



HAL
open science

Les critères HAS 2021 du diagnostic de la dénutrition : études des critères étiologiques chez la personne âgée dans un contexte officinal

Florine Amiand

► To cite this version:

Florine Amiand. Les critères HAS 2021 du diagnostic de la dénutrition : études des critères étiologiques chez la personne âgée dans un contexte officinal. Sciences pharmaceutiques. 2024. dumas-04805760

HAL Id: dumas-04805760

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04805760v1>

Submitted on 26 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

**THESE
POUR LE
DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Par

Florine AMIAND

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2024

Les critères HAS 2021 du diagnostic de la dénutrition :

**Études des critères étiologiques chez la personne âgée dans
un contexte officinal**

Président : M. Christophe OLIVIER, Maître de Conférences de Toxicologie,
UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes

Directeur : M. Guillaume ANDRE, Docteur en Pharmacie, chargé
d'enseignement, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes

Membres du jury : Mme Lise Renier, Pharmacien adjoint, Mouilleron-le-Captif

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	6
I. Partie 1 : Les personnes âgées, une population à haut risque de dénutrition	7
A. Dénutrition : définition, diagnostic et épidémiologie	7
1. Définition	7
2. Diagnostic	8
a) Les critères phénotypiques	8
b) Les critères étiologiques	11
3. Epidémiologie	13
B. Les personnes âgées : une population très touchée par la dénutrition.....	15
1. La personne âgée	15
2. La fragilité de la personne âgée	15
3. L'impact du vieillissement sur le risque de dénutrition	16
4. Les conséquences de la dénutrition pour la personne âgée	17
II. Partie 2 : Les critères étiologiques de la dénutrition particulièrement présents chez la personne âgée ¹⁹	
A. Réduction de la prise alimentaire	19
a) Les besoins habituels alimentaires et protéino-énergétiques.....	19
b) Les causes de la réduction alimentaire	20
(1) Vieillesse	20
(a) Bucco-dentaire.....	20
(b) Perte du goût.....	21
(c) Perte d'odorat	22
(d) Baisse de la vision	23
(e) Baisse de l'audition	24
(f) Déshydratation.....	25
(g) Perte d'appétit.....	26
(2) Aspects sociaux et environnementaux.....	27
(a) Isolement	27
(b) Précarité.....	28
(c) Maltraitance	29
(d) Hospitalisation et entrée en EHPAD	29
(3) Traitement médicamenteux	30
(4) Régimes restrictifs.....	30
B. Une absorption réduite	31
1. Maldigestion.....	31
2. Malabsorption	32

C.	Les situations pathologiques	33
1.	Pathologie aiguë	33
a)	Maladies infectieuses.....	33
(1)	Grippe.....	33
(2)	Covid-19.....	34
b)	Maladies inflammatoires aiguës	36
2.	Pathologie chronique	37
a)	Les étiologies psychologiques	37
(1)	Dépression	37
(2)	Troubles psychotiques	37
(3)	Syndrome confusionnel.....	39
b)	Maladies neurologiques.....	40
(1)	Maladie de Parkinson	40
(2)	Maladie d'Alzheimer.....	41
c)	Maladies cardio-vasculaires	42
(1)	Post AVC.....	43
(2)	Insuffisance cardiaque.....	43
d)	Maladies inflammatoires chroniques.....	44
e)	Troubles de la déglutition.....	45
f)	Escarres	46
3.	Pathologie maligne évolutive	48
III.	Partie 3 : Le rôle du pharmacien d'officine face à un patient âgé dénutri.....	50
A.	Une nécessité de détecter les personnes âgées à risque de dénutrition	50
B.	Prendre en charge la dénutrition	54
1.	Conseils nutritionnels de base.....	54
2.	Enrichissement de l'alimentation traditionnelle.....	55
3.	Complémentation nutritionnelle orale	58
C.	Prise en charge globale	64
	CONCLUSION	68
	BIBLIOGRAPHIE.....	70
	LISTE DES TABLEAUX	77
	LISTE DES FIGURES.....	77
	ABREVIATIONS.....	78
	ANNEXE	79

REMERCIEMENTS

J'aimerais, en premier lieu, remercier les membres de mon jury,

À Christophe OLIVIER, de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Merci pour votre gentillesse durant nos années d'études et de votre disponibilité pour ce jour important.

Je voudrais ensuite remercier Guillaume ANDRE, pour m'avoir fait l'honneur d'être mon directeur de thèse. Merci pour votre disponibilité et pour vos précieux conseils durant ces longs mois.

Et enfin, j'aimerais remercier Lise Renier d'avoir accepté d'être dans mon jury. Nous nous sommes rencontrés pendant nos études de pharmacie et aujourd'hui nous sommes collègues. Rien de tout cela n'était prévu, mais je suis contente de te voir aujourd'hui à cette place.

Ensuite, j'aimerais remercier ma famille et mes amis,

Tout d'abord, mes parents Stéphane et Emmanuelle, d'avoir été présents et de m'avoir soutenu tout au long de mes études. Cela n'aura pas été de tout repos, mais grâce à vous, je peux exercer le métier dont je rêve depuis l'âge de 8 ans et je vous en serais éternellement reconnaissant.

À ma sœur Ophélie, la meilleure grande sœur. Je suis chanceuse de t'avoir dans ma vie, j'ai toujours pu compter et m'appuyer sur toi pendant toutes ces années quand j'en éprouvais le besoin. Merci de m'avoir soutenue et d'avoir été présente.

À mes grands-parents, merci pour toute l'affection à mon égard ; même si mes études étaient compliquées à comprendre pour vous, je vous remercie d'avoir été présent. J'ai une pensée toute particulière pour mon grand-père qui est parti trop tôt au cours de ma 4^{ème} année de pharmacie. Il ne me verra pas diplômé, mais j'espère qu'il est fier de moi de là-haut.

J'aimerais remercier Justine, la plus belle rencontre de toutes mes études. Depuis notre rencontre en 2^{ème} année, on ne se lâche plus entre les trajets de tram ensemble, les TPs, les oraux, les covoiturages pour aller en soirée et même les vacances ensemble. Ton soutien a été bénéfique durant toutes ces années. Que dire de plus sur notre amitié à part que ce n'est que le début.

À Emilie, Pauline, Lucie, mes amies d'enfance, votre soutien aura été sans faille. On se sera toujours soutenu pendant toutes nos études dans la joie et la tristesse. Votre amitié aura été importante pour moi et elle l'est encore aujourd'hui.

Merci à toutes les personnes que j'ai rencontrées durant toutes ces années d'études de pharmacie. De la PACES à la 6^{ème} année, de la promo 2022 à la 2023, que de belles rencontres qui resteront gravées dans ma mémoire comme nos cours.

Enfin, à toutes mes collègues des pharmacies de BELLEVIGNY, LE RESTE et MOUILLERON avec qui j'ai eu le plaisir de travailler pendant mes études. À vous qui m'avez tant appris sur le métier, qui avez toujours pris le temps pour moi. Cela m'a permis d'évoluer chaque jour et de devenir la pharmacienne que je suis maintenant. Merci.

INTRODUCTION

Le nombre de personnes âgées augmente depuis quelques années, principalement en raison de l'allongement de l'espérance de vie. Il en résulte principalement le vieillissement de la population. Les affections associées à l'âge sont de plus en plus courantes chez les personnes âgées, car le vieillissement est inévitable.

Étant originaire du département de la Vendée et donc d'une région rurale, la population que je rencontre est principalement composée de personnes âgées. Au cours de mon expérience professionnelle, j'ai constaté une hausse de la consommation de Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) parmi cette catégorie de la population. De plus, ayant dans mon entourage des personnes consommant des CNO, il était logique de se pencher sur le problème de la dénutrition.

La dénutrition se caractérise par un déséquilibre entre les apports nutritifs et les besoins de l'organisme. Environ 2 millions de personnes en France sont touchées par cette maladie, qui peut affecter les individus à tous les âges, mais plus particulièrement les personnes âgées, qui représentent environ 700 000 personnes. Les seniors présentent un état de santé lié au vieillissement physiologique et à l'état pathologique. Effectivement, de nombreuses pathologies peuvent provoquer une dénutrition. Cette dernière peut entraîner de lourdes conséquences qui peuvent aggraver une pathologie sous-jacente. Elle est influencée par la situation médicale et socio-économique du patient.

À l'intérieur de cette thèse, nous allons d'abord définir la dénutrition et les personnes âgées, puis nous examinerons les critères diagnostiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui ont évolué depuis novembre 2021, en mettant l'accent sur les critères étiologiques qui apparaissent en collaboration avec un critère phénotypique. La deuxième partie portera sur les facteurs étiologiques auxquels une personne âgée dénutrie pourrait être confrontée. En troisième et dernière partie, nous aborderons le rôle du pharmacien envers un patient dénutri, son rôle dans la détection et la prise en charge, ainsi que les conseils qu'il peut prodiguer.

I. Partie 1 : Les personnes âgées, une population à haut risque de dénutrition

A. Dénutrition : définition, diagnostic et épidémiologie

1. Définition

Bien que la dénutrition existe à tous les âges, les personnes âgées ont des particularités qui les rendent plus vulnérables à ce problème, ce qui peut avoir des conséquences potentiellement dramatiques. La dénutrition est une maladie silencieuse avec un impact important sur la santé et la qualité de vie d'un individu.

En effet, selon le dictionnaire médical, « La dénutrition est un état pathologique résultant d'apports nutritionnels insuffisants par rapport aux besoins du sujet » (1) et selon le dictionnaire Larousse, la dénutrition désigne « un état pathologique dans lequel les besoins en énergie ou en protéines de l'organisme ne sont pas couverts. » (2) mais c'est surtout une perturbation entre apports et besoins protéino-énergétiques entraînant des pertes tissulaires avec des conséquences néfastes sur le plan fonctionnel. (3)

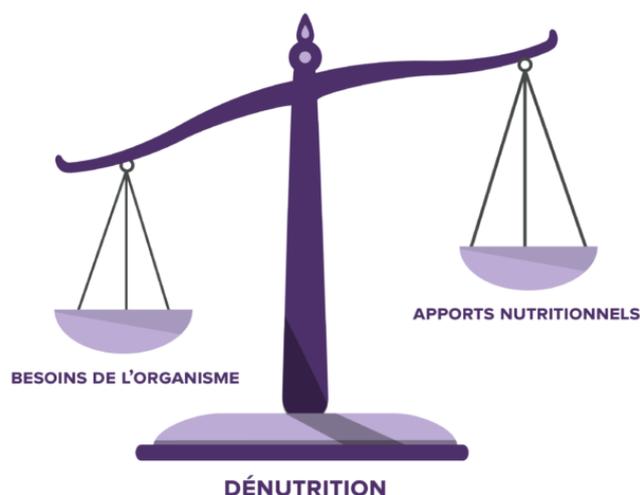


Image 1 : Besoins vs apports¹

¹ : issu du site <https://aseptinmed-care.fr/la-denuitration-et-ses-enjeux/>

La HAS a actualisé la définition de la dénutrition en novembre 2021. Aujourd'hui, « la dénutrition représente l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel. Ce dernier est caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif » souvent associé à un ou plusieurs des facteurs suivants : (4)

- Un déficit d'apport protéino-énergétique ;
- Une augmentation des dépenses énergétiques ;
- Une augmentation des pertes protéiques et/ou énergétiques.

Il convient de s'intéresser aux états de la dénutrition. En effet, divers processus physiopathologiques peuvent conduire à la dénutrition, qui peut être causée par une carence en nutriments et/ou une augmentation des besoins.

2. Diagnostic

Pour rappel, les recommandations de la HAS de 2007 avaient établi que le diagnostic de la dénutrition nécessitait la présence d'au moins un des critères suivants : (5)

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois
- Indice de masse corporelle (IMC) < 21
- Albuminémie $< 35\text{g/L}$
- *Mini Nutritional Assessment* (MNA) global < 17 . Il s'agit d'un outil d'évaluation qui permet de repérer les individus âgés dénutris ou à risque de dénutrition.

Depuis novembre 2021, le diagnostic a évolué et repose désormais sur la présence d'un critère phénotypique lié à l'état physique de la personne et d'un critère étiologique correspondant à une cause possible de la dénutrition. (3)

a) Les critères phénotypiques

- **La perte de poids** est un signe de dénutrition trop souvent négligée, mais elle est cruciale dans le diagnostic. En effet, il se manifeste par une perte $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.

Poids en kg	Perte de poids	
	- 5 % en 1 mois	- 10 % en 6 mois
90	85,5	81
80	76	72
70	66,5	63
60	57	54
50	47,5	45
40	38	36

Image 2 : Exemple de perte de poids en kg (131)

- **L'IMC ou Indice de Masse Corporel** est un indicateur qui permet d'estimer la corpulence d'une personne. L'IMC est couramment employé pour évaluer le surpoids/l'obésité mais peut aussi être employé dans la dénutrition. En effet, un IMC inférieur à 22 kg/m² est un critère de dénutrition selon l'HAS. Ce chiffre a augmenté, passant de 21 kg/m² à 22 kg/m², car il y avait trop de disparité entre chaque continent. 4 sociétés savantes ont homogénéisé les critères pour qu'ils soient utilisés dans le monde entier et l'IMC en fait partie. (136). Il se calcule en divisant le poids par la taille au carré :

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{poids (kg)}/[\text{taille}]^2 \text{ (m)}$$

- **Une sarcopénie confirmée** : C'est la combinaison d'un affaiblissement musculaire associé à une perte de masse musculaire et une diminution de la capacité physique qui les expose au risque de perte d'autonomie et de dépendance. C'est un processus naturel lié au vieillissement, il existe des critères pour son diagnostic : (6)
 - Examen clinique par un médecin ou soit par le questionnaire SARC-F, un score supérieur à 4 doit faire suggérer la présence d'une sarcopénie.

Composante	Question	Score
Force	Avez-vous des difficultés pour lever et transporter 4,5 kg ?	Aucune = 0 Un peu =1 Beaucoup ou incapable = 2
Troubles de la marche	Avez-vous des difficultés pour traverser une pièce ?	Aucune = 0 Un peu =1 Beaucoup ou incapable = 2
Lever d'une chaise	Avez-vous des difficultés pour vous lever d'une chaise?	Aucune = 0 Un peu =1 Beaucoup, avec aide ou incapable = 2
Montée des escaliers	Avez-vous des difficultés pour monter 10 marches ?	Aucune = 0 Un peu =1 Beaucoup, avec aide ou incapable = 2
Chutes	Combien de fois êtes-vous tombé dans les 12 derniers mois ?	Pas de chute = 0 1 à 3 chutes = 1 ≥ 4 chutes=2

Image 3 : Questionnaire SARC-F (7)

- Evaluation de la force musculaire : La force musculaire peut être évaluée soit à l'aide d'un dynamomètre, soit en effectuant un test de levée de chaise (se lever 5 fois de sa chaise en un laps de temps chronométré). Si la force de préhension est inférieure à 27 kg chez l'homme ou à 16 kg chez la femme, ou si 5 levés de chaise sont effectués en plus de 15 secondes, la force musculaire est considérée comme faible.
- Confirmation par une évaluation de la qualité et de la quantité musculaire par utilisation de mesure de composition corporelle ou des techniques d'imageries médicales pour confirmer la présence de la sarcopénie.

Après avoir établi le diagnostic de dénutrition, il est conseillé de vérifier la présence de critères de gravité avec la présence d'au moins un des critères mentionnés ci-dessus. La dénutrition sévère est caractérisée par les critères suivants dont 1 seul critère suffit pour confirmer :

- **IMC < 20 kg/m²** ;
- **Perte de poids** plus importante :
 - ≥ 10 % en 1 mois,
 - ou ≥ 15 % en 6 mois,
 - ou ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- **Albuminémie ≤ 30 g/L** : La principale protéine de transport présente dans le sang est l'albumine, qui est fabriquée uniquement par le foie et dépend de l'état nutritionnel.

Cependant, d'autre facteur tel qu'un syndrome inflammatoire peut avoir un impact sur ce taux. Il est donc conseillé d'évaluer simultanément la protéine C-réactive, qui est un indicateur de l'état inflammatoire du patient.

b) Les critères étiologiques

Ajouté à ce critère phénotypique, on y associe 1 critère étiologique pour diagnostiquer la dénutrition :

- **Réduction de la prise alimentaire** $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport :
 - À la consommation alimentaire habituelle : pour évaluer la réduction de la prise alimentaire, il existe des outils comme :
 - L'échelle visuelle analogie SEFI :

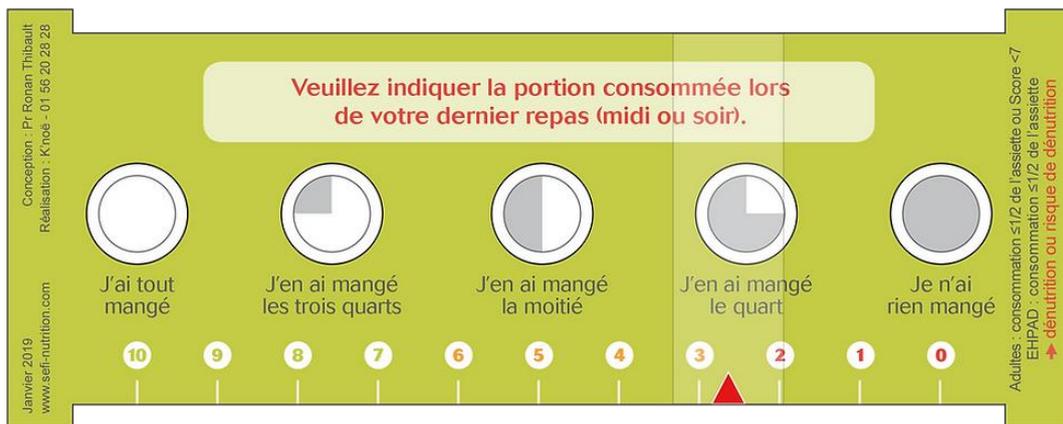


Image 4 : Echelle visuelle analogie SEFI (8)

- Ou encore Le questionnaire PARAD (4 questions) est conçu pour être utilisé soit par auto dépistage, soit par des professionnels de santé, afin de sensibiliser au risque de dénutrition. (cf. Annexe 1)
- Aux besoins protéino-énergétiques : elles sont calculées à partir de la Dépense Énergétique de Repos (DER) à laquelle on ajoute un ou des facteurs de correction correspondants à un niveau d'agression et à un niveau d'activité physique.

- **Absorption réduite** : La malabsorption et la maldigestion sont des troubles de la digestion, de l'absorption ou du transport des nutriments comme : le syndrome de l'intestin court, une inflammation étendue de l'intestin grêle, des troubles de la motilité et des carences en enzymes digestives ou en sels biliaires. (9)
- **Situation pathologique** (avec ou sans syndrome inflammatoire) inclut toutes les pathologies possibles au cours de la vie d'une personne âgée, car il est rare qu'une personne âgée ne soit pas confrontée à un problème de santé au cours de sa vie :
 - Pathologie aiguë,
 - Ou pathologie chronique,
 - Ou pathologie maligne évolutive.

Si le critère étiologique disparaît au cours du suivi par reprise de l'alimentation ou guérison d'une maladie, le diagnostic de dénutrition reste présent tant que le critère phénotypique est toujours là. Comme la dénutrition chez les personnes âgées est souvent multifactorielle, il est primordial de réaliser un bilan étiologique complet pour identifier d'autres facteurs, en utilisant des questions et des examens cliniques. (3)

Diagnostic de dénutrition			
≥ 1 critère phénotypique	+	≥ 1 critère étiologique	Sévérité
Perte de poids : <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 5 % en 1 mois - ou ≥ 10 % en 6 mois - ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie 		Réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport : <ul style="list-style-type: none"> - à la consommation alimentaire habituelle - ou aux besoins protéino-énergétiques 	Perte de poids : <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 10 % en 1 mois - ou ≥ 15 % en 6 mois - ou ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
IMC < 22 kg/m ²		Absorption réduite (malabsorption/maldigestion)	IMC < 20 kg/m ²
Sarcopénie confirmée		Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : <ul style="list-style-type: none"> - pathologie aiguë - ou pathologie chronique - ou pathologie maligne évolutive 	Albuminémie ≤ 30 g/L

Image 5 : Tableau récapitulatif des critères diagnostic de dénutrition (4)

3. Epidémiologie

La dénutrition est en constante augmentation proportionnellement à l'augmentation de la population des personnes âgées. Selon les données de l'INSEE, il y a actuellement en France 68 millions de personnes. En ce qui concerne ces 68 millions d'habitants, 21,3% ont plus de 65 ans (données au 1^{er} janvier 2023). (10)

Un chiffre en hausse depuis plus de trente ans, en cause : (10)

- Le vieillissement de la population ; les enfants nés après la seconde guerre mondiale, arrivent aujourd'hui à l'âge de 65 ans.
- L'espérance de vie élevée avec pour les femmes 85,3 ans et les hommes 79,4 ans.

