




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



PRATIQUE CLINIQUE

Simplification de la stratégie de dépistage de la dénutrition du sujet très âgé en EHPAD : un pari sur la pesée mensuelle[☆]

Simplification of the strategy of screening of the undernutrition of the very old subject in EHPAD: A bet on the monthly weighing

D. Mallay

Médecin coordonnateur, EHPAD du centre hospitalier de la Bresse Louhannaise, 350, avenue Fernand-Point, 71502 Louhans cedex, France

Disponible sur Internet le 8 janvier 2011

MOTS CLÉS

EHPAD ;
Dénutrition ;
Index de masse corporel (IMC) ;
MNA ;
MUST ;
Personne âgée ;
Poids

Résumé Pour suivre les résidents dénutris, un médecin coordonnateur d'EHPAD doit pouvoir bénéficier d'indicateurs fiables et facilement accessibles. Un récent travail nous a conduits à revisiter la stratégie de dépistage de la dénutrition. En effet, la méthode par IMC et MNA, préconisée par la Haute Autorité de santé (HAS), avait été antérieurement conduite dans l'EHPAD. Mais nous avons constaté que l'obtention de ces données était trop lourde pour obtenir des indicateurs de suivi réguliers dans le cadre d'une gériatrie institutionnalisée. Pour être préventive et efficace, la stratégie de dépistage de la dénutrition protéino-énergétique en EHPAD se doit d'être facile et rapide. Nous avons retenu une méthode par score dont la variation du poids reste un critère essentiel. Ce sont les difficultés auxquelles nous avons été confrontés que cet article propose de passer en revue. Il décrit ensuite les étapes de la méthode qui a été retenue.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Article rédigé dans le cadre du diplôme universitaire de « Prévention du vieillissement pathologique » de Paris XI.
Adresse e-mail : d.mallay@free.fr

KEYWORDS

Body mass index (BMI); Elderly; Institution; MNA; MUST; Weight

Summary To follow the malnourished residents, the medical coordinator in nursing home must use reliable indicators and easily accessible. Recent work has led us to revisit the strategy of screening for malnutrition. Indeed, the method by BMI and MNA, as advocated by the High Authority for Health (HAS), had previously been conducted in our nursing home. But we found that obtaining such data was too heavy for regular monitoring. To be preventive and effective, the strategy of screening for protein-energy malnutrition in nursing home must be quick and easy. We selected a method for which the weight change remains an essential criterion. This article proposes to review the difficulties which we have faced. It then describes the steps of the method which was chosen.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La dénutrition ou malnutrition protéino-énergétique (DPE) est une situation de rupture prolongée de l'équilibre énergétique avec des apports alimentaires insuffisants par rapport aux besoins de l'organisme [1]. Cette situation est fréquente en institution où, pour la plupart des sujets âgés, les apports alimentaires ne couvrent pas les besoins. La DPE de la personne âgée en institution constitue donc un grand sujet de préoccupation pour le résident en premier, pour l'institution et ses soignants ensuite et enfin pour le médecin coordonnateur qui en a la responsabilité. En effet, la DPE a de nombreuses conséquences sur la santé de la personne âgée : sarcopénie, risque de chutes et de fractures, risque infectieux, escarres.

Nous nous proposons ici d'analyser les arguments qui nous ont conduit à définir une stratégie de dépistage simplifiée pour prévenir la malnutrition protéino-énergétique en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Historique des difficultés

L'EHPAD : un contexte particulier

L'EHPAD du centre hospitalier de Louhans héberge 170 résidents. Comme pour tous les EHPAD, la prévalence de la DPE varie selon l'âge des personnes concernées, leurs pathologies, mais aussi les caractéristiques de l'institution. La fréquence de la DPE est de 15 à 38% pour la Haute Autorité de santé (HAS) [2] et atteint jusqu'à 52% pour Pinchkovsky-Devin et al. [3]. La Direction générale de la santé évaluait en mars 2003, entre 100 000 et 200 000 les personnes dénutries vivant en institution gériatrique. Dans une étude post-mortem, Kottusch et al. [4] estiment à plus de 38% les personnes dénutries (IMC < 20) au-delà de 90 ans. Ces données soulignent combien le dépistage de la dénutrition représente une nécessité importante en institution.

