



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

Semestre 3

UEC 10 Gérontologie

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

La nutrition et vieillissement

I.	LES FACTEURS INFLUENÇANT LA QUALITE DU VIEILLISSEMENT	3
1.	ROLE DE LA NUTRITION DANS LA SURVENUE DES MALADIES CHRONIQUES	3
II.	NUTRITION ET FRAGILITE	3
1.	NOTION DE FRAGILITE	3
2.	LES SUJETS AGES FRAGILES.....	3
3.	LES RECOMMANDATIONS EN ALIMENTATION	4
4.	PNNS 2019-2023	4
III.	ENJEUX NUTRITIONNELS SPECIFIQUES CHEZ LES SUJETS AGES	5
IV.	L'ÉVALUATION ET LA SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE CHEZ LES PERSONNES AGEES	5
1.	ÉVALUATION DU POIDS	6
2.	VARIATION DU POIDS	6
3.	ÉVALUATION DE LA TAILLE.....	6
a.	Évaluation de l'IMC.....	7
V.	QUELLES SONT LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS POUR L'ÉVALUATION ET LA SURVEILLANCE DE L'ETAT NUTRITIONNEL DANS LE PROGRAMME ICOPE ?	7
1.	ICOPE : LA FILIERE DE SOINS POUR PRENDRE EN CHARGE LA MAL NUTRITION	7
2.	ÉTAPE 1 : DEPISTER.....	7
3.	ÉTAPE 2 : EVALUER L'ETAT NUTRITIONNEL.....	8
4.	PRENDRE EN CHARGE	9
a.	Si le score du MNA est compris entre 24 et 30 : absence de malnutrition.....	10
b.	Si le score de MNA est compris entre 17 – 23,5 : risque de malnutrition.....	11
c.	Si le score de MNA est < 17 : malnutrition	11
VI.	MESSAGES CLES	11

I. Les facteurs influençant la qualité du vieillissement

Chez la personne âgée plusieurs facteurs influencent l'**apparition de maladies chroniques** :

- Les facteurs hormonaux
- Les facteurs génétiques
- Les facteurs environnementaux

1. Rôle de la nutrition dans la survenue des maladies chroniques

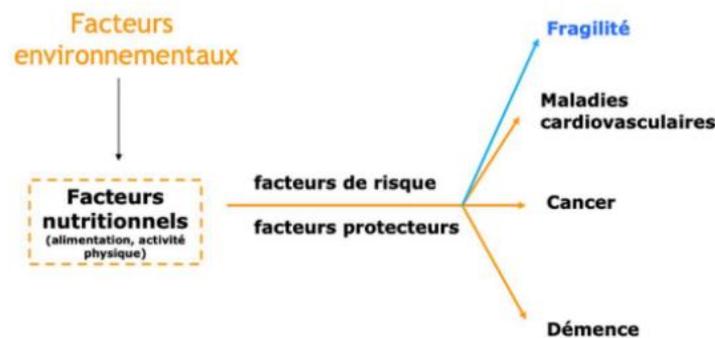
Le facteur nutritionnel est considéré comme un facteur environnemental. La nutrition peut avoir des r les :

- Rôle de **facteur protecteur** (va protéger contre l'apparition de certaines maladies)
- Rôle de **facteur de risque** (peut être entraîner l'apparition de certaines maladies)

Quand l'alimentation est considérée comme à **risque** ou protectrice, elle a une **influence** sur les pathologies suivantes : maladies cardiovasculaires, cancers et démences.

L'alimentation s'intègre désormais dans les **actions de prévention** gouvernementales de **santé publique**.

Exemple : plan cancer, PNNS 1, PNNS 2, PNNS3, PNNS4



II. Nutrition et fragilité

En plus de jouer un rôle dans l'apparition ou la protection de certaines maladies l'alimentation peut aussi jouer un **rôle dans la fragilité** (personnes âgées robuste – personnes âgées fragiles).

