



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES**

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

**SÉRIE DE CRITÈRES DE QUALITÉ POUR L'ÉVALUATION ET  
L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES**

**Janvier 2008**

Les recommandations et l'argumentaire scientifique en lien avec cette série de critères de qualité  
sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de santé  
Service communication  
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX  
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en janvier 2008.  
© Haute Autorité de santé – 2008

## Sommaire

<b>Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques .....</b>	<b>4</b>
<b>Élaboration et guide d'utilisation des critères de qualité.....</b>	<b>6</b>
<b>1 Introduction.....</b>	<b>6</b>
1.1 Contexte	6
1.2 Professionnels concernés	6
<b>2 Justification et modalités d'utilisation des critères de qualité.....</b>	<b>6</b>
2.1 Objectif 1 : dépister la dénutrition chez toutes les personnes âgées de plus de 70 ans	6
2.2 Objectif 2 : confirmer le diagnostic de la dénutrition et estimer son degré de sévérité	9
2.3 Objectif 3 : mettre en œuvre une démarche thérapeutique précoce et adaptée	10
2.4 Objectif 4 : évaluer régulièrement l'observance, la tolérance et l'efficacité de la prise en charge de la dénutrition et réadapter si besoin la démarche thérapeutique à l'état clinique de la personne âgée	12
2.5 Objectif 5 : activer et coordonner la collaboration de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de la personne âgée dénutrie	13
<b>3 Méthode de travail .....</b>	<b>14</b>
3.1 Définition des critères de qualité	14
3.2 Élaboration des objectifs et critères de qualité	14
<b>4 Références .....</b>	<b>15</b>
<b>Participants .....</b>	<b>17</b>
<b>Fiche descriptive .....</b>	<b>18</b>

## Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques

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

**But de la démarche :** Améliorer le repérage et la prise en charge de la personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition.

Ne retenez parmi les objectifs et les critères de qualité () proposés ci-dessous que ceux qui correspondent le mieux à vos priorités et aux spécificités de la démarche d'amélioration de la qualité dans laquelle vous souhaitez vous engager. Adaptez éventuellement le format final ou cochez le critère si ce dernier est atteint ()

Pour plus de précisions sur chacun des critères proposés, merci de consulter les justifications et consignes d'utilisation décrites ci-après (cf. 2).

### **Objectif 1. Dépister la dénutrition chez toutes les personnes âgées de plus de 70 ans**

- Recherche des situations à risque de dénutrition chez les personnes âgées
- Surveillance régulière du poids de la personne âgée
- Évaluation de l'appétit

### **Objectif 2. Confirmer le diagnostic de la dénutrition et estimer son degré de sévérité**

- Calcul du pourcentage de perte de poids et/ou de l'indice de masse corporelle (IMC)
- Dosage de l'albuminémie (couplé à un dosage de CRP) et/ou réalisation du test MNA, si le calcul du pourcentage de perte de poids et de l'IMC n'est pas réalisable ou si les résultats sont normaux
- Identification d'une dénutrition sévère

### **Objectif 3. Mettre en œuvre une démarche thérapeutique précoce et adaptée**

- Prise en charge des facteurs contribuant à la dénutrition
- Démarche thérapeutique comprenant systématiquement des conseils nutritionnels et/ou une alimentation enrichie sauf en cas de contre-indication de l'alimentation orale
- Prescription des compléments nutritionnels oraux (CNO), selon les modalités recommandées, si les conseils diététiques et l'alimentation enrichie se sont avérés insuffisants pour améliorer le statut nutritionnel
- Prescription de la nutrition entérale envisagée après échec d'une alimentation orale ou bien d'emblée en cas d'impossibilité d'apports nutritionnels oraux ou en cas de dénutrition sévère avec des apports alimentaires très faibles

**Objectif 4. Évaluer régulièrement l'observance, la tolérance et l'efficacité de la prise en charge de la dénutrition et réadapter si besoin la démarche thérapeutique à l'état clinique de la personne âgée**

- Évaluation par l'interrogatoire du patient (ou de son entourage) de la tolérance et de l'observance au traitement
- Surveillance du poids une fois par semaine chez les patients dénutris

**Objectif 5. Activer et coordonner la collaboration de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de la personne âgée dénutrie**

- Alerte des autres professionnels concernés (médecins, infirmiers, aides soignants, diététiciens, kinésithérapeutes, etc.) et des aidants (familiaux ou non familiaux) dès le début de la prise en charge, en accord avec la personne âgée, et mise en place de contacts réguliers afin de favoriser l'échange d'informations et le suivi
- Information et orientation de la personne âgée et si besoin de son entourage vers les aides dont ils peuvent bénéficier

# Élaboration et guide d'utilisation des critères de qualité

## 1 Introduction

### 1.1 Contexte

Afin de favoriser la mise en œuvre des recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur le thème « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » (HAS, avril 2007<sup>1</sup>), ce document propose 5 objectifs d'amélioration de la qualité, extraits de ces recommandations, et une liste de critères de qualité en rapport avec ces objectifs.

Les critères de qualité concernent la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique de la personne âgée, définie dans les RPC comme âgée de plus de 70 ans, vivant à domicile, en institution ou hospitalisée. L'augmentation démographique attendue des personnes âgées dans les prochaines années, la proportion de plus en plus importante de celles vivant seules à domicile et la grande hétérogénéité de cette population sur le plan nutritionnel justifient de produire des outils pour aider les professionnels à les prendre en charge.

Dans la continuité des RPC d'avril 2007, les objectifs et les critères de qualité présentés dans ce document font partie de ces outils. Ils ont été élaborés pour aider les professionnels à optimiser la prise en charge des patients dénutris ou à risque de dénutrition en se fondant sur ces recommandations. Ils soulignent l'importance du dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées quels que soient leurs lieux de vie, en insistant sur les moyens simples recommandés pour réaliser ce dépistage. De même, ils rappellent l'importance d'une prise en charge précoce et hiérarchisée en favorisant les conseils nutritionnels, une aide à la prise alimentaire, une alimentation enrichie et si besoin une complémentation nutritionnelle orale. Enfin, de par leur caractère essentiel, les points relatifs aux modalités de suivi des patients et à la coordination des professionnels de santé sont aussi développés.

### 1.2 Professionnels concernés

Ces objectifs et ces critères s'adressent avant tout aux professionnels suivants : médecins gériatres, généralistes, nutritionnistes et gastro-entérologues. Mais ils concernent également la pratique de tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'une personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition tels que les diététiciens, les infirmiers, les aides soignantes, les prestataires de service spécialisés dans la nutrition.

## 2 Justification et modalités d'utilisation des critères de qualité

Les critères de qualité présentés dans ce document ont été déterminés par un groupe d'experts selon la méthode décrite par la HAS. Certains des membres de ce groupe ont participé à l'élaboration des RPC d'avril 2007. Sauf mention explicite, les critères proposés ont été extraits de ces recommandations.

La justification et les modalités d'utilisation des critères de qualité sont détaillées ci-dessous. Ils ont été regroupés par objectif. Pour plus de précisions concernant la justification du choix de chaque critère, il est proposé de se reporter aux recommandations ou à l'argumentaire scientifique qui les sous-tend.

### 2.1 Objectif 1 : dépister la dénutrition chez toutes les personnes âgées de plus de 70 ans

---

<sup>1</sup> RPC disponibles gratuitement sur le site de la HAS [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

## Objectif 1. Dépister la dénutrition chez toutes les personnes âgées de plus de 70 ans

### Critère n°1. Recherche des situations à risque de dénutrition chez les personnes âgées

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :** les situations à risque de dénutrition ont été définies dans les recommandations comme des situations favorisant la diminution des apports alimentaires et/ou l'augmentation des besoins protéino-énergétiques. Certaines situations sont sans lien avec l'âge, tels les cancers, les défaillances d'organe chroniques et sévères (cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique), les pathologies digestives à l'origine de maldigestion ou de malabsorption, l'alcoolisme chronique, les pathologies infectieuses ou inflammatoires chroniques, etc. D'autres situations sont plus fréquentes et plus spécifiques à la personne âgée. Elles nécessitent donc d'être recherchées, d'autant que certaines de ces situations sont corrigibles.

En plus des situations mentionnées ci-dessus, la liste des situations à risque à rechercher (mentionnées dans le texte des recommandations) est la suivante (cf. tableau 1).

**Précision d'utilisation du critère :** le critère est atteint (☒), si, dans le dossier du patient, a été mentionnée la recherche des situations à risque et/ou si le risque de dénutrition a été évoqué en présence d'une ou plusieurs de ces situations.

**Tableau 1 . Situations à risque de dénutrition**

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

**Objectif 1. Dépister la dénutrition chez toutes les personnes âgées de plus de 70 ans**

**Critère n°2. Surveillance régulière du poids de la personne âgée**

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :** la mesure du poids est un paramètre le plus souvent facile à obtenir et non invasif. Il permet l'établissement d'une courbe de poids, l'estimation du pourcentage d'une éventuelle perte de poids et le calcul de l'IMC.

**Précision d'utilisation du critère :** le critère est atteint si le poids est mesuré et noté dans le dossier du patient chez tous les patients âgés de plus de 70 ans à chaque consultation médicale en ville, à l'entrée, puis au moins une fois par mois en institution et à l'entrée, puis au moins une fois par semaine en court séjour, tous les 15 jours en soins de suite et réadaptation, une fois par mois en soins de longue durée.

Le critère est atteint (☒) si le poids a été effectivement mesuré (non-utilisation du poids déclaré) et noté dans le dossier médical ou paramédical. A domicile, le critère peut être considéré comme atteint si le médecin a cherché à mesurer le poids mais n'a pu le faire du fait de l'absence, au domicile du patient, de pèse-personne ou de matériel adapté à son état clinique.

**Objectif 1. Dépister la dénutrition chez toutes les personnes âgées de plus de 70 ans**

**Critère n°3. Évaluation de l'appétit**

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :** les apports alimentaires décroissent et se modifient fréquemment avec l'avancée en âge. Les personnes âgées, même en bonne santé, peuvent présenter une baisse d'appétit par rapport aux sujets plus jeunes. La perte d'appétit est donc un symptôme fréquent chez la personne âgée et facile à rechercher à l'interrogatoire. Le patient l'évoque rarement spontanément alors que l'estimation de l'appétit est un outil important pour le dépistage de la dénutrition.

**Précision d'utilisation du critère :** le critère est atteint (☒) si l'évaluation de l'appétit est mentionnée dans le dossier : simple question sur l'appétit ou test MNA et/ou interrogatoire de l'entourage.



## 2.2 Objectif 2 : confirmer le diagnostic de la dénutrition et estimer son degré de sévérité

### Objectif 2. Confirmer le diagnostic de la dénutrition et estimer son degré de sévérité

#### Critère n° 4. Calcul du pourcentage de perte de poids et/ou de l'indice de masse corporelle (IMC)

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :** un des critères suivants peut suffire à faire le diagnostic de dénutrition :

- perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois
- IMC  $< 21$

En revanche, un IMC  $\geq 21$  n'exclut pas le diagnostic de dénutrition (par exemple en cas d'obésité avec perte de poids<sup>2</sup>).

**Précision d'utilisation du critère :** le critère est atteint (☒) si l'évolution de la perte de poids et/ou l'IMC<sup>3</sup> (mesuré au moment du diagnostic) ainsi que le diagnostic de dénutrition sont mentionnés dans le dossier du patient. La perte de poids peut être calculée par rapport à un poids antérieur ou à défaut par rapport au poids habituel déclaré. En cas de pathologie aiguë, il est préférable de se référer au poids précédant le début de l'affection.

En ville, le critère est atteint même si le médecin a recherché le poids mais n'a pu le mesurer (constatant l'absence de balance au domicile du patient ou en l'absence de matériel adapté à son état clinique).

### Objectif 2. Confirmer le diagnostic de la dénutrition et estimer son degré de sévérité

#### Critère n°5. Dosage de l'albuminémie (couplé à un dosage de CRP) et/ou réalisation du test MNA, si le calcul du pourcentage de perte de poids et de l'IMC n'est pas réalisable ou si les résultats sont normaux

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :** une absence de perte poids et un IMC normal n'excluent pas un état de dénutrition (exemples : perte de masse musculaire ou adipeuse masquée par la prise d'œdèmes, perte de poids importante chez une personne âgée obèse, etc.).

Le diagnostic de dénutrition peut alors être posé sur au moins un des critères suivants :

- albuminémie  $< 35$  g/l (l'hypoalbuminémie n'est pas spécifique de la dénutrition. Elle peut être observée dans de nombreuses situations pathologiques indépendantes de l'état nutritionnel, en particulier en présence d'un syndrome inflammatoire. Il est donc recommandé d'interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué par le dosage de la protéine C-réactive) ;
- test MNA  $< 17$ .

**Précision d'utilisation du critère :** le critère est atteint (☒) si l'albuminémie et/ou le MNA ont été mesurés et notés dans le dossier du patient et si, en cas de positivité, le diagnostic de dénutrition est mentionné dans le dossier.

<sup>2</sup> Obésité sarcopénique : obésité avec perte de poids par perte de la masse musculaire.

<sup>3</sup> Pour le calcul de l'IMC, il convient d'obtenir si possible une mesure de la taille en position debout, à l'aide d'une toise. Si la station debout est impossible ou si la personne âgée a des troubles de la statique (cyphose dorsale, etc.), il est recommandé d'utiliser les formules de Chumlea qui permettent d'estimer la taille à partir de la mesure de la hauteur talon-genou, ou bien d'utiliser la taille déclarée.

## Objectif 2. Confirmer le diagnostic de la dénutrition et estimer son degré de sévérité

### Critère n°6. Identification d'une dénutrition sévère

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :** le diagnostic de dénutrition sévère repose sur un ou plusieurs des critères suivants :

- perte de poids :  $\geq 10\%$  en 1 mois ou  $\geq 15\%$  en 6 mois ;
- IMC  $< 18$  ;
- albuminémie  $< 30$  g/l.

Il est essentiel d'identifier les formes sévères de la dénutrition qui sont associées à une augmentation importante de la morbi-mortalité et qui justifient donc une prise en charge nutritionnelle rapide et adaptée.

**Précision d'utilisation du critère :** le critère est atteint () si, lorsque au moins un des paramètres ci-dessus est retrouvé, le diagnostic de dénutrition sévère est identifié et mentionné dans le dossier du patient.

## 2.3 Objectif 3 : mettre en œuvre une démarche thérapeutique précoce et adaptée

## Objectif 3. Mettre en œuvre une démarche thérapeutique précoce et adaptée

### Critère n°7. Prise en charge des facteurs contribuant à la dénutrition

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :** chez une personne âgée dénutrie il est important, parallèlement à toute prise en charge nutritionnelle, de prendre en charge les situations à risque identifiées (voir critère 1) et de corriger les facteurs qui peuvent l'être, en proposant par exemple :

- une aide technique ou humaine pour l'alimentation ;
- des soins bucco-dentaires ;
- une réévaluation de la pertinence des médicaments et des régimes ;
- une prise en charge des pathologies sous-jacentes.

**Précision d'utilisation du critère :** le critère est atteint () si pour les facteurs identifiés comme ayant contribué à la dénutrition, les mesures de prise en charge ou correctrices de ces facteurs, quand il y en a, sont mentionnées dans le dossier.

### Objectif 3. Mettre en œuvre une démarche thérapeutique précoce et adaptée

**Critère n°8. Démarche thérapeutique comprenant systématiquement des conseils nutritionnels et/ou une alimentation enrichie sauf en cas de contre-indication de l'alimentation orale**

**Grade de la recommandation de référence :** grade C

**Justification du choix du critère :** il est recommandé de débiter prioritairement la prise en charge nutritionnelle par des conseils nutritionnels<sup>4</sup> et/ou une alimentation enrichie<sup>5</sup>, sauf en cas de situations qui contre-indiquent l'alimentation par voie orale et lorsqu'il existe une dénutrition sévère avec des ingesta nuls ou très diminués.

**Précision d'utilisation du critère :** le critère est atteint (☒) si des **conseils nutritionnels** et/ou une alimentation enrichie ont été proposés à la personne âgée (sauf CI) et si cette démarche est mentionnée dans le dossier du patient.

### Objectif 3. Mettre en œuvre une démarche thérapeutique précoce et adaptée

**Critère n°9. Prescription des compléments nutritionnels oraux (CNO), selon les modalités recommandées, si les conseils diététiques et l'alimentation enrichie se sont avérés insuffisants pour améliorer le statut nutritionnel**

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :** en cas de dénutrition, les CNO ne doivent pas être systématiquement prescrits en première intention mais seulement en cas d'échec des conseils diététiques et de l'alimentation enrichie. Les CNO ne sont prescrits d'emblée qu'en cas de dénutrition sévère ou en cas d'apports alimentaires spontanés très diminués.

Les modalités de prescription des compléments nutritionnels oraux sont les suivantes :

- à prendre lors de collations (dans ce cas à proposer environ 2 heures avant ou après un repas pour préserver l'appétit au moment du repas) ou pendant les repas (et dans ce cas en plus des repas et non à la place des repas) ;
- à prescrire pour atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/jour et/ou de 30 g/jour de protéines (le plus souvent 2 unités par jour) ;
- à présenter au malade comme un traitement de la dénutrition afin de l'inciter à les consommer ;
- à adapter aux goûts du malade (salé, sucré, lacté ou non, saveurs). Il est possible de modifier l'arôme d'un produit de goût neutre ou vanillé par différents parfums (sirop de fruits, caramel, café, chocolat en poudre, etc.). Varier les produits et les arômes, en respectant les goûts du patient, peut permettre d'en améliorer la consommation ;
- à adapter aux handicaps éventuels (troubles de déglutition, difficultés de préhension des objets, etc.) en modifiant la texture des boissons avec une poudre épaississante (non incluse dans la LPPR) ;
- les CNO sont susceptibles d'être mieux consommés s'ils sont servis à la bonne température. Les produits sucrés sont souvent plus appréciés s'ils sont servis bien frais. Pour les compléments à servir chauds, il est souvent possible de les réchauffer au bain-marie ou au four à micro-ondes. Une fois ouvert, le complément peut être conservé 2 heures à température ambiante et jusqu'à 24 heures au réfrigérateur ;
- vérifier régulièrement que les CNO prescrits sont bien consommés.

**Précision d'utilisation du critère :** le critère est atteint (☒) si est mentionné dans le dossier du patient le contexte de prescription des CNO en accord avec les recommandations (après échec des conseils diététiques et de l'alimentation enrichie, et d'emblée en cas de dénutrition sévère ou en cas d'apports alimentaires spontanés très diminués).

<sup>4</sup> Mesures diététiques destinées à améliorer ou à adapter les conditions lors des repas afin de favoriser et d'augmenter les prises alimentaires. Elles ne comprennent pas les compléments nutritionnels oraux.

<sup>5</sup> L'alimentation enrichie a pour objectif d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume. Elle consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits, tels que de la poudre de lait, du lait concentré entier, du fromage râpé, des œufs, de la crème fraîche, du beurre fondu, de l'huile ou des poudres de protéines industrielles.

**Objectif 3. Mettre en œuvre une démarche thérapeutique précoce et adaptée**

**Critère n°10 . Prescription de la nutrition entérale envisagée après échec d'une alimentation orale ou bien d'emblée en cas d'impossibilité d'apports nutritionnels oraux ou en cas de dénutrition sévère avec des apports alimentaires très faibles**

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :** l'alimentation entérale est indiquée lorsque les besoins nutritionnels ne sont plus couverts par les apports de l'alimentation orale. Chez les personnes âgées, la décision de recourir à une nutrition entérale est parfois délicate et complexe, car le rapport bénéfique/risque peut être difficile à apprécier sur le plan médical et doit tenir compte de considérations éthiques liées à l'âge des patients et/ou aux pathologies sous-jacentes. Chez le sujet âgé, la nutrition entérale doit s'inscrire dans un projet thérapeutique pluridisciplinaire cohérent qui tienne compte de l'avis du malade et/ou de son entourage s'il n'est plus en mesure d'exprimer son souhait.

**Précision d'utilisation du critère :** le critère est atteint (☒) si, en seconde intention après échec de l'alimentation orale, ou en cas de voie orale impossible ou de dénutrition sévère, l'indication d'une nutrition entérale a été discutée en équipe en tenant compte de la balance bénéfique/risque et après avoir recueilli l'accord du patient ou de son entourage.

**2.4 Objectif 4 : évaluer régulièrement l'observance, la tolérance et l'efficacité de la prise en charge de la dénutrition et réadapter si besoin la démarche thérapeutique à l'état clinique de la personne âgée**

**Objectif 4. Évaluer régulièrement l'observance, la tolérance et l'efficacité de la prise en charge de la dénutrition et réadapter si besoin la démarche thérapeutique à l'état clinique de la personne âgée**

**Critère n°11. Évaluation par l'interrogatoire du patient (ou de son entourage) de la tolérance et de l'observance au traitement**

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :** l'amélioration du statut nutritionnel dépend de l'observance du patient à la démarche thérapeutique, observance qui est d'autant plus favorable en cas de bonne tolérance aux produits proposés. Il est donc essentiel de vérifier régulièrement l'observance de la prise en charge proposée et en cas de mauvaise observance, en rechercher la cause et si besoin adapter la démarche thérapeutique.

**Précision d'utilisation du critère :** le critère est atteint (☒) si dans le dossier du patient est mentionné que lors des visites de suivi les questions relatives à la tolérance et à l'observance de la prise en charge thérapeutique ont été posées.

**Objectif 4. Évaluer régulièrement l'observance, la tolérance et l'efficacité de la prise en charge de la dénutrition et réadapter si besoin la démarche thérapeutique à l'état clinique de la personne âgée**

**Critère n°12. Surveillance du poids une fois par semaine chez les patients dénutris**

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :** la mesure du poids étant un critère relativement facile à réaliser, il est recommandé chez la personne âgée dénutrie de le surveiller toutes les semaines dans le suivi de la prise en charge de sa dénutrition.

Ce suivi de la prise en charge est à distinguer de la réévaluation plus complète proposée dans les recommandations à des fréquences différentes selon le statut nutritionnel du patient.

**Précision d'utilisation du critère :** le critère est atteint (☒) si dans le dossier du patient est mentionné le poids lors des consultations de suivi.

## **2.5 Objectif 5 : activer et coordonner la collaboration de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de la personne âgée dénutrie**

**Objectif 5. Activer et coordonner la collaboration de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de la personne âgée dénutrie**

**Critère n°13. Alerte des autres professionnels concernés (médecins, infirmiers, aides soignants, diététiciens, kinésithérapeutes, etc.) et des aidants (familiaux ou non familiaux) dès le début de la prise en charge, en accord avec la personne âgée, et mise en place de contacts réguliers afin de favoriser l'échange d'informations et le suivi**

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :** la dénutrition de la personne âgée nécessite une prise en charge multidisciplinaire impliquant différents professionnels de santé (infirmier, diététicien, aide soignant, etc.) ainsi que des aidants (familiaux ou non familiaux). La coordination de leur intervention revient au médecin qui a pris en charge la dénutrition.

Une prise en charge et un suivi optimaux nécessitent de réactualiser régulièrement les informations concernant le patient et son état nutritionnel afin d'adapter en conséquence la démarche thérapeutique. Cette réactualisation passe par des communications régulières avec les différents acteurs qui assistent la personne dénutrie.

**Précision d'utilisation du critère :** le critère est atteint (☒) si dans le dossier du patient est mentionné que les professionnels intervenant auprès de la personne âgée et les aidants ont été (ou vont être) alertés à propos de l'état nutritionnel, quel que soit le moyen choisi par le prescripteur (courrier, e-mail, téléphone, etc.), puis si régulièrement une recherche d'information (et si possible son résultat) auprès des autres professionnels impliqués a été effectuée.

**Objectif 5. Activer et coordonner la collaboration de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de la personne âgée dénutrie**

**Critère n°14. Information et orientation de la personne âgée et si besoin de son entourage vers les aides dont ils peuvent bénéficier**

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :** différentes aides, sous forme de réseaux gérontologiques, d'allocations financières et d'aides des services sociaux, sont à disposition pour la prise en charge des patients âgés. Lors de cette prise en charge le prescripteur, dans son rôle de coordination, a aussi pour mission d'informer et d'orienter le patient vers ces structures.

**Précision d'utilisation du critère :** le critère est atteint (☒) si est mentionné dans le dossier du patient que l'information concernant les différentes aides disponibles dans un contexte de dénutrition a été proposée au patient.

## 3 Méthode de travail

### 3.1 Définition des critères de qualité

Les critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques constituent des éléments simples et opérationnels de bonne pratique. Ils permettent d'évaluer, par leur mesure, la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient, et d'améliorer les pratiques notamment par la mise en œuvre et le suivi d'actions visant à faire converger, si besoin, la pratique réelle vers une pratique de référence. Leur détermination et leur sélection procèdent d'une démarche d'élaboration basée sur les preuves (*evidence-based medicine* ou EBM ou *evidence-based practice* ou EBP pour les professions paramédicales) qui prend en compte les meilleures références disponibles, la pratique des professionnels et l'interface avec les patients.

Ces critères doivent être inclus dans des démarches d'amélioration de la qualité. Leur utilisation peut se faire à visée prospective ou rétrospective, en fonction du type d'action ou de programme choisi.

Dans ce cadre, les professionnels ne retiendront, parmi les objectifs et les critères de qualité proposés, que ceux qui correspondent le mieux à leurs priorités et aux spécificités des démarches dans lesquelles ils souhaitent s'engager. Les critères de qualité choisis doivent illustrer une part significative de l'activité du professionnel ou de(s) l'équipe(s) et il doit exister un potentiel d'amélioration de qualité ou de sécurité du fait par exemple de l'observation de dysfonctionnements récents, du fait de l'existence d'une hétérogénéité de pratiques (si tant est que celle-ci soit préjudiciable au patient ou au système de santé) ou d'une pratique nouvellement recommandée.

Leur présentation peut être retravaillée en fonction des besoins et de l'utilisation prévue (par exemple sous la forme d'une grille d'analyse des pratiques ou d'une fiche mémo ou encore par inclusion de certains des items dans une base d'analyse de la pratique).

### 3.2 Élaboration des objectifs et critères de qualité

Le groupe de travail (GT) a élaboré ces critères de qualité en s'appuyant sur les recommandations pour la pratique clinique récemment élaborées sur le thème « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée ». Ce groupe de travail est en partie une émanation du groupe de professionnels ayant élaboré les recommandations professionnelles précédemment citées.

Les objectifs opérationnels de qualité retenus par le GT, selon la technique du « remue-ménages », portent sur les points les plus susceptibles d'influer sur la qualité des soins et de se traduire par un impact bénéfique et substantiel dans la prise en charge du patient. Ils ne sont pas exhaustifs sur l'ensemble de la prise en charge d'un patient âgé dénutri.

Les critères d'évaluation et d'amélioration de la pratique ont été ensuite définis en tenant compte des recommandations professionnelles et du niveau de preuve correspondant ; ils ont été scindés en critères traçables et en critères dont l'atteinte peut être mesurée par auto-évaluation ou observation. Ces critères sont estimés aussi importants que les critères traçables.

Le groupe de travail a soumis ensuite ces critères d'évaluation et d'amélioration de la pratique à un groupe test composé de 22 professionnels ayant la mission de tester ces critères à partir des 5 derniers dossiers de patients traités et de donner leur avis sur la compréhension, la pertinence, l'utilité et la faisabilité de ces critères. Au total 16 professionnels ont participé à cette phase test, ce qui a permis de totaliser 74 observations des pratiques. Un représentant des usagers s'est également prononcé sur la compréhension du document.

La méthode précise est détaillée dans le guide méthodologique « Élaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles » publié par la HAS en mai 2007 ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)). Les différentes étapes de cette méthode sont résumées dans la figure 1. La fiche descriptive en fin de document permet de préciser les phases d'élaboration spécifiques à ce document.

## 4 Références

- Élaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. Guide méthodologique. HAS 2007- [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
- Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandation pour la pratique clinique. HAS 2007 - [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

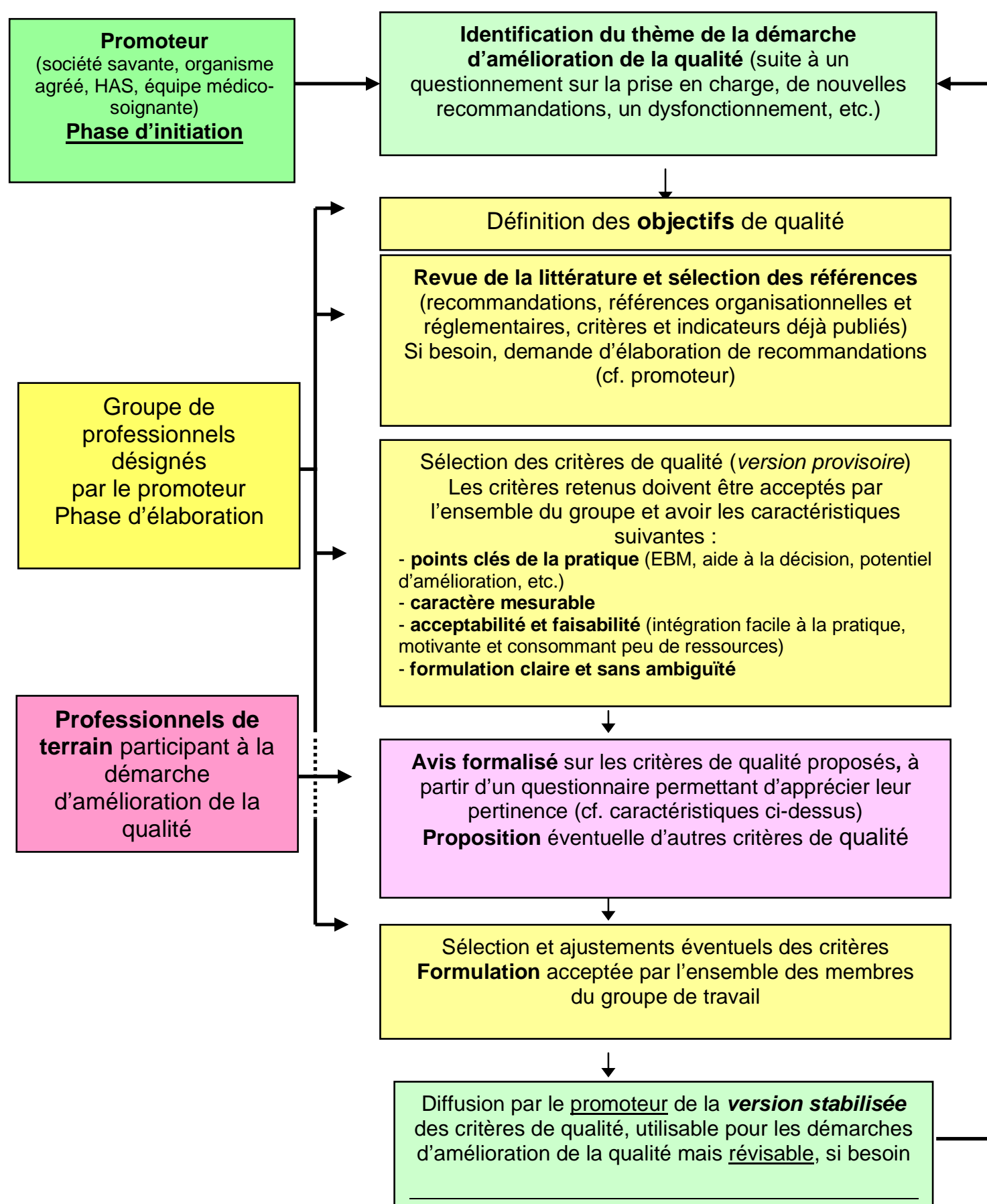


Figure 1. Déroulement général de la méthode d'élaboration de critères de qualité.