Population par groupe d'âges					en %
Au 1 ^{er} janvier	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans ou plus	dont 75 ans ou plus	Ensemble en milliers
France métropolitaine					
1946	29,5	54,5	16,0	3,4	40 125,2
1950	30,1	53,6	16,2	3,8	41 647,3
1960	32,3	51,0	16,7	4,3	45 464,8
1970	33,1	48,8	18,0	4,7	50 528,2
1980	30,6	52,4	17,0	5,7	53 731,4
1990	27,8	53,2	19,0	6,8	56 577,0
2000	25,6	53,8	20,6	7,2	58 858,2
2010	24,5	52,6	22,8	8,9	62 765,2
2014	24,3	51,2	24,4	9,2	64 028,0
2015	24,3	50,8	24,8	9,3	64 300,8
2016	24,3	50,5	25,2	9,3	64 468,8
2017	24,2	50,2	25,6	9,3	64 639,1
2018 (p)	24,0	49,9	26,0	9,4	64 737,8
2019 (p)	23,9	49,7	26,4	9,5	64 822,0
2020 (p)	23,7	49,4	26,9	9,6	64 898,0
France¹					
1991	27,7	53,2	19,0	6,6	58 280,1
2000	25,8	53,8	20,4	7,1	60 508,2
2010	24,8	52,6	22,6	8,8	64 612,9
2014	24,6	51,2	24,2	9,1	66 130,9
2015	24,6	50,8	24,6	9,1	66 422,5
2016	24,6	50,5	24,9	9,2	66 602,6
2017	24,4	50,2	25,4	9,2	66 774,5
2018 (p)	24,3	49,9	25,8	9,3	66 883,8
2019 (p)	24,2	49,7	26,2	9,4	66 977,7
2020 (p)	24,0	49,4	26,6	9,5	67 063,7

1. France hors Mayotte avant 2014 et y c. Mayotte à partir de 2014.

Source : Insee, estimations de population.

Image 6 : Pourcentage de la population par groupe d'âge l'INSEE (10)

Ce tableau montre une augmentation croissante des 60 ans ou plus. Entre 1946 et 2020 cette catégorie de la population a augmenté son nombre de 10% en France Métropolitaine. Contrairement au moins de 59 ans où le pourcentage est en baisse malgré une augmentation conséquente de la population totale du pays.

Quant à la dénutrition, elle ne concerne pas seulement les pays en développement. Effectivement, il est courant de croire que les problèmes liés aux déséquilibres alimentaires sont peu fréquents dans notre pays, alors qu'en France, plus de 2 millions de personnes sont touchées par la dénutrition. Parmi ces 2 millions de personnes touchées, environ 700 000 sont des personnes âgées, dont 270 000 en EHPAD et 400 000 à domicile.

10 % des personnes de plus de 70 ans vivant à domicile souffrent de dénutrition, 40 % des personnes âgées sont hospitalisées en raison de la dénutrition et 50 % des personnes âgées hospitalisées sont dénutries. (11)

La dénutrition est plus courante avec l'âge et affecte donc davantage les personnes âgées. La dénutrition est plus courante avec l'avancée en âge et affecte donc davantage les personnes âgées. Selon les projections de la population, l'INSEE anticipe une hausse importante du nombre de personnes âgées dans les années à venir. La population en croissance et l'augmentation des maladies chroniques va occasionner une augmentation de la dénutrition. (12)

Projection de population par grand groupe d'âges en %

	Population au 1 ^{er} janvier en millions	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 64 ans	65 ans à 74 ans	75 ans ou plus
2025	69,1	23,7	48,3	6,2	11,0	10,8
2030	70,3	23,0	47,4	6,2	11,2	12,2
2035	71,4	22,4	46,5	6,2	11,4	13,5
2040	72,5	22,2	46,1	5,6	11,5	14,6
2050	74,0	22,3	44,9	5,7	10,8	16,3
2060	75,2	21,7	44,9	5,5	10,7	17,2
2070	76,4	21,3	44,2	5,8	10,8	17,9

Source : Insee, scénario central des projections de population 2013-2070.

Image 7 : Projection de la population selon l'INSEE (12)

B. Les personnes âgées : une population très touchée par la dénutrition

1. La personne âgée

La définition de l'individu âgé est extrêmement complexe. En effet, aucune définition précise et unique n'est donnée, ni de personne âgée « type ». C'est une population qui comprend différentes tranches d'âge telles que le « 3ème âge » qui comprend les personnes de 60/65 ans à 74 ans et le « 4ème âge » qui comprend les personnes de 75 ans et plus.

L'OMS estime que l'âge pour que l'on considère « une personne comme âgée est de 60 ans », car c'est souvent à partir de là que le mode de vie change, notamment avec l'arrêt de l'activité professionnelle, et le début de la retraite. Fréquemment, cet âge est perçu comme le point de départ d'un déclin physique avec la fatigue et la découverte de maladie (13). Alors que l'INSEE, considère qu'une personne est dite âgée « à partir de 65 ans », ce qui me semble être plus significatif à la vue de la population d'aujourd'hui (12). Effectivement, les seniors d'hier ne sont plus les mêmes qu'aujourd'hui. La notion d'âge a évolué, elle se modifie au fil du temps en fonction de l'augmentation de l'espérance de vie et les évolutions dans les domaines de la santé, de l'économie, de la société et de la culture. Le monde des personnes âgées est fortement influencé par leur environnement social et leur niveau de vie spécifique. (14)

2. La fragilité de la personne âgée

Les sujets âgés peuvent être classés en trois états : bonne santé, vulnérables ou dépendant. Selon la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), la fragilité est définie comme « un syndrome clinique qui se manifeste par une diminution multisystémique des capacités physiologiques qui restreignent l'adaptation au stress ». Une personne âgée vulnérable, c'est donc une personne qui ne peut pas faire face de manière adéquate à des situations de stress, que ce soit au niveau cellulaire ou sociétal. Il s'agit d'une personne qui présente un risque élevé d'événements néfastes pour sa santé. (15)

En identifiant la fragilité, on peut anticiper le risque de perte d'autonomie, de dépendance, de chutes et d'admission dans un centre spécialisé. La fragilité se manifeste lorsque trois critères sont présents : (16)

- Une perte de poids récente de plus de 3 kg,
- La sensation de fatigue lors d'efforts,
- Une difficulté, une fatigue à la marche, l'incapacité à monter les escaliers,
- L'incapacité à se lever d'une chaise,
- Avoir moins d'une heure d'activité dans la journée

La fragilité apparaît chez des individus qui sont encore autonomes, sans être atteints de maladies graves, sans être dépendants, mais qui vont évoluer vers la dépendance à la suite d'un événement déclencheur. La fragilité des personnes âgées est affectée par la dénutrition, car elle peut accentuer certains symptômes tels que la perte de masse et de la force musculaire, la réduction de l'activité physique et de la marche, ainsi que la sensation d'épuisement. Souvent, l'état nutritionnel des personnes âgées vulnérables est altéré. La dénutrition nécessite donc un diagnostic rapide, car la fragilité peut être réversible, mais elle est rarement spontanée et nécessite souvent une intervention adéquate, tandis que la dépendance n'est pas réversible. (17)

3. L'impact du vieillissement sur le risque de dénutrition

Le vieillissement est le déroulement physiologique et naturel de la vie. Il s'agit de la transformation et du ralentissement des fonctions de l'organisme. Il est le résultat d'une accumulation progressive d'un vaste éventail de dégâts moléculaires et cellulaires. En conséquence, les capacités physiques et mentales diminuent progressivement, le risque de maladie augmente avec au bout le décès. (18)

Au fil du temps, les individus âgés sont davantage exposés à des problèmes de santé complexes. Le vieillissement augmente la vulnérabilité du sujet au risque de dénutrition, mais ne la provoque pas ; par contre, toute maladie même bénigne devient un risque de dénutrition. La nutrition est influencée par le vieillissement, y compris dans sa dimension psychologique, et la qualité du vieillissement est aussi influencée par la nutrition. (19)

4. Les conséquences de la dénutrition pour la personne âgée

On constate un certain lien entre la dénutrition et certaines pathologies telles que : des infections nosocomiales, des escarres, des chutes, des fractures, à l'apparition de la dépendance, ainsi qu'à une durée de séjour hospitalier plus long. De cette manière, cela engendrera un cercle vicieux, car chaque événement associé à la dénutrition va encore aggraver l'état nutritionnel du patient. Par conséquent, un état de fragilité et de dépendance se traduit par des épisodes pathologiques de plus en plus longs et fréquents. Après l'apparition du processus de dénutrition, il est difficile de retrouver un état nutritionnel sain, à moins d'une prise en charge précoce. Il est essentiel d'intervenir rapidement pour prévenir et traiter la dénutrition chez les personnes âgées dès les premiers signes de risque. (20)

Les effets de la dénutrition sont un affaiblissement général du corps et une diminution des défenses immunitaires avec : (21)

- Un risque infectieux accru, notamment le risque d'infection nosocomiale pour les patients hospitalisés souffrant de dénutrition.
- Une altération des fonctions physiologiques essentielles telles que : le système immunitaire et la cicatrisation.
- Une fonte de la masse musculaire : une diminution de l'état physique générale se manifeste, favorisant le risque de chute.

La spirale de la dénutrition

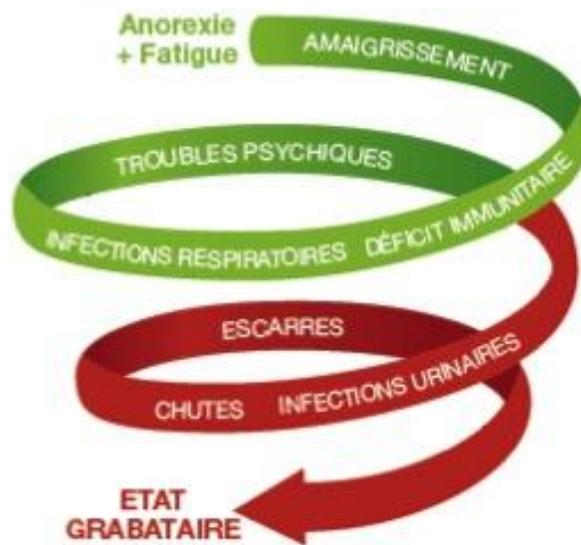


Image 8 : La spirale de la dénutrition du Dr Monique FERRY de 1992 (19)

Voici un schéma issu des recherches du Dr Monique Ferry, qui présente les divers facteurs qui contribuent à la dénutrition des personnes âgées. Effectivement, la dénutrition affecte principalement le poids et cela aura un impact sur l'immunité des personnes âgées. L'organisme sera moins capable de se protéger contre les infections et, par conséquent, l'apparition de maladies augmentera les besoins de l'organisme. Ce dernier, va donc faire appel à ses réserves, mais étant donné le manque de réserves chez les seniors, c'est le capital musculaire qui sera utilisé, ce qui entraînera une augmentation des chutes. Cet état de faiblesse peut rapidement conduire à une perte d'autonomie dans la vie quotidienne ce qui peut entraîner la formation d'escarres, voire une invalidité et de ce fait le décès, si aucune intervention ou mesures n'ont pas été réalisées rapidement. On appelle cela la spirale de la dénutrition. (19)

II. Partie 2 : Les critères étiologiques de la dénutrition particulièrement présents chez la personne âgée

A. Réduction de la prise alimentaire

a) Les besoins habituels alimentaires et protéino-énergétiques

Contrairement aux préjugés, les besoins nutritionnels du sujet âgé restent identiques à ceux des sujets plus jeunes, à l'exception des apports en protéines qui sont supérieurs. Ils augmentent en cas d'exercice physique ou d'une perturbation métabolique. (25)

Energie	30 à 35 kcal/kg/jour (dénutrition : 35 à 40 kcal/kg/j)
Protéines	1 à 1,2 g/kg/jour (dénutrition : 1,5 à 1,8 g/kg/j)
Lipides	35 à 40 % de l'apport énergétique total (AET)
Glucides	50 à 55 % de l'AET
Calcium	1 200 mg/j
Vitamine D	800 UI/j
Fibres	20 à 30 g/j
Eau	plus de 1,5 L/j

Image 9 : Les besoins nutritionnels de la personne âgée (24)

Chez les seniors, les apports recommandés moyens en énergie sont compris entre 30 et 35 Kcal/kg/jour. Toutefois, ces recommandations doivent être adaptées à l'activité physique et à l'état de santé de la personne, car en effet elles sont majorées en cas de dénutrition. (22)

Quant aux Références Nutritionnelles pour le Population (RNP) en protéines, il est compris entre 1 et 1,2 g/kg/jour chez le senior en bonne santé, alors qu'en cas de personne âgée dénutrie, les apports recommandés sont augmentés passant à 1,2 à 1,8 g/kg/jour. (23) Cela s'explique par un métabolisme protéique différent du sujet jeune du fait du vieillissement physiologique.

Quelles que soient le mode de vie de la personne âgée, il est essentiel de maintenir une alimentation quotidienne de trois repas et d'y ajouter une collation, afin de mieux répartir les apports alimentaires au cours de la journée. (24)

b) Les causes de la réduction alimentaire

(1) Vieillesse

(a) Bucco-dentaire

Le lien entre dénutrition et santé bucco-dentaire n'est pas évident pour tout le monde, et pourtant, une mauvaise santé bucco-dentaire aura un impact sur la santé en général.

Le processus de vieillissement accroît ou favorise les problèmes bucco-dentaires. En effet, les personnes âgées sont une catégorie de la population qui cumule les facteurs de risque. Les causes fréquentes sont la polyopathie et la polymédication et peuvent être liées à des effets indésirables sur la cavité buccale tels que la sécheresse.

Alphabloquants	Alfuzosine, Tamsulosine
Antispasmodiques urinaires	Oxybutinine, Trospium
Antidépresseurs	Duloxétine, Citalopram, Sertraline, Fluoxétine, Paroxétine, Venlafaxine,
Antipsychotiques	Olanzapine, Risperidone, Clozapine
Anxiolytiques	Diazépam
Hypnotiques	Zopiclone
Antimigraineux	Rizatriptan
Antalgiques	Morphine, Tramadol, Néfopam
Antihypertenseurs	Catapressan, Clonidine, Rilménidine
Médicaments gastro-intestinaux	Oméprazole, Lansoprazole
Antihistaminiques	Loratadine, Cétirizine
Médicaments dermatologiques	Isotrétinoïne

Tableau 1 : Médicaments responsable de sécheresse buccale (26)

De plus, l'hygiène et les soins dentaires sont généralement insuffisants chez le sujet âgé, en cause les troubles cognitifs, la perte d'autonomie et par conséquent la difficulté à réaliser leur

hygiène dentaire. Il y a aussi une diminution du recours aux soins dentaires avec l'âge, voire même le refus de se soigner en raison de la difficulté d'accès aux structures de soins par leur géographie, la mobilité, la fatigue, mais aussi les remboursements de certains soins. (27)(29)

De cette manière, plusieurs pathologies bucco-dentaires s'y installent de façon évolutive et cumulative comme les caries, des gingivites (inflammations des gencives), des pathologies des muqueuses buccales (candidoses) ou encore une parodontite (inflammation du tissu de soutien des dents, qui détruit peu à peu l'os jusqu'à provoquer le déchaussement et la chute des dents). La principale raison pour laquelle les personnes âgées ne peuvent plus mâcher correctement est la perte des dents. L'édentation totale est observée chez la moitié des sujets âgés. De plus, l'affaiblissement de la force masticatoire causé par la sarcopénie, va affecter les muscles mandibulaires et empêcher une mastication efficace des aliments.

Une cavité buccale endommagée ne permet pas une consommation et une mastication des aliments de la même façon qu'une cavité saine. Ainsi la personne âgée, va réduire sa consommation alimentaire petit à petit, ce qui entraîne de multiples carences et une dénutrition. (28)

(b) Perte du goût

En vieillissant, la sensation du goût diminue de façon croissante, ce qui est souvent méconnu ou sous-estimé chez les personnes âgées. (31)

C'est un phénomène habituel, la perte de goût n'est pas brutale, mais progressive. Effectivement, les facultés des papilles qui sont les organes sensoriels liés au goût diminuent progressivement, provoquant des modifications dans la perception du goût rendant les aliments moins identifiables. (23)(117)

Par exemple : Le seuil de détection est plus élevé pour les saveurs salées et amères, tandis que la saveur sucrée reste toujours active. (23)(27)

Même si cette évolution semble être un passage obligé pour les personnes âgées, des facteurs viennent majorer la perte du goût comme la prise de certains médicaments, carence en zinc ou le tabagisme. (30)

Antihypertenseurs : Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine	Captopril, Enalapril, Lisinopril
Antithyroïdiens de synthèse	Carbimazole
Anxiolytiques	Alprazolam
Médicaments polyarthrite rhumatoïdes	D-pénicillamine (Trolovol)
Antibiotiques	Métronidazole
Antalgiques opioïdes	Morphine, Tramadol
Inhibiteurs de protéase	Ritonavir

Tableau 2 : Médicaments qui altèrent le goût (26)

La perte de goût aura des répercussions sur l'état nutritionnel, en effet la difficulté à percevoir les saveurs conduit les seniors vers une alimentation trop sucrée ou trop salée. La surconsommation de ces aliments entraîne un risque de développer des maladies comme le diabète ou l'hypertension. Il existe également un risque de dénutrition sur le long terme, cette perte de goût peut frustrer avec une perte d'envie de manger. Le risque est la perte d'appétit ou les troubles alimentaires. (23)

Dans la perte du goût, l'odorat assure aussi un rôle fondamental. Les fonctions gustatives et olfactives se présentent comme inséparables. (34)

(c) Perte d'odorat

La perte d'odorat ou anosmie est habituelle chez le sujet âgé. Elle se manifeste naturellement avec le vieillissement du corps. (33)

Les derniers développements scientifiques mettent en évidence une relation inversement proportionnelle entre l'âge et la sensibilité olfactive. (32)

Dans *La Chimie de l'amour* de Hans Hatt et Régine Dee paru en 2009, « le potentiel olfactif des personnes âgées de plus de 80 ans ne représente que 20% de celui d'une personne jeune et seulement 10% après 90 ans. Et souvent, 85% des cas d'anosmie s'accompagneraient d'une perte du goût. » (35)

En outre, d'après une étude aux États-Unis, « entre 62 et 80 % des personnes de plus de 80 ans présentent une diminution importante de leur capacité olfactive, la conséquence est de compromettre leur sécurité et leur état nutritionnel. ». L'anosmie est également présente dans

des maladies neurodégénératives telles que la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson. (31)

Un déficit olfactif chez la personne âgée a des conséquences importantes :

- Altérer l'identification de certaines odeurs comme une fuite de gaz, l'odeur des aliments périmés, une hygiène corporelle insuffisante. (33)
- Une baisse de l'appétit : le goût est un élément essentiel pour stimuler l'appétit. Quand la perception du goût évolue, les plats deviennent fades et désagréables.
- La dénutrition : l'anosmie entraîne une mauvaise perception de l'odeur des plats, voire même une absence totale d'odeur appétissante.
- Le mal-être : Cela va impact sur le bien-être d'une personne, tels que la diminution du moral, des troubles dépressifs, etc. (36)

(d) Baisse de la vision

La perte de la vision fait partie des troubles sensoriels touchant aussi les personnes âgées. La diminution de la vision est généralement causée par le vieillissement naturel du cristallin avec une opacification dite cataracte, par une lésion du nerf optique appelé glaucome ou de la rétine (DMLA ou rétinopathie diabétique). Les affections des paupières tombantes peuvent également entraîner une réduction de la vision en général, mais ne provoquent pas de perte de vision. Cela engendre plus un inconfort. (37)(38)

Quelle que soit la raison de la perte de vue, l'évolution peut compromettre la qualité de vie d'un senior et, par conséquent toucher à sa santé. Une mauvaise vision rend certaines activités même habituelles plus complexes, cela aura un impact sur le moral. Les personnes âgées vont s'isoler. La diminution de la vision aura également un effet sur l'alimentation, car cela peut gêner le sujet âgé dans la préparation d'un repas, ce qui entraînera une diminution de l'appétit, car il ne ressentira plus le même plaisir à manger. (39) Ainsi, l'altération de la vision va contribuer à la dénutrition.

