

REPERAGE



Bilan d'entrée

- Données cliniques : poids, taille, IMC, perte de poids récente, **force et masse musculaire** (par ex : test du nombre de levers de chaise en 15 sec, mesure du tour de mollet)
- Recueil des habitudes alimentaires, bilan bucco-dentaire et bilan de déglutition
- Évaluation de l'état nutritionnel avec D-NUT[®] (Mini-MNA + Évaluation de la prise alimentaire)



Statut nutritionnel normal



Surveillance du résident



Au quotidien

Transmission des signes d'alerte
La "PARADE" contre la dénutrition



1 fois / mois

Suivi du poids, IMC
Force musculaire
Réévaluation de l'état nutritionnel avec D-NUT[®]



- Poids
- Alimentation/Appétit
- Repas
- Activité physique
- Dépistage (par ex : D-NUT[®]) (Enrichissement)

Résident repéré à risque de dénutrition, dénutri ou dénutri sévère



DIAGNOSTIC



Critères d'évaluation

Au moins 1 critère phénotypique :

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel
- IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$
- Sarcopénie confirmée
Par ex : > 15 sec pour effectuer 5 levers de chaise et tour de mollet $< 31 \text{ cm}$



Au moins 1 critère étiologique :

- Réduction de la prise alimentaire
- Absorption réduite
- Situation d'agression
Pathologie aiguë ou chronique évolutive ou maligne évolutive

Dénutrition

Dénutrition sévère si :

- Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel
- IMC $< 20 \text{ kg/m}^2$
- Albuminémie $< 30 \text{ g/L}$

Recommandations de la HAS (2021) pour les plus de 70 ans

Mobilisation de toute l'équipe



Pour tout résident à risque de dénutrition ou dénutri, il est important d'initier une prise en charge adaptée.

Information et sensibilisation

Pour le résident et/ou son entourage
Si possible, implication du résident dans sa prise en charge

PRISE EN CHARGE



Recherche et traitement des causes

- Bilan médical (pathologies, traitements, etc.)
- État bucco-dentaire (dentition, soins de bouche)
- Troubles de la déglutition
- État psychologique
- Perte d'autonomie

Interventions personnalisées

dentiste, orthophoniste, psychologue, ergothérapeute...



Activité physique

Si possible, bilan physique

- Pour stimuler l'appétit et limiter la perte musculaire
- Stimulation de la mobilité au quotidien
 - Séances d'activité physique adaptée et/ou de kiné



Maintien du lien social

Animations, repas en salle à manger, etc.
Stimulation du résident par l'équipe et son entourage



Adaptation de l'alimentation*

Si possible, bilan diététique

*En cas de dénutrition sévère et selon les pathologies et le profil du résident, discuter collégialement d'une nutrition entérale (HAS 2007)

Collaborer avec le service de restauration et/ou hôtelier

- Adapter la texture aux capacités du résident
- Mettre en place une aide au repas si nécessaire
- Soigner l'environnement et la présentation du repas

Augmenter les apports en protéines et calories

(voir fiche pratique Enrichissement)

Sur prescription médicale ou selon protocole validé



S'appuyer sur les goûts et habitudes du résident
Fractionner les apports en ajoutant 1 à 2 collations



Privilégier et ajouter des aliments riches en protéines
Ajouter de la poudre de lait/protéines dès que possible



En collaboration avec la cuisine :
- Adapter les menus
- Proposer des recettes enrichies



Si l'enrichissement ne suffit pas, ajouter des compléments nutritionnels oraux



Objectifs de prise en charge
1.2 - 1,5 g de protéines/kg/jour
30 - 40 Kcal/kg/jour

SUIVI

Suivi rapproché et adaptation de la prise en charge

Contrôle du poids et de la prise alimentaire
Réévaluation 1 fois/semaine de l'état nutritionnel avec D-NUT[®]
Bilan sanguin si besoin tous les 3 mois : albuminémie

