids
3	conseillent et informent le patient et aidants et/ou famille sur les compléments alimentaires et les dirigent vers le médecin traitant si nécessaires (pm)	2	sur des habitudes alimentaires dont une le fait à la préadmission
2	sur la rééquilibrage des aliments	1	après évaluation de l'état du patient
1	"uniquement si détecté"	1	en fonction de son état nutritionnel
1	donne des conseils et informations si difficulté alimentaire	1	selon les difficultés, conseils donnés

1	en fonction de l'évaluation des besoins et de l'IMC	1	si souci de l'alimentation, échange avec aide à domicile, aide-soignant, famille et interpelle médecin traitant
1	en cas d'alitement et de diabète	1	donne des conseils au regard de la situation
1	sur les conseils nutritionnels	1	sur l'adaptation des textures
1	explique comment privilégier les choses simples, peu onéreuses et pratiques	1	vient de débiter une campagne de sensibilisation avec une formation par une diététicienne pour sensibiliser les soignants afin de pouvoir renseigner les aidants, la famille et usagers
1	avec sensibilisation de tous les acteurs qui gravitent autour du patient afin que le patient soit alimenté et hydraté , en relation avec le médecin traitant	1	explique les symptômes de la dénutrition et comment y remédier
1	fait l'éducation en réunion d'équipe tout au long de la prise en charge du patient	1	en fait tout au long de la prise en charge
1	explique l'importance d'une bonne nutrition et les conséquences de la dénutrition	1	stimule lors des passages d'intervention et fait intervenir la diététicienne et le médecin traitant si nécessaire
1	stimule lors des passages d'intervention et fait intervenir la diététicienne et le médecin traitant si nécessaire	1	avec le projet "repérage "a mis en place une formation après d'auxiliaires de vie et des aides-soignants pour les sensibiliser, des référents nommés , le suivi permet de contacter une diététicienne se déplaçant à domicile si accord du patient
1	fait de l'éducation lors de la visite d'admission	1	a distribué des brochures d'informations
1	fait de l'éducation cas par cas		

### ➤ Les aidants naturels

(Cf. Questionnaire en annexe : questions 7,8,10,11)

Rencontrez-vous des difficultés concernant l'alimentation de votre proche?

30 réponses

19	OUI	5 citent le problème de déglutitions et de fausses routes, un manque de goût, d'appétit, la texture (mixé), d'équilibration alimentaire, vieillissement des organes, de moins en moins de protéines, prise des repas (long, refus, repas constitutifs), pathologies (diabète, aphasique, alité), les compléments alimentaires, problème dentaire, l'âge, 1 aidant cite "quand les soignants sont incompetents et mal formés" 1 aidant dit "pas toujours "
11	NON	1 "fait les courses et les repas", 1 "pas de difficultés et équilibre des repas", 1 "mange de tout", "légumes frais (...)complément alimentaire le matin", 1 "2 poches de 500 ml(...)"

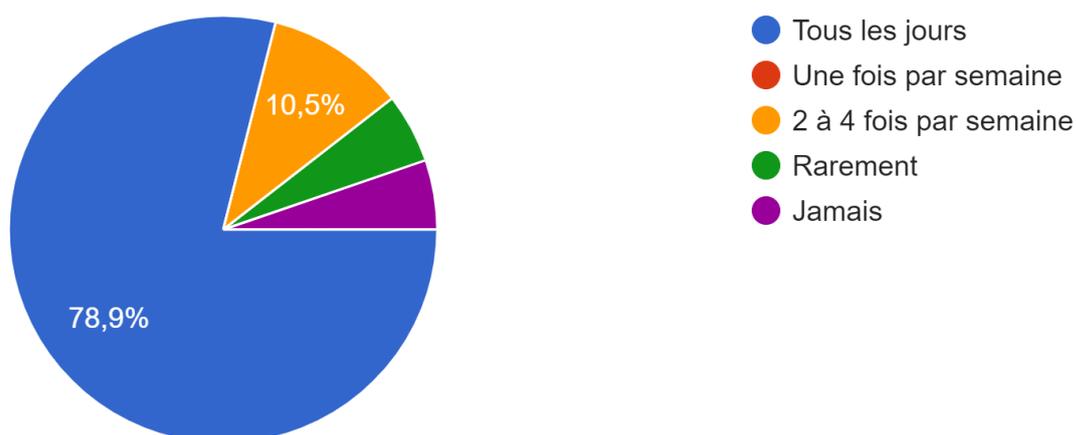
Pensez-vous avoir un rôle à jouer dans la prévention de la dénutrition de votre proche ?  
expliciter votre réponse.

3 3	OUI	8 parlent de variations des menus, 5 sur les goûts du bénéficiaire, 5 sur l'équilibre alimentaire, 5 indiquent qu'ils sont présent lors des repas, 3 sur des repas fait maison, 5 parlent d' associations des menus pour éviter les carences, 1 aide à l'achat des courses, repas mouliné et eau gélifiée, aliments faciles à avaler, donné fractionné et en petite quantité, un contrôle chez le médecin traitant et des conseils auprès de infirmier salarié
3	NON	1 aidant explique "qu' a 90 ans la personne a ses idées bien précises"

Y a t-il un pèse personne chez votre proche?