La DPE s'explique par de nombreux facteurs souvent intriqués. Parmi les plus fréquents :

- l'altération du goût, majorée par la monotonie des plats présentés et dont le mixé ou le mouliné constitue le quotidien des repas pour de nombreux résidents. S'ajoutent à cela des capacités oro-buccales et/ou des états stomatologiques très déficients ;

- la polyopathie. Elle peut être incriminée dans les causes de DPE, en particulier pour la dépression ou les troubles psychiques ou psychiatriques. La baisse de l'intérêt pour le repas peut être alors soit directement liée la symptomatologie ou en lien avec les effets secondaires, parfois méconnus, des thérapeutiques prescrites pour lutter contre ces pathologies ;
- l'insuffisance d'aide aux repas liée à la dépendance. Par manque de personnel ou pour des problèmes d'organisation ;
- l'âge très élevé des résidents. La démographie des EHPAD peut en partie expliquer le désinvestissement alimentaire pour lequel, une approche éthique est fondamentale au cas par cas.

Une première étude jugée trop « académique »

Vu l'importance de la fragilité des résidents dans notre établissement, il a été décidé d'évaluer leur état nutritionnel. En 2009, une première étude a porté sur une unité de 30 résidents. Ce travail, mené par une diététicienne, a été conduit à l'aide du Mini Nutritional Assessment (MNA) [5]. Ont aussi été pris en compte l'indice de masse corporelle (IMC) de Quetelet (poids/taille² en kg/m²) et les variations mensuelles de poids. Pour des raisons économiques, les albuminémies et les pré-albuminémies systématiques n'ont pas été retenues dans le cadre de cette première étude.

Les résultats ont montré que 43% des résidents étaient en situation de DPE et que 10% de cette population était à risque de DPE. Seuls 17% des résidents étaient en état nutritionnel satisfaisant.

La raison d'une seconde analyse

En réunion d'équipe, il fut décidé de formaliser un processus de dépistage de la dénutrition adapté à l'EHPAD. Il devait concerner les 170 résidents et prendre en compte le faible temps de présence (mi-temps) de la diététicienne.

Le suivi imposait donc une nouvelle évaluation nutritionnelle mais la méthodologie initiale était trop lourde pour l'appliquer à tous les résidents de l'EHPAD, les choix antérieurs ayant été possibles pour un secteur limité à 30 personnes.

Les problèmes soulevés

Les mesures standards de dépistage de la DPE portent essentiellement sur l'IMC et le MNA. Elles conviennent mal à la typologie des résidents d'EHPAD. Ces approches, bien qu'internationalement reconnues, sont délicates et complexes à mettre en place en institution. En effet, lorsqu'elles doivent être reconduites régulièrement, elles captent non seulement un temps « technique » important mais aussi un temps « organisationnel » conséquent.

Limites du Mini Nutritional Assessment (MNA)

Le MNA a été développé par Guigoz et Vellas en 1991 [5] pour évaluer le risque de dénutrition chez les personnes âgées. Dans sa version actuelle, il est construit en deux parties dont la première se nomme MNA-SF (Short Form). La seconde partie est une enquête alimentaire.

Limites du MNA-SF

L'enquête comporte six questions portant sur l'appétit, la perte de poids, la mobilité, le stress et l'IMC. Ce bilan construit sur le mode d'une « hétéro-évaluation » se fait sans interroger le résident mais en relevant ses caractéristiques au travers du dossier de soins. Son intérêt a certainement été influencé par la publication qui précisait que la reproductibilité avoisinait 97% et que la passation du dépistage ne prenait que trois minutes [6]. Or, les questions posées dans la première partie reprennent des données qui, elles, parce qu'elles sont issues de mesures anthropométriques, prennent beaucoup plus de temps et n'apparaissent donc pas dans le recueil d'informations. C'est le cas pour la pesée, la mesure de la taille via des toises particulières et/ou un calcul d'abaques. Ajoutons à cela la consultation des transmissions pour déterminer l'appétit réel du résident, etc.

Parallèlement, cette première phase cumule les facteurs diagnostiques de dénutrition sans apporter de discrimination diagnostique ou pronostique nette dans une structure de type EHPAD. Au total, la durée de sa passation est, si l'on prend en compte non les résultats mais les actions pour les obtenir, beaucoup plus consommatrice de temps que ne le précise la publication initiale.

