



**ENSP**

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2006 –

**VOIES D'AMÉLIORATION DE L'ALIMENTATION ET  
DU STATUT NUTRITIONNEL  
DES PERSONNES DE PLUS DE 70 ANS**

– Groupe n° 12 –

- Corinne ARMERO (DS)
- Claire CONJAUD (DH)
- Ludivine GROULT (D3S)
- Marion KERGREIS (D3S)
- Mathilde MAHE (D3S)
- Valentine MEHEUT (D3S)
- Zoheir MEKHOULFI (IASS)
- Claire O'BRIEN (DH)
- Tanafit REDJALA (DH)
- Joëlle ROUET (DS)

**Animatrice :**

***Dr. Danièle MISCHLICH***

---

# Sommaire

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introduction</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>1 Le statut nutritionnel de la personne âgée</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>1.1 Les multiples définitions de la personne âgée</b> .....  | <b>2</b>  |
| <b>1.2 Les besoins nutritionnels spécifiques de la personne âgée</b> .....                                    | <b>3</b>  |
| <b>1.3 Les principaux risques nutritionnels</b> .....   | <b>4</b>  |
| 1.3.1 La dénutrition.....   | 4         |
| 1.3.2 La sarcopénie.....  | 4         |
| 1.3.3 L'ostéoporose.....  | 5         |
| 1.3.4 La déshydratation.....  | 5         |
| <b>1.4 La dénutrition chez les personnes âgées</b> .....  | <b>5</b>  |
| 1.4.1 Définition et enquêtes épidémiologiques.....  | 5         |
| 1.4.2 Facteurs favorisants.....   | 6         |
| 1.4.3 Conséquences de la malnutrition sur l'état de santé des personnes âgées.....                            | 7         |
| 1.4.4 Outils de dépistage de la dénutrition et d'évaluation du statut nutritionnel.....                       | 8         |
| <b>2 L'intégration de la dimension nutritionnelle dans les politiques en faveur des personnes âgées</b> ..... | <b>10</b> |
| <b>2.1 La dénutrition : un enjeu de santé publique</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>2.2 L'émergence d'une politique nationale</b> .....  | <b>11</b> |
| 2.2.1 La loi du 9 août 2004.....  | 11        |
| 2.2.2 Les programmes nationaux.....   | 12        |
| 2.2.3 Complémentarité des textes.....   | 13        |
| <b>2.3 Les politiques loco-régionales</b> .....   | <b>14</b> |
| 2.3.1 Le niveau régional.....   | 14        |
| 2.3.2 Le niveau départemental.....  | 15        |
| 2.3.3 Le niveau communal.....   | 15        |
| 2.3.4 Le cadre spécifique des EHPAD.....  | 16        |
| <b>3 Mise en œuvre des politiques : sélection d'actions exemplaires</b> .....                                 | <b>17</b> |
| <b>3.1 Les personnes âgées vivant à domicile</b> .....  | <b>17</b> |
| 3.1.1 Les spécificités de la population visée.....  | 17        |
| 3.1.2 Les recommandations.....  | 17        |

|            |  |            |
|------------|--|------------|
| 3.1.3      | Des actions exemplaires.....   | 18         |
| <b>3.2</b> | <b>En institution .....</b>  | <b>19</b>  |
| 3.2.1      | Les spécificités du public accueilli .....   | 19         |
| 3.2.2      | Les recommandations.....   | 19         |
| 3.2.3      | Des actions exemplaires.....   | 21         |
| <b>3.3</b> | <b>A l'hôpital .....</b>   | <b>22</b>  |
| 3.3.1      | Les spécificités du public accueilli .....   | 22         |
| 3.3.2      | Les recommandations.....   | 22         |
| 3.3.3      | Des actions exemplaires.....   | 23         |
| <b>4</b>   | <b>Le chantier de l'amélioration de l'alimentation et du statut nutritionnel des personnes de plus de 70 ans .....</b> | <b>25</b>  |
| <b>4.1</b> | <b>Des difficultés de mise en œuvre et des lacunes persistantes.....</b>   | <b>25</b>  |
| 4.1.1      | La multiplicité des intervenants .....   | 25         |
| 4.1.2      | Les lacunes chez les professionnels de ville .....   | 25         |
| 4.1.3      | Les lacunes dans les établissements.....   | 26         |
| <b>4.2</b> | <b>Notre futur rôle d'acteurs de santé publique .....</b>  | <b>27</b>  |
| 4.2.1      | Implication des professionnels de santé .....  | 27         |
| 4.2.2      | Prévention et prise en charge des personnes âgées dénutries .....  | 27         |
| 4.2.3      | Moyens à mettre en œuvre.....  | 27         |
|            | <b>Conclusion.....</b>   | <b>28</b>  |
|            | <b>Bibliographie .....</b>   | <b>I</b>   |
|            | <b>Liste des annexes .....</b>   | <b>I</b>   |
|            | <b>Annexe 1 : Liste des personnes interrogées.....</b>   | <b>II</b>  |
|            | <b>Annexe 2 : Exemples de grilles d'entretien.....</b>   | <b>III</b> |
|            | <b>Annexe 3: Outils de dépistage de la dénutrition : exemples de grilles .....</b>                                     | <b>VI</b>  |
|            | <b>Annexe 4 : Grille de signalement de dénutrition .....</b>   | <b>X</b>   |
|            | <b>Annexe 5 : Schéma du réseau ville-hôpital Association de Nutrition Aixoise ....</b>                                 | <b>XI</b>  |

---

# Remerciements

---

Nous remercions le Docteur Danièle MISCHLICH, Médecin de santé publique, chargée de mission, chef de projet PRSP, DRASS Ile de France, pour l'attention qu'elle a accordée à notre travail.

Nous tenons à remercier l'ensemble des professionnels rencontrés lors des visites sur sites ou interrogés par téléphone ou courriel, pour leur disponibilité et la qualité des échanges.

Enfin, nous saluons l'équipe organisatrice du Module Interprofessionnel 2006.

---

## Liste des sigles utilisés

---

|         |  |
|---------|--|
| ARH     | Agence Régionale de l'Hospitalisation                          |
| AS      | Aide-soignant  |
| AMP     | Aide médico-psychologique                                      |
| CERIN   | Centre de recherche et d'information nutritionnelles           |
| CH      | Centre hospitalier   |
| CHD     | Centre hospitalier départemental                               |
| CHU     | Centre hospitalo-universitaire                                 |
| CLAN    | Comité de Liaison Alimentation Nutrition                       |
| CNA     | Conseil National de l'Alimentation                             |
| CNSA    | Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie                |
| CRES    | Comité régional d'éducation pour la santé                      |
| DDASS   | Direction départementale des affaires sanitaires et sociales   |
| DGS     | Direction générale de la santé                                 |
| DGAS    | Direction générale de l'action sociale                         |
| DRASS   | Direction régionale des affaires sanitaires et sociales        |
| EHPA(D) | Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (dépendantes) |
| HACCP   | Hazard analysis critical control point                         |
| HAS     | Haute Autorité de Santé  |
| IMC     | Indice de masse corporelle                                     |
| INPES   | Institut national de prévention et d'éducation pour la santé   |
| InVS    | Institut de veille sanitaire                                   |
| MPE     | Malnutrition protéino-énergétique                              |
| PNNS    | Programme National Nutrition Santé                             |
| PRSP    | Plan régional de santé publique                                |
| SROS    | Schéma régional d'organisation sanitaire                       |
| URCAM   | Union régionale des caisses d'assurance-maladie                |

---

# Méthodologie

---

Le groupe de travail qui a traité le thème « Voies d'amélioration de l'alimentation et du statut nutritionnel des personnes de plus de 70 ans » réunissait deux élèves directeurs des soins, trois élèves directeurs d'hôpital, quatre élèves directeurs d'établissements sanitaires et sociaux et un élève inspecteur de l'action sanitaire et sociale.

## 1 Séance de cadrage

Nous avons disposé de quelques jours avant le début du Module Interprofessionnel (MIP) pour prendre connaissance du dossier documentaire préparé par l'animatrice, le Dr. Danièle Mischlich.

Lors de la séance de cadrage en présence de l'animatrice, les stagiaires se sont présentés (filière, formation antérieure, expérience professionnelle) et ont expliqué leur intérêt pour la thématique de l'alimentation des personnes âgées.

Après avoir évoqué son propre parcours professionnel et ses fonctions actuelles, le Dr. Mischlich a présenté le thème, les acteurs et les sources d'informations, et fait un point sur la documentation qui nous avait été transmise. Elle a également rappelé les objectifs du module.

## 2 Organisation et fonctionnement du groupe

Le MIP a pour objectif pédagogique, à partir de l'étude d'un problème de santé publique, de permettre la confrontation des connaissances et des points de vue d'élèves issus de filières différentes. Il s'agit de percevoir l'intérêt de l'approche pluriprofessionnelle des problèmes. Le MIP permet aussi de mesurer notre capacité à travailler collectivement, à mobiliser les ressources du groupe et à concilier les logiques de chacun.

Nous avons pris beaucoup de plaisir à travailler ensemble. Nous avons tous choisi ce thème et étions intéressés par cette problématique qui nous paraît incontournable pour une prise en charge efficace des personnes âgées. L'implication et une écoute attentive de la part de tous les participants ont permis d'échanger de manière constructive et d'avancer rapidement. Nous n'avons donc rencontré aucune difficulté ni à travailler en équipe ni à nous mettre d'accord sur le contenu du rapport. Ce module nous a donné l'occasion d'unir nos connaissances et nos savoir-faire tout en mettant à profit nos différences.

### **3 Préparation et réalisation des entretiens et visites**

Comme le demandait la coordination du MIP, un élève référent a été désigné par le groupe afin de coordonner les déplacements et d'assurer une gestion centralisée des échanges avec l'animatrice et les personnes ressources.

L'animatrice avait fixé par avance trois rendez-vous avec des experts. Elle nous a par ailleurs orientés vers des personnes particulièrement impliquées sur le plan national ou local dans les actions d'amélioration de l'alimentation des personnes âgées. Nous avons contacté ces personnes soit par courriel soit par téléphone. Suivant leur disponibilité, un entretien téléphonique ou une rencontre sur site ont été organisés. Une liste des professionnels rencontrés ou interrogés figure en annexe 1. Le groupe a respecté son budget prévisionnel, ayant privilégié d'une part les entretiens téléphoniques, d'autre part le covoiturage quand un déplacement était nécessaire.

Des équipes interfilières de 2 à 6 personnes ont été constituées pour préparer et réaliser chaque entretien ou visite. Les grilles d'entretien (cf. annexe 2) ont été préparées à partir de nos lectures, des interrogations suscitées par notre premier entretien avec l'animatrice du groupe, et en tenant compte des fonctions antérieures et/ou actuelles de chaque interlocuteur pour cibler nos questions. Les entretiens ont été en général enregistrés, avec l'accord de la personne interrogée, des notes étant prises parallèlement. A l'issue de chaque entretien, nous avons établi un compte-rendu écrit exhaustif, enregistré dans un répertoire informatique commun accessible à l'ensemble du groupe.

### **4 Rédaction du rapport de synthèse**

Des ébauches de plans ont été élaborées en début de session. Ce travail de réflexion a permis de dégager des sous-thèmes. La rédaction des parties correspondantes, à partir des entretiens et des lectures, a été confiée à des équipes de deux ou trois personnes selon les cas. Le plan du rapport a été arrêté en fin de deuxième semaine. Deux entrevues avec l'animatrice au cours de la session du MIP, ainsi que des échanges téléphoniques et de courriels, nous ont permis de valider et de compléter notre travail. Les différentes productions ont été agrégées pour obtenir le rapport final, revu et validé par l'animatrice.

*« L'acte alimentaire satisfait tout à la fois des besoins nutritionnels, relationnels et symboliques. Interdépendantes, ces différentes fonctions ont un rôle homéostatique au sens large : santé, bien-être, équilibre du sujet au sein de son environnement. Chacune de ces trois fonctions, est essentielle et aucune n'est suffisante. »*

*Traité de nutrition clinique de l'adulte, A. Basdevant, M. Laville, E. Lerebours, Editions Flammarion Médecine-Sciences, 2001.*



## Introduction

Ce n'est que depuis une vingtaine d'années que l'on a pris conscience des interactions entre le vieillissement et la nutrition. Le processus de vieillissement, même normal, s'accompagne d'un ensemble de modifications comme l'altération du goût et de l'odorat, une moins bonne gestion des stocks énergétiques et de l'utilisation des nutriments, ce qui augmente le risque de déficits nutritionnels.

A l'inverse, une alimentation équilibrée associée à une activité physique suffisante peut influencer favorablement le vieillissement naturel, améliorer la qualité de vie et réduire l'incidence de certaines pathologies liées à l'âge. Les études épidémiologiques montrent ainsi que les personnes âgées ont d'autant plus de chances de vieillir en bonne santé que leur statut nutritionnel est satisfaisant.