(e) Baisse de l'audition

Le déficit sensoriel le plus fréquent chez les personnes âgées est la perte auditive, qui est souvent négligée (41). La personne âgée va progressivement entendre de moins en moins bien (42). En général, l'audition diminue dès l'âge de 50 ans et s'aggrave progressivement. Une déficience auditive affecte 40 % des plus de 70 ans et 80 % des personnes âgées de plus de 80 ans. (40)

Son apparition et son intensité sont dépendantes de chaque personne et peuvent être influencées par plusieurs facteurs : (42)

- Des facteurs liés à la personne : l'âge ou la génétique
- Des facteurs extérieurs : maladies ou traumatismes sonores

Les premiers signes de la perte auditive sont des difficultés à suivre des conversations, en particulier quand il y a beaucoup de bruit ou quand plusieurs personnes parlent en simultané, des difficultés à entendre et comprendre lorsqu'une personne parle, des difficultés à entendre pendant des spectacles ou la nécessité d'augmenter le volume sonore de la radio ou de la télévision. (42)

Ce sont des signes d'une baisse auditive et cela peut avoir des conséquences négatives comme la dépression, l'anxiété, les troubles neurocognitifs, l'isolement social (43).

Les personnes âgées vont avoir peur d'un manque de relation sociale, ils vont ainsi se renfermer sur eux et chez eux pour se sentir en sécurité. La surdité restreint la communication et donc les interactions sociales ; tout cela peut impacter l'alimentation, car manger est un acte social. Une désocialisation liée à la surdité et à l'isolement qui en résulte, va entraîner une diminution de la prise alimentaire. (42)

(f) Déshydratation

La soif constitue un dispositif de protection qui se met en place lorsque la déshydratation est déjà présente. Ce système se détériore au fil des années, car pour une personne âgée, l'envie de boire diminue progressivement jusqu'à ne pas du tout en ressentir le besoin. (25)

À l'âge de 20 ans, la composition du corps humain est de 60/65% d'eau environ, cela diminue jusqu'à atteindre 55% chez les individus âgés. Un manque d'eau peut conduire le corps à une déshydratation, ce qui peut avoir des répercussions sérieuses sur la santé. Il est donc essentiel de s'habituer à boire, même sans en avoir envie. (39)

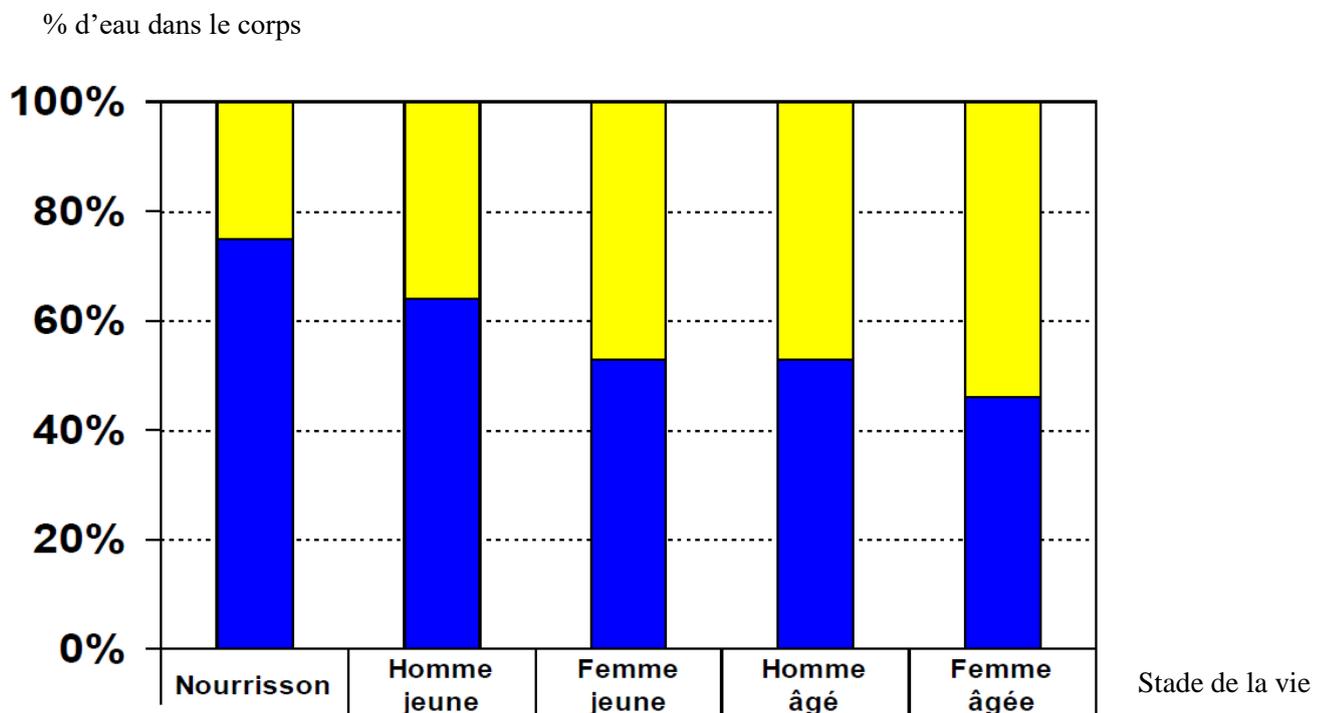


Image 10 : Pourcentage de la composition d'eau du corps humain en fonction du stade de la vie (Cours de physiologie PACES du Dr PEREON)

L'eau joue un rôle crucial dans notre organisme, car elle joue un rôle essentiel sur le cerveau, dans le maintien des fonctions cérébrales, la mémoire, l'attention et la capacité de résoudre des problèmes. De plus, cela a un impact sur le fonctionnement des reins, sur l'élimination des déchets provenant de l'utilisation des aliments par le corps. La régulation de la température corporelle est influencée par l'eau par hydratation des cellules et de la peau. (25)

Pour éviter la déshydratation, il est essentiel de boire de l'eau régulièrement tout au long de la journée. Les personnes âgées ont les mêmes besoins en eau que les autres catégories d'âge : 1 à 1,5 litre par jour, soit au moins huit verres d'eau. (39)

Certaines situations impliquent une consommation d'eau plus importante : (25)

- Les canicules ou une pièce surchauffée : la personne âgée risque la déshydratation par une température trop élevée et une consommation d'eau réduite. Le risque est le coup de chaleur avec des signes variés : vertiges, une transpiration excessive, fièvre, nausées, à une respiration saccadée.
- Les médicaments de la classe des diurétiques sont fréquemment recommandés pour traiter l'hypertension artérielle et certains problèmes cardiaques. Il s'agit de médicaments qui ont pour but d'accroître l'élimination d'eau par les reins et peuvent ainsi accentuer la déshydratation.
- La dénutrition : au fil du temps, on observe souvent une baisse de l'appétit, souvent causée par une perte de goût. Les aliments consommés contiennent également de l'eau, ce qui signifie que si on ne mange pas assez, l'apport d'eau ne sera pas suffisant et il faudra compenser par une consommation plus importante en eau. (44)

(g) Perte d'appétit

Souvent, la consommation alimentaire diminue progressivement avec l'âge (39). La principale cause de cela est une perte de l'appétit. Il s'agit d'un processus naturel lié au vieillissement, qui est la principale raison d'un amaigrissement (45).

Certains processus physiologiques ou psychologiques peuvent provoquer une diminution de l'appétit chez les personnes âgées. Les personnes âgées présentent des mécanismes de faim et de satiété moins efficaces. Il y a une prolongation de la sensation de satiété, ce qui peut conduire à une dénutrition par l'absence de la faim. Ce phénomène conduit à des consommations alimentaires irrégulières. Le retour spontané à une alimentation équilibrée peut être difficile chez les personnes qui ont subi des modifications dans leurs habitudes alimentaires, comme après une hospitalisation. (39)

Les raisons de cette diminution de l'appétit comprennent tous les éléments mentionnés précédemment (état bucco-dentaire, diminution du goût, de l'odorat, de la vue, problèmes de déglutition, etc.), ainsi que les facteurs cités après (précarité, isolement, etc.). (46)

(2) Aspects sociaux et environnementaux

(a) Isolement

On considère que l'isolement représente un risque pour la santé nutritionnelle des personnes âgées. Il s'agit d'un phénomène qui se manifeste lorsque la personne présente une baisse significative de ses interactions et de ses activités sociales. L'absence d'échanges sociaux engendre une sensation d'exclusion et de solitude. (48)

L'isolement social se manifeste à tous les âges, mais pour les individus âgés, il s'accroît et prend de l'ampleur, entraînant des répercussions néfastes tant sur le plan physique que psychologique. En France, 24 % des personnes âgées sont isolées ce nombre est en augmentation puisqu'en 2010, 16 % étaient isolées. 4 millions, c'est le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus qui se retrouvent à vivre seules. De plus, aujourd'hui, sur cette tranche d'âge 1,5 million se retrouvent dans une solitude et 15 % d'entre eux n'ont aucun lien social ou familial. (47)

Il a un impact sur la qualité de vie, le moral et la santé. Effectivement, cela entraîne une diminution de l'estime de soi et donc un repli sur soi-même. Le manque d'interactions sociales est préjudiciable et peut-être une cause de dépression, avec un risque d'isolement de la personne, l'incapacité à faire quoi que ce soit, la diminution de son alimentation. Le cercle vicieux est alors enclenché. (49)

Ce qui peut avoir un impact sur l'isolement social, c'est l'isolement géographique. (49)

Le fait d'être éloigné de son entourage proche (famille, amis) ou dans un environnement difficile d'accès qui ne favorise pas la socialisation est connu sous le nom d'isolement géographique. Étant donné que les zones rurales ne disposent pas de transports en commun, ce qui les rend difficilement accessibles et dépourvus d'activités comme un centre animé, cela ne suscite pas de motivation. En outre, il devient compliqué pour les personnes âgées de faire ses courses, en particulier si elles sont éloignées des supermarchés ou des petits commerces d'alimentation. En

l'absence de voiture ou d'assistance à la personne, l'envie de se préparer à manger de manière saine ou simplement de manger peut rapidement diminuer et ainsi un état de fragilité et de dénutrition va s'installer. (49)

L'isolement social et la solitude accroît le risque de décès prématuré, un effet comparable à des pathologies comme l'obésité et le tabagisme. (50)

(b) Précarité

Depuis plusieurs années, la précarité des personnes âgées a augmenté, mais elle ne concerne pas exclusivement cette catégorie de personnes. De nos jours, la précarité affecte tout le monde, mais les personnes âgées ont un état de santé plus vulnérable et peut s'altérer plus rapidement, ce qui cause des dépenses supplémentaires qui ont un impact sur leur qualité de vie. (51)

Les associations de solidarité, comme la Croix-Rouge française, le Secours catholique ou le Secours populaire français, sont confrontées depuis quelques années à un vieillissement des personnes qu'elles accueillent (47). Une situation qui s'explique en partie par une catégorie de personne qui ne cesse de s'accroître en raison de l'augmentation de l'espérance de vie mais aussi par la précarité. En cause des retraites et des aides qui ne suffisent plus à faire face au coût de la vie pour de plus en plus de personnes âgées. Selon l'INSEE 2021, une femme retraitée sur deux, habitants en France vit en dessous du seuil de pauvreté estimé à environ 1158 euros par mois. Cette précarité n'est pas que financière, elle peut être sociale, familiale et alimentaire. (47)

Effectivement, il est possible qu'une personne se retrouve en situation d'insécurité alimentaire (= précarité alimentaire), en d'autres termes, elle ne peut pas se procurer un repas équilibré, approprié et riche en nutriments qui lui permettrait de répondre à ses besoins nutritionnels et à ses préférences alimentaires pour avoir une vie saine. Souvent, l'insécurité alimentaire chez les personnes âgées est associée à une baisse de leur revenu. La principale conséquence de cette insécurité alimentaire est la diminution de la qualité globale de l'alimentation, notamment grâce à une consommation protéique trop faible et un apport excessif d'énergie. (52)

(c) Maltraitance

La définition de la maltraitance varie en fonction des pays et des cultures. Selon l'OMS, la maltraitance est définie comme « un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance et qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime ». La maltraitance envers les aînés a toujours existé, mais ce n'est que récemment que l'on en entend réellement parler et que cela devient une préoccupation dans le système de santé. (53)

Un risque de maltraitance est présent chez une personne âgée vulnérable sur quatre et seulement une faible proportion de ces risques est identifiée à l'heure actuelle. (54)

Les effets de cette maltraitance sont divers, allant d'une diminution de la qualité de vie (psychologique, fonctionnelle avec perte de mobilité, isolement) à des effets potentiellement destructeurs (abus de protection, institutionnalisation). (53)

Il existe de la maltraitance alimentaire, qui englobe toutes les actions qui empêchent une personne d'avoir accès à une bonne alimentation, compromettant ainsi l'état nutritionnel, l'intégrité physique et cognitive de la personne victime de cette maltraitance. Elle peut résulter d'un environnement défavorable, restreignant l'approvisionnement en nourriture, d'une absence d'assistance alimentaire, d'un manque de temps consacré au repas, d'une santé financière précaire ou d'autres facteurs tels que la solitude, l'isolement social, la polymédication, les régimes restrictifs inadaptés, etc. Les formes de maltraitance alimentaire sont multiples et se manifestent trop souvent par une dégradation de l'état nutritionnel. (55)

(d) Hospitalisation et entrée en EHPAD

La dénutrition est une maladie qui se cache aussi derrière les murs des hôpitaux, dans les établissements pour personnes âgées mais également à domicile. À l'hôpital, au moins 25% des patients sont déjà dénutris ou à risque de dénutrition. Lors de l'hospitalisation, en raison de l'aggravation de la maladie, de l'insuffisance de prise en charge, la dénutrition peut affecter jusqu'à 40% des patients hospitalisés, voire plus dans certains services de gériatrie, de cancérologie ou de réanimation, par exemple. (56)

Les résultats inquiétants de l'étude sur l'alimentation et la dénutrition dans les EHPADs ont été récemment rendus publics par l'UFC-Que Choisir. Effectivement, cela met en évidence des lacunes importantes en matière de prévention de la dénutrition et appelle les parlementaires à mettre en place rapidement une réglementation sur la qualité nutritionnelle des repas servis en EHPAD. Dans ce dernier, la dénutrition est particulièrement présente, touchant 15 à 38 % des résidents. (57)

(3) Traitement médicamenteux

À partir d'un certain âge, il est presque obligatoire de prendre des médicaments quotidiennement pour traiter une maladie aiguë ou chronique. Cependant, certains médicaments vont impacter la consommation alimentaire et peuvent entraîner une perte de poids significative. Et cela est d'autant plus préoccupant que le sujet est âgé et qu'il est souvent polymédiqué (58). Selon l'OMS, la polymédication est définie comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments ». (119) La dénutrition est plus fréquente chez les personnes âgées en raison de cette polymédication : presque 50% des patients prennent entre 5 (seuil de polymédication) et plus de médicaments, et sont dénutris ou à risque de dénutrition. (59)(118)

En outre, la consommation importante d'eau pour ingérer tous ces médicaments peut provoquer une perte d'appétit chez certaines personnes, car l'eau va remplir l'estomac et aura un effet coupe-faim, surtout chez les petits mangeurs. (60)

Certains médicaments peuvent causer une sécheresse buccale et ainsi provoquer des problèmes et de l'inconfort lors de la mastication et de l'absorption, en raison de l'absence de salive.

(4) Régimes restrictifs

Un régime restrictif consiste à éviter certains types d'aliments pendant un certain temps pour perdre du poids, contrôler le diabète, ou encore contrôler l'HTA. Il est possible que ces limitations alimentaires portent sur le sucre, le sel, les fruits et légumes, le pain, les féculents, ainsi que sur la réduction des quantités consommées. Il peut être soit volontaire (régime amaigrissant), soit imposé (régime sans sel, sans sucres, sans résidu...). (45)

Chez les personnes âgées, un régime restrictif augmente de près de quatre fois le risque de dénutrition. Malgré l'impossibilité d'exclure la pathologie initiale de ce risque, cette observation demande une réévaluation systématique des régimes suivis par les patients âgés et doit amener les sociétés savantes à adapter leurs recommandations en matière de règles diététiques chez le sujet âgé (62). Une étude réalisée par l'ANSES, publiée en 2010, met en évidence les risques de ces régimes sans recommandation ou suivi. Elle met l'accent sur des effets néfastes possibles sur le fonctionnement du corps, notamment pour les os, le cœur et les reins, ainsi que sur des problèmes psychologiques, comme des troubles du comportement alimentaire. (61)

Dans le cas où les personnes âgées souffrent d'une maladie comme le diabète, l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie, un régime restrictif est délétère, car il y a un risque de perte de poids trop rapide et trop importante ; cela va fragiliser le sujet, aggraver la dénutrition et/ou le mettre en danger avec de multiples carences nutritionnelles (63), voire jusqu'à une baisse de la qualité de vie et de l'autonomie des personnes âgées (120)(121). Il ne faut pas enlever ou limiter des aliments, mais adapter l'alimentation en fonction de chacun en respectant le PNNS. Il faut manger de manière équilibrée, mais ne pas manger en quantité insuffisante.

B. Une absorption réduite

Parmi les nouveaux critères étiologiques dans le diagnostic de la dénutrition se trouvent la maldigestion et la malabsorption. La diminution de l'absorption de nombreux nutriments (protéines, graisses, sucres, vitamines ou minéraux) est une situation responsable d'un déséquilibre nutritionnel. À un âge avancé, les mécanismes de digestion et d'absorption des aliments semblent robustes, mais des maladies associées peuvent entraîner une absorption réduite chez les personnes âgées.

1. Maldigestion

La maldigestion est une maladie digestive causée par un déficit en enzymes pancréatiques et biliaires permettant l'absorption des nutriments. Les symptômes peuvent inclure des inconforts abdominaux (ballonnements, gaz...), des douleurs abdominales et une anomalie des selles (diarrhée). L'insuffisance pancréatique exocrine est l'une des principales causes de

maldigestion, qui est une maladie du pancréas (65). La maldigestion peut être chronique ou ponctuelle et entraîne un défaut d'absorption des nutriments nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme, c'est-à-dire des carences causant une possible perte de poids, une dénutrition, des troubles de la coagulation par une carence en vitamine K et même une réduction de l'espérance de vie. (64)

2. Malabsorption

La malabsorption correspond à une réduction de la capacité absorptive intestinale, il y a donc mauvaise assimilation des nutriments, causée par des problèmes de digestion, d'absorption ou de transport. Les maladies qui peuvent être plus fréquentes chez les personnes âgées comprennent la prolifération bactérienne de l'intestin grêle, les entéropathies, les maladies vasculaires par mauvaise absorption des graisses, le diabète et certaines infections. De plus, les personnes âgées peuvent avoir déjà subi des interventions chirurgicales ou avoir été exposées à des médicaments susceptibles de provoquer une malabsorption. (67)

La présentation de la maldigestion et de la malabsorption chez les personnes âgées peut être différente de celle des individus plus jeunes, ce qui peut contribuer à un retard dans la détection, le diagnostic et le traitement. Les tests diagnostiques de la maldigestion et de la malabsorption sont par contre similaires à ceux utilisés chez les patients plus jeunes : (67)

- Tests sanguins pour détecter la malabsorption d'une substance (ex : vitamine B12).
- On peut confirmer la malabsorption des lipides avec la présence de graisses dans les selles.

La maldigestion et la malabsorption nécessitent un niveau élevé de suspicion chez le sujet âgé, en particulier en cas de perte de poids, de sarcopénie ou de carences nutritionnelles. (66)

C. Les situations pathologiques

La dénutrition en France est dans la majorité des cas consécutive à une pathologie. En effet, au cours de sa vie, une personne va forcément contracter une pathologie aiguë, chronique ou maligne, surtout à partir d'un certain âge. Que cela soit sur une courte période ou sur du long terme, le risque de dénutrition est toujours présent avec le même impact sur l'alimentation.

1. Pathologie aiguë

a) *Maladies infectieuses*

Les maladies infectieuses englobent les affections provoquées par l'introduction d'un agent infectieux dans l'organisme comme des bactéries, virus, parasites ou champignons. La grippe, la COVID-19, la tuberculose, la coqueluche, la toxoplasmose sont des infections qui peuvent se propager dans l'environnement ou être transmises d'un individu à un autre, favorisant ainsi la propagation de la maladie. (126)(127) Deux exemples de maladies infectieuses aiguës seront présentés, à savoir la grippe et la COVID-19.