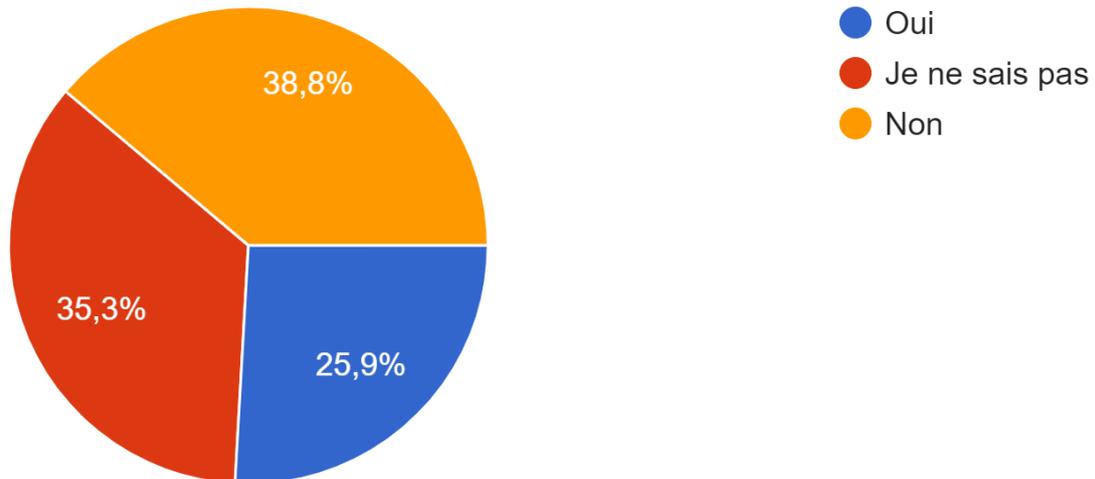
Faites-vous les repas de votre proche ?



➤ Les soignants

(Cf. Questionnaire en annexe : questions 7,8,9,10,20)

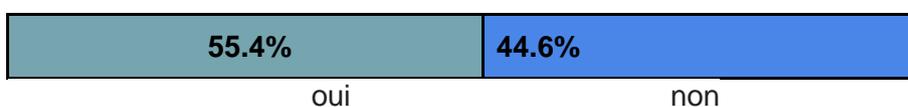
Existe-t-il des procédures concernant la prévention de la dénutrition au sein de votre structure ?



Si oui, à la question précédente :

10	ont une fiche de suivi de poids en incluant dedans 2 avec une surveillance mensuelle, 2 avec surveillance alimentaire, 1 avec " prise alimentaire des accompagnants, notre rôle est très important"
4	formations : une avec des outils de travail, une autre avec fiche de suivi et produit diététique et une avec intégration pendant les réunion de secteur
2	groupes d'étude sur la nutrition sont en cours
1	diététicienne prend des dispositions en fonction des transmissions et du poids du patient
1	feuille de soin sur la dénutrition
1	soignant dit " on y travaille"
1	soignant dit " Je n'ai pas encore eu l'occasion de les voir( embauché depuis 2 semaines)"

Dans votre pratique, utilisez-vous des dispositifs spécifiques de dépistage de la dénutrition ?



Si oui à la question précédente, lesquels ?

1 3	soignants effectuent une surveillance du poids
1	soignant fait une surveillance alimentaire, en collaboration avec les aides à domicile, les aides-soignants, famille du bénéficiaires
1	soignant fait l'IMC ,les bilan sanguin ( albu/CRP), perfusion sous-cutané
1	soignant fait une surveillance de perte d'appétit, diminution des activités physiques=>proposer un kiné
1	soignant fait l'identification des situations, évaluation de l'appétit
1	soignant cite les compléments alimentaires
1	soignant parle de l'état physique de la personne contrairement à son habitude, humeur, vérification des provisions( placard, frigo)
1	soignant fait des proposition des aliments que la personnes aime, questionnement
1	soignant fait l'observation de l'état général ( au niveau cutané : pli cutané, pincement sur le dessus de la main si déshydratation, observation de présence de plaies)
1	soignant fait de la prévention régime ( diabète, cholestérol)
1	soignant fait lors des transmissions, signalement aux collègues et responsable et informer la famille

Si non, pourquoi ?

2	pas suivi de formation
1	ça n'arrive pas souvent
1	pas de dispo
1	exprime un manque de connaissance
1	pas de dispositif disponible
1	pas de dispositif
1	pas de mise en place
1	dit "ne fait pas parti de notre rôle auprès des patients, les aides à domicile sont présentes aux heures des repas"
1	je ne sais pas
2	ne connaissent pas

1	jusqu'à présent pas besoin
1	un manque de temps et de personnels
1	n'a pas compris la question
2	aucune réponse

Dans votre pratique, quelles actions de prévention du risque de dénutrition mettez-vous en œuvre au quotidien ? (81 réponses).

Environ **5%** des soignants n'ont pas proposé d'actions de prévention du risque de dénutrition.

**35%** d'entre elles parlent de **la surveillance des repas et la préparation des repas**: "mise en place des repas avec aide à domicile", "une observance si possible du repas", "surveillance des repas", "il m'arrive de vérifier le contenu du frigidaire et surtout l'alimentation du patient", "vérification du frigo", "je surveille aliments périmés dans le frigo, j'essaie de parler cuisine, lui demander ses plats préférés", "on les questionne sur ce qu'ils ont mangé la veille au soir ou plus tard dans la journée". « Apprêter les repas et bien sur leur rappeler qu'elles doivent manger, où les accompagner pour être sûr qu'elles ont mangé ».