1. Notion de fragilité

Une **personne âgée robuste** peut devenir **pré-fragile** voir **fragile**   la suite d'un stress (hospitalisation, chute...). Mais la fragilité est **réversible** s'il y a une bonne prise en charge et surtout une prise en charge adaptée à la personne âgée. Si la prise en charge n'est pas adaptée, ou qu'un stress supplémentaire se déclare il y a un risque pour la personne âgée de présenter un **déclin cognitif** et/ou physique, entraînant une hospitalisation ou un allongement de la durée de l'hospitalisation voire une institutionnalisation.

Dans ce cas, la personne âgée devient **dépendante** ce qui est **irréversible**, elle ne peut pas revenir à son état d'autonomie d'avant.

2. Les sujets âgés fragiles

Une étude a été menée en 2015, dans un hôpital de jour sur un échantillon de 113 patients vivant à domicile.

Cette étude montre que :

- **26%** des patients vivants à domicile sont **fragiles**
- **52%** des patients vivants à domicile sont **pré-fragiles**
- **22%** des patients vivants à domicile sont **robustes**

Sur l'étude qui a été menée on peut remarquer que :

- 32,7% des patients avaient un IMC compris entre 25 et 30 (en surpoids) et 26,5% des patients avaient un IMC > 30 (en ob sitt )
- Le risque de dénutrition était présent pour 17,7% des patients
- 46,0% des patients était sédentaires et que 45,1% avait une activité physique entre 2 et 4h par semaine
- 16,8% ne cuisinaient pas
- 38,9% avaient besoin d'aide pour faire les courses
- 57,4% avaient des restrictions alimentaires pour certains aliments

Si on regarde la **consommation alimentaire** de ces personnes âgées on remarque aussi que :

- **26%** mangent moins 1g/Kg/j de protéines
- **21%** mangent entre 20 – 25 kcal/kg/j et que **15%** mangent < 20 kcal/kg/j

L'alimentation est donc à la fois un facteur de risque et un facteur de protection. Mais il faut aussi savoir que l'alimentation représente le **premier facteur de risque** de perte d'années de vie en bonne santé, devant le tabac (12%) et l'alcool (7%). En effet l'alimentation représente **31% du risque**. En France 28% des adultes âgés de 18 à 54 ans sont en **surpoids** et 15% sont **obèses**. En France l'alimentation est trop salée, et manque de fibres.

3. Les recommandations en alimentation

En termes d'alimentation, les recommandations sont :

- **25g de fibres** par jour (89,7% des adultes n'atteignent pas les recommandations)
- **5g de sel** par jours (90% des adultes dépassent la limite)
- < 36% des apports de lipides totaux (83% des adultes dépassent le seuil de recommandation)
- **150g de charcuterie par semaine** (63% des adultes dépassent les recommandations)
- **1 verre de boisson sucré** par jour (40% des adultes dépassent les recommandations)

4. PNNS 2019-2023

Les **axes importants** dans le programme national de nutrition en santé (PNNS) :

- **L'axe 2 : encourager les comportements favorables à la santé**
 - Obj 6 : promouvoir et développer le nutri-score
 - Obj 7 : promouvoir les nouvelles recommandations nutritionnelles du PNNS (alimentation et activité physique)
 - Obj 8 : lutter contre les comportements sédentaires
 - Obj 9 : améliorer l'information relative à la qualité des aliments (fiabilité des applications numériques orientant les choix alimentaires)
 - Obj 13 : mieux former les professionnels  ouvrant dans le champ de la nutrition pour renforcer leur compétence en prévention dans ce domaine
- **L'axe 3 : mieux prendre en charge les personnes en surpoids, dénutries ou atteintes de maladies chroniques**

- Obj 16 : dépister et prendre en charge les personnes obèses dans le système de soins (feuille de route obésité)
- Obj 17 : prévenir la dénutrition
 - Sensibiliser le grand public et les professionnels de santé et du secteur social en mettant en place chaque année « une semaine nationale de la dénutrition »
 - Favoriser le dépistage précoce de la dénutrition chez les séniors
- Obj 18 : développer des actions de dépistage, prévention et surveillance de l'état nutritionnel des personnes en situation de vulnérabilité dans les établissements médico-sociaux
- Obj 19 : développer l'offre et le recours à l'APA à des fins d'appui thérapeutiques

III. Enjeux nutritionnels spécifiques chez les sujets âgés

Le vieillissement est caractérisé par une **diminution des réserves physiologiques** nutritionnelles des différents systèmes de l'organisme associée à une perte de l'homéostasie et une moindre résistance aux maladies.