Notre EHPAD héberge des résidents dont les deux-tiers sont à l'évidence à risque de dénutrition, en particulier du fait de la dépendance. La répartition des Groupes Iso Ressources (GIR) de l'établissement est indiquée dans le [Tableau 1](#). Cinquante-six pour cent des résidents sont en GIR 1-3. Au regard de ces chiffres, il nous a semblé nécessaire de rechercher un autre outil d'évaluation utilisant des critères plus faciles d'accès.

Tableau 1 Répartition des Groupes Iso Ressources (GIR) dans l'établissement.

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
Unité 1	0	5	7	10	6	0	28
Unité 2	5	11	20	21	28	4	89
Unité 3	27	18	3	5	0	0	53
Total	32	34	30	36	34	4	170

Limites de l'enquête alimentaire du MNA

De fait, la seconde partie du MNA est une enquête alimentaire. Elle se réalise à partir d'une liste de dix questions posées dans le cadre d'une « auto-évaluation », mais à partir de critères peu appropriés aux résidents d'un EHPAD. La seconde partie dite « évaluation globale », envisage la vie à domicile, la polymédication, l'existence de plaies ou d'escarres, le nombre de repas par jour et leur composition, le besoin d'aide à l'alimentation. En EHPAD, les réponses à ces questions sont en général toutes positives et donc perdent leur caractère discriminant.

La suite des questions se fait directement auprès de la personne : se considère-t-elle bien nourrie ? Se sent-elle en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?

Là encore, ces questions apparaissent inappropriées aux personnes âgées dont les déficits cognitifs sont souvent majeurs. Les résidents d'EHPAD ont aussi, en majorité, des difficultés ou des troubles auditifs débutants ou marqués. Ces déficiences limitent largement la compréhension des questions et/ou l'intelligibilité des réponses.

Dans notre étude, les questions de la diététicienne qui ne pouvaient pas être posées directement aux résidents ont été posées à l'équipe soignante. Toutefois, les réponses obtenues ont montré une très grande variabilité des réponses, chaque membre de l'équipe ayant une approche subjective des caractéristiques alimentaire des résidents. Cette vision dépend du type de relation entretenue, de l'intérêt porté sur l'aspect nutritionnel et de l'organisation des plannings permettant un suivi régulier ou non.

Le temps signalé dans les publications pour évaluer le MNA complet est en général estimé à une dizaine de minutes avec des gens expérimentés et lorsqu'il s'agit de services hospitaliers ayant des patients sans troubles cognitifs. Le temps de prise en charge de ce test s'est avéré plus difficile et beaucoup plus long que prévu. La diététicienne a évalué ce temps à plus d'une demi-heure par personne. On voit dès lors rapidement les limites d'utilisation du MNA en EHPAD. Ce critère temps a justifié la recherche d'une méthode plus simple. Signalons ici que l'ensemble de ces critiques également sont soulignées dans l'argumentaire de la HAS [2].

Enfin, pour être totalement exhaustif dans cet exposé, précisons que le MNA se termine par deux questions portant sur des données anthropométriques avec la circonférence brachiale et celle du mollet.

Difficultés de l'anthropométrie

La taille

En ce qui concerne les IMC, l'évaluation des mesures des personnes âgées est difficile et il faut mesurer la longueur talon-genou (ce qui ne peut pas se faire à n'importe quel moment de la journée : hors toilette, hors pansement, hors repas, etc.) et le calcul à l'aide des formules de Chumlea [7]. Cependant, lorsqu'on compare la taille mesurée et celle estimée par la formule, il existe d'importants écarts selon les personnes (une partie de ces différences est due à l'utilisation de mètre rubans, moins fiables qu'une toise rigide). Ces écarts peuvent aller de trois jusqu'à dix centimètres pour certains résidents. L'IMC étant calculé par le

poids divisé par la taille au carré, une erreur de 3 cm diminue l'IMC de 1 point et de 2 si l'erreur est de 10 cm. Par exemple, pour une personne pesant 50 kg et mesurant 1,60 m, l'IMC est de 19,53, une erreur de 3 cm donne par excès un IMC de 20,32 et par manque un IMC de 18,86. Une erreur de 10 cm fait passer l'IMC de 22,22 à 17,30. Ces données ont donc surévalué les IMC de l'étude initiale et donc sous-estimé la fréquence de la dénutrition ou du risque de dénutrition.

Ainsi, les évaluations globales faites avec ces outils simplificateurs peuvent modifier par manque ou par excès la prévalence de la dénutrition en institution.

