

Programme prévention de la dénutrition des personnes âgées à domicile



Etude sur les  
pratiques en matière de PRÉVENTION,  
REPÉRAGE et PRISE EN CHARGE  
de la **DÉNUTRITION DES PERSONNES ÂGÉES**  
vivant à domicile en Rhône-Alpes

Novembre  
2012

[www.education-sante-ra.org](http://www.education-sante-ra.org)



Avec le soutien de :



## **Remerciements**

L'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce rapport notamment :

- Les membres du comité de pilotage ARS : Docteur Jean-Louis COTART, Claire ETIENNE, Mélanie GABARD, Marie-José COMMUNAL, Caroline DEPREVAL, Marie-Pierre GRABOWSKI
- Les DTD ARS
- L'ensemble des personnes ressources et des professionnels de l'aide à domicile qui ont accepté de répondre à notre enquête.

**Cette étude a été réalisée grâce au soutien financier de l'ARS Rhône-Alpes,**

Par l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Rhône-Alpes -IREPS RA-

**Rédaction du rapport**

**Raoul Legba**, chargé de projets, IREPS RA

Ont participé

**IREPS RA :**

**Gwenaëlle Blanc**, IREPS Siège

**Anaïs Maneveau**, Délégation Ardèche

**Marie-Line Beaupoil**, Délégation Drôme

**Nathalie Celle, Dominique Fiasson**, Délégation Loire

**Lucie Lehericey, Maud Level, Véronique Poulet**, Délégation Savoie

**Magali Chatelain**, Délégation Haute-Savoie

**ADESSA :**

Juliette Fovet

**ADES Rhône :**

Sébastien Goudin

## **Liste des abréviations**

<b>ADES Rhône</b>	Association Départementale d'Education pour la Santé du Rhône
<b>ADESSA</b>	Association Départementale d'Éducation Sanitaire et Sociale de l'Ain
<b>ADMR</b>	Aide à Domicile en Milieu Rural
<b>AIMV</b>	Agir Innover Mieux Vivre (structure privée d'aide à domicile)
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CARSAT</b>	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
<b>CCAS</b>	Centre Communal d'Action Sociale
<b>CLAN</b>	Comité de Liaison, Alimentation Nutrition
<b>CLIC</b>	Centres Locaux d'Information et de Coordination
<b>CNFPT</b>	Centre National pour la Fonction Publique Territoriale
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>DEAMP</b>	Diplôme d'Etat d'Aide Médico-psychologique
<b>DEAVS</b>	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
<b>DTD</b>	Délégation Territoriale Départementale de l'ARS
<b>MDPH</b>	Maison Départementale des Personnes Handicapées
<b>MNA</b>	Mini Nutritional Assessment
<b>MSA</b>	Mutuelle Sociale Agricole
<b>NTIC</b>	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
<b>PNNS</b>	Plan National Nutrition Santé
<b>SAAD</b>	Service d'Aide à Domicile
<b>SSIAD</b>	Services de Soins Infirmiers à Domicile
<b>VAE</b>	Validation des Acquis de l'Expérience

## RESUME

**Introduction** : Le nombre des personnes âgées est en constante augmentation en France. En Rhône-Alpes, environ 15% de la population ont plus de 65 ans (INSEE, 2008). On sait par ailleurs que l'alimentation est un élément clé du vieillissement réussi. Or selon l'étude Euronut-Seneca réalisée en 1991 et 1996, on estime entre 5 et 10%, la prévalence de la dénutrition en Europe. L'un des objectifs nutritionnels du PNNS 3 (axe3) concerne d'ailleurs la prévention, le dépistage et la limitation de la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées. Cet objectif figure également dans le schéma de prévention du plan stratégique régional de santé de l'ARS. C'est donc dans ce cadre que l'IREPS a réalisé, sur financement de l'ARS, un état des lieux des connaissances, attitudes et pratiques des aidants professionnels en matière de repérage des signes d'alerte de dénutrition des personnes âgées à domicile en Rhône-Alpes.

**Objectif** : Faire un état des lieux des pratiques des aidants professionnels et des têtes de réseaux de structures d'aide à domicile en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge de la dénutrition des personnes âgées.

**Méthode** : Deux techniques de collectes des données complémentaires : une enquête qualitative par entretien auprès des responsables des structures têtes de réseaux (CCAS, Fédération ADMR, Conseil généraux, SSIAD, SSAD,...) et une enquête par questionnaire auprès des professionnels de ces structures et qui sont en contact avec les personnes âgées à domicile (porteurs de repas, infirmières, aides soignantes, aides à domicile, auxiliaire de vie). Les questionnaires ont été saisis et analysés sur Modalisa 4.6.

**Résultats** : 40 entretiens individuels ont été réalisés et 201 aidants professionnels interrogés par questionnaire. Cette enquête a été réalisée sur des territoires identifiés comme prioritaires et n'a pas concerné l'ensemble des aidants professionnels de la région. Les résultats de l'étude montrent que la dénutrition est une question qui est très méconnue. De fait il n'existe pas de politique globale, ni de procédures d'alerte en cas de repérages de signes de la dénutrition chez les personnes âgées à domicile. L'absence de veille permanente sur les risques de dénutrition des personnes âgées et d'outils de repérage systématique est partagée par la quasi-totalité des structures interrogées alors même que le dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique et des troubles nutritionnels revêt une importance particulière tant en termes de prévention que de soins. Il existe également un manque d'information et de formation chez les aidants professionnels sur le repérage des signes de dénutrition. En effet, 71% des aidants professionnels interrogés disent n'avoir jamais suivi une formation professionnelle sur la dénutrition des personnes âgées. 20% des professionnels ne possèdent d'ailleurs aucun diplôme dans le domaine sanitaire et social alors que les connaissances et informations en matière de prévention et de repérage des signes d'alerte sont, comme le disent les professionnels, essentiellement celles acquises en formation initiale.

**Discussion** : Ces enseignements valident notre hypothèse de la nécessité d'une attention particulière sur les questions de la dénutrition des personnes âgées vivant à domicile et de la mise en place d'une sensibilisation des structures d'aide à domicile.

**Conclusion** : L'étude a permis d'avoir en région Rhône-Alpes une photographie des pratiques en matière de dépistage de la dénutrition. Elle a également permis d'identifier des besoins des professionnels et des structures en termes de coordination de réseaux, d'échanges de pratiques, de formation et d'information mais aussi d'accompagnement de dynamiques locales déjà existantes sur certains territoires en direction des personnes âgées.

**Mots clés** : dénutrition ; dépistage ; prévention ; personne âgée ; domicile

## **Sommaire**

RESUME .....	5
I. INTRODUCTION .....	10
1. Les objectifs du projet .....	12
1.1 Objectif général .....	12
1.2 Objectifs opérationnels: .....	12
2. Méthodologie .....	12
2.1 L'analyse de la bibliographique .....	12
2.2 L'enquête qualitative.....	12
2.2.1 Caractéristiques de l'échantillon .....	13
2.3 L'enquête quantitative .....	13
2.3.1 Populations concernées .....	13
2.4 Analyse des données .....	13
2.5 Choix des territoires de l'enquête .....	13
2.6 Difficultés rencontrées et approches de solutions.....	14
II. LES RESULTATS DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE .....	15
1. Profils des structures enquêtées par territoire .....	16
2. Politiques et projets des structures par rapport à la dénutrition .....	16
3. Les actions des structures en terme de prévention, de dépistage et de prise en charge de la dénutrition.....	17
4. Formation des salariés et la politique de formation de la structure.....	18
4.1 Les difficultés liées à la formation des salariés .....	19
5. Connaissances des salariés en matière de repérage de signes et de procédures d'alerte.....	20
5.1 Connaissance des signaux d'alerte.....	20
5.2 Existence et connaissance de procédures d'alerte .....	20
6. Les freins à la mise en place d'actions .....	21
7. Les leviers à la mise en place d'actions .....	22
8. Des attentes conjointes et qui se rejoignent quels que soient les territoires .....	22
9. Intérêt pour les séances de sensibilisation proposées par l'IREPS.....	23
III. LES RESULTATS DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE .....	24
1. Présence d'une personne référente sur les questions de nutrition de personnes âgées. ....	25
2. Structures d'appartenance des professionnels interrogés .....	26
3. Profils des enquêtés .....	27
4. Connaissances, attitudes et pratiques des aidants professionnels en matière de nutrition des personnes âgées. ....	28
4.1 Rôle à jouer dans l'alimentation des personnes âgées.....	28
4.2 Rôle à jouer dans l'activité physique des personnes âgées .....	28
4.3 Contribution à favoriser une alimentation et une activité physique adaptées .....	28
4.3 Le repérage des signes d'alerte de dénutrition.....	30
4.3.1 Les situations à risque de dénutrition connues et repérées après présentation du tableau PNNS.....	31
4.3.2 Pratiques en cas de repérage des signes de dénutrition .....	32
4.3.3 Utilisation des outils de dépistage de la dénutrition .....	33
5. Formation et accès à l'information des professionnels .....	34
5.1 Possibilité de suivre une formation.....	34
5.1.1 Formations professionnelles sur la dénutrition par territoire .....	35
5.2 Participation à des temps d'échanges de pratiques entre professionnels .....	36

5.3	Participation à des journées d'information.....	37
5.2	Accès à l'information et son utilisation .....	37
5.4.1	Connaissance des centres d'information .....	38
5.4.2	Connaissance d'outils traitant de la dénutrition des personnes âgées .....	39
6	Utilité et modalités des temps d'information que pourraient proposer les IREPS .....	40
6.1	Les besoins en information .....	40
6.1.1	Les besoins en information par fonction ou titre exact(e) actuel(le) dans la structure... ..	41
7	Quelques remarques et suggestions des enquêtés .....	42
IV.	DISCUSSION ET CONCLUSION.....	43
V.	DES PISTES D' ACTIONS POSSIBLES .....	45
V.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	46
VI.	ANNEXES.....	49
	Annexe1 : Les outils de collecte de données .....	50
	Annexe2 : Les recommandations de la Haute autorité de santé .....	57
	Annexe 3 : Le MNA <sup>R</sup> .....	58

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

### Table des graphiques

GRAPHIQUE 1: REPARTITION DES ENQUETES PAR TERRITOIRE D'INTERVENTION .....	25
GRAPHIQUE 2: REFERENT SUR LA NUTRITION DES PERSONNES AGEES DANS LA STRUCTURE .....	25
GRAPHIQUE 3: REPARTITION DES ENQUETES PAR TYPE DE FONCTION .....	27
GRAPHIQUE 4: ROLE A JOUER DANS L'ALIMENTATION DES PERSONNES AGEES .....	28
GRAPHIQUE 5: ROLE A JOUER DANS L'ACTIVITE PHYSIQUE DES PERSONNES AGEES.....	28
GRAPHIQUE 6: CONTRIBUTION A FAVORISER UNE ALIMENTATION ADAPTEE.....	29
GRAPHIQUE 7: UTILISATION DES OUTILS DE DEPISTAGE DE LA DENUTRITION .....	33
GRAPHIQUE 8: LES OUTILS DE DEPISTAGE UTILISES .....	33
GRAPHIQUE 9: POSSIBILITE DE SUIVRE UNE FORMATION.....	34
GRAPHIQUE 10: FORMATION PROFESSIONNELLE, MEME DE COURTE DUREE SUR LA DENUTRITION DES PERSONNES AGEES.....	35
GRAPHIQUE 11: PARTICIPATION A DES TEMPS D'ECHANGES DE PRATIQUES ENTRE PROFESSIONNELS .....	36
GRAPHIQUE 12: PARTICIPATION A DES JOURNEES D'INFORMATION.....	37
GRAPHIQUE 13:RAISONS DE NON PARTICIPATION AUX JOURNEES D'INFORMATION ET TEMPS D'ECHANGES DE PRATIQUES .....	37
GRAPHIQUE 14: CONNAISSANCE DE CENTRES D'INFORMATION .....	38
GRAPHIQUE 15: LES CENTRES D'INFORMATION SUR LA NUTRITION DES PERSONNES AGEES CONNUS .....	38
GRAPHIQUE 16:DISPONIBILITE DES OUTILS, GUIDES, BROCHURES DANS LES STRUCTURES.....	39
GRAPHIQUE 17: UTILITE DES TEMPS D'INFORMATION ORGANISES PAR L'IREPS .....	40

### Table des tableaux

TABLEAU 1: TACHES DES PROFESSIONNELS AUPRES DES PERSONNES AGEES .....	27
TABLEAU 2: ROLE A JOUER DANS L'ALIMENTATION DES PERSONNES AGEES EN FONCTION DU TITRE DANS LA STRUCTURE .....	29
TABLEAU 3: CONTRIBUTION A FAVORISER UNE ALIMENTATION ADAPTEE EN FONCTION DU TITRE DANS LA STRUCTURE .....	29
TABLEAU 4: CONTRIBUTION A FAVORISER UNE ALIMENTATION ET UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE .....	30
TABLEAU 5: LES SIGNES D'ALERTE DE DENUTRITION CITES PAR LES PROFESSIONNELS ENQUETES.....	30
TABLEAU 6: LES SITUATIONS A RISQUE DE DENUTRITION ENONCEES PAR LE PNNS CONNUES .....	31
TABLEAU 7: LES SITUATIONS A RISQUE DE DENUTRITION NECESSITANT UNE ALERTE .....	32
TABLEAU 8: ALERTE EN CAS DE DENUTRITION .....	32
TABLEAU 9: UTILISATION DES OUTILS DE DEPISTAGE EN FONCTION DU TITRE DANS LA STRUCTURE .....	34
TABLEAU 10: NIVEAU D'ETUDE ET DIPLOME DES PROFESSIONNELS INTERROGES .....	34
TABLEAU 11: POSSIBILITE DE SUIVRE UNE FORMATION REMUNEREE SANS PERTE DE SALAIRE PAR TYPE DE DIPLOME.....	35
TABLEAU 12: FORMATION SUR LA DENUTRITION DES PERSONNES AGEES SELON LA FONCTION DANS LA STRUCTURE .....	35
TABLEAU 13: FORMATION PROFESSIONNELLE SUR LA DENUTRITION DES PERSONNES AGEES PAR TERRITOIRE PRINCIPAL D'INTERVENTION. ....	36
TABLEAU 14: TEMPS D'ECHANGES DE PRATIQUES SUR LA DENUTRITION DES PERSONNES AGEES .....	36
TABLEAU 15: FONCTION OU TITRE EXACT(E) ACTUEL(LE) DANS LA STRUCTURE ET PARTICIPATION A DES TEMPS D'ECHANGES DE PRATIQUES ENTRE PROFESSIONNELS .....	37
TABLEAU 16: OUTILS D'INFORMATION LES MIEUX ADAPTES POUR INFORMER LES PROFESSIONNELS .....	38
TABLEAU 17: CONNAISSANCE D'OUTILS TRAITANT DE LA DENUTRITION DES PERSONNES AGEES .....	39
TABLEAU 18: LES OUTILS, GUIDES ET BROCHURES LES PLUS CITES .....	39
TABLEAU 19: LES BESOINS EN INFORMATION DES PROFESSIONNELS INTERROGES .....	40
TABLEAU 20: LES BESOINS EN INFORMATION PAR FONCTION OU TITRE DANS LA STRUCTURE.....	41

# **I. INTRODUCTION**

## Contexte et démarche de l'étude

## I. INTRODUCTION

S'alimenter est un acte essentiel à la vie dont on sait qu'il est un élément clé du vieillissement réussi. L'un des objectifs nutritionnels du PNNS, lancé en 2001, concerne la prévention, le dépistage et la limitation de la dénutrition chez les personnes âgées.

Sujet peu connu tant du grand public que des professionnels de santé et des accompagnants des personnes âgées, il n'en demeure pas moins un véritable enjeu de santé publique. Sa prise en compte spécifique chez le sujet âgé, bien qu'identifiée, n'a pas donné lieu à une action résolue, particulièrement pour les personnes âgées vivant à leur domicile, pourtant les plus nombreuses. La prise en charge une fois l'état dénutri avéré en est rendue plus difficile.

L'étude Euronut-Seneca réalisée en Europe en 1991 et 1996 (corrélée par l'étude NHANES aux Etats-Unis144) indique que 4 à 10% des personnes âgées à domicile sont dénutries. Ces chiffres atteignent 19 à 38% des personnes âgées en institution.

Le PNNS a probablement constitué à partir des années 2000 un levier à la prise de conscience des enjeux de la dénutrition mais son attention s'est focalisée sur un environnement particulier, l'hôpital. Très vite, une politique spécifique, principalement réglementaire, s'est développée (création et généralisation des CLAN, restauration hospitalière...). C'est donc d'abord par le biais de la prévention et du dépistage de la dénutrition à l'hôpital que le PNNS a abordé très largement la question de la dénutrition des personnes âgées et ce en réponse à un besoin réel. Ainsi, le taux de personnes âgées dénutries atteint près de 30% en établissement d'hébergement, et jusqu'à 60% pour les personnes âgées hospitalisées. A l'hôpital, 30 à 90% des personnes âgées sont dénutries<sup>1</sup>.

Si des actions ont été développées à l'hôpital, celles en direction des personnes âgées vivant à domicile sont plus limitées d'autant plus que la très grande majorité des personnes âgées vivent chez elles (près de 90% des plus de 75 ans). Aussi, l'accent affiché sur la prévention de la dénutrition supposerait-il d'abord d'intervenir à domicile.