Sur le plan nutritionnel, on observe :

- Des modifications de la composition corporelle avec des **modifications quantitatives** : augmentation progressive de la masse grasse, perte de la masse musculaire et osseuse, puis diminution progressive des masses grasse et maigre au-delà de 75- 80 ans
- Des modifications de la composition corporelle avec des **modifications qualitatives** de tissus musculaire associées à une perte de la force musculaire

D'autres facteurs surviennent également avec l'âge et sont associés au risque nutritionnel :

- Des **modifications physiologiques du métabolisme**
- Des **modifications du mode de vie** (isolement social, difficultés financières, d'approvisionnement)
- L'apparition de **troubles physiques**
- Une diminution de l'activité physique : réduction des apports en réponse à la diminution des dépenses
- Une réduction progressive et physiologique sensorielle du goût, troubles de la mastication, troubles dentaires → préférences alimentaires avec une diminution de la consommation de viande et/ou augmentation de la consommation de sel et de sucres

La vieillesse peut entraîner des **modifications des comportements alimentaires** créant des risques de déséquilibre nutritionnel (bilan énergétique et/ou protéique négatif → consommation insuffisante) et de dénutrition ( tat de malnutrition par défaut amenant à un amaigrissement).

IV. L'évaluation et la surveillance nutritionnelle chez les personnes âgées

L'évaluation chez la personne âgée est une approche en deux étapes :

- **Identifier les situations à risque** par l'interrogatoire et l'utilisation d'outils de repérage (screening) validés comme : DETERMINE, MUST, MNA-SF, SNAQ
-  valuer pour réaliser le **diagnostic de dénutrition** et son degré de sévérité

Cela permet de trouver les principaux facteurs étiologiques de la dénutrition.

La surveillance, elle repose sur :

- La **mesure du poids**
- Calcul de l'**IMC**
- **L'évaluation de l'appétit** et de la consommation alimentaire ( chelle visuelle analogique ou verbale, échelle quantitative (portions ; di t tienne)
- La **force musculaire** (force de préhension, test lever de chaise)
- La surveillance régulière de l'état buccodentaire, des capacités de mastication et de déglutition

Spécificités de la personne âgée	à tout âge
Dépendance, perte de mobilité	Insuffisances d'organe chroniques et sévères (cardiaque, respiratoires, rénale ou hépatique)
Troubles cognitifs	Cancers
Dépression, deuil	Pathologies inflammatoires chroniques
Isollement social, entrée en institution	Hospitalisations répétées
Troubles bucco-dentaires	Douleurs aiguës ou chroniques
Troubles de la déglutition	Régimes restrictifs
Polymédication	Maldigestion et/ou malabsorption
Escarre	Alcoolisme chronique
Fécalome	Pathologies aiguës

Quel que soit le statut nutritionnel de la personne, il est recommandé de **surveiller l'évolution** de son statut nutritionnel :

- En ville : **1 fois par mois**   domicile et à chaque consultation
- A l'hôpital MCO et SSR :   l'entrée, puis au moins **1 fois par semaine** et à la sortie
- En EHPAS et USLD :   l'entrée, puis au moins **1 fois par mois**

En cas d' v nement clinique intercurrent (infection ou chirurgie par exemple), ou de diminution de l'appétit ou des consommations alimentaires, la surveillance nutritionnelle doit être rapprochée à au **moins 1 fois par semaine** (poids, appétit, consommations alimentaires) en ville, en USLD et en EHPAD.

