

NOTE DE CADRAGE Diagnostic de la dénutrition de la personne âgée

Version validée du 19 mars 2020

Date de la saisine : 6 décembre 2019 **Demandeur** : Fédération Française de Nutrition (FFN)
Service(s) : SBPP
Personne(s) chargée(s) du projet : Alexandre Pitard / Pierre Gabach

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Cette note de cadrage contient les informations relatives au thème : « Diagnostic de la dénutrition de la personne âgée ».

La HAS et la Fédération Française de Nutrition (FFN) ont souhaité élaborer conjointement cette recommandation de bonne pratique dans le cadre d'une convention de partenariat.

Cette recommandation s'inscrit dans la continuité des recommandations sur le diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte publiée en 2019 par la HAS et la FFN¹.

Cette recommandation de bonne pratique actualisera les parties concernant le diagnostic de la dénutrition des recommandations concernant les personnes âgées de la HAS de 2007².

1.2. Contexte

On estime à 2 millions le nombre de personnes souffrant de dénutrition en France, parmi lesquelles les personnes âgées, à domicile, en institution et à l'hôpital, sont nombreuses.

La prévention et le traitement de la dénutrition sont une des priorités de santé publique ayant motivé la mise en place des phases successives du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Un des objectifs du PNNS 4 (2019-2023) est de réduire le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution, de 15% au moins pour les > 60 ans et de 30% au moins pour les > 80 ans.

¹ Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2019.

² Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2007.

La plupart des études épidémiologiques concernant la dénutrition chez la personne âgée sont anciennes, mais il n'y a pas de raison de penser que les chiffres aient évolué. La prévalence de la dénutrition varie de 4 à 10% à domicile, de 15 à 38% en institution et de 30 à 70% à l'hôpital selon le critère de diagnostic utilisé³. Plus récemment, en France, dans une large population de sujets âgés vivant à domicile en région urbaine, 14,8 % étaient à risque de dénutrition⁴. A l'échelle européenne et selon le MNA, la prévalence de dénutrition communautaire était de 3,1%, de 17,5% en établissement d'hébergement et de 28,7% en unité de soins de longues durée⁵. A partir de 70 ans, l'incidence de la dénutrition varie de 5 à 17% sur une période de suivi de 3 ans, avec une augmentation continue avec l'avancée en âge⁶.

La dénutrition est un facteur de risque indépendant d'accroissement de la morbidité et de la mortalité, quelles que soient les pathologies sous-jacentes (défaillances chroniques d'organes, troubles cognitifs, cancers, maladies cardiovasculaires, diabète de type 2...), et même chez les sujets en surpoids ou obèses. Le risque de chutes, de fractures, d'hospitalisation, d'infections nosocomiales, de dépendance et de décès est augmenté.

Parallèlement, les interventions nutritionnelles concernant les personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition ont montré un effet positif sur le statut nutritionnel et une réduction du risque d'hospitalisation chez les personnes âgées vivant à domicile, de complications à l'hôpital et de réadmission après la sortie de l'hôpital (⁷, ⁸,⁹, ¹⁰). Certaines études suggèrent que la prise en charge nutritionnelle dans la suite d'une hospitalisation pourrait limiter la perte d'autonomie (10).

L'absence d'identification systématique et donc de prise en charge de la dénutrition entraîne ainsi une perte de chance en termes de qualité de vie, d'autonomie et de survie chez la personne âgée. Les coûts sont augmentés¹¹ (Seguy D, Clinical Nutrition 2019). La dénutrition constitue une charge financière majeure pour les collectivités qui ne pourra que croître avec le vieillissement de la population.

Ainsi, l'efficacité de la prise en charge de la dénutrition est démontrée dans de multiples situations cliniques. Un des freins à cette prise en charge est que seul un faible pourcentage de patients dénutris est reconnu et reçoit un support nutritionnel (Rasmussen¹²). La définition de critères de diagnostic pour les différents états de dénutrition, peu coûteux, faciles à obtenir, et tenant compte des données

³ Hébuterne X, Alex E, Raynaud-Simon A, Vellas B, éditeurs. Traité de nutrition de la personne âgée [Internet]. Paris. Springer-Verlag ;2009.

⁴ Torres MJ, Dorigny B, Kuhn M, Berr C, Barberger-Gateau P, Letenneur L (2014) Nutritional Status in Community-Dwelling Elderly in France in Urban and Rural Areas. PLoS ONE 9(8): e105137. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105137>

⁵ Granic A, Mendoça N, Hill TR, Jagger C, Stevenson EJ, Mathers JC et al. Nutrition in the very old. *Nutrients* 2018 ; 10(3)

⁶ Streicher M, van Zwiene-Pot J, Bardon L, Nagel G, Teh R, Meisinger C, et al. Determinants of Incident Malnutrition in Community-Dwelling Older Adults: A MaNuEL Multicohort Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc* 2018.