Les pesées

L'établissement a dû se doter d'une plate-forme de pesée et ce pour chaque unité située dans des bâtiments éloignés les uns des autres. La majorité des résidents se déplacent en fauteuil ou sont insuffisamment stables pour monter sur une balance ordinaire.

La charge de travail est donc accrue si l'on tient compte du temps des transferts entre la chambre et la plate-forme de pesée, ainsi que le retour. Ce temps de transfert, comme pour la mesure de la taille, nécessite d'intervenir au bon moment dans la journée. Nous avons estimé dans notre structure ce temps à une vingtaine de minutes si l'on ne veut pas « bousculer » le résident. L'utilisation de chaises de pesée à roulettes réduit bien sûr ce temps.

Les questions en suspens

Valeur de l'IMC au-delà de 90 ans ?

L'IMC est une méthode de calcul instituée par les compagnies d'assurances aux États-Unis permettant d'évaluer le risque de survie d'un individu. Cet indice encore nommé indice de Quételet portait antérieurement le nom d'indice de « poids idéal ». Cette méthode a pris place dans le cadre de l'alimentation parce qu'elle prend en compte deux facteurs déterminants de la composition de l'individu, son poids et sa taille. Pour autant les compositions hydrique, musculaire et osseuse d'un adulte et d'un sujet très âgé sont très différentes. En effet, un individu perd, après 65 ans, 40% de sa masse musculaire [8] et 20% de sa masse hydrique. Un rapide calcul montre qu'un adulte de 60 kg présente une masse musculaire de 40% en moyenne (32 chez la femme), soit 24 kg. La perte musculaire de cette même personne réduit sa masse musculaire à moins de 15 kg.

Si donc l'IMC signe une dénutrition lorsque sa valeur est inférieure à 21 et une dénutrition sévère lorsqu'elle est inférieure à 18, ces chiffres ne correspondent pas spécifiquement à la composition du corps du sujet âgé. Certains auteurs estiment même que la dénutrition devrait être évoquée en deçà de 22, voire 24 pour certains [9] ; ce qui paraît cohérent au regard de ces données.

Valeur de la durée de variation de poids

Les variations de poids sont aujourd'hui reconnues comme un facteur clé de dénutrition, s'il existe une perte de poids. Toutefois, cette perte est exprimée en pourcentage. La perte est donc un facteur d'autant plus important que le poids de la personne est initialement bas. Ainsi une personne

de 70 kg qui perd 5% de son poids en moins d'un mois perd en fait 3,5 kg. Mais une personne âgée qui pèse moins de 50 kg va perdre 2,5 kg de son poids. Cette perte rapportée au pourcentage musculaire et hydrique est donc largement sous-évaluée dans ses conséquences. Or, il n'existe pas de critères fins de perte de poids concernant ces personnes âgées très dénutries ou initialement de faible corpulence dans les méthodes proposées par l'HAS [2].

Le stade de dénutrition sévère est signifié en cas de perte de plus de 10% du poids en moins d'un mois. Là encore, et pour les mêmes exemples, nous aurions une perte de 7 kg dans un cas et de cinq seulement dans l'autre cas, mais la différence donne une personne de 63 kg et une de 45 kg.

La perte de poids est donc un bon indicateur mais ne reflète pas le risque gériatrique. La méthode que nous avons choisie prend en compte ce risque d'aggravation en fonction de l'état de la corpulence initiale.

Recherche de marqueurs décisionnels mieux adaptés à la gériatrie

Lors de notre étude initiale, nous avons constaté que le MNA, bien que largement préconisé comme outil de dépistage de la dénutrition chez la personne âgée de plus de 75 ans, restait très lourd pour l'objectif nutritionnel de notre EHPAD. Nous avons donc recherché d'autres outils permettant d'appréhender plus rapidement et plus simplement la dénutrition.

Les Anglo-Saxons, en particulier la British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN), proposent le dépistage de la DPE à partir de la mesure du poids, de la taille, de la perte de poids et de la recherche de facteurs de comorbidités [10]. Cette évaluation semble d'utilisation plus simple en EHPAD.

Si l'HAS recommande d'évoquer le diagnostic de DPE chez les personnes ayant une perte de poids, un IMC inférieur aux valeurs normales, ou un MNA-SF inférieur à 11, pour autant la chronologie n'évoque pas de valeur pronostique.