Avec l'avance en âge, les risques nutritionnels ne sont plus liés à la pléthore comme chez les sujets jeunes, mais à la carence. La malnutrition protéino-énergétique (MPE) et les fractures liées à l'ostéoporose en sont les exemples les plus fréquents et préoccupants en termes de santé publique. De multiples facteurs sont à l'origine de la dénutrition dont les facteurs sociaux ne sont pas les moindres. Au regard de la justification scientifique et sociale de ce problème, la prévention et le dépistage des carences nutritionnelles sont devenus primordiaux. Ces deux types d'actions figurent dorénavant dans la Loi de Santé Publique du 9 août 2004, ainsi que dans les plans et programmes nationaux (Programme National Nutrition Santé, Programme Bien Vieillir), et dans certains plans régionaux de santé publique et schémas régionaux d'organisation sanitaire.

La population française vieillit, et en tant que futurs directeurs d'établissement, directeurs des soins ou inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, nous aurons de plus en plus souvent à nous intéresser aux besoins spécifiques des personnes âgées. Il nous faut donc comprendre qui sont ces personnes et comment leur statut nutritionnel influe sur leur état de santé (1).

Les gouvernants ont pris conscience des enjeux sociaux et économiques de l'amélioration de l'alimentation des personnes âgées. Des textes officiels sont parus pour impulser et encadrer les actions des professionnels de santé (2).

La troisième partie de ce rapport est consacrée aux recommandations faites aux acteurs de santé publique et à des expériences menées à domicile, en institution et à l'hôpital (3).

Nous avons choisi dans une quatrième et dernière partie de nous intéresser aux obstacles rencontrés dans la mise en œuvre des recommandations officielles et aux moyens de surmonter ces difficultés dans nos futures fonctions de directeur ou d'inspecteur (4).

# 1 Le statut nutritionnel de la personne âgée

## 1.1 Les multiples définitions de la personne âgée

Le vieillissement est un phénomène hétérogène, qualifié de « réussi », « normal » ou « pathologique », et influencé par le bagage génétique, l'environnement et le mode de vie. Comme le souligne le Docteur Monique Ferry, « *il n'existe pas une vieillesse puisque la sénescence est différente chez chacun, et le terme « sujet âgé » concerne une population très hétérogène, et ce d'autant plus que, en dehors des différences d'âge, ces personnes âgées peuvent être : en bon état de santé et actives, voire très actives, « fragiles » et moins actives et exposées au risque de pathologies, ou malades, sur un mode aiguë ou chronique, dépendantes ou non (plus à risque de dénutrition)* »<sup>1</sup>. Selon le Docteur Emmanuel Alix, gériatre au CH du Mans, ce n'est pas le vieillissement chronologique qui importe, mais le vieillissement physiologique ou sénescence, c'est-à-dire ce processus lent, progressif et surtout différentiel, les différences entre les individus augmentant lorsqu'ils avancent en âge<sup>2</sup>.

Aux Etats-Unis, on distingue les *seniors* âgés de plus de 50 ans et les *vétérans* de plus de 75 ans. Le Dr. Monique Ferry explique que, bien qu'il n'y ait pas une population de personnes âgées mais autant de personnes âgées que de personnes, on peut noter un certain « *virage physiologique* » à partir de 75 ans. Elle distingue les « vieux » de plus de 70 ans des « *TGV* », « *très grands vieux* » âgés de plus de 90 ans, en bon état de santé ou malades.

Qu'entend-on par « personne âgée »? « *Les instruments réglementaires et statistiques français définissent comme personnes âgées les personnes de 60 ans et plus. Cet âge ne constitue pourtant pas un seuil pertinent dans le processus de vieillissement et moins encore pour la dépendance qui ne concerne qu'une faible part des sexagénaires...Les personnes de 60 ans et plus qui étaient 12,5 millions en 2000 (soit 22% de la population) seront 17 millions en 2020 (plus de 40% en 20 ans) et près de 21,5 millions en 2040, ce qui représentera près du tiers de la population totale. Celles de 80 ans et plus, âge auquel la prévalence de la dépendance commence à augmenter rapidement, seront 4 millions en 2020 (soit 80% de plus qu'en 2000) et 7 millions en 2040 (soit plus de 3 fois plus qu'en 2000)* »<sup>3</sup>.

Il existe donc une certaine difficulté à déterminer l'âge pouvant servir de référence et de seuil de prévention et de prise en charge. Ainsi, le programme national Bien Vieillir cible les personnes de plus de 55 ans afin de prendre en compte la diversité des situations sanitaires, sociales et économiques de cette tranche de la population. La loi de

---

<sup>1</sup> Revue Le Concours médical, 5 avril 2006

<sup>2</sup> Le Cren F., « Eléments de sénescence du système digestif », *Vie et Vieillesse*, 3(1), Hiver 2004

<sup>3</sup> Rapport de la Cour des Comptes de novembre 2005 concernant les personnes âgées dépendantes

santé publique du 9 août 2004 et le Programme national nutrition santé (PNNS), qui visent l'ensemble de la population, comprennent des actions spécifiques concernant les personnes âgées de plus de 70 ans. Dans la suite de ce rapport, nous utiliserons donc l'expression « personne âgée » pour désigner les personnes de plus de 70 ans. Les stratégies de dépistage des pathologies, les recommandations thérapeutiques et les données médicales sont, elles, fondées sur des études dont la plupart ont pour critère d'exclusion un âge supérieur à 75 ans<sup>4</sup>.

## 1.2 Les besoins nutritionnels spécifiques de la personne âgée<sup>5</sup>

Contrairement à l'opinion courante, on ne doit pas manger moins en vieillissant.

**Les besoins énergétiques** de la personne âgée, à activité physique égale, sont équivalents voire supérieurs à ceux de l'adulte. Le moins bon rendement métabolique nécessite en effet des apports énergétiques plus élevés, ne devant pas être inférieurs à 30-35 kcal/kg/jour, pour répondre aux besoins.

**Les besoins protéiques** sont aussi au moins équivalents à ceux de l'adulte, le métabolisme protéique chez la personne âgée favorisant la fonte musculaire. Les experts recommandent un apport protéique d'au moins 1g/kg/jour, et plus en cas de pathologie ou de stress.

**Les besoins calciques** de la personne âgée sont supérieurs à ceux de l'adulte car le métabolisme du calcium est altéré par le vieillissement. Selon les recommandations françaises, les apports calciques doivent être de 1200 mg/jour pour les femmes à partir de 55 ans et les hommes de plus de 65 ans. Les enquêtes montrent que les personnes âgées ne consomment pas suffisamment de calcium (en moyenne 800 mg/jour). Dans l'enquête Euronut-Seneca, la proportion de sujets consommant moins de 500 mg de calcium/jour varie de 4 à 20%.

En raison des modifications physiologiques liées à l'âge et de certaines pathologies associées au vieillissement, le sujet âgé présente un risque élevé de déficience en **micronutriments**. Les carences et surtout les subcarences les plus fréquemment observées concernent, d'une part les vitamines du groupe B et les vitamines C et D, et d'autre part le sélénium, le cuivre, le zinc et le chrome.

Enfin, **les besoins en eau** ne diminuent pas avec l'âge. Les apports conseillés en eau sont plutôt plus élevés que ceux de l'adulte. Un apport de 2 à 2,5 litres d'eau par jour (comprenant l'eau apportée par les boissons et l'eau liée aux aliments) est nécessaire après 65 ans.

---

<sup>4</sup> INSERM, Ethique et santé

<sup>5</sup> Brochure CERIN : L'alimentation des personnes âgées. Recommandations et conseils pratiques

### 1.3 Les principaux risques nutritionnels

Les personnes âgées constituent un sous-groupe de population présentant des risques nutritionnels spécifiques en raison des changements physiologiques de sénescence, des modifications du contexte psychosocial et d'une plus haute prévalence de la maladie et de la sédentarité<sup>6</sup>.

Chez la personne âgée, le choix alimentaire n'est plus seulement conditionné par les caractéristiques sociodémographiques et culturelles, les préférences et aversions alimentaires, les aspects affectifs et cognitifs. Il est également influencé par des changements d'ordre sensoriel, physique, physiologique, psychologique ou matériel. Le processus de vieillissement influe ainsi sur les différentes étapes de la prise alimentaire (préhension, ingestion, mastication, déglutition, digestion, absorption et élimination). Il faut aussi distinguer les problèmes nutritionnels liés aux maladies chroniques ou aiguës des modifications physiologiques.

De plus, la grande majorité des personnes âgées vit avec une maladie chronique. 60% des prescriptions faites aux sujets âgés concernent soit le système nerveux central, soit le système cardiovasculaire, et le nombre de médicaments absorbés augmente avec l'âge. On a tendance à oublier que la polymédication influence l'apport nutritionnel. Le vieillissement, en entraînant une augmentation de la masse adipeuse et une réduction de la masse maigre (fonte musculaire), modifie également la réponse pharmacodynamique, c'est-à-dire les effets physiologiques ou biochimiques des médicaments et leur distribution. Ainsi, la personne âgée est plus susceptible de présenter des effets secondaires, comme des perturbations de l'appétit.

#### 1.3.1 La dénutrition

La survenue d'un état de dénutrition ou malnutrition protéino-énergétique (MPE) constitue un risque majeur. Le chapitre 1.4 de ce rapport est consacré à ce problème.

#### 1.3.2 La sarcopénie

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution de la masse maigre de 20 à 40% entre 20 et 80 ans. La masse maigre, constituée des muscles, de viscères, de la peau et des os, n'est pas affectée de façon homogène. On observe surtout une diminution de la masse musculaire ou sarcopénie. La fonte musculaire résulte d'un déséquilibre entre l'activité de synthèse et de dégradation des protéines. Pour certains muscles, ce déséquilibre paraît provenir d'une diminution de l'activité de la synthèse protéique à l'état basal. Pour d'autres, il s'agit plutôt d'une moindre capacité de réponse de la synthèse protéique à des stimulations modérées (repas, exercice de type endurance). Le sujet âgé,

---

<sup>6</sup> Kergoat M.-J., « Médicaments et aliments : un mariage de raison », *Vie et Vieillesse*, 3 (1), Hiver 2004

comparé à l'adulte plus jeune, aurait donc plus de mal à reconstituer les protéines mobilisées au cours des phases de catabolisme physiologique quotidiennes ou accidentelles (traumatismes, états inflammatoires). Les conséquences cliniques (faiblesse musculaire, troubles de la marche et de l'équilibre, risque accru de chutes et de fractures) risquent de précipiter la personne âgée dans la dépendance.

### **1.3.3 L'ostéoporose**

L'ostéoporose se définit par l'association d'une densité osseuse basse et d'une détérioration de l'architecture osseuse, ayant pour conséquence une fragilisation pouvant conduire à des fractures. Physiologiquement, l'os est en permanence renouvelé par deux mécanismes de résorption et de formation. Alors que la formation est supérieure à la résorption au cours de la phase de croissance, la tendance s'inverse à l'âge adulte. Chez la femme, la perte osseuse s'accélère au cours des cinq ans qui suivent l'installation de la ménopause, du fait du tarissement des sécrétions oestrogéniques. Ainsi, entre 30 et 80 ans, une femme perd environ 40% de sa masse osseuse.

En France, on recense chaque année au moins 50 000 nouveaux tassements vertébraux et plus de 50 000 fractures du col du fémur. Du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, ces chiffres augmenteront immanquablement.

### **1.3.4 La déshydratation**

Le sujet âgé ne boit pas assez, en particulier en raison de la perte de la sensation de soif et par crainte de l'incontinence urinaire. Par ailleurs, le rein âgé perd son aptitude à concentrer les urines : pour éliminer une même quantité de déchets, il consomme plus d'eau. De nombreuses maladies (notamment le diabète et l'insuffisance rénale), les états fiévreux, les diarrhées, les vomissements, les traitements diurétiques et une régulation plus difficile de la température corporelle induisent une augmentation des pertes hydriques.

La déshydratation est difficile à dépister chez la personne âgée car les signes cliniques comme la soif, la persistance des plis cutanés ou la sécheresse des muqueuses ne sont pas spécifiques de l'état de déshydratation.

## **1.4 La dénutrition chez les personnes âgées**

### **1.4.1 Définition et enquêtes épidémiologiques**

La dénutrition ou malnutrition protéino-énergétique (MPE) est la conséquence d'une insuffisance d'apports protéiques (dénutrition exogène) ou d'un hypercatabolisme lié par exemple à un cancer ou à une infection (dénutrition endogène). Chez le sujet âgé, les deux mécanismes sont souvent impliqués.

Médicalement, la dénutrition s'apprécie par le taux d'albumine sérique (on considère qu'il existe une dénutrition modérée à partir d'un taux d'albumine inférieur à 35g/L), la perte de poids (récente, non volontaire, équivalente à 10% du poids de départ au cours des 6 derniers mois), et une valeur de l'indice de masse corporelle (IMC) inférieure ou égale à 21 ou encore à un score de Mni Nutritional Assessment (MNA) inférieur ou égal à 17 sur 30<sup>7</sup>.

Le risque de MPE est augmenté chez la personne âgée. La population à risque est constituée de personnes de plus de 70 ans, dépendantes, isolées, anorexiques, dépressives, atteintes de polyopathologies chroniques ou d'une pathologie aiguë même de courte durée.