D'après l'étude SOLINUT, qui concerne des personnes âgées de plus de 70 ans vivant seules à domicile hors de toute structure de prise en charge sanitaire et n'ayant pas plus de 6 contacts «affectivement lourds» par mois ni plus de 2 heures d'aide professionnelle par semaine, il est bien démontré l'importance de la solitude sur l'apport alimentaire. En effet, cette étude confirme à quel point la solitude retentit sur le statut nutritionnel, depuis l'envie de manger jusqu'à la capacité à faire ses courses.

Un véritable profil de risque du sujet âgé à domicile a été proposé suite à cette étude. C'est une personne :

- Mangeant trop peu de protéines
- Consommant volontiers des sucres d'absorption rapide
- Mangeant peu d'aliments riches en vitamines et minéraux (fruits et légumes)
- Sédentaire
- Chez qui survient un événement intercurrent, en particulier toute pathologie aiguë
- Isolée et seule.

Comme le souligne le rapport IGAS sur l'évaluation du PNNS<sup>2</sup>, trois types d'actions semblent être nécessaires à approfondir dans ce registre de prévention de la dénutrition des personnes âgées:

---

<sup>1</sup> L'enquête Energie 4+ (AP-HP, 2003)

<sup>2</sup> IGAS, *Evaluation du programme national nutrition santé 2 PNNS2 2006-2010*, Avril 2010

[Etude sur les pratiques en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge de la dénutrition des personnes âgées vivant à domicile en Rhône-Alpes - IREPS-Novembre 2012- p. 10](#)

- la prévention bucco-dentaire, au domicile (mais aussi en établissement). Le plan de santé bucco-dentaire a peu investi ce champ, alors que toutes les initiatives expérimentales confirment les liens étroits entre problèmes dentaires et situation de dénutrition ;
- le travail en partenariat avec les services de portage de repas à domicile ;
- la sensibilisation ou la formation des aides à domicile à la dénutrition des personnes âgées (prévention et dépistage). Si le diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale prévoit bien un module alimentation, moins de 20% des aides à domicile sont détentrices du DEAVS ; et le secteur est confronté à des difficultés de recrutement.

L'ampleur des actions à conduire plaide pour un pilotage renforcé et une implication des services déconcentrés pour veiller à une déclinaison territoriale efficace en lien avec les collectivités locales (communes et conseils généraux) compétentes en matière d'aide à domicile.

Des outils peuvent être mobilisés avec un partenariat et une mobilisation concertée des acteurs associés à la prévention de cette dénutrition : aides à domicile, services de portage de repas à domicile, médecins traitants, CLIC, Conseil Général, MDPH, foyers logements, centres sociaux, clubs de personnes âgées, etc.

Cette étude, financée par l'ARS, rentre dans le cadre d'un projet global en 3 phases :

- un état des lieux des pratiques
- une valorisation d'actions innovantes repérées sur les territoires
- une sensibilisation des professionnels et des structures têtes de réseaux autour des enjeux de la dénutrition des personnes âgées vivant à domicile

## **1. Les objectifs du projet**

Cet état des lieux s'inscrit dans un projet plus global dont les objectifs sont les suivants :

### **1.1 Objectif général**

Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées vivant à domicile en Rhône-Alpes.

### **1.2 Objectifs opérationnels:**

- Réaliser un état des lieux régional des pratiques en matière de prévention, dépistage et/ou prise en charge des 1ers signes de la dénutrition des personnes âgées vivant à domicile.
- Sensibiliser les aidants professionnels, sur le dépistage des signaux d'alerte de dénutrition et sur les réponses possibles sur leurs territoires en matière de prise en charge précoce de la dénutrition des personnes âgées.
- Editer un document informatique de synthèse de l'état des lieux et qui valorise les expériences et projets mis en œuvre en étudiant les leviers et les freins en matière de prise en charge des premiers signes de dénutrition.

## **2. Méthodologie**

Afin de répondre à ces objectifs, deux comités de pilotage, ont été constitués pour suivre l'étude et faire des points réguliers sur son avancée.

Le premier comité de pilotage est composé des techniciens de l'ARS et des chargés de projets de l'IREPS. Réuni 2 fois, ce comité de pilotage a orienté les priorités de l'étude, validé les territoires, et réalisé le bilan à mi parcours. Il se réunira également pour le bilan final.

Le deuxième comité de pilotage est composé des chargés des projets de l'IREPS qui sont en charge de la mise en œuvre de ce programme sur les territoires. Il s'est réuni 3 fois (en présentiel et par conférence téléphonique) pour élaborer les critères du questionnement et rédiger le questionnaire, puis pour élaborer le guide d'entretien qualitatif et enfin pour dégager les conclusions.

L'étude a été organisée en plusieurs temps :

- 1) Une analyse bibliographique
- 2) Une quarantaine d'entretiens individuels semi-directifs
- 3) Une enquête par questionnaire auprès professionnels d'aides à domicile

### **2.1 L'analyse de la bibliographique**

L'Analyse bibliographique s'est appuyée principalement sur la synthèse documentaire réalisée par l'IREPS (Ex FRAES) pour la CRAM et l'URCAM en 2009 et actualisée avec les données de la HAS.

### **2.2 L'enquête qualitative**

L'enquête qualitative a été réalisée auprès des têtes de réseaux des associations d'aides à domicile ou des structures dépendant des collectivités locales investies dans la prise en charge des personnes âgées vivant à domicile.

Cette partie de l'état des lieux a pour objectif d'apporter un éclairage sur les politiques globales et les projets menés dans les structures sur la question de la dénutrition des personnes âgées.

Le guide d'entretien a été structuré en 3 parties :

- La politique de la structure et les projets menés en matière de dénutrition chez les personnes âgées
- Les actions menées auprès des salariés en termes d'information et de formation
- L'intérêt des structures pour un partenariat avec l'IREPS dans le cadre de séances de sensibilisation aux premiers signes d'alerte.

L'intérêt d'une enquête qualitative est de relever les points de vue subjectifs des personnes interviewées de façon plus fine. Ce type d'enquête permet également d'étudier les spécificités liées au domaine d'activité ou à la fonction des acteurs.

### 2.2.1 Caractéristiques de l'échantillon

Les personnes interrogées dans le cadre de cette partie qualitative sont généralement les responsables des structures têtes de réseaux. L'enquête qualitative a été complétée par une enquête quantitative.

## 2.3 L'enquête quantitative

L'Enquête quantitative a pour objectifs :

- de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels de l'aide à domicile en matière de prévention, de repérage et de prise en charge de la dénutrition des personnes âgées vivant à domicile.
- d'analyser les besoins des professionnels de l'aide à domicile en information/accompagnement sur la dénutrition des personnes âgées vivant à domicile.

### 2.3.1 Populations concernées

Le questionnaire a été adressé aux professionnels qui travaillent en contact avec les personnes âgées vivant à domicile. Cet échantillon a été constitué par les enquêteurs, lors de la première phase de cette étude au cours des entretiens avec les têtes de réseaux d'associations ou de structures qui s'occupent de personnes âgées à domicile sur les territoires identifiés. Le mode de passation du questionnaire a été soit en face à face par un enquêteur, ou auto administré par les personnes interrogées.

## 2.4 Analyse des données

Le questionnaire a été réalisé après les entretiens qualitatifs. L'idée était d'être au plus proche de la réalité de travail au quotidien des professionnels et d'adapter le questionnaire. Pour cela, des entretiens tests auprès de professionnels d'aide à domicile ont également été réalisés. Les données de l'enquête quantitative ont été saisies et analysées sur Modalisa 4.6

## 2.5 Choix des territoires de l'enquête

Le choix des territoires de l'enquête a été fait en concertation avec les DTD de l'ARS qui ont identifiées des territoires en lien avec cette préoccupation de la nutrition des personnes âgées.

Département	Territoire identifié	Caractéristiques	Justificatifs
Ain	Bourg en Bresse	Urbain	Cohérence avec les formations continues mise en œuvre sur ce territoire.
Ardèche	Privas	Semi-Urbain	Pour l'Ardèche, le choix de Privas comme territoire "semi-urbain" paraît judicieux. On enregistre en effet sur Privas une nette progression de la population âgée avec des revenus très bas.
Drôme	Vercors	Rural	Territoire rural montagneux et faiblement Peuplé. le Vercors c'est : un petit territoire, 2150 habitants environ pour 5 communes, avec approximativement 380 personnes âgées avec peu de structures prestataires, donc peu de salariées concernées, peu de repas livrés (15 à 20 !), beaucoup plus de services ménagers.
Loire	Bourg-Argental	Rural	Très peu d'actions autour de la question. Dynamique locale naissante à creuser, valoriser et accompagner si besoin. Bourg-Argental, est un territoire rural isolé, donc très pertinent.
Rhône	ASV Duchère	Urbain	ASV, avec une dynamique locale naissante autour des personnes âgées.
Savoie	Aix-les-Bains	Semi-rural	Fort partenariat avec Responsable Pôle Santé Prévention CCAS d'Aix-les-Bains. Le CCAS d'Aix les Bains gère le service maintien à domicile (AAD et SSIAD) et le service de portage de repas -Eléments de diagnostic territoire de la Savoie / Aix les Bains
Haute-Savoie	La Roche-sur-Foron	Semi-Urbain	difficulté du CCAS à mettre en place une dynamique locale autour de la question. Un travail sur la ville de La Roche-sur-Foron pourrait être envisagé en faveur des aides à domicile, ce qui permettrait d'intervenir sur une ville moyenne et de relayer l'action au bénéfice des personnes vivant à domicile dans les zones rurales environnantes.

## 2.6 Difficultés rencontrées et approches de solutions

Les difficultés rencontrées sont essentiellement liées à la disponibilité des personnes ressources à enquêter. Des difficultés pour fixer des rendez-vous avec les structures enquêtées ont parfois justifié le retard par rapport à notre programmation initiale dans les différentes phases de l'état des lieux. Par ailleurs, les entretiens exploratoires nous ont montré que les aides à domicile n'ont pas nécessairement un niveau de formation en lien avec le sanitaire et social. Le questionnaire a dû donc être construit pour tenir compte de ce paramètre et permettre une compréhension plus simple notamment des terminologies.

## **II. LES RESULTATS DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE**

Cette partie présente les résultats de l'enquête qualitative. Au total 42 entretiens ont été réalisés et entièrement dépouillés. Deux entretiens n'ont pas été pris en compte parce que l'un s'adressait à une infirmière qui s'occupe de personnes âgées dans un EHPAD, et dont les réponses ne concernaient que son activité en institution et l'autre dont les réponses très laconiques n'étaient pas utilisables en enquête qualitative. Les résultats présentés portent donc sur 40 entretiens.

## 1. Profils des structures enquêtées par territoire

Au total, 40 structures ont été enquêtées et réparties comme suit :

Département	Nbre d'entretiens réalisés	Structure enquêtées
Ain	8	CCAS de Bourg en Bresse ; CCAS de Meximieux ; CLIC Dombes-Saône ; Croix-Rouge Française ; Service départemental d'Aides ménagères ; Conseil Général de l'Ain ; SSIAD de Coligny SSIAD Oyonnax ; Aide Familiale Populaire.
Ardèche	2	CCAS de Privas Pôle de maintien à domicile ; Conseil général Ardèche.
Drôme	7	CCAS St Jean Royans ; CLIC Bourg de péage ; EOVI Services et Soins St Jean Royans ; Foyer Logement Sérénitude ; les Campanules de la Chapelle en Vercors ; MSA La Chapelle en Vercors ; Communauté de commune du Vercors
Loire	4	AIMV Gier Ondaine Pilat ; Conseil Général de la Loire ; MSA Loire ; Centre de Soins Infirmiers de Bourg Argental.
Rhône	5	CCAS Lyon 9 <sup>ème</sup> , Maison départementale du Rhône de la Duchère, Espace sénior 9 <sup>ème</sup> , Foyer logement de la Duchère.
Savoie	9	CCAS d'Aix les Bains, SAAD d'Aix les Bains, ADMR d'Albens, ADMR du canton de Chatelard, SSIAD du canton du Châtelard ; La Cuisine Centrale d'Aix les Bains, SAVS d'Aix les Bains, Association d'Entraide Aixoise ; Les restos du Cœur d'Aix les Bains.
Haute-Savoie	7	CCAS La Roche-sur-Foron ; Fédération ADMR 74 ; Cabinet d'infirmières La Roche ; cabinet infirmières Sœur de la Charité ; SSIAD de l'Hôpital Andrevetan de la Roche sur Foron ; Pôle gérontologie de Marignier ; CMP

## 2. Politiques et projets des structures par rapport à la dénutrition

Pour les personnes interrogées, la dénutrition des personnes âgées n'est pas une priorité.

*« Pas de politique globale face à la dénutrition, mais une prise en compte de la problématique générale de l'équilibre alimentaire », organisme de mutuelle, Loire*

*« Pas de politique globale concernant la thématique mais nous sommes en lien avec tous les services du CCAS et pouvons être amenés à interpeller l'un des services du CCAS comme le SSIAD si on repère un cas de dénutrition » collectivité locale, Savoie*

*« Notre structure ne mène pas de projets sur ce thème car nous avons d'autres priorités : aide aux aidants, la démence, la bientraitance, les gestes de premiers secours ... » centre d'information gérontologique, Ain*

*« Nous ne souhaitons pas développer des projets sur ce thème car nous ne sommes pas positionnés sur cette question dans le cadre du travail réalisé dans la convention de modernisation des services aux personnes » Collectivité locale, Ardèche*

*« Cette problématique n'a pas été repérée comme une priorité, nous prenons en compte l'isolement de la personne âgée en général » Collectivité locale, Drôme*

*« Nous avons une équipe récente donc la mise en place d'actions collectives n'est pas une priorité ; de plus cela prend du temps. Par ailleurs, la dénutrition n'a pas été repérée comme une priorité, mais l'isolement ». Organisme de mutuelle, Drôme*

Ces différents verbatims illustrent la diversité des positionnements des structures interrogées par rapport à la mise en place de projet en lien avec la dénutrition des personnes âgées. Globalement, même si la question de la nutrition est abordée par les structures du fait de leur activité (portage de repas, aide à domicile), celle relative à la dénutrition ne suscite pas une attention particulière de la plupart des structures interrogées.

### **3. Les actions des structures en terme de prévention, de dépistage et de prise en charge de la dénutrition**

**Quelques actions** peuvent être repérées sur des territoires. Même si elles ne sont pas systématiques elles sont des terrains pouvant servir à la mise en place d'une coordination locale autour des questions de dénutrition des personnes âgées.

#### **A Bourg-en-Bresse**

Sur le territoire de Bourg-en-Bresse des actions de prévention collective comme des **ateliers nutrition** réalisés en lien avec la CARSAT ont pu être organisées de même que des actions de prévention des chutes. Le thème de la dénutrition y est parfois abordé. Par ailleurs, l'ADESSA organise des formations sur la dénutrition des personnes âgées dans le cadre d'un financement de l'ARS.

#### **A Privas,**

**Le pôle de maintien à domicile du centre communal d'action sociale de Privas initie des pratiques d'entraide et d'accompagnement** autour de la préparation et la gestion des repas des personnes âgées. Ces pratiques se sont naturellement mises en place avec les services d'aides à domicile. Les professionnels aidants à domicile accompagnent au mieux les personnes âgées chez lesquelles ils travaillent, même s'ils ne leur apportent pas leurs repas. Par exemple, une femme qui vient faire de l'entretien ménager pourra en ouvrant le frigo se rendre compte de son contenu et de l'état des aliments, elle pourra alors faire un rapport pour en informer le médecin traitant.

Une journée diététique est aussi organisée depuis 3 années par la société Elixir, prestataire fournisseur de repas. Cette journée a pour but d'informer les personnes âgées vivant à domicile de l'intérêt de conserver un bon équilibre alimentaire.

#### **Dans le Royans-Vercors**

La communauté de commune a organisé avec le CLIC **une demi-journée autour de la santé avec des attentions** qui avaient émergées autour de l'activité physique des personnes âgées. Depuis quelques années, il a été créé un réseau de bénévoles de 10 à 12 retraités, non formalisé qui va à la rencontre des personnes âgées dans le but de rompre leur isolement. Pour les responsables en charge des services à la personne de La Chapelle en Vercors, *« il existe encore, culturellement, du lien entre les*

*habitants. Les hameaux se sont saisis de cette problématique des personnes âgées ; les habitants ont un rôle de veille, les plus jeunes se soucient des plus âgées. Les jours du marché, il y a une navette mise à disposition pour ceux qui le demandent... »*

Plus globalement sur le Royans, la directrice du Centre social nous a signalé qu'un travail très important à destination des personnes âgées est engagé en partenariat avec l'ensemble des acteurs locaux (ADMR, EOVI, maison de retraite...) et initié par la Communauté de commune pour essayer de répondre au mieux aux problématiques du grand âge, au maintien à domicile ou à la vie en collectivité.

