Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2016 **N°**

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

RICOIS Amélie
Née le 05/12/1984 à Chartres (28)

Présentée et soutenue publiquement le 02 juin 2016

Dépistage de la dénutrition dans les EHPAD : évaluation du suivi des recommandations de l'HAS (2007) dans les EHPAD d'Eure et Loir. Etude rétrospective en 2014

Jury

Président de Jury : **Madame le Professeur LEHR DRYLEWICZ Anne Marie**

Membres du jury : **Monsieur le Professeur MAILLOT François**
Monsieur le Professeur COLOMBAT Philippe
Monsieur le Docteur BIGARD Daniel
Monsieur le Docteur JOSEPH Bertrand
Madame le Docteur CHARTIER GELINEAU Aude

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS
Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE
Madame Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Professeur Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- *1966-1972*
Professeur André GOUAZÉ - *1972-1994*
Professeur Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Professeur Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES
Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Philippe BOUGNOUX
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P.BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – P. RAYNAUD – A. ROBIER – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J. THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM. ALISON Daniel.....Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian.....Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....Cardiologie
ARBEILLE Philippe.....Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....Cardiologie
BALLON Nicolas.....Psychiatrie ; addictologie
Mme BARILLOT Isabelle.....Cancérologie ; radiothérapie
MM. BARON Christophe.....Immunologie
BERNARD Louis .....Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles.....Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian.....Chirurgie infantile
Mme BONNET-BRILHAULT Frédérique.....Physiologie
MM. BRILHAULT Jean.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....Urologie
BUCHLER Matthias.....Néphrologie
CALAIS Gilles.....Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain.....Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry.....Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe.....Neurologie
COSNAY Pierre.....Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe.....Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....Nutrition
DE LA LANDE DE CALAN Loïc.....Chirurgie digestive
DE TOFFOL Bertrand.....Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....Anatomie
DIOT Patrice.....Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....Médecine interne, nutrition
DUMONT Pascal.....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....Réanimation d'urgence
FAUCHIER Laurent.....Cardiologie
FAVARD Luc.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard.....Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....Anatomie & cytologie pathologiques
FUSCIARDI Jacques.....Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
GAILLARD Philippe.....Psychiatrie d'adultes
GOGA Dominique.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....Rhumatologie
GRUEL Yves.....Hématologie, transfusion

GUERIF Fabrice.....Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILMOT Jean-Louis.....Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
GUYETANT Serge.....Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....Urologie
HALIMI Jean-Michel.....Thérapeutique
HANKARD Régis.....Pédiatrie
HERAULT Olivier.....Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....Radiologie et imagerie médicale
Mme HOMMET Caroline.....Médecine interne, gériatrie
MM. HUTEN Noël.....Chirurgie générale
LABARTHE François.....Pédiatrie
LAFFON Marc.....Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....Chirurgie infantile
LAURE Boris.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LEBRANCHU Yvon.....Immunologie
LECOMTE Thierry.....Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....Cancérologie, radiothérapie
LORETTE Gérard.....Dermato-vénéréologie
MACHET Laurent.....Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....Médecine interne, gériatrie
MARCHAND-ADAM Sylvain.....Pneumologie
MARRET Henri.....Gynécologie-obstétrique
Mme MARUANI Annabel.....Dermatologie-vénéréologie
MM. MEREGHETTI Laurent.....Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....Oto-rhino-laryngologie
Mme MOUSSATA Driffa.....Gastro-entérologie
MM. MULLEMAN Denis.....Rhumatologie
ODENT Thierry.....Chirurgie infantile
PAGES Jean-Christophe.....Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....Réanimation médical, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....Ophtalmologie
QUENTIN Roland.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis.....Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique.....Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SALAME Ephrem.....Chirurgie digestive
SALIBA Elie.....Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Mme SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....Biophysique et médecine nucléaire
MM. SIRINELLI Dominique.....Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....Pédiatrie
Mme TOUTAIN Annick.....Génétique
MM. VAILLANT Loïc.....Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....Anatomie
VOURC'H Patrick.....Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M. LEBEAU Jean-Pierre
Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. MALLET Donatien.....Soins palliatifs

POTIER Alain.....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ANGOULVANT Théodora.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
M. BAKHOS David.....Physiologie
Mme BERNARD-BRUNET Anne.....Cardiologie
M. BERTRAND Philippe.....Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle .....Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....Biochimie et biologie moléculaire
M. BOISSINOT Éric.....Physiologie
Mme CAILLE Agnès.....Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
M. DESOUBEAUX Guillaume.....Parasitologie et mycologie
Mmes DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie..Anatomie et cytologie pathologiques
M. GATAULT Philippe.....Néphrologie
Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.……Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM. HOARAU Cyrille.....Immunologie
HOURIOUX Christophe.....Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine.....Anatomie et cytologie pathologiques
MM. PIVER Eric.....Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent.....Physiologie
Mme SAINT-MARTIN Pauline.....Médecine légale et droit de la santé
MM. SAMIMI Mahtab.....Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.……Neurosciences
ESNARD Annick .....Biologie cellulaire
M. LEMOINE Maël.....Philosophie
Mme MONJAUZE Cécile.....Sciences du langage - orthophonie
M. PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
Mme RENOUX-JACQUET Cécile.....Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M. IVANES Fabrice.....Cardiologie

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M. BOUAKAZ Ayache.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes BRUNEAU Nicole.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM. CHARBONNEAU Michel.....Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
COURTY Yves.....Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
GAUDRAY Patrick.....Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes GOMOT Marie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GRANDIN Nathalie.....Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM. KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain.....Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme MARTINEAU Joëlle.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM. MAZURIER Frédéric.....Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
RAOUL William.....Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme RIO Pascale.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M. SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie
Mme DELORE Claire .....Orthophoniste
MM. GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier
MONDON Karl.....Praticien Hospitalier
Mme PERRIER Danièle.....Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie
Mme LALA Emmanuelle.....Praticien Hospitalier
M. MAJZOUB Samuel.....Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Mme Le Professeur LEHR-DRYLEWICZ

Je vous remercie de m'avoir accompagné durant l'internat de Médecine Générale en étant ma tutrice.
Merci de me faire l'honneur d'être la Présidente du Jury de ma thèse.
Je vous remercie également pour votre engagement pour la valorisation de la Médecine Générale, notamment au sein du DUMG de Tours.

A Mr Le Professeur MAILLOT

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. J'ai vraiment apprécié travailler à vos côtés lors de mon premier stage en tant qu'interne dans votre service.

A Mr Le Professeur COLOMBAT

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse sans me connaître. Je vous suis reconnaissante pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Mr Le Docteur BIGARD

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Vous m'avez transmis beaucoup de compétences durant mes deux stages dans votre cabinet (et vous m'en transmettez encore !) et je partage votre vision de la Médecine Générale.
Je suis très heureuse de pouvoir m'installer à vos côtés à La Loupe.

A Mr le Docteur JOSEPH

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Vous m'avez transmis beaucoup de compétences durant mon stage dans votre cabinet et je partage votre vision de la Médecine Générale.

A Mme le Docteur CHARTIER GELINEAU

Aude, merci beaucoup pour ton aide dévouée et tes conseils précieux pour la réalisation de ce travail. Sans toi ce travail n'aurait pas pu être terminé à temps. Tu remerciera aussi ton mari pour son analyse critique contributive des résultats et ta sœur pour l'aide à la traduction du résumé en anglais.
Je te remercie également pour ta contribution à la défense de la Médecine Générale en Eure et Loir, notamment auprès des internes.

A toutes les personnes qui m'ont reçu au sein des EHPAD

Aux EHPAD qui ont accepté de participer
Sans vous ce travail n'aurait pas été possible, j'espère qu'il contribuera à améliorer les pratiques et à renforcer le travail déjà effectué au sein de chaque EHPAD.

Au patients,

Qui me confortent tous les jours d'avoir choisi ce métier difficile mais tellement formidable qu'être Médecin Généraliste.

A Mr le Dr PUIS et à Mme le Dr CASADEI-PUIS,
Merci de me transmettre votre patientèle et de me permettre de m'installer dans des conditions optimales à La Loupe. J'espère poursuivre aussi bien que vous le travail accompli depuis de nombreuses années.

A Christiane,
Une secrétaire au top, qui me permet d'avoir un planning de consultations correct malgré les contraintes locales dues à la pénurie de médecins.

A mes grands parents,
Merci de m'avoir transmis des valeurs d'écoute, de partage, de respect de l'autre, d'humilité.
Une pensée pour papi Urbain qui aurait été tellement heureux de me savoir Docteur en médecine.

A mes sœurs Pauline et Christelle,
Merci de m'avoir supporté durant ces longues années d'études. Les dissections du poulet à table le week end étaient vraiment sympa ! Continuez à être comme vous êtes, ne changez rien !

A mes parents,
Merci de m'avoir transmis la passion de la médecine, de soigner des patients. Je vous suis très reconnaissante de m'avoir permis de pouvoir choisir un métier qui me plait.
Sans votre amour et votre soutien je n'aurai pas pu aller au bout de ces longues études, alors je vous remercie.

A Nicolas, mon compagnon,
Merci de m'avoir supporté durant toutes ces années d'études et de me permettre de faire le métier que j'aime en acceptant que je sois peu présente à la maison. Ton amour et ta bienveillance m'aident à avancer tous les jours.
Tu m'as donné les beaux enfants dont je rêvais et je te serai toujours reconnaissante.

A Armand et Pierre, mes enfants,
Merci d'avoir attendu au chaud afin que je puisse terminer une partie du recueil de données de ce travail avant d'accoucher. Vous me faites découvrir jour après jour la joie d'être maman.

TABLE DES MATIERES

I.INTRODUCTION.....p 12

II.MATERIELS ET METHODES.....p 14

III.RESULTATS.....p 16
1.Caractéristiques des EHPAD étudiés.....p 16
- 1.1.Milieu rural/urbain
- 1.2.EHPAD public/privé/associatif
- 1.3.Structure soins palliatifs sur place
- 1.4.Proportion de décès par EHPAD en 2014
- 1.5.GIR Moyen Pondéré (GMP) en 2014
- 1.6.GIR moyen par EHPAD en 2014
- 1.7.Médecin coordonnateur de l'EHPAD et part temps
- 1.8.Informatisation du dossier résident et prescriptions informatisées
- 1.9.Présence d'une diététicienne au sein de l'EHPAD
- 1.10.CLAN et protocole de dépistage de la dénutrition
- 1.11.Balances dans les EHPAD
- 1.12.Référent dénutrition

2.Caractéristiques des résidents tirés au sort..... p 21
- 2.1.Age
- 2.2.GIR
- 2.3.Sexe

3.Critères de dépistage de la dénutrition selon les recommandations de l'HAS avril 2007.p 22
- 3.1.Pesée initiale
- 3.2.Taille initiale
- 3.3.Calcul de l'IMC
- 3.4.Pesée mensuelle
- 3.5.Réalisation du MNA
- 3.6.Fiche de surveillance alimentaire
- 3.7.Identification d'une pathologie à risque de dénutrition
- 3.8.Autres données
  - 3.8.1.Avis diététicienne
  - 3.8.2.Régime supplémenté en apport protéiné
  - 3.8.3.Réalisation du dosage de l'albumine en 2014

4.Recherche de facteurs pouvant expliquer une hétérogénéité des pratiques entre les établissements concernant le dépistage de la dénutrition..... p 25
- 4.1.Facteurs EHPAD dépendants
  - 4.1.1.Milieu de l'EHPAD : rural ou urbain
  - 4.1.2.Type d'EHPAD : associatif, privé ou public
  - 4.1.3.Proportion de décès en 2014
  - 4.1.4.GMP en 2014 (GIR Moyen Pondéré)
  - 4.1.5.Part temps du médecin coordonnateur
  - 4.1.6.Informatisation du dossier résident
  - 4.1.7.Prescriptions médicales informatisées
  - 4.1.8.Présence d'une diététicienne
  - 4.1.9.Présence d'un CLAN ou participation à un CLAN
  - 4.1.10.Existence d'un protocole de dépistage de la dénutrition formalisé
  - 4.1.11.Nombre de balances rapporté au nombre de résidents
  - 4.1.12.Existence d'un référent de la dénutrition

4.2.Facteur résident dépendant
4.2.1.Age
4.2.2.GIR
4.2.3.Sexe

IV.DISCUSSION.....p 33
1. Critiques de l'étude.....p 33
2.Analyse des résultats.....p 34
2.1.Objectif principal
2.1.1.Pesée initiale
2.1.2.Taille initiale
2.1.3.Calcul de l'IMC
2.1.4.Pesée mensuelle
2.1.5.Réalisation du MNA
2.1.6.Fiche de surveillance alimentaire
2.1.7.Identification d'une pathologie à risque de dénutrition
2.2.Autres données
2.2.1.Avis diététicienne
2.2.2.Régime supplémenté en apport protéiné
2.2.3.Réalisation du dosage de l'albumine en 2014
2.2.4.Lits identifiés soins palliatifs
2.3.Objectif secondaire
2.3.1.Présence d'une diététicienne
2.3.2.Présence d'un CLAN ou participation à un CLAN
2.3.3.Part temps du médecin coordonnateur
2.3.4.Autres sous groupes étudiés
3.Autres remarques.....p 42

V.CONCLUSION.....p 43

VI. REFERENCES.....p 44

ANNEXES
Annexe 1 : le Mini Nutritionnal Assessment (MNA)……. P 47

Annexe 2 : synthèse des recommandations de l'HAS…….. p 48

Annexe 3 : courrier de demande de recueil de données envoyé aux EHPAD… .. p 49

Annexe 4 : affiche pour le consentement des résidents……. P 50

Annexe 5 : fiche de recueil de données EHPAD……. P 51

Annexe 6 : fiche de recueil de données résidents…… p.52

I.INTRODUCTION

La dénutrition protéino-énergétique est un état pathologique qui résulte d'un déficit persistant des apports nutritionnels par rapport aux besoins de l'organisme. La dénutrition dans les EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) en France est fréquente puisqu'elle concerne 15 à 38% des résidents des EHPAD, soit 100 000 à 200 000 personnes vivant en EHPAD [1;2].