**26%** des soignants évoquent **la surveillance du poids**: "pesée mensuelle", "prise de poids mensuelle", "pesée le patient 2 fois toutes les 2 semaines", "prise de poids régulièrement", "prise de poids une fois par mois", "surveillance du poids", "prendre le poids".

**17%** des soignants parlent de **la surveillance hydrique et cutanée**: "surveillance de l'état cutané", "hydrater les personnes", "je veille à la bonne hydratation des patients".

**6%** des soignants évoquent **la communication avec la famille ou l'aidant**: "relation étroite soignants/famille", « Alerter la famille », « on sollicite la famille ou les aidants », « prévenir la famille ».

**7%** des soignants parlent **des ingestats**: "faire une fiche alimentaire", "fiche de suivi alimentaire", "transmission écrite".

5% des soignants parlent de la **surveillance bucco-dentaire** : "hygiène dentaire", " Vérifier si la bouche est bien dégagée, dentier adapté", "vérification des appareils dentaires".

5% d'entre elles mentionnent la **stimulation de la personne** : "stimulation de l'appétit », « stimuler".

2% des soignants parlent de **renforcement d'aide** : "lui trouver une aide à domicile ; contacter la mairie », « mise en place des repas par aide à domicile".

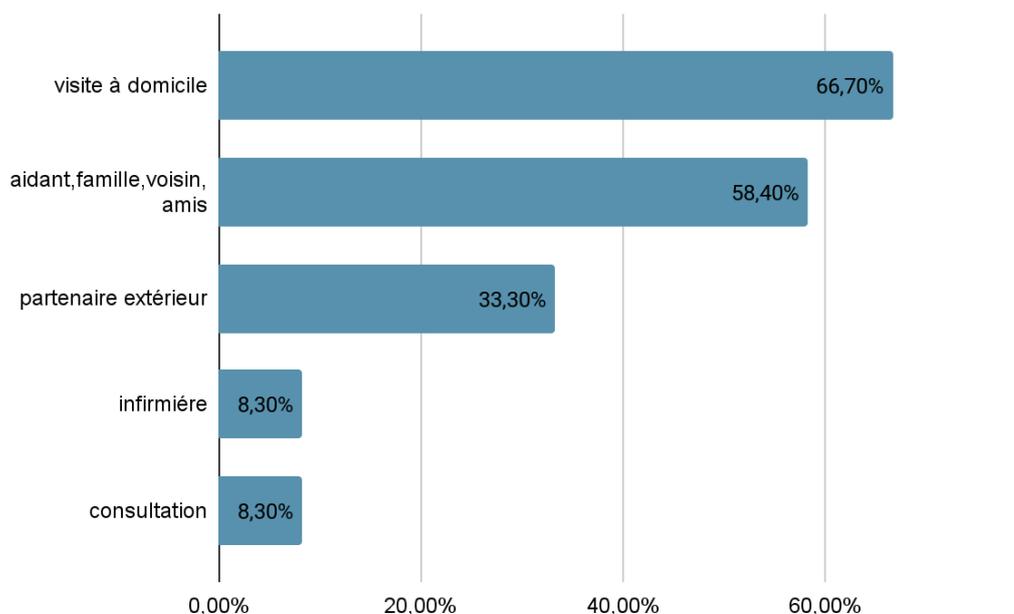
2% des soignants sollicitent le **médecin traitant** pour des compléments alimentaires : « mise en relation avec le médecin pour compléments alimentaires », lien avec médecin pour complément alimentaire".

#### 4) Coordination/communication

##### ➤ Les médecins

(Cf. Questionnaire en annexe : questions (7,11,12,13,17)

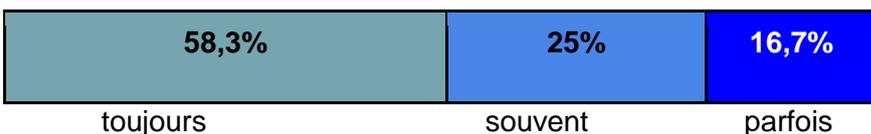
Comment êtes- vous alerté lorsqu'un patient présente un risque de dénutrition ?



