



La nutrition chez la personne âgée

RECHERCHE ET PUBLICATIONS

Améliorer le statut nutritionnel réduit le risque d'infection

Les infections jalonnent la fin de vie des résidents d'EHPAD, aggravent leur mortalité, conduisent à de nombreuses hospitalisations et altèrent leur qualité de vie. L'âge et la dénutrition en sont les facteurs de risque principaux. L'amélioration du statut nutritionnel peut donc potentiellement réduire ainsi les événements infectieux et les complications qui leur sont associées. La démonstration scientifique n'a toutefois été que rarement rapportée.

Le travail mené par l'équipe de recherche de Norwich (Royaume-Uni) a été d'évaluer l'impact d'une prise en charge nutritionnelle et d'une supplémentation en micronutriments sur la survenue d'infections chez 217 sujets âgés de 65 à 85 ans vivant à domicile. Après un tirage au sort, un tiers des participants ont bénéficié d'une prise en charge diététique : un programme alimentaire comportant 5 fruits et légumes par jour, du pain complet, du poisson deux fois par semaine et des amandes une fois par semaine était élaboré pour chaque participant. Leurs préférences alimentaires étaient prises en considération dans le menu avec l'objectif d'améliorer leur apport calorique et en micronutriments impliqués dans le déclin des fonctions immunitaires. Les participants étaient sensibilisés au fait que le menu était élaboré pour satisfaire leurs souhaits et améliorer leur santé. Un tiers des participants bénéficiaient d'une supplémentation en micronutriments. Le dernier tiers des participants ont reçu un placebo pendant la même période.

À l'issue du suivi de 6 mois, les auteurs ont pu constater, une réduction significative du nombre des infections des 2 groupes bénéficiant d'une intervention comparativement au groupe placebo. Le nombre de semaines malades, de consultations des médecins généralistes et d'hospitalisations étaient également significativement moindres dans les groupes interventions. En cas d'infection, le nombre de jours symptomatiques était moindre. Les prises alimentaires étaient supérieures pendant le temps de l'étude uniquement dans le groupe ayant bénéficié de la prise en charge diététique.

Ce travail souligne l'importance de la prise en charge nutritionnelle personnalisée chez les personnes âgées. L'amélioration des prises alimentaires et des apports en micronutriments permettent de réduire les événements infectieux.

Compte-tenu de la fréquence des infections en EHPAD et de la prévalence de la dénutrition, ces résultats sont particulièrement intéressants pour la population vivant en institution. Ils encouragent les efforts menés pour personnaliser et améliorer le statut nutritionnel des résidents.

■ **Forster SE et al. J Am Geriatr Soc, 2012; 60:1645-1654**

Un protocole de supplémentation en vitamine D pour les résidents d'EHPAD

La prévalence de l'insuffisance en vitamine D est proche de 100% dans la population âgée vivant en EHPAD. Malgré ce constat et les données soulignant les multiples bienfaits potentiels de la vitamine D, peu de résidents bénéficient paradoxalement d'une supplémentation en vitamine D. L'absence de recommandations spécifiques aux EHPAD en est en partie la cause. Sous l'égide de l'Association Internationale de Gériatrie et Gérontologie (IAGG), le Groupe Français de Gériatrie et Nutrition (GFGN) a récemment proposé des recommandations adaptées aux résidents d'EHPAD et aux spécificités des soins en institutions.

La vitamine D est considérée comme un traitement sûr et bien toléré. Le GFGN propose une supplémentation de 1 000 UI par jour dès l'admission et tout au long du séjour à l'ensemble des résidents, en l'absence de contre-indication. Compte-tenu de la prévalence de l'insuffisance en vitamine D, le dosage préalable de la vitamine D, n'est pas nécessaire. Les formes D2 et D3 de la vitamine D peuvent toutes deux être utilisées, mais la demi-vie plus longue de la vitamine D3 permet de proposer une supplémentation selon un schéma séquentiel plus simple de dispensation. Le GFGN propose la prise de 100 000 IU per os tous les trois mois. Des protocoles alternatifs, comme la prise de 50 000 IU tous les mois, sont également satisfaisants. Les suppléments plus espacés de doses plus élevées de vitamine D sont déconseillés. De même, la supplémentation calcique, souvent mal tolérée cliniquement et potentiellement génératrice de complications cardio-vasculaires, n'est justifiée que si les prises alimentaires calciques sont insuffisantes.

Ces recommandations simples devraient conduire à améliorer le statut vitaminique D des résidents d'EHPAD.