C'est un enjeu de santé publique quand on sait qu'elle représente un coût important étant donné qu'elle :
-multiplie par 2 à 4 la durée d'hospitalisation,
-multiplie par 2 à 6 le risque de pathologie infectieuse,
-multiplie par 2 à 8 le risque de mortalité,
-favorise les escarres,
-favorise les fractures suite à une chute,
-conduit à un amaigrissement avec fonte musculaire et risque de chute [3].

C'est pourquoi la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce de la dénutrition des personnes âgées, constituent aujourd'hui un enjeu majeur. Leur efficacité est démontrée dans une méta-analyse [4].

Une étude auprès de 40 EHPAD de Poitou-Charentes réalisée par l'ARS [5] en 2003 montre que pour la majorité des résidents de ces établissements, il n'y a pas de calcul du MNA (Mini Nutritional Assessment) [annexe 1] ni de l'IMC (Indice de Masse Corporelle).
Cette analyse est confirmée par le CNA (Conseil National de l'Alimentation) en 2005 [6].

En avril 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) émet des recommandations sur la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [7] [synthèse des recommandations en annexe 2], avec notamment l'identification des personnes âgées et les situations à risque de dénutrition, et les outils de dépistage de la dénutrition chez la personne âgée. Ces recommandations concernent le dépistage et la prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées de plus de 70 ans vivant à domicile, en institution ou hospitalisées.
Les modalités du dépistage de la dénutrition selon les recommandations de l'HAS sont les suivantes :

-Le dépistage est recommandé chez toutes les personnes âgées et doit être réalisé au minimum à l'admission puis une fois par mois en institution.

-Chez les personnes âgées à risque de dénutrition, le dépistage est plus fréquent, en fonction de l'état clinique de la personne et de l'importance du risque.

Le dépistage de la dénutrition repose sur :
-la recherche de situations à risque de dénutrition ;
-l'estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires ;
-la mesure du poids ;
-l'évaluation de la perte de poids par rapport au poids antérieurs ;
-le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC)

Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire comportant au minimum la recherche de situations à risque de dénutrition et le poids, tel que le Mini Nutritional Assessment (MNA) [annexe 1].

En ce qui concerne le poids, il est particulièrement recommandé de peser les personnes âgées en institution : à l'entrée, puis au moins une fois par mois, si possible en sous-vêtements et avec une méthode adaptée à la mobilité de la personne.
La prise en charge de la dénutrition est effectuée de manière multidisciplinaire, supervisée par le médecin coordonnateur.

O.Trinh montre par une étude rétrospective observationnelle sur 8 EHPAD du Nord Finistère en 2008 que le poids est très fréquemment renseigné, mais que la surveillance mensuelle du poids n'est retrouvée que dans un seul établissement sur les 8 [8].
En 2011, D. Mallay démontre que la méthodologie de dépistage de la dénutrition dans son EHPAD de 170 résidents (Louhans), avec calcul de l'IMC, pesée mensuelle et réalisation du MNA est trop lourde pour l'appliquer à tous les résidents de son EHPAD[9].

Nous cherchons à savoir si 7 ans après la publication des recommandations de l'HAS, les EHPAD d'Eure et Loir réussissent à organiser le dépistage de la dénutrition.
L'objectif principal de l'étude est de rechercher si en 2014, les EHPAD d'Eure et Loir suivent les recommandations émises par l'HAS en avril 2007 concernant le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.
L'objectif secondaire de l'étude est d'identifier des facteurs pouvant expliquer une hétérogénéité des pratiques entre les établissements.

II.MATERIELS ET METHODES

Un courrier de demande de recueil de données est envoyé le 18/12/2014 [annexe 3] à tous les EHPAD de l'Eure et Loir, selon la liste fournie par le Conseil Général d'Eure et Loir, avec un courrier réponse à renvoyer pour acceptation ou non de notre intervention.
Sur les 51 établissements (30 publics/11 privés/10 associatives), 24 répondent favorablement.
Par la suite 3 se désistent lors de la prise de rendez vous par manque de temps ou départ à la retraite du médecin coordonnateur non remplacé. Pour un EHPAD aucune donnée n'est retrouvée lors du recueil de données sur place : nous décidons de l'exclure.
L'étude porte donc sur 20 EHPAD de l'Eure et Loir, dont 12 publics, 3 privés et 5 associatifs.

Afin d'obtenir un consentement de participation des résidents des EHPAD concernant l'étude de leur dossier, une affiche est envoyée à toutes les EHPAD ayant répondu favorablement afin d'informer les résidents qu'un recueil concernant leurs données allaient avoir lieu, et leur permettre de s'opposer au recueil de données les concernant en informant la direction de leur EHPAD [annexe 4].
Il est convenu d'un rendez vous sur site pour étude des dossiers médicaux et recueil des données de mai 2015 à janvier 2016. Les données concernant les EHPAD et les résidents sont recueillies de manière anonyme [annexes 5 et 6].

Les résidents inclus dans l'étude doivent avoir les caractéristiques suivantes :

-être présent dans l'EHPAD du 01/01/2014 au 31/12/2014 (sauf période d'hospitalisation)
-avoir plus de 70 ans au 01/01/2014, selon les recommandations HAS
-ne pas refuser que l'on étudie leur dossier médical.

Le tirage au sort de 10% des résidents inclus est réalisé sur place le jour du recueil de données, après numérotation de la liste par ordre alphabétique du nom de famille des résidents inclus, et tirage au sort par le logiciel EXCEL du numéro correspondant (aléa entre bornes).

Les données suivantes concernant les résidents sont relevées, dont les critères du dépistage de la dénutrition de l'HAS de 2007 : [fiche recueil de données résidents en annexe n°5]

-date de naissance,
-sexe,
-présence d'une taille initiale dans le dossier,
-présence d'un poids de référence dans le dossier,
-présence de l'IMC,
-nombre de pesées en 2014,
-durée d'hospitalisation en 2014,
-Groupe Iso-Ressource (GIR) du résident en 2014,
-calcul du MNA en 2014,
-identification d'une pathologie à risque de dénutrition clairement annoté dans le dossier,
-fiche de surveillance alimentaire en 2014,
-avis diététicien(ne) en 2014,
-régime supplémenté en 2014,
-nombre de dosages d'albumine en 2014, et valeurs mesurées.

Un recueil de données concernant les caractéristiques de l'EHPAD est également réalisé. Les données suivantes sont relevées : [fiche recueil de données EHPAD en annexe n°6]

-Capacité totale d'hébergement, dont lits d'hébergement maladie Alzheimer ou apparenté, lits en accueil de jour, et lits en hébergement temporaire,

-Milieu rural ou urbain de l'EHPAD,

-EHPAD privé/associatif/public,

-Structure soins palliatifs dans l'établissement,

-Nombre de résidents décédés en 2014,

-GIR Moyen Pondéré (GMP) en 2014 :

Le GMP est un indicateur synthétique de besoin moyen en soins de base par individu dans une population.

Plus il est élevé, plus le niveau de dépendance est élevé (cf tableau n°1) [10].

Tableau 1 : temps quotidiens de soins nécessaires par GIR :

GIR	1	2	3	4	5	6
TEMPS (en minutes)	210mn	176mn	139 mn	88 mn	53 mn	15 mn

-Informatisation du dossier résident,

-Prescriptions médicales informatisées,

-Présence d'un médecin coordonnateur, avec son équivalent temps plein (ETP),

-Présence d'un cadre infirmier ou d'une infirmière coordonnatrice,

-Présence d'un(e) diététicien(ne) et son ETP,

-Présence d'un Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) dans l'établissement ou travail avec le CLAN d'un autre établissement,

-Existence d'un protocole de dépistage de la dénutrition,

-Identification du professionnel réalisant les pesées au sein de l'EHPAD,

-Nombre total de balance et type de balances utilisées dans l'EHPAD,

-Présence d'un référent pour la dénutrition, et identification de son poste de travail,

-ETP infirmier (IDE)/aide soignant (AS)/agent des services hospitaliers (ASH), et ETP remplaçant, journées d'absentéisme.

L'analyse statistique est réalisée grâce au logiciel Biostatgv [11].

Les résidents sont tirés au sort en double aveugle, nous considérons que les variables suivent la loi normale (distribution homogène).

Les moyennes sont comparées par le test de Student pour 2 moyennes, par analyse des variances pour plus de 2 moyennes.

La comparaison de proportion est effectuée à l'aide d'un test de Chi-2.

Les variables quantitatives sont comparées à l'aide du coefficient de corrélation r de Pearson.

Le seuil de significativité est fixé à 0,05.

III.RESULTATS

1.Caractéristiques des EHPAD étudiés

Pour rappel les 51 EHPAD (30 publics/11 privés/10 associatifs) d'Eure et Loir sont sollicités. Parmi eux, 24 répondent favorablement. Puis 3 se retirent par manque de temps et 1 est exclu par absence de données disponibles. L'étude porte sur 20 EHPAD.

Tableau 2 : caractéristiques des EHPAD étudiés :

Numéro de l'EHPAD	Milieu Rural/ Urbain	Type d'EHPAD	Proportion de résidents décédés en 2014	GMP	GIR moyen des résidents tirés au sort	Présence médecin coordonnateur	ETP médecin coordonnateur
1	Rural	Public	20/80 (25%)	802	2,5	OUI	0,40
2	Urbain	Privé	24/86 (28%)	734	2	NON	X
3	Rural	Associatif	10/62 (16%)	676	3,2	OUI	0,35
4	Urbain	Privé	21/78 (27%)	616	1,83	OUI	0,50
5	Urbain	Associatif	NSP*	NSP*	2,23	OUI	NSP*
6	Urbain	Public	50/184 (27%)	810	2,11	OUI	0,50
7	Urbain	Public	31/171 (18%)	694	2,31	OUI	0,50
8	Rural	Public	10/89 (11%)	699	2,50	OUI	0,53
9	Rural	Privé	22/80 (28%)	NSP*	2,20	OUI	0,40
10	Urbain	Public	23/97 (24%)	762	2,22	OUI	0,40
11	Urbain	Public	11/60 (18%)	838	2	OUI	0,30
12	Urbain	Public	19/83 (23%)	738	2	OUI	0,30
13	Rural	Public	28/120 (23%)	691	2,08	OUI	0,60
14	Rural	Public	9/94 (10%)	675	1,88	OUI	0,50
15	Urbain	Associatif	19/104 (18%)	792	2,22	OUI	0,40
16	Urbain	Public	31/128 (24%)	731	2	OUI	0,50
17	Urbain	Public	5/26 (19%)	NSP*	2,25	OUI	0,14
18	Urbain	Associatif	NSP*	NSP*	2,8	OUI	0,60
19	Rural	Public	NSP*	NSP*	2,75	OUI	NSP*
20	Rural	Associatif	9/61 (15%)	787	2,29	OUI	0,30

*NSP : Ne Sait Pas (donnée manquante non fournie par l'EHPAD)

1.1. Milieu rural/urbain

Le milieu rural correspond aux villes de moins de 2000 habitants, le milieu urbain aux villes de plus de 2000 habitants (selon l'INSEE).
Parmi les EHPAD étudiés, 8 sont en milieu rural (40%) et 12 en milieu urbain (60%)
(cf tableau n°2).

1.2. EHPAD public/privé/associatif

La proportion des EHPAD d'Eure et Loir est de :

- -30 EHPAD publics (59%),
- -11 EHPAD privés (22%),
- -10 EHPAD associatifs (20%).

Sur les 20 EHPAD ayant accepté de participer à l'étude, il y a :

- -12 EHPAD publics (60%),
- -3 EHPAD privés (15%),
- -5 EHPAD associatifs (25%).

1.3. Structure soins palliatifs sur place

Aucun des EHPAD n'a de lit identifié soins palliatifs dans leur structure.

1.4. Proportion de décès par EHPAD en 2014

La proportion de résidents décédés en 2014 est de 10% à 28%, avec absence de données recueillies pour 3 EHPAD (cf tableau n°2).

1.5. GIR Moyen Pondéré (GMP) en 2014

Le GMP varie de 616 à 802 pour les EHPAD étudiés. Le GMP moyen des EHPAD publiques est de 744, celui des EHPAD associatifs est de 752 et celui des EHPAD privés est de 675.
Plus le GMP est élevé, plus le niveau de dépendance des résidents est élevé (cf tableau n°1).
Il y a 5 EHPAD pour lesquels le GMP en 2014 n'a pas pu être fourni (cf tableau n°2).

1.6. GIR moyen par EHPAD en 2014

Le GIR moyen par EHPAD des résidents tirés au sort est de 1,83 à 3,2 en 2014 (cf tableau n°2).

1.7. Médecin coordonnateur de l'EHPAD et part temps

1 EHPAD n'a pas de médecin coordonnateur propre (il y en avait un pour le regroupement d'EHPAD).
Parmi ceux ayant un médecin coordonnateur, l'équivalent temps plein est de 0,14 à 0,60 (cf tableau n°2).

1.8. Informatisation du dossier résident et prescriptions informatisées

Tableau n°3 : informatisation :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Dossier résident informatisé	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
Prescriptions médicales informatisées	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI

4 EHPAD sur les 20 (20%) n'ont pas de dossier patient informatisé, dont 3 sur les 20 (15%) n'ont pas de prescriptions médicales informatisées (cf tableau n°3).

1.9. Présence d'un(e) diététicien(ne) au sein de l'EHPAD

Tableau n°4 : présence d'un(e) diététicien(ne) par EHPAD :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Présence d'un(e) diététicien(ne)	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	NON	NON	NON	NON

Il y a un(e) diététicien(ne) qui intervient dans 6 EHPAD sur les 20 en 2014, soit 30% des EHPAD (cf tableau n°4).

1.10. CLAN et protocole de dépistage de la dénutrition

Tableau n°5 : CLAN et protocole de dépistage de la dénutrition :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Présence d'un CLAN ou participation à un CLAN	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON
Protocole de dépistage de la dénutrition	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI

7 EHPAD sur 20 (35%) ont un CLAN dans l'établissement ou participent au CLAN d'un établissement voisin (cf tableau n°5).
12 EHPAD sur 20 (60%) ont un protocole de dépistage de la dénutrition formalisé de manière écrite dans leur établissement (cf tableau n°5).
3 EHPAD sur les 7 participant à un CLAN ont une diététicienne qui intervient (43%).

1.11.Balances dans les EHPAD

Tableau n°6 : nombre de balances par rapport au nombre de résidents :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nombre de balances rapporté au nombre de résidents	2/80 = 0,025	4/86 = 0,047	1/62 = 0,016	3/78 = 0,038	NSP*	4/184 = 0,022	2/171 = 0,012	5/89 = 0,056	2/80 = 0,025	1/97 = 0,010	2/60 = 0,033	3/83 = 0,036	4/120 = 0,033	8/95 = 0,084	2/104 = 0,019	7/128 = 0,055	1/26 = 0,038	4/106 = 0,038	3/125 = 0,024	2/61 = 0,033

*NSP : Ne Sait Pas (donnée manquante non fournie par l'EHPAD)

La part de balance par patient est de 0,010 (EHPAD n°10) à 0,084 (EHPAD n°15) (cf tableau n°6).

Tableau n°7 : descriptif du type de balance utilisé par EHPAD :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nombre de balances	2	4	1	3	NSP*	4	2	5	2	1	2	3	4	8	2	7	1	4	3	2
Balance standard	0	2	0	1	NSP*	2	0	1	0	0	0	0	2	4	0	6	0	0	0	0
Plateforme de pesée	1	0	1	1	NSP*	0	0	2	1	1	0	1	0	0	2	1	0	1	0	1
Chaise de pesée	1	2	0	0	NSP*	1	2	1	1	0	1	2	2	3	0	0	0	3	3	1
Lève malade avec système de pesée	0	0	0	1	NSP*	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0

*NSP : Ne Sait Pas (donnée manquante non fournie par l'EHPAD)

Toutes les EHPAD sauf la n°17 possèdent au moins 2 types de balances différentes parmi balance standard, plateforme de pesée, chaise de pesée, lève malade avec système de pesée intégré (cf tableau n°7).

1.12.Référent dénutrition

Il existe un référent dénutrition dans 15 EHPAD sur les 20.

Parmi les 15 EHPAD, le poste est occupé par :

-le médecin coordonnateur dans 3 EHPAD,

-la diététicienne dans 2 EHPAD,

-une IDE dans les 10 EHPAD restant (dont pour un EHPAD tâche réalisée par une infirmière diplômée d'état et une aide soignante).

2.Caractéristiques des résidents tirés au sort

Tableau n°8 : caractéristiques des résidents tirés au sort :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Age moyen	84,8	86,8	87,2	86,2	78,1	82,6	86,8	86,3	89,2	85,2	80	86,3	84,7	90,6	84,1	87,8	89	85,5	89,5	88,3
GIR moyen	2,5	2	3,2	1,83	2,23	2,11	2,31	2,5	2,2	2,22	2	2	2,08	1,88	2,22	2	2,25	2,8	2,75	2,29
% hommes	33	33	80	33	31	22	18	38	20	11	40	22	25	22	22	8	0	9	0	29
% femmes	67	67	20	67	69	78	82	62	80	89	60	78	75	78	78	92	100	91	100	71

2.1.Age

La moyenne d'âge des 166 résidents tirés au sort est de 85,95 ans, (médiane 86,3 ans, écart type 3,09 ans) (cf tableau n°8).

2.2.GIR

Le GIR moyen est de 2,27 (médiane 2,22, écart type 0,34) (cf tableau n°8).

2.3.Sexe

Parmi les résidents tirés au sort des 20 EHPAD, il y a :

-24,8% d'hommes (médiane 22, écart type 17,4)

-75,2% de femmes (médiane 78, écart type 17,4), (cf tableau n°8)

3.Critères de dépistage de la dénutrition selon les recommandations de l'HAS avril 2007

3.1.Pesée initiale

Tableau n°9 : Pesée initiale :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nb de résidents inclus	6	6	5	6	13	9	17	8	5	9	5	9	12	9	9	12	4	11	4	7
Pesée initiale (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

100% des résidents tirés au sort ont une pesée initiale dans le dossier médical, soit 166 résidents (cf tableau n°9).

3.2.Taille initiale

Tableau n°10 : Taille dans le dossier :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL
Nb de résidents inclus	6	6	5	6	13	9	17	8	5	9	5	9	12	9	9	12	4	11	4	7	166
Présence de la taille dans le dossier (nombre)	6	6	5	6	13	9	9	8	5	9	5	9	0	9	9	12	3	0	4	4	131
Présence de la taille dans le dossier (%)	100	100	100	100	100	100	53	100	100	100	100	100	0	100	100	100	75	0	100	57	79

15 EHPAD sur les 20 (75%) ont 100% des tailles renseignées dans le dossier médical pour les résidents tirés au sort.
131 résidents sur les 166 tirés au sort ont une taille renseignée dans le dossier médical (soit 79%).
2 EHPAD sur les 20 (10%) n'ont aucune taille relevée dans le dossier médical des résidents tirés au sort (cf tableau n°10).

3.3.Calcul de l'IMC

Tableau n°11 : calcul de l'IMC dans le dossier

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL
Nb de résidents inclus	6	6	5	6	13	9	17	8	5	9	5	9	12	9	9	12	4	11	4	7	166
Calcul de l'IMC (nombre)	6	6	5	6	13	9	0	8	5	9	5	9	0	0	9	12	1	0	4	4	111
Calcul de l'IMC (%)	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	100	100	0	0	100	100	25	0	100	57	67

14 EHPAD sur les 20 (70%) ont 100% des IMC calculés dans le dossier pour les résidents tirés au sort.
4 EHPAD sur les 20 (20%) ne font aucun calcul d'IMC.
67% des résidents tirés au sort ont un calcul d'IMC dans leur dossier médical (cf tableau n°11).

3.4.Pesée mensuelle

Tableau n°12 : moyenne du nombre de pesées en 2014 par EHPAD :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nb de résidents inclus	6	6	5	6	13	9	17	8	5	9	5	9	12	9	9	12	4	11	4	7
Moyenne du nombre de pesées en 2014	11	12	5	15	11	11	9	21	15	12	11	7	7	12	12	11	1	11	8	10

En moyenne, les EHPAD d'Eure et Loir pèsent leurs résidents 10,6 fois en 2014 (minimum 1fois/ maximum 21 fois) (cf tableau n°12).
13 EHPAD sur les 20 pèsent en moyenne les résidents tirés au sort 11 fois et plus en 2014 (soit 65% des EHPAD).

Tableau n°13 : répartition du nombre de pesées en 2014 par EHPAD :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL
Nb de résidents inclus	6	6	5	6	13	9	17	8	5	9	5	9	12	9	9	12	4	11	4	7	166
Nb de résidents >12 pesées en 2014		1		2				5	3	2				3							16 (9,6%)
Nb de résidents 11 à 12 pesées en 2014	6	3		4	6	6	7	2	1	7	3		1	4	9	9		6		4	78 (47,0%)
Nb de résidents 9 à 10 pesées en 2014		2			7	1	4	1	1		2		1	2		2		4	2	1	30 (18,1%)
Nb de résidents 7 à 8 pesées en 2014						2	3					6	4					1	1	2	19 (11,5%)
Nb de résidents 6 pesées en 2014												3	4						1		8 (4,8%)
Nb de résidents <6 pesées en 2014			5				3						2			1	4				15 (9,0%)

Parmi les résidents tirés au sort :
-94 (56,6%) sont pesés 11 fois ou plus en 2014, dont 16 (9,6%) bénéficient de plus de 12 pesées,
-30 (18,1%) sont pesés entre 9 et 10 fois en 2014,
-19 (11,5%) sont pesés entre 7 et 8 fois en 2014,
-8 (4,8 %) sont pesés 6 fois en 2014,
-15 (9%) sont pesés moins de 6 fois en 2014 (cf tableau n°13).

3.5.Réalisation du MNA

Le MNA en 2014 est calculé chez uniquement 50% des résidents tirés au sort dans l'EHPAD n°4 (3 résidents) et n°19 (2 résidents) en 2014.
Pour les autres EHPAD, le MNA n'est calculé pour aucun résident en 2014.

3.6. Fiche de surveillance alimentaire

Tableau n°14 : répartition des fiches de surveillance alimentaire dans les EHPAD où elles ont pu être retrouvées :

N° EHPAD	4	5	10	11	12	17	19
Nb de résidents inclus	6	13	9	5	9	4	4
Pourcentage de résidents tirés au sort ayant eu une fiche de surveillance alimentaire	50%	8%	56%	20%	11%	50%	25%

Des fiches de surveillance alimentaire sont retrouvées dans 7 EHPAD sur les 20 (35%), selon la répartition du tableau n°14.

3.7. Identification d'une pathologie à risque de dénutrition

Seule l'EHPAD n°10 a une case spéciale à cocher à l'entrée en EHPAD dans le dossier qui stipule si le résident est à risque de dénutrition.
Pour les autres EHPAD, même si le risque de dénutrition est sous entendu, il n'est pas clairement noté dans le dossier médical.

3.8. Autres données

3.8.1. Avis diététicien(ne)

Un avis personnalisé par un(e) diététicien(ne) n'est retrouvé que dans 3 EHPAD :
- la n°5 : 8% des résidents tirés au sort en bénéficient,
- la n°14 : 11% des résidents tirés au sort en bénéficient,
- la n°19 : 25% des résidents tirés au sort en bénéficient.

3.8.2. Régime supplémenté en apport protéiné

Tableau n° 15 : pourcentage de résidents tirés au sort ayant reçu un régime supplémenté en 2014 :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nb de résidents inclus	6	6	5	6	13	9	17	8	5	9	5	9	12	9	9	12	4	11	4	7
Pourcentage de résidents tirés au sort ayant eu un régime supplémenté en 2014	NSP*	NSP	20%	NSP	8%	44%	0%	38%	40%	56%	0%	56%	17%	33%	100%	0	50%	NSP	25%	14%

*NSP : Ne Sait Pas (donnée manquante non retrouvée sur site)

0% à 100% des résidents tirés au sort par EHPAD bénéficient d'un régime supplémenté en apport protéique en 2014 (cf tableau n°15).