Le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans souffrant de dénutrition est estimé entre 350 000 et 500 000 pour les personnes vivant à domicile. La MPE est observée chez 2 à 4% de la population des 60-80 ans et chez plus de 10% des plus de 85 ans pour les sujets qui vivent à domicile. La prévalence de la dénutrition s'élève à 30% dans les établissements d'hébergement de type EHPA ou EHPAD, et à plus de 50% à l'entrée à l'hôpital. A l'hôpital, il faut cependant distinguer le court séjour du long séjour ou soins de suite et de réadaptation (SSR) où 39 à 74% des résidents sont à risque de malnutrition<sup>8</sup>.

#### 1.4.2 Facteurs favorisants

Il s'agit en premier lieu de **facteurs physiologiques liés au vieillissement** : incapacité à réguler son appétit lors d'un stress alimentaire, anorexie post-prandiale plus longue, diminution des sécrétions salivaires, diminution du goût, de l'odorat, de la sensation de soif.<sup>9,10</sup>

D'autre part, des **facteurs physiopathologiques liés aux maladies** interviennent, avec une augmentation des besoins nutritionnels en rapport avec les hypercatabolismes non compensés. De plus, l'altération de la dentition, un mauvais état gingival, les troubles de la déglutition, ainsi que les modifications de l'appétit associées à la prise de médicaments empêchent une alimentation normale.

Il existe en outre des **facteurs fonctionnels** : restriction de l'activité physique, perte de mobilité liée à des pathologies diverses (douleurs, rhumatismes, handicap), à des modifications de l'humeur ou des capacités mentales. Les personnes âgées présentant un syndrome démentiel ont des difficultés à se concentrer sur une tâche et en

---

<sup>7</sup> Ferry M., « La renutrition du malade âgé », Le Concours médical, 19 avril 2006

<sup>8</sup> Etude Crogan et Pasvogel 2003 ; Laporte et al. 2001 ; Griep et al. 2000

<sup>9</sup> Avis n° 53 du CNA sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques, 15 décembre 2005

<sup>10</sup> Alix E., Ferry M., Mischlich D., Brocker P., Constant T., Lesourd B., Pfitzenmeyer P., Vellas B., Couty E., *Nutrition de la personne âgée*, chapitre n°17, Edition Masson, 2002

particulier celle des repas (perte de mémoire, désorientation, indifférence vis-à-vis de l'alimentation et défaut de jugement)<sup>11</sup>.

Des **facteurs sociaux** interviennent aussi dans le processus de dénutrition : un statut socio-économique précaire (ressources financières faibles et désengagement social) ; un logement exigu voire insalubre ; des aides insuffisantes, inadaptées ou ignorées ; une accessibilité difficile aux commerces (difficultés à la marche responsables d'une diminution des possibilités d'approvisionnement). L'isolement (veuvage, éloignement des enfants) joue aussi car il entraîne souvent une monotonie des plats consommés, une baisse de la fréquence des repas, un abandon de certains groupes d'aliments comme les produits laitiers, la viande ou les fruits et légumes.

Les **facteurs psychologiques**, liés aux habitudes alimentaires, à l'imprégnation de la culture locale, aux erreurs et croyances alimentaires, ont un effet déterminant sur l'alimentation. Les régimes diététiques au long cours sont toujours dangereux car anorexigènes, d'autant plus que les sujets âgés sont très respectueux des prescriptions médicales. Un régime s'il est nécessaire doit toujours être limité dans le temps et réévalué régulièrement. Par ailleurs, les dépressions sont fréquentes en gériatrie et presque constantes à l'entrée en institution. Elles sont liées à une sensation d'inutilité ou encore à des difficultés à accepter la diminution des capacités physiques ou intellectuelles. La prise alimentaire ne peut se normaliser que si la dépression est traitée.

Enfin, **l'hospitalisation** et la **vie en institution** sont en elles-mêmes cause de malnutrition, les établissements proposant trop rarement une alimentation attractive.

### **1.4.3 Conséquences de la malnutrition sur l'état de santé des personnes âgées**

La malnutrition entraîne une altération de l'état général qui se traduit par un amaigrissement constant (perte de la masse musculaire), une asthénie et une anorexie contribuant à aggraver la situation nutritionnelle.

Elle multiplie par un facteur 2 à 6 la morbidité infectieuse chez les patients âgés institutionnalisés et multiplie par 4 le risque de mortalité à 1 an lors d'une hospitalisation à 80 ans. Une personne âgée présentant un état d'hypercatabolisme et dont la prise en charge ne comporte pas un volet nutritionnel adapté entre dans un cercle vicieux. On parle d'une « spirale de la dénutrition » (M. Ferry). L'hypercatabolisme entraîne une dénutrition conduisant à un déficit immunitaire, engendrant une nouvelle pathologie (nouvel hypercatabolisme plus prolongé). Cette nouvelle pathologie a pour conséquence une dénutrition encore plus sévère qui diminue d'autant les défenses immunitaires, entraîne une nouvelle pathologie, et ainsi de suite. Les troubles digestifs participent à

---

<sup>11</sup> Lauque S., Guyonnet S., Nourhashemi F., Guigoz Y., Albarède J.L., Vellas B., Le statut nutritionnel des personnes âgées vivant en maison de retraite : étude comparative en cas de démence ou non, *La revue de gériatrie*, 24 (2), Février 1999

l'entretien du cercle vicieux de la malnutrition. En tous les cas, le pronostic vital peut être aussi mis en jeu<sup>12</sup>.

La dénutrition favorise également l'apparition d'escarres, et augmente le risque de toxicité médicamenteuse. En outre, la diminution des réserves nutritionnelles (sarcopénie) favorise les chutes et peut retentir sur la mobilité globale donc l'autonomie.

Enfin, la malnutrition entraîne des troubles psychiques, allant de la simple apathie à un syndrome dépressif parfois grave, qu'il faut néanmoins se garder de confondre avec un authentique syndrome démentiel.

#### **1.4.4 Outils de dépistage de la dénutrition et d'évaluation du statut nutritionnel**

Il n'existe pas d'outil unique de dépistage de la dénutrition. Il est donc nécessaire d'associer différentes mesures pour évaluer l'état nutritionnel de la personne âgée.

##### **A) Outils de « base » ou anthropométriques**

La pesée - avec une balance adaptée pour les personnes présentant des difficultés à se tenir debout - est incontournable. Une perte de poids supérieure à 2 kg ou 5 % en un mois et/ou un indice de masse corporelle (rapport du poids en kg sur la taille en mètre au carré) inférieur à 21 kg/m<sup>2</sup> sont des marqueurs de dénutrition ou de risque nutritionnel.

L'examen clinique permet aussi de vérifier l'état bucco-dentaire et de détecter des troubles fonctionnels et des modifications de l'appétit.

##### **B) Valeurs biologiques**

Le dosage de l'albumine reste à ce jour le meilleur moyen d'apprécier biologiquement la dénutrition (seuil : 35 g/L).

Le dosage de la transthyrétine (TTR ou pré-albumine) chez les patients hospitalisés est un indicateur sensible de la malnutrition protéino-énergétique (TTR > 140 : pas de risque nutritionnel ; 110 < TTR < 140 : risque nutritionnel moyen ; TTR < 50 : risque nutritionnel majeur).

##### **C) Echelles d'évaluation standardisées**

Il existe de nombreuses grilles pour dépister et évaluer la dénutrition.

**Le test MNA** (Mini Nutritional Assessment, cf. annexe 3) reste la référence la plus utilisée. Cette grille comprend un certain nombre de marqueurs anthropométriques et diététiques, faciles à évaluer, sans besoin de prélèvement sanguin, permettant à un praticien non spécialiste d'apprécier en quelques minutes l'état nutritionnel de son patient. C'est un outil atraumatique, peu coûteux et prenant en compte la personne dans sa

---

<sup>12</sup> Etude Keller 1993 ; Silver 1993



globalité (aspects sociaux, cognitifs, psychosociaux et fonctionnels). Le MNA donne un score qui rassure ou alerte suffisamment tôt pour rééquilibrer l'alimentation et la surveiller.

**La grille d'auto-évaluation nutritionnelle NSI** (Nutrition Screening Initiative, cf. annexe 3) est un auto-questionnaire mis au point dans le but d'identifier et de traiter les problèmes nutritionnels avant qu'une dégradation de l'état de santé n'apparaisse et que la qualité de vie de la personne âgée ne se détériore. Elle permet d'identifier la présence d'un risque nutritionnel et constitue donc un outil de prévention et non de diagnostic. Le test NSI comprend des questions sur l'existence d'une maladie évolutive, le nombre de repas, le type d'aliments ingérés, les conditions de la prise alimentaire, le degré d'autonomie, les possibilités financières, la perte de poids, la prise de médicaments. Le risque nutritionnel est évalué en fonction du score établi au terme du questionnaire.

**La grille d'évaluation nutritionnelle RAS** (Risk Assessment Scale, cf. annexe 3) est un test comportant douze questions cotées de façon binaire, le score maximum de 12 indiquant une dénutrition, et un score de 4 témoignant d'un risque élevé de dénutrition.

L'ensemble des outils de dépistage a permis d'établir des données épidémiologiques qui ont alerté les pouvoirs publics et les ont incités à prendre en considération les besoins alimentaires spécifiques personnes âgées dans les politiques de santé publique.

L'intégration de la dimension nutritionnelle dans les politiques en faveur des personnes âgées

Dans son rapport de 2003 sur la prévention de la dénutrition dans les hôpitaux<sup>13</sup>, le Conseil de l'Europe estimait que dans ce domaine particulier une politique devait être définie au niveau européen, national et local, remarque qui reste valable si on s'attache plus particulièrement à la personne âgée quel que soit son lieu de vie. Les enjeux d'une amélioration de l'alimentation des personnes âgées sont connus depuis longtemps. La réponse des pouvoirs publics s'est pourtant faite attendre et le cadre mis en place aujourd'hui, tant au niveau national que local, reste très souple et peu contraignant.

## 1.5 La dénutrition : un enjeu de santé publique

Les personnes âgées représentent une part de plus en plus importante de la population sous l'effet combiné de l'allongement de la vie et de la baisse de la natalité. On estime qu'en 2020, les plus de 60 ans représenteront 27 % de la population française (contre 21% en 2005) et les plus de 75 ans 9.5 % (contre près de 8% en 2005). Les pouvoirs publics doivent donc adapter leur politique au nouveau visage démographique du pays. La dénutrition est un des risques nutritionnels majeurs pour cette tranche de la population.<sup>14</sup>

Au-delà de la prévalence de la dénutrition au sein d'une population grandissante, il existe également un enjeu financier majeur. La prise en charge de la dénutrition s'appuie sur des moyens d'intervention de complexité et de coûts croissants : 1/ renforcement du contenu calorique et protéique de la prise alimentaire spontanée et correction des carences en micronutriments ; 2/ utilisation de compléments nutritionnels par voie orale ; 3/ mise en œuvre d'une nutrition entérale ; 4/ mise en œuvre d'une nutrition parentérale.

La dénutrition entraîne par ailleurs des complications en terme de morbidité, générant un allongement de la durée d'hospitalisation et le recours à une nutrition thérapeutique lourde. Il en résulte un accroissement des dépenses de santé. Le programme « Bien vieillir » cite une étude rétrospective portant sur 771 dossiers médicaux et chirurgicaux selon laquelle le coût total de l'hospitalisation était accru de 64% chez les patients souffrant de dénutrition. Le rapport britannique du Kings Fund Center a, lui, calculé qu'une meilleure prise en charge nutritionnelle aboutirait à une diminution de la durée d'hospitalisation de cinq jours pour environ 10 % des patients, les économies réalisées étant estimées à 453 millions d'euros par an<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Rapport du Conseil de l'Europe, « *Alimentation et soins nutritionnels dans les hôpitaux : comment prévenir la dénutrition ?* », 2003

<sup>14</sup> CNA, Avis n° 53 sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques, 15 décembre 2005

<sup>15</sup> Davis A. M., Bristow A., *Managing nutrition in hospital*, Nuffield Trust, 8, 1999

Les actions de prévention et de promotion de certains comportements engendreraient des économies substantielles. Le CNA (Conseil National de l'Alimentation) souligne que les coûts de prise en charge de la dénutrition sont bien plus élevés que ceux de la prévention. Une étude MGEN (Mutuelle générale de l'éducation nationale) réalisée auprès de personnes âgées de 56 à plus de 80 ans a également montré que les personnes pratiquant une activité physique non compétitive avaient des dépenses de santé deux fois moins importantes que les sédentaires.

Les pouvoirs publics nationaux doivent également s'inscrire dans la continuité des réflexions menées au niveau international sur ce sujet. Un réseau européen dont l'objectif est de recueillir des informations concernant la nutrition dans les hôpitaux, pour faire apparaître les carences et évoquer de possibles actions communes, a été créé en 1999 dans le cadre du Conseil de l'Europe. Pour ce qui est de l'Union Européenne, la question de la nutrition relève à la fois de la responsabilité des Etats membres et de celle de la Communauté. La résolution du Conseil des ministres de la Santé du 14 décembre 2000 sur la santé et la nutrition constate que, dans l'Union, certaines populations, dont les personnes âgées, demeurent plus exposées aux conséquences d'une nutrition inadaptée, et invite par conséquent les Etats membres à développer, entre autres, dans le cadre de leurs politiques nationales en matière de santé nutritionnelle, la « *promotion des attitudes et des habitudes alimentaires favorables à la santé* ». L'Union Européenne soutient également des projets de recherche sur la nutrition.