La BAPEN propose en contrepartie d'utiliser ces marqueurs dans une combinaison à visée diagnostique et pronostique [11,12].

La procédure retenue

Compte tenu du nombre de résidents à évaluer sur le plan nutritionnel, nous avons préféré une méthode qui se devait d'être simple, facile, reproductible et validée. Nous voulions utiliser les critères les plus discriminants pour le dépistage de la dénutrition, en l'occurrence, la perte de poids, le calcul de l'IMC et les facteurs aggravants, facteurs que l'on retrouve d'ailleurs dans la première partie du MNA.

La BAPEN propose une évaluation centrée sur la combinaison des indicateurs clés de la DPE à l'aide du Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). Cet outil de calcul d'un score de risque consiste en une démarche programmée réalisée en cinq étapes [13] :

- la première étape consiste à évaluer l'IMC à partir du poids et de la taille. Ce premier échelon permet immédiatement de juger de la dénutrition d'un résident entrant dans l'institution sans attendre la variation de poids. Le

degré de dénutrition se lisant à partir des données générales de l'IMC. De plus, le MUST propose à ce stade un tableau d'équivalences poids-taille pour faciliter les calculs d'IMC. Si l'IMC est supérieur à 20 = 0, entre 18,5 et 20 = 1, en dessous de 18,5 = 2 ;

- la deuxième étape consiste à évaluer entre deux pesées la perte de poids entre 5 % sur un mois et au-delà de 10 % sur les trois mois : moins de 5 % = 0 ; entre 5 et 10 % = 1 et au-delà de 10 % = 2. La pesée dans ce cas peut donc devenir trimestrielle ;
- la troisième étape consiste à rechercher un facteur aggravant de DPE lié à la comorbidité (présence d'une affection aiguë = 2) ;
- la quatrième étape consiste à faire la somme des scores des trois premières étapes ;
- la cinquième étape est celle de l'interprétation. Elle conduit, en fonction du risque obtenu, à mettre en place trois types d'actions spécifiques proportionnelles à l'intensité de la dénutrition :
 - en l'absence de risque (risque calculé à 0) ou par sécurité devant un risque nutritionnel faible, les actions consistent à renouveler l'évaluation tous les mois en institution,
 - devant un risque nutritionnel modéré (= 1), l'objectif initial est de surveiller les apports nutritionnels pendant trois jours. Puis d'agir selon les résultats de l'enquête,
 - devant un risque nutritionnel élevé (≥ 2), la prise en charge consiste à augmenter l'apport alimentaire.

L'intérêt de son utilisation en EHPAD

Le MUST permet de ne pas perdre de temps lorsque le nombre de personnes qui doivent bénéficier d'une prévention de la dénutrition est important.

Les étapes ne nécessitent pas un savoir-faire particulier et n'importe quel soignant peut l'utiliser s'il est formé.

L'intérêt de cette évaluation est de donner autant d'importance à l'IMC et à la perte de poids qu'au risque environnemental, comme la déambulation. Le MUST est donc facile à utiliser car il est fondé sur une méthode de gestion de risques qui ne fait que sommer les facteurs ou traceurs de DPE. De plus, c'est le degré de gravité qui conditionne les modalités de prises en charge, ce qui permet de dépasser le simple diagnostic. Il est à signaler que les actions proposées sont très proches de celles évoquées au regard de l'IMC.

Trois risques de dénutritions sont ainsi sélectionnés :

- au risque faible, sont associées la surveillance biométrique et la surveillance nutritionnelle ;
- au risque modéré, à ces surveillances sont ajoutés, la mise en place d'une fiche alimentaire, un enrichissement des

repas et le dosage de l'albumine et de la pré-albumine (Tableau 2) ;

- au risque de dénutrition sévère, s'ajoutent les compléments alimentaires per os.

Les limites de son utilisation

Le MUST nécessite cependant quelques adaptations pour pouvoir être utilisé en EHPAD, ce qui a été intégré à la mise en place de cet outil dans notre établissement.

La première concerne la progression des étapes. Elles nécessitent comme toutes les méthodes une vigilance des mesures anthropométriques. Nous avons choisi d'utiliser la formule de Chumléa pour éviter toute erreur d'interprétation de la taille des résidents. Nous n'avons pas pris en compte la réduction de la taille au-delà de 85 ans qui veut que les personnes perdent 1 cm de taille tous les six ans.