1.  valuation du poids

Dans la mesure du possible, il faut utiliser des **balances calibrées et fiables**. Lors de la surveillance du poids il faut veiller à ce que leur précision soit régulièrement vérifiée et s'assurer que la valeur affichée avant la pesée est 0. Pour obtenir le poids exact bien retirer les chaussures et les vêtements épais. Si le poids du sujet ne peut pas être mesuré, il faut utiliser une valeur récemment consignée dans ses dossiers ou auto-déclarée (si fiable ou réaliste).

2. Variation du poids

On calcule la **variation du poids en %** ; le calcul est :

- Variation de poids = (poids antérieur – poids actuel) x100 / par le poids antérieur

Si en **1 mois** la variation de poids est supérieure à **5% il faut s'alerter**.

Si en **6 mois** la variation de poids est supérieure à **10% il faut s'alerter**.

Il faut faire attention car les **o d mes** peuvent masquer une perte de poids.

3.  valuation de la taille

Pour mesurer la taille, on utilise en priorité la **toise**. Il faut veiller à ce que la toise soit correctement positionnée contre le mur. On va demander au sujet d'enlever ses chaussures et de se tenir bien droit, pieds à plats et talons contre la toise ou le mur, s'assurer que le sujet regarde droit devant lui et abaisser la barre jusqu'à ce qu'elle repose délicatement sur le sommet de son crâne.

En cas d'incapacité à tenir debout, il est recommandé d'utiliser la **formule de Chumlea** (taille du corps entier extrapolée à partir de la distance talon-genou) ou bien d'utiliser la taille déclarée (si elle est cohérente).

Femme
 Taille (cm) = 84,88 - 0,24 x âge (années) + 1,83 x hauteur talon-genou (cm)



La mesure est faite à l'aide d'une toise pédiatrique. Le patient doit être couché sur le dos, le genou levé en faisant un angle de 90° entre la jambe et la cuisse. Le pied fait également un angle de 90° avec la jambe. La partie fixe du calibre est placée sous le talon de la jambe, la partie mobile est placée au-dessus des condyles fémoraux, l'axe du calibre étant parallèle à l'axe du tibia.

Homme
 Taille (cm) = 64,19 - 0,04 x âge (années) + 2,03 x hauteur talon-genou (cm)

Il y a d'autres alternatives : la **longueur du cubitus**

mesures

Estimation de la taille à partir de la longueur du cubitus



Mesurer la distance entre la pointe du coude (olécrâne) et le milieu de l'os saillant du poignet (apophyse styloïde radiale) (autant que possible du côté gauche).

Sexe	Âge (ans)	1,84	1,93	1,91	1,89	1,87	1,85	1,84	1,82	1,80	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71
Homme	<105 ans	1,84	1,93	1,91	1,89	1,87	1,85	1,84	1,82	1,80	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71
	105 ans	1,87	1,96	1,94	1,92	1,91	1,79	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71	1,70	1,68	1,67
Femme	<105 ans	1,84	1,85	1,81	1,80	1,79	1,77	1,76	1,75	1,73	1,72	1,70	1,69	1,68	1,66
	105 ans	1,84	1,83	1,81	1,79	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71	1,70	1,68	1,66	1,65	1,63
Homme	<105 ans	1,89	1,87	1,90	1,84	1,82	1,80	1,78	1,77	1,76	1,74	1,73	1,71	1,69	1,68
	105 ans	1,85	1,83	1,82	1,80	1,78	1,77	1,76	1,74	1,72	1,71	1,69	1,68	1,66	1,65
Femme	<105 ans	1,85	1,83	1,82	1,81	1,79	1,78	1,76	1,75	1,73	1,72	1,70	1,69	1,67	1,65
	105 ans	1,81	1,80	1,78	1,76	1,75	1,73	1,72	1,70	1,69	1,67	1,65	1,64	1,62	1,60

a. Évaluation de l'IMC

Pour le **calcul de l'IMC** nous avons besoin de la taille et du poids. Ces données doivent être inscrites dans le dossier médical pour suivre l'évolution.