(1) Grippe

Les complications graves de la grippe peuvent survenir chez les individus à risque, comme les personnes âgées. La mortalité liée à la grippe l'hiver touche principalement les personnes âgées de 65 ans et plus avec plus de 90 % des décès et les conséquences sur l'autonomie vont toucher 25% des personnes âgées ayant eu la grippe. (68)(69)

La plupart du temps, la grippe se guérit sans complication et en quelques jours. Parfois, la fatigue et l'état général altéré peuvent entraîner une surinfection bactérienne, une sinusite ou une pneumonie. Une grippe sévère peut être considérée comme une maladie extrêmement grave, en particulier pour les personnes âgées ou celles dont les défenses immunitaires sont diminuées. (70)

À mesure que l'on vieillit, le système immunitaire diminue, il réagit plus lentement, plus tardivement et se révèle moins apte à faire face aux attaques (virus, bactéries, parasites ou cancéreuses). Cette évolution peut en partie expliquer pourquoi la grippe touche davantage les

personnes âgées. La diminution des défenses immunitaires a pour conséquence un déséquilibre alimentaire, allant jusqu'à une dénutrition qui peut avoir un impact sur la santé globale. (124)

Le maintien et l'amélioration de l'état nutritionnel va jouer un rôle dans la prévention et la guérison des infections car ces dernières augmentent les besoins de l'organisme pour se défendre. (71)

(2) Covid-19

La Covid-19 a provoqué une pandémie, qui a nécessité la mise en place de mesures sanitaires pour protéger les individus les plus vulnérables. Cependant, le confinement des personnes âgées a eu un impact sur leur vie sociale. Il s'agit d'une situation à risque de dénutrition. (72)

Les seniors ont été les plus affectés pendant la période de confinement, en raison de la limitation des visites, la limitation des rassemblements avec les gestes barrières et de la mise en place de la distanciation sociale. Il a été difficile d'entretenir et de garder un lien social et la solitude a pris place. (75)

L'isolement a eu un impact sur le moral et l'appétit, tout comme le manque d'exercice physique qui a engendré des carences en nutriments, une perte de poids et a conduit les personnes âgées à se retrouver dans la spirale de la dénutrition. Il est évident que la dénutrition est un effet secondaire mais silencieux de la pandémie de la COVID-19 avec l'impact néfaste du confinement. De plus, les personnes âgées sont exposées à un risque accru de contracter une forme plus sévère de la COVID-19 et donc d'être hospitalisé. Le risque de dénutrition augmente même si en réalité, la plupart des patients atteints de la COVID-19 sont déjà dénutris à leur arrivée à l'hôpital. D'après les recherches, on parle entre 40 et 66 % des patients hospitalisés pour la COVID-19 présentent déjà une dénutrition. (73)

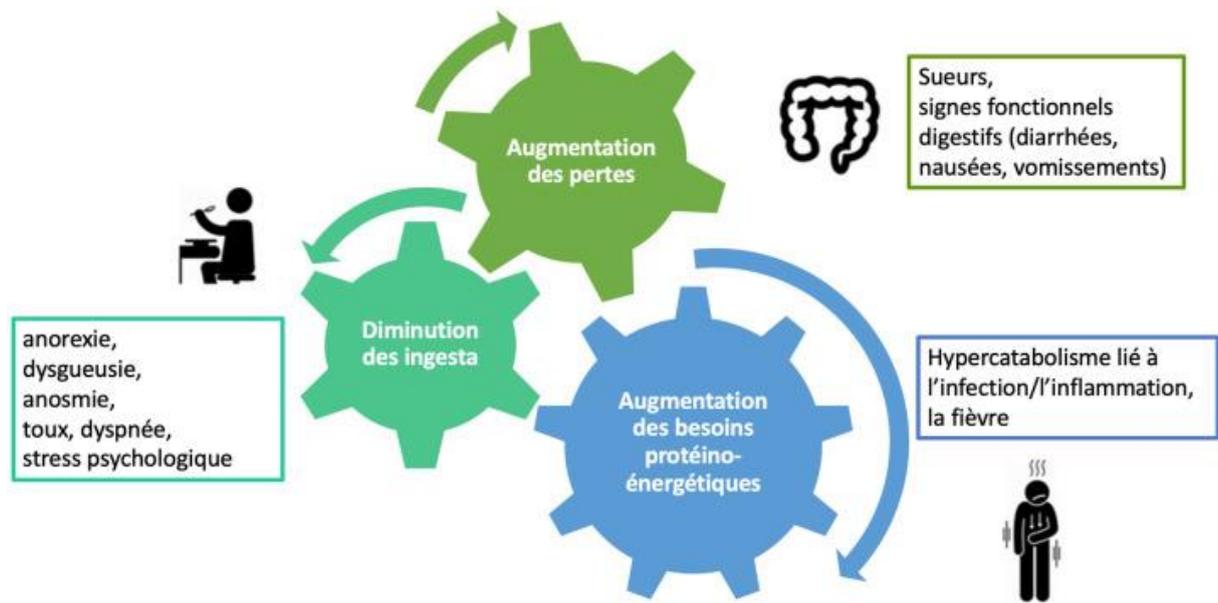


Image 11 : Mécanisme de la dénutrition par la Covid-19 (74)

Cette illustration représente tous les processus qui entraînent la dénutrition lorsque l'on est atteint de la COVID-19. Cette dernière possède un tropisme, en particulier respiratoire, ce qui en fait un modèle de maladie à risque de dénutrition. En effet, les mécanismes suivants favorisent la dénutrition : (74)

- Les symptômes respiratoires et sensoriels : dyspnée, dysphagie, dysgueusie, anosmie, anorexie, présents chez 30 à 70 % des patients hospitalisés pour la COVID-19 ainsi ces patients risquent une réduction de la prise alimentaire.
- Les symptômes généraux et digestifs : sueurs, nausées, vomissements, diarrhées (environ 5 à 20 % des patients) et majorent les pertes énergétiques.
- Enfin, l'infection par le SARS-CoV-2 se manifeste par une augmentation significative du métabolisme, accompagnée d'une inflammation intense, qui se manifeste biologiquement par des niveaux élevés de cytokines pro-inflammatoires (interleukines).

b) Maladies inflammatoires aiguës

On peut donner comme exemple les brûlures, qui se défini par une détérioration, partielle ou complète, de la peau à la suite d'une agression provoquant une réaction inflammatoire aigue. La gravité des brûlures varie selon sa profondeur, son étendue sur le corps, ainsi que de sa localisation. Les liquides chauds, les substances chimiques, les incendies, le soleil, etc. peuvent être à l'origine de brûlure avec des conséquences plus ou moins graves. (128)(129)

Les personnes âgées sont les plus affectées par les brûlures, en effet, leur nombre a été multiplié par deux dans les services de brûlés depuis 20 ans (131). Elles sont plus sévères et entraînent plus fréquemment le décès. Les brûlures sont des accidents domestiques courants à risque élevé qui exigent une intervention rapide afin d'éviter les complications telles que : (13)

- Une mauvaise cicatrisation : les soins peuvent prendre plusieurs semaines et, dans certains cas, aller jusqu'à une greffe cutanée.
- Une infection : la barrière naturelle de la peau ayant été détruite avec des défenses immunitaires diminuées cela va favoriser l'invasion et la multiplication bactérienne.
- Une déshydratation : cela se produit d'autant plus que la surface brûlée est considérable, elle peut se manifester en quelques heures et entraîner la mort en l'absence de traitement approprié.

L'agression et l'inflammation causées par la brûlure sont des éléments qui augmentent les besoins métaboliques, et leur négligence peut amener vers une dénutrition. L'alimentation est importante dans le traitement d'un brûlé, car il faut beaucoup d'énergie pour aider à la réparation des tissus et à la cicatrisation, à l'instar de l'antibiothérapie ou de la chirurgie. (131)

2. Pathologie chronique

a) *Les étiologies psychologiques*

(1) Dépression

Le taux de personne atteinte de dépression chez les personnes de plus de 65 ans est compris entre 10 % et 15 %, un chiffre qui est inférieur à la réalité, notamment en EHPAD où 40 % des résidents sont affectés. (76)

Chez les personnes âgées, une dénutrition déjà présente peut causer des problèmes tels qu'un risque de chute et des fractures potentielles. Cela aura pour conséquence une diminution graduelle de l'autonomie et un risque d'apparition de dépression lié à une baisse de moral suite à un facteur préexistant. Cependant, à l'inverse, la dépression peut aussi être la cause et entraîner une dénutrition. Il s'agit d'un cycle dépression-dénutrition. La dépression se manifeste par une perte d'appétit et un désintérêt pour la nourriture. Ainsi, il existe une corrélation entre la dénutrition et la dépression, bien qu'il y ait peu d'études sur le sujet. On a démontré que la dépression augmente le risque de dénutrition de 4,5 fois. En institution, la perte de poids associée à la dépression est le principal élément de dénutrition, un phénomène très courant chez les personnes âgées, mais souvent sous-diagnostiqué, car les symptômes sont souvent peu visibles et évoluent lentement. De cette manière, la dépression chez les personnes âgées n'est généralement pas diagnostiquée et donc non traitée. (77)(78)

(2) Troubles psychotiques

Le mot "troubles psychotiques" fait référence aux tableaux psychiatriques qui incluent des éléments délirants et/ou des phénomènes hallucinatoires, ainsi qu'une désorganisation psychique importante. Ils influencent le fonctionnement du cerveau en modifiant les pensées, les idées, les convictions ou les perceptions. (79)

Les symptômes d'un trouble psychotique peuvent se présenter de façon progressive ou soudaine. L'apparition de ces symptômes est connue sous le nom « d'épisode psychotique ». On affirme alors que la personne se détache de la réalité et que la psychose affecte les pensées, les émotions, les sentiments et les comportements. (80)

Les principales formes de troubles psychotiques sont les suivantes : (80)(81)

- Schizophrénie : se distingue par l'apparition de différents symptômes de psychose qui causent les symptômes suivants les hallucinations, les pensées délirantes, la désorganisation de la parole et du comportement, ainsi que les pensées négatives. Leur présence dure au moins un mois.
- Trouble schizoaffectif : manifestation à la fois de la schizophrénie et de troubles de l'humeur (dépression et troubles bipolaires).
- Trouble délirant : Les pensées et les idées sont principalement touchées. La personne atteinte de trouble délirant est convaincue que ses idées sont exactes, même si des preuves l'attestent.
- Épisode psychotique bref : Ce sont les symptômes de la schizophrénie mais qui apparaissent de façon soudaine et sont souvent déclenchés par un événement stressant comme un décès, de la violence, un désastre naturel. L'épisode psychotique bref ne dure pas plus d'un mois.
- Trouble psychotique induit par une substance : perte de contact avec la réalité qui apparaît pendant ou peu de temps après avoir consommé des substances telles que l'alcool, les drogues ou les médicaments.

Les troubles psychotiques se manifestent généralement entre 15 et 35 ans, mais peuvent se manifester plus tard après 65 ans. La vieillesse représente une période de la vie qui peut être exposée à l'émergence ou à l'aggravation de troubles psychotiques. La schizophrénie et les troubles délirants sont les troubles les plus courants chez les personnes âgées. (82)

Les signes des troubles psychotiques peuvent conduire à une alimentation inappropriée. En effet, chez certains individus, les symptômes de la maladie engendrent la peur de manger ou d'être empoisonné. L'apparition d'hallucinations peut également conduire à l'exclusion de certains aliments, parfois jusqu'au jeûne. Il est également possible de constater un manque d'intérêt pour la nourriture et la santé. (83)

L'apparition tardive des symptômes psychotiques est une des causes d'apparitions des pathologies suivantes : troubles neurodégénératifs et troubles psychiatriques tardifs primaires.

(3) Syndrome confusionnel

Le syndrome confusionnel est une perturbation brusque, variable et généralement réversible de la fonction cognitive. Il se caractérise par un déficit d'attention, une désorientation, des problèmes à penser clairement et des fluctuations du niveau de conscience. (84)

Dans le cas des personnes âgées, le syndrome confusionnel est le plus fréquent avec plus de 30% des patients âgés hospitalisés qui y sont touchés et souvent associé à de nombreuses complications comme un séjour hospitalier prolongé, une perte d'autonomie, une détérioration cognitive et hausse de la mortalité). (86)

Les principaux facteurs prédisposants sont : (85)

- Démence avérée ou troubles cognitifs sous-jacents
- Immobilisation
- Déficit sensoriel
- Comorbidités multiples
- Dénutrition
- Déshydratation
- Polymédication
- Antécédents de confusion
- Troubles de l'humeur (états dépressifs).

De nombreuses complications peuvent survenir chez les personnes confuses, comme la déshydratation, l'incontinence, les chutes, les escarres et la dénutrition. (85)

Les causes les plus fréquentes déclenchant le syndrome confusionnel sont les suivantes :

infectieux	- pneumonie - infection urinaire - méningite, encéphalite - autre infection
iatrogéniques (iatrogénie médicamenteuse)	- effets indésirables médicamenteux - sevrage des benzodiazépines, d'autres psychotropes, d'opiacés
cardiovasculaires	- syndrome coronaire aigu - trouble du rythme ou de la conduction - embolie pulmonaire - état de choc
neurologiques (non infectieuses)	- accident vasculaire cérébral - hématome sous-dural - hémorragie méningée - épilepsie (état per ou postcritique) - traumatisme crânien - encéphalopathie carentielle
métaboliques, endocriniens	- hypoglycémie - hyponatrémie, hypernatrémie - déshydratation - hypercalcémie - hypoxie (anémie, insuffisance respiratoire ou cardiaque) - insuffisance rénale aiguë
psychiatriques, psychologiques	- dépression, deuil, stress psychologique
généraux	- intervention chirurgicale et anesthésie générale, - douleurs aiguës - rétention aiguë d'urine, état subocclusif sur fécalome - fièvre isolée - traumatismes ostéoarticulaires ou des parties molles - facteurs environnementaux dont la contention physique - privation sensorielle aiguë (visuelle ou auditive) et/ou de sommeil
toxiques	- intoxication alcoolique, sevrage alcoolique - intoxication au monoxyde de carbone

Tableau 3 : Les principaux facteurs déclenchant un syndrome confusionnel (85)

b) Maladies neurologiques

Il y a une dégénérescence des neurones dans les pathologies neurodégénératives, d'autant plus importante que la pathologie est à un stade avancé. Au cours des dernières années, le vieillissement de la population et l'absence de traitements curatifs ont provoqué une hausse importante du nombre de personnes atteintes de ces maladies. On distingue une certaine différence entre ceux affectant les fonctions cognitives et ceux affectant les fonctions motrices, mais la conséquence in fine est la dénutrition.

(1) Maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est une pathologie neurologique chronique qui provoque des troubles moteurs, de la santé mentale et du sommeil, ainsi que des douleurs et d'autres problèmes de santé. (109)(110)

La maladie de Parkinson s'aggrave avec le temps. Il n'existe pas de traitement curatif, mais des thérapies et des médicaments peuvent contribuer à atténuer les symptômes. Parmi les signes les

plus fréquents, on retrouve des tremblements au repos, une raideur des mouvements, des contractions musculaires douloureuses et des troubles du langage. Même si le facteur de risque principal est l'âge (un pic épidémiologique s'élève autour de 70 ans), les causes précises de la dégénérescence neuronale demeurent encore inconnues. Il est possible que les traitements actuels améliorent les symptômes, mais ils ne retardent pas l'évolution de la maladie. (110)

De nombreux facteurs peuvent être à l'origine d'une perte de poids dans la maladie de Parkinson : (111)

- L'akinésie avec l'apparition de troubles de la déglutition qui touche environ la moitié des patients.
- La dyskinésie avec une augmentation des dépenses énergétiques.
- Les traitements avec des effets indésirables comme des nausées, des vomissements, de la constipation.
- Le stade avancé de la maladie, les troubles du comportement (démence, hallucinations, apathie...) perturbent l'alimentation.

(2) Maladie d'Alzheimer

Le principal impact de la maladie d'Alzheimer est la mémoire, mais aussi d'autres fonctions cognitives telles que le langage, le raisonnement, l'apprentissage, etc. En général, la maladie conduit à une diminution de l'autonomie. (87)

Le taux de dénutrition chez les malades d'Alzheimer est estimé à 40 %. Les personnes souffrant de cette maladie perdent beaucoup plus de poids que les personnes du même âge sans troubles cognitifs. La perte de poids du patient est l'un des symptômes de la maladie d'Alzheimer, dont Aloïs Alzheimer fut le premier à décrire la maladie en 1907 « le poids des patients diminue progressivement et régulièrement ». (88)

Effectivement, la dénutrition commence le plus souvent par une perte de poids significative et s'aggrave progressivement à mesure que l'on approche de la fin de vie, avec une aggravation des troubles de la communication et du comportement. (88)

La dénutrition n'est pas uniquement liée aux différents troubles observés dans la maladie d'Alzheimer. La perte du lien social, les difficultés à manger, l'assistance durant les repas, le

niveau de dépendance vont jouer un rôle dans la diminution de la consommation alimentaire chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. (89)

c) Maladies cardio-vasculaires

Le dépôt de graisse sur les parois des artères est responsable des maladies cardiovasculaires. Ces accumulations se transforment en plaques d'athérome et entraînent une perturbation de la circulation sanguine qui alimente tous les organes, notamment les organes vitaux tels que le cerveau ou le cœur. (90)

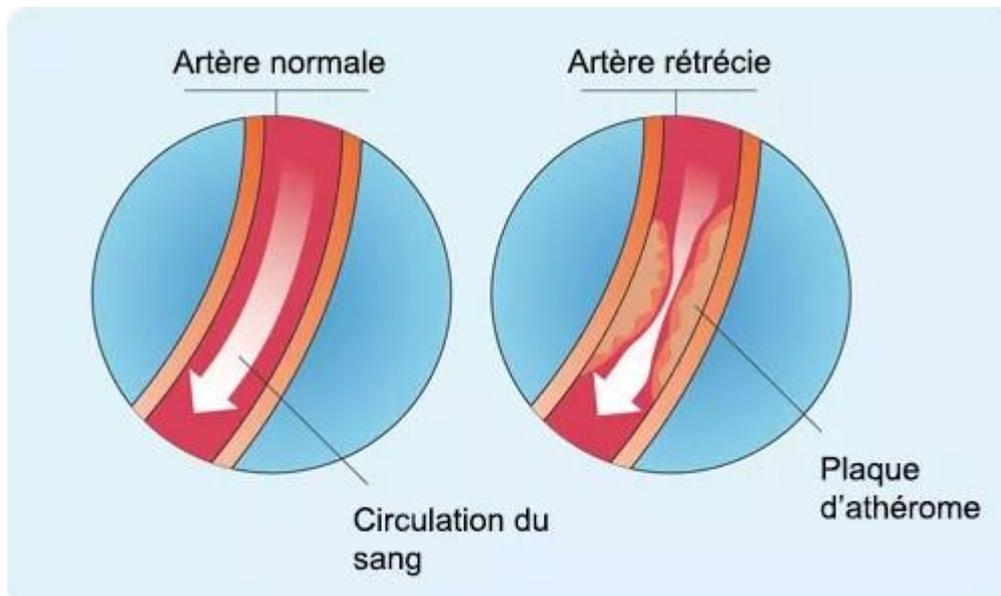


Image 12 : Différence entre une artère normale et une artère avec un athérome (90)

Il y a deux catégories de facteurs de risque, ceux qui ne peuvent pas être modifiés (âge, sexe, hérédité) et ceux qui peuvent être réduits, voire supprimés comme le tabagisme, diabète, HTA, excès de cholestérol, surpoids, sédentarité.

L'âge augmente considérablement la probabilité d'un accident cardiovasculaire, en particulier après 50 ans chez l'homme et après 60 ans chez la femme.

(1) Post AVC

Un AVC est l'arrêt soudain de la circulation sanguine dans une partie du cerveau, soit en raison d'un caillot qui bouche une artère (70-80 % des AVC sont des AVC ischémiques), soit par une hémorragie cérébrale à la suite de la rupture d'une artère (10 à 25 % des AVC sont des AVC hémorragiques). (91)(93)

Les accidents vasculaires cérébraux touchent principalement les personnes âgées, avec un âge moyen de survenue d'un AVC aux alentours de 74 ans. Outre le risque de décès, ce sont les conséquences sur le long terme d'un accident vasculaire cérébral qui sont particulièrement préoccupantes pour les personnes âgées. (92)

L'âge, l'hérédité, les antécédents d'AVC, l'HTA non contrôlée, le tabac, le diabète, l'hypercholestérolémie, l'absence d'exercice physique régulier et la consommation excessive d'alcool sont tous des facteurs qui favorisent la survenue d'AVC. L'AVC a des répercussions sur la régulation de la glycorégulation. En effet, les centres de régulation de la prise alimentaire sont affectés. Il peut donc engendrer une anorexie ou entraîner des troubles de la déglutition tels qu'une dysphagie (difficulté à déglutir) ou une aphagie (impossibilité de déglutir), qui peuvent être associés à des fausses routes respiratoires ou nasales. Ces difficultés réduisent la consommation alimentaire tout en accroissant le risque de dénutrition. (91)

La nutrition joue un rôle dans la survenue des AVC, mais aussi dans sa prise en charge. Effectivement l'AVC peut être associé à une alimentation déséquilibrée, à des patients en surpoids voire une obésité, à un diabète et à des dyslipidémies (91). Une première étape dans la prise en charge nutritionnelle est la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires par des mesures hygiéno-diététiques comme l'arrêt du tabac, manger ni trop salé ni trop sucré, réduire la consommation d'alcool, éviter de manger des aliments riches en graisses, etc., mais aussi d'un renfort protéino-énergétique oral ou une nutrition artificielle. (125)

(2) Insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque se produit lorsque le muscle cardiaque ne parvient pas à propulser correctement le sang dans l'organisme. Il s'agit d'une maladie courante avec une mortalité élevée, avec un impact significatif sur la qualité de vie si elle n'est pas détectée et traitée à temps. Il s'agit d'une maladie grave et usuelle chez les individus âgés. (94)(95)

Une insuffisance cardiaque n'est pas causée uniquement par l'âge. Toutefois, il est plus fréquent chez les individus âgés d'en souffrir et de présenter les causes les plus courantes d'insuffisance cardiaque, à savoir une l'HTA et un infarctus du myocarde. (96). Dans tous les cas, ils peuvent provoquer les problèmes suivants quant à la capacité du cœur à :

- Se remplir de sang
- Éjecter le sang.

