

La nutrition chez la personne âgée en réadaptation gériatrique

# Nutrition et Gériatrie

**La réadaptation gériatrique offre une prise en charge spécialisée visant la récupération du déclin fonctionnel dû à l'hospitalisation de la personne âgée. La prise en charge du problème nutritionnel fait partie intégrante de ces interventions spécialisées au vu de la prévalence de la dénutrition dans cette population.**

Tous les professionnels de l'équipe de réadaptation ont leur rôle à jouer dans la prise en charge de cette pathologie, les diététicien-ne-s garantissant l'apport spécialisé nécessaire. La littérature n'offre à ce jour que peu de résultats probants, beaucoup reste à étudier pour que les traitements de renutrition puissent devenir « evidence based ». Cet article expose les réflexions sur ce thème d'un centre de réadaptation gériatrique vaudois.

## Réadaptation gériatrique

Il est prévu que la population âgée de plus de 65 ans représentera plus du 20% de la population totale en 2030, et celle des personnes de plus de 80 ans augmentera de 120% d'ici à 2040. Entre 2005 et 2010, le nombre d'admissions aux urgences du CHUV de personnes de 85 ans et plus a déjà augmenté de 46% (1). L'hospitalisation constitue un facteur de risque de déclin fonctionnel pour les personnes âgées, puisqu'environ 50% de ce déclin survient à l'occasion d'une hospitalisation aiguë (1). Il est donc nécessaire d'exposer cette population à des programmes de réadaptation précoce à l'hôpital aigu et d'offrir une réadaptation spécialisée en Gériatrie en post-aigu, afin de maximaliser les chances de récupération fonctionnelle et de retour à domicile. D'après le rapport vaudois « Politique cantonale Vieillesse et Santé », la réadaptation gériatrique dans le canton de Vaud, exercée dans les Centres de Traitement et de Réadaptation (CTR), a développé un savoir-faire

spécifique qui permet à environ 75% des patients âgés de rentrer à domicile (1). La Société Suisse Professionnelle de Gériatrie a publié en 2012 un document qui décrit les critères d'admissions, les objectifs et les moyens de ce type de réadaptation (2). Pourtant, la réadaptation gériatrique commence à peine à jouir d'une

reconnaissance politique et les discussions autour d'une reconnaissance financière sont loin d'avoir abouti. La prise en charge réhabilitative de cette population ne peut pas négliger les problèmes nutritionnels qui sont très fréquents et coûteux dans les suites d'une hospitalisation (3), mais aussi dans les différents lieux de vie, y compris le domicile (4).

## Dépendance fonctionnelle chez la personne âgée et dénutrition

La dépendance fonctionnelle chez la personne âgée se développe sous l'action conjuguée du vieillissement physiologique, des maladies aiguës ou chroniques, ainsi que du contexte de vie. La dénutrition est également en cause dans ce processus et est corrélée au pronostic et à la qualité de vie des patients (5). La dénutrition est la conséquence d'un apport protéino-calorique insuffisant par rapport aux besoins (l'apport conseillé en dehors d'un événement aigu étant de 30–35 kcal/kg et de 1,2–1,5 g de protéines/kg). La diminution de la consommation alimentaire s'installe tout au long de l'âge de la retraite en raison de fausses croyances (« avec l'âge les besoins diminuent »), de restrictions alimentaires (régimes la plupart des fois non justifiés), de la diminution de l'accès à l'alimentation (diminution du budget et de la mobilité) et de la capacité de manger (hygiène bucco-dentaire, faiblesse musculaire, etc.) (6). Un dépistage du risque de dénutrition devrait ainsi être effectué lors de toute consultation médicale et un programme de prise en charge devrait être proposé après une évaluation gériatrique globale, capable de mettre en exergue tous les facteurs de risque (fig. 1) (7).

## Dénutrition dans un service de Réadaptation gériatrique: dépistage et prise en charge

Le dépistage et la prise en charge de la dénutrition sont recommandés en pratique clinique courante dans la population gériatrique, chez tous les sujets âgés sans oublier les patients obèses (5, 8–12).