La perte de poids nécessite d'avoir au moins deux pesées. Le temps entre deux pesées demandé dans le MUST est trimestriel voire semestriel. Pour le MUST, la perte de poids située entre 5 et 10 % est considérée comme une variation interindividuelle « normale » et seule une perte de poids supérieure à 10 % aurait une valeur clinique.

Parallèlement, les recommandations de l'HAS [2] sont aussi basées sur ce délais de trois mois. Pour autant, compte tenu de la fragilité de nombreux résidents et des difficultés voire des incapacités de récupération protéique ou énergétique des résidents très âgés, il nous a semblé indispensable de réduire le délai entre deux pesées à un seul mois initialement pour ne pas laisser une dénutrition s'installer ou s'aggraver.

Les scores basés sur l'IMC ont aussi été légèrement modifiés pour tenir compte des analyses de Constans [9] qui précise que l'IMC limite pourrait être relevé à 24–29 kg/m² chez les sujets âgés en bonne santé. Alors que la DPE est généralement considérée comme improbable si l'IMC est supérieur à 20, possible si l'IMC est compris entre 18,5 et 20, et probable s'il est inférieur à 18,5.

Enfin, les circonstances environnementales prévues dans le test sont évaluées systématiquement sur un score de 2. Ce score de principe est issu d'une donnée moyenne basée sur le Nutritional Risk Screening de 2002 [14], qui était très « hospitalier » comme en témoigne le Tableau 3. Les situations proposées ne correspondent pas à celles de l'EHPAD. Si le MUST prévoit originellement l'absence d'alimentation pendant plus de cinq jours en raison d'une affection aiguë, en EHPAD, les raisons de réductions ou d'arrêts alimentaires sont toute autres. Elles peuvent certes survenir en cas de pathologie aiguë mais celle-ci peut ne pas être reconnue comme telle, parce qu'elle se présente sous la forme d'une

Tableau 2 Éléments comparatifs de l'albumine et de la pré-albumine.

	Demi-vie (jours)	Coût ^a	Valeurs normales (g/L)	Dosage
Albumine	20	B25	40–50	Tous les mois
Pré-albumine	2	B30	0,2–04	Tous les 10 jours

^a B = 0,26 euros.

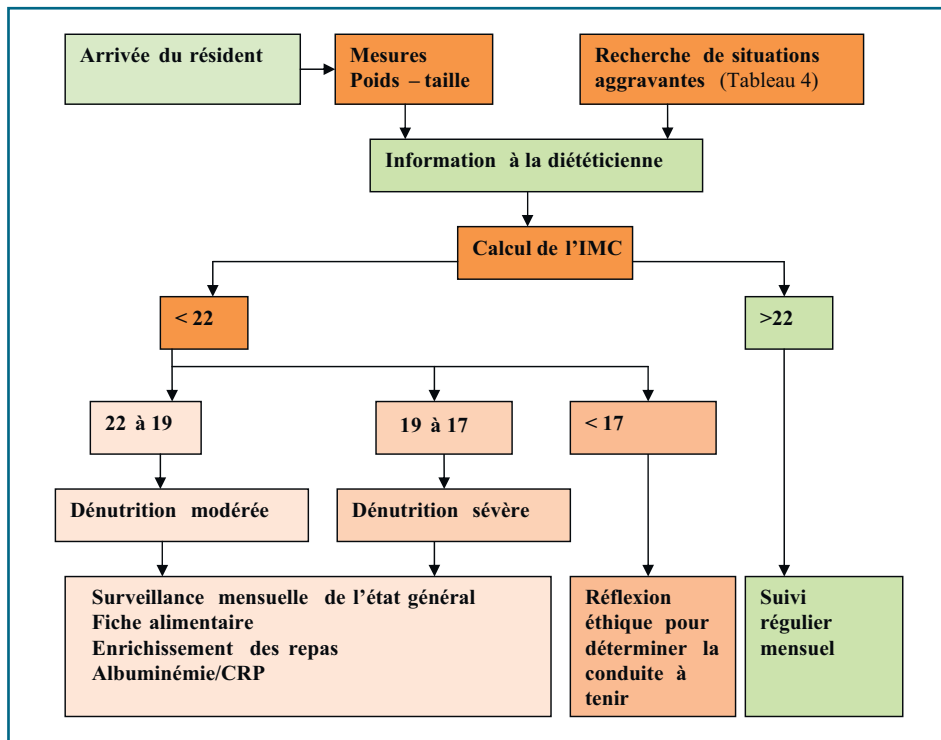


Figure 1. Évaluation de la dénutrition ou malnutrition protéino-énergétique (DPE) à l'arrivée du résident.