#### **A Bourg-Argental,**

Des **actions collectives sur la dénutrition** dans le cadre de la semaine « Bien vieillir » sont organisées par la MSA. Le SSIAD de Bourg-Argental a mis en place une procédure de prise en charge de la dénutrition. Dans cette démarche, un médecin participe aux réunions d'équipe et est systématiquement prévenu en cas de suspicion de dénutrition chez une personne âgée. Le CLIC de Bourg-Argental a pu mettre en place également **des conférences sur la dénutrition**.

#### **A Aix-les-Bains,**

Le territoire de développement social d'Aix-les-Bains a mis en place un passage de l'aide à domicile le midi, pour « vérifier » que les personnes mangent, sont assises à table par exemple. **Un travail autour de la convivialité** a été mentionné : « les repas partagés » organisés toutes les 3 semaines par le CCAS d'Aix-les-Bains et en partenariat avec le territoire d'Aix-les-Bains a pour objectif de rompre l'isolement des personnes âgées. Ce projet est également mis en place par l'ADMR d'Albens. C'est dans ce même objectif que l'action dénommée « voisinage » a également été mise en place par le CCAS. Cette action consiste à faire se rencontrer les personnes âgées dans un même quartier afin de partager un repas convivial.

#### **A Annecy**

Formations sur la dénutrition des personnes âgées proposées par la da délégation départementale de l'IREPS 74. Formations financées pendant 2ans par l'ARS.

### **4. Formation des salariés et la politique de formation de la structure.**

Les responsables des structures déclarent qu'aucun de leur salarié n'a participé à une formation portant sur la dénutrition des personnes âgées. Toutefois, certains professionnels ont des connaissances et des compétences acquises grâce à leur formation initiale (DEAVS, Aides soignantes, infirmières, ...) qui a des modules en rapport avec l'alimentation de la personne âgée.

Plus globalement, et comme dit une infirmière coordinatrice d'une SSIAD en Haute Savoie

*« Les aidant professionnels ne possèdent pas de formation concernant la dénutrition mais sont attentives et font remonter l'information. Cependant, il n'y a rien de formalisé » Service de soins à domicile, Haute-Savoie*

Des formations continues sont également organisées au profit des salariés sur différents thèmes en fonction des demandes exprimées par les salariés et plus généralement en fonction d'un besoin repéré par l'employeur. Les thèmes de formation qui ont reçu beaucoup de demande cette année sont liés au recyclage du PSC1 (Prévention et Secours civique de niveau1), certaines formations obligatoires (l'habilitation électrique), Alzheimer et les gestes et postures professionnelles. Il semble là que la non prise en compte par les employeurs des enjeux concernant la dénutrition des personnes âgées, influence l'offre de formation sur cette thématique qui, n'est pas, on l'a vu, prioritaire.

Par ailleurs, pour les employeurs qui souhaitent mettre en place des formations pour les salariés, des difficultés subsistent.

#### 4.1 Les difficultés liées à la formation des salariés

Les responsables d'une structure rencontrée en Ardèche pointent des difficultés récurrentes dans la formation des salariés. Ainsi relèvent-ils :

*« dans le cas d'un service mandataire, chaque employeur emploie qui il veut et aucune obligation en terme de formation.... Une salariée peut avoir plusieurs employeurs ; la salariée ne peut pas partir facilement en formation, c'est compliqué pour elle de partir ; quel est l'employeur qui porte la formation, comment ça se passe pour les autres employeurs ....».*  
Collectivité locale, Drôme

Ce constat marque aussi les difficultés de certains employeurs à comprendre les dispositifs de formation en place<sup>3</sup>. On pourrait poser l'hypothèse que cela justifie le fait que nombre de salariés, notamment les aides à domicile ne savent pas et ne bénéficient pas de formation continue.

---

<sup>3</sup> Convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999. Etendue par arrêté du 2 mars 2000 (JO du 11 mars 2000) - Textes Attachés - Annexe V - Accord du 4 février 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie. (Source : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichIDCC.do>)

Article 2.3.2

Salarié multi-employeur

Modalités de mise en œuvre :

A l'instar du dispositif mis en œuvre dans le cadre du plan de formation, et dont l'efficacité est largement démontrée, la mise en œuvre du DIF consolidé est assurée grâce à un employeur porteur.

Lorsqu'il souhaite bénéficier d'un DIF consolidé, le salarié demande à l'employeur de son choix d'assurer le rôle d'employeur porteur. En cas d'acceptation, cet employeur s'engage à présenter, avant le début de l'action, à la signature du ou des autres employeurs, un modèle d'accord sur le choix de l'action pour laquelle la mise en œuvre du DIF consolidé est demandée. Les heures DIF ainsi utilisées sont imputées sur les droits acquis auprès des employeurs. Le total des heures imputées ne peut dépasser la somme des heures réellement utilisées.

Statut du salarié :

Action se déroulant sur les horaires habituels de travail :

L'employeur porteur s'engage à présenter, avant le début de l'action :

- d'une part, à la signature du salarié, un avenant au contrat de travail initial étendant les effets de celui-ci aux seules périodes de formation coïncidant avec l'horaire de travail normalement accompli au service des autres employeurs ;
- d'autre part, à la signature du salarié et des autres employeurs susceptibles d'être affectés par la mise en œuvre du DIF consolidé, un modèle d'avenant à leur contrat initial suspendant leurs effets respectifs durant les seules heures de formation coïncidant avec l'horaire effectivement prévu dans le cadre de ces contrats.

La rémunération de la totalité des heures de formation est assurée conformément au taux horaire de travail prévu dans le cadre du contrat initial conclu avec l'employeur porteur du projet de formation.

Action se déroulant en partie sur les horaires habituellement non travaillés par le salarié :

L'employeur porteur s'engage à présenter, avant le début de l'action :

- d'une part, à la signature du salarié, un avenant au contrat de travail initial étendant les effets de celui-ci aux seules périodes de formation coïncidant avec l'horaire de travail normalement accompli au service des autres employeurs ;
- d'autre part, à la signature du salarié et des autres employeurs susceptibles d'être affectés par la mise en œuvre du DIF consolidé, un modèle d'avenant à leur contrat initial suspendant leurs effets respectifs durant les seules heures de formation coïncidant avec l'horaire effectivement prévu dans le cadre de ces contrats.

La rémunération de la totalité des heures de formation coïncidant avec les horaires habituellement travaillés est assurée conformément au taux horaire de travail prévu dans le cadre du contrat initial conclu avec l'employeur porteur du projet de formation. Les heures réalisées en dehors des temps habituellement travaillés donnent lieu au versement de l'allocation de formation, calculée, conformément aux dispositions du code du travail (3), sur la base des salaires versés par l'employeur porteur.

## 5. Connaissances des salariés en matière de repérage de signes et de procédures d'alerte

### 5.1 Connaissance des signaux d'alerte

34 des 40 structures disent que leurs salariés sont capables de connaître les signes d'alerte de dénutrition ou plus précisément qu'ils sont capables de se rendre compte quand le comportement ou l'état de santé de la personne change et ou se dégrade. Pour les responsables qui sont dans le soin médical, « *elles connaissent quelques signes d'alertes qui leur reste de l'école des soins infirmiers* ».

Plus généralement et quelles que soient les structures et les territoires investigués, les signaux d'alerte cités sont :

- *Le frigo vide*
- *Sur simple observation des aides ménagères, plateaux repas non consommés, amaigrissement de la personne, oubli de manger*
- *L'absence de vaisselles dans l'évier*

Ces signaux d'alertes identifiés relèvent, de l'observation simple. Dans les SSIAD, en dehors de l'observation, sont cités également des signaux d'alertes repérés à partir des prises de sang, des pesées, ou à partir de l'évaluation avec l'outil Mobiqua<sup>4</sup> (cité une fois par un SSIAD en Savoie...)

**Certains signaux d'alerte cités, sont liés à l'isolement des personnes âgées.** Ils ont été cités, soit par des CCAS, soit par les CG qui évaluent les modalités d'attribution d'aide aux personnes âgées. Pour eux, l'isolement géographique et familial, la dépression, la perte d'autonomie, le non paiement des factures depuis plusieurs mois que justifient des problèmes financiers sont autant de signaux d'alerte de situations à risques « *pour l'autonomie et le bien être de la personne âgée* ».

### 5.2 Existence et connaissance de procédures d'alerte

Les observations des professionnels sont généralement inscrites dans un cahier de liaison, ou discutées en réunion d'équipe. Le médecin traitant ou la famille est alors alerté par le responsable de la structure. Même si celle-ci n'est pas formalisée, ni initialement destinée à relayer les signes d'alerte de dénutrition, ces outils et ces procédures, qui sont propres à chaque structure intervenant chez la personne âgée permettent de repérer des situations à risque. Cependant, le manque de coordination entre les différents intervenants reste une des limites de ces procédures, qui peuvent par ailleurs être trop longues et pas assez réactives.

---

4 Cet outil est conçu pour améliorer la qualité du service rendu en établissement et services médico-sociaux. Son utilisation vise plusieurs objectifs :

- Changer le regard porté sur les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer – à l'aide de supports vidéos
- Actualiser les connaissances (formation)
- Aider à la pratique
- Créer des liens de coopération
- Prévenir la dépendance induite par des soins inappropriés

Sources : <http://www.mobiqua.org/outils/maladie-alzheimer/>

## 6. Les freins à la mise en place d'actions

Plusieurs freins à la mise en œuvre d'action de prévention et de repérage de la dénutrition des personnes âgées ont été cités par les responsables des structures têtes de réseau rencontrées. Ces freins peuvent être classés en plusieurs catégories :

### **La méconnaissance du problème de la dénutrition des personnes âgées**

« *Méconnaissance de ce problème* » Service de soins, Savoie

« *Les salariés ne sont pas formés donc manquent de connaissance sur ce thème* », Service de soin, Loire

### **Le manque de ressources en information et accompagnement**

« *Le manque de connaissance en gériatrie de certains médecins généralistes libéraux. Il ne peuvent donc pas être des personnes ressources* » Collectivité locale, Ardèche

### **L'enclavement de certains territoires**

« *Il est difficile de mobiliser les personnes âgées sur les territoires ruraux car difficiles d'accès* »

« *Le Clic du bassin de bourg Dombes réunit 4 cantons et 37 communes et il n'y a qu'une seule salariée pour mettre en place des actions* », Centre d'information gérontologique, Ain

« *Dissémination et isolement géographique* », Service de soins, Ain

### **Le manque de moyens humain, matériels et financier**

« *Il y a un turn-over important des aides à domiciles, ce qui ne facilite pas les formations. Par ailleurs, il nous est impossible de d'envoyer toutes les aides à domiciles en formation, car on ne peut pas les remplacer* », Collectivité locale, Savoie

### **Les freins liés aux limites du travail social**

« *L'entourage, les enfants des personnes âgées peuvent être un frein lorsqu'ils sont dans l'éducation de leurs parents* », Organisme de mutuelle, Drôme

« *Les aides à domicile ne peuvent pas forcer les personnes à manger au risque d'être perçues comme maltraitantes* », Collectivité locale, Savoie

« *A domicile chaque personne a sa façon de fonctionner et il est nécessaire de respecter l'intimité de la personne* », Organisme de mutuelle, Ardèche

« *Les travailleurs sociaux ne vivent pas avec la personne mais l'accompagnent à domicile ; ils ont une mission de conseil. Les personnes peuvent refuser l'aide apportée si elles ne sont pas prêtes* », Collectivité locale, Drôme

## 7. Les leviers à la mise en place d'actions

« Travail en partenariat (SSIAD et ADMR) sur les territoires », Collectivité locale, Savoie

« Réseau fort, présence d'un réseau gérontologique local. », Collectivité locale, Savoie

« Le fait de connaître et de prendre en charge les personnes depuis très longtemps », Organisme de Mutuelle, Drôme

« L'entourage de la personne lorsqu'il est dans l'accompagnement », Collectivité locale, Drôme

« Les formations initiées sur la dénutrition dans l'Ain », Association d'aide familiale, Ain

**Ces leviers identifiés par les structures enquêtées s'appuient sur l'effectivité d'un maillage territorial des acteurs** de l'aide aux personnes âgées et sur la conscience exprimée d'investir certains déterminants de la santé des personnes âgées (nutrition, isolement et lien social etc...). Par ailleurs, **la mobilisation autour d'atelier et d'animation sur le « bien vieillir », est un levier important** qu'on peut utiliser pour la mise en place d'actions sur la dénutrition des personnes âgées.

## 8. Des attentes conjointes et qui se rejoignent quels que soient les territoires

Trois types de besoins ont été évoqués lors des entretiens :

### ▪ Des besoins en information sur les facteurs de la dénutrition et ses conséquences

« Nous souhaitons que soient développés, des ateliers de sensibilisations avec les femmes en situation de précarité que nous recevons sur l'alimentation en général », Association d'aide alimentaire, Savoie

« Il serait intéressant de transmettre une fiche récapitulative sur la nutrition de la personne âgée avec les risques de dénutrition. Cette fiche serait distribuée à toutes les aides à domicile », Service de soins infirmiers, Haute-Savoie

« Diffuser une information commune, harmonisée sur les pratiques autour de cette thématique », Services de soins à domicile, Savoie

« Informer la population en prenant en compte les freins dus au territoire (accessibilité géographique en milieu rural par exemple) », Collectivité locale, Ardèche

### ▪ Des besoins en accompagnement pour les professionnels

« Mettre en place pour nos structures des outils de repérage rapide », Service de soins, Savoie

« Sensibiliser et faire participer les médecins libéraux, qu'ils deviennent acteurs », Collectivité locale, Ardèche

- **Des besoins de formation**

Les enquêtés expriment assez largement, un besoin en formation car disent-ils « *les aides à domicile et les professionnels ne sont pas formés* ». Ils souhaiteraient donc que soient mis en place en place des moments d'échanges de pratiques ou des formations.

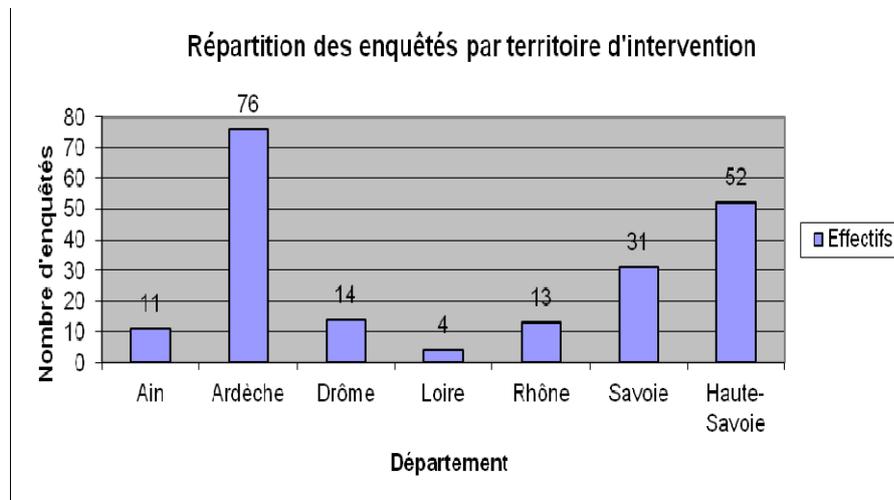
## **9. Intérêt pour les séances de sensibilisation proposées par l'IREPS**

Toutes les structures interrogées ont dit être intéressées par des séances de sensibilisation que pourrait organiser l'IREPS sur leur territoire. Elles sont d'ailleurs prêtes pour coorganiser ces temps collectifs. Certaines structures sont prêtes à accueillir ce genre de séances de sensibilisation au sein de leur établissement (CCAS Aix-les-Bains par exemple qui a un grand service de pôle maintien à domicile des personnes âgées). Elles ont souhaité que ces séances de sensibilisation soient des temps courts, avec de petits groupes et de préférence en dehors de temps de travail.

Par ailleurs, les professionnels qu'ils souhaitent voir inviter sont ceux effectivement en contact avec les personnes âgées (Infirmières, aides-à domicile, aide-ménagères, pharmaciens etc....) ; mais aussi les médecins libéraux, les diététiciens et même les professionnels des EHPAD pour « *provoquer des échanges entre professionnels car en institution, la démarche de dépistage systématique de la dénutrition des personnes âgées est plus avancée* ».

### **III. LES RESULTATS DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE**

Sur environ 300 questionnaires envoyés, 209 ont été renvoyés remplis soit un taux de retour de près de 70%. Ce taux de retour important, même s'il montre la mobilisation des différents partenaires sur les territoires est à relativiser puisque inégalement réparti sur la région Rhône-Alpes (Graphique1)

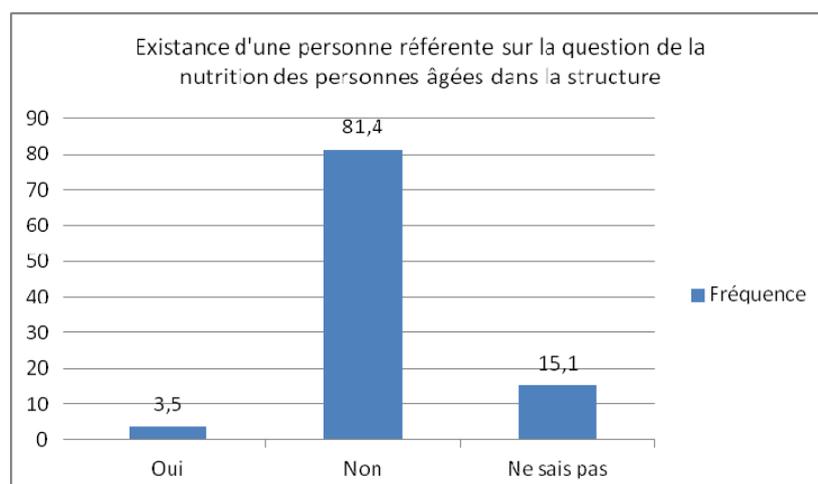


**Graphique 1: Répartition des enquêtés par territoire d'intervention**

Sur les 209 questionnaires recueilli, 8 ont été annulés parce que soit renseignés deux fois par la même personne soit parce que le questionnaire est inexploitable. Au total 201 questionnaires ont été traités et analysés. La faiblesse de certains effectifs plaide pour qu'on nuance les propos. Cette enquête n'est pas exhaustive et ne concerne pas l'ensemble des professionnels même si elle offre une photographie intéressante sur la base des témoignages recueillis auprès de professionnels de l'aide à domicile et prioritairement sur les territoires que nous avons ciblés.