## **1.6 L'émergence d'une politique nationale**

### **1.6.1 La loi du 9 août 2004**

Le législateur est intervenu tardivement, avec la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui dispose dans son article 2 que « *la Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels* », cette dernière concernant entre autres « *l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer* ».

Un rapport annexé au projet de loi précise les objectifs pour cinq ans, ainsi que les principaux plans d'actions prévus. Trois de ces objectifs concernent spécifiquement la santé des personnes âgées, parmi lesquels la réduction de 20 % du nombre des personnes de plus de 70 ans dénutries d'ici à 2008. L'indicateur prévu pour évaluer la dénutrition est le taux d'albumine sérique.

Un document complémentaire a été publié en juillet 2005 sur les indicateurs de suivi de l'atteinte des objectifs du rapport annexé. En ce qui concerne la réduction de la dénutrition, il précise dans un premier temps l'indicateur cité dans le rapport annexé en en

clarifiant l'objectif et les orientations. Il retient finalement deux types d'indicateurs qui sont la prévalence de la perte de poids pathologique et la distribution des taux d'albumine sérique, chacun des deux indicateurs étant décliné selon le lieu de vie. Il souligne les difficultés de l'évaluation, et notamment l'absence de définition préalable de la maigreur pathologique. Une enquête de l'USEN (Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle) est prévue sur l'état nutritionnel des personnes âgées de plus de 75 ans en institution et pourrait donc renseigner sur le taux d'albumine et l'IMC. L'enquête ENNS (étude nationale nutrition santé), réalisée dans le cadre du PNNS, pourrait, elle, permettre de recueillir ces données à domicile, mais seulement pour les personnes de 70 à 75 ans.

### **1.6.2 Les programmes nationaux**

**Le Programme National Nutrition Santé (PNNS)** vise à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Le premier PNNS, annoncé le 13 décembre 2000 par le Premier ministre Lionel Jospin, a été effectivement lancé le 31 janvier 2001 pour une durée de cinq ans (2001-2005).

Il fixait neuf objectifs prioritaires concernant la population dans son ensemble (et donc les personnes âgées) ainsi que neuf objectifs spécifiques relatifs à des populations ou des problèmes particuliers (deux d'entre eux concernaient la personne âgée). L'amélioration du statut nutritionnel de la personne âgée était donc visée à la fois par les actions globales (comme l'augmentation de la consommation de fruits et légumes) et par les actions spécifiques.

Un rapport comprenant un bilan du PNNS 1 et des propositions pour le PNNS 2 a été réalisé par le Professeur Hercberg et remis au ministre de la santé Xavier Bertrand en janvier 2006. Le bilan souligne que la plupart des actions prévues ont été mises en place, leur évaluation ne devant toutefois pas être disponible avant fin 2006. L'apport principal du PNNS 2001-2005 concernant le sujet âgé aura été le développement d'outils de dépistage et de formation. Les propositions faites aujourd'hui se veulent dans la continuité du premier programme, en reprenant les grands principes fondamentaux et en profitant de la dynamique existant depuis 2001.

**Le programme national « Bien Vieillir »**, dont l'objectif est la promotion de comportements retardant les effets du vieillissement et améliorant la qualité de vie, a été lancé le 12 mars 2003 par le premier Ministre, assisté du secrétaire d'Etat aux personnes âgées et du Ministre des sports. La première phase s'est déroulée de 2003 à 2005. Ce programme comprend deux volets. Le premier porte sur la « *promotion de la santé et du bien être* », avec la volonté de maintenir ou d'accroître l'activité physique quotidienne et de promouvoir une alimentation équilibrée et suffisante en adéquation avec les activités pratiquées et le mode de vie, et le deuxième sur « *l'amélioration de la qualité de vie* »

avec notamment des actions visant au renforcement du lien social. La population cible est les plus de 55 ans, ce qui représentait en 2002 16 millions de personnes.

Ce programme s'articule aujourd'hui autour du comité de pilotage national, installé le 12 septembre 2005 et présidé par le Docteur Aquino, d'un comité technique pluridisciplinaire et d'une collaboration étroite entre la DGS, la DGAS et la CNSA. Un nouvel appel à projets sera lancé avant l'été 2006 pour mettre en œuvre des actions innovantes. Trois groupes de travail ont été mis en place en mars 2006 pour réfléchir sur la prévention des pathologies liées au vieillissement, les activités physiques et les pratiques sportives, le rôle social et l'environnement des seniors afin d'aboutir à la rédaction de recommandations et à la remise d'un rapport au Ministre en juin 2006.

Par ailleurs, **le CNA a formulé un certain nombre de recommandations** dans son avis du 15 décembre 2005 sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques. L'objectif de ce travail était de « *déterminer des modalités concrètes d'action prenant en compte les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques. Il devait réfléchir aux dispositifs à mettre en œuvre pour permettre l'accès à la ressource alimentaire, quel que soit le lieu de vie, et pour lutter contre la dénutrition* ».

### **1.6.3 Complémentarité des textes**

Les textes officiels abordent le thème de la nutrition chez les personnes âgées sous deux angles différents et complémentaires, le premier plus préventif avec notamment la volonté de promouvoir des comportements bénéfiques pour la santé, le deuxième s'attachant plutôt à la prise en charge de la dénutrition elle-même.

L'amélioration du statut nutritionnel des personnes âgées passe dans *un premier temps* par des actions globales promouvant un mode de vie plus sain induisant un meilleur état de santé. Les personnes âgées sont concernées à la fois par des actions globales d'amélioration de l'alimentation de la population en général prévues dans le PNNS, ainsi que par des actions qui tiennent compte de leurs spécificités et développées par le programme « Bien vieillir ». Celui-ci vise à prévenir la dénutrition en amont par l'éducation des personnes à un mode de vie pouvant limiter la survenue de problèmes nutritionnels. Les plus de 55 ans sont incités à modifier leur comportement pour favoriser un vieillissement en bonne santé et la qualité de vie par une meilleure hygiène alimentaire et la lutte contre la sédentarité. Les études soulignent en effet le rôle majeur de l'alimentation et de l'activité physique pour limiter la survenue des chutes et de la dénutrition après 80 ans. En pratique, cela passe par l'existence d'une offre d'activité physique et/ou sportive et alimentaire adaptée.

Le CNA souligne de même que des recommandations alimentaires simples, mais prises en compte dès 55 ans, permettent de prévenir ou de retarder la survenue de nombreuses pathologies et de maintenir un bon état de santé général. Une meilleure

information en direction des personnes âgées et de l'ensemble des acteurs intervenant dans ce domaine est également présentée par les différents rapports comme un facteur essentiel de prévention, comme le sont également le plaisir, la préservation du lien social et la lutte contre l'isolement.

*Le deuxième axe* est la prise en charge de la dénutrition elle-même, que ce soit en institution, à l'hôpital ou à domicile, avec pour but sa diminution comme le prévoit la loi de santé publique. Les actions préconisées par le rapport Hercberg et l'avis du CNA concernent essentiellement la mise en place d'un meilleur dépistage et repérage à la fois des situations à risque et des situations de dénutrition, ainsi qu'une amélioration de la prise en charge, ce qui passe entre autres par la mise en place d'actions de formation et d'informations à destination des soignants, des médecins ou de toute personne intervenant dans la prise en charge des personnes âgées.

On peut souligner la cohérence qui existe entre ces différents textes, point fondamental pour que les actions soient le plus efficace possible. Le programme « Bien Vieillir » fait ainsi référence aux recommandations du PNNS pour tout ce qui touche à l'alimentation : un des critères de l'appel à projets est justement de favoriser « *une nutrition équilibrée et l'activité physique et sportive, dans le sens des objectifs du PNNS* »<sup>16</sup>. Les liens entre les deux programmes sont aujourd'hui institutionnalisés puisqu'un membre du comité de pilotage de « Bien vieillir » fait partie du comité de pilotage du PNNS et inversement.

## **1.7 Les politiques loco-régionales**

Les programmes nationaux sont mis en œuvre par les collectivités territoriales qui mènent, par ailleurs, leurs propres actions.

### **1.7.1 Le niveau régional**

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique réorganise la politique de santé en région et prévoit les outils nécessaires à la mise en œuvre régionale des objectifs nationaux. Elle fait du niveau régional le niveau d'animation en santé publique au travers de l'élaboration du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), dont la mise en œuvre est confiée au Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) présidé par le Préfet de région et qui doit rassembler l'Etat, l'InVS, l'INPES, l'ARH, l'URCAM, la CRAM et les collectivités territoriales qui souhaitent y participer.

---

<sup>16</sup> Annexe à la circulaire DGAS/DGS/CNSA/2005/424 du 19 septembre 2005 relative à l'appel à projets national et régional 2005 dans le cadre du programme national Bien vieillir

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit la constitution d'une mission régionale de santé entre l'ARH et l'URCAM, chargée d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions.

### **1.7.2 Le niveau départemental**

#### ***A) Schéma départemental de gérontologie***

Depuis la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, le Président du Conseil Général est devenu le chef de file en ce qui concerne la détermination du schéma départemental de gérontologie, dont les enjeux sont propres à chaque territoire. En mettant en place des actions de maillage du territoire, de coordination entre services de soins à domicile et de professionnalisation de l'accompagnement, le schéma départemental de gérontologie peut influencer sur l'état nutritionnel des personnes âgées.

#### ***B) L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie***

La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées porte création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette prestation en nature calculée au moyen de la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe ressources) est affectée à une personne âgée en perte d'autonomie pour l'achat de biens et de services définis par un plan d'aide personnalisé élaboré par une équipe médico-sociale. Les aspects alimentaires peuvent être pris en considération.

L'APA est versée par le Conseil général, soit directement au bénéficiaire, soit aux structures professionnelles (services d'aides à domicile, établissement) mettant en oeuvre ce plan d'aide. Les modalités d'attribution de l'APA ont été revues par un décret paru au J.O. Journal Officiel le 29 mars 2003, avec une entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2003.

### **1.7.3 Le niveau communal**

#### ***A) Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)***

Les CLIC sont des lieux d'accueil et d'information pour les personnes de plus de 60 ans et leur entourage. La circulaire de la DGAS du 18 mai 2001 précise que le CLIC est conçu comme un dispositif de proximité dédié en priorité aux usagers. Ces centres regroupent l'ensemble des informations du domaine sanitaire et social intéressant les personnes et les professionnels des secteurs sanitaire et social. Les services proposés par les CLIC varient en fonction de leur niveau de label :

- niveau 1 : écoute, information et soutien aux familles
- niveau 2 : évaluation des besoins et élaboration d'un plan d'aide personnalisé
- niveau 3: mise en œuvre du plan d'aide et de suivi (services de soins infirmiers à domicile, services d'aide à domicile, accueil de jour, portage de repas, aides techniques, travaux d'aménagement du domicile)

### ***B) Le service de portage de repas à domicile***

Il s'adresse aux personnes âgées ou handicapées qui se trouvent dans l'incapacité, même momentanée, de préparer leurs repas ou de se rendre dans un des foyers-restaurants du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS). Cette prestation est assurée de façon variable selon les communes. Le produit offert doit pouvoir être adapté à tous les régimes alimentaires rendus nécessaires par l'état de santé des bénéficiaires. Les repas ne doivent pas être fournis ponctuellement mais de manière habituelle ou sur une période durable. Le personnel doit être qualifié et offrir un produit différencié : variation quotidienne du menu, fourniture de repas complets et non d'un plat unique.

### ***C) L'identification des personnes fragiles***

Depuis la crise de la canicule, en qualité d'acteur de proximité, la plupart des mairies et CCAS ont ouvert un registre pour que les familles, voisins et amis signalent les personnes vulnérables de leur connaissance afin de permettre une intervention ciblée des services sanitaires et sociaux en cas de déclenchement du « plan d'alerte et d'urgence »

#### **1.7.4 Le cadre spécifique des EHPAD**

Le décret du 26 avril 1999 modifié émet des recommandations en matière d'alimentation pour les Etablissements Hébergeant des Personnes âgées Dépendantes. Les EHPAD doivent en tenir compte dès lors qu'une convention tripartite a été signée avec l'Etat et le Conseil Général. Ce dernier, chargé de gérer et contrôler les établissements, peut donc surveiller les pratiques alimentaires.

Le médecin coordonnateur est chargé de constituer le projet de soin de l'EHPAD dans lequel il est affecté, en associant toute l'équipe médicale. La convention lui confère une large responsabilité en ce qui concerne l'élaboration et l'application des protocoles de soins, notamment en ce qui concerne la nutrition des personnes âgées.



## 2 Mise en œuvre des politiques : sélection d'actions exemplaires

### 2.1 Les personnes âgées vivant à domicile

#### 2.1.1 Les spécificités de la population visée

Environ 90% des personnes de 75 ans ou plus vivent à domicile. Une enquête Euronut-Seneca réalisée en 1996 chez les sujets âgés autonomes vivant à domicile rapporte une incidence de la dénutrition de 3% chez les 70-80 ans et de 10% au delà de 80 ans.

Les facteurs favorisant une mauvaise nutrition sont nombreux : le contexte social (solitude, isolement)<sup>17</sup>, la situation financière (précarité), le mode d'alimentation, la sédentarité, la présence des maladies chroniques.