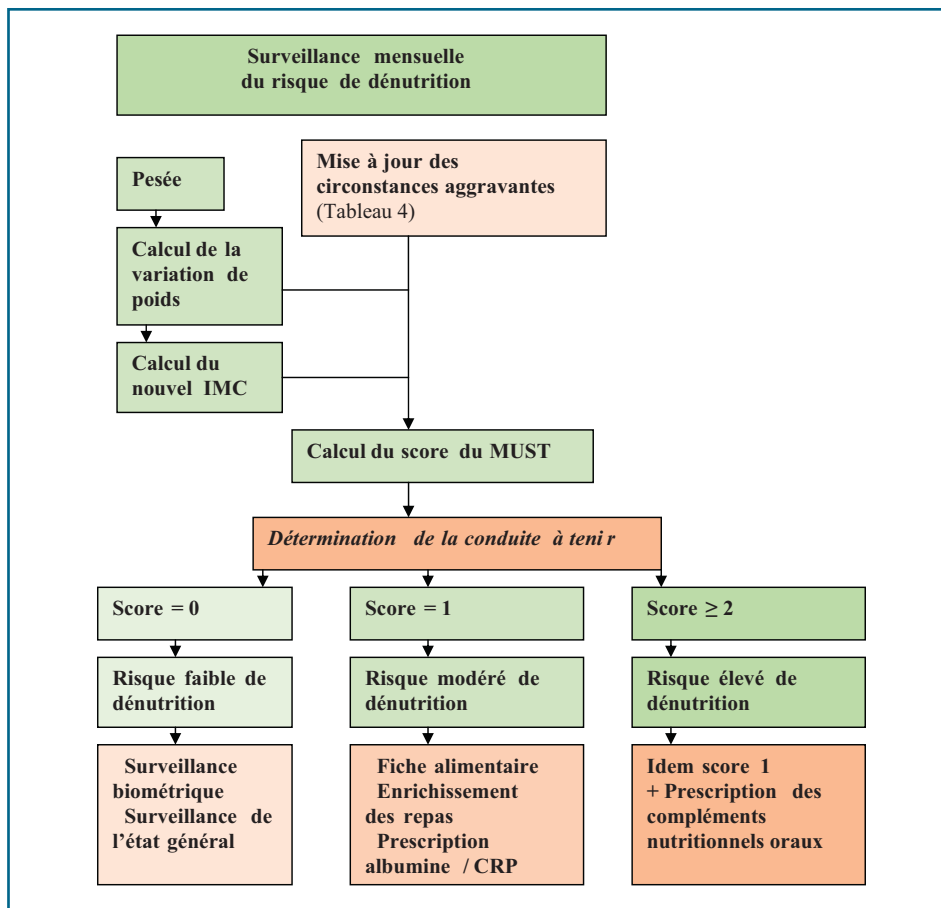


Figure 2. Évaluation régulière du résident à partir du Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

Tableau 3 Facteurs d'aggravation du Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) dans sa version hospitalière.

Situation clinique	Score
État nutritionnel normal	0
Fracture de hanche, patient chronique avec complications, hémodialyse, oncologie	1
Chirurgie abdominale, AVC, pneumopathie, hémopathie	2
Traumatisme crânien, greffe de moelle, patient en soins intensifs	3

Tableau 4 Circonstances aggravantes de dénutrition ou malnutrition protéino-énergétique (DPE) en institution si au moins une situation est identifiée = 2 points au Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

Refus alimentaire
Hospitalisation récente (de moins de 3 mois)
Syndrome de glissement
Stimulation intensive nécessaire au moment des repas
Escarres
Déambulation

chute, d'une aggravation de l'incontinence, ou de troubles du comportement parfois non vus ou non interprétés. Certains auteurs ont défini des facteurs clés de comorbidité essentiellement dans le cadre de la gérontologie en USLD et en SSR [13]. Nous avons donc retenu les risques environnementaux les plus fréquents en gériatrie en s'inspirant des recommandations de l'HAS [2] et de celles de Trivalle et al. [13]. Il s'agit donc de conditions similaires mais ancrées dans le champ de la gériatrie (Tableau 4).