## 1. Présence d'une personne référente sur les questions de nutrition de personnes âgées

81% des personnes interrogées, disent qu'il n'existe aucun référent sur les questions de la nutrition des personnes âgées dans leur structure (graphique 2)



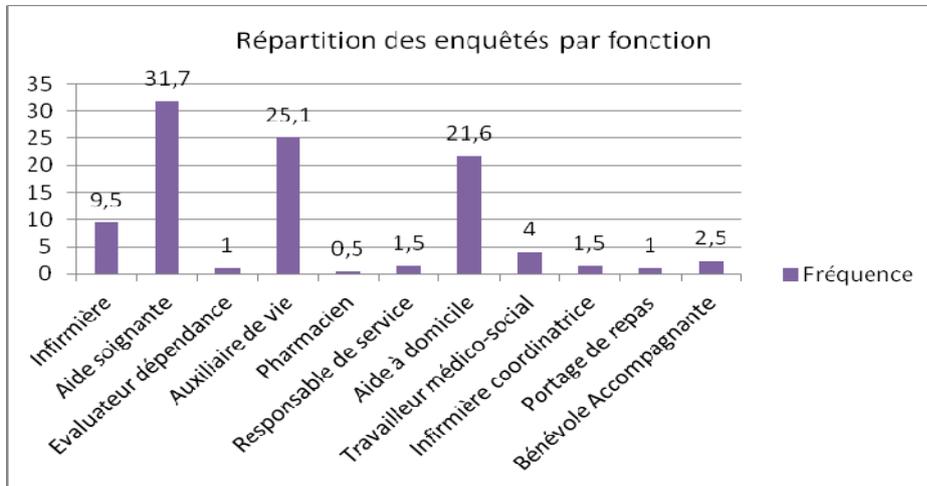
**Graphique 2: Référent sur la nutrition des personnes âgées dans la structure**

## 2. Structures d'appartenance des professionnels interrogés

Structures	CCAS
ADMR Courbe de Savoie	CCAS Cluses
ADMR	CCAS Evian
ADMR Aigue blanche	CCAS Lapaz
ADMR Albens	CCAS Magland
ADMR Bourg saint Maurice	CCAS Privas
ADMR Brignais	Centre de soins infirmiers Haute-Savoie
ADMR de Bessenay	Centre médico-psychologique Haute-Savoie
ADMR de la Chambre	Conseil général Loire
ADMR du plateau	Direction de la gérontologie et du handicap (CG74)
ADMR Montmélian	EOVI services et soins Drôme
ADMR Pays Rochais	Equipe mobile spécialisée Alzheimer Aix-les-Bains
ADMR Plateau	Espace sénior Rhône
ADMR Rhône	Les campanules
ADMR Saint Pierre La Palud	Mairie de Bourg-en-Bresse
Fédération ADMR 42	MSA Ardèche
Alzheimer Haute Savoie	MSA Loire
Association Demain Ensemble Rhône	Mutuelle
SSIAD Annonay	Particulier Rhône
SSIAD Aubenas	Pharmacie Vercors
SSIAD courbe de la Savoie	SAP Saint Jean en Royan
SSIAD d'Annonay	SAUV Annecy
SSIAD Drôme	SSIAD
SSIAD La Voulte	SSIAD ADMR Savoie
SSIAD Le Cheylard	SSIAD Aix-les-Bains
SSIAD Le Teil	
SSIAD Mutualité Ardèche	
SSIAD Privas	
SSIAD Tournon	

### 3. Profils des enquêtés

Les répondants sont en majorité des aides soignantes (32%). Viennent ensuite les auxiliaires de vie (25%), les aides à domicile (22%) et les infirmières (11%). Un pharmacien a répondu à notre questionnaire (graphique 3).



Graphique 3: Répartition des enquêtés par type de fonction

Leurs tâches auprès des personnes âgées varient d'un salarié à un autre, parfois au sein de la même structure et pour une même fonction. Ainsi, les activités les plus citées sont l'aide à la mobilité (132 fois), l'accompagnement dans les déplacements (103 fois), l'entretien du cadre de vie (93 fois) (tableau1). Ces activités ont été citées essentiellement par les aides à domicile et les auxiliaires de vie. Quand aux infirmières, elles citent majoritairement les activités de nursing. L'aide à la toilette, les soutiens dans les démarches administratives simples ou le soutien médico-social et psychologique sont les autres tâches réalisées auprès des personnes âgées par les professionnels enquêtés. Cette description de l'activité des professionnels pourrait permettre de voir quelle place ils peuvent avoir dans la prévention et le repérage des premiers signes de dénutrition chez les personnes âgées.

Types d'activités	Effectifs	Fréquence
<b>Aide à la mobilité</b>	<b>132</b>	<b>69,1</b>
<b>Accompagnement dans les déplacements</b>	<b>103</b>	<b>53,9</b>
<b>Entretien du cadre de vie</b>	<b>93</b>	<b>48,7</b>
<b>Préparation de repas</b>	<b>91</b>	<b>47,6</b>
Aide à la réalisation de courses	89	46,6
Soutien dans les démarches administratives simples	83	43,5
Accompagnement ludique	64	33,5
Aide à la toilette et maintien à domicile	55	28,8
Soins de nursing	39	20,4
Portage de repas	14	7,3
Accompagnement médico-social et psychologique	9	4,7
Evaluation des besoins d'aide	6	3,1
Dépistage	1	0,5
Total / répondants	191	-

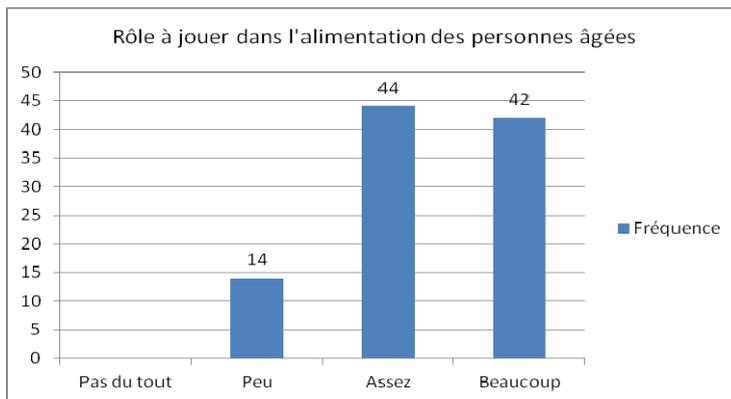
Tableau 1: Tâches des professionnels auprès des personnes âgées

#### 4. Connaissances, attitudes et pratiques des aidants professionnels en matière de nutrition des personnes âgées.

On sait qu'une alimentation et une activité physique adaptées participent à la prévention de la dénutrition des personnes âgées. Aussi avons nous voulu savoir les perceptions et les pratiques des professionnels pour favoriser ces deux éléments.

##### 4.1 Rôle à jouer dans l'alimentation des personnes âgées

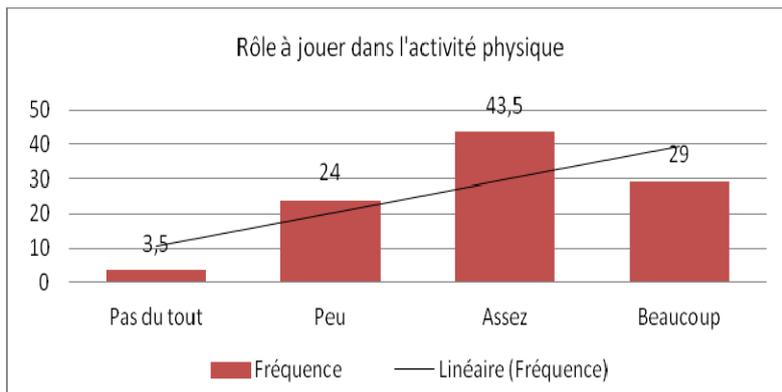
86% des personnes interrogées estiment qu'elles ont **assez** ou **beaucoup** un rôle à jouer dans l'alimentation des personnes âgées (graphique 4).



Graphique 4: Rôle à jouer dans l'alimentation des personnes âgées

##### 4.2 Rôle à jouer dans l'activité physique des personnes âgées

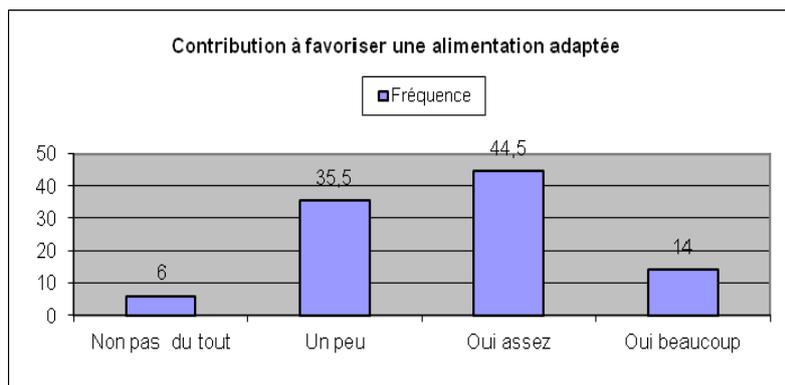
72% des professionnels estiment avoir un rôle à jouer dans l'activité physique des personnes âgées (graphique 5). Par contre ils sont un peu plus nombreux, à penser qu'ils n'ont pas ou peu de rôle à jouer dans l'activité physique des personnes âgées quand on compare avec ceux qui déclarent n'avoir pas ou peu de rôle à jouer dans l'alimentation des personnes âgées.



Graphique 5: Rôle à jouer dans l'activité physique des personnes âgées

##### 4.3 Contribution à favoriser une alimentation et une activité physique adaptées

Cette perception du rôle plutôt bien partagée (86% et 72%) (Tableaux 4 et 5) se heurte à la réalité de leurs pratiques (59% et 47%) (Graphique 6) quand on pose la question concernant leur contribution au quotidien pour favoriser une alimentation et une activité physique adaptées.



**Graphique 6: Contribution à favoriser une alimentation adaptée**

Pour ceux (n=19) qui ne se sentent **pas du tout** concernés ni par l'alimentation, ni par l'activité physique des personnes âgées, les raisons sont liées au manque de temps (26%), au manque de connaissance sur le sujet (21%) ou au fait que « *ce n'est pas notre activité* ».

	Pas du tout	Peu	Assez	Beaucoup	Total
Infirmière			42,1	57,9	100
Aide soignante		15,9	55,6	28,6	100
Evaluateur dépendance		50,0	50,0		100
Auxiliaire de vie		4,0	36,0	60,0	100
Pharmacien			100,0		100
Responsable de service			66,7	33,3	100
Aide à domicile		21,4	40,5	38,1	100
Travailleur médico-social		62,5	25,0	12,5	100
Infirmière coordinatrice				100,0	100
Portage de repas			50,0	50,0	100
Bénévole Accompagnante		20,0	40,0	40,0	100
Total		14,1	43,9	41,9	100

**Tableau 2: Rôle à jouer dans l'alimentation des personnes âgées en fonction du titre dans la structure**

Ce décalage s'observe quel que soit le professionnel interrogé et est légèrement plus marqué chez les infirmières, les aides à soignante et les auxiliaires de vie (tableau 2 et 3).

	Non pas du tout	Un peu	Oui assez	Oui beaucoup	Total
Infirmière		42,1	36,8	21,1	100
Aide soignante	6,5	48,4	38,7	6,5	100
Evaluateur dépendance			100,0		100
Auxiliaire de vie	4,0	16,0	66,0	14,0	100
Pharmacien		100,0			100
Responsable de service		33,3	33,3	33,3	100
Aide à domicile	4,7	30,2	37,2	27,9	100
Travailleur médico-social	50,0	50,0			100
Infirmière coordinatrice		66,7	33,3		100
Portage de repas			100,0		100
Bénévole Accompagnante		60,0	40,0		100
Total	6,1	35,4	44,4	14,1	100

**Tableau 3: Contribution à favoriser une alimentation adaptée en fonction du titre dans la structure**

Dans leur tâche quotidienne, et quand on leur demande « comment contribuez vous à favoriser une alimentation et une activité physique adapté ? », les professionnels répondent globalement « en motivant à marcher, à bouger (81%), « en discutant sur le plaisir ou les difficultés à manger, à

bouger » (77%), « en conseillant sur l'organisation de l'espace » (67%), « en conseillant sur l'équilibre alimentaire » (63%) (Tableau 4)

	Effectifs	Fréquence
<b>En motivant à marcher, à bouger</b>	<b>129</b>	<b>81,1</b>
<b>En discutant sur le plaisir et ou les difficultés à manger et à bouger</b>	<b>122</b>	<b>76,7</b>
<b>En conseillant sur l'organisation de l'espace (prévention des chutes)</b>	<b>107</b>	<b>67,3</b>
<b>En conseillant sur l'équilibre alimentaire</b>	<b>100</b>	<b>62,9</b>
en aidant à la prise des repas	76	47,8
En conseillant sur l'activité physique	72	45,3
En rassurant et en accompagnant dans les sorties	65	40,9
En aidant à la confection des repas	62	39,0
en partageant le repas avec la personne	36	22,6
Autres moyens	6	3,8
En aidant à la prise des repas	2	1,3
En transmettant les informations vues ou entendues à la TV des diététiciens	1	0,6
Aide, surveillance à la toilette	1	0,6
Total/répondants	159	

**Tableau 4: Contribution à favoriser une alimentation et une activité physique adaptée**

### 4.3 Le repérage des signes d'alerte de dénutrition

A la question, *comment repérez vous les personnes âgées en difficulté avec la nutrition*, les professionnels rencontrés citent spontanément et principalement la **perte de poids** (30%), le **manque d'appétit et le refus de s'alimenter** (13%), l'observation de l'état du réfrigérateur et des stocks restant de nourriture. Par ailleurs, 10% des professionnels ne savent pas repérer les personnes en difficulté avec la nutrition (Tableau 5).

	Effectifs	Fréquence
<b>Perte de poids visible</b>	<b>57</b>	<b>30</b>
<b>Manque d'appétit et refus de s'alimenter</b>	<b>25</b>	<b>13</b>
<b>Observation état du frigo et des stocks</b>	<b>18</b>	<b>10</b>
<b>Ne sais pas</b>	<b>18</b>	<b>10</b>
En discutant avec la personne, son entourage et les professionnels	12	6
Contrôle régulier du poids	9	5
Etat dépressif et solitude	8	4
Etat cutané et déshydratation	8	4
Baisse de l'état général	7	4
Fatigue	5	3
Maladies graves	4	2
Obésité	3	2
Chutes	3	2
Problèmes de déglutition	3	2
Repas mal équilibré	3	2
Constipation	2	1
Ressources faibles	2	1
Diarrhée	1	1
Total	188	

**Tableau 5: Les signes d'alerte de dénutrition cités par les professionnels enquêtés**

La coordination AAD, l'éloignement géographique, les problèmes bucco-dentaires et le régime ont également été cités comme signes d'alerte mais dans une proportion très insignifiante. Ils n'ont pu être traités par le logiciel de statistique.

#### 4.3.1 Les situations à risque de dénutrition connues et repérées après présentation du tableau PNNS

Quand on présente le tableau des situations à risque de dénutrition énoncées par le PNNS<sup>5</sup>, les professionnels interrogés identifient en majorité, la perte d'autonomie physique ou psychique (cité 147 fois), la solitude (cité 139 fois), les problèmes bucco dentaires (cité 120 fois) et les troubles de la déglutition (cité 115 fois) (tableau 6)

Situations à risques	Effectifs	Fréquence
<b>Perte d'autonomie physique ou psychique</b>	<b>147</b>	<b>85</b>
<b>veuvage solitude état dépressif</b>	<b>139</b>	<b>81</b>
<b>Problèmes bucco-dentaires (manque de dents....)</b>	<b>120</b>	<b>70</b>
<b>Troubles de la déglutition (difficultés de mastication, toux ou étouffement...)</b>	<b>115</b>	<b>67</b>
Revenus financiers insuffisants	97	56
Constipation	97	56
Perte de 2 kg dans le mois ou de 4 kg dans les 6 derniers mois	88	51
Toute maladie aiguë sévère	77	45
Prise de plus de 3 médicaments par jour	66	38
Régimes alimentaires restrictifs	65	38
Consommation de 2 repas par jour seulement	61	35
Albuminémie inf. à 35g/l ou cholestérolémie inf. à 1,60g/l	38	22
Total / répondants	172	

**Tableau 6: Les situations à risque de dénutrition énoncées par le PNNS connues**

La perte d'autonomie, la solitude et l'état dépressif, la perte de poids, et les troubles de la déglutition, sont les situations majoritairement citées comme nécessitant une alerte (tableau 7). Ils sont très peu à citer les régimes alimentaires, la consommation de deux repas par jours seulement ou les problèmes bucco-dentaires.

<sup>5</sup> <http://www.mangerbouger.fr/pro/social/se-mobiliser-35/agir-aupres-des-personnes-agees/reperer-la-denutrition-413.html> (lien testé le 19/12/2012)

Les situations à risque	Effectifs	Fréquence
<b>Perte d'autonomie physique ou psychique</b>	<b>110</b>	72
<b>veuvage solitude état dépressif</b>	<b>109</b>	71
<b>Perte de 2 kg dans le mois ou de 4 kg dans les 6 derniers mois</b>	<b>104</b>	68
<b>Troubles de la déglutition (difficultés de mastication, toux ou étouffement...)</b>	<b>100</b>	65
Constipation	87	57
toute maladie aiguë sévère,	85	56
Problèmes bucco-dentaires (manque de dents....)	74	48
Revenus financiers insuffisants	67	44
Régimes alimentaires restrictifs	58	38
Albuminémie inf. à 35g/l ou cholestérolémie inf. à 1,60g/l	51	33
Consommation de 2 repas par jour seulement	44	29
Prise de plus de 3 médicaments par jour	36	23
Total / répondants	153	

**Tableau 7: Les situations à risque de dénutrition nécessitant une alerte**

#### 4.3.2 Pratiques en cas de repérage des signes de dénutrition

Les pratiques diffèrent d'un professionnel à un autre, dans la même structure et au sein des mêmes catégories professionnelles. Deux aides-soignantes d'un même SSIAD de Privas n'ont pas les mêmes attitudes quand on pose la question « *Quand vous repérez un problème de dénutrition chez une personne âgée, que faites vous ?* ». Cette absence de cohérence pourrait s'expliquer par le manque d'information et de procédures formalisées évoquées par les structures tête de réseau lors de l'enquête qualitative. Globalement, à la question, « que faites vous quand vous repérez un problème de dénutrition ? » les professionnels rencontrés disent en majorité dans l'ordre, **qu'ils en parlent à la personne** (cité 153 fois), **qu'ils alertent un proche ou parent** de la personne (cité 130 fois), **qu'ils alertent le médecin traitant ou l'infirmière** (cité 100 fois, tableau 8).

Attitudes en cas de situation de dénutrition	Effectifs
<b>Vous en parlez avec la personne</b>	<b>153</b>
<b>Vous alertez un proche ou parent de la personne</b>	<b>130</b>
<b>Vous alertez le médecin traitant ou l'infirmière</b>	<b>100</b>
Vous l'inscrivez dans le cahier de liaison	88
Vous alertez votre employeur	45
Vous alertez le CCAS ou le Clic	32
Vous remplissez une fiche d'observation	23
Autre	4
Rien	1
Total / réponses	576

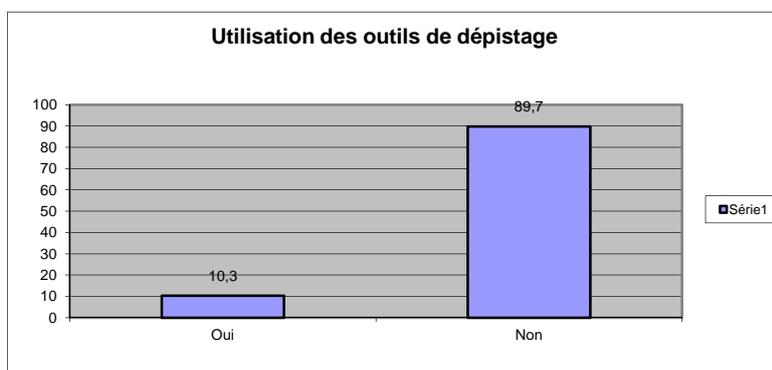
**Tableau 8: Alerte en cas de dénutrition**

### 4.3.3 Utilisation des outils de dépistage de la dénutrition

Le dépistage et le diagnostic de la dénutrition reposent sur des outils simples, permettant de mettre en place précocement des stratégies d'interventions. Il s'agit principalement d'identifier les situations à risque et de mesurer régulièrement le poids<sup>6</sup>.

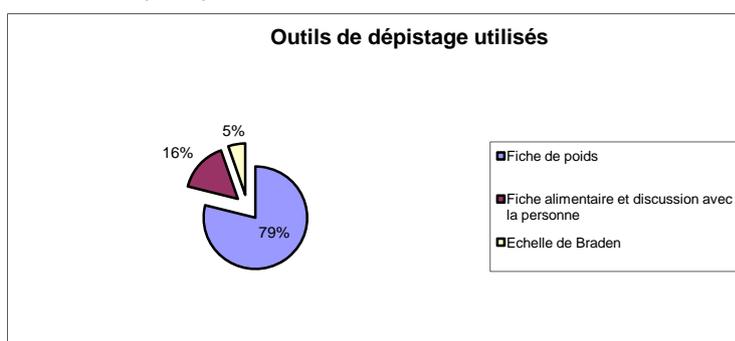
Au nombre des outils les plus simples, on peut citer le Mini Nutritional Assessment (MNA) qui est un outil validé pour le dépistage de la dénutrition des personnes âgées. C'est un questionnaire qui aborde de manière globale le risque de dénutrition, avec la recherche d'un certain nombre de facteurs de risque, une enquête alimentaire rapide et la mesure de marqueurs nutritionnels. Il permet de distinguer les patients non dénutris, les patients à risque nutritionnel et les patients dénutris. Les six premières questions (« Dépistage ») permettent une première approche du risque. Cette question autour de l'utilisation des outils de repérage/ dépistage nous a donc permis de voir les outils de dépistage utilisés par les personnes interrogées dans leurs pratiques professionnelles.

Ainsi, seuls 10% (graphique 7) des personnes interrogées disent utiliser un outil pour dépister la dénutrition



**Graphique 7: Utilisation des outils de dépistage de la dénutrition**

Pour ceux qui en utilisent, les outils de dépistage cités sont la fiche de poids<sup>7</sup> (79%), la fiche alimentaire (16%) et l'échelle de Braden<sup>8</sup>.



**Graphique 8: Les outils de dépistage utilisés**

<sup>6</sup> Le poids peut cependant être un mauvais marqueur en cas d'obésité sarcopénique, la masse grasse remplaçant la masse maigre.

<sup>7</sup> La fiche de poids intègre les pèse-personnes

<sup>8</sup> Outils d'évaluation de l'escarre. Source : <http://www.escarre.fr/prevention/evaluation-des-risques/braden.php>

En croisant les variables “utilisation d’outils” et fonction dans la structure, on remarque que seuls les aides-soignantes et les infirmières utilisent des outils de dépistage (tableau 8)

Modalité/fonction	Infirmière	Aide soignante	Aide à domicile	Bénévole Accompagnante	Total
Oui	3	15	1	1	20

**Tableau 9: Utilisation des outils de dépistage en fonction du titre dans la structure**

## 5. Formation et accès à l’information des professionnels

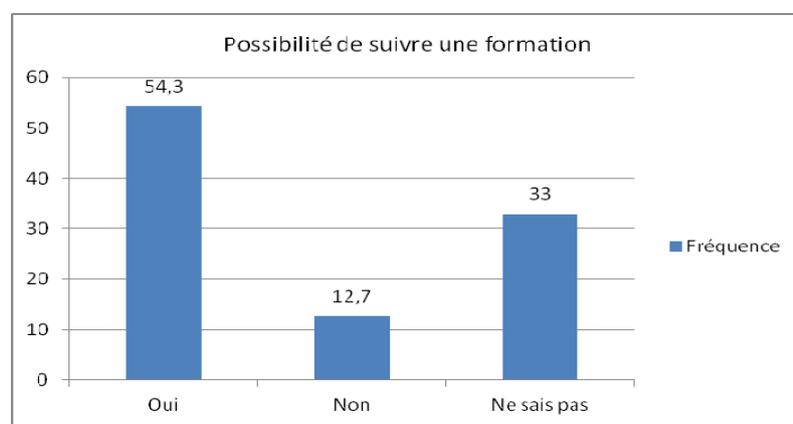
Plusieurs responsable des structures tête de réseau, interrogés lors des entretiens ont indiqué que les seules connaissances des salariés en matière de dénutrition provenaient de leurs cours en formation initiale. Aussi avons-nous voulu connaître les niveaux de formation des professionnels de même que les pratiques de formation dans les structures.

Diplôme	Effectifs	Fréquence
<b>Diplôme d'aide soignante</b>	<b>64</b>	<b>32,7</b>
<b>Niveau V BEP sanitaire et social</b>	<b>48</b>	<b>24,5</b>
<b>Je ne possède pas de diplôme dans le domaine sanitaire et social</b>	<b>40</b>	<b>20,4</b>
Diplôme d’infirmière	22	11,2
Niveau IV sanitaire et social	7	3,6
Assistante sociale	6	3,1
CESF	6	3,1
DU de gérontologie	1	0,5
DEAMP	1	0,5
Doctorat en pharmacie	1	0,5
CAP petite enfance. BAFA	0	
Total	196	100

**Tableau 10: Niveau d’étude et diplôme des professionnels interrogés**

Ainsi, la majorité des enquêtés ont un diplôme d’aide soignante (32%), une diplôme de BEP sanitaire (24%) et social ou n’ont aucun diplôme (20%).

### 5.1 Possibilité de suivre une formation



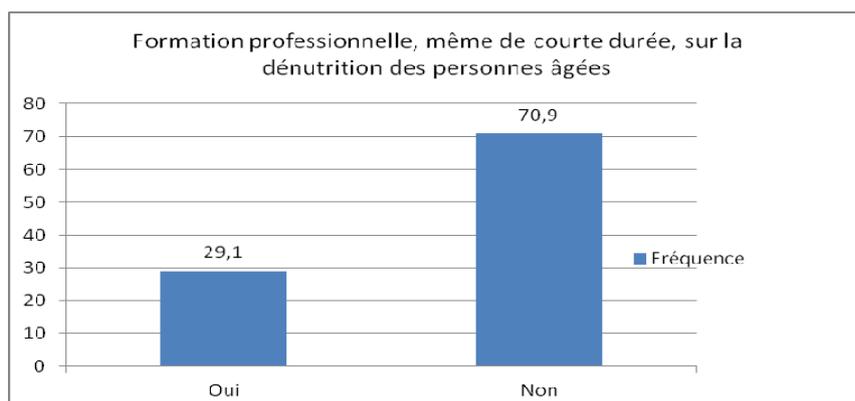
**Graphique 9: Possibilité de suivre une formation**

Parmi les professionnels interrogés, 54% disent qu’elles ont la possibilité de suivre une formation sans perdre de salaire. Par contre 46% (en majorité les aides soignantes et ceux qui n’ont aucun diplôme) ne savent pas ou pensent qu’elles n’ont pas la possibilité de suivre une formation (Tableau 11).

	Oui	Non	Ne sais pas	Total
Niveau V BEP sanitaire et social	30	5	13	48
Diplôme d'aide soignante	30	7	27	64
Diplôme d'infirmière	18	2	2	22
Je ne possède pas de diplôme dans le domaine sanitaire et social	15	10	15	40
Niveau IV sanitaire et social	4	1	1	6
Assistante sociale	4		2	6
CESF	3		3	6
DU de gérontologie	1			1
Doctorat en pharmacie	1			1
DEAMP			1	1
Total	106	25	64	195

**Tableau 11: Possibilité de suivre une formation rémunérée sans perte de salaire par type de diplôme**

A la question « depuis que vous travaillez, avez-vous suivi une formation professionnelle, même courte (même quelques heures) sur la dénutrition des personnes âgées? », 71% des personnes interrogées répondent non (Graphique 10).



**Graphique 10: Formation professionnelle, même de courte durée sur la dénutrition des personnes âgées**

Le croisement des variables formation professionnelle sur la dénutrition et fonction dans la structure montre que ce sont les infirmières (42%) qui ont été les plus nombreuses à suivre une formation même de quelques heures sur la dénutrition des personnes âgées (tableau 12).

	Infirmière	Aide soignante	Evaluateur dépendance	Auxiliaire de vie	Pharmaci	Respon-sable de service	Aide à domicile	Travailleur médico-social	Infirmière coordinatrice	Portage de repas	Bénévole Accompagnante	Total
Oui	42	27	100	30		33	24	25	33		40	29
Non	58	73		70	100	67	76	75	67	100	60	71
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

**Tableau 12: Formation sur la dénutrition des personnes âgées selon la fonction dans la structure**

### 5.1.1 Formations professionnelles sur la dénutrition par territoire

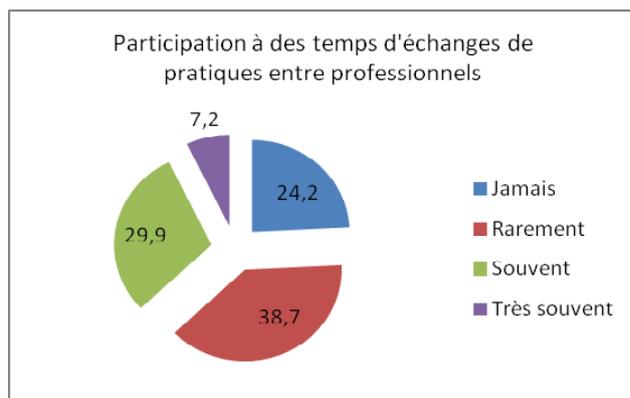
Les professionnels de l’Ain, de la Loire et de la Haute-Savoie sont ceux qui ont participé le plus à des formations professionnels (tableau 13). Ces pourcentages sont à relativiser compte tenu du faible

nombre de professionnels interrogés sur ces territoires. Par exemple dans la Loire, cela représente en effectif, 3 personnes formées.

	Ain	Ardèche	Drôme	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	Total
Oui	64	26	21	75	23	27	27	29,1%
Non	36	74	79	25	77	73	73	70,9%
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0%

**Tableau 13: Formation professionnelle sur la dénutrition des personnes âgées par territoire principal d'intervention.**

## 5.2 Participation à des temps d'échanges de pratiques entre professionnels



**Graphique 11: Participation à des temps d'échanges de pratiques entre professionnels**

En dehors des formations, les temps d'échanges de pratiques peuvent être des cadres où les professionnels échangent autour de leurs expériences auprès des personnes âgées ; ces temps pouvant également être des créneaux pour aborder la question de la dénutrition des personnes âgées. Aussi, avons-nous voulu connaître leurs pratiques en termes de participation.

Ainsi **63 %** des personnes interrogées disent n'avoir **jamais ou rarement participé à des temps d'échanges** de pratiques entre professionnels (Graphique 11). Lorsque ces temps existent, **65% des personnes interrogées pensent** qu'on n'y aborde **jamais ou rarement la question de la dénutrition** des personnes âgées (Tableau 14)

	Effectifs	Fréquence
Jamais	23	15
Rarement	77	50,3
Souvent	51	33,3
Très souvent	2	1,3
Total	153	100

**Tableau 14: Temps d'échanges de pratiques sur la dénutrition des personnes âgées**

Parmi les professionnels interrogés ce sont les infirmières qui disent participer le plus aux temps d'échange de pratiques (52% disent **souvent ou très souvent**) (Tableau 15)

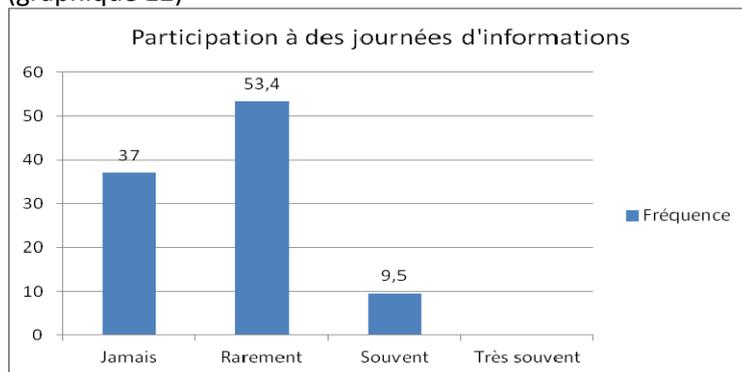
	Infirmière	Aide soignante	Evaluateur dépendance	Auxiliaire de vie	Pharmacien	Resp. de service	Aide à domicile	médico-social	Infirmière coordo	Portage de repas	Bénévole	Total
Jamais	16	33	50	19	100		19	25		50	20	24
Rarement	32	21		49		100	46	75	33		60	39
Souvent	42	34	50,0	28			29		33	50	20	30

Très souvent	10	12		4			6		34			7
Total	100	100	100	10	100	100	100	100	100	100	100	100

**Tableau 15: Fonction ou titre exact(e) actuel(le) dans la structure et participation à des temps d'échanges de pratiques entre professionnels**

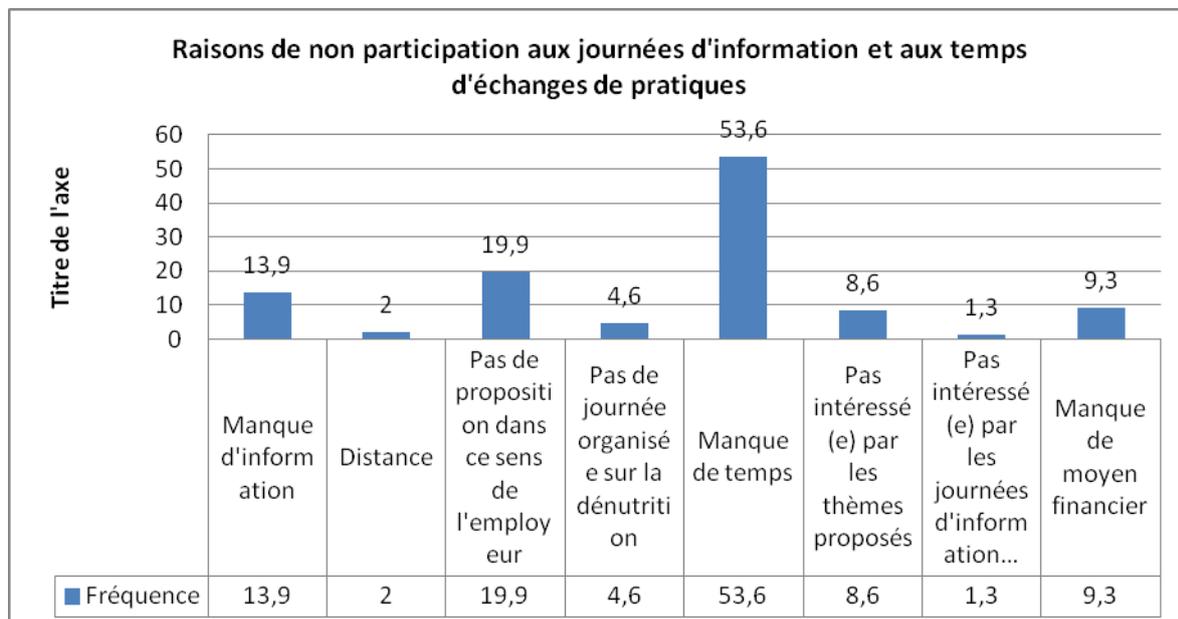
### 5.3 Participation à des journées d'information

**90% des personnes interrogées ne participent jamais ou rarement à des journées d'information (graphique 12)**



**Graphique 12: Participation à des journées d'information**

Les raisons invoquées sont principalement le manque de temps (53%), le manque de proposition de la part de l'employeur (20%), le manque d'information (13%).



**Graphique 13: Raisons de non participation aux journées d'information et temps d'échanges de pratiques**

### 5.2 Accès à l'information et son utilisation

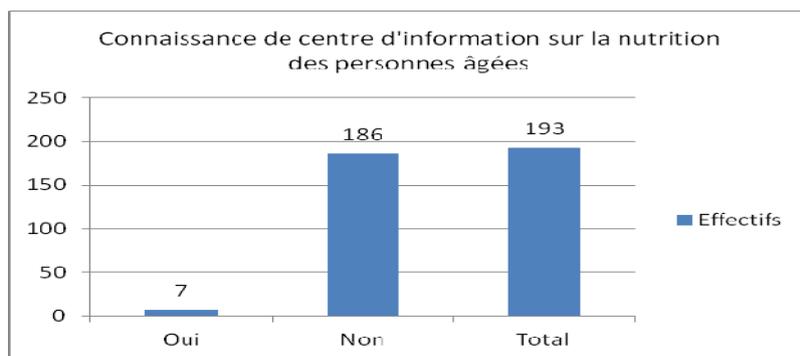
Parmi les moyens qui semblent les mieux adaptés pour leur information, les professionnels enquêtés citent les réunions (79%), les courriers papiers (49%), les revues et les courriels (29 et 25%). Les rencontres physiques sont donc plus souhaitables que l'utilisation des NTIC.

	Effectifs	Fréquence
Réunions	152	79,6
Courriers papiers	94	49,2
Revue	56	29,3
Mails	48	25,1
Site internet	31	16,2
Lettre d'information électronique	24	12,6
Formation	5	2,6
Téléphone	4	2,1
Aucun	2	1
DVD; Quizz	1	0,5
Tableau d'affichage; prospectus	1	0,5
Total / répondants	191	

**Tableau 16: Outils d'information les mieux adaptés pour informer les professionnels**

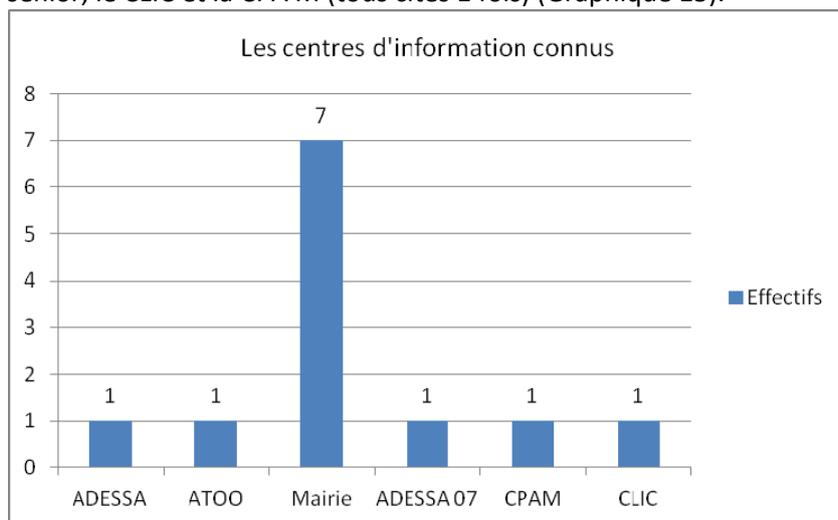
#### 5.4.1 Connaissance des centres d'information

Seuls 3% des personnes interrogées disent connaître un centre d'information sur la nutrition des personnes âgées (Graphique 14).



**Graphique 14: Connaissance de centres d'information**

Les centres cités sont les Mairies (cité 7 fois) l'ADESSA, l'IREPS DD 07, l'espace ATOO - la dynamique senior, le CLIC et la CPA M (tous cités 1 fois) (Graphique 15).



**Graphique 15: Les centres d'information sur la nutrition des personnes âgées connus**

#### 5.4.2 Connaissance d'outils traitant de la dénutrition des personnes âgées

60% des personnes ne connaissent aucun outil, brochure ou guide traitant de la nutrition de personnes âgées (Tableau 17).

	Effectifs	Fréquence
Oui	77	39,9
Non	116	60,1
Total	193	100

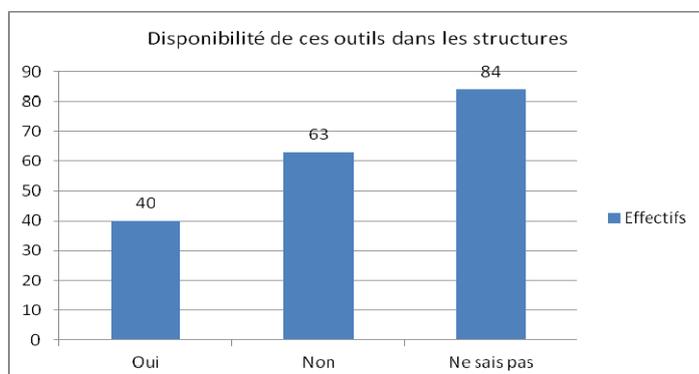
**Tableau 17: Connaissance d'outils traitant de la dénutrition des personnes âgées**

Pour ceux qui en connaissent, les outils les plus cités sont les affiches sur les repères nutritionnels du PNNS (cité 37 fois), Guide PNNS nutrition pour les aidants des personnes âgées (cité 27 fois), Guide nutrition pour les personnes âgées (26 fois) et le Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé (cité 24 fois). Le MNA n'est cité qu'une seule fois.

	Effectifs	Fréquence
<b>Affiches sur les repères de consommation ou bouger c'est la santé</b>	<b>37</b>	<b>47%</b>
<b>Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées (PNNS)</b>	<b>27</b>	<b>34%</b>
<b>Guide nutrition pour les personnes âgées (PPNNS)</b>	<b>26</b>	<b>33%</b>
<b>Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé</b>	<b>24</b>	<b>30%</b>
Pense-bête nutrition et mes cours	8	10%
Magazines santé et internet	4	5%
Ateliers du Bien vieillir	1	1%
Alimentation et activités physiques: comment garder son équilibre après 60ans?	1	1%
La santé vient en mangeant	1	1%
Le MNA	1	1%
Total / répondants	79	

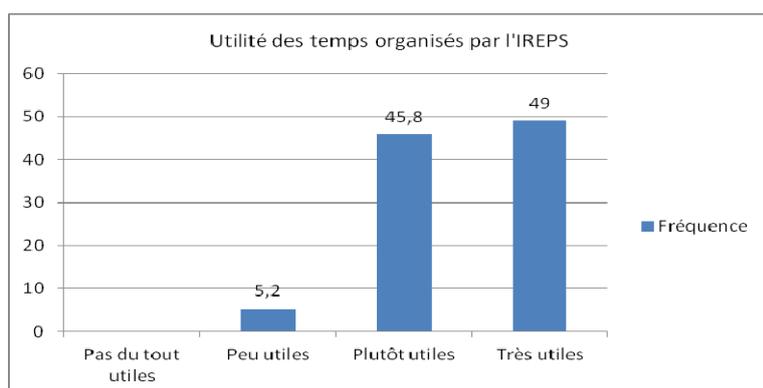
**Tableau 18: Les outils, guides et brochures les plus cités**

Dans la plupart des cas, ces outils ne sont pas disponibles dans les structures (graphique 16)



**Graphique 16: Disponibilité des outils, guides, brochures dans les structures**

## 6 Utilité et modalités des temps d'information que pourraient proposer l'IREPS



**Graphique 17: Utilité des temps d'information organisés par l'IREPS**

95% des personnes interrogées pensent que ces temps seraient plutôt ou très utiles (Graphique 17). En ce qui concerne les **modalités**, les personnes interrogées souhaitent que ces séances de sensibilisation soient organisées sur les temps de travail. Cette modalité tranche avec le souhait des employeurs qui préféreraient des séances de sensibilisation plutôt le soir en dehors des heures de travail.

### 6.1 Les besoins en information

Lors d'une journée de sensibilisation, les enquêtées souhaiteraient des informations sur les situations à risque (141 fois), les moyens de prévention (cités 135 fois), les outils de repérage (124 fois). Quand à la prise en charge elle n'est citée que 2 fois.

	Effectifs	Fréquence
<b>Les situations à risques</b>	<b>141</b>	<b>81,0%</b>
<b>Les moyens de prévention</b>	<b>135</b>	<b>77,6%</b>
<b>Les outils de repérage</b>	<b>124</b>	<b>71,3%</b>
Les centres d'information	64	36,8%
Les acteurs concernés	48	27,6%
La prise en charge	2	1,1%
nutrition/alimentation	1	0,6%
Total / répondants	174	

**Tableau 19: Les besoins en information des professionnels interrogés**

### 6.1.1 Les besoins en information par fonction ou titre exact(e) actuel(le) dans la structure

La répartition des besoins en information en fonction du titre dans la structure montre que les **infirmières** citent en majorité les **outils de repérage**, les moyens de prévention et les situations à risque. Les **aides soignantes** citent d'abord, **les situations à risque** ensuite les moyens de prévention et les outils de repérage. Quant aux bénévoles et accompagnants que nous avons interrogés, ils n'ont pas exprimé de besoins particuliers. (Tableau 20).

	Infirmière et infirmière coordinatrice	Aide soignante	Evaluateur dépendance	Auxiliaire de vie	Pharmacien	Responsable de service	Aide à domicile	médico-social	Portage de repas	Total
La prise en charge nutrition/alimentaire				1			1			2
Les moyens de prévention	15	42	1	37	1	2	29	5	1	133
Les situations à risques	15	46	2	37	1	2	31	5	1	140
Les acteurs concernés	10	13		9	1		12	2	1	48
Les centres d'information	12	14	1	19	1	1	12	2	1	63
Les outils de repérage	18	37	2	33	1	1	25	5		122
Total	70	152	6	136	5	6	111	19	4	509

**Tableau 20: Les besoins en information par fonction ou titre dans la structure**

## 7 Quelques remarques et suggestions des enquêtés

A la fin de l'enquête, les professionnels interrogés ont fait des suggestions soit pour améliorer leur connaissance sur la thématique de la dénutrition, soit pour exprimer des besoins. Nous présentons ici quelques extraits de ces remarques :

- *Des séances de sensibilisation sur la dénutrition chez les personnes âgées seront très utiles pour améliorer nos compétences, nous enrichir...*
- *En travaillant à domicile, on voit beaucoup de choses, mais on est peu informé sur la marche à suivre. Votre formation me semble essentielle, j'espère qu'elle aboutira.*
- *Il est indispensable d'avoir une formation pour les personnes qui n'ont pas de base en général en alimentation des personnes âgées.*
- *Mettre à notre disposition des outils de repérage pour gérer rapidement, et des conseils pour rééquilibrer les menus le mieux possible.*
- *Les réunions d'information et brochures sont utiles, cependant, dans la réalité, on ne peut pas forcer une personne à se nourrir si elle n'a pas envie.*
- *Les médecins en général ne sont pas très vigilants sur ce sujet. Un travail dans ce sens serait intéressant.*
- *Sujet très intéressant et devrait être obligatoire dans les programmes de formation des aidants professionnels.*
- *Un guide d'information pour en savoir plus et nous aider à mieux accomplir notre travail paraît très utile et recommandé.*

## IV. DISCUSSION ET CONCLUSION

Cet état des lieux, qui est une photographie des connaissances, attitudes et pratiques en matière de repérage des premiers signes de dénutrition des personnes âgées en Rhône-Alpes nous permet de tirer quelques enseignements :

- **La dénutrition est une question qui reste méconnue** dans les structures d'aide à domicile. Elle renvoie à des représentations liées à la malnutrition évoquée souvent pour les pays pauvres. De ce fait, il n'existe **pas de politique globale autour de la dénutrition** des personnes âgées à domicile dans les structures interrogées.
- Des **connaissances et des pratiques différentes sont relevées chez les mêmes catégories de professionnels au sein de la même structure** ; ce qui pourrait s'interpréter comme un manque d'information ou une compréhension variée de l'information (s'il y en a) concernant la nutrition des personnes âgées.
- Des pratiques différentes repérées, entre les structures médicales (SSIAD) et les structures d'aides à domicile (SAAD). En effet, la procédure de dépistage est plus objectivée avec des outils comme les pesées et les prises de sang chez les infirmières « *dont c'est le rôle* », que chez les aides à domicile ou les porteurs de repas, qui peuvent « *signaler s'ils voient de visu que la personne a maigri* », « *si la personne n'a pas fini son assiette* », « *si le frigo est vide* », ou « *si la personne oublie de manger* ». Ce constat paraît cohérent au vu des actes ou des tâches que peuvent accomplir ces différents professionnels auprès des personnes âgées
- Un **décalage** au niveau des professionnels **entre la volonté de jouer un rôle dans l'alimentation et l'activité physique adaptée des personnes âgées et une réalité** de leurs activités ; ce qui limite leur investissement.
- **L'absence de veille permanente sur les risques de dénutrition des personnes âgées** et d'outils de repérage systématique est partagée par la majorité des structures interrogées.
- Certaines structures interrogées disent utiliser des cahiers de liaison dans leur procédure d'alerte. Si ce cahier de liaison est un bon outil, il pourrait accentuer toutefois le risque de non prise en compte du signalement éventuel ou de déperdition de l'information dès lors qu'il n'y pas de procédure écrite des suites à donner en cas d'alerte.
- En matière de formation, **71% des personnes interrogées disent n'avoir jamais suivi une formation professionnelle sur la dénutrition des personnes âgées**. Par ailleurs, ces professionnels **ne participent jamais ou rarement à des temps d'échanges de pratiques ou à des journées d'information** en général et sur la dénutrition des personnes âgées en particulier.
- **20% des personnes interrogées ne possèdent aucun diplôme dans le domaine sanitaire et social** alors que les informations ou les connaissances en matière de prévention et de repérage des signes de dénutrition sont, comme le disent les professionnels, essentiellement celles acquises en formation initiale.

Dans tous les cas, on note chez les professionnels et les responsables des structures interrogées, une conscience de la nécessité d'investir cette question pour peu qu'il y ait un accompagnement. Ces **enseignements renforcent notre hypothèse de départ, de la nécessité d'une attention particulière sur la question de la dénutrition des personnes âgées** et de mise en place d'action de communication et de sensibilisation auprès des structures d'aide à domicile dans la Région.

**L'un des besoins identifié** au travers de cette enquête **est la coordination de réseaux** et d'actions que constituerait le continuum prévention, repérage et prise en charge de la dénutrition sur les territoires. Ce lien permettra aux professionnels d'être moins isolés et de disposer de ressources locales susceptibles d'être mobilisées.