## Participants

### Groupe de travail

Mme Danielle Alexandre, diététicienne, Lille  
Dr Corinne Bouteloup, gastro-entérologue,  
nutritionniste, Clermont-Ferrand  
Dr Madeleine Favre, généraliste, Vincennes  
Pr Xavier Hébuterne, gastro-entérologue,  
nutritionniste, Nice  
Dr Jérôme Lurcel, généraliste, gériatre, Paris

Dr Aude Massoulard, médecin coordinateur  
réseau Linut, Limoges  
Mme Martine Nectoux, infirmière  
coordinatrice SSIAD, Montpellier  
Dr Agathe Raynaud-Simon, gériatre, Paris  
Dr Christine Revel, chef de projet, HAS,  
Saint-Denis

### Phase test

Dr Emmanuel Alix, gériatre, Le Mans  
M. Grégoire Audo, cadre supérieur de santé,  
Paris  
Dr Mounira Badi, gériatre, Lyon  
Mme Aurélie Baptiste, diététicienne, réseau  
Linut, Limoges  
Mme Jocelyne Bertoglio, diététicienne, Nice  
Dr Sylvie Chapiro, gériatre, Villejuif  
Mme Adeline Hasle, diététicienne, Blois  
Mme Sylvie Humbert, diététicienne HAD,  
Paris

Dr Dominique Huvent-Grelle, gériatre,  
généraliste, Lille  
Dr Marc Lamandé, gériatre, Tours  
Dr Jean-Marc Lecocq, gériatre, généraliste,  
Sugères  
Dr Yves Lequeux, généraliste, Saint-Père-en-  
Retz  
Dr Aline Marcheix, gériatre, Rochechouart  
Dr Sophie Olesker, généraliste, Antony  
Dr Patrick Ritz, nutritionniste, Angers  
Dr David Seguy, gastro-entérologue,  
nutritionniste, Lille

## Fiche descriptive

<b>TITRE</b>	<b>Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée</b>
<b>Type de document</b>	Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles
<b>But de la démarche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser l'implémentation des recommandations pour la pratique clinique sur le thème « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » (HAS, avril 2007)</li> <li>Aider les professionnels à optimiser la prise en charge des patients dénutris ou à risque de dénutrition en se fondant sur ces recommandations</li> </ul>
<b>Objectif(s) de qualité et de sécurité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépister la dénutrition chez toutes les personnes âgées de plus de 70 ans</li> <li>Confirmer le diagnostic de la dénutrition et estimer son degré de sévérité</li> <li>Mettre en œuvre une démarche thérapeutique précoce et adaptée</li> <li>Évaluer régulièrement l'observance, la tolérance et l'efficacité de la prise en charge de la dénutrition et réadapter si besoin la démarche thérapeutique à l'état clinique de la personne âgée</li> <li>Activer et coordonner la collaboration de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de la personne âgée dénutrie</li> </ul>
<b>Nombre de critères de qualité</b>	14
<b>Professionnel(s) concerné(s)</b>	Avant tout médecins gériatres, médecins généralistes, médecins nutritionnistes et gastro-entérologues
<b>Demandeur</b>	Haute Autorité de santé
<b>Promoteur</b>	Haute Autorité de santé, service des recommandations professionnelles
<b>Financement</b>	Fonds publics
<b>Pilotage du projet</b>	Dr Christine Revel, chef de projet, service des recommandations professionnelles de la HAS, sous la direction du Dr Najoua Mlika-Cabanne, adjointe du chef de service Secrétariat : Mme Isabelle Le Puil Recherche documentaire : Mme Mireille Cecchin, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols, service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique Pagès)
<b>Recherche documentaire</b>	Recherche documentaire actualisée depuis avril 2007
<b>Auteurs du document</b>	Membres du groupe de travail, participants à la phase test : cf. liste des participants
<b>Validation</b>	Avis de la commission Évaluation des stratégies de santé de la HAS Validation par le Collège de la HAS en janvier 2008.
<b>Documents d'accompagnement</b>	RPC « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » (HAS 2007) : synthèse des recommandations, recommandations et argumentaire scientifique téléchargeables gratuitement sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>