Réseau Gérontologie
du Pays de Remiremont et de ses vallées

Stratégie d'intervention nutritionnelle

Dans la Lutte contre la dénutrition des personnes âgées institutionnalisées

Carnet destiné :

- Directeur d'établissement
- Médecin coordonnateur
- Diététicien
- Cadre de santé
- Responsable de restauration

Date : 01/09/2007

CE CARNET EST LE FRUIT D'UNE RÉFLEXION MENÉE SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉNUTRITION DANS NOS ÉTABLISSEMENTS.

CE TRAVAIL A ABOUTI GRÂCE À LA VOLONTÉ DE COLLABORATION DE 17 ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL POUR PERSONNES AGEES :
EHPAD, MAISONS DE RETRAITE, RÉSIDENCES, HOPITAUX LOCAUX, CENTRE HOSPITALIER DU PAYS ROMARIMONTAIN.

DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DE LA RESTAURATION PAR LEURS EXPERIENCES DU TERRAIN ONT REFLECHI A UN OUTIL DE TRAVAIL COMMUN POUR UNE PRISE EN CHARGE ET UN SUIVI DE LA DENUTRITION.

CE CARNET N'A AUCUNE PRÉTENTION, MAIS UNE HARMONISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES CONTRIBUERA À L'AMÉLIORATION DE L'ETAT DE SANTE DES RESIDANTS.

LES ETUDES LES PLUS RECENTES ESTIMENT À 20% LE NOMBRE DE PERSONNES AGEES DENUTRIES À L'ADMISSION ET 40 À 50% À LONG TERME.

CES CHIFFRES ÉTANT INTOLERABLES, UNE MOBILISATION DE TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DE LA RESTAURATION EST PRIMORDIALE….

Table des matières

-Présentation	2
-Table des matières	3
-Références	4
-Démarche de la stratégie de l'intervention nutritionnelle	5
-La pesée	6
-La Taille	7
-L'IMC	8 à 9
-MNA	10 à 11
-Programme National Nutrition Santé	12 à 13
-Utilisation des compléments nutritionnels oraux	14 à 15
-Exemple de répartition journalière	16
-Exemple de menu	17
-Participants au Réseau Gérontologie « groupe diététique de la personne âgées »	18

L'ALIMENTATION EST **LE PREMIER** DES SOINS

-LE PLAN NATIONAL NUTRITION SANTE **(PNNS2)**

-LE GROUPE D'ETUDE DES MARCHES DE RESTAURATION COLLECTIVE ET DE NUTRITION **(GEMRCN)**

-LE COMITE NATIONAL DE L'ALIMENTATION **(CNA)** :
« AVIS SUR LES BESOINS ALIMENTAIRES DES PERSONNES AGEES »

-APPORTS NUTRITIONNELS CONSEILLÉS POUR LA POPULATION FRANCAISE 3ÈME ÉDITION **(ANC)**

=RÉFÉRENCES INCONTOURNABLES DE L'ORGANISATION DE LA POLITIQUE ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTE

Démarche de la stratégie de l'intervention nutritionnelle

Initiation de la prise en charge :

Il est souhaitable de débuter la prise en charge de la personne âgée dès son arrivée en institution et au plus tard dans un délai de 8 jours.

Renseigner la feuille : « L'évaluation nutritionnelle »

Puis si nécessaire poursuivre par l'intervention et le suivi nutritionnel.

Identification du Résidant : identité, pesée, IMC

Dépistage du risque nutritionnel : Aucun signe identifié → Surveillance Normale

Risque identifié → Évaluation

Évaluation de l'état nutritionnel : grille de surveillance alimentaire pendant 3 jours, bilan biologique (albumine, transthyrétine, CRP), suivi du poids

Prise en charge nutritionnelle : consultations spécialisées, adaptation de l'alimentation, enrichissement de l'alimentation (recettes « maison » ou compléments oraux)

Bilan de l'intervention

Amélioration de l'état nutritionnel ou si échec discussion de nutrition artificielle

Evaluations :

La pesée à l'entrée :

L'évaluation nutritionnelle repose avant tout sur la mesure régulière du poids corporel.