La dénutrition est un facteur précipitant l'aggravation de l'atteinte cardiaque, et rendre cette maladie plus complexe. (95)

d) Maladies inflammatoires chroniques

Les maladies inflammatoires sont fréquentes et souvent prolongées chez les personnes âgées. On les distingue par une augmentation de la vitesse de sédimentation et une augmentation des protéines de l'inflammation, la *protéine C réactive*. Les affections les plus couramment observées lors de l'étude d'un syndrome inflammatoire sont : (97)

- Les maladies infectieuses
- Les maladies tumorales (cancer solide, métastatique, lymphome...)
- Les maladies inflammatoires (rhumatisme inflammatoire, MICI : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin)
- Les maladies cardiovasculaires (péricardite, anévrisme, dissection de l'aorte)

Toute affection inflammatoire chronique, accroît les besoins énergétiques de la personne, qui deviennent trop élevés par rapport à ses apports.

Il est possible de mentionner l'exemple des MICI où la réduction des apports alimentaires peut réellement devenir significative et entraîner une dénutrition : manque d'appétit, nausées, réduction des repas par crainte de douleurs abdominales ou de diarrhées, régime trop restrictif. On observe une augmentation des pertes digestives causées par une malabsorption, des entéropathies, des résections éventuelles de l'intestin et des saignements. Le risque de dénutrition et de carences est grand. (98)

e) Troubles de la déglutition

Les troubles de la déglutition, également appelés dysphagie, se caractérisent par une difficulté à déglutir. Les problèmes de déglutition sont relativement courants et peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé et la qualité de vie, surtout chez les patients âgés. (99)(101) D'après une étude menée sur 268 adultes de plus de 60 ans et ne vivant pas en institution, les personnes souffrant de dysphagie présentent un risque 4,8 fois plus élevé de se trouver en état de dénutrition. (100)

Les conséquences des troubles de la déglutition peuvent aller d'une simple difficulté à avaler à une incapacité totale.

En ce qui concerne l'alimentation, les individus atteints seront de plus en plus préoccupés lors des repas de peur d'avaler de travers, et donc un risque de diminution de leur consommation alimentaire. Une prise alimentaire insuffisante peut entraîner une perte de poids jusqu'à la dénutrition. La crainte d'avaler de travers est présente aussi pour les boissons. Par conséquent, le patient aura tendance à diminuer sa consommation et risque ainsi de se déshydrater. La « fausse route » est une situation fréquente : les aliments, les boissons ou la salive passent dans les voies respiratoires plutôt que dans l'œsophage. Tousse est un réflexe qui permet d'expulser les aliments ou les liquides des voies respiratoires. Si la toux n'est pas présente, il existe un risque de complication où des résidus de nourriture ou de liquide peuvent se retrouver dans les poumons et entraîner à terme une pneumopathie d'inhalation. (99)(101)

Il est difficile d'assurer une alimentation suffisante de tous les nutriments essentiels chez les patients atteints de dysphagie. Les aliments enrichis et ayant une consistance appropriée jouent un rôle crucial dans l'état nutritionnel et de santé du patient. (99)

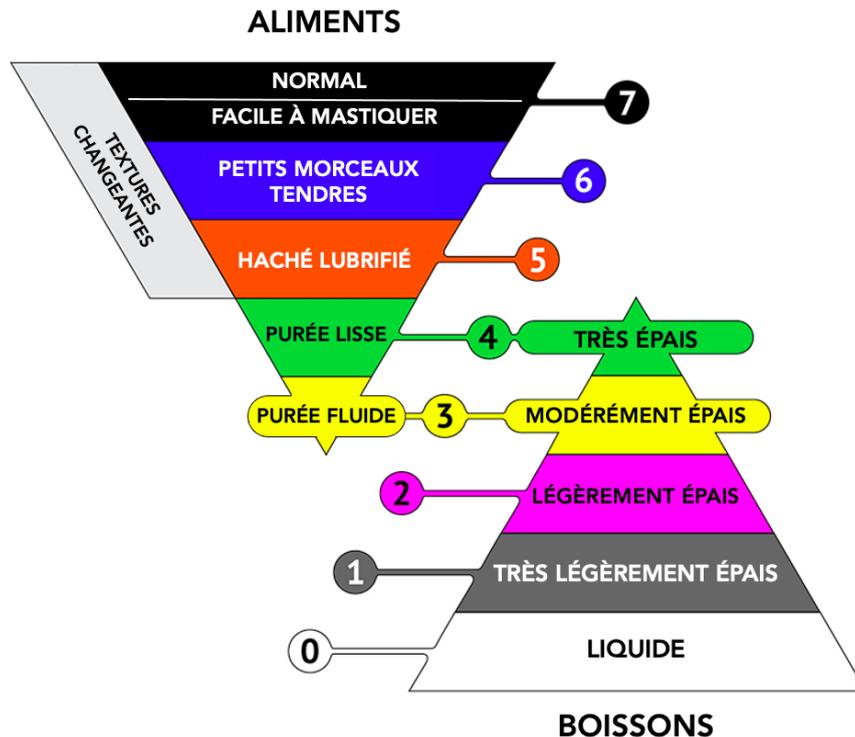


Image 13 : Diagramme de texture pour la dysphasie (121)

En 2013, l'IDDSI, également connue sous le nom d'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, a lancé une initiative visant à standardiser les textures modifiées et les liquides épaissis utilisés par les personnes dysphagiques. Ils ont établi avec l'aide des patients, des aidants, des professionnels de santé, des industries, des associations de professionnels et des sociétés savantes de différents pays, un schéma des textures afin de trouver les produits les plus appropriés. Le schéma est constitué de 8 niveaux numérotés de 0 à 7. (121)

f) Escarres

Une escarre est une plaie cutanée résultant d'une mauvaise irrigation sanguine. Les escarres entraînent une prolongation des séjours à l'hôpital ou en maison de santé. Si elles ne sont pas traitées rapidement ou si des pathologies sous-jacentes entravent leur cicatrisation, elles peuvent également engager le pronostic vital. (103)

Chez les personnes âgées, les escarres sont plus courantes, car leur peau est plus fine et guérit moins rapidement. Les escarres se forment au niveau des zones d'appui lorsque les personnes sont restreintes dans leur mobilité ou alitées. (104)

Les escarres sont classées selon la gravité avec plusieurs stades : (102)(103)

- **Stade 0** : Peau intacte mais à risque d'escarre.
- **Stade I** : Apparition d'une rougeur persistante.
- **Stade II** : Perte d'une partie de l'épaisseur de la peau. L'escarre est encore superficielle et se présente comme une dermabrasion ou des cloques.
- **Stade III** : Perte de toute l'épaisseur de la peau avec une nécrose des tissus.
- **Stade IV** : Atteinte très profonde pouvant toucher les muscles, les os, les tendons.

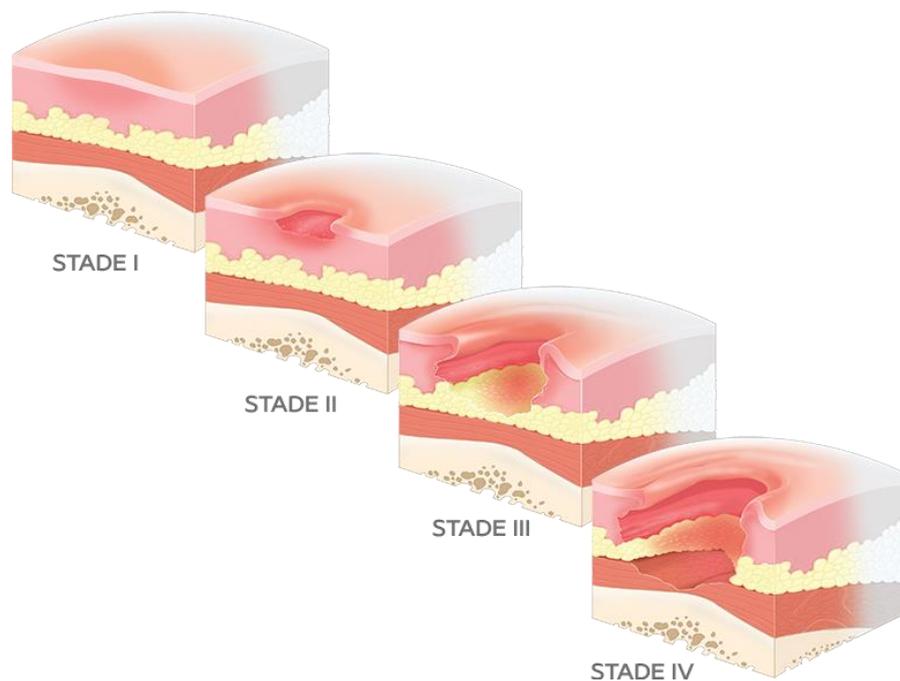


Image 14 : Les différents stade d'une escarre (102)

Les trois principaux facteurs de risque de survenue des escarres sont : (104)

- L'humidité de la peau
- Une oxygénation tissulaire dégradée
- Un mauvais état nutritionnel

La prise en charge nutritionnelle va jouer un rôle essentiel dans la prévention et le traitement des escarres. Elle doit fournir une quantité supplémentaire de calories et de protéines et doit être adaptée pour chaque patient. (104)

En effet, la cicatrisation des escarres s'accompagne d'une augmentation du catabolisme cellulaire, de la production de glucose à partir des protéines et des besoins en protéines. La nutrition joue donc un rôle crucial dans ce processus. Les escarres provoquent un

hypercatabolisme des protéines et de l'énergie. Il est donc essentiel de les soutenir sur le plan nutritionnel. (104)

3. Pathologie maligne évolutive

L'âge joue un rôle dans l'apparition de cancer. Effectivement, l'incidence du cancer est 10 fois plus fréquents chez les individus âgés de plus de 65 ans. (105)

La complication la plus courante du cancer est la dénutrition avec 40% des personnes atteintes (106). Selon le type de cancer, la prévalence varie entre 30 à 80% et se manifeste cliniquement par des effets secondaires mesurables tels qu'une perte de poids, une réduction de la masse musculaire et/ou grasse, une plus grande fragilité aux infections et à la toxicité des traitements. (122)

En cas de dénutrition, la survie des patients cancéreux est réduite. D'après mes recherches, lorsque la perte de poids dépasse 5 %, cela a un effet sur l'efficacité des traitements et le risque de développer des complications et ce seuil est souvent atteinte. Effectivement, 5% de perte cela ne représente pas beaucoup en kg, par exemple pour une personne de 80 kg cela représente 4 kg. Cependant, dans certains cancers tels que les cancers digestifs, lors du diagnostic le patient à souvent déjà perdu ces 5% voire même plus. (106)(107)

La dénutrition peut être liée à :

- Au cancer : la localisation de la tumeur, l'augmentation des besoins de l'organisme, la perte d'appétit, les douleurs, les nausées et vomissement. (106)
- À la cachexie cancéreuse : défini par des perturbations métaboliques associées au cancer. L'existence d'une réaction immunitaire particulière et d'une réaction inflammatoire aggrave l'état de dénutrition. Effectivement, le corps génère des cytokines pro-inflammatoires, des interférons gamma et des médiateurs spécifiques au tissu tumoral. La présence de ces agents médiateurs entraîne une perturbation des différentes voies métaboliques et une hausse des dépenses en énergie. Une perte de poids, une diminution de la masse musculaire et de la masse grasse sont les conséquences. Elle impacte l'efficacité des chimiothérapies, la consommation

alimentaire et tout cela cause une fatigue significative. Les patients se retrouvent dans un cercle vicieux, qui aboutit au décès. (122)(123)(133)

- Aux traitements : qui sont susceptibles d'induire une perte de l'appétit, un dégoût alimentaire, une modification du goût et de l'odorat, des troubles digestifs, des difficultés à avaler ou à mastiquer, etc. (106)
- D'autres éléments peuvent être impliqués, tels que l'anxiété associée au diagnostic, le sentiment d'isolement, des problèmes financiers, la perte d'autonomie. (106)

III. Partie 3 : Le rôle du pharmacien d'officine face à un patient âgé dénutri

Le rôle du pharmacien d'officine a été peu étudié dans la prise en charge d'une personne âgée dénutrie. En outre, la HAS n'a pas de recommandation dans ce domaine. Pourtant, le pharmacien d'officine joue un rôle essentiel dans le système de santé. Avec le temps, le rôle du pharmacien s'est transformé. Il n'est plus seulement de dispenser des médicaments, mais il s'engage également dans la prévention, le suivi et la prise en charge de certaines maladies. (111)

En tant que professionnel de santé de proximité, le pharmacien est présent et prodigue des conseils à ses patients. Les pharmacies sont le premier lieu vers lequel les patients se tournent rapidement et facilement. La majorité des patients sont habituels, cela permet de maintenir un contact régulier avec certains d'entre eux, et de signaler tout comportement ou modification inhabituelle qui pourrait nous interpeller. Le pharmacien d'officine occupe une position centrale dans la prise en charge de la dénutrition en raison de son rôle de santé publique et de sa relation privilégiée avec les patients.

A. Une nécessité de détecter les personnes âgées à risque de dénutrition

Aujourd'hui, le pharmacien se positionne comme un acteur de santé important dans la détection des situations à risque de dénutrition et dans la réorientation vers un médecin si cela est nécessaire. La première étape est le repérage des sujets à risque, qui sont dans la majorité des cas les personnes âgées. Il débute par de simples observations que la personne peut réaliser elle-même ou son entourage, mais aussi par un professionnel de santé comme le pharmacien. (113)

La **perte de poids** est le premier signe de dénutrition. Le dépistage visuel donne des indices sur l'état général de la personne ; ainsi, certains signes doivent nous alerter comme des vêtements qui flottent ou une alliance qui ne tient plus au doigt, une perte de poids qui paraît être soudaine et importante. (112) C'est pour cela que nous devons rappeler aux patients et/ou aux aidants de se peser régulièrement, soit 1 fois par mois, conformément aux bonnes pratiques décrites par la HAS en ville. (4)

Il faut être aussi attentif à la **prise alimentaire**. Notre but est d'évaluer, en discutant, la possible diminution de l'alimentation en les questionnant sur leur prise alimentaire : surtout si la personne âgée suit un régime (prescrit ou non par un médecin), si elle respecte ou non les 3 repas par jour, si la personne ne consomme plus certaines catégories d'aliments comme les légumes frais, les viandes, les fruits frais, produits laitiers... (112)

Voici quelques exemples de questions que peut poser un pharmacien au cours d'une conversation au comptoir avec le patient : (112)

- Combien de repas prenez-vous par jour ?
- Consommez-vous régulièrement :
 - Des produits laitiers (lait, fromage, yaourt) ?
 - De la viande, du poisson, de la volaille ou des œufs ?
 - Des fruits et légumes ?
 - Des céréales et légumineuses ?
- Comment prenez-vous vos repas ?
 - Seul avec ou sans difficulté,
 - Avec de l'aide pour préparer le repas ou pour manger,
- Avez-vous de l'appétit ?
- Avez-vous des troubles digestifs : difficultés à mastiquer, à avaler, à digérer, diarrhée, constipation, etc. ?

L'**hydratation** est aussi importante, il faut s'assurer que la consommation soit au minimum d'1,5 litre par jour en répartissant les quantités dans la journée, voire plus dans certains cas comme de forte chaleur ou des pathologies associant diarrhée, vomissement, fièvre qui sont une cause de déshydratations sévères. (113)



Image 15 : Astuces pour boire suffisamment dans une journée (132)

Il y a des facteurs de risque que nous avons vus dans la partie 2 de cette thèse qui vont être des éléments importants pour un pharmacien dans la détection de la dénutrition chez les personnes âgées comme : (112)

- Des difficultés à se déplacer,
- L'isolement, le veuvage,
- La dépression,
- La polymédication
- Une maladie aiguë ou une maladie chronique,
- Une hospitalisation récente
- Un âge avancé est un facteur de risque en lui-même

Psycho-socio-environnementaux	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
Isolement social Deuil Difficultés financières Maltraitance Hospitalisation Changement des habitudes de vie : entrée en institution	Douleur Pathologie infectieuse Fracture entraînant une impotence fonctionnelle Intervention chirurgicale Constipation sévère Escarres	Polymédication Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc. Corticoïdes au long cours
Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
Trouble de la mastication Mauvais état dentaire Appareillage mal adapté Sécheresse de la bouche Candidose oro-pharyngée Dysgueusie	Sans sel Amaigrissant Diabétique Hypocholestérolémiant Sans résidu au long cours	Maladie Alzheimer Autres démences Syndrome confusionnel Troubles de la vigilance Syndrome Parkinsonien
Troubles de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
Pathologie ORL Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire	Dépendance pour l'alimentation Dépendance pour la mobilité	Syndromes dépressifs Troubles du comportement

Image 16 : Facteurs de risque de la dénutrition chez les personnes âgées (5)

Ces nombreux facteurs peuvent alerter un pharmacien et orienter éventuellement le patient vers un médecin. (112) La détection précoce de la dénutrition est essentielle pour que le patient soit pris en charge le plus rapidement possible. Les personnes âgées présentent un risque plus élevé de dénutrition et doivent donc être soumises à une surveillance de leur état nutritionnel. La prise en charge de ces facteurs est essentielle à la guérison de la dénutrition, le pharmacien participe à sa détection et à son observance.

B. Prendre en charge la dénutrition

La prise en charge de la dénutrition est importante pour stopper la détérioration de l'état nutritionnel de la personne âgée. La prise en charge est variée, comprenant les recommandations du PNNS, l'enrichissement des repas et la prise de CNO. L'objectif est de retrouver le poids de forme et de le conserver.