**Anouk Gachet**  
Cully



**Dr Wanda Bosshard Taroni**  
Cully

FIG. 1

**Causes principales de la dénutrition en milieu gériatrique**



Dans le Centre de Réadaptation de L'Hôpital de Lavaux, qui accueille une majorité de patients gériatriques provenant des soins aigus, il existe une augmentation régulière de la prévalence des problèmes nutritionnels. Le dépistage systématique de ces derniers par une anamnèse des risques précoce (tab. 1) (13) et par le NRS-2002 (fig. 1) (14), nous permet de confirmer la présence de ce problème chez la plupart des patients.

L'ampleur du problème a été également mise en exergue par l'augmentation presque exponentielle du nombre de consultations effectuées par les diététiciennes (fig. 3).

Le dépistage proposé par le NRS-2002, recommandé en milieu aigu, reste néanmoins peu sensible dans cette population, comparé à l'utilisation plus classique chez la personne âgée du MNA (fig.4). Ceci a été démontré lors d'une étude effectuée chez les patients en Réadaptation à L'Hôpital de Lavaux avec le MNA - SF (fig. 6), qui a mis en évidence la présence de problèmes nutritionnels chez tous les patients âgés de 70 ans ou plus (6, 14-16) (fig. 4).

Au vu de ces constats, les réflexions interdisciplinaires médico-infirmières et diététiciennes ont abouti à la volonté d'inclure dans la démarche d'évaluation et prise en charge nutritionnelle tous les patients, dès l'admission. Chaque professionnel de réadaptation entourant le patient est impliqué (tab. 2), soit dans le dépistage, soit dans la recherche des facteurs de risque intrinsèques (dents, positionnement pour les repas, sédentarité, etc.) et extrinsèques (problèmes financiers, accès à l'alimentation, etc.), en demandant à tous de s'impliquer dans la recherche de solutions.

En ce qui concerne les interventions nutritionnelles spécifiques, malgré les recommandations, la littérature ne propose pas un standard de prise en charge nutritionnelle pour cette population. Le service de diétothérapie a systématiquement proposé une alimentation enrichie et fractionnée, ainsi que l'introduction de suppléments nutritifs oraux. Elle a également soutenu les équipes

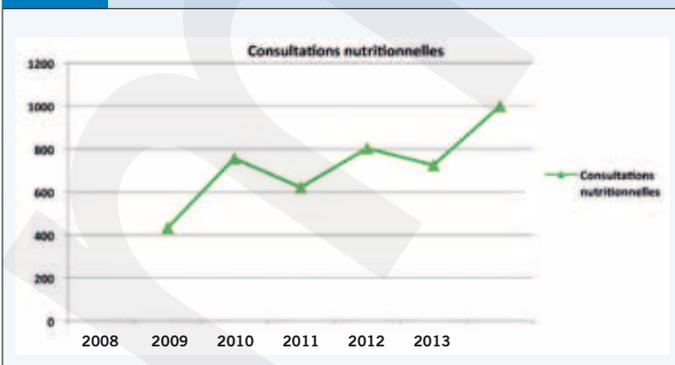
lors de propositions de textures modifiées ou d'autres soins nutritionnels, afin de réussir à augmenter les apports. L'efficacité de ces interventions, à l'exception des suppléments nutritifs oraux, n'a pas encore été prouvée de façon étayée. Une seule publication, cette année, effectuée en milieu hospitalier chez une population âgée, démontre un impact de l'alimentation enrichie et fractionnée sur la prise pondérale et les apports de protéines totales, mais pas sur le niveau fonctionnel à 12 semaines. Les interventions nutritionnelles de cette étude n'ont néanmoins pas été couplées à de l'activité physique ou à un programme de réadaptation, ce qui aurait probablement augmenté les chances de voir également un impact fonctionnel (17-20).