Le médecin généraliste a un rôle pivot dans la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées vivant à domicile. Le cas échéant, il incitera son patient à faire appel à une aide à domicile ou à un service de portage de repas, ou bien l'orientera vers une structure de soins ou d'hébergement.

#### 2.1.2 Les recommandations

##### **A) Faciliter les achats**

- Assurer le maintien des commerces de proximité
- Faciliter le choix de produits en rendant plus lisible l'étiquetage des aliments
- Faciliter les livraisons à domicile en baissant les coûts pour les bénéficiaires

##### **B) Améliorer les prestations de portage de repas**

- Validation systématique des menus par une diététicienne
- Suivi individualisé du bénéficiaire
- Formation spécifique et adaptée du personnel assurant la livraison
- Vérification par les Conseils généraux de la qualité des services

##### **C) Développer l'aide à domicile**

- Contrôle de la qualité du service rendu par les Conseils généraux
- Meilleure formation des aides à domicile
- Valoriser le métier d'auxiliaire de vie, favoriser l'accès aux formations diplômantes (diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale) et développer la formation continue

---

<sup>17</sup> Au-delà de 75 ans, 23 % des hommes et 48 % des femmes vivent seuls à leur domicile, soit 38 % des personnes de cette tranche d'âge.

#### ***D) Impliquer tous les acteurs assurant la prise en charge des personnes âgées au niveau de la ville***

- Former les médecins généralistes, les infirmières libérales et les aidants à domicile sur les spécificités de la prise en charge des personnes âgées et leurs besoins nutritionnels
- Inclure la dimension nutritionnelle dans les plans d'actions des réseaux de santé
- Mettre en place une consultation globale de prévention pour les plus de 70 ans comprenant une évaluation de l'état nutritionnel

#### **2.1.3 Des actions exemplaires**

##### ***A) Un exemple de formation des aides à domicile***

L'aide à l'alimentation (courses, préparation des repas) ou à l'acte alimentaire lui-même concerne plus de 70% des personnes âgées prises en charge par les aides à domicile.

Le CERIN propose donc à ces dernières une formation sur « la prévention nutritionnelle des personnes âgées », d'une durée de 2 heures et dispensée par une diététicienne. Il s'agit de valoriser le rôle des aides à domicile, de leur fournir des informations sur la nutrition des personnes âgées et de les aider dans leurs missions quotidiennes en leur proposant des réponses pratiques et concrètes aux situations qu'elles peuvent rencontrer.

##### ***B) Le programme « Boire, Manger, Bouger » du CRES Lorraine***

Le CRES Lorraine a porté une attention particulière à la prévention en mettant en place des actions touchant d'une part à la qualité nutritionnelle des apports en aliments et en boisson, et d'autre part aux dépenses physiques quotidiennes. Le programme « Boire, Manger, Bouger » (BMB) est ainsi proposé aux personnes âgées vivant à domicile, via les associations culturelles de quartier, les clubs du 3<sup>ème</sup> âge et les CCAS qui sont les relais indispensables des actions du CRES. Elles lui permettent de rendre visible son offre auprès des professionnels du champ social et des loisirs.

Action : Renforcer les facteurs favorables préexistants ou modifier des pratiques en termes de prise alimentaire ou d'activité physique.

Modalités : ateliers de 7 séances de 2 heures par semaine. Le CRES développe une pédagogie collective, où « faire des choses ensemble, crée du lien social ». Le programme comprend une présentation des objectifs poursuivis, des ateliers « buveurs d'eau » ou « croqueurs de pommes », des dégustations de pains, des buffets santé, et un parcours guidé pour faire des choix de consommation à l'intérieur des supermarchés.

### **C) L'Association de Nutrition Aixoise, une expérience de réseau ville-hôpital<sup>18</sup>**

L'association s'appuie sur des vacataires, médecins, infirmières, diététiciennes, psychologues et assistantes sociales. Son action comprend la réalisation de bilans nutritionnels, l'information et la sensibilisation des soignants, dont les médecins généralistes, et la formation des professionnels adhérents au réseau. L'association travaille en partenariat avec l'Unité de prise en charge de la dénutrition de l'hôpital d'Aix-en-Provence.

Action n°1 : Repérage des personnes âgées présentant un risque nutritionnel

- *Acteurs* : une centaine d'observateurs » chargés d'identifier les personnes à risques
- *Modalité* : grille de signalement (cf. annexe 4).

Action n°2 : Bilan nutritionnel multidisciplinaire comportant des items socio-économiques et psychologiques (annexe 5)

*Acteurs* : l'ensemble des professionnels du réseau

*Modalités* : identification des causes curables ou réversibles de la dénutrition; mise en évidence des besoins de soins spécifiques (psychiatrique, psychologique, dentaire) ; proposition d'un schéma de prise en charge avec des objectifs à atteindre, des indicateurs et un rythme de suivi. Si nécessaire, le médecin coordonnateur du réseau fait des recommandations au médecin traitant pour la prise en charge nutritionnelle du patient.

## **2.2 En institution**

### **2.2.1 Les spécificités du public accueilli**

L'existence de multipathologies, la perte d'autonomie ou d'autres difficultés importantes obligent les personnes âgées à entrer en institution. L'âge moyen d'entrée en établissement est de 85 ans. Selon le Dr. E. Alix, la prévalence de la dénutrition s'élève considérablement chez les personnes âgées institutionnalisées (jusqu'à 57% des personnes âgées en long séjour). Il faut souligner que les EHPA accueillent un nombre important de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs qui augmentent le degré de dépendance notamment pour l'alimentation.

### **2.2.2 Les recommandations**

#### **A) Recommandations médicales**

- Améliorer le dépistage et le suivi de l'état nutritionnel

---

<sup>18</sup> Molenat F., Quelle prise en charge nutritionnelle avant et après l'hospitalisation : réflexions autour d'un projet de réseau ville-hôpital à Aix-en-Provence *Nutrition clinique et métabolisme* 17, 2003

- Surveiller l'état bucco-dentaire des résidants
- Proposer des activités physiques adaptées
- Se baser sur les apports nutritionnels conseillés pour respecter les besoins spécifiques des personnes âgées
- Eviter les régimes trop stricts, souvent inutiles et privatifs de plaisir, et réévaluer régulièrement leur pertinence

### ***B) Recommandations relatives à la qualité des repas***

- Proposer une alimentation variée
- Servir des plats à la densité nutritionnelle suffisante
- Administrer les médicaments après les repas pour éviter la perte du goût et l'impression de satiété due à une forte absorption d'eau
- Améliorer la présentation des repas, adapter les textures et l'assaisonnement pour stimuler l'appétit et améliorer la convivialité en privilégiant la qualité organoleptique
- Evaluer auprès des pensionnaires la qualité des repas

### ***C) Recommandations relatives à la convivialité et au maintien du lien social***

- Allonger les temps de repas
- Proposer aux résidants le choix entre plusieurs plats principaux
- Rendre possible la prise d'une collation nocturne ou d'une tisane
- Surveiller la prise alimentaire
- Favoriser la prise de repas en salle à manger, en évitant les plans de table figés
- Améliorer l'aménagement des salles de restauration
- Organiser des repas à thèmes, des repas intergénérationnels (goûters avec des enfants ou les familles), des concours de recettes d' « antan » avec dégustation des plats et de produits du terroir
- Proposer des animations complètes autour d'un repas (achats, préparation, dégustation)

### ***D) Recommandations relatives aux personnels :***

- Recruter un(e) diététicien(ne), au besoin partagé(e) entre plusieurs établissements
- Organiser une formation des agents sur la dénutrition, ce qui permettrait une plus grande implication et une revalorisation de leur travail
- Revoir l'organisation du temps de travail pour allonger le temps des repas, modifier les horaires de repas pour limiter le jeûne nocturne, accroître le nombre d'agents présents pour aider à la prise alimentaire, discuter avec les résidents et les encourager à boire et manger
- Décloisonner les services administratif, soignant et hôtelier

### **E) Recommandations institutionnelles**

- Inciter les professionnels à s'impliquer davantage sur le volet nutritionnel de la prise en charge des personnes âgées (personnels médical, soignant, logistique et administratif)
- Insérer dans le projet d'établissement un plan alimentaire individualisé pour chaque résidant qui tiendrait compte de ses besoins nutritionnels spécifiques, de ses habitudes alimentaires, de ses goûts et aversions
- Trouver un compromis entre les règles d'hygiène et de sécurité alimentaires et la participation des résidants à la confection de certains mets

### **2.2.3 Des actions exemplaires**

#### **A) Volet « Bien vieillir » du PRSP 2006-2009 des Pays de la Loire**

Action n°1 : Formation « Aidants et alimentation des personnes âgées »

-*Public-cible* : tous les professionnels en contact avec les personnes âgées (agents des collectivités locales, AS, IDE, AMP, personnels d'associations d'aides à domicile)

-*Modalités* : trois jours comprenant des échanges, des analyses, des apports théoriques et pratiques avec un jour sur chacun des sites des participants et un jour de regroupement.

-*Promoteur* : Anjou Prévention santé

Action n°2 : Formation et appui sur sites visant à prévenir la dénutrition des personnes âgées (maisons de retraite, maison d'accueil rurale pour personnes âgées, foyers-logements, EHPAD).

- *Promoteur* : Comité Vendéen d'éducation sanitaire et sociale, Maison de la santé, CHD-les Oudairies (La Roche sur Yon)

- *Evaluation* : une instance d'évaluation constituée au sein du GRSP aura notamment pour mission de proposer des indicateurs régionaux et procéder à l'élaboration conceptuelle de tableaux de bord.

#### **B) Travail sur la texture et sur le côté « plaisir »**

Action n°1 : Adapter la texture des repas au degré de dépendance de la personne âgée et prévenir le risque de dénutrition.

- *Public-cible* : personnes âgées désorientées

-*Promoteur* : Société Avenance, Restauration Collective

- *Acteurs* : maisons de retraite ayant choisi le système de restauration collective

- *Modalités* : Création en 2005 des «Faciles à manger », pour adapter la texture des repas de façon à ce qu'ils se rapprochent au maximum du menu « normal » en fonction du stade d'évolution de la maladie d'Alzheimer. Au premier stade de la maladie, les résidants peuvent utiliser des couverts, les aliments étant alors présentés pré-découpés. Au deuxième stade, les repas sont présentés mixés. Au troisième stade, les résidants

n'utilisant plus de couvert, l'institution doit faire manger son repas à la personne. Pour s'adapter au dernier stade d'évolution de la maladie, les repas sont servis sous forme liquide (utilisation d'une paille ou d'une seringue).

-*Suivi et évaluation* : réflexions et réunions de professionnels (directeurs de maisons de retraite, responsables d'unités, diététicienne Avenance, expert culinaire). Des fiches plastifiées présentant les grammages, les ingrédients utilisés, les tours de main, sont livrés avec les plats aux maisons de retraite. Les cuisiniers sont formés à l'Académie Elior et les sites disposent d'un guide opérationnel pour la mise en place.

Action n°2 : Concours « Raconte-moi la soupe » lancé pour la première fois fin 2003

- *Public-cible* : personnes âgées hébergées dans 250 institutions et enfants de CM1-CM2 d'établissements scolaires.

- *Promoteur* : Société de restauration collective Avenance Enseignement et Santé pour ses établissements clients.

- *Modalités* : Les recettes sont réalisées par le chef cuisinier de l'établissement guidé par un tandem personne âgée-enfant. Des finales régionales se déroulent dans les cuisines de grands restaurants régionaux sous la responsabilité du chef vers le mois de mars. Un jury déguste les soupes préparées par les tandems et rend son verdict. Une finale nationale est ensuite organisée. Le but de cette action intergénérationnelle est de créer une dynamique autour du repas et de la convivialité au sein des établissements, faire découvrir la soupe aux enfants et redécouvrir les soupes d'antan.

## **2.3 A l'hôpital**

### **2.3.1 Les spécificités du public accueilli**

L'hôpital accueille une population de plus en plus âgée. L'état nutritionnel des malades à l'entrée à l'hôpital est généralement méconnu et leur prise en charge nutritionnelle est souvent inadaptée voire inexistante. L'hospitalisation constitue par ailleurs un facteur aggravant de la MPE chez les personnes âgées.

### **2.3.2 Les recommandations**

Les recommandations faites aux EHPA sont également valables pour l'hôpital. On peut néanmoins ajouter des recommandations plus spécifiques au milieu hospitalier :

#### ***A) Recommandations institutionnelles***

- Mettre en place un CLAN (Comité de Liaison Alimentation-Nutrition) afin d'assurer la qualité de la nutrition et de la restauration dans les établissements de santé. Cette structure pluriprofessionnelle (médecins, IDE, AS, diététiciens, directeur, directeur des soins, directeur des services économiques, personnel de la restauration) est chargée

de s'assurer du respect des exigences de l'HAS et des normes HACCP.

- Instaurer une commission des menus.
- Mettre en place des unités transversales de nutrition (UTN) composées d'un praticien hospitalier, d'un diététicien et d'un soignant à temps partiel.