⁷ Milne AC1, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD003288. doi: 10.1002/14651858.CD003288.pub3.

⁸ Cawood AL1, Elia M, Stratton RJ. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. *Ageing Res Rev*. 2012 Apr;11(2):278-96. doi: 10.1016/j.arr.2011.12.008. Epub 2011 Dec 22.

⁹ Stratton RJ1, Hébuterne X, Elia M. *Ageing Res Rev*. 2013 Sep;12(4):884-97. doi: 10.1016/j.arr.2013.07.002. Epub 2013 Jul 24. A systematic review and meta-analysis of the impact of oral nutritional supplements on hospital readmissions.

¹⁰ Volkert D1, Beck AM2, Cederholm T3, Cruz-Jentoft A4, Goisser S5, Hooper L6, Kiesswetter E7, Maggio M8, Raynaud-Simon A9, Sieber CC10, Sobotka L11, van Asselt D12, Wirth R13, Bischoff SC14. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2019 Feb;38(1):10-47. doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.024. Epub 2018 Jun 18

¹¹ Seguy D et al., Compliance to oral nutritional supplementation decreases the risk of hospitalisation in malnourished older adults without extra health care cost: Prospective observational cohort study, *Clinical Nutrition*, <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.08.005>

¹² Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Kristensen H, Wengler A. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clin Nutr*. 2004

actuelles de la littérature, est un élément sine qua non pour une détection et une prise en charge efficace de la dénutrition.

Dans les recommandations de la HAS de 2007¹³, le diagnostic de dénutrition de la personne âgée de 70 ans ou plus repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères ci-dessous.

Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins 1 critère phénotypique. Il n'y a pas de critère étiologique.

Dénutrition :

- Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois
- Indice de masse corporelle : IMC < 21
- Albuminémie < 35 g/l
- MNA global < 17

Dénutrition sévère :

- Perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois
- IMC < 18
- Albuminémie < 30 g/l

Une recherche documentaire a été menée de janvier 2010 à janvier 2020 ; les publications identifiées se répartissent de la façon suivante :

- pour les recommandations : 300 références au total
- pour les méta-analyses et revues de la littérature : 500 références

1.3. Enjeux

La dénutrition est fréquente chez les personnes âgées, en rapport avec l'accumulation des pathologies au cours du vieillissement, la dépendance et l'isolement social. La prise en charge nutritionnelle a montré son efficacité en termes d'amélioration du poids et, plus particulièrement à l'hôpital, en termes de réduction des complications et de la mortalité¹⁴.

Dans les recommandations HAS de 2007, un seul critère diagnostique est suffisant pour diagnostiquer une dénutrition.

¹³. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2007.

¹⁴ A. Raynaud-Simon. Comment dépister la dénutrition chez la personne âgée ? in elderly people? Médecine des maladies Métaboliques - Septembre 2009 - Vol. 3 - N°4

Les experts du GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition), issus des principales sociétés savantes internationales en nutrition (Europe, USA, Amérique Latine et Asie) ont publié en 2017 un consensus sur les critères communs internationaux à utiliser pour diagnostiquer la dénutrition chez l'adulte en contexte clinique¹⁵.

La principale nouveauté des recommandations du GLIM est l'association de critères dits phénotypiques à des critères dits étiologiques. Les experts ont retenu 5 critères : perte de poids non volontaire, diminution de l'IMC, réduction de la masse musculaire, diminution des apports alimentaires ou de l'absorption, présence d'une maladie/inflammation. Basée sur ces cinq critères, cette méthodologie permet de déterminer facilement si une personne souffre de dénutrition et quel est son degré de gravité.

Le GLIM préconise une approche en deux étapes :

La première étape consiste en l'identification du statut à risque par l'utilisation de tout outil de dépistage validé (par exemple : le MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) ou le MNA-SF (Malnutrition Universal Screening Tool-Short Form)).

La deuxième étape consiste en une évaluation pour réaliser le diagnostic de dénutrition et déterminer son degré de gravité.

L'enjeu est donc d'actualiser les recommandations de 2007 sur le diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée en tenant compte des travaux récents internationaux du GLIM, dans le cadre d'un continuum avec les recommandations publiées en 2019 par la HAS et la FFN sur le diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte.

Le bénéfice attendu du dépistage de la dénutrition est de réduire le délai de sa prise en charge et par la même une diminution de l'incidence de ces complications et des coûts induits (Kruizenga⁽¹⁶⁾ ; Norman⁽¹⁷⁾).

1.4. Cibles

Patients concernés par le thème : Adultes âgés de 70 ans ou plus. Ces recommandations concerneront l'ensemble des situations physiologiques ou pathologiques.

Professionnels concernés par le thème :

- Les médecins susceptibles de s'occuper des personnes âgées : généralistes, gériatres, autres spécialistes
- Les professionnels de santé concernés par la nutrition
- Les professionnels de santé concernés par les soins aux personnes âgées

1.5. Objectifs

- Définir la dénutrition
- Définir les critères permettant de diagnostiquer une dénutrition
- Améliorer le diagnostic de la dénutrition à l'aide d'outils adaptés et validés
- La prise en charge des patients dénutris ne rentre pas dans le champ de ces recommandations.

¹⁵ Cederholm T, Jensen GL. To create a consensus on malnutrition diagnostic criteria: A report from the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) meeting at the ESPEN Congress 2016. Clin Nutr 2017;36(1):7-10. Lien DOI article

¹⁶ Kruizenga HM, Van Tulder MW, Seidell JC, Thijs A, Ader HJ, Van Bokhorst-de van der Schueren MA. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. Am J Clin Nutr. 2005 Nov;82(5):1082-9.

¹⁷ Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clin Nutr. 2008 Feb;27(1):5-15.

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

1. DEFINITION DE LA DENUTRITION

Quelle est la définition de la dénutrition chez la personne âgée ?

Quelle est la définition de la dénutrition chez la personne âgée obèse ?

2. OUTILS DIAGNOSTIQUES

Quels sont les outils diagnostiques des états de dénutrition de la personne âgée ?

Quels sont les outils diagnostiques des états de dénutrition de la personne âgée obèse ?

3. CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DENUTRITION

Quels sont les critères permettant de retenir le diagnostic de dénutrition de la personne âgée ?

Quels sont les critères permettant de retenir le diagnostic de dénutrition de la personne âgée obèse ?

4. CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DENUTRITION SEVERE

Quels sont les critères permettant de retenir le diagnostic de dénutrition sévère de la personne âgée ?

Quels sont les critères permettant de retenir le diagnostic de dénutrition sévère de la personne âgée obèse ?

5. REEVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL

Quelles sont les méthodes de réévaluation de l'état nutritionnel au cours de l'hospitalisation ?

Quelles sont les méthodes de réévaluation de l'état nutritionnel en ambulatoire ?

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

La méthode d'élaboration envisagée est une méthode de recommandation de bonne pratique : la méthode « Recommandation pour la pratique clinique ».

La phase de lecture externe par des professionnels de terrain (groupe de lecture) est proposée dans le cadre de ce travail car il existe une disparité des pratiques nécessitant de recueillir leur avis sur les recommandations proposées par le groupe de travail.

2.2. Composition qualitative des groupes

Groupe de travail :

- 2 nutritionnistes
- 2 gériatres
- 2 médecins généralistes
- 1 pneumologue
- 1 néphrologue
- 1 médecin interniste
- 1 gastro-entérologue
- 1 cancérologue
- 1 endocrinologue
- 1 médecin coordonnateur d'EHPAD
- 1 médecin rééducateur fonctionnel
- 1 médecin réanimateur
- 1 biologiste
- 1 pharmacien d'officine
- 1 dentiste
- 1 infirmier travaillant au sein d'un service de Nutrition
- 1 infirmière libérale
- 2 diététiciens
- 1 psychologue spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire
- 1 représentant des usagers

Groupe de lecture : Le groupe de lecture multidisciplinaire comprendra entre 30 et 50 personnes concernées par la thématique et intégrera des représentants des professionnels et des usagers et des aidants non présents dans le groupe de travail.

2.3. Productions prévues

- Argumentaire scientifique
- Texte des recommandations
- Fiche(s) outils pour les professionnels
- Fiche pour les aidants et la famille
- Indicateurs permettant de mesurer l'impact de ces recommandations

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de passage en commission : 18/02/2020
- Date de validation du collège : 19/03/2020
- Rédaction de l'argumentaire scientifique et de la première version du texte des recommandations : Avril à juin 2020
- Première réunion du groupe de travail : Juillet 2020

- Deuxième réunion du groupe de travail : Septembre 2020
- Envoi aux membres du groupe de lecture : Octobre 2020
- Troisième réunion du groupe de travail : analyse des avis du groupe de lecture par le groupe de travail et élaboration de la version finale : Novembre 2020
- Soumission à la CRPPI : Décembre 2020
- Soumission au Collège (COI puis CD) et au conseil d'administration de la FFN : Janvier 2021