-La pesée doit se faire sur une balance stable suffisamment large pour s'y tenir debout. (réf. PNNS2)

Ou

-Avec un lève malade

Ou

-Avec une chaise-pèse personne.

Pour un résidant sans signe de dénutrition la pesée mensuelle est suffisante.

Attention : Toute baisse de poids de 2kg/mois ou baisse d'appétit ou maladie aigue ou changement du quotidien réaliser une évaluation de l'état nutritionnel.

La Taille :

S'il n'est pas possible de mesurer la personne, on peut utiliser la longueur de l'avant bras : distance entre l'olécrane et le styloïde (bras gauche replié sur la poitrine)

Tableau : Correspondance Taille avec longueur de l'avant bras

Homme Sup 65ans	**1.87**	**1.86**	**1.84**	**1.82**	**1.81**	**1.79**
Femme sup 65ans	1.84	1.83	1.81	1.80	1.79	1.77
Avant bras (cm)	32	31.5	31	30.5	30	29.5

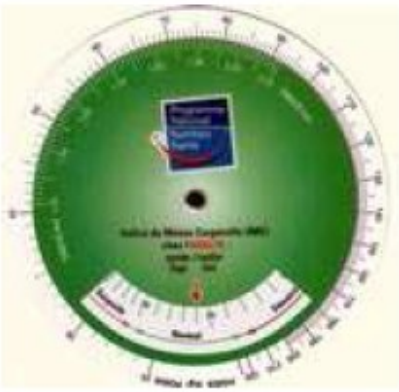
Homme Sup 65ans	**1.78**	**1.76**	**1.75**	**1.73**	**1.71**	**1.70**
Femme sup 65ans	1.75	1.73	1.71	1.7	1.68	1.66
Avant bras (cm)	29	28.5	28	27.5	27	26.5

Homme Sup 65ans	**1.68**	**1.67**	**1.65**	**1.63**	**1.62**	**1.6**
Femme sup 65ans	1.65	1.63	1.61	1.6	1.58	1.56
Avant bras (cm)	26	25.5	25	24.5	24	23.5

Homme Sup 65ans	**1.59**	**1.57**	**1.56**	**1.54**	**1.52**	**1.51**
Femme sup 65ans	1.55	1.53	1.52	1.5	1.48	1.47
Avant bras (cm)	23	22.5	22	21.5	21	20.5

Evaluations :

L'IMC



L'IMC est le rapport du poids(kg) sur la taille au carré (m^2) : IMC = $\frac{\text{Poids(kg)}}{\text{Taille}^2\ (m^2)}$

(également appelé Indice de Quetelet ou indice de corpulence ou body masse index (BMI en anglais)

Le disque ci-joint permet de calculer rapidement l'IMC de chaque patient (il ne peut être aussi précis qu'un calcul fait au moyen d'une calculatrice). Cet outil a été validé par les instances internationales et notamment l'OMS.

Classification IMC

Dénutrition

Grade V < 10,0
Grade IV 10,0 - 12,9
Grade III 13,0 - 15,9
Grade II 16,0 - 16,9
Grade I *ou insuffisance pondérale* 17,0 - 18,5
Surpoids 25,0 - 29,9
Obésité ≥ 30,0
Grade I 30,0 - 34,9
Grade II 35,0 - 39,9
Grade III 40,0

Dénutrition

Elle est caractérisée par une perte de masse maigre et de masse grasse : plus la dénutrition est importante, plus l'IMC est bas.