### ***B) Autres recommandations***

- En cas d'externalisation de la fonction restauration, élaborer un cahier des charges exigeant et précis afin que la société de restauration livre des produits adéquats
- Cibler les internes dans les actions de sensibilisation
- Préparer en amont la sortie de l'hôpital. Le dispositif d'aide au retour à domicile après une hospitalisation (ARDH) mis en place par la CNAV devrait aider au suivi nutritionnel (fiche d'évaluation nutritionnelle à l'hôpital transmise au médecin généraliste référent ; information des patients et des aidants par un praticien hospitalier ou par le diététicien afin d'accompagner le retour au domicile et de prévenir tout risque de dénutrition conduisant à une réhospitalisation)
- Améliorer l'information entre les différents services de l'hôpital, notamment par une transmission des fiches de liaison entre les services soignants et le service de restauration pour prendre en compte les souhaits alimentaires des malades.
- Evaluer la satisfaction des usagers.

### **2.3.3 Des actions exemplaires**

Les actions suivantes ont été menées au sein des unités de gériatrie du CHU de Rennes.

Action n°1 : Suivre l'état nutritionnel de la personne âgée

-*Acteurs concernés*: les diététiciennes, les médecins et les soignants

-*Modalités* : Un bilan nutritionnel est systématiquement effectué lors de l'hospitalisation en unité gériatrique (pesée, MNA, taux d'albumine). Au cours du séjour, l'état nutritionnel des personnes âgées est surveillé (pesées régulières, examens). L'hôpital dispose de 22 diététiciennes dont 2,5 ETP spécialement affectées auprès des unités de gériatrie. Cet effectif permet de réaliser un suivi de l'état de chaque patient et donc de lutter efficacement contre la dénutrition.

Action n°2 : Proposer une alimentation adaptée aux besoins nutritionnels de la personne âgée et faire du repas un moment de plaisir

-*Acteurs* : les diététiciennes, les médecins, les soignants, le responsable du service de restauration, les agents du service de restauration.

-*Modalités* : Les goûts et habitudes alimentaires des personnes âgées sont pris en considération et saisis par une diététicienne lors de l'entrée en unité de gériatrie. Un plan alimentaire sur quatre semaines est mis en place. Un menu spécifique pour les personnes âgées est élaboré, enrichi par rapport au menu « normal » pour répondre à leurs besoins.

Ce menu est décliné en sept variantes afin de pouvoir répondre à chaque situation (hâché, tendre, mouliné, mixé, sans-sel, diabétique, hypocalorique). Contrairement aux unités de soins classiques, les repas sont servis soit en salle à manger, soit en chambre, le plat principal étant présenté dans une assiette en porcelaine. Les régimes stricts sont limités. Des moments de convivialité sont privilégiés (gâteaux d'anniversaire, goûter).

*-Evaluation et suivi* : Plusieurs indicateurs sont pris en compte : évolution du nombre de personnes dénutries, satisfaction des personnes âgées, nombre de plats non consommés.

Action n°3 : Former et sensibiliser les personnels au problème de la dénutrition

*-Public cible* : les personnels soignants (IDE, AS, AMP)

*-Acteurs impliqués* : les médecins et les diététiciens

*-Modalités* : Des formations relatives à « l'alimentation, la forme et la santé après 50 ans » et à « l'évaluation nutritionnelle » sont dispensées par des médecins ou des diététiciennes. Les phénomènes du vieillissement et de la dénutrition sont abordés. Des conseils pratiques sont donnés pour détecter des signes d'alerte de la dénutrition et préconisent l'attitude à adopter en cas de difficulté ou de refus de la personne à manger.



### **3 Le chantier de l'amélioration de l'alimentation et du statut nutritionnel des personnes de plus de 70 ans**

La prise en charge actuelle de la dénutrition reste insuffisante, d'une part en raison d'une réglementation compliquée et d'une multiplicité d'intervenants qui agissent parfois sans coordination, d'autre part par manque de connaissance et d'intérêt des professionnels.

#### **3.1 Des difficultés de mise en œuvre et des lacunes persistantes**

##### **3.1.1 La multiplicité des intervenants**

Certaines mesures du PNNS concernent les ministères de la Santé, de l'Education nationale, de l'Economie et des Finances, de l'Agriculture, et si la communication et la coordination au niveau de la gestion technique existent, ce n'est pas toujours le cas en matière de gestion politique. De ce fait, l'interministérialité entraîne des lenteurs et des lourdeurs sur le plan administratif. Par ailleurs, si la cohérence et la complémentarité sont recherchées entre SROS et PRSP, la superposition de structures loco-régionales (et nationales) complexifie les démarches des acteurs de santé publique.

##### **3.1.2 Les lacunes chez les professionnels de ville**

La culture du médicament est fortement ancrée dans l'action des soignants au quotidien et a longtemps prévalu à un dépistage et une prévention adaptée. Les médecins de ville ont encore trop souvent tendance à prescrire des compléments alimentaires plutôt que d'éduquer ou rééduquer. Il ne faut pas oublier que la nutrition est une discipline récente (une spécialité médicale depuis 5 ans), et qu'auparavant elle n'intéressait que la diabétologie.

Des actions de formation et d'information ont été lancées, mais elles se révèlent souvent en inadéquation ou en nombre insuffisant pour permettre une sensibilisation globale du corps médical. Les réseaux ville-hôpital ont pu être considérés comme une solution. Les médecins participant à ces actions sont encore trop peu nombreux, le manque d'intérêt et le manque de temps étant les deux principales raisons avancées pour expliquer ce faible attrait (à titre d'exemple, le Dr. F. Molenat rapporte que sur le Pays d'Aix, 20 médecins sur 220 contactés ont manifesté leur intérêt, 4 ou 5 ont souhaité s'investir). A cela s'ajoute la difficulté à repérer les patients dénutris. Il faut par ailleurs convaincre les sujets âgés eux-mêmes du lien entre leur alimentation et leur état de santé. Or ils sont plus ou moins réceptifs aux messages de prévention suivant qu'ils se sentent ou non responsables de leur santé.

### **3.1.3 Les lacunes dans les établissements**

Le principal écueil a longtemps été le déni, puisqu'il est assez difficile de faire accepter au niveau de l'administration que la dénutrition existe dans les structures de soins et médico-sociales. Aujourd'hui, les écueils sont essentiellement d'ordre organisationnels et financiers. Le Conseil de l'Europe, dans son rapport de 2003, a identifié clairement cinq facteurs responsables de la dénutrition dans les hôpitaux : l'absence de définitions des responsabilités, le manque de formation, le manque de connaissance des patients et de leur entourage, le manque de coopération entre les professions et le manque de participation des directions administratives. Ces lacunes concernent aussi les établissements d'hébergement.

Le rapport Guy-Grand sur la nutrition en milieu hospitalier soulignait en 1997 l'insuffisante médicalisation des problèmes nutritionnels, les problèmes d'organisation et de fonctionnement, l'insuffisance de la formation initiale et continue et le manque de diététiciens. Plusieurs recommandations étaient formulées, dont la réforme des formations des professionnels de santé avec la valorisation des qualifications en nutrition, l'augmentation des effectifs de diététiciens et leur reconnaissance, l'intégration de l'évaluation nutritionnelle et de la qualité alimentaire dans les projets médicaux de service et la mise en place de CLAN.

Un nouvel état des lieux réalisé en 2000 révélait la faiblesse des avancées et aujourd'hui force est de constater que les choses n'ont pas radicalement changé. Le nombre de diététiciens dans les établissements reste toujours très insuffisant, l'évaluation nutritionnelle des patients est souvent négligée et la mise en place des CLAN s'avère lente et difficile, le manque de temps et de moyens, tant humains que financiers, étant souvent évoqués pour expliquer ce dernier point.

Malgré une forte volonté politique, les recommandations et propositions d'actions nationales se heurtent à un manque criant de moyens humains et financiers dévolus aux établissements. Les crédits alloués par la tutelle sont insuffisants et non pérennes. Beaucoup d'établissements n'ont pas recours à un nutritionniste par manque de moyens. Le manque de personnel dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées rend difficile l'allongement du temps de repas. L'alimentation en tant que telle est encore trop souvent considérée comme « l'affaire de la cuisine et de l'économat », et n'est pas intégrée comme une dimension du soin, d'autant plus que les actes de diététique sont mal valorisés par le PMSI. Le gouvernement souhaitait la mise en place de CLAN dans l'ensemble des établissements de santé. Leur mise en œuvre systématique ne garantit toutefois pas leur efficacité. En effet, de nombreux CLAN visent uniquement à répondre à la réglementation, sans véritable décloisonnement des professions gravitant autour de l'alimentation des personnes.

## **3.2 Notre futur rôle d'acteurs de santé publique**

Le rôle traditionnel d'un directeur ou d'un inspecteur est de s'assurer du respect de la réglementation ainsi que de la mise en œuvre et du suivi des recommandations et préconisations. Compte tenu de la prévalence de la dénutrition et de ses conséquences médicales et financières, les directeurs d'établissements ne peuvent plus se cantonner à un simple rôle de gestionnaire. Nous devons intégrer dans l'exercice de nos fonctions les aspects nutritionnels de la prise en charge des patients ou des résidents, d'autant que les actions d'amélioration du statut nutritionnel sont en général simples à mettre en place. Il nous semble indispensable de mener certaines actions :

### **3.2.1 Implication des professionnels de santé**

- Sensibilisation et formation de l'ensemble des personnels
- Valorisation des métiers de l'hôtellerie
- Renforcement du rôle du médecin coordonnateur dans les EHPAD

### **3.2.2 Prévention et prise en charge des personnes âgées dénutries**

- Mettre en place un suivi précis du statut nutritionnel des personnes âgées dans les établissements et programmer une consultation de suivi ou de prévention de la dénutrition à la sortie
- Formaliser les stratégies de prise en charge de la dénutrition
- Coordonner les actions des professionnels des établissements et de ville
  - A l'hôpital :
- Collaborer avec la Direction des Soins pour la mise en œuvre opérationnelle et l'évaluation de la politique du CLAN
- Contribuer à l'élaboration de la politique du CLAN et la promouvoir au sein des instances (CA et CME)
- Inclure les grands axes de la politique du CLAN dans le projet d'établissement
- Inciter le CLAN de l'établissement à travailler en réseau

### **3.2.3 Moyens à mettre en œuvre**

- Faire de nos établissements un lieu agréable à vivre
- Réorganiser le travail : allongement du temps de repas, aide à l'alimentation
- Réintroduire la fonction d'intendant(e)
- Acheter des produits alimentaires de qualité dotés d'un apport nutritionnel suffisant. Le responsable achats ne doit pas oublier en procédure de marchés de choisir le fournisseur le mieux disant et non le moins disant.

## Conclusion

A tous les âges, bien manger est un des plaisirs de la vie, qui plus essentiel pour se maintenir en bonne santé. Il peut paraître paradoxal de s'intéresser à la dénutrition dans un pays où les produits alimentaires ne font pas défaut et où l'obésité est une priorité de santé publique. Il ne faut pourtant pas oublier que la dénutrition constitue le risque nutritionnel majeur pour les plus de 70 ans, quel que soit leur lieu de vie.

La nutrition étant un facteur essentiel de prévention de l'apparition ou de l'aggravation de certaines pathologies, une alimentation équilibrée et adaptée, associée à une activité physique régulière et au maintien du lien social, permet un vieillissement réussi et le maintien de la qualité de vie. Ce sont les conclusions du symposium international «Healthy Ageing in Europe » qui s'est tenu à Vienne (Autriche) en mars 2006 et qui réunissait des scientifiques, médecins, porte-parole des patients et des personnes du troisième âge, et ONG de toute l'Europe.

La prévalence de la dénutrition au sein d'une population âgée en constante augmentation, et les conséquences médicales et financières qui en découlent, ont progressivement amené les pouvoirs publics à intégrer la dimension nutritionnelle à toute politique s'intéressant aux personnes âgées. Les grandes lignes du plan « Solidarité grand âge » ont été dévoilées le 25 mai 2006 par le Premier ministre Dominique de Villepin. Ce plan prévoit un dispositif pour maintenir chez elles les personnes âgées qui le souhaitent, avec notamment la création de « places d'hospitalisation à domicile », dont le nombre augmenterait progressivement pour atteindre 15.000 en 2010. L'idée centrale est de faciliter le "respect du choix de vie" de cette population, ce qui suppose également un important développement des emplois de services pour tous les actes de la vie quotidienne. Le gouvernement étudie également la mise en place d'une consultation de prévention gratuite pour toutes les personnes âgées de plus de 70 ans. Cette dernière aurait un cadre très large, intégrant les dimensions de la nutrition, de l'hygiène de vie et de l'activité physique.

Au cours de ce module interprofessionnel, nous avons pris conscience de la nécessité que l'alimentation soit reconnue comme un facteur de soins : un état nutritionnel correct assure tant le maintien que le retour à un état de santé satisfaisant. L'efficacité des actions d'amélioration du statut nutritionnel des personnes âgées est conditionnée par une collaboration étroite entre les différents acteurs institutionnels, l'articulation entre PRSP et SROS, et surtout la sensibilisation de l'ensemble des acteurs de terrain. Il faut se privilégier des actions simples et faisables, la créativité, l'initiative et le bon sens.