1. Conseils nutritionnels de base

En tant que pharmacien, son rôle est de délivrer des conseils aux patients ainsi qu'à leur aidant pour faciliter les apports alimentaires recommandés dans le cadre du PNNS. Les conseils à apporter aux patients et/ou aux aidants peuvent être : (116)(114)

- Avoir un réfrigérateur et des placards remplis.
- Supprimer les produits allégés, et privilégier des produits riches en protéines et/ou en énergie.
- Prendre 3 repas par jour avec dans la journée des collations si besoin (comme un goûter).
- Éviter une période de jeûne nocturne trop longue en décalant l'horaire du dîner ou en avançant l'horaire du petit déjeuner.
- Stimuler l'appétit en rehaussant les plats avec des épices ou des herbes aromatiques.
- Varier les modes de cuisson et les textures.
- Prendre les repas dans un environnement agréable.
- Pratiquer une activité physique régulière et adaptée.
- Se renseigner sur le portage des repas à domicile pour aider une personne âgée à manger.
- Les aides à domicile pour aider à la préparation, la prise des repas.
- Respecter les repères du PNNS avec par exemple pour l'alimentation des personnes âgées :

Aliments	Quantité par jour
Fruits et légumes	Au moins 5 fois par jour
Fruits à coques	Une petite poignée par jour

Légumineuses	Au moins 2 fois par semaine
Produits céréaliers	Tous les jours
Produits laitiers	2 à 3 produits par jour
Charcuterie	Ne pas en consommer tous les jours : 150 g par semaine (environ 3 tranches de jambon blanc ou de jambon de volaille)
Volaille, poisson, œuf, viande	Au moins 1 fois par jour
Matières grasses ajoutées	Eviter les consommations excessives : privilégier les huiles de colza, de noix et d'olive)
Produits sucrés	Eviter les consommations excessives
Boissons	Consommer 1,5L par jour en moyenne
Sel	Eviter les consommations excessives

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des repères du PNNS pour les personnes âgées (16)

2. Enrichissement de l'alimentation traditionnelle

Par la suite, l'HAS suggère également une alimentation enrichie en cas de dénutrition, dans le but d'accroître les apports énergétiques et protéiques d'une ration sans en augmenter le volume. La prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée dénutrie vise à obtenir une consommation calorique de 30 à 40 kcal/kg par jour et une consommation de protéines de 1,2 à 1,8 g par kilogramme par jour. (23)

L'enrichissement des repas peut comporter l'adjonction de différents produits comme : (114)

	Quantité ou poids (g)	Protéines (g) ou calories
Poudre de lait ou lait concentré	3 cuillères à soupe (environ 20 g)	8 g
Poudre de protéines	1 à 3 cuillères à soupe par jour dans 150 g de liquide ou 150 g de purée	5 à 15 g
Gruyère râpé	20 g	5 g
Crème de gruyère	1 crème de gruyère (30 g)	4 g
Œufs	1 jaune d'œuf	3 g

Crème fraîche épaisse	1 cuillère à soupe (environ 25 g)	80 calories
Beurre fondu ou huile	1 cuillère à soupe (environ 10 g)	75 à 90 calories

Tableau 5 : Modalité d'enrichissement des repas (114)

Voici aussi quelques exemples concrets que nous pouvons donner pour enrichir les repas d'un patient dénutri :

Les potages	On peut ajouter des pâtes à potage, du tapioca, du pain, des croûtons, de la crème fraîche, du beurre, du fromage (gruyère, crèmes de gruyère, etc.), du lait en poudre, des œufs, du jambon. Il faut aussi penser aux soupes de poissons.
Les entrées	On peut compléter les entrées avec des œufs durs, du jambon émincé, des lardons, des dés de poulet, du thon, des sardines, des harengs, des crevettes, du surimi, des cubes de fromage, des croûtons, du maïs, des raisins secs, des olives, du saucisson, des pâtés, des salades de pommes de terre ou de céréales, des entrées pâtisseries.
Les légumes	Peuvent être servis avec de la béchamel, de la sauce blanche, en gratins enrichis avec du lait en poudre, du gruyère, de la crème fraîche, du beurre, des œufs, de la viande hachée.
Les pâtes et riz	Peuvent être servis avec du parmesan ou du gruyère râpé, du beurre, de la crème fraîche, des jaunes d'œufs : pâtes à la carbonara (avec des lardons, du jambon et un jaune d'œuf), pâtes à la bolognaise (avec de la viande hachée et une sauce tomate), riz cantonais

	(avec des petits pois, des dés de jambon et des morceaux d'omelette).
Les purées	Il est possible d'ajouter des jaunes d'œufs, du gruyère ou un autre fromage râpé, du lait en poudre.
Les plats protidiques	On va choisir en premier, les plats naturellement riches : viandes en sauce, soufflés, gratins, quenelles, lasagnes, pâtes farcies.
Les laitages et desserts	Il est possible d'incorporer du lait en poudre, du lait concentré sucré, de la crème fraîche, de la confiture, du miel, de la crème de marron, du caramel, du chocolat, du coulis, de fruits (banane, fraise), de fruits au sirop, etc. Les desserts les plus énergétiques sont les gâteaux de riz ou de semoule, les flans aux œufs, les crèmes anglaises ou pâtisseries, les clafoutis de fruits, les quatre-quarts, les gratins de fruits.
Les boissons	Il est possible d'enrichir les boissons avec du lait en poudre à consommer chaud ou froid, et de l'aromatisé (chocolat, café, sirop de fruits). Il existe le lait de poule (un œuf battu avec du lait, du sucre, de la vanille ou du rhum), le milk-shake (du lait battu avec de la crème fraîche et des fruits). Les jus de fruits peuvent être enrichis avec du lait en poudre ou du miel.

Tableau 6 : Exemples d'enrichissement des repas (114)

Pour les personnes âgées qui ont des difficultés à cuisiner ou qui n'ont plus l'envie, il existe aujourd'hui le portage de repas à domicile. C'est une solution pratique qui permet d'enrichir l'alimentation, de maintenir la personne âgée le plus longtemps possible à son domicile et en bonne santé, grâce à une alimentation variée, équilibrée et adaptée (menus sans sel, spécial

diabétique et même des menus mixés) afin de réduire les risques de dénutrition.

Il est également possible d'incorporer des CNO dans des recettes traditionnelles (que nous verrons dans la partie suivante). Par exemple, le site *Nestlé Health Sciences* propose diverses recettes salées, sucrées et même des boissons afin de diversifier et enrichir un repas. (cf. Annexe 2)

3. Complémentation nutritionnelle orale

En qualité de pharmacien, lorsque les mesures diététiques, c'est-à-dire l'enrichissement ne suffisent plus. Il y a la possibilité d'orienter le patient vers son médecin pour la prescription de compléments nutritionnels oraux (CNO). Il est recommandé de prendre des CNO afin de compléter l'alimentation habituelle du patient dénutri et ne sont pas destinés à remplacer un repas. Effectivement, ils vont apporter une complémentation énergétique en fournissant une quantité adéquate de protéines, de micronutriments, de lipides et de glucides, en fonction des besoins spécifiques de chaque patient.

Selon la HAS, il est nécessaire de prendre des CNO afin d'obtenir un apport supplémentaire d'au moins 400 kcal par jour et/ou 30 grammes de protéines quotidiennement. Il y a plusieurs catégories : (134)

- Hyperénergétiques (HC) ($\geq 1,5$ kcal/ml ou g) et/ou
- Hyperprotidiques (HP) (protéines $\geq 7,0$ g/ 100 ml ou 100 g, ou protéines ≥ 20 % de l'AET).

De nos jours, il existe une grande variété de CNO pour satisfaire les besoins de tous avec différentes formes possibles : des crèmes, des potages, des boissons, des jus de fruits, des biscuits, des plats salés possédant des goûts et des textures variés.

Plusieurs marques se partagent le marché des CNO comme Delical, Fresubin, Nestlé, Nutricia. Selon la forme choisie, il est conseillé de consommer 1 à 2 CNO par jour.

Les différents types de CNO pour personne dénutrie : (137)(138)(139)

Tableau 5 : Les boissons lactés			
HP/HC	HP/HC avec fibre	HP/HC de type Concentré <i>Avec plus d'énergie (kcal) et de protéine (g)</i>	HP/HC sans lactose
			
Plusieurs saveurs au choix : Vanille, café, fraise, caramel, chocolat, fruits rouges, fraise, nature et pêche abricot.			

Tableau 6 : Les crèmes HP/HC		
		
Plusieurs saveurs au choix : Vanille, café, chocolat, nature, abricot, praliné, fraise et caramel.		

Tableau 7 : Les jus de fruits HC



Plusieurs saveurs au choix : Orange, pomme, citron, fraise, tropical, ananas-orange, multifruits, raisin-pomme, poire-cerise et framboise-cassis

Tableau 8 : Les plats salés

Plats mixés



Soupes



Purée



Saveurs des plats mixés : Bœuf à la hongroise, cabillaud et petits légumes, printanière de légumes, veau aux brocolis, poulet ou suprême de dinde aux légumes et mousseline de petits pois saveur jambon

Saveurs des soupes : Potiron, patates douces, poireaux, légumes verts, tomates, champignon

Saveurs des purées : Carottes, Céleri, Brocolis et petit pois

Tableau 9 : Les gâteaux



Plusieurs saveurs au choix : Chocolat, framboise et pruneau

Les CNO avec une indication plus spécifique : (137)(138)(140)

Tableau 10 : Les CNO avec une indication spécifique

<p>Patient diabétique</p>		<p>Boisson ou crème avec un index glycémique bas</p> <p><u>Plusieurs saveurs aux choix :</u> Chocolat, fraise, vanille, café, caramel, fruits de la forêt, praliné, pêche-abricot.</p>
<p>Patient dysphagique</p>		<p>Repose sur le même principe que les plats mixés (tableau 8) à reconstituer avec de l'eau.</p>

		<p>La poudre est utilisée comme épaississant alimentaire. Elle peut être ajoutée dans les préparations et boisson.</p>
<p>Patient avec des escarres</p>	 	<p><u>Clinutren Repair</u> : boisson apportant les nutriments nécessaires à la cicatrisation (proline, arginine, vitamine A, E et C, zinc et sélénium...).</p> <p>Deux saveurs existent vanille et café.</p> <p><u>Cubitan</u> : boisson riche en arginine, zinc spécifique dans le processus de cicatrisation et supplémentée en oligo-éléments (fer, magnésium, cuivre, sélénium...) et vitamines.</p> <p>Trois saveurs existent chocolat, fraise et vanille.</p>
<p>Patient insuffisant rénal</p>		<p>Boisson riche en L-carnitine et en calcium.</p> <p>Spécifique du patient souffrant d'une insuffisance rénale car l'apport en eau, électrolytes et phosphore est restreint.</p>

Patient déshydraté		C'est une eau sucrée ou édulcorée indiquée dans les états de déshydratation mais aussi dans les troubles de déglutition.
---------------------------	---	--

Cette variété de CNO permet d'ajuster la prescription et la dispensation en fonction des besoins des patients, de l'existence ou non d'une maladie (comme le diabète) et de leurs préférences. Par ailleurs, il est envisageable de diversifier les types de CNO pour prévenir la lassitude et encourager l'observance, qui est établie à 77%. Un chiffre qui peut être amélioré avec l'aide des pharmaciens et de leur rôle clé dans le conseil et le suivi des patients. (135)

Voici des conseils à donner aux patients sur la consommation des CNO : (115)

- Prendre les CNO pendant ou en-dehors des repas, toujours en plus de l'alimentation habituelle : il est possible de consommer des CNO lors de collations, environ 2 heures avant ou après un repas, afin de maintenir l'appétit quand il est l'heure du repas.
- Consommer les CNO en prenant son temps pour favoriser leur digestion.
- Ne pas hésiter à varier les goûts et les textures de CNO
- Essayer d'intégrer les CNO à des recettes du quotidien (cf. Annexe 2)
- Prendre les CNO à la bonne température (froid, glacé ou réchauffé) selon si le produit est sucré : il sera meilleur quand il est frais, ou si le produit est salé : plus apprécié quand il est chaud.
- Respecter la conservation après ouverture des CNO : se référer aux indications mentionnées sur les emballages des produits.

C. Prise en charge globale

La prise en charge globale fait référence à l'ensemble des soins prodigués à un patient, en collaboration avec tous les professionnels de la santé (médecin, pharmacien, infirmière...). Le suivi spécifique et à long terme est essentiel pour traiter la dénutrition, car tant que le critère phénotypique persiste, le patient est toujours considéré comme dénutri, même si le critère étiologique n'est plus présent (guérison de la maladie). Nous présenterons dans cette partie l'exemple d'une prise en charge globale d'un patient avec une escarre. Du dépistage au diagnostic jusqu'à son retour à son poids de forme, en mettant l'accent sur le rôle pluridisciplinaire nécessaire à la dénutrition.

Comme déjà mentionné dans cette thèse, une escarre est une plaie cutanée causée par une mauvaise irrigation sanguine. On la retrouve dans les zones d'appui et de pression telles que le talon et le fessier. Les personnes âgées sont souvent touchées par les escarres, car leur peau est plus fine et la cicatrisation n'est pas optimale. Fréquemment, la dénutrition est causée par plusieurs facteurs. En plus de la pathologie connue ici, l'escarre, d'autres facteurs de risque peuvent être responsables d'un état nutritionnel dégradé, tels que :

- Le premier facteur de risque est l'âge car ils sont plus vulnérables à de nombreuses maladies après 65 ans (comme des problèmes bucco-dentaires, une perte de goût, une perte d'odorat, etc.).
- La diminution de la mobilité, entraînant des difficultés à se déplacer, voire une immobilisation, expose fortement les personnes âgées à l'apparition d'escarre.
- On peut également évoquer les conséquences néfastes sur la qualité de vie telles que l'isolement social avec un déclin du contact social, ce qui entraîne un risque de se renfermer sur soi-même, et de causer d'autres facteurs comme un syndrome dépressif.

La diminution de l'appétit résulte de divers facteurs. Dans l'ensemble, une personne âgée est considérée comme vulnérable et présente un risque élevé de dénutrition.

La prise en charge des facteurs étiologiques et nutritionnelle sont très importantes et nécessitent plusieurs professionnels de santé pour une prise en charge pluridisciplinaire :

Le **pharmacien d'officine** a un rôle dans le **dépistage** et le **repérage** des personnes âgées du fait de sa proximité avec les patients. La connaissance de sa patientèle et son observation va être la clé dans la première étape de la prise en charge. Effectivement, une perte de poids, un changement dans la vie d'un patient peut nous pousser à nous poser des questions sur l'alimentation. En utilisant un questionnaire tel que le PARAD (annexe 1), des échelles visuelles telles que le SEFI (8) ou même une balance pour se peser, le pharmacien peut évaluer toute modification ou insuffisance de la prise alimentaire d'une personne âgée. En ce qui concerne l'escarre, il est important de renvoyer le patient vers son médecin traitant en cas de difficulté à se déplacer, de perte de poids ou d'apparition d'une plaie qui ne se cicatrise pas.

Le **médecin**, il est chargé de procéder à un examen médical afin de déterminer une éventuelle dénutrition en utilisant les **critères diagnostics** de la HAS (4). Le médecin se chargera de traiter le facteur responsable de la dénutrition, de gérer l'état nutritionnel et les problèmes de la vie quotidienne du patient. Elle vise également à assurer un suivi régulier en mesurant le poids, en calculant l'IMC, ainsi qu'à s'assurer de l'observance des traitements. Dans le cas de notre exemple, si la personne âgée est diagnostiquée dénutrie, le médecin mettra en place :

- Des soins infirmiers pour la plaie,
- La location de matériel adapté comme un lit médicalisé avec un matelas anti-escarre,
- La prescription de CNO,
- La demande d'une aide à domicile.

Les **infirmiers libéraux** jouent également un rôle essentiel dans le **repérage** et la **prévention** des personnes âgées à risque, en tant que professionnels de santé. Ils sont souvent présents au domicile des patients et peuvent signaler au médecin quand ils aperçoivent une diminution de l'alimentation, du poids et même de l'état général. L'outil numérique « D-Nut » a été développé par des infirmiers libéraux dans les Pays de la Loire. Il permet d'utiliser le test mini-MNA (Annexe 3), même si ce test n'est pas un test de diagnostic, mais un test de repérage il peut être utile pour aiguiller l'infirmier. L'échelle visuelle analogique permet aussi d'évaluer la prise alimentaire. (16)

Dans la prise en charge d'une escarre, les infirmiers ont le rôle de soin sur la plaie cutanée. Ils visent à soigner l'escarre en nettoyant, en diminuant la pression sur la zone affectée et en utilisant des pansements spéciaux.

Le **diététicien nutritionniste** a également la capacité de **détecter** un patient dénutri ou à risque de dénutrition et de le signaler au médecin traitant pour qu'il prenne des mesures. Cependant, le fait que les consultations ne soient pas remboursées entrave le recours à ses professionnels. Le diététicien qui suit un protocole recommandé par la HAS vise à **ajuster l'alimentation** de son patient pour préserver sa stabilité et renforcer son poids, tout en offrant une alimentation quotidienne adaptée à ses besoins.

Les **aides à la personne** sont des acteurs dans la dénutrition. En effet, leur aide au sein du domicile des seniors est précieuse, surtout quand ils ont perdu de leur autonomie, par exemple pour leur faire leur course, cuisiner, le ménage. Leur but est d'aider la personne âgée dans les tâches du quotidien. Dans le cas d'un senior avec une escarre, l'aide aux courses et aux repas est très importante car une nutrition adaptée va avoir un rôle essentiel dans le traitement et la cicatrisation des escarres. Les repas doivent fournir une quantité appropriée de calories et de protéines.

Une fois le patient pris en charge par tous les intermédiaires de santé, le **pharmacien d'officine** à un autre rôle : le **conseil**, un de ses rôles fondamentaux dans le métier mais aussi son rôle dans **l'observance** des traitements sur les CNO et les traitements des critères étiologiques en cause dans la dénutrition.

Le pharmacien va fournir ses conseils aux patients mais aussi à l'aidant sur l'enrichissement de l'alimentation, sur tous les CNO existants et leur utilisation. Il va aussi guider les patients et les familles sur d'autres aides qui existent, comme le portage de repas à domicile ou les aides à la personne (si cela n'est pas encore mis en place).

Le pharmacien peut leur proposer des fiches de conseils, des sites, des livres pour les aider dans l'alimentation des dénutris comme :

- L'association Silver fourchette qui a réalisé un livre de recettes enrichi que vous pouvez retrouver sur le site : <https://lesinsatiables.org>
- Le CLAN de la Sarthe a aussi publié un livre de recettes et de conseils sur l'alimentation. On peut acheter le livre sur le site suivant : <https://revolutionmixee.fr/>
- Des idées de recettes avec les recommandations du PNNS sur le site : <https://www.mangerbouger.fr/> mais aussi des recettes avec des CNO (annexe 2) que vous pouvez retrouver sur les sites de Nestlé Health Science : <https://www.marenutrition-active.fr/>

- Des fiches conseils sur les repas, les aliments à privilégier, à réduire (annexe 4)

Il est important de ne pas négliger tous les aidants. Leurs aides sur le plan alimentaire et sociale ne peuvent que faire du bien aux personnes âgées qui seront entourées et soutenues. La Maison des Aidants est une association qui apporte son soutien aux aidants. (16)(141)

L'objectif de cette prise en charge globale de la dénutrition est d'éviter le passage d'un état de fragilité à un état de dépendance en traitant la pathologie en cause et en aidant le patient au niveau nutritionnel pour retrouver son poids de forme et de l'aider à le maintenir avec l'aide de tous les professionnels de santé.

CONCLUSION

Pour conclure, la France n'échappe pas à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de dénutrition, même si c'est un pays développé. L'augmentation de la croissance démographique et de l'espérance de vie affirment que la dénutrition s'accroît avec l'âge et affecte plus particulièrement les personnes âgées.

En 2021, les critères de diagnostic de la HAS ont été modifiés. Les critères étiologiques ont été ajoutés, ce qui inclut désormais toutes les causes de diminution de l'alimentation, d'une mauvaise absorption et toutes les pathologies aiguës ou chroniques. En combinant ces critères avec un critère phénotypique, cela permet de diagnostiquer une dénutrition. On espère ainsi que plus de personnes âgées seront diagnostiquées. Il existe de nombreux critères étiologiques, allant des problèmes bucco-dentaires à l'isolement, jusqu'aux cancers. La dénutrition est souvent multifactorielle, c'est-à-dire causé par plusieurs facteurs chez la personne âgée. Il est rare qu'une personne âgée échappe à un de ces critères après 65 ans, ce qui en fait des personnes à risque élevé de présenter une dénutrition.

Lorsque le diagnostic d'une dénutrition est avéré, il y aura mise en place d'un enrichissement alimentaire et/ou d'une supplémentation par des CNO avec un accompagnement et un suivi par des professionnels de santé tels que les médecins et pharmaciens. La prise en charge rapide et le suivi augmentent les chances des traitements d'être efficaces, que cela soit les traitements pour les critères étiologiques (syndrome dépressif, cancers, escarres) ou les traitements de renutrition.

La place du pharmacien dans la dénutrition est importante. Son rôle est crucial afin de prévenir, de dépister la dénutrition et de prodiguer des conseils aux patients ainsi qu'aux aidants. Le pharmacien entretient un contact régulier avec ses patients, ce qui lui permet d'observer toutes modifications inhabituelles, de discuter de l'alimentation et de leurs problèmes personnels. Cela fournit une information précieuse au pharmacien concernant une éventuelle dénutrition et permet de prévenir le patient des conséquences de celle-ci, voire de le rediriger si nécessaire vers son médecin traitant afin d'être pris en charge le plus rapidement possible.

Aujourd'hui, le pharmacien doit être en coordination avec les autres professionnels de santé (médecins, infirmiers...) car c'est avec une approche pluridisciplinaire que nous pourrions améliorer l'état de nos patients dénutris. C'est pourquoi il est essentiel que le rôle du pharmacien soit renforcé dans la détection de cette maladie afin de garantir une prise en charge adéquate pour toutes les personnes âgées, car la dénutrition est une maladie très répandue, mais elle est malheureusement sous-diagnostiquée.