**L'accompagnement de dynamique déjà existante** : Le territoire d'Aix-les-Bains et celui de La Chapelle Vercors, sont ceux qui ont développé ou formalisé le plus d'actions en termes de prévention (lien social, rupture de l'isolement des personnes âgées notamment). Cette dynamique existante peut être appuyée autour de la question de la dénutrition. C'est d'ailleurs un des grands axes en chantier que souhaite développer le médecin au niveau du Conseil général de la Savoie.

## V. DES PISTES D' ACTIONS POSSIBLES

Quelques pistes d'actions peuvent d'ores et déjà être avancées :

- ✓ **Poursuivre, élargir et renforcer les actions collectives d'information** et de sensibilisation sur les signes d'alerte de dénutrition en direction des structures et des professionnels d'aide à domicile.
- ✓ **Sensibiliser les employeurs aux enjeux de la dénutrition** des personnes âgées en région Rhône-Alpes
- ✓ **Accompagner les structures à la formalisation de procédure d'alerte.**
- ✓ Accompagner les structures à la mise en place d'outils de veille sur les signes d'alerte de la dénutrition et permettre la mise en œuvre au quotidien d'actions simples. [Un outil d'échange d'information entre professionnels qui peut faire lien entre les différents entités intervenants à domicile (famille, aides à domicile, aides ménagères, professionnels de santé, médecins libéraux...)]
- ✓ Associer, lors de campagne de sensibilisations, " les solidarités de proximité" qui intègrent certains professionnels qui pourraient être d'excellents relais (pharmaciens en priorité, épiciers, boulangers, syndic de copropriétés, club de 3<sup>ème</sup> âge ....).
- ✓ Coordonner les différents acteurs au sein d'un réseau pluridisciplinaire (Etat, collectivité locales, associations d'aide à domicile) autour de la question de la dénutrition des personnes âgées. Cette coordination pourrait proposer des plans d'action territorialisés en fonction de la spécificité, des potentialités et des ressources et disponibilités dans chaque territoire.

Ces pistes d'action seront organisées autour des différents niveaux d'action en promotion de la santé et enrichies avec les apports du comité de pilotage de ce projet.

## **V. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**Prévenir la dénutrition de la personne âgée.**- L'aide soignante, n° 131, novembre 2011, pp. 23-25.

Agence Régionale de Santé Ile-de-France, Délégation Territoriale des Yvelines.- **Prévention de la dénutrition et qualité de la nutrition en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.** Paris : ARS Ile-de-France, 2011, 80 p.

ALLEGRE E., GASSIER J.- **85 fiches d'animation pour les personnes âgées : Aide-soignant/Animateur.**- Paris : Elsevier Masson, 2011, 199 p.

GIMBERT V., MALOCHET G.- **Les défis de l'accompagnement du grand âge : Perspectives internationales.**- Paris : Centre d'analyse stratégique, 2011, 185 p.  
[http://www.strategie.gouv.fr/system/files/version3\\_rapp\\_dep\\_28juin\\_15h\\_0.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/system/files/version3_rapp_dep_28juin_15h_0.pdf)

HERVY B., VERCAUTEREN R.- **Animateur et animation sociale avec les personnes âgées : Démarche et méthode.**- Toulouse : Erès, 2011, 374 p.

Ministère des solidarités et de la cohésion sociale.- **Guide de l'aidant familial.**- Paris : La Documentation française, 2011, 166 p.

RULLIER L., BOUISSON J.- **Approche psychosociale du risque de malnutrition dans la démence : Intrication des facteurs de vulnérabilité des personnes âgées vivant à domicile et de leur proche aidant.**- Bordeaux : Université de Bordeaux Segalen, 2011, 260 p.

Haut conseil de la santé publique.- **Evaluation du plan national "Bien vieillir" 2007-2009.**- Paris : HCSP, 2010, 87 p.  
[http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20101209\\_evalbienvieillir.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20101209_evalbienvieillir.pdf)

BARTHELEMY L., IMBERT G., PIN LE CORRE S., et al.- **Promouvoir la santé des personnes âgées.**- La Santé de l'homme, n° 401, mai-juin 2009, pp. 11-45.

CARADEC V.- **Sociologie de la vieillesse et du vieillissement.**- Paris : Armand Colin, 2008, 127 p.

LAROQUE G., AQUINO J.-P., LALIVE D'EPINAY C., et al.- **Nouvelles problématiques du vieillissement.**- Gérontologie et société, n° 123, décembre 2007, 330 p.

GUILLET P.- **Le dialogue des âges : histoires de bien vieillir.**- Paris : Gallimard, 2007, 250 p.

Comité régional d'éducation pour la santé Languedoc-Roussillon, Caisse régionale d'assurance maladie Languedoc-Roussillon.- **Bien vieillir en Languedoc-Roussillon : L'alimentation en question.**- s.l.: CRES Languedoc-Roussillon ; CRAM Languedoc- Roussillon, 2006, 89 p.

GUITAUT E., VEZIN A., COUTROT A.-N.- **Bien vieillir à la maison : Le guide.**- s.l.: Senior Lifestyle, 2005, 196 p.

CLEMENT S., DRULHE M., DUBREUIL C., et al.- **Les produits techniques dans les échanges entre les vieilles personnes, leur entourage et les services d'aide à domicile : Rapport de recherche.**- Toulouse : CIEU, 1999, 284 p.

**Sitographie (sites testés en Novembre 2012)**

[www.criugm.qc.ca](http://www.criugm.qc.ca)

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/959.pdf>

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/941.pdf>

[http://www.inpes.sante.fr/50000/pdf/votre\\_pratique/2006\\_nutrition.pdf](http://www.inpes.sante.fr/50000/pdf/votre_pratique/2006_nutrition.pdf)

<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/05/dp050623.pdf>

## **VI. ANNEXES**

## Annexe1 : Les outils de collecte de données

Entretiens semi-directifs

ETAT DES LIEUX DE LA PREVENTION DE LA DENUTRITION CHEZ LES PERSONNES AGEES A DOMICILE EN RHÔNE-ALPES

### INTRODUCTION & PRESENTATION DE L'INTERVIEWER

Bonjour, je m'appelle \_\_\_\_\_, je travaille à \_\_\_\_\_ (délégation départementale IREPS ....).

Présentation de l'IREPS et de la délégation départementale.

Dans le cadre d'un appel à projet de l'Agence Régional de la Santé (ARS) Rhône-Alpes, l'IREPS a proposé, en cohérence avec les objectifs de programmation des actions de prévention et de promotion de la santé 2011 de l'ARS et le programme National nutrition santé, un projet pour la prévention de la dénutrition chez les personnes âgées vivant à domicile. En effet, la dénutrition concerne 2 à 4% des personnes âgées vivant à domicile entre 60 et 80ans (Euronut/Seneca). Or il est possible de constater que des initiatives locales intéressantes de prévention ont été développées. La connaissance et la valorisation de ces pratiques (innovantes) pourraient permettre aux acteurs locaux de repérer des axes de développement possibles. C'est dans ce cadre que l'IREPS souhaite travailler, à favoriser l'attention à la nutrition des personnes âgées en associant l'ensemble des compétences spécifiques de ce champ identifiés au niveau local.

Ce projet comporte 3 phases : un état des lieux régional en matière de prévention, de dépistages et de prise en charges de la dénutrition chez les personnes âgées à domicile (objet de notre entretien), un temps collectif de *sensibilisation* aux premiers signes de dénutrition et une 3<sup>ème</sup> phase de valorisation des actions en matière de prévention.

L'objet de cette étude consiste à :

- repérer les acteurs, les dynamiques existantes sur les territoires autour de la question de la dénutrition chez les personnes âgées
- identifier les pratiques existantes en matière de prévention, dépistage et de prise en charge de la dénutrition des personnes âgées.
- étudier les leviers et freins en matière de prise en charges de premiers signes de dénutrition chez les personnes âgées.

Les informations que vous me donnerez sont confidentielles. Apparaît dans notre rapport la qualité des personnes rencontrées mais ce qu'elles ont pu dire sera noyé dans les thématiques abordées. Éventuellement nous pourrions reprendre mot pour mot des phrases représentatives de la situation décrite mais votre nom ne sera pas cité, votre fonction pouvant être mentionnée de manière très générale (Ex. responsable d'un service de l'État).

### Présentation de l'IREPS RA / du projet+financement ARS / de l'enquêteur

#### I- Présentation de l'enquêté

Nom :

Fonction :

Nom de la structure :

Type de structure :

Mission :

Nombre de salariés :

#### II- La structure

##### La politique et les projets menés par la structure :

1. Politique globale de la structure par rapport à la dénutrition ?
  - a. Cette question fait-elle partie des priorités de la structure ?
  - b. Si oui : quels sont les objectifs qui ont été définis ? Existe-t-il un référent sur cette question ?
  - c. Si non, pourquoi ?

2. Votre structure mène-t-elle des actions/projets de prévention et/ou de dépistage et/ou de prise en charge de la dénutrition des personnes âgées vivant à domicile ?
  - a. Si oui :
    - i. Quels types d'actions-projets (origine, objectifs, activités) ?
    - ii. Partenaires opérationnels ?
  - b. Si non :
    - i. Pourquoi ?
3. Quels sont les freins à la mise en place d'actions de ce type ?
4. Quels sont les leviers à la mise en place d'actions de ce type ?
5. Avez-vous et quels seraient vos besoins pour vous aider dans la mise en œuvre d'actions ?
6. Avez-vous connaissance de projets menés par d'autres partenaires ? Lesquels + détail ?
7. Avez-vous créé des outils de prévention et/ou de dépistage de la dénutrition ?
  - a. Si oui, lesquels ?
8. Avez-vous mis en place une procédure de prise en charge de la dénutrition ?
  - a. Si oui, laquelle ? Comment ? Avec quels partenaires ?
9. Travaillez-vous en lien avec d'autres organismes sur la thématique de la dénutrition ? Si oui lesquels ? Sur quels types d'actions ?

### III- Niveau d'information et de formation des salariés

#### Les actions menées auprès des salariés, leur niveau d'information, de formation :

10. Communication
  - a. Existe-t-il une politique de communication / information interne ? Laquelle ?
  - b. Quels sont les outils utilisés (newsletter, site Internet, revue, courriers, réunions, etc.) ?
  - c. Sont-ils utilisés pour communiquer des informations sur la prévention / le dépistage / la prise en charge de la dénutrition auprès des salariés ?
  - d. Connaissez-vous des brochures-guides (Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées), affiches (les repères de consommation, bouger c'est la santé), outils (MNA) traitant de la dénutrition ?
  - e. Sont-ils disponibles au sein de votre structure ? Diffusés aux salariés ? Comment ?
  - f. Votre structure communique-t-elle des lieux ressource à ses salariés ? Si oui, lesquels et comment ?
11. Politique de formation
  - a. Formation initiale des aides à domicile ou autres salariés en contact avec les personnes âgées vivant à domicile ?
  - b. Les personnes en contact avec les personnes âgées vivant à domicile bénéficient-elles d'une formation continue par rapport à la prévention de la dénutrition ?
    - i. Si oui :
      1. Comment est-elle organisée ?
      2. Nb ou % et type de salariés formés par an ?
      3. À quels organismes de formation faites-vous appel ? Sinon, connaissez-vous des structures ou organismes réalisant des formations sur ce thème ? Avez-vous des salariés en interne capables de former les aides à domicile ou autres employés sur ce thème ?
      4. La formation continue est-elle prise en charge par votre OPCA ?
    - ii. Si non :
      1. quelles sont les difficultés à la mise en place de ce type de formation ?
  - c. Les salariés participent-ils à des conférences sur ce sujet, à des temps d'échanges de la pratique, d'analyse de la pratique ou autre ? Si oui, quels sont les intervenants ?
12. Connaissances des salariés :
  - a. Les salariés de votre structure qui sont en contact avec des personnes âgées vivant à domicile connaissent-elles les signaux d'alerte de la dénutrition ?
  - b. Utilisent-ils des outils de dépistage ? Si oui, lesquels ?
  - c. Savent-ils à qui relayer l'information en cas de repérage d'un sujet à risque ?

### IV- Intérêt par rapport aux séances de sensibilisation qui seront proposées par l'IREPS RA

13. Ces temps d'échange vous paraissent ils utiles ?

14. Quels professionnels invités ?
15. Souhaitez-vous que votre structure y soit associée ? Comment ?
16. Souhaitez-vous que des salariés de votre structure y participent ?
17. Modalités de mise en œuvre (horaire, lieu, etc.) pour toucher le plus de monde possible ?

**V- Observations / commentaires :**

18. Avez-vous connaissances d'actions ou de projets innovants ou qui fonctionnent bien qui sont mis en œuvre sur d'autres territoires ?
19. Avez-vous des remarques ou des suggestions ?

Date :                      Lieu (ou téléphone) :                      Durée de l'entretien :                      Intervieweur :



<input type="checkbox"/> En partageant le repas avec la personne	Autres moyens (préciser)..... .....
<input type="checkbox"/> En aidant à la confection	

10 Si non pourquoi ?

.....  
.....  
.....

11 Dans votre travail auprès des personnes âgées, comment vous repérez les personnes qui sont en difficulté avec la nutrition ? (précisez en quelques lignes)

.....  
.....  
.....

12 Parmi les situations à risque de dénutrition énoncées par le PNNS9: (cochez la ou les cases correspondantes)

	12.1 Lesquelles connaissez-vous ?	12.2 Lesquelles nécessitent une alerte d'après vous ? (au médecin traitant, à l'employeur...)
Revenus financiers insuffisants		
Perte d'autonomie physique ou psychique		
Veuvage, solitude, état dépressif		
Problèmes bucco-dentaires (manque de dents, ....)		
Régimes alimentaires restrictifs		
Troubles de la déglutition (difficultés de mastication, toux ou étouffement....)		
Consommation de 2 repas par jour seulement		
Constipation		
Prise de plus de 3 médicaments par jour		
Perte de 2 kg dans le dernier mois ou de 4 kg dans les 6 derniers mois		
Albuminémie <35g/l ou cholestérolémie < 1,60 g/l		
Toute maladie aiguë sévère.		

13 Quand vous repérez un problème de dénutrition chez une personne âgée, que faites-vous ? (numérotez dans l'ordre d'importance de 1 à 3, vos trois premiers choix)

<input type="checkbox"/> Vous en parlez avec la personne	<input type="checkbox"/> Vous alertez votre employeur
<input type="checkbox"/> Vous l'inscrivez dans le cahier de liaison	<input type="checkbox"/> Vous alertez le CCAS ou le CLIC
<input type="checkbox"/> Vous remplissez une fiche d'observation	<input type="checkbox"/> rien
<input type="checkbox"/> Vous alertez un proche ou parent de la personne	<input type="checkbox"/> Autre (précisez).....
<input type="checkbox"/> Vous alertez le médecin traitant ou l'infirmière	.....

14 Utilisez-vous des outils de dépistage de la dénutrition dans votre structure ?

Oui  Non

15 Si oui le(s)quel(s) : .....

#### IV. **Formation**

16 Quel type de diplôme avez-vous ?

<input type="checkbox"/> Niveau V BEP, CAP sanitaire et sociale (DEAVS, CAFAD, MC-AD, ADVF, agricole...)	<input type="checkbox"/> Diplôme d'aide soignante
<input type="checkbox"/> Niveau IV Bac ou équivalent sanitaire et social (TISF, services à la personne, aide soignant, agricole....)	<input type="checkbox"/> Autre diplôme du domaine sanitaire et social (préciser).....
<input type="checkbox"/> Diplôme d'infirmière	<input type="checkbox"/> Je ne possède pas de diplôme dans le domaine sanitaire et Social

<sup>9</sup> INPES – PNNS : *Guide nutrition à partir de 55ans. Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées, Septembre 2006*  
Etude sur les pratiques en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge  
de la dénutrition des personnes âgées vivant à domicile en Rhône-Alpes - IREPS-Novembre 2012- p. 53

17 Avez-vous la possibilité de suivre une formation professionnelle rémunérée (sans perdre de salaire)?  
 Oui  Non  ne sais pas

18 Depuis que vous travaillez, avez-vous suivi une formation professionnelle, même courte (même quelques heures) sur la dénutrition des personnes âgées ?  
 Oui  Non

19 Participez-vous à des temps d'échanges de pratiques entre professionnels accompagnant les personnes âgées ?

jamais  rarement  souvent  très souvent

20 S'ils existent, ces temps d'échanges abordent-ils les questions de dénutrition chez les personnes âgées ?  
 jamais  rarement  souvent  très souvent

21 Vous arrive t-il d'aller à des journées d'information ?

jamais  rarement  souvent  très souvent

22 Si jamais ou rarement, pourquoi ?

<input type="checkbox"/> Manque de temps	<input type="checkbox"/> Manque de moyen financier
<input type="checkbox"/> Pas intéressé(e) par les thèmes proposés	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Pas intéressé(e) par les journées d'information en général	.....

#### V. Communication

23 Quels sont les moyens utilisés par votre structure pour vous informer (plusieurs réponses possibles) ?

<input type="checkbox"/> Lettre d'information électronique	<input type="checkbox"/> Mails (courriels)
<input type="checkbox"/> Site Internet	<input type="checkbox"/> Réunions
<input type="checkbox"/> Revue	<input type="checkbox"/> Aucun
<input type="checkbox"/> Courriers papiers	<input type="checkbox"/> Autres (précisez).....