---

# Bibliographie

---

## **Textes législatifs et réglementaires**

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Arrêté ministériel du 29 juillet 2005 créant un comité de pilotage pour la mise en œuvre du plan Bien vieillir

Circulaire DHOS/E1 N°2002/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé

Circulaire DGAS/DGS/CNSA/2005/424 du 19 septembre 2005 relative à l'appel à projets national et régional 2005 dans le cadre du programme Bien vieillir

## **Plans et programmes**

Programme National Nutrition Santé 2001-2005

Plan régional de Santé Publique Pays de la Loire 2006-2009

Programme Bien vieillir 2003-2005

## **Avis et recommandations**

Avis n°53 du CNA du 15 décembre 2005 sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leur contrainte spécifiques

Résolution du Conseil des ministres de la santé de l'Union Européenne du 14 décembre 2000 sur la santé et la nutrition

Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD (DGS, DGAS), 2004

## **Rapports**

Rapport du Pr. S. Hercberg sur le Programme National Nutrition Santé, janvier 2006

Rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du Rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (DGS, DREES), juillet 2005

Rapport du Conseil de l'Europe, «Alimentation et soins nutritionnels dans les hôpitaux : comment prévenir la dénutrition ? », 2003

Rapport de mission du Pr. B. Guy-Grand au Ministre de la santé sur « L'alimentation en milieu hospitalier », 1997

## **Ouvrages**

BASKEDIS J.-C. avec la collaboration de DE FRANCESCHI, préfaces de BERNARDINI D., ZUCHELLI P. L'alimentation des personnes âgées et la prévention de la dénutrition. Paris : Editions Estem, 2004. 143 p.

BEAUFRERE B., BIRGE J., BURLET C. Carences nutritionnelles: étiologies et dépistage. Paris : Les Editions de l'INSERM, 1999. 333 p. Expertise Collective.

COSSON C. Sécurité et vigilance alimentaires à l'hôpital. Rennes : Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2002. 274 p.

FERRY M., ALIX E., MISCHLICH D. et al. Nutrition de la personne âgée. Paris : Masson, 2002. 227 p. Ages, santé, société.

GAUCHET C. L'alimentation, facteur de bien-être pour les personnes âgées en institution. Le chef d'établissement face aux contraintes socio-culturelles et professionnelles. Mémoire pour l'Ecole Nationale de Santé Publique et pour le Diplôme Universitaire de Gériologie Générale : Université Louis Pasteur de Strasbourg, 1999. 70 p.

PAJOT-PHILOUZE A.-C. Le temps du repas en maison de retraite : enjeu institutionnel. Le directeur, garant d'un repas de qualité. Mémoire pour l'Ecole Nationale de Santé Publique et pour le Diplôme Universitaire de Gériologie Générale : Université Louis Pasteur de Strasbourg, 2001. 75 p.

SAMANDEL J., GIRARD L., VANTELON C. et al. Etat nutritionnel des sujets hospitalisés en court séjour gériatrique: étude prospective sur trois mois. In L'année gérontologique 2005. Paris : Serdi, 2005. pp 24-33.

Nutrition et personnes âgées : au-delà des apports recommandés. Colloque international sous le Haut patronage du Ministère de la Santé. 1996. Paris. Paris : CERIN, 1997. 346 p.

### **Articles de périodiques**

AVERTY K. (réalisation). Dossier nutrition en maison de retraite : plaisir et diététique. *Collectivités express*, août-septembre 2002, n°165, pp 46-52.

AVERTY K. (réalisation). Dossier maison de retraite : moins de régimes, plus de mixés. *Collectivités express*, mai 2006, n° 199, pp 20-29.

CADIOU E. Part de l'alimentation lors de la signature de la convention tripartite d'un EHPAD. *Information diététique*, 2003, n°2, pp 39-48.

COVELET R. L'alimentation de la personne âgée : une approche psychologique. *Gérontologie*, 2003, n° 127.

DAB W., TREGOAT J.-J. Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 2004, n°106, pp 281-318.

DERYCKE B., BALLANGER E., LIVOLSI L. et al. Qu'est-ce qu'un CLAN ? Son intérêt en hôpital gériatrique. *La revue de gériatrie*, avril 2001, tome 26, n°4, pp 283-288.

FANELLO S., FOUCAULT S., DELBOS V. et al. Evaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée hospitalisée. *Santé publique*, mars 2000, volume 12, n°1, pp 83-90.

FERRY M. Dénutrition de la personne âgée. *Le concours médical*, 5 avril 2006, tome 128-13, pp 571-575.

HUC M-L. La qualité de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées en institution : enquête menée en Poitou-Charentes en 2003. *Information diététique*, 2005, n°4, pp 21-29.

JACOB A.-M., BACHELET M.-L., MAITRE D. et al. Le projet hôtelier des unités de gériatrie des Hospices civils de Beaune. *Soins gérontologie*, janvier-février 2000, n°21, pp 27-29.

LABARTHE M.-C. Quel choix de restauration pour les établissements de personnes âgées ? *Revue du cadre soignant*, septembre 2004, n°12, pp 30-31.

LAUQUE S., GUYONNET S., NOURHASHEMI F. et al. Le statut nutritionnel des personnes âgées vivant en maison de retraite : étude comparative en cas de démence ou non. *La revue de gériatrie*, février 1999, tome 24, n°2, pp 115-119.

METRAILLER A., EMERY G., ZUBER A. et al. Peut-on améliorer la prise en charge générale et nutritionnelle des personnes âgées vivant en établissement médico-social ? Un travail d'équipe. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 2003, n°123, pp 197-200.

MOLENAT F. Quelle prise en charge nutritionnelle avant et après l'hospitalisation : réflexions autour d'un projet de réseau ville-hôpital à Aix-en-Provence. *Nutrition clinique et métabolisme*, 2003, volume 17, n°4, pp 276-285.

PASTIER F., MEUNIER P., GOBIN G. et al. Dossier : La restauration à l'hôpital. *DH magazine*, octobre-novembre-décembre 2000, n°74, pp 35-47.

SHATENSTEIN B., LE CREN F., PAYETTE H. et al. Vieillesse et nutrition : quels défis ? *Vie et vieillissement*, 2004, volume 3, n°1.

VARINI E. Lutter contre la dénutrition. *Décideurs en gérontologie*, octobre 2003, n°57, pp 17-23.

## **Revues**

Bulletin épidémiologique hebdomadaire (InVS) n°5-6/2006, 7 février 2006, Numéro thématique : La santé des personnes âgées (p. 37 à 52)

Le programme national nutrition santé (PNNS) en Picardie, PRS Infos Picardie, Lettre des politiques régionales de santé de Picardie, n°20 septembre 2004, p.4

Bulletin de l'institut français pour la nutrition n°87 octobre 2005



Alimentation et précarité, Bulletin de liaison n ° 27 octobre 2004, CERIN

Avenancemag santé, n°1 Automne Hiver 2003-2004, publication Avenance Santé  
Résidences groupe Avenance Elior

Dossier de presse « Raconte-moi la soupe », groupe Avenance Elior, janvier 2004

### **Brochures et dépliants**

Brochure Programme national « Bien vieillir » 2003-2005, Prévention nutritionnelle des personnes âgées à domicile, CERIN et Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité

Brochure Programme national « Bien vieillir » 2003-2005, Faire du sport et bien s'alimenter à la retraite, CERIN et Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité

Dépliant Bien manger après 70 ans ... ou des années à savourer ! CERIN et Club Francophone Gériatrie et nutrition

Brochure L'alimentation des personnes âgées, Recommandations et conseils pratiques, CERIN

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Liste des personnes interrogées

Annexe 2 : Exemples de grilles d'entretien

Annexe 3: Outils de dépistage de la dénutrition : exemples de grilles

Annexe 4 : Grille de signalement de dénutrition

Annexe 5 : Schéma du réseau ville-hôpital Association de Nutrition Aixoise

## Annexe 1 : Liste des personnes interrogées

| Nom                         | Fonction  | Type d'échanges                         |
|-----------------------------|---|---|
| Dr E. Alix                  | Gériatre, Hôpital du Mans   | Entretien au CH du Mans                 |
| Dr. J.P. Aquino             | Médecin-chef, Clinique Porte Verte, Versailles, Programme Bien vieillir             | Courriers électroniques                 |
| Mme L. Barthélémy           | Diététicienne, Directrice du CRES Lorraine  | Entretien téléphonique                  |
| Dr. M.-C. Bertière          | Médecin nutritionniste, CERIN   | Intervention à l'ENSP                   |
| Dr. J. Daniel               | Médecin de santé publique, Inspection Régionale de la Santé, DRASS Pays de la Loire | Entretien à la DRASS                    |
| Dr. M. Ferry                | Médecin gériatre nutritionniste   | Entretien téléphonique                  |
| M. L. Gendry et Mme S. Mazé | CHU de Rennes   | Visite du CHU de Rennes                 |
| Mme C. Hanicotte            | Chef de marché, Société de restauration Avenance Elixir                             | Entretien téléphonique                  |
| Pr. S. Hercberg             | Directeur de recherche à l'INSERM, président du comité de pilotage du PNNS          | Entretien téléphonique                  |
| Dr. J.P. Lion               | Médecin généraliste, Président de l'URML Alsace                                     | Entretien téléphonique                  |
| Dr. A. Le Dizet             | Médecin coordonnateur, CCAS de la Ville de Rennes                                   | Courriers électroniques                 |
| Dr. D. Mischlich            | Médecin de santé publique, chargée de mission, chef de projet PRSP, DRASSIF, Paris  | Animatrice du groupe                    |
| Mme G. Picard               | CS Diététicienne, Hôpital Saint-Louis   | Courriers électroniques                 |
| Mlle E. Robin               | Diététicienne, Hôpital local de Houdan  | Entretien téléphonique                  |
| Mme I. Sipos                | Gériatre, Directrice Maison Saint-Cyr, Rennes                                       | Entretien à la maison Saint-Cyr, Rennes |
| M. P. Tronchon              | Consultant  | Entretien à Nantes                      |

## **Annexe 2 : Exemples de grilles d'entretien**

### **1) Entretien avec le Dr Emmanuel Alix, gériatre au CH du Mans**

#### ***Questions générales :***

1. Vous êtes gériatre de formation : pourquoi cet intérêt pour la nutrition des personnes âgées ?
2. Quelle définition donneriez-vous des personnes âgées ?
3. Quelle classification utilisez-vous en gériatrie ?
4. Que pensez-vous des outils de dépistage et d'évaluation nutritionnelle (MNA ? NSI ? RAS ? NRS...) ?
5. Ces outils sont-ils réellement utilisés à l'hôpital ?
6. Si non, quels sont les points de blocage ?
7. Pensez-vous que nous disposons des moyens et des ressources nécessaires pour agir une fois le problème identifié ?
8. Existe-t-il une coordination avec la médecine de ville et le secteur social pour sensibiliser et prendre en charge les personnes âgées en matière de nutrition ?
9. Quelles raisons donnez-vous à ce paradoxe à savoir que de nombreuses publications soulignent depuis plus de 10 ans ce problème de nutrition des personnes âgées et le retard pris dans la mise en place d'un cadre législatif et réglementaire et d'actions concrètes ?

#### ***Questions relatives au service :***

1. Un bilan nutritionnel du patient est-il réalisé systématiquement à l'entrée dans le service ?
2. Dans votre service, quelle est la proportion de personnes âgées dénutries ? Etaient-elles dénutries à l'arrivée ou leur état s'est-il dégradé lors du séjour hospitalier ?
3. Une fois le patient dénutri identifié, quelles consignes donnez-vous à l'équipe paramédicale pour une prise en charge spécifique ?
4. Face aux patients dénutris dans votre service, y a-t-il une prise en charge pluridisciplinaire (psychologues, diététiciens, nutritionnistes, assistantes sociales, gériatres) ?
5. Quelle corrélation voyez-vous entre dénutrition et démence et dénutrition et précarité ?
6. Face à la dénutrition, êtes-vous plutôt partisan des compléments nutritionnels, d'une meilleure qualité de vie impliquant une activité physique régulière et une alimentation saine ou de mettre l'accent sur l'aspect gustatif et convivial du repas ?

**Questions relatives à l'hôpital :**

1. Quelles sont les actions du CLAN au CH du Mans ?
2. Une information en matière de nutrition (conseils pratiques, activité physique) est-elle donnée lors du séjour à l'hôpital ?
3. Comment vous paraît-il possible d'évaluer l'impact des mesures prises en faveur de la personne âgée ?
4. Pensez-vous qu'il soit possible d'atteindre des résultats rapidement bien que tout contrôle soit difficile à mettre en œuvre ?
5. Si vous disposiez de tous les moyens humains, logistiques et financiers nécessaires, quelles initiatives aimeriez-vous lancer à l'hôpital ainsi qu'au niveau national ?