**Et après la Réadaptation?**

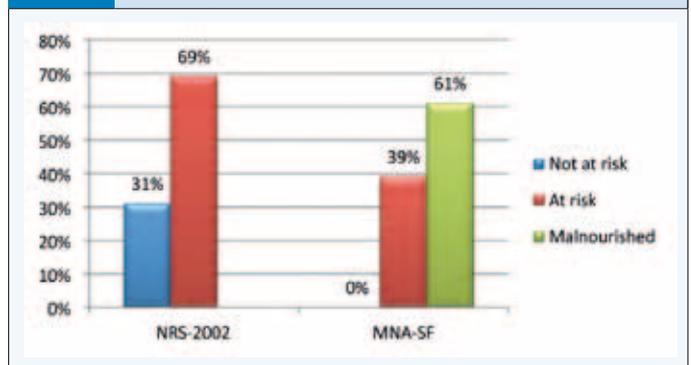
Après un séjour de Réadaptation, dont la durée moyenne est de 3 semaines, le traitement nutritionnel n'est pas terminé. La transmission des documents concernant la problématique nutritionnelle de l'hôpital au domicile est essentielle. Le suivi spécifique

**FIG. 2** Nutritional Risk Screening - questionnaire

**FIG. 3** Nombre de consultations nutritionnelles délivrées dans un centre de traitement et de réadaptation (2008-2013)



**FIG. 4** Prévalence de la dénutrition en réadaptation gériatrique selon deux outils de dépistage – 2011



Année	PAM total			P		A		M	
	n	Moyenne	Ecart type	n	%	n	%	n	%
2008	170	2.5	0.7	151	88.8	137	80.6	146	85.9
2009	299	2.4	0.8	249	83.3	225	75.3	254	84.9
2010	268	2.4	0.9	221	82.5	195	72.8	219	81.7
2011	314	2.4	0.8	238	75.8	235	74.8	270	86.0
2012	327	2.5	0.7	265	81.0	247	75.5	305	93.3
2013	322	2.5	0.7	257	79.8	243	75.5	302	93.8

P: Perte de poids A: Perte d'appétit M: Perte de mobilité.

Logarithme interdisciplinaire de prise en charge nutritionnelle	
Médecins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revue des médicaments</li> <li>• Laboratoires et électrolytes.</li> <li>• Surveillance clinique et poids</li> <li>• Prescription bilan nutritionnel, support nutritionnel artificiel, vitamines et minéraux, alimentation thérapeutique</li> <li>• Prescriptions: diététicien-ne à domicile et demande de garantie de prise en charge des coûts pour l'alimentation artificielle à domicile</li> </ul>
Infirmiers-ères	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance et bilan des ingestas et de l'hydratation</li> <li>• Suivi de l'alimentation fractionnée et du support nutritionnel artificiel</li> <li>• Dentition, fonctions digestives, peau, vue</li> <li>• Positionnement</li> <li>• Anamnèse alimentaire à domicile ou hétéro-anamnèse auprès de la famille</li> </ul>
Ergothérapeutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positionnement</li> <li>• Utilisation des services</li> <li>• Evaluation thé, café et cuisine</li> </ul>
Physiothérapeutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation</li> <li>• Reconditionnement</li> <li>• Forces</li> </ul>
Diététiciennes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dénutrition sévère</li> <li>• Nutrition entérale</li> <li>• Pathologies cancéreuses / interventions chirurgicales digestives</li> <li>• Mesures anthropométriques</li> <li>• Calculs apports-besoins</li> <li>• Suivi du poids, support nutritionnel artificiel et alimentation.</li> <li>• Prescriptions: diététicien-ne à domicile et demande de garantie de prise en charge des coûts pour l'alimentation artificielle à domicile</li> </ul>
Infirmières de liaison	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un contrôle de santé par la CMS (poids)</li> <li>• Repas à domicile (CMS ou traiteur)</li> <li>• Courses</li> <li>• Hétéro-anamnèse</li> </ul>

par les diététicien-ne-s des soins à domicile devient une nécessité dans la poursuite du traitement de la dénutrition. La transmission des évaluations de l'équipe gériatrique interdisciplinaire hospitalière pour une prise en charge optimale, est indispensable. Les demandes de consultations nutritionnelles à domicile et ambulatoires, délivrées sur ordonnance médicale, pour les patients suivis par les soins à domicile vaudois a presque doublé en quatre ans, passant de 857 en 2008 à 1506 en 2012 (21). Cette augmentation des besoins est étayée par l'étude SoliNut qui a montré une prévalence de la dénutrition à domicile de 23% chez les personnes âgées isolées socialement, alors que d'anciennes études épidémiologiques la situaient entre 4 de 10% en moyenne (10). Dans le canton de Vaud, seulement la moitié des personnes âgées en incapacité fonctionnelle (dépendantes) bénéficient des prestations du CMS (1): la prise en charge nutritionnelle des patients dénutris à domicile repose sur le dépistage et la prise en compte de cette pathologie par le médecin traitant.