24 Quels sont les moyens qui vous semblent plus adaptés pour vous informer (plusieurs réponses possibles) ?

<input type="checkbox"/> Lettre d'information électronique	<input type="checkbox"/> Mails (courriels)
<input type="checkbox"/> Site Internet	<input type="checkbox"/> Réunions
<input type="checkbox"/> Revue	<input type="checkbox"/> Aucun
<input type="checkbox"/> Courriers papiers	<input type="checkbox"/> Autres (précisez).....

25 Avez-vous connaissance de centres d'information sur les questions de nutrition des personnes âgées ?

Oui  Non

26 Si oui, précisez.....

27 Avez-vous connaissance de brochures, de guides ou d'outils traitant de la nutrition chez les personnes âgées ?

Oui  Non

28 Si oui, pouvez-vous cocher ceux que vous connaissez ?

<input type="checkbox"/> Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées (PNNS)	<input type="checkbox"/> Le MNA®
<input type="checkbox"/> Guide nutrition pour les personnes âgées (PNNS)	<input type="checkbox"/> Autres supports d'information ou outils que vous connaissez : (citez).....
<input type="checkbox"/> Livret d'accompagnement (guide nutrition) destiné aux professionnels de santé	
<input type="checkbox"/> Affiches sur les repères de consommation ou bouger c'est la santé	

29 Ces brochures sont-elles disponibles dans votre structure ?

Oui  Non  Ne sais pas

#### VI. **Intérêt pour les séances de sensibilisation IREPS**

30 L'IREPS Délégation.... envisage d'organiser avec les structures de votre territoire des séances de sensibilisation sur la dénutrition chez les personnes âgées pour les professionnels de l'aide à domicile.

30.1 Ces temps d'échange vous paraissent ils?

Pas du tout utiles  Peu utiles  Plutôt utiles  Très utiles

30.2 Quelles modalités de mise en œuvre (horaire, lieu, etc.) vous conviendraient?.....

30.3 De quels types d'informations auriez-vous besoin ? (plusieurs choix possibles)

- Les moyens de prévention
- Les situations à risques
- Les acteurs concernés
- Les centres d'information
- Les outils de repérage
- Autres (précisez).....

**VII. Suggestions ou remarques**

31 Merci de nous faire part de vos remarques, de vos suggestions :

.....  
.....  
.....

**Nous vous remercions pour votre collaboration.**

<p><b>A renvoyer avant le .....Juillet 2012 à</b> IREPS - Délégation..... / ADESSA/ ADES 69 Adresse : Ou par fax : Ou par mail</p>
--

Annexe2 : Les recommandations de la Haute autorité de santé

## SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES (2007)

**Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée**
**OBJECTIF**

Élaborer un outil d'aide à la prise en charge de la personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition, pour les professionnels de santé.

**ABRÉVIATIONS**

CNO : compléments nutritionnels oraux ; NE : nutrition entérale ; AET : apports énergétiques totaux

**SITUATIONS À RISQUE DE DÉNUTRITION**

- **Situations sans lien avec l'âge** : cancers, défaillances d'organe chroniques et sévères, pathologies à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption, alcoolisme chronique, pathologies infectieuses et/ou inflammatoires chroniques, ainsi que toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires et/ou une augmentation des besoins énergétiques.
- **Situations plus spécifiques à la personne âgée (cf. ci-dessous)**

Psycho-socio-environnementales	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolement social</li> <li>• Deuil</li> <li>• Difficultés financières</li> <li>• Maltraitance</li> <li>• Hospitalisation</li> <li>• Changement des habitudes de vie : entrée en institution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur</li> <li>• Pathologie infectieuse</li> <li>• Fracture entraînant une impotence fonctionnelle</li> <li>• Intervention chirurgicale</li> <li>• Constipation sévère</li> <li>• Escarres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polymédication</li> <li>• Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc.</li> <li>• Corticoïdes au long cours</li> </ul>
Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble de la mastication</li> <li>• Mauvais état dentaire</li> <li>• Appareillage mal adapté</li> <li>• Sécheresse de la bouche</li> <li>• Candidose oro-pharyngée</li> <li>• Dysgueusie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sans sel</li> <li>• Amaigrissant</li> <li>• Diabétique</li> <li>• Hypocholestérolémiant</li> <li>• Sans résidu au long cours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie d'Alzheimer</li> <li>• Autres démences</li> <li>• Syndrome confusionnel</li> <li>• Troubles de la vigilance</li> <li>• Syndrome parkinsonien</li> </ul>
Troubles de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pathologie ORL</li> <li>• Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépendance pour l'alimentation</li> <li>• Dépendance pour la mobilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndromes dépressifs</li> <li>• Troubles du comportement</li> </ul>

**MODALITÉS DE DÉPISTAGE**

Populations cibles	Fréquence	Outils
Toutes les personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 fois/an en ville</li> <li>• 1 fois/mois en institution</li> <li>• Lors de chaque hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechercher des situations à risque de dénutrition (cf. supra)</li> <li>• Estimer l'appétit et/ou les apports alimentaires</li> <li>• Mesurer de façon répétée le poids et évaluer la perte de poids par rapport au poids antérieur</li> <li>• Calculer l'indice de masse corporelle : <math>IMC = \text{poids}/\text{taille}^2</math> (poids en kg et taille en m)</li> </ul>
Les personnes âgées à risque de dénutrition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance plus fréquente : en fonction de l'état clinique et de l'importance du risque (plusieurs situations à risque associées)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire tel que le <i>Mini Nutritional Assessment</i>® (MNA)</li> </ul>		

## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE DÉNUTRITION

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères ci-dessous.

Dénutrition	Dénutrition sévère
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Perte de poids</b> : <math>\geq 5\%</math> en 1 mois, ou <math>\geq 10\%</math> en 6 mois</li> <li>• <b>Indice de masse corporelle</b> : <math>IMC &lt; 21</math></li> <li>• <b>Albuminémie</b><sup>1</sup> <math>&lt; 35</math> g/l</li> <li>• <b>MNA global</b> <math>&lt; 17</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Perte de poids</b> : <math>\geq 10\%</math> en 1 mois ou <math>\geq 15\%</math> en 6 mois</li> <li>• <b>IMC</b> <math>&lt; 18</math></li> <li>• <b>Albuminémie</b> <math>&lt; 30</math> g/l</li> </ul>

1. Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive.

## STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

- ◆ Plus la prise en charge est précoce, plus elle est efficace.

Objectifs de la prise en charge chez la personne âgée dénutrie	Modalités possibles de prise en charge nutritionnelle
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apports énergétiques de 30 à 40 kcal/kg/j</li> <li>• Apports protéiques : 1,2 à 1,5 g/kg/j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orale : conseils nutritionnels, aide à la prise alimentaire, alimentation enrichie et compléments nutritionnels oraux (CNO)</li> <li>• Entérale</li> <li>• Parentérale</li> </ul>

### Critères de choix des modalités de prise en charge

- Le statut nutritionnel de la personne âgée
- Le niveau des apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés
- La sévérité de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s)
- Les handicaps associés ainsi que leur évolution prévisible
- L'avis du malade et/ou de son entourage ainsi que les considérations éthiques

### Indications de la prise en charge

- L'alimentation par **voie orale** est recommandée en première intention sauf en cas de contre-indication.
- La nutrition **entérale** (NE) est envisagée en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la nutrition orale.
- La nutrition **parentérale** est réservée aux trois situations suivantes et mise en œuvre dans des services spécialisés, dans le cadre d'un projet thérapeutique cohérent :
  - les malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles ;
  - les occlusions intestinales aiguës ou chroniques ;
  - l'échec d'une nutrition entérale bien conduite (mauvaise tolérance).

### Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation <sup>1</sup> à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine

#### 1. La réévaluation comporte :

- le poids et le statut nutritionnel ;
- la tolérance et l'observance du traitement ;
- l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente ;
- l'estimation des apports alimentaires spontanés (ingesta).

## SUIVI EN CAS DE DÉNUTRITION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

	Outils	Fréquence
<b>Poids</b>	Pèse-personne adapté à la mobilité du malade	1 fois/semaine
<b>Apports alimentaires</b>	Méthode simplifiée « semi-quantitative » ou calcul précis des ingesta sur 3 jours ou au moins sur 24 heures	Lors de chaque évaluation (voir « Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée »)
<b>Albumine</b>	Dosage de l'albuminémie (sauf si albuminémie initiale normale)	Au plus 1 fois/mois

## MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Les conseils nutritionnels
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respecter les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)</li> <li>• Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée</li> <li>• Éviter une période de jeûne nocturne trop longue (&gt; 12 heures)</li> <li>• Privilégier des produits riches en énergie et/ou en protéines et adaptés aux goûts du patient</li> <li>• Organiser une aide au repas (technique et/ou humaine) et favoriser un environnement agréable</li> </ul>
L'enrichissement de l'alimentation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits de base (poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu, huile ou poudres de protéines industrielles, pâtes ou semoule enrichies en protéines...).</li> <li>• Il a pour but d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume.</li> </ul>
Les compléments nutritionnels oraux
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques, de goûts et de textures variés.</li> <li>• Les produits hyperénergétiques (<math>\geq 1,5</math> kcal/ml ou g) et/ou hyperprotidiques (protéines <math>\geq 7,0</math> g/ 100 ml ou 100 g, ou protéines <math>\geq 20</math> % de l'AET) sont conseillés.</li> <li>• Ils doivent être consommés lors de collations (à distance d'au moins 2 h d'un repas) ou pendant les repas (en plus des repas).</li> <li>• L'objectif est d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/jour et/ou de 30 g/jour de protéines (le plus souvent avec 2 unités/jour).</li> <li>• Les CNO doivent être adaptés aux goûts du malade, à ses éventuels handicaps.</li> <li>• Il est nécessaire de veiller à respecter les conditions de conservation (une fois ouvert, 2 h à température ambiante et 24 h au réfrigérateur).</li> </ul>

La nutrition entérale (NE)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Indications de la NE</b> : si échec de la prise en charge nutritionnelle orale et en première intention en cas de troubles sévères de la déglutition ou de dénutrition sévère avec apports alimentaires très faibles</li> <li>• <b>Mise en route de la NE</b> : hospitalisation d'au moins quelques jours (mise en place de la sonde, évaluation de la tolérance, éducation du patient et/ou de son entourage)</li> <li>• <b>Poursuite de la NE à domicile</b> : après contact direct entre le service hospitalier et le médecin traitant, mise en place et suivi par un prestataire de service spécialisé, et éventuellement avec une infirmière à domicile ou une HAD si le patient ou son entourage ne peuvent prendre en charge la NE</li> <li>• <b>Prescription de la NE</b> : prescription initiale pour 14 jours, puis prescription de suivi pour 3 mois, renouvelable</li> <li>• <b>Surveillance de la NE</b> : par le service prescripteur et le médecin traitant en se basant sur le poids et l'état nutritionnel, l'évolution de la pathologie, la tolérance et l'observance de la NE et l'évaluation des apports alimentaires oraux</li> </ul>

## SITUATIONS PARTICULIÈRES

<b>Prise en charge nutritionnelle en fin de vie</b>	<p>L'objectif des soins nutritionnels est avant tout le plaisir et le confort.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien d'un bon état buccal</li> <li>• Soulagement des symptômes qui peuvent altérer l'envie ou le plaisir de s'alimenter (douleur, nausées, glossite et sécheresse buccale)</li> </ul> <p>L'initiation d'une renutrition par voie parentérale ou entérale n'est pas recommandée.</p>
<b>Prise en charge nutritionnelle en cas de maladie d'Alzheimer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recommandée en cas de perte de poids</li> <li>• À adapter aux troubles du comportement alimentaire, aux troubles praxiques ou aux troubles de la déglutition</li> <li>• En cas de forme <b>légère ou modérée</b> : débiter par voie orale puis, en cas d'échec, proposer la nutrition entérale pour une durée limitée</li> <li>• En cas de forme <b>sévère</b> : la nutrition entérale n'est pas recommandée en raison du risque élevé de complications</li> </ul>
<b>Prise en charge nutritionnelle en cas de risque d'escarres ou d'escarres constituées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectifs nutritionnels identiques à ceux de la personne âgée dénutrie</li> <li>• À débiter par voie orale</li> <li>• En cas d'échec, nutrition entérale, en tenant compte des caractéristiques somatiques du malade et de considérations éthiques</li> </ul>
<b>Prise en charge nutritionnelle en cas de troubles de la déglutition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préserver une alimentation orale, même minime, si le risque d'inhalation est jugé faible</li> <li>• NE indiquée, si la voie orale entraîne des complications respiratoires et/ou est insuffisante pour couvrir les besoins nutritionnels</li> <li>• Si la durée prévisible des troubles de la déglutition est supérieure à 2 semaines, préférer la NE par gastrostomie plutôt que par sonde nasogastrique</li> </ul>
<b>Prise en charge nutritionnelle en période de convalescence (après une pathologie aiguë ou une intervention chirurgicale)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de perte de poids, après un épisode médico-chirurgical aigu</li> <li>• Dans le cas particulier de la fracture du col fémoral, prescription transitoire de compléments nutritionnels oraux</li> </ul>
<b>Prise en charge nutritionnelle en cas de dépression</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de dénutrition ou de diminution des ingesta</li> <li>• Surveillance nutritionnelle régulière des patients</li> </ul>

## COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE

<b>A domicile</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aides individuelles : aide de l'entourage, aide ménagère, portage des repas, foyers, restaurants</li> <li>• Structures ayant un rôle de mise en place des dispositifs, de coordination et d'information : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les réseaux de soins, dont les réseaux gérontologiques</li> <li>- Les centres communaux d'action sociale (CCAS)</li> <li>- Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)</li> <li>- Les services sociaux</li> </ul> </li> <li>• Pour la prise en charge financière de ces aides : <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)</li> <li>- L'aide sociale départementale</li> <li>- L'aide des caisses de retraite et certaines mutuelles</li> </ul> </li> </ul>
<b>En institution,</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge multidisciplinaire sous la responsabilité du médecin coordinateur</li> </ul>
<b>À l'hôpital,</b>
<p>Pour améliorer la prise en charge nutritionnelle et veiller à la qualité de la prestation alimentation-nutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN)</li> <li>• La création dans les hôpitaux d'unités transversales de nutrition (UTN)</li> </ul>



Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » Validées en avril 2007

Les recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité

sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

### Annexe 3 : Le MNA<sup>R</sup>



# Evaluation de l'état nutritionnel

## Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ Poids, kg: \_\_\_\_\_ Taille en cm: \_\_\_\_\_ Hauteur du genou, cm: \_\_\_\_\_

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

### Dépistage

- A** Le patient présente-t-il une perte d'appétit?  
A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?  
0 = anorexie sévère  
1 = anorexie modérée  
2 = pas d'anorexie
- 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 ou dépression modérée  
2 = pas de problème psychologique
- F** Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>)  
0 = IMC < 19  
1 = 19 ≤ IMC < 21  
2 = 21 ≤ IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23

**Score de dépistage** (sous-total max. 14 points)

12 points ou plus      normal pas besoin de continuer l'évaluation

11 points ou moins      possibilité de malnutrition –  
continuez l'évaluation

### Evaluation globale

- G** Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?  
0 = non      1 = oui
- H** Prend plus de 3 médicaments  
0 = oui      1 = non
- I** Escarres ou plaies cutanées?  
0 = oui      1 = non

- J** Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?  
0 = 1 repas  
1 = 2 repas  
2 = 3 repas

- K** Consomme-t-il?  
• Une fois par jour au moins des produits laitiers?      oui  non   
• Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses?      oui  non   
• Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille?      oui  non   
0,0 = si 0 ou 1 oui  
0,5 = si 2 oui  
1,0 = si 3 oui  ,

- L** Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?  
0 = non      1 = oui

- M** Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)  
0,0 = moins de 3 verres  
0,5 = de 3 à 5 verres  
1,0 = plus de 5 verres  ,

- N** Manière de se nourrir  
0 = nécessite une assistance  
1 = se nourrit seul avec difficulté  
2 = se nourrit seul sans difficulté

- O** Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)  
0 = malnutrition sévère  
1 = ne sait pas ou malnutrition modérée  
2 = pas de problème de nutrition

- P** Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?  
0,0 = moins bonne  
0,5 = ne sait pas  
1,0 = aussi bonne  
2,0 = meilleure  ,

- Q** Circonférence brachiale (CB en cm)  
0,0 = CB < 21  
0,5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22  
1,0 = CB > 22  ,

- R** Circonférence du mollet (CM en cm)  
0 = CM < 31      1 = CM ≥ 31

**Evaluation globale** (max. 16 points)   ,

**Score de dépistage**

**Score total** (max. 30 points)   ,

### Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points      risque de malnutrition

moins de 17 points      mauvais état nutritionnel

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*. Supplement #2:15-59.

Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bâle, in press.

© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners



**Instance Régionale d'Education et de Promotion  
de la santé Rhône-Alpes**

9 quai Jean Moulin - 69001 Lyon

Tel : 04 72 00 55 70

Mail : [raoul.legba@education-sante-ra.org](mailto:raoul.legba@education-sante-ra.org)

**[www.education-sante-ra.org](http://www.education-sante-ra.org)**