## **2) Entretien avec le Professeur Hercberg, Directeur de recherche à l'INSERM, Président du comité de pilotage du PNNS**

1. Les médecins étant souvent plus préoccupés par l'aspect curatif des pathologies, pourquoi cet intérêt pour la nutrition qui peine à être reconnue comme un facteur déterminant de santé ?
2. Comment expliquez-vous le paradoxe suivant : de nombreuses publications soulignent depuis plus de 10 ans les problèmes de nutrition des personnes âgées, pourtant la mise en place d'un cadre législatif et réglementaire et le lancement d'actions concrètes ont tardé.
3. Quelles sont pour vous les forces de résistance ?
4. Quel bilan dressez-vous du PNNS 2001-2005 : y a-t-il eu une véritable prise de conscience de l'importance de la nutrition comme facteur de protection contre les pathologies ou ne s'agit-il que de balbutiements qui mettront du temps à se faire entendre ?
5. Pensez-vous qu'il soit possible de mettre en œuvre une politique globale de prévention nutritionnelle sans entrer en conflit avec les lobbies agro-alimentaires ?
6. Quels sont aujourd'hui les points de blocage les plus difficiles à surmonter pour mettre en place le PNNS ?
7. Pensez-vous que les personnes âgées doivent constituer une cible spécifique en matière de prévention nutritionnelle ou seulement s'inscrire dans le cadre d'une éducation globale de la population ?
8. Comment pensez-vous qu'il soit possible de sensibiliser les personnes âgées quant à leur alimentation ? Les messages doivent-ils passer par les professionnels de santé, les collectivités territoriales, ou des campagnes à grande échelle (radio, TV, journaux) ?
9. Ressentez-vous un manque d'information et d'intérêt des médecins généralistes en matière de nutrition ? Quels seront à votre avis les acteurs les plus difficiles à mobiliser pour mettre en place une véritable politique de prévention et de dépistage de la dénutrition ?
10. Quelle articulation entre le PNNS et le programme Bien Vieillir ?

## Annexe 3: Outils de dépistage de la dénutrition : exemples de grilles

### - Grille MNA (Mini Nutritional Assessment)

Noter pour chaque MNA : nom, prénom, sexe, âge, poids (Kg), taille (cm), hauteur du genou (cm), date du test.

### INDICES ANTHROPOMÉTRIQUES

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

0 = IMC < 19

1 = 19 < IMC < 21

2 = 21 < IMC < 23

3 = IMC > 23

2 - Circonférence brachiale (CB en cm)

0,0 = CB < 21

0,5 = 21 < CB < 22

1 = CB > 22

3 - Circonférence du mollet (CM en cm)

0 = CM < 31 1 = CM > 31

4 - 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

### ÉVALUATION GLOBALE

5 - Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?

0 = non 1 = oui

6 - Prend plus de 3 médicaments ?

0 = oui 1 = non

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

0 = oui 1 = non

8 - Motricité

0 = du lit au fauteuil

1 = autonome à l'intérieur

2 = sort du domicile

9 - Problèmes neuropsychologiques

0 = démence ou dépression sévère

1 = démence ou dépression modérée

2 = pas de problème psychologique

10 - Escarres ou plaies cutanées ?

0 = oui 2 = non

### INDICES DIÉTÉTIQUES

11 - Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? (petit déjeuner, déjeuner, dîner > à deux plats)

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

12 - Consomme-t-il ?

- Une fois par jour au moins des produits laitiers ?

oui non

- Une ou deux fois par semaine des oeufs ou des légumineuses ?

oui non

- Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ?

oui non

0 = si 0 ou 1 oui - 0, 5= si 2 oui -1 = si 3 oui

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

0 = non 1 = oui

14 - Présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?

0 = anorexie sévère

1 = anorexie modérée

2 = pas d'anorexie

15 - Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)

0,0 = moins de 3 verres

0,5 = de 3 à 5 verres

1= plus de 5 verres

16 - Manière de se nourrir

0 = nécessite une assistance

1 = se nourrit seul avec difficulté

2 = se nourrit seul sans difficulté

## ÉVALUATION SUBJECTIVE

17 - Le patient se considère-t-il bien nourri ? (problèmes nutritionnels)

0 = malnutrition sévère

1 = ne sait pas ou malnutrition modérée

2 = pas de problème de nutrition

18 - 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 = aussi bonne

2 = meilleure

**TOTAL (maxi 30 points)**

> 24 : état nutritionnel satisfaisant.

17 - 23,5 : risque de malnutrition.

< 17 : mauvais état nutritionnel.



**- Grille d'auto évaluation nutritionnelle NSI (Nutrition Screening Initiative)**

| S'il vous plaît soyez attentif aux signes avant-coureurs !  | Réponse |
|---|---------|
| Je souffre d'une maladie ou d'une condition particulière qui m'a obligé à modifier le type ou la quantité d'aliments que je mange |         |
| Je mange moins de deux repas par jour   |         |
| Je mange peu de fruits, de légumes et de produits laitiers  |         |
| Je bois 3 verres ou plus de bière, de vin ou autres boissons alcoolisées chaque jour  |         |
| Mes dents ou ma bouche me font souffrir, ce qui fait que j'ai de la difficulté à manger   |         |
| Je n'ai pas toujours suffisamment d'argent pour m'acheter la nourriture dont j'ai besoin  |         |
| Je mange seul la plupart du temps   |         |
| Je consomme au moins 3 sortes de médicaments, avec ou sans prescription médicale  |         |
| Sans le vouloir, j'ai perdu ou gagné 4.5kg durant les six derniers mois   |         |
| Je ne suis pas toujours assez en forme pour faire les courses, cuisiner ou m'alimenter moi-même                                   |         |
| Total   |         |

Si vous avez entre :

**0 à 2** Bravo ! vérifiez de nouveau votre pointage nutritionnel dans les 6 mois

**3 à 5** Vous courez un risque nutritionnel modéré. Voyez ce qui peut être fait pour améliorer vos habitudes alimentaires et votre mode de vie. Revérifiez votre score nutritionnel dans les 3 mois

**6 et plus** Vous courez un risque nutritionnel élevé. Apportez ce questionnaire avec vous la prochaine fois que vous verrez votre médecin, votre diététicienne ou tout autre professionnel de santé.

**- Grille d'évaluation nutritionnelle RAS (Risk Assessment Scale)**

|   |  |
|---|--|
| Présente une maladie intestinale  |  |
| Présente une maladie chronique douloureuse  |  |
| Eprouve des difficultés à la déglutition  |  |
| Eprouve des difficultés à couper ses aliments   |  |
| Eprouve des difficultés à la déambulation   |  |
| Rapporte une perte de poids inattendue (> à 5kg en 6 mois)  |  |
| Rapporte un changement ou une diminution de l'appétit   |  |
| Présente une mauvaise hygiène bucco-dentaire ou des troubles de la mastication  |  |
| Prend 5 médicaments ou plus par jour. A une consommation élevée d'alcool (> à 3 prises par jour pour un homme, et > à 1 prise par jour pour une femme) ou une consommation > à 10 cigarettes par jour |  |
| Présente des signes cliniques de désordre mentaux et /ou des troubles cognitifs   |  |
| Présente des signes cliniques de dépression   |  |
| Est victime d'un isolement social   |  |
| Total des réponses affirmatives   |  |

12 réponses positives : dénutrition

4 réponses positives : risque élevé de dénutrition

## Annexe 4 : Grille de signalement de dénutrition

F. Molenat, / Nutrition clinique et métabolisme 17 (2003) 276-285



ASSOCIATION de NUTRITION AIXOISE

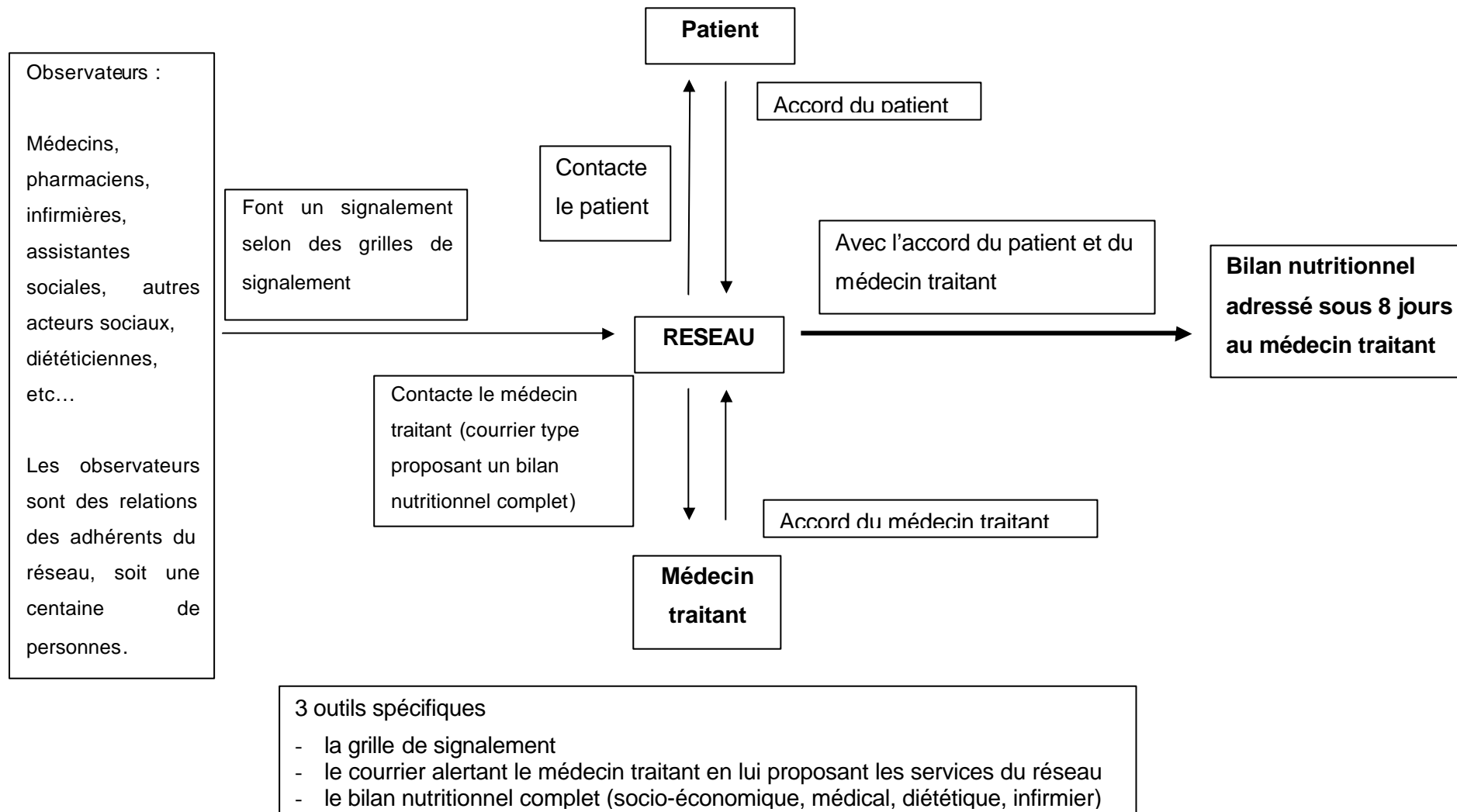
### GRILLE DE SIGNALEMENT DE DENUTRITION

|  |                          |
|--|--------------------------|
| 1 - PERTE DE POIDS :   |                          |
| Perte de 2 kg en 1 mois ou perte de 4 kg en 6 mois                           | <input type="checkbox"/> |
| Ou bien Vêtements trop grands  |                          |
| Ou bien Dentier qui tombe  |                          |
| Ou bien Alliance qui tombe du doigt  |                          |
| 2 - ACCES LIMITE A L' ALIMENTATION   | <input type="checkbox"/> |
| Revenus faibles  |                          |
| Ou bien Revenu consacré à l'alimentation insuffisant                         |                          |
| Ou bien Aliments présents en quantité insuffisante dans le lieu de vie       |                          |
| Ou bien Capacité fonctionnelle limitée                                       |                          |
| 3 -LA PRISE DE REPAS NON OPTIMALE  | <input type="checkbox"/> |
| Régime   |                          |
| Ou bien Alimentation sélective   |                          |
| Ou bien Manque d'appétit ou désintérêt pour l'alimentation                   |                          |
| Ou bien Solitude au moment de la prise de repas                              |                          |
| Ou bien 2 repas par jour ou moins  |                          |
| Ou bien Difficultés à la prise alimentaire                                   |                          |
| Ou bien Mauvais état bucco-dentaire  |                          |
| Ou bien Appareillage dentaire inutilisé ou inadapté                          |                          |
| 4 - ENVIRONNEMENT  | <input type="checkbox"/> |
| Solitude (enfermement, isolement familial,..)                                |                          |
| Ou bien Changement récent d'environnement (deuil, rupture relationnelle,...) |                          |
| Ou bien Perte des repères dans le temps ou l'espace                          |                          |
| Ou bien Modification récente du comportement ou de l'humeur                  |                          |
| Ou bien Inversion du rythme veille sommeil                                   |                          |
| 5 - ETAT GENERAL ALTERE  | <input type="checkbox"/> |
| Maladie  |                          |
| Ou bien Prise de médicaments   |                          |
| Ou bien Aggravation récente de l'état de santé                               |                          |
| Ou bien Fatigabilité plus grande depuis peu                                  |                          |
| Ou bien Escarre ou plaie chronique   |                          |
| Ou bien Retour d'hospitalisation   |                          |
| 6 - ETAT DE DEPENDANCE   | <input type="checkbox"/> |

AU MOINS 3 CRITERES

ASSOCIATION de NUTRITION AIXOISE ©

Fig. 2. La grille de signalement.



## Annexe 5 : Schéma du réseau ville-hôpital Association de Nutrition Aixoise