- **Un IMC très faible suffit au diagnostic de dénutrition : IMC < 18,5 = dénutrition.**
- **L'évolution du poids est un élément essentiel du diagnostic de dénutrition : une perte de 2 % du poids en une semaine, de 5 % en un mois, de 10 % en six mois doit être considérée comme pathologique.**
- **Un IMC normal ou élevé n'exclut pas une dénutrition : une perte de poids spontanée peut traduire une dénutrition quel que soit l'IMC.**
- **L'IMC est un élément du diagnostic de dénutrition mais ce n'est pas le seul. La perte de poids peut être masquée par des oedèmes (à rechercher cliniquement).**

Le MNA est un outil validé pour le dépistage de la dénutrition des personnes âgées.

C'est un questionnaire qui aborde de manière globale le risque de dénutrition, avec la recherche d'un certain nombre de facteurs de risque de dénutrition, une enquête alimentaire rapide et la mesure de marqueurs nutritionnels.

Il permet de distinguer les patients non dénutris, les patients à risque nutritionnel et les patients dénutris.

Les 6 premières questions « dépistage » permettent une première approche du risque.

Ce MNA court doit toujours être fait pour évaluer l'état nutritionnel d'une personne âgée.

Si le score de dépistage est inférieur ou égal à 11 points, continuez l'évaluation par le MNA complet.

Observation :

Le MNA : évaluation globale est que rarement utilisé dans les Etablissements, car trop fastidieux.

Astuce :

La grille de surveillance alimentaire correctement renseignée peut remplacer partiellement la deuxième partie du MNA

Le MNA :Mini Nutritional Assessment Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit ?
A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
0 = anorexie sévère
1 = anorexie modérée
2 = pas d'anorexie

B Perte récente de poids (<3 mois)
0 = perte de poids> 3kg
1 = ne sait pas
2 = perte de poids entre 1 et 3kg
3 = pas de perte de poids

C Motricité
0 = du lit au fauteuil
1 = autonome à l'intérieur
2 = sort du domicile

D Maladie aigue ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?

0 = oui 2 = Non

E Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère
1 = démence ou dépression modérée
2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle (IMC= poids/(taille)^{2}en kg/m^2)
0 = IMC<19
1 = 19<IMC <21
2 = 21<IMC <2319<IMC <21
3 = IMC>2319<IMC <21

Score de dépistage (sous total max. 14 points)
12 points ou plus normal pas besoin de continuer l'évaluation
11 points ou moins possibilité de malnutrition-continuez l'évaluation

Fruits et légumes :
Au moins 5 par jour

-A chaque repas et en cas de petits creux (gôuter, collation)

-crus, cuits, nature ou en conserve

-1 fruit pressé ou 1 verre de jus de fruits « sans sucre ajouté » au Petit-déjeuner ou au goûter

---

Pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre et légumes secs
A chaque repas et selon l'appétit

Favoriser les aliments complet s et varier les féculents.

Lait et produits laitiers
3 ou 4 par jour

Jouer sur la variété

Privilégier les produits nature et les produits les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés : lait, yaourt, fromage blanc

---

Viandes, poissons œufs
2 fois par jour

Viande : privilégier la variété des espèces et les morceaux les moins gras

Poisson : au moins 2 fois par semaine, frais, surgelé ou en conserve

- limiter les préparations frites et panées
- Penser aux abats

Matières grasses ajoutées

Ne pas en abuser

-privilégier les matières grasses végétales

-favoriser la variété

-limiter les graisses d'origine animale(beurre, crème)

Produits sucrés

Sans en abuser

-à consommer de préférence au cours des repas et des collations

-attention aux bonbons et aux boissons sucrées

-attention aux aliments gras et sucrés

Boissons

-Eau : au cours et en dehors des repas

-Limiter les boissons sucrées

-Boissons alcoolisées : ne pas dépasser par jour, 2 verres de vin pour les femmes et 3 verres pour les hommes

Sel

Pas de conseil spécifique

Ne pas manger sans sel sans prescription spécifique

-préférer le sel iodé, saler sans excès

BOUGER !!!!