■ **Rolland et al. J Nutr Health Aging 2013; Apr; 17(4):402-12**

édito

L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées en EHPAD est un enjeu important pour l'Agence Régionale de Santé (ARS) Midi-Pyrénées et constitue un des axes prioritaires de notre schéma régional d'organisation médico-sociale.

Cette lettre périodique, qui abordera à chaque numéro une thématique gériatrique, participe à cet objectif.

Prolongeant le projet IQUARE mis en place dans notre région, elle est le fruit d'une collaboration ARS/Gérontopole/ORSMIP avec la participation de gériatres, de représentants d'EHPAD et de médecins généralistes. Nous espérons que cette publication constituera un outil de liaison, de réflexion et d'échanges utiles au sein de vos équipes et vous souhaitons une bonne lecture.

Monique Cavalier

Directrice générale de l'ARS Midi-Pyrénées
Directrice de la publication

Confirmation des bénéfices des compléments nutritionnels oraux (CNO)

La place des compléments nutritionnels oraux a été précisée dans « la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée », proposée par la HAS en 2007. Parmi les résidents d'IQUARE, 8% bénéficient de compléments nutritionnels oraux. Une récente revue systématique de la littérature (impliquant 36 études randomisées contrôlées représentant un total de 3 790 sujets de plus de 75 ans et plusieurs méta-analyses) concernant l'effet des compléments nutritionnels oraux (CNO) hyper-protidiques conclut à un effet bénéfique de leur utilisation sur les complications médicales, les taux de réadmission à l'hôpital, l'amélioration de la force, l'amélioration des prises énergétiques et le gain de poids.

■ **Cawood and Stratton. Ageing Research Reviews 11 (2012) 278- 296**

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Bassin de Villefranche-de-Lauragais

Un projet collectif pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des résidents

Pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des résidents et suite à l'enquête IQUARE, sept EHPAD du bassin de Villefranche-de-Lauragais ont décidé de mener une action commune qui s'est traduite par le recrutement d'une diététicienne extérieure (Marion Lamy) chargée d'intervenir au sein de chaque établissement. Chaque EHPAD a ses spécificités : ratio et formation du personnel, présence ou non d'une diététicienne avec temps de présence et missions diversifiés, accessibilité des soins dentaires, cuisine interne ou non, profil des résidents (GMP, PMP). Les objectifs sont donc individuels et « personnalisés ». Au sein de chaque établissement des soignants, infirmière et/ou IDE dits « référents nutrition », sont porteurs du projet. Le rôle de la diététicienne est de guider le travail des équipes. Son intervention se déroule en trois temps sur une période de plusieurs mois :

1- État des lieux, discussion et choix avec l'équipe d'axes de travail prioritaires et d'indicateurs de suivi.

2- Mise en place et suivi des actions.

3- Évaluation des actions. Tous les membres du personnel (médecin coordonateur, IDEC, IDE, aides soignantes, ASH, personnels de cuisine, etc.) sont concernés. Une association avec les conseils de vie sociale est souhaitée. Ce projet, soutenu par l'ARS, débutera à l'automne 2013.

■ **Auteurs** : Les EHPAD du projet nutrition: EHPAD Borde-Haute, EHPAD Korian Villa Lauragais, EHPAD La Vendinelle, EHPAD Les Roses et l'Acacia, EHPAD Les Treize Vents, EHPAD Résidence Pin Balma, EHPAD Maisonneuve (Bassin de Villefranche) Marion Lamy, diététicienne au CHU et à la Clinique Monié (Villefranche de Lauragais 31), Dr Amélie Perrin gériatre référent du projet nutrition pour IQUARE dans le bassin de Villefranche-de-Lauragais.

EHPAD de Midi-Pyrénées, votre expérience nous intéresse. Le prochain numéro de la Lettre traitera de la démence, si vous avez mené un projet sur ce thème et

que vous souhaitez faire partager votre expérience, contactez nous : ars-midipy-communication@ars.sante.fr

RECOMMANDATIONS EN VIGUEUR

Synthèse des recommandations HAS sur la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition chez la personne âgée (2007)

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf

- **Identifier les situations à risque de dénutrition** (psycho-socio-environnementales - physiologiques - pathologiques - dépendance-médicamenteuses...).
- **Dépistage** : MNA - surveillance mensuelle du poids pour toutes les PA en institution - calcul de l'IMC.
- **Prise en charge de la personne dénutrie** : Plus la prise en charge est précoce, plus elle est efficace - Privilégier la nutrition par voie orale en première intention avec réévaluation régulière.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE DÉNUTRITION