Attention : un IMC normal n'exclut pas la possibilité d'une dénutrition → **on peut être obèse et dénutri**

V. Quelles sont les recommandations de l'OMS pour l'évaluation et la surveillance de l'état nutritionnel dans le programme ICOPE ?

1. ICOPE : la filière de soins pour prendre en charge la mal nutrition

Ce programme est constitué de plusieurs étapes :

- Étape 1 : dépister la **malnutrition** dans la communauté
- Étape 2 : **évaluer l'état nutritionnel** (MNA) => évaluer et prendre en charge les affections associées, évaluer et prendre en charge l'environnement social et physique
- Étape 3 : **prendre en charge** la malnutrition
- Étape 4 : **assurer le suivi**
- Étape 5 : mobiliser les communautés, soutenir les aidants

2. Étape 1 : dépister

Pour cette première étape on va évaluer l'état nutritionnel (avez-vous perdu involontairement au moins 3kg au cours des 3 derniers mois ? avez-vous perdu de l'appétit ? notez votre poids)

Si à ces 3 questions on a **au moins 1 oui** : on met en place la 2^{ème} étape (évaluation de l'état nutritionnel).

Si « **non** » : renforcer les **conseils génériques** sur la santé et le mode de vie ou les soins habituels

Comment renforcer les conseils génériques sur la santé et le mode de vie ou les soins habituels ?

- Rappeler quels sont les **besoins nutritionnels** des personnes âgées et lutter contre les idées reçues (ex : les besoins nutritionnels diminuent avec l'âge, la perte de poids est normale avec l'âge, ...)
- Insister sur la **nécessité d'une alimentation variée, équilibrée**, diversifiée et nécessité d'une surveillance régulière du poids (repères de consommation du PNNS)

- Insister sur la pratique d'une **activité physique**
- Insister sur **l'hygiène bucco-dentaire** et les soins r guli rs (maintien des capacités de mastication favorisant une alimentation diversifiée et suffisante)

L'activité physique : l'objectif à atteindre est une activité physique d'intensité modérée d'une durée d'environ de **30 minutes ou plus**, la plupart des jours de la semaine (recommandation PNNS, 2006-2010).

L'idéal serait de parvenir à faire :

- 3   7 jours par semaine => activité **d'endurance** : 30 minutes
- Tous les jours => **assouplissement** => 5 à 20 minutes
- 2   3 jours par semaine => **force et équilibre** => 5 à 20 min

3.  tape 2 :  valuer l'état nutritionnel

L'OMS recommande **l'utilisation du MNA** en version complète. Cet outil permet d'enregistrer : le poids, la taille, l'IMC et la circonférence des bras et des mollets.

Il mesure également : la **consommation d'aliments** et de liquides, la **perte d'appétit** et la perte de poids récente (identique à la question sur la recherche de cas), la mobilité, l'autonomie, le stress psychologique récent ou maladie aiguë (traitement), les problèmes psychologiques et la situation de vie.

Le MNA va permettre de **classer les individus** en 3 catégories :

- MNA compris entre 24 et 30 :  tat nutritionnel normal
- MNA 17 – 23.5 : risque de malnutrition
- MNA < 17 : mauvais état nutritionnel

L'avance de l'âge s'accompagne d'une diminution de la masse musculaire et de la force musculaire aggravées par une alimentation et un exercice physique insuffisant. En même temps, la masse grasse peut augmenter. Le poids peut donc diminuer ou rester le même et masquer ces changements. Une personne sous-alimentée peut donc avoir perdu des tissus maigres essentiels et avoir un IMC « normal ». Ce qui montre l'intérêt de **mesurer la fonction musculaire** pour apprécier la **malnutrition protéique** (par exemple : la force de préhension)

On va certes utiliser le MNA pour évaluer l'état nutritionnel mais on peut aussi s'aider d'autres échelles :