BIBLIOGRAPHIE

1. DocThom. Définition de « Nutrition ». Dictionnaire médical. À l'adresse : <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/339-nutrition/>
2. Larousse, É. dénutrition—LAROUSSE. À l'adresse : <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/d%C3%A9nutrition/12438>
3. De Bandt, J.-P. (2015). Comprendre la physiopathologie de la dénutrition pour mieux la traiter. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 73(5), 332-335.
4. HAS. (2021). Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf
5. Patry, C., & Raynaud-Simon, A. (2010). La dénutrition : Quelles stratégies de prévention ? *Gérontologie et société*, 33 / 134(3), 157-170.
6. Woo, J., Leung, J., & Morley, J. E. (2014). Validating the SARC-F : A suitable community screening tool for sarcopenia ? *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(9), 630-634.
7. Le questionnaire de dépistage de la sarcopénie SARC-F. (2022, mars 31). Tout sur la sarcopenie. <https://www.toutsurlasarcopenie.fr/depistage/le-questionnaire-sarc-f/>
8. SEFI-nutrition | Utilisation. SEFI-nutrition. <https://www.sefi-nutrition.com/utiliser-sefi>
9. Van der Heide, F. (2016). Acquired causes of intestinal malabsorption. *Best Practice & Research. Clinical Gastroenterology*, 30(2), 213-224.
10. INSEE. Bilan démographique 2023—Insee Première—1978. À l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>
11. Lutte contre la dénutrition. La dénutrition en chiffres. Collectif de lutte contre la dénutrition, à l'adresse : <https://www.luttecontreladenutrition.fr/la-denutrition-en-chiffres>
12. INSEE. Seniors – France, portrait social | Insee. A l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781>
13. OMS. Vieillesse et santé. A l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
14. Louis Maurin. (2019, mars 22). Personnes âgées. Centre d'observation de la société. <https://www.observationsociete.fr/definitions/personnes-agees/>
15. Féart, C. (2018). Fragilité de la personne âgée : Un aperçu du rôle de la nutrition. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 53(5), 279-285.
16. ANDRE, G. (2022). L'alimentation des personnes âgées : Enjeux et recommandations. https://www.gerontopole-paysdelaloire.fr/sites/default/files/inline-files/rapport-alimentation-pa-2022_GTP.pdf
17. Denut. (2016, décembre 1). Le syndrome de fragilité. Collectif de lutte contre la dénutrition. <https://www.luttecontreladenutrition.fr/le-syndrome-de-fragilite>
18. OMS. Vieillesse et santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
19. Denut. (2016, décembre 1). La personne âgée ne maigrit pas en vieillissant. Collectif de lutte contre la dénutrition. <https://www.luttecontreladenutrition.fr/la-personne-agee-ne-maigrit-pas-en-vieillissant>
20. Dénutrition de la personne âgée : Définition, causes et conséquences. *Nutrisens* : <https://www.nutrisens.com/denutrition/>
21. Dénutrition des personnes âgées : La repérer et la prévenir. (2023, septembre 22). <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/undefineddenutrition-des-personnes-agees-la-reperer-et-la-prevenir>
22. Besoins nutritionnels chez la personne âgée | Nutri Pro. A l'adresse <https://www.nutripro.nestle.fr/article/aperçu-sur-l-alimentation-des-seniors>
23. Nutrition de la personne âgée | Nestlé Health Science. A l'adresse <https://www.nestlehealthscience.fr/notre-expertise/situations-pathologiques-age/nutrition-personne-agee>
24. Alimentation des personnes âgées : Besoins, recommandations et conseils pratiques. (2018, novembre 14). *Nutrisens*. <https://www.nutrisens.com/vitalites/alimentation-des-personnes-agees-besoins-recommandations-et-conseils-pratiques/>
25. La dénutrition. A l'adresse <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/adultes-de-plus-de-75-ans/la-denutrition>

26. ufsbd. Médicaments à répercussion bucco-dentaire. https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2015/02/Medicaments-repercussionBD_050215.pdf
27. ANDRE, G. (2022). L'alimentation des personnes âgées : Enjeux et recommandations. https://www.gerontopole-paysdelaloire.fr/sites/default/files/inline-files/rapport-alimentation-pa-2022_GTP.pdf
28. La santé bucco-dentaire : Un élément essentiel pour la qualité de vie. (2024, mars 7). <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/undefinedpreserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/la-sante-bucco-dentaire-un-element-essentiel-pour-la-qualite-de-vie>
29. Dolan, T. A., Atchison, K., & Huynh, T. N. (2005). Access to dental care among older adults in the United States. *Journal of Dental Education*, 69(9), 961-974.
30. Imoscopi, A., Inelmen, E. M., Sergi, G., Miotto, F., & Manzato, E. (2012). Taste loss in the elderly : Epidemiology, causes and consequences. *Aging Clinical and Experimental Research*, 24(6), 570-579.
31. Lafreniere, D., & Mann, N. (2009). Anosmia : Loss of smell in the elderly. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 42(1), 123-131, x.
32. Fusari, A., & Molina, J. A. (2009). [Sense of smell, physiological ageing and neurodegenerative diseases : II. Ageing and neurodegenerative diseases]. *Revista De Neurologia*, 49(7), 363-369.
33. Elbaum, J., Golebiowski, J., Sabater, J., Bertrand, P., Topin, J., & David, R. (2019). Perte de l'odorat et perte de l'autonomie : Quels liens chez la personne âgée ? *French Journal of Psychiatry*, 1, S154.
34. Revue générale des troubles de l'odorat et du goût—Affections de l'oreille, du nez et de la gorge. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/affections-de-l-oreille.-du-nez-et-de-la-gorge/prise-en-charge-du-patient-qui-presente-des-symptomes-nasaux-et-pharynges/revue-generale-des-troubles-de-l-odorat-et-du-gout>
35. Hans Hatt, Regine Dee, Caroline Lee. (2009). La chimie de l'amour—Quand les sentiments ont une odeur—CNRS Editions.
36. Dénutrition des personnes âgées : La repérer et la prévenir. (2023, septembre 22). <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/undefineddenutrition-des-personnes-agees-la-reperer-et-la-prevenir>
37. Perte brutale de la vision—Troubles oculaires. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-oculaires/symptomes-des-troubles-ophtalmologiques/perte-brutale-de-la-vision>
38. Un suivi ophtalmologique régulier est indispensable après 65 ans. (2022, juillet 6). <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/undefinedpreserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/un-suivi-ophtalmologique-regulier-est-indispensable-apres-65-ans>
39. Pourquoi les personnes âgées mangent-elles moins bien ? VIDAL. <https://www.vidal.fr/sante/nutrition/equilibre-alimentaire-senior/raisons-seniors-manger-mal.html>
40. « La perte de l'audition est souvent le premier signe de la fragilité » (Pr Bernard Fraysse, président de la Société Mondiale d'ORL (IFOS) et Dr Antoine Piau) – SFGG. (2021, septembre 22). Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). <https://sfgg.org/espace-presse/communiqués-de-presse/la-perde-de-laudition-est-souvent-le-premier-signe-de-la-fragilite-pr-bernard-fraysse-president-de-la-societe-mondiale-dorl-ifos-et-dr-antoine-piau/>
41. Phan, N. T., McKenzie, J.-L., Huang, L., Whitfield, B., & Chang, A. (2016). Diagnosis and management of hearing loss in elderly patients. *Australian Family Physician*, 45(6), 366-369.
42. Surdité liée    l'âge : Quels signes, quelles solutions ? (2023, mars 29). <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/undefinedpreserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/surdite-liee-a-l-age-quels-signes-quelles-solutions>
43. Blazer, D. G. (2020). Hearing Loss : The Silent Risk for Psychiatric Disorders in Late Life. *Clinics in Geriatric Medicine*, 36(2), 201-209.
44. Bouger, M. (2021, octobre 8). L'eau, indispensable    notre santé : Conseils et astuces pour s'hydrater. Manger Bouger. <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/bien-manger-sans-se-ruiner/bien-manger-en-preservant-la-planete-sans-se-ruiner-c-est-possible/l-eau-indispensable-a-notre-sante-conseils-et-astuces-pour-s-hydrater>

45. Comprendre la dénutrition. <https://www.ameli.fr/vendee/assure/sante/themes/amaigrissement-et-denutrition/comprendre-la-denutrition>
46. Comment gérer la perte d'appétit chez la personne âgée ? (2019, août 7). Nutrisens. <https://www.nutrisens.com/vitalites/comment-gerer-la-perde-dappetit-chez-la-personne-agee/>
47. Isolement social et précarité des personnes âgées. Fondation Croix-Rouge. <https://www.fondation-croix-rouge.fr/bourses/bourse-isolement-social-precarite-personnes-agees/>
48. Bouïma, S., Michaud, M., & Gojard, S. (2019). La « personne âgée isolée dénutrie » : L'usage des discours du risque et du manque par les acteurs de terrain. *Retraite et société*, 82(2), 89-113.
49. Isolement social et dénutrition : Un lien de cause à effet. (2023, février 10). Nutrisens. <https://www.nutrisens.com/vitalites/isolement-social-et-denutrition-un-lien-de-cause-a-effet/>
50. Dr Martin Juneau, Observatoire de la Prévention, L'isolement social, un important facteur de risque de mortalité prématurée, Institut de cardiologie de Montréal, 2018. <https://observatoireprevention.org/2017/05/03/isolement-social-important-facteur-de-risque-de-mortalite-prematuree/>
51. Précarité, isolement, illettrisme – SFGG. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). <https://sfgg.org/recommandations/elections-2022-recommandations-de-la-communaute-geriatrique/7-pour-une-societe-inclusive/>
52. Insécurité alimentaire chez les séniors et obésité sarcopénique. Cerin. <https://www.cerin.org/breves-scientifiques/insecurite-alimentaire-chez-les-seniors-et-obesite-sarcopenique/>
53. Smith, C., Nakamura, C., & Büla, C. (2015). La maltraitance de la personne âgée. *Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum*, 15(12).
54. Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect : A systematic review. *Age and Ageing*, 37(2), 151-160.
55. Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec. (2021). La maltraitance organisationnelle, volet nutrition et alimentation. https://odnq.org/wp-content/uploads/2021/10/Memoire_maltraitance_aines_nutrition_alimentation_20210830-1.pdf
56. Dénutrition—CNPHGE. (2020, mars 4). <https://www.cnp-hge.fr/denutrition/>
57. Alimentation des personnes âgées dans les EHPAD - La qualité alimentaire bat en retraite ! - Action UFC-Que Choisir—UFC-Que Choisir. (2015, mars 24). <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-alimentation-des-personnes-agees-dans-les-ehpad-la-qualite-alimentaire-bat-en-retraite-n14255/>
58. Bouteloup, C. (2005). Polymédication et prise alimentaire. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 19(1), 20-24.
59. Shah, B. M., & Hajjar, E. R. (2012). Polypharmacy, Adverse Drug Reactions, and Geriatric Syndromes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 28(2), 173-186.
60. Laterre Elodie, Losseau Claire. (2019). Médicaments et dénutrition chez la personne âgée. https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/MCC/2019_MCC_Laterre.pdf?t=1563883398
61. Régimes amaigrissants : Des pratiques à risque. (2010, novembre 24). Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. <https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9gimes-amaigrissants-des-pratiques-%C3%A0-risque>
62. Molato, Le Duff, Guérin, Zeanandin, Hébuterne, & Schneider. Les régimes restrictifs augmentent le risque de dénutrition chez la personne âgée. EM-Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/207051/cop31-les-regimes-restrictifs-augmentent-le-risque>
63. Brocker, P., & Bertoglio, J. (2013). Les régimes alimentaires chez le sujet âgé : Est-ce bien raisonnable ? *Médecine des Maladies Métaboliques*, 7(2), 115-119.
64. Grillot, J., Galmiche, M., Antunès, O., Hébuterne, X., & Schneider, S. M. (2016). Conduite à tenir pratique pour l'exploration d'une malabsorption, d'une maldigestion, et d'une entéropathie exsudative. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 30(2), 98-104.
65. Petersen, J. M., & Forsmark, C. E. (2002). Chronic pancreatitis and maldigestion. *Seminars in Gastrointestinal Disease*, 13(4), 191-199.

66. Schiller, L. R. (2020). Maldigestion Versus Malabsorption in the Elderly. *Current Gastroenterology Reports*, 22(7), 33.
67. Revue générale des malabsorptions—Troubles gastro-intestinaux. Édition professionnelle du Manuel MSD. A l'adresse <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-gastro-intestinaux/syndromes-de-malabsorption/revue-generale-des-malabsorptions>
68. DELAROZIERE, J. (2017). La grippe en institution de personnes âgées. https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/JC_Delaroziere_-_Grippe_en_EHPAD.pdf
69. Grippe : La communauté gériatrique appelle à vacciner de toute urgence les personnes âgées de plus de 65 ans – SFGG. (2024, janvier 19). Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). <https://sfgg.org/espace-presse/communiqués-de-presse/grippe-la-communauté-geriatrique-appelle-a-vacciner-de-toute-urgence-les-personnes-agees-de-plus-de-65-ans/>
70. Grippe | Santé.fr. (2023, juillet 31). <https://www.sante.fr/grippe-1>
71. Rakotoarimanana, R. (2009). Nutrition et infection. *Rev Med Suisse*, 220(36), 1975-1978.
72. Confinement et dénutrition chez la personne âgée | CDIET. A l'adresse <https://www.c-diet.com/blog/confinement-et-denuitration-chez-la-personne-agee/>
73. COVID-19 et nutrition chez les personnes âgées (session JASFGG 2021) – SFGG. (2021, novembre 15). Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). <https://sfgg.org/agenda/covid-19-et-nutrition-chez-les-personnes-agees-session-jasfgg-2021/>
74. Bedock, D., Faucher, P., & Oppert, J.-M. (2022). Dénutrition et COVID-19. *Médecine Des Maladies Métaboliques*, 16(5), 415-421. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2022.07.002>
75. Dénutrition : La maladie invisible de la Covid—Fondation Jean-Jaurès. <https://www.jean-jaures.org/publication/denuitration-la-maladie-invisible-de-la-covid/>
76. Quel est le lien entre dépression et dénutrition chez la personne âgée ? (Interview Nutrition Infos - Septembre 2019) – SFGG. (2019, août 28). Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). <https://sfgg.org/espace-presse/quel-est-le-lien-entre-depression-et-denuitration-chez-la-personne-agee-interview-nutrition-infos-septembre-2019/>
77. Thomas, P., hazif-thomas, C., Billon, R., Peix, R., Faugeron, P., & Clément, J. (2009). Dépression et syndrome frontal : Quels risques pour la personne âgée ? *L'Encéphale*, 35, 361-369.
78. Denut. (2016, décembre 1). La dépression conduit à la dénutrition. Collectif de lutte contre la dénutrition. <https://www.luttecontreladenutrition.fr/la-depression-conduit-a-la-denuitration>
79. Trouble psychotique bref—Troubles psychiatriques. Édition professionnelle du Manuel MSD. A l'adresse <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/schizophrénie-et-troubles-apparentés/trouble-psychotique-bref>
80. Troubles psychotiques | Gouvernement du Québec. A l'adresse <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/mieux-comprendre-troubles-mentaux/troubles-psychotiques>
81. Troubles psychotiques. Clinique psychiatrique des Portes de l'Eure. A l'adresse https://www.clinique-portes-eure.com/troubles-psychotiques- r_99.html
82. GARDIJAN, N., & SZÜCS, A. (2016). Troubles psychotiques de l'âge avancé: Aspects cliniques. https://www.revmed.ch/view/446143/3801801/RMS_531_1561.pdf
83. Nutrition et Schizophrénie. A l'adresse <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/nutrition-et-schizophrenie>
84. Syndrome confusionnel—Troubles du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs. Manuels MSD pour le grand public. A l'adresse <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-epiniere-et-des-nerfs/syndrome-confusionnel-et-demenche/syndrome-confusionnel>
85. Confusion aiguë chez la personne âgée: Prise en charge initiale de l'agitation. (2009). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/confusion_aigue_chez_la_personne_agee_-_recommandations_2009-07-08_16-58-24_661.pdf
86. Syndrome confusionnel (confusion mentale, état confusionnel ou delirium) | Fiche santé HCL. <https://www.chu-lyon.fr/syndrome-confusionnel>
87. Alzheimer (Maladie d'). (2019, février 19). Institut Pasteur. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/alzheimer->

[maladie](#)

88. Denut. (2016, décembre 1). Un malade d'Alzheimer sur trois est atteint de dénutrition. Collectif de lutte contre la dénutrition. <https://www.luttecontreladenutrition.fr/un-malade-dalzheimer-sur-trois-est-atteint-de-denutrition>
89. Alzheimer et alimentation—Facteur de risque de dénutrition. Nutrisens. <https://www.nutrisens.com/alzheimer/>
90. Qu'est-ce que le risque cardiovasculaire ? <https://www.ameli.fr/vendee/assure/sante/themes/risque-cardiovasculaire/definition-facteurs-favorisants>
91. Bouteloup, C., & Ferrier, A. (2011). Nutrition et accident vasculaire cérébral. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 25(4), 217-226.
92. Accident vasculaire cérébral (AVC) · Inserm, La science pour la santé. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>
93. Insuffisance cardiaque : Définition et causes. <https://www.ameli.fr/vendee/assure/sante/themes/insuffisance-cardiaque/definition-causes>
94. Comprendre l'AVC et l'AIT. <https://www.ameli.fr/vendee/assure/sante/themes/accident-vasculaire-cerebral-avc-avc-comprendre>
95. Andreelli, F., Lambaré, B., & Lecerf, J.-M. (2021). Nutrition et insuffisance cardiaque. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 15(3), 267-277.
96. Focus sur le vieillissement : Causes d'insuffisance cardiaque chez les personnes âgées. *Manuels MSD pour le grand public*. <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/multimedia/table/focus-sur-le-vieillessement-causes-dinsuffisance-cardiaque-chez-les-personnes-âgées>
97. Durant, R., Blain, H., & Jeandel, C. (2005). Syndrome inflammatoire chez la personne âgée. *EMC - Médecine*, 2(3), 284-290.
98. Dénutrition et carences dans les MICI : Afa Crohn RCH. AFA. <https://www.afa.asso.fr/alimentation-et-mici/les-cas-particuliers/denutrition-carences/>
99. Dysphagie—Troubles gastro-intestinaux. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-gastro-intestinaux/troubles-césophagiens-et-de-la-déglutition/dysphagie>
100. Quels liens entre la dysphagie et la dénutrition ? (2023, septembre 6). Nutrisens. <https://www.nutrisens.com/vitalites/quels-liens-entre-la-dysphagie-et-la-denutrition/>
101. Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, M. A. (2012). Dysphagia in the elderly : Management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 287-298.
102. Escarre—8 points clés pour comprendre. A l'adresse : <https://www.coloplastprofessional.fr/bibliotheque/Connaissance/informations/type-de-plaies/prevention-et-prise-en-charge-des-escarres/comprendre-lescarre-en-8-points-cles/>
103. Escarres—Troubles cutanés. *Manuels MSD pour le grand public*. <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-cutanés/escarres/escarres>
104. Misset, B., & Desport, J.-C. (2020). Nutrition et cicatrisation. *Actualités Pharmaceutiques*, 59, 20-22. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.10.006>
105. Moriceau, M., & Weber, C. (2007). Cancer chez la personne âgée : Démarche oncogériatrique et dépistage des patients fragiles pour une prise en charge optimale. *InfoKara*, 22(2), 49-55.
106. Dénutrition et cancer | Centre Léon Bérard. <https://www.centreleonberard.fr/patient-proche/vous-accompagner/soins-de-support/nutrition/denutrition-et-cancer>
107. Dénutrition pendant et après cancer—Facteurs de risque et de protection. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Denutrition>
108. OMS. Maladie de Parkinson. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/parkinson-disease>
109. Parkinson. (2021, mai 11). Institut Pasteur. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/parkinson>
110. HAS. (2007). Syndromes parkinsoniens dégénératifs ou secondaires non réversibles. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/syndromes_parkinsoniens.pdf
111. Les missions du pharmacien d'officine. <https://www.ameli.fr/vendee/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>

112. Dénutrition : La repérer rapidement. <https://www.ameli.fr/vendee/assure/sante/themes/amaigrissement-et-denutrition/denutrition-la-reperer-rapidement>
113. Battu, V. (2015). Dépistage, prise en charge et suivi d'un patient âgé dénutri. *Actualités Pharmaceutiques*, 54(548), 57-59.
114. Recommandations Diététique : Enrichissement alimentaire chez la personne âgée. VIDAL. <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/dietetique-enrichissement-alimentaire-chez-la-personne-agee-3401.html>
115. Société française de nutrition entérale et parentérale (SFNEP). Informations au patient bénéficiant d'une prescription de compléments nutritionnels oraux. Accessible en ligne : https://www.sfnm.org/images/stories/pdf_info_patient/NCM3_fiche_complement_nutri.pdf
116. La dénutrition. <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/adultes-de-plus-de-75-ans/la-denutrition>
117. Toffanello, E. D., Inelmen, E. M., Imoscopi, A., Perissinotto, E., Coin, A., Miotto, F., Donini, L. M., Cucinotta, D., Barbagallo, M., Manzato, E., & Sergi, G. (2013). Taste loss in hospitalized multimorbid elderly subjects. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 167-174.
118. Prévalence de la polymédication chez les personnes âgées en France : Enquête de l'IRDES. VIDAL. <https://www.vidal.fr/actualites/14959-prevalence-de-la-polymedication-chez-les-personnes-agees-en-france-enquete-de-l-irdes.html>
119. Brocker, P., & Bertoglio, J. (2013). Les régimes alimentaires chez le sujet âgé : Est-ce bien raisonnable ? *Médecine des Maladies Métaboliques*, 7(2), 115-119.
120. BOVET, C. (2015). Problématiques nutritionnelles chez la personne âgée. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/pluriprofessionnels_de_sante/coursmedecinsugc2015.pdf
121. IDDSI - IDDSI Framework. <https://www.iddsi.org/Framework>
122. HUG (Hopitaux Universitaire de Genève. Nutrition et cancer : Vers un meilleur soin oncologique. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/cancer_nutrition.pdf
123. Cancer et cachexie : Une piste pour élucider l'origine de ce trouble grave du métabolisme | Institut Curie. (s. d.). <https://curie.fr/actualite/publication/cancer-et-cachexie-une-piste-pour-elucider-lorigine-de-ce-trouble-grave-du>
124. Effets du vieillissement sur le système immunitaire—Troubles immunitaires. *Manuels MSD pour le grand public*. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-immunitaires/biologie-du-système-immunitaire/effets-du-vieillissement-sur-le-système-immunitaire>
125. Mesures hygiéno-diététiques. (2017, juin 27). AVC Paris Sud. <https://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/avcparissud/mesures-hygieno-dietetiques/>
126. OMS. WHO EMRO | Maladies infectieuses | Thèmes de santé. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. <http://www.emro.who.int/fr/health-topics/infectious-diseases/index.html>
127. Maladies infectieuses et inflammatoires : Nos recherches. Institut Pasteur de Lille. <https://pasteur-lille.fr/centre-de-recherche/thematiques-de-recherche/maladies-infectieuses-et-inflammatoires/>
128. Brûlures. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/brulures>
129. Brûlure—Symptômes, causes, traitements et prévention. VIDAL. <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/brulure.html>
130. Pasquereau, A., & Thélot, B. (2014). Hospitalisations pour brûlures à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information—France métropolitaine 2011 et évolution depuis 2008. *Institut de veille sanitaire*.
131. Perro, G. (2016). Nutrition chez le brûlé. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 29(1), 24-29.
132. Manger Bouger, PNNS. (2015). Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées.