Activité physique régulière

Chaque jour le plus possible

L'UTILISATION DES COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS ORAUX :

Qu'est-ce que c'est ?

Ce sont des concentrés
d'énergie de protéines de vitamines et de minéraux.

Ils complètent l'alimentation mais ne la remplace pas.

Sous qu'elle forme les trouve-t-on ?

Boisson lactée enrichie
Crème enrichie (avec ou sans lactose)
Jus de fruits enrichi (nombreux arômes)
Compote enrichie
Potage enrichi

Quelle quantité consommer ?

Au moins 2 par jour
A donner au moins 2 heures avant le repas

Pendant combien de temps ?

Pendant toute la période de la maladie aigue puis en convalescence 3 à 4 fois la durée de la pathologie

Comment peut-on les accommoder autrement ?

Glace

Crème anglaise

Introduit dans une compote

Les préparations neutres dans le potage

Comment augmenter leur tolérance ?

Altemer les produits enrichis « maison » et les produits enrichis prêts à l'emploi

Altemer les produits lactés - fruits - crèmes - liquide...

Rincer la bouche après la fin de la prise du produit

Exemple de répartition journalière

Petit déjeuner :

1 Bol de lait aromatisé

Pain

Beurre

Confiture

Déjeuner:

Crudité

Viande

Légumes vert set /ou féculents (en alternance)

Fromage ou laitage

Fruit

Pain

Collation :

Pain variés+ fromage

Ou Entremet lacté

Et/ou fruit/compote/jus de fruit

Dîner :

Potage de légumes

Complément protidique

Légumes verts et /ou féculents

Fromage ou laitage

Fruit

Pain

Exemple de menu

Déjeuner:

Salade de concombre à la ciboulette

Bœuf Mironton

Spaetzle

Fourme d'Ambert

Poire au vin ou corbeille de fruits frais

Pain

Collation :

Pain sésame+ brie

Ou semoule au lait ou gâteau de riz ou flan ou crème renversée

Et/ou fruit/compote/jus de fruit

Dîner :

Crème d'asperge

Filet de cabillaud meunière

Choux fleurs au gratin

Coupe de fromage blanc et fruits rouges

Pain

Participants réseau gérontologie
Groupe diététique de la personne âgée

Mme BOURDAIRE Nathalie Diététicienne – Centre Hospitalier de Remiremont

M. CUNAT Bernard Responsable de cuisine – Maison de Retraite de Vagney

Mme COUPEAU Marie - Line Aide soignante - Hôpital Local de Bussang

M. DURUPT Pascal OPQ – Maison de Retraite de Plombières les Bains

Mme FILBERT Valérie Diététicienne - Syndicat inter-hospitalier de Saint Dié / Hôpital de Gérardmer

Mme GASPARD Marie- France Diététicienne – Centre Hospitalier de Remiremont

Mme HINGRAY Francine IDE- Centre Hospitalier de Remiremont / Résidence Léon Werth

Mme LAMBERT Edith IDE– EHPAD de Saulxures sur Moselotte

Mme LEDRAPPIER Isabelle Aide soignante – Maison de Retraite du Val D'Ajol

Mme LEROY Catherine IDE– Maison de Retraite de Plombières les Bains

Mme MARION Anne Marie ASH - Centre Hospitalier de Remiremont / Résidence Léon Werth

Mme PEGURRI Lydie Responsable hôtelière - Maison de Retraite du Val D'Ajol

Mme POIROT Christine Responsable de cuisine - EHPAD de Saulxures sur Moselotte

M SIRGUEY Marcel Responsable de cuisine - Hôpital Local de Bussang

Avec l'aimable participation de Madame le Docteur Wagner –Médecin Gérontologue

Et Madame le docteur Jacquot-Médecin coordonateur

Réseau Gérontologie
du Pays de Remiremont et de ses vallées

RGPRV