- Pour chercher des **pathologies associées** :
 - Pathologie bucco-dentaire (OHAT)
 - Trouble du goût et de l'odorat
 - Problème de mastication et troubles de la déglutition
 - Stress psychologique
 - Fragilité (critère de Fried)
- Prendre en compte les **besoins sociaux environnementaux** : isolement, solitude, pauvreté

La **sarcopénie** et la **fragilité** sont des affectations qui peuvent être associées à une mauvaise alimentation => interventions liées au mode de vie (nutrition + exercice physique)

Rôle des aidants et des communautés : aides financières, services d'aide à domicile pour la préparation et la livraison des repas, développement de structures de restauration (restaurant séniors) ou de repas festifs organisés par les collectivités territoriales...

La dénutrition résulte d'un **déficit d'apport isolé** et/ou d'une **augmentation des dépenses ou des pertes**. La dénutrition concerne 4 à 10% des personnes âgés à domicile, 15 à 38% en institution et 30 à 70% à l'hôpital.

La dénutrition doit être recherch e dans **tout bilan gériatrique global** et doit être identifiée précocement :

- **Effets délétères sur les tissus** (changements mesurables des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle)
- Une **comorbidité** et un **facteur de risque** indépendant de mauvais pronostic (chutes, infection, perte d'autonomie et décès)
- Une des causes majeures de vulnérabilité et de fragilité
- Une des causes de **dépendance iatrogène**

Il existe un réel besoin de **recommandations nutritionnelles spécifiques** pour les plus âgés (75 ans et + ou des personnes plus jeunes mais avec des facteurs de fragilité) compte tenu des risques spécifiques liée à la perte d'autonomie (avis HCSP mai 2021)

- Les **conséquences fonctionnelles** d'un déséquilibre nutritionnel sont aggravées par la coexistence d'autres marques du vieillissement comme la **SARCOPÉNIE**
- Le maintien d'une **activité physique adéquate** et la limitation de la sédentarité restent essentiels pour le maintien de l'équilibre énergétique et prévention du déclin fonctionnel et des pathologies liées au vieillissement

Diagnostic de la dénutrition (HAS 2021) :

En France, le diagnostic de dénutrition pour les 70 ans et + repose sur les recommandations de l'HAS 2021. Le diagnostic nécessite la présence d'au moins **1 critère phénotypique** et **1 critère étiologique** :

- Ce sont les consensus européens qui définissent la sarcopénie confirmée comme l'association d'une réduction de la force et de la masse musculaire

Les critères proposés par l'EWGSOP2 pour appréhender la sarcopénie :

	Femme	Homme
Réduction de la force musculaire (au moins 1 critère)		
5 levers de chaise en secondes	> 15	
Force de préhension (dynamomètre) en kg	< 16	< 27
ET réduction de la masse musculaire (au moins 1 critère)*		
Masse musculaire appendiculaire en kg	< 15	< 20
Index de masse musculaire appendiculaire en kg/m ²	< 5,5	< 7

Une fois que le diagnostic de la dénutrition est établi, la sévérité de la dénutrition chez les 70 ans et + est établie selon les **seuils d'IMC** ou le **% de la perte de poids** ou **d'albuminémie**

Si au cours du suivi il y a une disparition du critère biologique (reprise de l'alimentation, guérison de la maladie), le diagnostic de dénutrition persiste tant que persiste le critère phénotypique.

Chez l'adulte de 70 ans et + : le seuil de pourcentage de la perte de poids constituant un critère phénotypique sont identiques à ceux retenus chez le jeune adulte (selon l'HAS 2019).