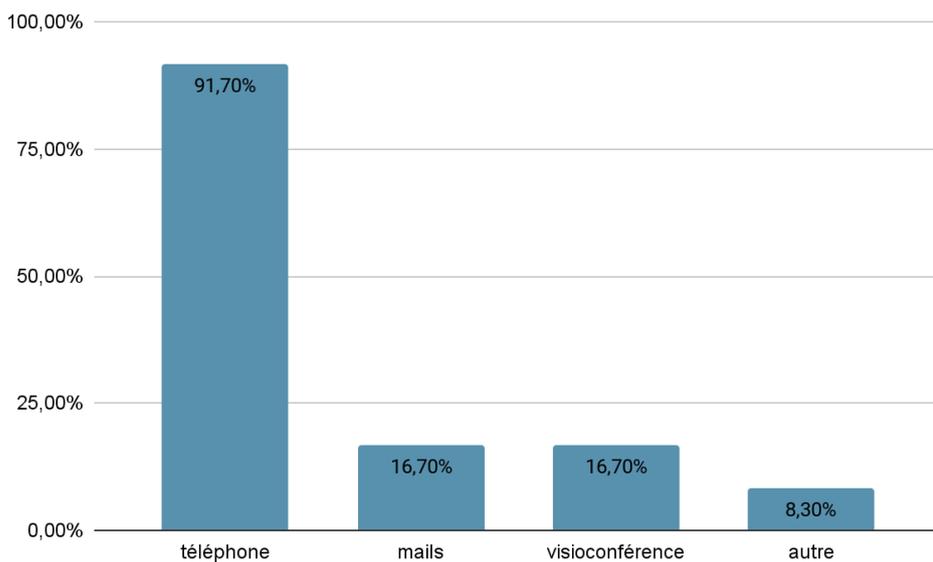
L'infirmière coordinatrice du service de soins infirmiers à domicile est-elle contactée lorsqu'un de vos patients est à risque de dénutrition ou est dénutri ?

5	parfois	<b>41,7%</b>
4	jamais	<b>33,3%</b>
2	souvent	<b>16,7%</b>
1	toujours	<b>8,3%</b>

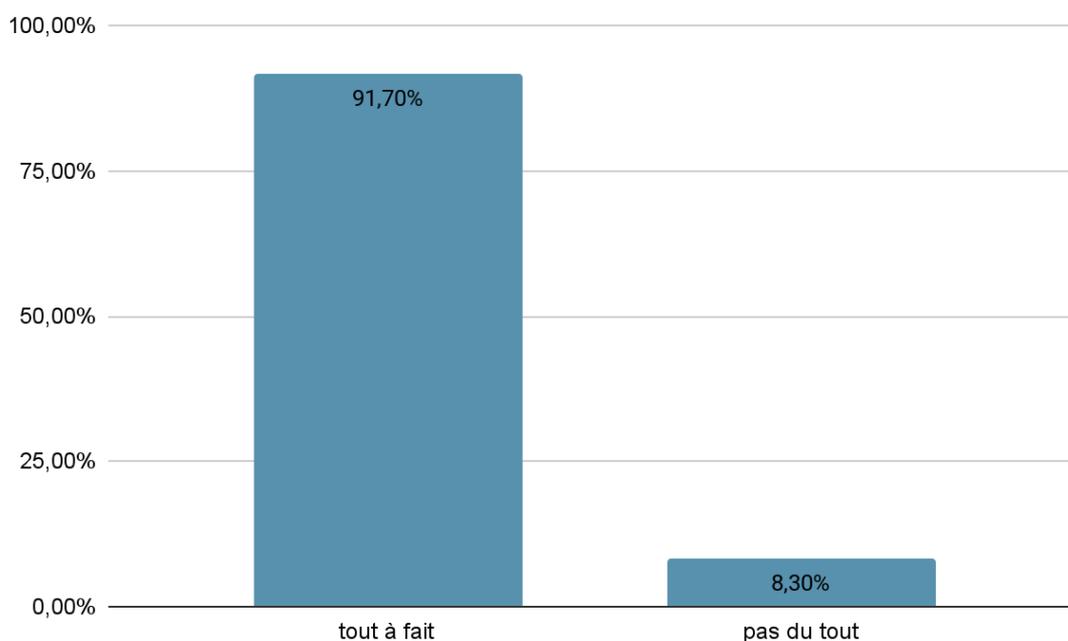
L'infirmière coordinatrice du service de soins infirmiers à domicile vous contacte-t-elle lorsqu'un de vos patients est à risque de dénutrition ?



Quels sont les moyens de communications utilisés entre vous et l'infirmière coordinatrice du service de soins infirmiers à domicile sur les patients à risque de dénutrition ou en dénutrition avérée



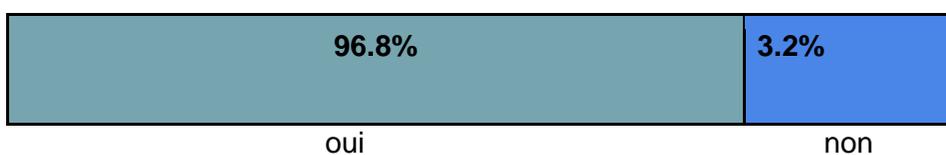
Selon vous, la coordination entre vous et l'infirmière coordinatrice du service de soins infirmiers à domicile est-elle de bonne qualité ?



➤ Les infirmières coordinatrices:

(Cf. Questionnaire en annexe : questions : 17,18,20,21,22)

Dans le cas d'une dénutrition à risque, avertissez-vous le médecin traitant ?



Dans le cas d'un risque de dénutrition, quelles sont les personnes qui vous alertent ? (31 réponses).

-10 infirmières coordinatrices affirment être alertées par les aides-soignantes dans le cas d'un risque de dénutrition.