3.8.3. Réalisation du dosage de l'albumine en 2014

Tableau 16 : Pourcentage de résidents tirés au sort ayant au moins 1 dosage de l'albuminémie en 2014 :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nb de résidents inclus	6	6	5	6	13	9	17	8	5	9	5	9	12	9	9	12	4	11	4	7
Pourcentage de résidents tirés au sort ayant eu au moins 1 dosage de l'albuminémie en 2014	50%	0%	20%	33%	100%	100%	53%	37,5%	100%	33%	20%	11%	17%	100%	44%	100%	75%	18%	75%	14%

Le dosage de l'albuminémie n'est pas un critère de dépistage de la dénutrition mais un critère diagnostique. Il est réalisé dans les EHPAD de manière variable selon les établissements : chez 100% des résidents tirés au sort à aucun dans certaines EHPAD
(moyenne de 50% des résidents tirés au sort, médiane 41,6%, écart-type 35,3%) (cf tableau n°16).

4.Recherche de facteurs pouvant expliquer une hétérogénéité des pratiques entre les établissements concernant le dépistage de la dénutrition

Les recommandations de l'HAS d'Avril 2007 recommandent de peser mensuellement les résidents en EHPAD. Pour la suite de l'étude, nous considérons qu'un résident pesé 11 fois et plus sur l'année 2014 correspond à un respect de cette recommandation.

4.1.Facteurs EHPAD dépendants

4.1.1.Milieu de l'EHPAD : rural ou urbain

Y a t-il une corrélation entre le milieu de l'EHPAD (rural/urbain) et la réalisation de pesées mensuelles ?

Test de Chi^2 (comparaison de variables quantitatives) :
Hypothèse H0 : il y a autant de pesées mensuelles réalisées dans le groupe des résidents appartenant aux EHPAD en milieu rural et en milieu urbain.

Tableau de contingence n°17 :

	Respect des recommandations (pesée au moins 11 fois en 2014)	Non respect des recommandations (moins de 11 pesées en 2014)	Total
EHPAD en milieu rural	29 résidents	27 résidents	56 résidents
EHPAD en milieu urbain	63 résidents	47 résidents	110 résidents
Total	92 résidents	74 résidents	166 résidents

Q observée : 0,45
p-value (probabilité critique) : 0,5013
Le p-value est supérieur au seuil α fixé de 0,05 : le test est non significatif, on ne peut pas rejeter H0. On ne peut pas conclure sur la corrélation entre le milieu de l'EHPAD et la réalisation de pesées mensuelles.

4.1.2.Type d'EHPAD : associatif, privé ou public

Y a t-il une corrélation entre le type d'EHPAD et la réalisation de pesées mensuelles ?

Test de Chi^2 (comparaison de variables quantitatives) avec correction de Yates :
Hypothèse H0 : le pourcentage de pesées mensuelles est identique dans les groupes EHPAD associatif, privé et public.

Tableau de contingence n°18 :

	Respect des recommandations (pesée au moins 11 fois en 2014)	Non respect des recommandations (moins de 11 pesées en 2014)	Total
EHPAD associatifs	25 résidents	20 résidents	45 résidents
EHPAD privés	13 résidents	4 résidents	17 résidents
EHPAD publics	54 résidents	50 résidents	104 résidents
Total	92 résidents	74 résidents	166 résidents

Q observée : 3,56
p-value (probabilité critique) : 0,1682
Le p-value est supérieur au seuil α fixé de 0,05 : le test est non significatif, on ne peut pas rejeter H0. On ne peut pas conclure sur la corrélation entre le type d'EHPAD la réalisation de pesées mensuelles.

Pour confirmer ce résultat, nous réalisons une analyse sans sous groupe :

Test de Chi^2 (comparaison de variables quantitatives) avec correction de Yates :
Hypothèse H0 : le pourcentage pesées mensuelles est identique dans le groupe EHPAD associatifs et publics que dans le groupe EHPAD privés.

Tableau de contingence n°19 :

	Respect des recommandations (pesée au moins 11 fois en 2014)	Non respect des recommandations (moins de 11 pesées en 2014)	Total
EHPAD associatifs et publics	79 résidents	70 résidents	149 résidents
EHPAD privés	13 résidents	4 résidents	17 résidents
Total	92 résidents	74 résidents	166 résidents

Q observée : 2,51
p-value (probabilité critique) : 0,1129
Le p-value est supérieur au seuil α fixé de 0,05 : le test est non significatif, on ne peut pas rejeter H0. On ne peut pas conclure sur la corrélation entre le type d'EHPAD et la réalisation de pesées mensuelles.

4.1.3. Proportion de décès en 2014

Y a t-il une corrélation entre le taux de décès par EHPAD et la réalisation de pesées mensuelles ?

Tableau n°20 : nombre de pesées moyen en 2014 et proportion de décès par EHPAD

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nb pesée moyen en 2014	11	12	5	15	11	11	9	21	15	12	11	7	7	12	12	11	1	11	8	10
Proportion de décès en 2014 (%)	25	28	17	27	NSP	27	18	11	28	24	18	23	23	10	18	24	19	NSP	NSP	15

Test de corrélation de Pearson (corrélation entre deux variables quantitatives) :
H0 : il n'y a pas de corrélation entre le taux de décès par EHPAD la réalisation de pesées mensuelles.
Q observé : -0,099
p-value (probabilité critique) : 0,9227
p : -0,0255, intervalle de confiance à 95% [-0,5 ; 0,4608], degré de liberté : 17
Le p-value est supérieur au seuil α fixé de 0,05 : le test est non significatif, on ne peut pas rejeter H0 et on ne peut pas conclure.

4.1.4.GMP en 2014 (GIR Moyen Pondéré)

Y a t-il une corrélation entre le GMP des EHPAD en 2014 (reflet du degré de dépendance des résidents de l'EHPAD) et la réalisation de pesées mensuelles?

Tableau n°21 : Nombre de pesée moyen en 2014 et GMP en 2014 par EHPAD :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nb pesée moyen en 2014	11	12	5	15	11	11	9	21	15	12	11	7	7	12	12	11	1	11	8	10
GMP en 2014	802	734	676	616	NSP	810	694	699	NSP	762	838	738	691	675	792	731	NSP	NSP	NSP	787

Test de corrélation de Pearson (corrélation entre deux variables quantitatives) :
H0 : le coefficient de corrélation entre le GMP en 2014 et la réalisation de pesées mensuelles est égal à zéro (r=0).

Q observé : -0,30
p-value (probabilité critique) :0,7691
p = -0,5, intervalle de confiance à 95% [-0,5709;0,4484]
degré de liberté : 13

Le p-value est supérieur au seuil α fixé de 0,05 : le test est non significatif, on ne peut pas rejeter H0 et on ne peut pas conclure.

4.1.5.Part temps du médecin coordonnateur

Y a t-il une corrélation entre la part temps du médecin coordonnateur et la réalisation de pesées mensuelles ?

Tableau n°22 : Nombre de pesée moyen en 2014 et part temps du médecin coordonnateur par EHPAD :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nb moyen de pesée en 2014	11	12	5	15	11	11	9	21	15	12	11	7	7	12	12	11	1	11	8	10
Part temps du médecin coordonnateur	0,4	0	0,35	0,50	NSP	0,50	0,50	0,53	0,40	0,40	0,30	0,30	0,60	0,50	0,40	0,50	0,14	0,60	NSP	0,30

Test de corrélation de Pearson (corrélation entre deux variables quantitatives) :
H0 : le coefficient de corrélation entre la réalisation de pesées mensuelles et la part temps du médecin coordonnateur est égal à zéro (r=0).
Q observé : 1,45
p-value (probabilité critique) : 0,1673
p=0,3401, intervalle de confiance à 95% [-0,1507 ; 0,6964]
degré de liberté: 16

Le p-value est supérieur au seuil α fixé de 0,05 : le test est non significatif, on ne peut pas rejeter H0 et on ne peut pas conclure.

4.1.6. Informatisation du dossier résident

Y a t-il une corrélation entre l'informatisation du dossier résident et la réalisation de pesées mensuelles ?

Test de Chi^2 (comparaison de variables quantitatives) :
Hypothèse H0 : le pourcentage de pesées mensuelles est identique dans les groupes EHPAD avec dossier résident informatisé et non informatisé.

Tableau de contingence n°23 :

	Respect des recommandations (pesée au moins 11 fois en 2014)	Non respect des recommandations (moins de 11 pesées en 2014)	Total
Dossier résident informatisé	68 résidents	55 résidents	123 résidents
Dossier résident non informatisé	24 résidents	19 résidents	43 résidents
Total	92 résidents	74 résidents	166 résidents

Q observée : 0,036
p-value (probabilité critique) : 0,9521
Le p-value est supérieur au seuil α fixé de 0,05 : le test est non significatif, on ne peut pas rejeter H0. On ne peut pas conclure sur la corrélation entre l'informatisation du dossier résident et la réalisation de pesées mensuelles.

4.1.7. Prescriptions médicales informatisées

Y a t-il une corrélation entre les prescriptions médicales informatisées et la réalisation de pesées mensuelles ?

Test de Chi^2 (comparaison de variables quantitatives) :
Hypothèse H0 : le pourcentage de pesées mensuelles est identique dans les groupes EHPAD avec et sans prescriptions médicales informatisées.

Tableau de contingence n°24 :

	Respect des recommandations (pesée au moins 11 fois en 2014)	Non respect des recommandations (moins de 11 pesées en 2014)	Total
Prescriptions médicales informatisées	74 résidents	58 résidents	132 résidents
Prescriptions médicales non informatisées	18 résidents	16 résidents	34 résidents
Total	92 résidents	74 résidents	166 résidents

Q observée : 0,11
p-value (probabilité critique) : 0,7442
Le p-value est supérieur au seuil α fixé de 0,05 : le test est non significatif, on ne peut pas rejeter H0. On ne peut pas conclure sur la corrélation entre les prescriptions médicales informatisées et la réalisation de pesées mensuelles.

4.1.7. Présence d'un(e) diététicien(ne)

Y a t-il une corrélation entre l'intervention d'un(e) diététicien(n)e au sein de l'EHPAD et la réalisation de pesées mensuelles ?

Test de Chi^2 (comparaison de variables quantitatives) :
Hypothèse H0 : il y a autant de pesées mensuelles dans le groupe EHPAD avec et sans diététicien(ne).

Tableau de contingence n°25 :

	Respect des recommandations (pesée au moins 11 fois en 2014)	Non respect des recommandations (moins de 11 pesées en 2014)	Total
Présence diététicien(ne)	38 résidents	19 résidents	57 résidents
Absence diététicien(ne)	54 résidents	55 résidents	109 résidents
Total	92 résidents	74 résidents	166 résidents

Q observée : 4,44
p-value (probabilité critique) : 0,035 <0,05 : la différence est significative à p=0,05.
Nous pouvons conclure que parmi les EHPAD ayant participé à l'étude, **la présence d'un(e) diététicien(ne) améliore significativement la réalisation de pesées mensuelles (p<0,05)**.

4.1.8. Présence d'un CLAN ou participation à un CLAN

Y a t-il une corrélation entre la présence d'un CLAN dans l'établissement (ou participation au CLAN d'un autre établissement) et la réalisation de pesées mensuelles ?

Test de Chi^2 (comparaison de deux variables qualitatives)
Hypothèse H0 : il y a autant de pesées mensuelles dans le groupe de résidents appartenant aux EHPAD avec et sans CLAN.

Tableau de contingence n°26 :

	Respect des recommandations HAS (pesée au moins 11 fois en 2014)	Non respect des recommandations HAS (moins de 11 pesées en 2014)	Total
Nombre de résidents appartenant à un EHPAD participant à un CLAN	39	14	53
Nombre de résidents appartenant à un EHPAD ne participant pas à un CLAN	53	60	113
Total	92	74	166

Q observée : 10,39
p-value (probabilité critique) : 0,0013 <0,05 : la différence est significative à p=0,05.
Nous pouvons conclure que parmi les EHPAD ayant participé à l'étude, **lorsqu'un EHPAD participe à un CLAN, les pesées mensuelles sont significativement mieux appliquées que lorsque les EHPAD n'y participent pas (p<0,05).**

4.1.9. Existence d'un protocole de dépistage de la dénutrition formalisé

Y a t-il une corrélation entre l'existence d'un protocole de dépistage de la dénutrition dans l'EHPAD et la réalisation de pesées mensuelles?

Réalisation d'un test de Chi^2 (comparaison de deux variables qualitatives)
Hypothèse H0 : il y a autant de pesées mensuelles dans le groupe de résidents appartenant aux EHPAD avec et sans protocole de dépistage de la dénutrition.

Tableau de contingence n°27:

	Respect des recommandations HAS (pesée au moins 11 fois en 2014)	Non respect des recommandations HAS (moins de 11 pesées en 2014)	Total
Nombre de résidents appartenant à un EHPAD avec protocole de dépistage de la dénutrition	57	37	94
Nombre de résidents appartenant à un EHPAD sans protocole de dépistage de la dénutrition	35	37	113
Total	92	74	166

Q observé : 2,39
p-value (probabilité critique) : 0,122
Le p-value est supérieur au seuil α fixé de 0,05 : le test est non significatif, on ne peut pas rejeter H0 et on ne peut pas conclure.

4.1.10. Nombre de balances rapporté au nombre de résidents

Y a t-il une corrélation entre le nombre de balance par résident dans chaque EHPAD et la réalisation de pesées mensuelles?

Tableau n°28 : Nombre de pesée moyen en 2014 et nombre de balances par résident par EHPAD :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nb pesée moyen en 2014	11	12	5	15	11	11	9	21	15	12	11	7	7	12	12	11	1	11	8	10
Nb de balance par résident	0,025	0,047	0,016	0,038	NSP	0,022	0,012	0,056	0,025	0,010	0,033	0,036	0,033	0,084	0,019	0,055	0,038	0,038	0,024	0,033

Test de corrélation de Pearson (corrélation entre deux variables quantitatives) :
H0 : il n'y a pas de corrélation entre le nombre de balance par résident et la réalisation de pesées mensuelles.
Q observé : 1,16
p-value (probabilité critique) : 0,2612
p : 0,2713, intervalle de confiance à 95% [-0,2086 ; 0,6459], degré de liberté : 17
Le p-value est supérieur au seuil α fixé de 0,05 : le test est non significatif, on ne peut pas rejeter H0 et on ne peut pas conclure.

4.1.11. Existence d'un référent de la dénutrition

Y a t-il une corrélation entre l'existence d'un référent dénutrition au sein du personnel de l'EHPAD et la réalisation de pesées mensuelles?

Test de Chi^2 (comparaison de variables quantitatives) :
Hypothèse H0 : il y a autant pesées mensuelles dans le groupe EHPAD avec et sans référent dénutrition.

Tableau de contingence n°29 :

	Respect des recommandations (pesée au moins 11 fois en 2014)	Non respect des recommandations (moins de 11 pesées en 2014)	Total
Présence référent dénutrition	67 résidents	56 résidents	123 résidents
Absence référent dénutrition	25 résidents	18 résidents	43 résidents
Total	92 résidents	74 résidents	166 résidents

Q observée : 0,17
p-value (probabilité critique) : 0,6770
Le p-value est supérieur au seuil α fixé de 0,05 : le test est non significatif, on ne peut pas rejeter H0. On ne peut pas conclure sur la corrélation entre la présence ou non d'un référent dénutrition au sein de l'EHPAD et la réalisation de pesées mensuelles.

4.2. Facteur résident dépendant

4.2.1. Age

Y a t-il une corrélation entre l'âge moyen des résidents dans chaque EHPAD et la réalisation de pesées mensuelles?

Tableau n°30 : Nombre de pesée moyen en 2014 et âge moyen des résidents par EHPAD :

N° EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nb pesée moyen en 2014	11	12	5	15	11	11	9	21	15	12	11	7	7	12	12	11	1	11	8	10
Age moyen des résidents	84,8	86,8	87,2	86,2	78,1	82,6	86,8	86,3	89,2	85,2	80	86,3	84,7	90,6	84,1	87,8	89	85,5	89,5	88,3

Test de corrélation de Pearson (corrélation entre deux variables quantitatives) :
H0 : il n'y a pas de corrélation entre l'âge moyen des résidents par EHPAD et la réalisation de pesées mensuelles.
Q observé : -0,47
p-value (probabilité critique) : 0,64
p : -0,1102, intervalle de confiance à 95% [-0,527; 0,3493], degré de liberté : 18
Le p-value est supérieur au seuil α fixé de 0,05 : le test est non significatif, on ne peut pas rejeter H0 et on ne peut pas conclure.

4.2.2.GIR

Y a t il une corrélation entre le GIR du résident et la réalisation de pesées mensuelles?

Test de Chi^2 (comparaison de deux variables quantitatives)
Hypothèse H0 : il y a autant de pesées mensuelles dans le groupe GIR 1 et 2, que dans le groupe GIR 3 à 6.

Tableau de contingence n°31 :

	Respect des recommandations (pesée au moins 11 fois en 2014)	Non respect des recommandations (moins de 11 pesées en 2014)	Total
GIR 1 et 2	65	49	114
GIR 3 à 6	27	25	52
Total	92	74	166

Q observée : 0,375
p-value (probabilité critique): 0,54
Le p-value est supérieur au seuil α fixé de 0,05 : le test est non significatif, on ne peut pas rejeter H0. On ne peut pas conclure sur l'influence du GIR quant à la réalisation de pesées mensuelles

4.2.3.Sexe

Y a t il une corrélation entre le sexe du résident et la réalisation de pesées mensuelles?

Test de Chi^2 (comparaison de deux variables quantitatives)
Hypothèse H0 : il y a autant de pesées mensuelles dans le groupe de résidents de sexe masculin que dans le groupe de résident de sexe féminin.

Tableau de contingence n°32 :

	Respect des recommandations (pesée au moins 11 fois en 2014)	Non respect des recommandations (moins de 11 pesées en 2014)	Total
Résidents sexe masculin	20	20	40
Résidents sexe féminin	72	54	126
Total	92	74	166

Q observée : 0,627
p-value (probabilité critique): 0,43
Le p-value est supérieur au seuil α fixé de 0,05 : le test est non significatif, on ne peut pas rejeter H0. On ne peut pas conclure sur l'influence du sexe du résident quant à la réalisation de pesées mensuelles.

IV.DISCUSSION

1. Critiques de l'étude

En comparant notre échantillon à l'ensemble des EHPAD Euréliens, nous remarquons que la proportion d'EHPAD publics visitée est similaire à la proportion en Eure et Loir : 60% d'EHPAD participant pour 59% d'EHPAD publics en Eure et Loir.
La proportion d'EHPAD privés est plus faible dans l'échantillon :15% contre 22% en Eure et Loir.
La proportion d'EHPAD associatifs est plus grande dans l'échantillon : 25% contre 20% en Eure et Loir.

D'après l'observatoire KPMG, en 2014 le GMP moyen des EHPAD publics est de 709 et celui des EHPAD privés est de 657 [12]. Dans notre échantillon, le GMP moyen des EHPAD publics est de 744 et celui des EHPAD privés est de 675 ce qui est légèrement supérieur aux données KPMG nationales.

Au niveau national, l'âge moyen des résidents femmes est de 86,5 ans pour les EHPAD Privés Non Lucratifs (PNL) et de 87 ans pour les EHPAD Publics. L'âge moyen des hommes est de 84,3 ans pour les EHPAD PNL et de 82,6 ans pour les EHPAD Publics [12]. Dans notre échantillon, la moyenne d'âge des 166 résidents tirés au sort est de 85,95 ans, ce qui est proche des données nationales.

D'après les statistiques publiées par l'observatoire national de la fin de vie, le taux de décès, c'est-à-dire la proportion de résidents qui décèdent au cours de l'année est égale à 25% [12]. Dans notre échantillon, la proportion de résidents décédés allait de 10% à 28%, avec une moyenne de 21%. Nous remarquons que par rapport aux données nationales disponibles, dans notre échantillon la mortalité est discrètement inférieure aux données nationales alors que l'état de dépendance des résidents (GMP) est plus élevé.

Pour notre recueil, malheureusement nous n'intervenons pas dans tous les EHPAD d'Eure et Loir. Les données sont recueillies dans 20 EHPAD sur les 51 de l'Eure et Loir. Pour chacun 10% des résidents respectant les critères d'inclusion et d'exclusion sont tirés au sort (soit 166 résidents au total). Nous ne pouvons pas prédire les résultats qui auraient pu être retrouvés dans les EHPAD non visités. Nos données sont probablement biaisées. Nous pouvons penser que les EHPAD n'ayant pas accepté de participer ne sont pas investis dans un dynamisme de dépistage de la dénutrition et que leurs données sont moins performantes. C'est pourquoi nos résultats sont probablement surestimés concernant le respect du dépistage de la dénutrition dans les EHPAD d'Eure et Loir. Cependant de nombreuses données de la littérature dont nous disposons sont soumises au même biais de participation.

Nous ne pouvons pas utiliser les résultats concernant les équivalents temps plein infirmier/aide soignant/agent de services hospitaliers, journées d'absentéisme et équivalents temps plein de remplacement car les données fournies ne sont pas comparables d'un EHPAD à un autre.

2.Analyse des résultats

2.1.Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le suivi des recommandations du dépistage de la dénutrition de l'HAS publiées en avril 2007, dans les EHPAD de l'Eure et Loir en 2014.
L'étude montre les résultats suivants quant au dépistage de la dénutrition selon les recommandations de l'HAS en 2014 :

2.1.1.Pesée initiale

Dans notre étude, 100% des résidents ont un poids de référence dans le dossier médical. C.Dagorne retrouve les mêmes données en 2009 dans les EHPAD des Pays de La Loire : le poids est un élément constant du dépistage de la dénutrition puisque la mesure du poids à l'admission est réalisée chez 100% des résidents [13].
Ce poids de référence peut être inintéressant dans certains cas car il peut dater de plusieurs années, ou être pris après une hospitalisation avec perte de poids et altération de l'état général, ayant motivé l'entrée dans l'EHPAD. En effet, la dénutrition est l'un des facteurs favorisant l'entrée en institution d'une personne âgée hospitalisée plutôt que son retour à domicile [14]. Ce poids d'entrée est souvent peu visible et accessible dans le dossier médical.

2.1.2.Taille initiale

Dans 75% des EHPAD étudiés, 100% des résidents ont une taille dans le dossier médical et 2 EHPAD ne relèvent pas la taille des résidents. Au total, 79% des résidents tirés au sort ont une taille dans le dossier.
La taille est rarement mesurée à l'entrée (par mesure directe à la toise ou calcul avec la formule de Chumlea avec mesure de la hauteur talon-genou[15]). Les EHPAD demandent souvent au résident sa taille ou prennent la taille présente sur la carte d'identité. Cette valeur varie de quelques centimètres selon la méthode utilisée. Ceci n'est pas conforme aux recommandations de l'HAS, qui recommande 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 le malade présente des troubles de la statique, 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[15].

2.1.3.Calcul de l'IMC

Dans notre étude, 67% des résidents ont un IMC dans leur dossier médical. 4 EHPAD ne calculent pas l'IMC des résidents (non intégré dans le dossier médical informatisé ou papier). Nous pouvons remarquer que la taille est entrée dans le dossier médical systématiquement dans les EHPAD ayant un dossier informatisé qui demande de remplir cette donnée. L'IMC est alors calculé automatiquement par le logiciel informatique ou manuellement par le personnel (pour les EHPAD avec dossiers résidents non informatisés). En 2009, C.Dagorne constate que seulement 60 % des structures accueillant des personnes âgées calculent l'IMC à l'admission [13]. D. Mallay démontre que lorsque l'IMC et le MNA doivent être reconduits régulièrement, ils captent non seulement un temps « technique » important mais aussi un temps « organisationnel » conséquent [9]. Il fait ainsi le pari d'une pesée mensuelle dans son EHPAD : c'est un choix technique par sa facilité, et aussi un choix stratégique, dans la mesure où la variation de poids est un indicateur fondamental de la prise en charge nutritionnelle [9]. On peut cependant penser que la prise de la taille à l'entrée du résident, associée à une informatisation des données, est peu chronophage.

2.1.4. Pesée mensuelle

94 résidents sur les 166 tirés au sort (57%) ont été pesés 11 fois ou plus en 2014 soit plus d'un résident sur deux. 15 résidents (9%) ont été pesés moins de 6 fois en 2014.
Dans notre étude, nous ne pouvons pas tenir compte du délai entre deux pesées car les dates retrouvées dans les dossiers sont souvent approximatives (mois de l'année) : un résident qui est pesé 2 fois ou plus dans le même mois surestime le nombre de pesée annuelle et surestime le risque de conclure que l'on respecte les recommandations de l'HAS de 2007 quant à une pesée mensuelle. De même, dans l'étude de O Trinh en 2008, le délai moyen entre deux pesées consécutives est peut être très différent d'un établissement à un autre : de 30,8 à 128,38 jours[8].

Après discussion avec les équipes sur place nous identifions que le personnel paramédical est informé de la nécessité d'une pesée mensuelle des résidents, mais la mise en pratique est difficile pour diverses raisons retrouvées : absence de motivation du personnel soignant, balances non adaptées à l'état de santé de certains résidents, balances défectueuses, résidents avec troubles cognitifs refusant de se peser, manque de temps pour réaliser les pesées. Mais il y a aussi certains EHPAD dans lesquels la pesée mensuelle n'est pas instaurée de manière systématique.

Pour l'HAS, il est important de noter le poids dans le dossier afin d'établir une courbe de poids. Toute perte de poids est un signe d'alerte et doit faire évoquer la possibilité d'une dénutrition[7]. Cependant, en 2008 O. Trinh montre par une étude rétrospective observationnelle sur 8 EHPAD du Nord Finistère que le poids est très fréquemment renseigné, mais que la surveillance mensuelle du poids n'est retrouvée que dans un seul établissement sur les 8[8]. Dans cette étude en 2008, un délai de 9 mois après la publication des recommandations de l'HAS d'avril 2007, ne semble pas avoir été suffisant pour organiser le dépistage de la dénutrition[8]. En 2014, nous relevons que le poids est mesuré 11 fois et plus dans 65% des EHPAD acceptant de participer à l'étude en Eure et Loir. Il apparaît qu'à 7 ans de la publication des recommandations de l'HAS, la pesée mensuelle est plus fréquente que 6 ans auparavant.

Par cette étude, nous constatons que le dépistage de la dénutrition en 2014 dans les EHPAD d'Eure et Loir ayant accepté de participer se fait principalement par identification d'une variation de poids.

2.1.5.Réalisation du MNA

Dans notre étude, le score MNA est retrouvé chez 5 résidents sur les 166 tirés au sort en 2014(3%). Ce résultat est particulièrement faible. On peut l'expliquer par le fait que le score MNA n'était pas connu pour certains EHPAD, ou était jugé trop fastidieux et trop long à réaliser selon le personnel présent lors du recueil de données (médecin coordonnateur, infirmière coordonnatrice, infirmière référente de la dénutrition).
Le MNA consiste en un questionnaire comportant 18 items et peut être complété en 15 minutes [annexe 1]. Il existe une version courte (6 questions) réalisable en 8 minutes (short-form MNA : SF-MNA) [16]. Notre étude confirme que la réalisation du MNA en EHPAD est peu réalisée, possiblement par manque de connaissance et de temps.
En EHPAD, les réponses que D.Mallay retrouve au MNA sont presque toutes positives et perdent leur caractère discriminant. Pour lui certaines questions sont inappropriées aux personnes âgées ayant des troubles cognitifs. La diététicienne de son EHPAD évalue le temps de réalisation du MNA à 30 minutes par personne, ce qui fixe les limites d'utilisation du MNA en EHPAD [9].
C.Dagorne constate également que le MNA simplifié (MNA-SF) et le MNA complet (effectué lorsque le MNA simplifié est inférieur à 12) sont calculés à l'admission dans moins d'un quart des structures et plus rarement encore lors du suivi [13].

Les données recueillies confirment le pari de la pesée mensuelle par D.Mallay en 2011 pour le dépistage de la dénutrition dans les EHPAD [9] : choix technique par sa facilité et choix stratégique dans la mesure où la variation de poids est un indicateur de la prise en charge nutritionnelle. En effet, en 2011, D. Mallay démontre que la méthodologie de dépistage de la dénutrition dans son EHPAD de 170 résidents (Louhans), avec calcul de l'IMC, pesée mensuelle et réalisation du MNA est trop lourde pour l'appliquer à tous les résidents de son EHPAD car elle demande un temps « technique » et « organisationnel » [9].
La British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) propose le dépistage de la dénutrition à partir de la mesure du poids, de la taille, de la perte de poids et de la recherche de comorbidités [17 ;18], ce qui semble d'utilisation plus simple en EHPAD pour D. Mallay [9] .

2.1.6.Fiche de surveillance alimentaire

Des fiches de surveillance alimentaire sont retrouvées dans 7 EHPAD sur les 20 étudiés. Il y a un biais de mémorisation important car même si elles sont réalisées, elles sont souvent détruites et non archivées dans le dossier papier ou informatisé. Nous ne pouvons pas retrouver de trace dans le dossier médical dans 13 EHPAD sur les 20.
C.Dagorne relève la mise en place de fiches de surveillance alimentaire dans 88% des structures accueillant des personnes âgées lors du bilan initial des résidents dénutris, et chez 69% des résidents à risque de dénutrition [13]
Le personnel para-médical semble sensibilisé à la surveillance du contenu ingéré à chaque repas. Sans fiche de surveillance alimentaire formalisée, une majorité du personnel signale au médecin une baisse de la prise alimentaire d'un résident. Ceci explique également le peu de fiches de surveillance alimentaire retrouvées. Pourtant, de nombreux exemples de fiche d'évaluation ou de surveillance alimentaire sont facilement disponibles pour les équipes [19 ;20 ;21].
Le CNA préconise qu'au moins 20% du personnel des EHPAD et des services gériatriques des hôpitaux reçoive chaque année une formation sur l'alimentation et les risques nutritionnels du sujet âgé [6].

2.1.7. Identification d'une pathologie à risque de dénutrition

L'identification d'une pathologie à risque de dénutrition n'a été retrouvée dans le dossier médical que dans un seul EHPAD sur les 20. Cet item est difficile à mettre en place car il est sous entendu dans les pathologies dont est atteint chaque résident, et évolue au fil du temps, il n'est jamais fixé.

Pour l'HAS, les situations à risque de dénutrition quelque soit l'âge sont les suivantes :
-les cancers ;
-les défaillances d'organes chroniques et sévères (cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique) ;
-les pathologies digestives à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption ;
-l'alcoolisme chronique ;
-les pathologies infectieuses ou inflammatoires chroniques ;
-toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires, une augmentation des besoins énergétiques, une malabsorption, ou les trois associées[7].

L'HAS précise également les situations à risque de dénutrition liées à l'âge :

Tableau n°33 : situations à risque de dénutrition selon l'HAS et causes possibles :

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

2.2.Autres données

Concernant les autres critères que nous avons choisi de rechercher :

2.2.1.Avis diététicien(ne)

Un avis personnalisé par un(e) diététicien(ne) est retrouvé de façon sporadique uniquement dans 3 EHPAD. Peu d'EHPAD bénéficient d'un temps suffisant d'intervention d'un(e) diététicien(ne) et la plupart du temps quand il y en a un(e), il(elle) intervient de manière globale à l'élaboration des menus servis.
Une étude de l'ARS réalisée en Poitou-Charentes [5] constate que dans leur région 66 % des établissements font appel à un spécialiste en nutrition (diététicien, médecin nutritionniste). Parmi ces établissements 35 % ont su quantifier le temps d'intervention (soit 48 établissements) :

- Moins de 10 h/mois pour 19 établissements
- Entre 10 et 21 h/mois pour 6 établissements

Quantification par semaine :

- Moins de 10h/semaine : 18 établissements
- Entre 11 et 21 h/semaine : 5 établissements

Ce qui est peu car le CNA recommande que chaque établissement d'hébergement de personnes âgées s'attache les services d'un(e) diététicien(e) formé(e) à la nutrition des personnes âgées pendant une demi-journée au moins par semaine et que cette disposition soit financée non sur le budget hébergement mais sur le budget soin [5].
C.Dagorne met en évidence que l'intervention d'une diététicienne favoriserait la mention du statut nutritionnel dans le dossier et l'utilisation des classifications de la dénutrition de la HAS et/ou de l'OMS [13].

2.2.2.Régime supplémenté en apport protéiné

Le régime supplémenté en protéines n'est pas un élément du dépistage de la dénutrition. Mais s'il est présent, cela sous-entend que le résident est déjà diagnostiqué comme dénutri ou à risque de dénutrition et est pris en charge. Il est choisi de le rechercher en même temps que le recueil de données concernant le dépistage de la dénutrition.

Il existe un biais dont nous n'avons pas tenu compte pour le recueil : l'état nutritionnel du résident en 2014. En effet, en l'absence de dénutrition, un régime supplémenté n'a pas d'intérêt ce qui peut expliquer l'absence de régime supplémenté retrouvé lors du recueil pour certains résidents. Nous identifions de 0 à 100% des résidents par EHPAD avec un régime supplémenté en protéines. Les pratiques sont propres à chaque EHPAD car certains enrichissent systématiquement tous les plats directement en cuisine pour tous les résidents. Pour Emilie Carton Ramanantsoavina, on peut choisir un régime hyperprotidique chez le sujet âgé insuffisant rénal et dénutri, sans être délétère pour son rein. Il faut prioriser la renutrition du patient, en raison de la surmortalité des patients dénutris [22]. Cependant elle n'aborde pas les effets secondaires d'une supplémentation chez des patients dont l'état médical ne le nécessite pas. A titre de comparaison, dans l'étude de O Trinh en 2008, une alimentation enrichie est tracée dans 34,7 % des dossiers [8].

2.2.3. Réalisation du dosage de l'albumine en 2014

Le dosage de l'albuminémie n'est pas un critère de dépistage de la dénutrition mais un critère diagnostique de la dénutrition. En effet, l'albuminémie est un marqueur peu spécifique : pour l'interprétation des résultats de laboratoire, il faut tenir compte du fait que l'albuminémie peut être abaissée dans de nombreuses situations physiologiques ou pathologiques indépendantes de l'état nutritionnel en particulier en présence d'un syndrome inflammatoire [23]. Nous choisissons de le rechercher car certains EHPAD l'utilisent comme un critère de dépistage complémentaire à la mesure du poids. En moyenne 50% des résidents tirés au sort bénéficient d'un dosage de l'albuminémie en 2014 : ce résultat montre que le dosage est répandu. Certains EHPAD le réalisent même en systématique chez tous les résidents 1 fois par an.
Il y a un biais dans l'interprétation de cette donnée car elle ne tient pas compte de l'état nutritionnel du résident au moment du recueil de données : en l'absence de risque de dénutrition évalué par les critères des recommandations de l'HAS, il n'y a pas lieu de pratiquer le dosage de l'albuminémie qui représente notamment un coût financier [7]. Nos résultats sont proches de l'étude de O Trinh en 2008 : l'albuminémie est mesurée dans 40,1% des dossiers[8].

2.2.4. Lits identifiés soins palliatifs

Aucun EHPAD parmi ceux visités n'a de lit identifié soins palliatifs. Mais, la loi Leonetti du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie, rend obligatoire la présence d'un volet consacré aux soins palliatifs dans les établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées [24] et donc dans les EHPAD. En l'occurence, certains EHPAD Euréliens déclarent travailler avec une équipe mobile de soins palliatifs, comme le préconise le programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 qui cible la diffusion d'une culture, et d'une démarche palliative, hors de l'hôpital, notamment dans les établissements médico-sociaux [25].
R.Ostrovsky et C.Lagarde constatent dans leur EHPAD que l'équipe mobile de soins palliatifs intervient en soutien de celle de l'établissement d'accueil, mais en aucun cas, son personnel ne doit se substituer à celui de l'établissement d'accueil [26]. Elles précisent qu'introduire une équipe mobile de soins palliatifs, dans un EHPAD, revient à recentrer, autour d'une même préoccupation partagée différents regards et attentes. Il s'avère que la collaboration entre une équipe mobile de soins palliatifs et un EHPAD ne va pas toujours de soi, notamment le plan institutionnel, malgré la mise en commun des compétences de deux équipes [26].
C. Lacroix précise également qu'en situation palliative, le dépistage de la dénutrition et la décision de prise en charge nutritionnelle se fait à l'aide d'indices et d'échelles pronostics (indice de Karnofsky, OMS, ADL) utilisés conjointement aux échelles d'évaluation gériatrique [27]. Pour un résident en soins palliatifs, il est utile d'avoir un poids de référence, mais les pesées régulières ne sont pas recommandées pour ne pas être source d'anxiété ou de culpabilité [27].

2.3. Objectif secondaire

Notre objectif secondaire de l'étude est d'identifier des facteurs en lien avec une hétérogénéité des pratiques entre les EHPAD. Nous déterminons des sous-groupe concernant la pesée mensuelle, l'un des critères de dépistage de la dénutrition recommandé par l'HAS.

La limite de minimum 11 pesées est fixée arbitrairement pour tenir compte des difficultés rencontrées par les EHPAD face au manque de personnel (vacances, arrêts de travail), une absence du résident (hospitalisations, séjour en famille…) ou une donnée manquante due à un oubli de report par exemple. Nous tolérons ainsi l'absence d'une pesée par an. Ceci peut conduire à surestimer les résultats des EHPAD quand au respect de la pesée mensuelle recommandée par l'HAS.

2.3.1. Présence d'un(e) diététicien(ne)

Nous trouvons un lien significatif entre la présence d'un(e) diététicien(ne) dans l'EHPAD et la réalisation de pesées mensuelles. Pour l'ARS de Poitou-Charentes, pour la personne âgée en institution, l'alimentation fait partie des soins. La prévention de la dénutrition est une priorité, elle implique une surveillance rigoureuse de la densité nutritionnelle de l'offre alimentaire par des personnels qualifiés tels que les diététiciens [5]. Cependant, elles sont encore peu nombreuses au sein des EHPAD. Le CNA préconise au moins 0,1 équivalent temps plein (ETP) de diététicienne au sein des structures accueillant des personnes âgées.

2.3.2. Présence d'un CLAN ou participation à un CLAN

Nous trouvons un lien significatif entre la présence d'un CLAN dans l'EHPAD ou la participation au CLAN d'un autre établissement et la réalisation de pesées mensuelles. Cet élément est important car l'organisation ou la participation à un CLAN mobilise du personnel et du temps. Cette donnée encourage les équipes à continuer et celles qui n'ont pas de CLAN à en créer un. Le CLAN permet de sensibiliser avec plus d'impact les équipes au dépistage de la dénutrition. On peut rappeler que la pesée mensuelle est un acte réalisé en général par les aide-soignants. Peut être que le CLAN motive les équipes soignantes pour réaliser les pesées mensuelles.
L'académie de Médecine précise que la mise en place de Comités de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) dans chaque établissement hospitalier est rendue obligatoire par la loi. Pour être efficace, le CLAN doit être multidisciplinaire. Dans certains hôpitaux, il existe même des Unités Transversales de Nutrition (UTN) [16]. Cependant, elle ne précise pas les obligations des établissement médico-sociaux comme les EHPAD. Pour ces dernières, la prise en charge de la dénutrition est effectuée de manière multidisciplinaire, supervisée par le médecin coordinateur[7]. Pour Cécile Surrateau, la prévention ne peut se faire que dans la coopération des 3 métiers présents dans l' EHPAD : Métiers de soins, métiers d'hôtellerie et métiers liés à la vie sociale (animation) [28]. Cette multidisciplinarité est en effet l'objectif des CLAN.

2.3.3. Part temps du médecin coordonnateur

Nous ne démontrons pas que la part temps du médecin coordonnateur est en lien avec les pesées mensuelles réalisées et le respect de cette recommandation de l'HAS pour le dépistage de la dénutrition dans les EHPAD d'Eure et Loir en 2014. Nous observons par exemple qu'un EHPAD sans médecin coordonnateur sur place obtient une moyenne de 12 pesées pour les résidents tirés au sort, alors qu'un EHPAD avec un médecin coordonnateur avec un équivalent temps plein de 60% obtient une moyenne de 7 pesées en 2014 pour les résidents tirés au sort.
Dans l'étude de O Trinh en 2008, le délai moyen entre deux pesées consécutives est significativement plus court quand le médecin coordonnateur a une part soin : 44,92 jours versus 72,04 jours[8], ce qui n'est pas le cas des EHPAD étudiées.

En institution, il est recommandé que la direction de l'établissement et les soignants, encadrés par le médecin coordinateur ou le médecin traitant, portent une attention toute particulière au dépistage de la dénutrition, d'abord au cours de l'évaluation gérontologique effectuée lors de toute admission, puis par la mesure mensuelle du poids et la surveillance des apports alimentaires[7].

Dans le mémoire de Diplôme inter universitaire de médecin coordonnateur, Cécile Surrateau aborde le problème de la dénutrition en EHPAD, s'intéressant aux « dépistage, prévention, prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique » au sein de l'EHPAD qu'elle intègre [28]. Cependant, les changements qu'elle entreprend portent sur la prise en charge : enrichissement global des aliments, amélioration des goûters, activité « épluchage » le vendredi pour réaliser un dessert le dimanche ou une soupe, achats d'exhausteur de goût : vanille, fleur d 'oranger, différents arômes, épice douce… Alors qu'elle détaille son action et celle de l'équipe, à aucun moment elle n'aborde la surveillance des courbes de poids au sein de sa structure.

M.Simon, directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social, considère que l'alimentation des personnes âgées, et au-delà la nutrition, souffre d'un manque de connaissance et d'intérêt de la part du corps médical [29]. Elle évoque un médecin en EHPAD qui parle de « fatalité » pour évoquer la dénutrition des personnes âgées. Pour l'un des médecin qu'elle rencontre, la « nutrition reste le parent pauvre de la médecine, vraisemblablement parce qu'elle nécessite peu de compétences techniques » et pour d'autres médecins elle relèverait d'avantage de l'hôtellerie [29]. L'un des médecins qu'elle rencontre note cependant une « évolution encourageante », liée à une unité de nutrition clinique et à la diffusion des travaux du CLAN.

2.3.4. Autres sous groupes étudiés

Nous n'observons pas de différence significative entre les sous groupes en fonction du type d'EHPAD (privé, associatif, public), du milieu de l'EHPAD (rural, urbain), de la proportion de décès, du GMP, de l'informatisation du dossier résident et des prescriptions informatisées, de l'existence d'un référent nutrition, l'existence d'un protocole de dépistage de la dénutrition formalisé, du nombre de balances rapportés au nombre de résidents, ou des facteurs patients dépendants que sont l'âge, le sexe et le GIR.

Nous ne démontrons pas que le GMP influence la réalisation de pesées mensuelles pour les EHPAD étudiées. Le suivi de cette recommandation HAS qu'est la pesée mensuelle ne semble donc pas lié à la lourdeur des soins nécessités par les résidents dans l'ensemble de l'établissement.

Nous ne pouvons pas démontrer que l'existence d'un protocole de la dénutrition formalisé influence la réalisation mensuelle des pesées dans les EHPAD d'Eure et Loir en 2014. Nous remarquons que même s'il existe un protocole de dépistage qui reprend les recommandations de l'HAS, ce n'est pas ce qui incite les équipes à le respecter.

Il existe une diversité de balances dans les EHPAD permettant de peser les résidents quelque soit leur handicap. Dans notre étude, le nombre de balances par rapport au nombre de résidents n'est pas en lien avec la réalisation de pesées mensuelles. Nous observons que même lorsqu'il y a peu de balances pour un grand nombre de résidents, il est tout à fait possible d'obtenir une pesée mensuelle (l'EHPAD n°10 a le moins de balance rapporté au nombre de résidents et le nombre de pesées moyenne en 2014 est de 12/an). L'HAS recommande la pesée des personnes âgées en institution : à l'entrée, puis au moins une fois par mois, si possible en sous-vêtements et avec une méthode adaptée à la mobilité de la personne âgée [7] mais ne précise pas le type ou le nombre d'instruments nécessaires.

O.Trinh démontre de manière significative que les résidents présentant un GIR 3-4 sont pesés plus régulièrement que les résidents des autre groupes (1-2 et 5-6) avec p=0,008. Mais l'échantillon étudié est faible puisqu'il ne concerne que 8 EHPAD[8]. Dans notre étude, en 2014, il n'y a pas de différence significative entre la réalisation de pesées mensuelles en 2014 entre le groupe des résidents GIR 1 ou 2 et les résidents de GIR 3 à 6.

3. Autres remarques

En recueillant les informations sur site, nous pouvons aussi observer que certains EHPAD ont amélioré leur pratique entre 2014 et le moment de recueil des données en 2015. En effet, la participation à notre étude et le temps de recueil de données permet aux responsables des soins des EHPAD de prendre conscience que parfois les recommandations du dépistage de la dénutrition sont mal appliquées. Pour celles qui appliquent les recommandations de manière efficace, le recueil de données permet de renforcer le poids du médecin coordonnateur ou de l'infirmière coordonnatrice auprès des équipes qui vivent parfois mal l'obligation de peser les résidents tous les mois.

V.CONCLUSION

Notre étude conclut que le respect des recommandations de l'HAS d'Avril 2007 sur le dépistage de la dénutrition en EHPAD est partiel. Dans les EHPAD étudiées, 100% des résidents tirés au sort ont une pesée initiale, 79% ont une taille dans le dossier, 67% ont un calcul d'IMC, 65% sont pesés mensuellement. Le MNA est calculé pour 5 résidents, dans 2 EHPAD. Les fiches de surveillance alimentaire sont retrouvées dans 7 EHPAD sur les 20. Un seul EHPAD a prévu dans son dossier médical l'identification d'une pathologie à risque de dénutrition. Nous constatons un lien significatif entre la réalisation de pesées mensuelles et la présence d'un(e) diététicien(ne) ($p<0,05$) ou la participation à un Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) ($p<0,05$).
Le MNA, les fiches de surveillance alimentaire et l'identification de pathologies à risque de dénutrition sont peu appliqués dans les EHPAD d'Eure et Loir étudiés, le dépistage de la dénutrition repose principalement sur les mesures de poids et de taille.
L'étude révèle aussi que des EHPAD avec un GMP élevé, un nombre de balances faible par rapport au nombre de résidents, sont capables d'obtenir une pesée mensuelle pour les résidents tirés au sort en 2014. Ces résultats semblent liés à une dynamique de dépistage de la dénutrition au sein de l'EHPAD.
Dans ce travail, nous nous intéressons au versant dépistage de la dénutrition des recommandations de l'HAS d'Avril 2007. Mais qu'en est-il de la prise en charge de la dénutrition dans les EHPAD ?

IV.REFERENCES

[1] - Rencontres HAS 2007, Table ronde 28-la dénutrition du sujet âgé : un enjeu de santé publique. Comment la dépister, la prévenir, la traiter.

[2] - X.Hebuterne, B.Vellas, A.Raynaud Simon (Eds), Traité de nutrition de la personne âgée, Springer-Verlag, Paris (2009), p165-74

[3] - Guide nutrition à partir de 55 ans pour les aidants des personnes âgées. Programme National Nutrition Santé, septembre 2006, [cité le 19/04/2016];

[4] - Milne AC, Pottier J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. L. Cochrane Database Syst Rev 2009;15(2):CD003288.

[5] – Huc M. La qualité de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées hébergées en institution. Information Diététique 2005; n°4, p 421-429

[6] - Conseil National de l'Alimentation. Avis n°53 sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques 2005. Paris : Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, ministère de la Santé et des Solidarités, ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, 2005, 24 p.

[7] - HAS. Synthèse des recommandations professionnelles. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. Paris: HAS;

[8] - Trinh, O. (2010). Dépistage et diagnostic de la dénutrition (suivi des recommandations de l'HAS dans 8 EHPAD du Nord Finistère)

[9] - Mallay, D. (2011). Simplification de la stratégie de dépistage de la dénutrition du sujet très âgé en EHPAD: un pari sur la pesée mensuelle. NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie, 11(62), 76-83

[10] - http://www.soignantenehpad.fr/pages/outils/la-grille-gir-calcul-du-gir-moyen-pondere.html

[11] - BiostaTGV, disponible sur : http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests

[12] - Observatoire des EHPAD, Avril 2014, KPMG

[13] - Dagorne, C., David, S., Alix, E., Girard, D., Bouzillé, G., Tallec, A., & Fanello, S. (2011). Prévention et prise en charge de la dénutrition dans les EHPAD. Cahiers de Nutrition et de Diététique, 46(3), 137-144.

[14] - Tholence M, Cognat V, Vercherin P, Gonthier R, Vallée J : Après l'hôpital : retour à domicile ou institutionnalisation ? Exercer 2015;119:62-71.

[15] - Estimation de la taille (Source : Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. J Am Geriatr Soc 1985;33(2):116-20)
-Femme : T (cm) = 84,88 – 0,24 x age (années) + 1,83 x hauteur talon-genou (cm)
-Homme : T (cm) = 64,19 – 0,04 x age (années) + 2,03 x hauteur talon-genou (cm) (Taille de la jambe mesurée entre la partie fixe d'une toise pédiatrique placée sous le pied et la partie mobile appuyée au- dessus du genou au niveau des condyles, le patient étant en décubitus dorsal et le genou fléchi à 90°)

[16] - Cynober L. Prise en charge de la dénutrition à l'hopital : savoir diagnostiquer la dénutrition et ses risques de complication pour mieux les prévenir et les traiter, Bull. Acad. Natle Méd, 2011, 195, n°3, 645-660, séance du 1er mars 2011. Disponible sur : http://www.academie-medecine.fr/publication100036297

[17] - Henderson S, Moore N, Lee E, et al. Do the malnutrition uni- versal screening tool (MUST) and Birmingham nutrition risk (BNR) score predict mortality in older hospitalised patients? BMC Geriatrics 2008, 8:26, 2—6.

[18] - Lelovics Z. Nutritional status and nutritional rehabilitation of elderly people living in long-term care institutions. Orv Hetil 2009;150:2028—36

[19] - http://www.prejavet.com/denutrition/surveillance-alimentaire-sur-3-jours/

[20] - http://www.soignantenehpad.fr/pages/nutrition/fiche-d-evaluation-nutritionnelle-a-l-entree-en-institution.html

[21] - http://www.btsdietetique.org/t6391-recueil-d-ingesta

[22] - Carton-Ramanantsoavina Emilie Marie Gracienne, Dénutrition et insuffisance rénale chronique chez le sujet âgé en soins de suite et de réadaptation.

[23] - Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés Septembre 2003.

[24] - Article D311-38 créé par Décret d'application n◦2006-122 du 6 février 2006 - art. 1 JORF 7 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico- social en matière de soins palliatifs. Code de l'action social et des familles ; Partie réglementaire ; Livre III : Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services ; Titre Ier : Établissements et services soumis à autorisation ; Chapitre Ier : Dispositions générales ; Section 2 : Droit des usagers ; Sous-section 5 : Projets d'établissement ou de service 2006.

[25] - Le programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 sur Sante.gouv.fr Axe 1: La poursuite du développement de l'offre hospitalière et l'essor des dispositifs extrahospitaliers; Mesure VI- Rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes et diffuser la culture palliative dans les établissements médico-sociaux. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2014. p. 16.