Les critères phénotypiques qui diff rent du jeune adulte c'est que la personne âgée présente une **sarcopénie confirmée si IMC < 22** (contre 18 chez le jeune adulte)

4. Prendre en charge

La prise en charge nutritionnelle doit être :

- **Globale :**
 - o Pouvant permettre de comprendre les **causes** de la perte de poids/perte d'appétit (HAS 2021) → identifier les leviers d'actions
 - o Agir sur les **facteurs de risques** ( tat dentaire dépression, difficultés à faire les cours ou cuisiner)
 - o Associer la **pratique d'activité physique**
 - o Ne pas oublier le **plaisir des repas** (caractère social)
- **Personnalisée**
 - o Selon l'état nutritionnel
 - o Selon les apports alimentaires
 - o Selon les capacités et les souhaits de la personne

Pendant cette 3  étape, on va donner des **conseils nutritionnels** en :

- **R evaluant :**
 - o En cas de maladie ou de stress
 - o 1 fois/an pour les sujets vivant à domiciles
 - o 1 fois/ trimestre pour les sujets ayant des problèmes sociaux
- En **absence de perte de poids => contrôler :**
 - o Contrôle fréquent du poids
 - o R evaluation tous les 3 mois
- En cas de **perte de poids => traiter :**
 - o Intervention nutritionnelle : conseil, alimentation enrichie, prescription de CNO si échec
 - o Contrôle fréquent du poids
 - o Envisager exercice multimodal

Il faut donner des **conseils généraux** : conseils nutritionnels, faciliter l'accès aux commerces, si incapacité il faut rechercher des aides : pour la préparation des repas, pour le portage des repas ou alors des restaurants séniors.

S'il y a une **incapacité physique de manger** (problématiques de dentition par exemple), il faut orienter le patient vers un dentiste, une diététicienne ou une nutritionniste.

a. Si le score du MNA est compris entre 24 et 30 : absence de malnutrition

Le premier objectif est de **couvrir les besoins nutritionnels**, il faut :

- Lutter contre les idées reçues :
 - o Besoins nutritionnels du sujet  g  en bonne santé sont identiques à ceux d'un adulte soit 30kcal/kg/jour
 - o Besoins en protéines augmentés avec l'âge est de l'ordre de 1,2g/kg/j (les protéines animales sont privilégiées à celles animales. Ce qui veut dire que pour une personne de 50kg il faut 50 à 50g de protéines par jours)
 - o Les besoins en certaines vitamines et minéraux sont augmentés
- Alimentation variée et équilibrée (repères PNNS)
-  viter les régimes restrictifs
- Encourager l'activité physique (dépense énergétique)

Le second objectif est de **r evaluer l'état nutritionnel** : 1 fois par an à domicile et 1 fois tous les 3 mois en perte d'autonomie ou après une maladie aiguë.

b. Si le score de MNA est compris entre 17 – 23,5 : risque de malnutrition

L'objectif principal est de **prévenir la malnutrition** :

- En **contrôlant** fréquemment le poids, traiter en cas de perte de poids
- **En luttant contre les idées reçues** : la perte de poids n'est pas normale
- En expliquant le risque nutritionnel encouru (souvent non perçu)
- En négociant une **fourchette de poids**
- En augmentant les apports alimentaires si fonte musculaire (protides) et/ou perte de poids (Kcalories) : conseils nutritionnels, aide à la prise alimentaire, alimentation enrichie, prescription de CNO si échec)

c. Si le score de MNA est < 17 : malnutrition

L'objectif principal est la **reprise de poids** et de **masse musculaire** :

- Connaître les critères de diagnostic de dénutrition selon HAS 2021 (pour les 70 ans et +)
- **Traiter** :
 - o Intervention nutritionnelle spécialisée nécessaire
 - o Objectif à atteindre : apport énergétique compris entre 30 à 40kcal/kg/j et des apports protéiques compris entre 1,2 et 1,5 g/kg/j
 - o **Augmenter les apports alimentaires** : conseils nutritionnels, aide à la prise alimentaire, aliments enrichie, prescription de CNO si échec ; en cas de dénutrition sévère, débuter par un CNO
 - o Prescription de **CNO** : 400kcal/j et ou 30g de protéines/j en plus et non   la place des repas
 - o En fonction du statut nutritionnel et des apports alimentaires spontanés, **r evaluation**   7 ou 15 jours
 - o établir avec le patient un **objectif de poids**
 - o R evaluer régulièrement