-6 infirmières coordinatrices affirment être alertés par les familles ou aidants

-5 par des professionnels de santé

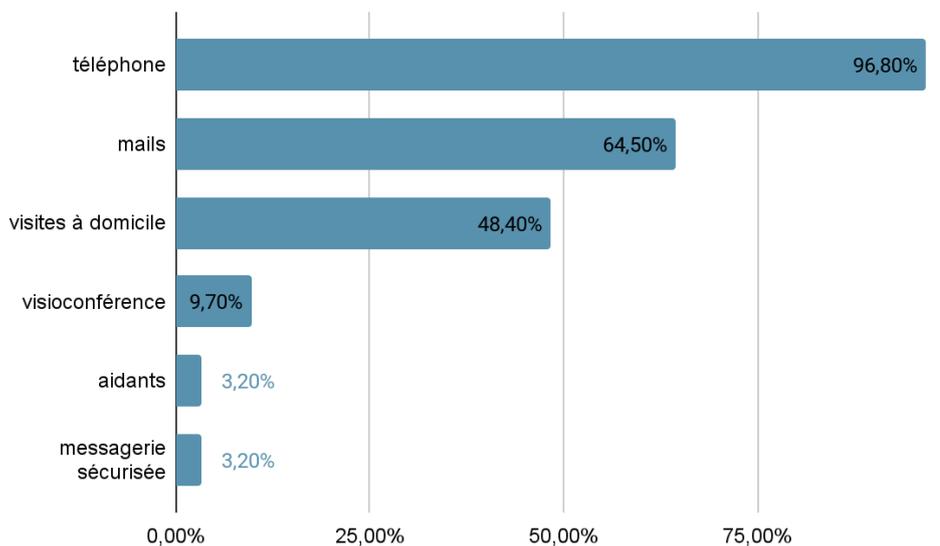
-3 par les auxiliaires de vie.

-2 par les infirmiers(ières)

-2 par le médecin traitant

-1 par le laborantin.

Quels sont les moyens de communication utilisés entre vous et le médecin traitant sur les patients à risque de



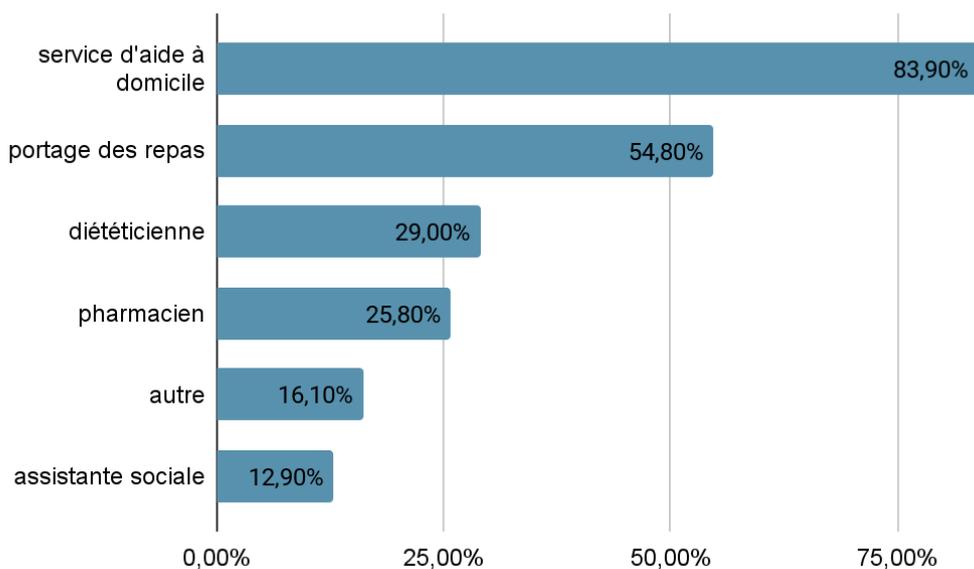
dénutrition ou en dénutrition avérée?

- Collaborez-vous avec d'autres professionnels sur ce sujet ?



**oui**

### Si oui, lesquels ?



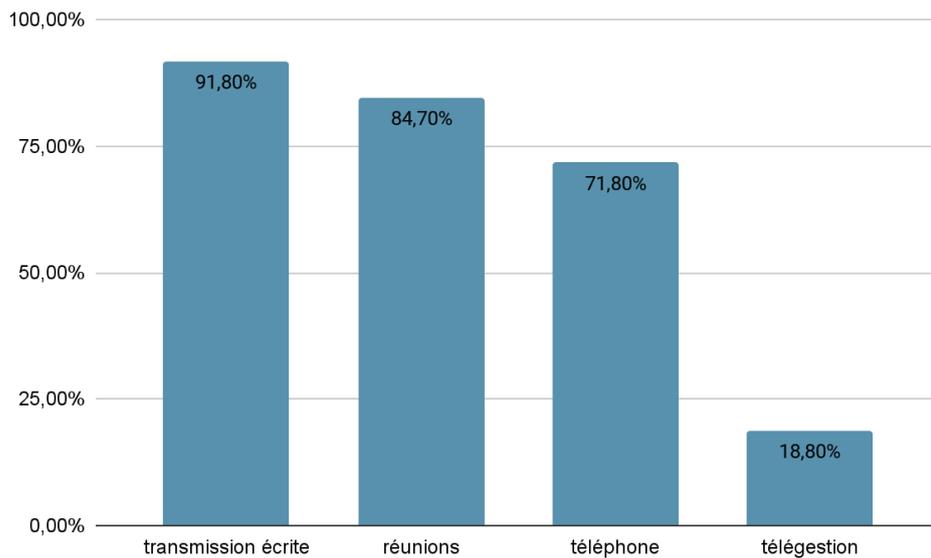
#### ➤ Les soignants:

(Cf. questionnaire en annexe : questions 14-15-16-17)

### De façon générale, avec qui communiquez-vous sur l'alimentation de votre patient ?

- **65,9%** des infirmières et infirmières coordinatrices sont sollicitées par les équipes soignantes pour communiquer sur l'alimentation de leurs patients.
- **43,5%** des aides-soignantes sont sollicitées par les équipes soignantes pour communiquer sur l'alimentation du patient.
- **36,5%** des aidants sont sollicités par les équipes soignantes
- **28,2%** des soignants communiquent avec d'autres intervenants sur l'alimentation de leurs patients.