## Conclusion

La dénutrition de la personne âgée est un problème complexe qui s'installe sur le long terme. Le défi est celui d'une intervention autant précoce que possible, d'éviter la dénutrition à domicile ainsi qu'à l'hôpital et d'utiliser la période de réadaptation qu'elle soit stationnaire ou ambulatoire pour le dépistage et les interventions nutritionnelles, dont le suivi devra être garanti. Des études doivent encore être conduites pour démontrer quel type d'intervention nutritionnelle modifie de façon significative le devenir de ces patients gériatriques.

### Anouk Gachet

Diététicienne diplômée HES et Msc  
Hôpital de Lavaux  
1096 Cully  
anouk.gachet@hopitaldelavaux.ch

### Dr Wanda Bosshard Taroni

Médecin cheffe adjointe  
Hôpital de Lavaux  
1096 Cully  
wanda.bosshard@hopitaldelavaux.ch

**✚ Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## Messages à retenir

- ◆ Les patients âgés dans les services de Réadaptation Gériatrique doivent bénéficier d'une prise en charge nutritionnelle
- ◆ Cette prise en charge implique tous les professionnels de la réadaptation gériatrique, les diététiciennes garantissant l'apport spécialisé, essentiel mais inefficace si le souci nutritionnel n'est pas pris en compte par toute l'équipe
- ◆ Le suivi à domicile par le médecin traitant et les soins à domicile est indispensable

#### Références:

1. Büla C et al. Politique cantonale Vieillesse et Santé 2012 1-107
2. Frank M et al. Bulletin cantonal des médecins suisses 2013;94(11): 414-5
3. Keller U et al. La dénutrition à l'hôpital. Office fédérale de la santé publique 2005:1-26
4. Keller U et al. Sixième rapport sur la nutrition en Suisse. Office fédéral de la santé publique OFSP,2012:1.138
5. Bouteloup C, Thibault R. Nutrition clinique et métabolisme 2014 ;28:52-6
6. Reinert R et al. Rev Med Suisse 2013;9:2115-9
7. Bosshard W, Pralong G. Rev Med Suisse 2011;7:1056-7
8. Quilliot D et al. Nutrition clinique et métabolisme 2013;27:95-101
9. Haute Autorité de Santé (HAS). Nutrition clinique et métabolisme 2007;21:120-33
10. Ferry M et al. Causes des dénutritions. Nutrition de la personne âgée. Elsevier Masson SAS 2012, 145-50
11. Tardif N et al. Nutrition clinique et métabolisme 2011;25:138-51
12. Bouteloup C, Ferrier A. Nutrition clinique et métabolisme 2011;25:217-26
13. Coti Bertrand P et al. PAGE groupe d'experts pour l'alimentation et la nutrition de la personne âgée. (2004). Feuille de suivi nutritionnel. CHUV, Unité de Nutrition Clinique.
14. Kondrup J et al. Clin Nutr 2003;22:415-21
15. Kaiser MJ et al. J Nutr Health Aging 2009;13:782-8
16. Guigoz Y. J Nutr Health Aging 2006;10:466-85
17. Fiatarone MA et al. N Engl J Med 1994;330(25):1769-75
18. Singh PN et al. JAGS 2011;59:1003-11
19. Trabal J et al. Nutr hosp 2014;29:382-7
20. Donini LM et al. J Nutrition, Health & Aging 2013;17(1):9-15
21. Nicollier N. Les diététiciens volent au secours des aînés vaudois. 24 heures 25 mars 2014:15