133. Cachexie—Hématologie et oncologie. Édition professionnelle du Manuel MSD.
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/hématologie-et-oncologie/principes-thérapeutiques-en-oncologie/cachexie>
134. HAS. (2006, septembre 27). Commission d'évaluation des produits et prestations : Produits pour nutrition à domicile et prestations associées. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/cepp-469.pdf>
135. Hubbard, G. P., Elia, M., Holdoway, A., & Stratton, R. J. (2012). A systematic review of compliance to oral nutritional supplements. *Clinical Nutrition*, 31(3), 293-312.
136. ESPEN. GLIM. <https://www.espen.org/education/glim>
137. Produits Clinutren® | Nestlé Health Science. <https://www.nestlehealthscience.fr/nos-marques/clinutren>
138. Produits Delical, la gamme qui vous redonne le sourire !. Delical. <https://www.delical.fr/produits/>
139. Produits | Fresubin. <https://www.fresubin.be/fr-be/produits/>
140. Produits NUTRICIA Nutrition Clinique. Nutricia. <https://www.nutricia.fr/produits/>
141. La Maison des Aidants : Bienvenue sur le site officiel de La Maison des Aidants®. (2023, mars 16). La Maison des Aidants.
<https://www.lamaisondesaidants.com/>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Médicaments responsable de sécheresse buccale

Tableau 2 : Médicaments qui altèrent le goût

Tableau 3 : Les principaux facteurs déclenchant un syndrome confusionnel

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des repères du PNNS pour les personnes âgées

Tableau 5 : Les boissons lactés

Tableau 6 : Les crèmes HP/HC

Tableau 7 : Les jus de fruits HC

Tableau 8 : Les plats salés

Tableau 9 : Les gâteaux

Tableau 10 : Les CNO avec une indication spécifique

LISTE DES FIGURES

Image 1 : Besoins vs apports

Image 2 : Exemple de perte de poids en kg

Image 3 : Questionnaire SARC-F

Image 4 : Echelle visuelle analogie SEFI

Image 5 : Tableau récapitulatif des critères diagnostic de dénutrition

Image 6 : Pourcentage de la population par groupe d'âge selon l'INSEE

Image 7 : Projection de la population selon l'INSEE

Image 8 : La spirale de la dénutrition du Dr Monique FERRY (1992)

Image 9 : Les besoins nutritionnels de la personne âgée

Image 10 : Pourcentage de la composition d'eau du corps humain en fonction du stade de la vie

Image 11 : Mécanisme de la dénutrition par la Covid-19

Image 12 : Différence entre une artère normale et une artère avec un athérome

Image 13 : Diagramme de texture pour la dysphasie

Image 14 : Les différents stade d'une escarre

Image 15 : Astuces pour boire suffisamment dans une journée

Image 16 : Facteurs de risque de la dénutrition chez les personnes âgées

ABREVIATIONS

HAS = Haute Autorité de Santé

EHPAD = Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

IMC = Indice de Masse Corporel

SFGG = Société Française de Gériatrie et Gériologie

CNO = Complément Nutritionnel Oral

INSEE = Institut national de la statistique et des études économiques

RNP = Références Nutritionnelles pour le Population

DMLA = Dégénérescence maculaire liée à l'âge

AVC = Accident Vasculaire Cérébral

HTA = Hypertension Artérielle

MICI = Maladie Inflammatoire Chronique des Intestins

PNNS = Programme national nutrition santé

IDDSI = International Dysphagia Diet Standardisation Initiative

ANSES = Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail

SFNCM = Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolique

CLAN = Comité de Liaison Alimentation Nutrition

ANNEXE

Annexe 1

LE SAVIEZ-VOUS ?

Une perte d'appétit ou des difficultés à manger peuvent entraîner une **perte de poids**, favorisée par les problèmes de santé et par la dépendance. La perte de poids affaiblit l'organisme : fatigue, perte de force musculaire et baisse de l'immunité. **On parle de dénutrition**. Une meilleure alimentation est possible, cela fait partie de la prévention et du soin.

C'est pourquoi il est important de parler des résultats de ce test avec votre médecin ou un.e diététicien.ne.

www.parad-denutrition.com
www.luttecontreladenutrition.fr



Poids • Appétit • Repas • Alimentation

Un outil simple, précoce et universel,
pour prévenir le risque de

DÉNUTRITION

en 4 questions

P OIDS

Avez-vous perdu du poids ces derniers mois ?

- Oui, plus de 5 kg = ●
- Oui, plus de 3 kg = ■
- Je ne sais pas = ▲
- Non = ★

A PPÉTIT

Mon appétit est :

- Très faible = ●
- Faible = ■
- Bon = ▲
- Très bon = ★

R EPAS

Je prends :

- 1 repas par jour = ●
- 2 repas par jour = ■
- 3 repas par jour = ▲
- 3 repas par jour + 1 collation = ★

A LIMENTATION

Difficultés pour manger :

- Il m'arrive souvent d'avaler de travers ou de tousser pendant les repas = ●
- Je ne mange que des aliments mous = ■
- Je mange de tout ou presque mais j'ai des difficultés à mâcher les aliments durs (ex. : steak ou fruits crus) = ▲
- Je mange de tout sans difficulté = ★

CUMULEZ LES SYMBOLES CORRESPONDANT À CHAQUE RÉPONSE

Vous avez obtenu un ou plusieurs ● ou ■

Prenez rendez-vous avec votre médecin et faites-lui part de vos difficultés à manger, de votre perte d'appétit ou de poids. Il peut vous proposer un bilan médical, une consultation avec un.e diététicien.ne, ou un enrichissement de l'alimentation pour vous aider à limiter votre perte de poids ou à reprendre du poids. N'oubliez pas de faire un peu d'activité physique chaque jour, selon vos possibilités.

Vous avez obtenu une majorité de ▲

Gardez l'habitude de prendre trois repas complets par jour et prenez une collation dans la journée si cela vous fait plaisir. Entretenez vos muscles avec une activité physique régulière. Consultez un dentiste régulièrement : une bouche saine est importante pour l'alimentation. Pesez-vous tous les mois et, en cas de perte de poids ≥ 3 kg, informez votre médecin.

Vous n'avez obtenu que des ★

C'est très rassurant ! Continuez à vous alimenter régulièrement et avec plaisir. Pratiquez une activité physique, ce qui vous plaît et selon vos possibilités. Pesez-vous une fois par mois. L'objectif est de garder un poids stable. Si vous perdez 3 kg ou davantage, signalez-le à votre médecin.

Annexe 2

Omelette tomate parmesan

Suggestion de présentation



Quantité
1 portion



Préparation
10 min



Cuisson
4 min

INGRÉDIENTS

- 1 bouteille de **Clinutren® HP/HC+ 2kcal** saveur Neutre 200 ml
- 3 œufs • 1 tomate
- 50 g de parmesan râpé
- 1 cuillère à soupe d'huile d'olive
- Sel • Poivre • Basilic frais • Ail



400
kcal

20 g
Protéines

/ 200 ml

PRÉPARATION

- 1• Dans un bol, mélanger **Clinutren® HP/HC+ 2kcal** saveur Neutre avec les œufs.
- 2• Couper la tomate en cubes et les faire revenir dans une poêle chaude avec de l'huile d'olive et un peu d'ail.
- 3• Ajouter à la préparation **Clinutren® HP/HC+ 2kcal** et œufs : le parmesan râpé, les cubes de tomate et le basilic coupé. Assaisonner à votre convenance.
- 4• Verser la préparation dans une poêle chaude et faire cuire 4 à 5 minutes.

Soupe froide façon Gaspacho de légumes

Suggestion de présentation



Quantité
4 portions



Préparation
15 min



Réfrigération
3 h

INGRÉDIENTS

- 1 sachet de **Clinutren® Mix**
Poulet aux légumes 75 g de poudre
- 1/2 concombre • 1/2 poivron rouge
- 2 tomates bien mûres • 1 gousse d'ail
- 3 cuillères à soupe de pois chiche
- 1 cuillère à café de vinaigre balsamique
- 2 cuillères à soupe d'huile d'olive
- Un peu de persil ou de coriandre



335
kcal

15,4g
Protéines

/ 75 g de poudre

PRÉPARATION

- 1• Éplucher tous les légumes et les couper en petits morceaux.
- 2• Filtrer la préparation, puis la lier avec un sachet de **Clinutren® Mix**
Poulet aux légumes.
- 3• Mettre au réfrigérateur pendant 3 heures et déguster bien froid.

Mousse au chocolat

Suggestion de présentation



Quantité
2 portions



Préparation
18 min



Réfrigération
2 h

INGRÉDIENTS

- 1 pot de **Clinutren® Dessert Gourmand** saveur Chocolat 200 g
- 30 g de mascarpone
- 1 blanc d'œuf
- 30 g de sucre
- 1 gousse de vanille



302
kcal

18 g
Protéines

/ 200 g

PRÉPARATION

- 1• À l'aide d'un fouet, mélanger le **Clinutren® Dessert Gourmand** saveur Chocolat avec le mascarpone et le sucre.
- 2• Ajouter les graines de la gousse de vanille.
Mélanger à nouveau.
- 3• Monter le blanc d'œuf en neige et incorporer au reste de la préparation.
- 4• Verser la mousse dans un saladier et la mettre au réfrigérateur pendant 2 heures.

Virgin mojito fraise - cassis

Suggestion de présentation

Quantité
2 portions

Préparation
10 min



INGRÉDIENTS

- 1 bouteille de **Clinutren® Fruit** Framboise-Cassis 200 ml
- 20 feuilles de menthe
- 10 fraises • 2 citrons verts
- 4 cuillères à café de sirop de fraise
- 200 ml d'eau gazeuse
- Glaçons



300
kcal

8 g
Protéines

/ 200 ml

PRÉPARATION

- 1• Dans un bol, mixer les feuilles de menthe et les fraises.
- 2• Eplucher et découper les citrons en quartiers, les mettre dans le bol et mixer à nouveau.
- 3• Ajouter le sirop de fraise puis **Clinutren® Fruit** Framboise-Cassis.
- 4• Ajouter l'eau gazeuse. Bien mélanger et servir dans un verre avec des glaçons.

Annexe 3

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>						
Sexe:	<input type="text"/>	Age:	<input type="text"/>	Poids, kg:	<input type="text"/>	Taille, cm:	<input type="text"/>	Date:	<input type="text"/>

Répondez au questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points pour obtenir le score de dépistage.

Dépistage

A Le patient a-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?

0 = baisse sévère des prises alimentaires

1 = légère baisse des prises alimentaires

2 = pas de baisse des prises alimentaires

B Perte récente de poids (<3 mois)

0 = perte de poids > 3 kg

1 = ne sait pas

2 = perte de poids entre 1 et 3 kg

3 = pas de perte de poids

C Motricité

0 = du lit au fauteuil

1 = autonome à l'intérieur

2 = sort du domicile

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

0 = oui

2 = non

E Problèmes neuropsychologiques

0 = démence ou dépression sévère

1 = démence légère

2 = pas de problème psychologique

F1 Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)

0 = IMC < 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC ≥ 23

SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2.
MERCİ DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE.

F2 Circonférence du mollet (CM) en cm

0 = CM < 31

3 = CM ≥ 31

Score de dépistage

(max. 14 points)

12-14 points:

état nutritionnel normal

8-11 points:

risque de malnutrition

0-7 points:

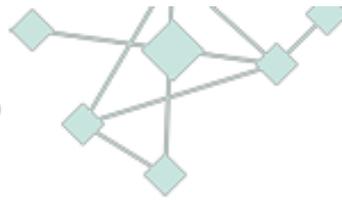
malnutrition avérée

Sauvegarder

Imprimer

Reinitialiser

Annexe 4



FICHE

CONSEIL

N°2

Qu'est-ce qu'une alimentation équilibrée pour l'adulte et la personne âgée ?

Manger équilibré, c'est apporter à son corps tout ce dont il a besoin pour **vivre de manière optimale**.

L'alimentation équilibrée n'interdit aucun aliment

REPÈRES DE CONSOMMATION

AUGMENTER

Les légumes secs
Au moins 2 fois par semaine



Les fruits à coque
Une petite poignée par jour car riches en oméga 3



Les fruits et légumes frais, surgelés ou en conserve
Au moins 5 fois par jour (ex : 3 portions de légumes + 2 fruits)



Le fait maison

ALLER VERS



Au moins un féculent complet par jour (pâte, riz, semoule, pain)



2 portions de poisson par semaine dont un poisson gras (sardines, maquereau, hareng, saumon)



2 produits laitiers par jour



L'huile de colza, de noix ou d'olive



Les aliments bio



Les aliments de saison et locaux

RÉDUIRE



La charcuterie
(maximum 150 g/semaine)



Les produits gras, sucrés, ultra-transformés



L'alcool
(2 verres par jour et pas tous les jours)



La viande
(privilégiez la volaille et limitez les autres viandes à 500 g/semaine)

Vous pourrez répartir ces aliments en **au moins trois prises alimentaires par jour**. En France nous mangeons en moyenne trois repas principaux copieux, et une à deux collations. Mais la meilleure solution est celle correspondant le mieux à vos habitudes de vie et respectant l'équilibre alimentaire

Recommandations extraites du PNNS 4 ; 2019-2023

N°2

FICHE CONSEIL

MANGER VARIÉ

Tous les aliments se complètent, d'où l'importance de :

- ◆ **Ne supprimer aucun aliment**
- ◆ **Varié un maximum son alimentation** afin de profiter des avantages de chaque aliment consommé

UN PEU DE LOGIQUE NE FAIT PAS DE MAL

Choisir un menu type « assiette de charcuterie, tartiflette – salade et tarte aux pommes » peut être tentant pour certains, et peut rester compatible avec une alimentation équilibrée tant que cela reste occasionnel.

Pendant vous semble-t-il logique :

- ◆ D'associer 3 plats riches à un même repas ?
- ◆ D'avoir 2 charcuteries au même repas (en entrée + dans la tartiflette) ?
- ◆ Ne risque-t-on pas de manger la tarte aux pommes avec un estomac saturé et donc avec moins de plaisir ?

A l'inverse, d'autres choisiront un repas léger du type « potage de légumes – yaourt – fruit » au dîner. Ce repas peut éventuellement faire suite à un déjeuner copieux, ce qui semblerait alors logique. Mais lorsque cela n'est pas le cas, pensez-vous que :

- ◆ Le dîner permettra d'apporter suffisamment d'énergie pour entamer le jeûne nocturne ?

SE FAIRE PLAISIR EST FONDAMENTAL

- ◆ **Aucun aliment n'est interdit**
- ◆ **Se faire plaisir c'est choisir des aliments que l'on aime et les incorporer de manière judicieuse dans ses repas**



Et n'oubliez pas, **l'équilibre alimentaire** peut se faire sur un repas, mais il **se fait aussi sur la semaine**. Un repas de fête copieux pourra ainsi s'intégrer dans une alimentation équilibrée ; le manque d'un produit laitier à un repas pourra être compensé sur le reste de la journée ou le jour suivant



SURVEILLER LE POIDS

C'est un bon indicateur de l'état nutritionnel

- ◆ Un poids stable signifie en général que l'on apporte suffisamment à l'organisme en termes d'énergie
- ◆ Un poids qui augmente peut signifier que les apports sont trop importants
- ◆ Un poids qui diminue peut signifier que les apports sont insuffisants
- ◆ Mais il existe d'autres explications à une variation du poids (voir **annexe 09**)

La base, c'est peser la personne une fois par mois et signaler toute variation de poids au médecin

NE PAS OUBLIER L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Il faut permettre à chacun de conserver une activité physique régulière et adaptée : marche, jardinage, bricolage, ménage, danse, natation, gym douce

A chacun ce qui est possible et ce qui plaît



CERENUT Nouvelle-Aquitaine

Résidence l'Art du Temps- 16 rue Cluzeau - 87170 ISLE | 05 55 78 64 36 | contact@cerenut.fr

www.cerenut.fr

Nom – Prénoms : AMIAND Florine, Marie, Mélanie

Titre de la thèse : Les critères HAS 2021 du diagnostic de la dénutrition :
Etudes des critères étiologiques chez la personne âgée dans un contexte officinal

Résumé de la thèse :

Au cours des dernières années, j'ai observé une hausse de la prescription et de délivrance de CNO à l'officine chez les personnes âgées. J'ai pris la décision de m'intéresser à cette maladie répandue mais mal diagnostiquée. La mise en place de nouveaux critères de diagnostic en novembre 2021 par la HAS m'a incité à travailler dessus. Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables et fragiles face à la dénutrition en raison de leur âge, qui est un facteur prédisposant à de nombreux problèmes de santé après 65 ans. Les critères étiologiques de diagnostic de la dénutrition sont nombreux avec des facteurs pouvant causer une perte d'appétit, des difficultés dans leur vie socio-environnementale jusqu'à des pathologies chroniques telles que les cancers ; les seniors ne peuvent pas y échapper. Il est certain qu'un jour, ils seront affectés par l'un de ces facteurs, sachant que la dénutrition est souvent multifactorielle. Le pharmacien d'officine a un rôle dans la détection et la prévention de la dénutrition, mais aussi dans le conseil nutritionnel et l'observance des traitements. Le pharmacien est un acteur de santé publique, de par sa relation privilégiée avec les patients, mais aussi par sa proximité. La prise en charge du ou des facteurs responsables de la dénutrition est primordiale, tout en travaillant en collaboration pluridisciplinaire avec les autres professionnels de santé. Une approche holistique permet d'agir rapidement afin de prévenir et de traiter la dénutrition chez les personnes âgées, leur permettant ainsi d'éviter le cercle vicieux de la dénutrition.

MOTS CLES : DENUTRITION, SENIORS, DIAGNOSTIC, CRITERES ETIOLOGIQUES, COMPLEMENTS NUTRITIONNELS ORAUX

JURY

Président : M. Christophe OLIVIER, Maître de Conférences de Toxicologie, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes

Directeur : M. Guillaume ANDRE, Docteur en Pharmacie, chargé d'enseignement, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes

Membres du jury : Mme Lise Renier, Pharmacien adjoint, Mouilleron-le-Captif