Au final, le processus retenu est élaboré en deux temps :

- un premier temps pour les résidents entrants (Fig. 1), pour lesquels le MUST n'est pas calculable en raison de l'absence de variation de poids et parfois d'absence d'informations de facteurs aggravants. La prise en charge est celle proposée par l'HAS [2] ;
- un second temps (Fig. 2) lorsque le résident est présent dans l'institution.

Conclusion

En choisissant le MUST comme outil de dépistage de la DPE, nous avons fait le pari d'une pesée mensuelle. Il nous semble que ce choix est non seulement un choix technique mais surtout un choix stratégique, dans la mesure où la variation de poids d'une personne âgée est un indicateur fondamental de sa prise en charge nutritionnelle.

Les modalités de renutrition demeurent cependant très similaires à celles proposées au regard de l'IMC. Nous les avons seulement ajustées aux besoins d'une population très âgée et très dénutrie.

Cependant, si le MUST, après évaluation de son apport à la prévention de la dénutrition dans notre institution, s'avère un outil indispensable et performant, comme nous

l'espérons, le travail de renutrition ne fait que commencer. La recherche des causes n'est pas encore systématique. La culture du repas traditionnel l'emporte encore sur la notion de repas gériatriques fractionnés ou hyperprotéinés. La stimulation adaptée aux repas des résidents devra aussi faire l'objet d'une reconquête. La polymédication encore trop lourde devra être revue. Les actions qui seront menées nécessitent une large réflexion sur ce sujet avec tous les soignants. Ce sont eux qui auront à organiser les rythmes de vie et de repas. Ils auront besoin de formations spécifiques et d'un soutien apportés par le cadre de santé, la diététicienne et le médecin coordonnateur.

Ainsi la pesée et la mesure de la taille d'une personne très âgée en institution sont deux données fondamentales à sa prise en charge. Nous parions sur la capacité de l'établissement à réaliser une pesée mensuelle pour assurer aux résidents les meilleures possibilités d'une composante d'un vieillissement réussi.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Remerciements

Les auteurs remercient C. Bouley (diététicienne), F. Bailly (cadre supérieur de santé) et M. Louis (directeur).

Références

- [1] Belmin J. La prise en compte de l'état nutritionnel chez les malades âgés : un regard différent sur l'altération de l'état général. *Presse Med* 2000;29:2169–70.
- [2] HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations avril 2007. http://www.sfnep2010.org/images/pdf_referenciel/denutrition_pers_recom.pdf?PHPSESSID=f4c3a3b38d11e53a188c159895b57538.
- [3] Pinchkofsky-Devin GD, Kamanski Jr. MV. Incidence of protein-calorie malnutrition in the nursing home population. *J Am Coll Nutr* 1987;6:109–12.
- [4] Kottusch P, Püschel K, von Renteln-Kruse W. Underweight in elderly persons: a retrospective analysis of 3821 forensic autopsies in Hamburg. *Z Gerontol Geriatr* 2010;43:120–4.
- [5] Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996;54(1 Pt 2):S59–65.
- [6] ANAES. Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés. Septembre 2003. http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_recos.2006.09.25_14.20.46.375.pdf.
- [7] Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc* 1985;33:116–20.
- [8] Polycopié du CEN–2e cycle. *Cah Nutr et Diet* 2001; 36 (hors série 1).
- [9] Constans T. Dénutrition du sujet âgé. Malnutrition protéino-énergétique : méthode diagnostique et épidémiologie. *Presse Med* 2000;29:2171–6.
- [10] British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. The "MUST" explanatory booklet. A guide to the

- Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for adults 2003. http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf.
- [11] Henderson S, Moore N, Lee E, et al. Do the malnutrition universal screening tool (MUST) and Birmingham nutrition risk (BNR) score predict mortality in older hospitalised patients? *BMC Geriatrics* 2008, 8:26, 2–6.
- [12] Lelovics Z. Nutritional status and nutritional rehabilitation of elderly people living in long-term care institutions. *Orv Hetil* 2009;150:2028–36.
- [13] Trivalle C, Gasquet I, Hamon-Vilcot B, et al. Mise au point de deux échelles de dépistage de la dénutrition pour les personnes âgées hospitalisées en soins de suite ou en soins de longue durée. *NPG* 2007;7(37): 19–24.
- [14] Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z. Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003;22:321–36.