### Quels sont les outils de communication utilisés avec l'infirmier coordinateur ?



- En cas de risque de dénutrition, le médecin traitant vous laisse-t-il une transmission dans le dossier au domicile du patient ?



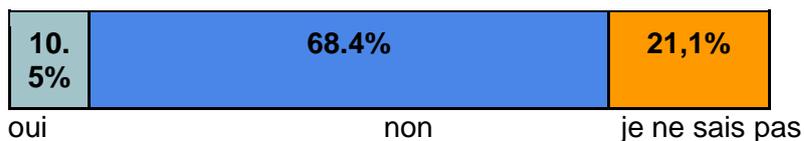
Selon vous la coordination entre vous et le médecin traitant est-elle de bonne qualité?



**Les aidants :**

(Cf. questionnaire en annexe : questions 12-13-14)

L'infirmière coordinatrice, lors de l'admission de votre proche vous a-t-elle remis des documents ou recommandations sur la nutrition?



Auprès de qui demandez-vous conseil sur l'alimentation de votre proche?

médecin	<b>63,2%</b>
aide-soignant	<b>18,4%</b>
aide à domicile	<b>15,8%</b>
infirmier(ère) coordinateur(trice)	<b>10,5%</b>
infirmier(ère)	<b>10,5%</b>
pharmacien	<b>5,3%</b>
personne	<b>5,3%</b>
diététicienne	<b>2,6%</b>
naturopathe, hôpital de jour, auto documentation, "je gère seul", pas de réponse, non renseigné	<b>2,6%</b>

Y a-t-il un cahier de liaison au domicile de votre proche entre le service de soins à domicile?

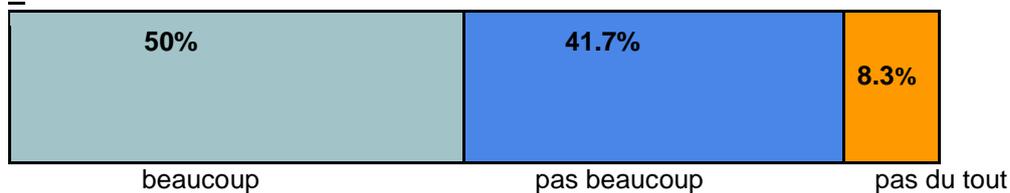


## 5- Axe d'amélioration

### ➤ Les médecins

(Cf. Questionnaire en annexe : question 14,15,16,18)

Selon vous, existe-t-il des freins à la prévention et au dépistage de la dénutrition à domicile ?



Quels sont pour vous les freins à la prévention de la dénutrition à domicile ?

**-Le manque de temps** est un frein à la prévention de la dénutrition pour 5 médecins : « temps pour réalisation questionnaire d'évaluation », « temps manquant pour les soignants », « Nous n'avons pas le temps », temps dédié long », le temps".

-**L'isolement** est souligné par 2 d'entre eux : " personnes vivant seuls, sans possibilité d'observation objective de la nutrition", "et parfois solitude du patient dénutri (aucun aidant familial)".

-**La non compliance aux soins** est soulevé par un médecin "la réticence médicale et paramédicale de la part des patients".

-**La difficulté de recourir à un spécialiste nutritionnel (1) et l'absence de coordination (1)** est évoquée par ces médecins.

-**La barrière culturelle** est évoquée par un médecin : " les problèmes de compréhension des consignes nutritionnelles (langues différentes ou précarité culturelle).

-**La difficulté de surveillance du poids** est émise par 1 médecin : " La "pesée n'est pas toujours facile".

Selon vous quels sont les leviers pouvant être mis en place ?

Un médecin suggère : "**la mise en place de formations, la nomination de référent en nutrition** dans les services de soin, et un accompagnement plus important par l'équipe de nutrition pourraient répondre aux attentes des médecins".

un autre propose : " **un réseau dédié de professionnels dédié à la nutrition**".

-**Le suivi du poids** est souligné par 2 médecins : "pesée régulière".

-**L'élargissement des compétences infirmières** est évoqué par un médecin : " ouvrir le champ de la dénutrition aux IDE : possibilité pour elle de rajouter de façon systématique un suivi Albu/préalbu".

-**Un outil de transmission interprofessionnelle** est proposé par un médecin : "cahier de liaison entre médecin et une infirmière à domicile avec inscriptions des conseils de nutrition, liste de tous les apports alimentaires, intervention d'une diététicienne à domicile, communication ++ entre les différents intervenants, éducation thérapeutique".

-**Un suivi préventif de dénutrition** est proposé par un médecin : « un bilan nutritionnel biannuel systématique chez toutes les personnes âgées".

-**Les transmissions** sont évoquées par un autre médecin : "réunion programmée".