	Dénutrition	Dénutrition sévère
Perte de poids	≥ 5% en 1 mois ou ≥ 10% en 6 mois	≥ 10% en 1 mois ou ≥ 15% en 6 mois
IMC	< 21	< 18
Albuminémie	< 35g/l	< 30g/l
	MNA global < 17	
Présence d'un ou plusieurs critères ci-dessus		

Conseils diététiques	Alimentation enrichie	Compléments nutritionnels oraux
Repères du PNNS- ↑ prises alimentaires- jeûne nocturne <12h- favoriser produits riches en énergie et/ou en protéines et au goût du patient-Aide au repas- environnement favorable	avec des produits de base (poudre de lait, lait concentré entier, fromage rapé, œufs, crème fraîche, beurre fondu...)	Mélanges nutritifs hyperénergétiques et ou hyperprotidiques, à prendre lors des collations (au moins 2h après les repas) ou pendant les repas, à adapter aux goûts des patients. Apport alimentaire supplémentaire de 400kcal/j et ou de 30g/j de protéines (le plus souvent 2 unités par jour).

- **Suivi de la personne dénutrie** : pesée une fois par semaine (matériel de pesée adapté à la mobilité des patients) - Suivi des ingesta sur 3 jours ou sur 24h - Dosage de l'albuminémie mensuelle (si albuminémie initiale anormale).
- **La nutrition entérale et la nutrition parentérale** sont de 2^{ème} intention, ou pour des situations spécifiques et sont mises en place lors d'une hospitalisation.

Programme national nutrition santé 2011-2015

Développement de l'offre d'activité physique dans les EHPAD

Avis du Conseil national de l'alimentation n°53 du 15 /12/2005

- **Dossier Mobiquel** élaboré par la SFGG avec le soutien de la CNSA: « Nutrition, dénutrition: alimentation de la personne âgée en EHPAD et établissements de santé » www.mobiquel.org

CHIFFRES CLÉS

8,2% de résidents présentent une perte de poids ≥ 5% en 1 mois (sur 4 553 résidents pour lesquels les poids sont renseignés).

Différents régimes sont identifiés parmi l'ensemble des résidents enquêtés : 10,4% ont un régime diabétique, 6% peu ou sans sel, 1,8% hypocalorique, 0,6% régime hypocholestérolémiant. 9% des résidents ont des suppléments nutritionnels.

Une diététicienne intervient dans **4 Ehpads sur 10** (42,3%).

La durée du repas de midi varie selon les Ehpads de **45 à 69'**. Le repas du soir dure en moyenne 8' de moins.

Un jeûne nocturne sans collation >12h dans près d'**1/3 des Ehpads** (31%).

99% des Ehpads sont équipés de matériel de pesée adapté aux personnes à mobilité réduite.

Chiffres issus de l'enquête IQUARE auprès des EHPAD de la région Midi-Pyrénées – 203 EHPAD-échantillon de 7375 résidents- année 2011

ACTUALITÉS

Débat public CRSA

"Qualité et diversité des parcours de vie, quelle adaptation de l'offre médico-sociale en Midi-Pyrénées", 10 Octobre 2013, Hôtel de région, Toulouse - <http://www.ars.midipyrenees.sante.fr>

Rencontres Vieillessement

6-7-8 novembre 2013, Hôtel Dieu Saint Jacques, 2 rue viguerie à Toulouse. www.rencontres-vieillessement.com

Recherche en EHPAD

Conférence internationale de recherche, 22-23 novembre 2013, Saint-Louis (MO). <http://www.nursing-home-research.com>

Alzheimer

Congrès National des Unités de soins, d'évaluation et de prise en charge des patients Alzheimer. 5 et 6 décembre 2013, Paris. www.uspalz.com

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION :

Monique Cavalier, Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées

RESPONSABLE DE LA RÉDACTION :

Pr Yves Rolland, Gérontopole

COMITÉ DE RÉDACTION

Dr Françoise Cayla, Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées

Dr Philippe de Souto Barreto, Gérontopole

Dr Jean-Marie Pialat, Union Régionale des Professionnels de Santé

Dr Adrian Klapouszczak, Dr Robert Abadie,

Dr André Stillmunkes, Association Medcomp

Dr Camallieres, CH d'Auch

Dr Cufi, CHIC Castres Mazamet

Dr Christine Piau, Anne Cianfarani,

Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées

RÉALISATION TECHNIQUE :

Christel Andrieu, Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées