

Appréhender les problèmes de dénutrition chez la personne âgée

Lien avec le PNNS

Le programme national nutrition santé et la loi relative à la politique de santé publique de 2004 affirment l'importance de la nutrition chez les personnes âgées et définissent des objectifs spécifiques pour cette tranche d'âge : prévenir, dépister, limiter la dénutrition chez des personnes âgées (réduction de 20% du nombre de personnes âgées de 70 ans ou plus en déficit pondéral) et améliorer leur statut en calcium et en vitamine D.

Position du problème

L'importance de l'alimentation et de l'activité physique pour retarder le vieillissement et prévenir la dépendance est largement reconnue. La nécessité de maintenir une alimentation en quantité équivalente à celle des adultes plus jeunes et qui soit également riche et variée est soulignée.

Le vieillissement, en lui seul, n'est pas une cause de malnutrition. Cette dernière s'installe chez les sujets âgés en présence d'insuffisance d'apports alimentaires (liée à des déficiences cognitives ou fonctionnelles, à l'isolement, à une dépression, à des problèmes dentaires, au manque de moyens financiers...) ou de maladies chroniques.

Le déficit pondéral toucherait 2 à 5 % des personnes âgées vivant à domicile [51] et, selon les études, entre 10% et 60% des personnes en établissement [52]. Le PNNS quant à lui indique que la prévalence de la dénutrition chez les patients hospitalisés se situerait entre 25 % et 45 %, les personnes âgées étant plus exposées à ce risque. Toutefois ces données sont confrontées à la définition que les différents auteurs ont donnée de la personne âgée : la plupart des études portent sur les personnes âgées de plus de 60 ans ou 65 ans, alors que le tournant physiologique du vieillissement survient vers l'âge de 75, voire 80 ans. Quant à la Haute autorité de santé (HAS), elle propose le seuil de 70 ans en matière de nutrition pour définir la "personne âgée". L'encadré 1-3 propose des références de classes d'âge à utiliser lors des enquêtes nutritionnelles.

La découverte d'une dénutrition chez une personne âgée lors de la conduite d'une enquête a des conséquences toutes autres que la mise en évidence d'une surcharge pondérale car cet état impose une prise en charge à court terme. Il s'agira donc d'anticiper cette éventualité en se rapprochant d'acteurs locaux à même d'intervenir auprès des personnes dénutries dépistées.

Problèmes posés par les mesures anthropométriques chez le sujet âgé

Il peut être difficile de mesurer la corpulence chez la personne âgée. Dans certains cas, on devra essayer de les récupérer (par exemple dans un dossier médical, un dossier d'admission...), ou encore se satisfaire de données déclarées mais celles-ci sont particulièrement sujettes à caution dans cette population.

- la mesure du poids : elle est indispensable et devrait être régulièrement effectuée au domicile et dans les institutions (lesquelles devraient impérativement être équipées du

matériel nécessaire^{xx}). Une perte de poids de 10 % en 1 mois est un signe majeur de gravité. En revanche, le poids n'est qu'une évaluation globale et ne donne pas d'information sur la répartition entre la masse grasse et la masse maigre. De plus, il varie avec la perte ou la surcharge en eau ;

- la mesure de la taille est plus discutable en pratique gériatrique (tassements vertébraux, amincissement des disques, accentuation de la cyphose dorsale...). L'indice de masse corporelle (IMC) peut donc être affecté par cette incertitude. On lui préférera donc la distance talon-genou ;
- la distance talon – genou (dTG) est corrélée à la taille maximale atteinte et est moins susceptible de varier au cours de la vie. Elle se mesure en position assise (la jambe et la cuisse à angle droit, de même que la jambe et le pied) avec une toise pédiatrique. A partir de la dTG, des formules, dites de Chulmea [53], permettent de calculer la taille en fonction du sexe ;
- l'IMC peut être entaché d'incertitude chez la personne âgée. De plus, le choix des limites inférieures et supérieures n'apparaissent pas consensuelles pour les personnes âgées :
 - **la maigreur** ou déficit pondéral est définie par un IMC < 18,5. C'est le seuil en deçà duquel on observe, pour les populations de 65 ans ou plus, une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Certains auteurs considèrent quant à eux qu'il convient d'utiliser chez la personne âgée un seuil de 22 kg/m² (voire 24) ;
 - on rappelle pour mémoire dans cette fiche axée sur la dénutrition que, chez la personne âgée, le **surpoids** est généralement défini, comme pour les adultes plus jeunes, par un IMC supérieur ou égal à 25, et l'**obésité** par un IMC supérieur ou égal à 30. Toutefois, on peut se demander si ces seuils peuvent être intégralement appliqués aux personnes âgées de plus de 70 ans. Plusieurs études sembleraient montrer que le risque de mortalité associé à un IMC plus élevé décline avec l'âge.

En l'absence de consensus, on peut sans doute recommander d'utiliser les mêmes bornes que chez l'adulte pour analyser l'IMC en sachant que cela aboutit à une sous-estimation de la maigreur chez la personne âgée.

Évaluation de l'état nutritionnel

Un des tests les plus couramment utilisés pour évaluer l'état nutritionnel et repérer une dénutrition chez une personne âgée est le **Mini Nutritional Assessment (MNA®)** [54] dans lequel les données anthropométriques (en particulier l'IMC) sont un critère parmi d'autres. L'évaluation s'opère en 2 temps :

1. **le dépistage** qui repose sur 6 questions (A à F), notées de 0 à 2 ou de 0 à 3 et correspondant à une notation maximum de 14 points.
 - a. Si le score est supérieur ou égal à 12, il n'y a pas de problème de dénutrition et il est inutile de poursuivre le test.
 - b. S'il est inférieur à 12, il y a possibilité de malnutrition et il convient de poursuivre le test
2. **l'évaluation globale** : elle repose sur 12 questions supplémentaires (G à R) notées sur 16 points au total.

Au final, lorsqu'une évaluation globale est réalisée avec le MNA, il est noté sur 30 points :

- un score MNA inférieur à 17 points correspond à un mauvais état nutritionnel ;
- un score MNA compris entre 17 et 23,5 à un risque de malnutrition ;
- un score MNA supérieur ou égal à 24 indique un état nutritionnel satisfaisant.

^{xx} Il existe des dispositifs spéciaux qui permettent de peser les personnes qui ne peuvent se tenir debout. Si nécessaire, il faut prendre contact pour plus de précisions avec une équipe spécialisée en centre hospitalier

Concrètement, la durée de passation du MNA (le sujet ayant été préalablement pesé et mesuré) est de l'ordre de 5 minutes pour la partie dépistage et de 20-25 minutes pour l'ensemble du questionnaire (18 questions). La spécificité de certaines questions réserve son usage à des professionnels de santé. En pratique, les questions sont fréquemment posées à un tiers (famille, médecin traitant, personnel de maison de retraite).

Encadré 9-1 : Définition retenue par la Haute autorité de santé pour la dénutrition chez les personnes de 70 ans et plus

Présence d'un ou de plusieurs des critères ci-dessous [22] :

Dénutrition :

Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois

IMC $< 21 \text{ kg/m}^2$

Albuminémie $< 35 \text{ g/l}$

MNA global < 17

Dénutrition sévère :

Perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois

IMC $< 18 \text{ kg/m}^2$

Albuminémie $< 30 \text{ g/l}$

(Pour les précautions d'interprétation de l'albuminémie, se reporter à la partie « marqueurs de l'état nutritionnel »)