Un médecin soumet **la mise en place d'aide à domicile et suivi médical**".

Selon vous comment améliorer la coordination entre vous et l'infirmier(e) coordinateur(trice) du Service de Soins Infirmiers à Domicile ?

**La communication interprofessionnelle** semble être une voie d'amélioration proposée par 3 médecins : "la collaboration", "réunions d'information formation régulière », « plus de communication".

**Dégagé du temps** spécifique à la prise en charge de la dénutrition évoquée par deux médecins : « peut être avoir un temps dédié à cela (qui bien sûr est rémunéré), et donc rentrerai dans le temps de travail du praticien", "le contact humain reste l'unique possibilité selon moi. La multiplication des structures et des protocoles étouffant dans l'œuf, le projet initial. Il faut libérer du temps pour les médicaux et paramédicaux afin qu'ils puissent assurer un suivi vraiment global. On aura beau faire tous les protocoles du monde tant que le nombre d'IDE et de médecins libéraux restera aussi bas le suivi restera parcellaire".

**L'outil numérique** est proposé par un médecin : « boîte mail sécurisée"

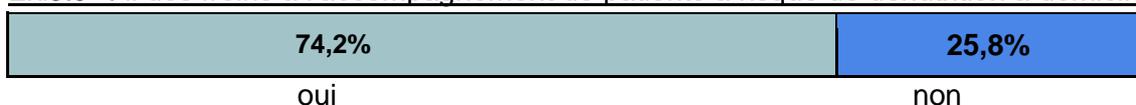
➤ **Infirmier(ère) coordinateur(trice)**

(Cf. Questionnaire en annexe : questions 19,23,24,25,26,27)

Pensez-vous que le médecin traitant est un levier indispensable dans la prise en charge de votre équipe concernant le suivi nutritionnel ?



Existe-t-il des freins à l'accompagnement de patients à risque de dénutrition à domicile?



Si oui, lesquels ?

**7 IDEC soulèvent les moyens financiers :**

- "les moyens financiers des patients", "frein financier", "manque de moyens financiers", "les personnes ne souhaitent pas forcément des interventions extérieures qui peuvent être payantes".

**7 IDEC soulèvent que certaines familles et ou aidants sont des freins à l'accompagnement de la dénutrition :**

- "Réticence de certains aidants à évoquer le sujet avec les IDE car tout est compartimenté pour eux », « le déni de la personne ou de son aidant"  
- "Avoir un aidant de confiance et compétent lors de l'accompagnement des repas », « refus de l'aidant", ``absence de l'aidant", ``entourage défaillant", ``difficulté à rencontrer les familles".

3 IDEC disent que **les maladies neuro-dégénératives et les troubles cognitifs** sont des freins à l'accompagnement de la dénutrition, 2 IDEC "troubles cognitifs", 1 IDEC "démence".

3 IDEC parlent de **l'isolement** des personnes âgées.

7 IDEC évoquent la notion de "**manque de temps**" :

- 2 autour du repas : "Le manque de temps pour accompagner les personnes ; en particulier pour assurer une présence pendant la prise du repas », L'ABSENCE DE TEMPS D'AIDE AU REPAS (SSIAD)".
- 2 autour de la communication : "manque de communication, de liaisons entre les différents acteurs », manque de collaboration avec certains SSIAD".
- 1 autour de la coordination : "manque de temps pour coordonner les différents acteurs".
- 1 autour du suivi : "manque de suivi des professionnels du terrain sur les pesées notamment".
- 1 autour de la nutrition : "Absence de temps de nutritionniste dans le SSIAD".

2 IDEC évoquent **l'absence de prévention des patients et des familles** : " l'envie des patients et des familles, les idées préconçues sur la dénutrition, la dénutrition », Réussir à convaincre le patient du bienfondé d'une alimentation variée », « les patients eux-mêmes".

2 IDEC soulèvent **la difficulté du suivi par spécialiste de la nutrition à domicile** : « faire appel à un médecin nutritionniste mais le suivi à domicile est difficile », pas de diététicienne venant à domicile".

La coordination avec d'autres intervenants peut-elle améliorer la prise en charge nutritionnelle ?

100%

oui

Si oui à la question précédente, comment ?

Sur les **31** réponses des IDEC la coordination avec d'autres intervenant peut-être améliorer :

- Pour **6** IDEC par **la communication** : "réunion pluridisciplinaire à domicile du patient si possible, avec les aidant », « réunion ou partage d'information », « des rencontres plus souvent, réunion de synthèse plus régulières », « grâce aux échanges que l'on peut avoir

entre nous”, un temps d’échange permet déjà de se poser la question sinon le quotidien risque de primer », Echange avec les aides à domicile pour la préparation des repas ++”.