Il y a 2 façons d'utiliser les compléments nutritionnels oraux (CNO) :

- On peut les utiliser pour **combler les dettes caloriques**
- On peut les utiliser pour apporter un « **surplus** » **d'énergie/protéines** pour reprendre du poids/muscles

VI. Messages clés

Les **modifications physiologiques** rencontrées au cours du vieillissement fragilisent l'état nutritionnel des personnes âgées, notamment en cas de pathologies chroniques ou  v nement aiguë.

La détérioration de l'état nutritionnel **aggrave le pronostic des comorbidités** qui sont-elles mêmes des facteurs étiologiques de dénutrition (spirale).

L'évaluation de l'état nutritionnel doit faire partie de toute évaluation de la santé d'une personne âgée.

La dénutrition doit être **systématiquement recherch e** pour permettre une prise en charge nutritionnelle précoce (HAS 2021).

La surveillance du poids et de la fonction musculaire est un élément principal de la surveillance alimentaire.

Une **alimentation insuffisante** et moins d'activité physique entraînent une perte de masse musculaire et de force.

Une alimentation équilibrée, en quantité suffisante (au moins 1500kcal/j), fournit généralement les **vitamines** et les **minéraux nécessaires** aux personnes âgées, mais une déficience en vitamine D, C, B9, B12 est courante chez eux.

La **malnutrition** entraîne souvent une perte de poids, mais pas toujours. La masse grasse peut remplacer la masse musculaire, laissant le poids inchangé.

L'obésité est un **autre aspect de la malnutrition** mais elle n'est pas abordée dans les recommandations de l'OMS.

Concernant le **diagnostic de PDE** (HAS 2021) :

- Réversion des critères phénotypiques : inclusion des données de masses musculaires, de force musculaire et de performances physiques
- Le diagnostic repose sur au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique
- Ce diagnostic est un préalable obligatoire avant de juger sa sévérité
- Les critères phénotypiques reposent exclusivement sur des **critères non biologiques**
- La sévérité est établie selon les seuils d'IMC ou le pourcentage de perte de poids ou d'albuminémie
- **L'hypoalbuminémie** n'est pas un critère de diagnostic mais un critère de **sévérité**
- Si au cours du suivi il y a une disparition du critère étiologique (reprise de l'alimentation, guérison d'une maladie), le diagnostic de dénutrition persiste tant que persiste le **critère phénotypique**

Les **5 écueils   éviter** :

- Ne pas peser la personne âgée
- Considérer que l'anorexie et l'amaigrissement sont normaux chez le patient âge
- Ne pas comprendre que la dénutrition est une pathologie silencieuse que le patient  g  n'abordera jamais spontanément lors d'une consultation gériatrique
- Ne pas aborder le sujet notamment chez les patients le plus à risque, polypathologique, polymédiqués, et en particulier en présence de troubles neurocognitifs majeurs
- Ne pas surveiller l'efficacité de la renutrition sur des critères adaptés

Rechercher une dénutrition :

- **Quand** ? Lors d'une première consultation ou hospitalisation ; lors de consultation de suivi ; lors d'une sortie d'hospitalisation pour permettre le retour à domicile dans de bonnes conditions avec un projet thérapeutique nutritionnel ; ou après une période de décubitus prolongé
- **Comment** ? En récupérant des informations objectives ; en impliquant si besoin l'aidant principal, le médecin r f rent et tous les soignants impliqués dans l'accompagnement du patient ; et en surveillant régulièrement le poids du patient et les critères validés
- **Pourquoi** ? Pour comprendre et traiter les causes ; pour mettre en place des interventions utiles, faisables et de suivre leur efficacité ; et pour prévenir les complications

L'alimentation au-delà de la nutrition c'est aussi **maintenir le plaisir de manger**, de cuisiner, de faire ses courses, de choisir ses menus.