- Pour **8 IDEC par la collaboration**: “ en collaboration avec les idels”, ‘implication des médecins traitant», travailler en collaboration avec les aides à domiciles pour améliorer la qualité des repas et non pas la quantité», «collaboration effective avec des transmissions entre les intervenants du domicile», «Visite commune à domicile ( médecin, AVS, IDEC SSIAD”, ”coordination avec les services d’aides qui connaissent les patients», «coordonner ensemble pour avoir des suggestions», «travailler ensemble selon les infos de chacun”.
- Pour **4 IDEC par la présence d’un service prestataire SAAD et ou avec la présence d’une diététicienne\_**:” Avoir un SAAD-trouver un partenariat avec une nutritionniste”, ” service prestataire avec diététicien », « avec les saad et diététiciennes”, budgétiser des postes de nutritionnistes pour intervenir au niveau des établissements médico sociaux du domicile ssiad/saad”.
- Pour **6 IDEC par la transmission** : ”meilleure partage de l’information », «il faut travailler sur un document partagé », « transmission sur les documents restant à domicile, de suivi », « Fiche de suivi d’alimentation à domicile », « en permettant une traçabilité et un vigilance”.
- Pour **2 IDEC cela passe par la prévention\_**: ”informer les professionnels de ce qui est permis de mettre en place, sensibiliser les aidants », « conseiller les aides à domiciles ou la famille (enrichir l’alimentation en protéines (viandes, lait, crème, fromage), dresser une jolie table, varier les plats et bien les relever (aromates, épices), adapter la texture) partager le repas avec la personne.”
- Pour **1 IDEC par une "vigilance accrue"**.
- Avez-vous des remarques ou suggestions ? (9 IDEC ont répondu à cette question).

**6 IDEC soit 67%** suggèrent **la notion de prévention** par :

- La formation : ”LA FORMATION SERAIT LA BIENVENUE », former...les différents intervenants du domicile”, nous avons programmé une formation en automne 2021”, ”Distribuer aux patients et aux aidants les guides créés par le PNNS”.

- La sensibilisation : “sensibiliser les médecins traitants », sensibiliser les différents intervenants du domicile”.

- un évoque **le manque de temps des médecins** : ” Le problème récurrent est le manque de temps que les médecins traitant peuvent consacrer à d’éventuelles réunions de coordination”.

- un IDEC soulève **la difficulté de prévention de la dénutrition à domicile** : « Sujet peu traité car le suivi des patients à domicile (poids, surveillance alimentaire) est difficile.

Moyens difficile à mettre en place (patient refuse d'acheter une balance à leur âge, difficile de peser un patient grabataire au domicile,)"

-1 autre propose **un suivi par des professionnels de la nutrition à domicile** : "mettre en place des visites avec des nutritionnistes ou diététiciens".

➤ Les soignants

(Cf. Questionnaire en annexe : questions 18,21)

La coordination avec d'autres intervenants peut-elle améliorer la prise en charge nutritionnelle ?



**96,5%** des soignants pensent que la coordination peut améliorer la prise en charge nutritionnelle.

Existe-t-il des freins à l'accompagnement de patients à risque de dénutrition à domicile ?

**62 %** des soignants confirment l'existence de freins à l'accompagnement de patients à risque de dénutrition :

- **4** soignants **le maintien à domicile** est un frein : "oui parce qu'on n'est pas à domicile 24/24h", "Nous ne sommes pas présents 24H/24", "à domicile les patients sont chez eux et libre de faire ce qu'ils souhaitent et nous ne pouvons pas les accompagner tout au long de la journée », « oui car nous sommes pas présents H24".

**L'absence de professionnelle de la nutrition** est un frein pour **3** d'entre elles : "pas de suivi diététique (pas de diététicienne)", "pas de diététicienne", "manque de moyen (diététicienne, formation, suivi approfondi)".

Pour **15** d'entre elles, **le manque** de moyen matériel, financier, formation, de temps, de communication, de transmission, de surveillance, de personnel, de spécialiste sont des freins:" manque de formation du personnel», «manque de temps», «le manque de communication entre professionnel et aussi la famille», «manque de visibilité de suivi avec le médecin traitant», manque de temps de personnel», manque de moyens, de personnel», «oui, financier, quand le patient n'a pas d'aide au moment des repas», «manque de

transmissions entre professionnels. Manque de regard sur l'alimentation prises », « le manque de spécialiste sur le secteur et de formation des acteurs de terrains », « manque de présence : auxiliaire de vie (tarif élevé) », « oui car pas toujours présent et pas toujours d'aide à domicile »,

**5** soignants évoquent **la maladie et les troubles de déglutition** : « risque de fausse route », « peut-être la maladie mais son notre rôle de soignant de tout mettre en place afin d'éviter le risque de dénutrition », « oui, la pathologie du patient, plus particulièrement les démences », « oui chez les patients déments », « pathologies ».

**4** soignants relèvent **l'isolement** : « personnes isolées », « patient en isolement ». « Manque de moyens, pas d'entourage », « les repas pris seul ».

Pour **2** soignants **le refus du patient** est un frein : « refus catégorique du patient », « refus du patient ».

Pour **3** soignants, **l'entourage** est un frein : « oui, la mauvaise foi et l'entourage inexistant ou incompréhensif », « l'entourage », « l'angoisse dû à la maladie de la personne, le découragement et la peur de le voir mourir ». « famille non investi »

**1** oui si c'est impossible d'alimenter per os il faut perfuser

**1** oui sonde naso gastrique

**1** frein psychologique

**1** une mauvaise communication entre IDE/médecin/famille

**13** soignants ont répondu qu'ils ne savent pas s'il existe des freins à l'accompagnement de patients à risque de dénutrition : « je ne sais pas »

**11** disent qu'il n'y a pas de frein

**2** n'ont pas répondu à la question

**1** confirme qu'il existe des freins mais ne les connaît pas