[26] – Ostrovsky R. et Lagarde C. : Coordination entre une équipe mobile de soins palliatifs, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, un résident et sa famille: autour d'une situation clinique. Médecine Palliative: Soins de Support-Accompagnement-Éthique, 2015, vol. 14, no 6, p. 399-405.

[27] – Lacroix C. : Soins palliatifs gériatriques: comment évaluer les besoins et décider des moyens de la prise en charge nutritionnelle. Médecine Palliative: Soins de Support-Accompagnement-Éthique, 2011, vol. 10, no 5, p. 251-256.

[28] – Surrateau C. : La boite à outils du médecin coordonateur : dépistage, prévention, prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique (DIU)

[29] – Simon M., Lutter contre la dénutrition des personnes âgées : l'exemple du pole de gérontologie clinique du CHU de Nantes. Mémoire des hautes études de santé publique, Décembre 2012.

V.ANNEXES

Annexe 1 : le MNA

Nestlé Nutrition INSTITUTE

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)^2 en kg/m^2)
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 ou ☐☐

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 ≤ 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. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us ? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
For more information : www.mna-elderly.com

08.98 F

Annexe 2 : synthèse des recommandations de l'HAS Avril 2007

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**
• Isolement social • Deuil • Difficultés financières • Maltraitance • Hospitalisation • Changement des habitudes de vie : entrée en institution	• Douleur • Pathologie infectieuse • Fracture entraînant une impotence fonctionnelle • Intervention chirurgicale • Constipation sévère • Escarres	• Polymédication • Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc. • Corticoïdes au long cours
Troubles bucco-dentaires	**Régimes restrictifs**	**Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques**
• Trouble de la mastication • Mauvais état dentaire • Appareillage mal adapté • Sécheresse de la bouche • Candidose oro-pharyngée • Dysgueusie	• Sans sel • Amaigrissant • Diabétique • Hypocholestérolémiant • Sans résidu au long cours	• Maladie d'Alzheimer • Autres démences • Syndrome confusionnel • Troubles de la vigilance • Syndrome parkinsonien
Troubles de la déglutition	**Dépendance pour les actes de la vie quotidienne**	**Troubles psychiatriques**
• Pathologie ORL • Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire	• Dépendance pour l'alimentation • Dépendance pour la mobilité	• Syndromes dépressifs • Troubles du comportement

MODALITÉS DE DÉPISTAGE

Populations cibles	Fréquence	Outils
Toutes les personnes âgées	• 1 fois/an en ville • 1 fois/mois en institution • Lors de chaque hospitalisation	• Rechercher des situations à risque de dénutrition (cf. supra) • Estimer l'appétit et/ou les apports alimentaires • Mesurer de façon répétée le poids et évaluer la perte de poids par rapport au poids antérieur • Calculer l'indice de masse corporelle : IMC = poids/taille^2 (poids en kg et taille en m)
Les personnes âgées à risque de dénutrition	• Surveillance plus fréquente : en fonction de l'état clinique et de l'importance du risque (plusieurs situations à risque associées)	
• Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire tel que le *Mini Nutritional Assessment*® (MNA)		

Annexe 3 : courier adressé aux EHPAD pour demande de recueil de données

le 18/12/2014

Mme Mr Le Directeur d'EHPAD
Mme Mr Le médecin coordonnateur,

Objet : demande de recueil de données pour réalisation thèse d'exercice en médecine générale

Madame, Monsieur,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Tours.
Je souhaite réaliser mon travail de thèse sur le dépistage de la dénutrition en EHPAD en Eure et Loir, sous la direction du Dr CHARTIER Aude (médecin coordonnateur à l'EHPAD de Chateauneuf en Thymerais).

Des recommandations de l'HAS ont été émises en avril 2007 concernant le dépistage et la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique de la personne âgée.
Je souhaite faire un état des lieux du dépistage dans les EHPAD d'Eure et Loir afin de vous aider à améliorer si nécessaire le dépistage de la dénutrition.

Mon travail de thèse consiste en une étude observationnelle retrospective par interrogation des dossiers médicaux des patients de votre établissement, selon les recommandations de l'HAS.
A l'issu de ce recueil de données, il me sera possible de réaliser un état des lieux du dépistage de la dénutrition en EHPAD en Eure et Loir, de vous fournir les résultats de votre établissement quant au suivi des recommandations de l'HAS, et une comparaison par rapport aux autres EHPAD de l'Eure et Loir.

Bien sûr, je suis soumise au secret médical, et de me porterai garante de la sécurité des données que je pourrai obtenir sur les patients. L'ensemble des données concernant les patients et votre établissement sera bien entendu rendu anonyme à l'issu de cette étude.

Je joins à ce courrier un coupon réponse ainsi qu'une enveloppe timbrée (réponse souhaitée avant le 15 janvier 2015). Dans le cas où vous m'autoriserez à intervenir dans votre EHPAD, je prendrai contact avec vous pour convenir des dates du recueil de données.

Je reste à votre disposition pour plus d'informations.

En attendant votre réponse, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

A. RICOIS

Annexe 4 : Affiche refus de consentement

Madame, Monsieur,

Un travail médical de recherche sur la nutrition va être réalisé dans plusieurs EHPAD de l'Eure et Loir dont la votre.
Ce travail consiste à recueillir certaines données de votre dossier médical.
Bien sur toutes les données recueillies sont traitées de manière complètement anonyme et ne seront en aucun cas transmises à des tiers.

Vous êtes en droit de refuser que vos données anonymisées soient recueillies et exploitées dans un travail de recherche, dans ce cas nous vous prions de bien vouloir en informer le directeur de l'établissement.

Thèse d'exercice en médecine générale
« Le dépistage de la dénutrition : évaluation du suivi des recommandations de l'HAS dans les EHPAD d'Eure et Loir, étude rétrospective en 2014 »
Mme RICOIS A., dirigée par le Dr CHARTIER Aude

Annexe 5 : fiche de recueil de données EHPAD

FICHE EHPAD

Thèse d'exercice en médecine générale
« Le dépistage de la dénutrition : évaluation du suivi des recommandations de l'HAS dans les EHPAD d'Eure et Loir, étude rétrospective »
Mme RICOIS A., dirigée par le Dr CHARTIER Aude

toutes les données fournies seront anonymisées lors de l'exploitation des résultats et ne seront pas transmises à des tiers

NOM EHPAD/VILLE :
Nom du directeur :
Nom du médecin coordonnateur :

Capacité totale hébergement en 2014 :
dont lits hébergement Alzheimer ou apparentés :
accueil de jour : lits hébergement temporaire :
autres (merci de préciser) :

EHPAD en milieu ☐ rural (*ville <2 000 habitants selon INSEE*) ☐ urbain (*ville >2000 habitants*)
EHPAD : ☐ privée ☐ associative ☐ publique

Structure soins palliatifs dans l'établissement : ☐ OUI ☐ NON
Nombre de résidents décédés en 2014 :
GMP en 2014 :

Dossier résident informatisé : ☐ OUI ☐ NON
Prescriptions informatisées : ☐ OUI ☐ NON

Présence d'un médecin coordonnateur : ☐ OUI ☐ NON
Temps de présence (ETP) du médecin coordonnateur :
Présence d'un cadre IDE ou infirmière coordinatrice : ☐ OUI ☐ NON
Présence d'une diététicienne : ☐ OUI ☐ NON, si OUI : temps de présence :

Présence d'un CLAN dans établissement : ☐ OUI ☐ NON
et/ou travail avec le CLAN d'un autre établissement : ☐ OUI ☐ NON
si OUI lequel :
existence d'un protocole de dépistage de la dénutrition dans l'EHPAD : ☐ OUI ☐ NON
(si oui merci de fournir un exemplaire)

Qui réalise les pesées des résidents au sein de l'EHPAD ? :
Nombre total de balances utilisées dans l'EHPAD :
Quel(s) type(s) de balance(s) y a t-il dans EHPAD ?

Y a t-il un référent pour la dénutrition ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, quel poste occupe t-il au sein de l'EHPAD ? :

concernant le personnel paramédical en 2014 :

	IDE	AS	ASH
Nombre d'ETP permanent			
Nombre d'ETP remplaçant			
Journées d'absentéisme global			

Annexe 6 : fiche de recueil de données résidents

FICHE PATIENT

EHPAD N°…….
Patient n°…..
NOM PATIENT : *(3 premières lettres)* …….
Date de naissance : ……/……/……
SEXE : ☐ F ☐ M

-Pesée initiale : ☐ OUI ☐ NON
-Taille dans le dossier : ☐ OUI ☐ NON
-IMC dans le dossier : ☐ OUI ☐ NON
-En 2014 : Nb de dosage Albumine :……/ Valeurs albumine : …….
Préalbumine :……/Valeurs pré albumine : …….
-Nombre de pesées en 2014 : ……
-Dates des pesées en 2014 : *(permet calcul du temps moyen entre 2 pesées)*

-Temps de présence dans établissement en 2014 *(en jours)* : ……..
(prise en compte des H°)

-GIR en 2014, ou dernier GIR connu au 31/12/2014 :
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ non connu

-MNA :
☐ NON ☐ OUI
si oui score MNA : ……

-Identification d'une pathologie à risque de dénutrition : ☐ OUI ☐ NON
Si oui, la ou lesquelles : ……
(Noté clairement dans le dossier que le patient présente un risque de dénutrition en rapport avec cette pathologie)

-En 2014, mise en place d'une fiche de surveillance alimentaire :
☐ OUI ☐ NON

-En 2014, demande d'un avis diététicienne :
☐ OUI ☐ NON

-En 2014, mise en place d'un régime avec supplémentation :
☐ OUI ☐ NON

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen
de la Faculté de médecine de TOURS

Screening for malnutrition in nursing homes: assessment followed the recommendations of the HAS (2007) in nursing homes of Eure et Loir. Retrospective study in 2014.

SUMMARY

Protein-energy malnutrition in nursing homes is a regular occurrence in France with 15 to 38% residents suffering from it. This is a major public health issue given its impact on the health status of the elderly and its cost. In April 2007, the "Haute Autorité de Santé" (HAS) issues recommendations on screening and care of malnutrition in the elderly over 70 years, including those living in institutions. Screening is recommended minimum for admission and then once a month in an institution. It is based on: the search for risk situations, estimation of appetite and / or food intake, weight measurement once a month with finding a weight loss, the body mass index (BMI), the calculation of the Mini Nutritional Assessment (MNA). We seek if the nursing homes of Eure et Loir in 2014 follow the recommendations of the HAS in April 2007 on the screening of protein-energy malnutrition in the elderly.

It is a retrospective observational study in 20 nursing homes in 2014 of the 51 nursing homes in Eure et Loire. We have randomly selected 10% of residents in each nursing home, or 166 residents. The data is collected anonymously. The significance level was set at 5% (0.05).

Among residents randomly selected, 100% of the residents had drawn an initial weigh-in, 79% have a size in the record, 67% have a BMI calculation, 65% are weighed monthly. MNA is calculated for 5 residents in two nursing homes. Food monitoring sheets are found in 7 nursing homes about 20. Only one nursing home has provided in his medical records to identify a pathology related to the risk of malnutrition. We find a significant link between the achievement of monthly weight and the presence of a dietician ($p < 0.05$) or participation in a Liaison Committee on Food and Nutrition (CLAN) ($p < 0.05$).

Even if the MNA, the food surveillance records or identification of pathology at risk of malnutrition are rarely applied in the retirement homes of Eure et Loir which have been studied, screening for malnutrition is mainly based on measures of weight and height. In comparison with the observational study of O.Trinh in 2008, we observed an improvement of practices.

Key words :
screening / malnutrition / nursing home / CLAN / dietician / weight

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

RICOIS Amélie

Dépistage de la dénutrition dans les EHPAD : évaluation du suivi des recommandations de l'HAS (2007) dans les EHPAD d'Eure et Loir. Etude rétrospective en 2014

56 pages – 33 tableaux

Résumé :

La dénutrition protéino-énergétique dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est fréquente en France puisqu'elle concerne 15 à 38% des résidents. C'est un enjeu majeur de santé publique étant donné son impact sur l'état de santé de la personne âgée et son coût. En avril 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) émet des recommandations sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées de plus de 70 ans, notamment celles vivant en institution. Le dépistage est recommandé au minimum à l'admission puis une fois par mois en institution. Il repose sur : la recherche de situations à risque, l'estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires, la mesure du poids une fois par mois avec recherche d'une perte de poids, l'Indice de Masse Corporelle (IMC), le calcul du Mini-Nutritional Assessment (MNA). Nous recherchons si les EHPAD de l'Eure et Loir en 2014, suivent les recommandations émises par l'HAS en avril 2007 concernant le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.

C'est une étude observationnelle rétrospective en 2014 dans 20 EHPAD sur les 51 EHPAD Euréliens. Nous avons tiré au sort 10% des résidents dans chaque EHPAD, soit 166 résidents. Les données sont recueillies anonymement. Le seuil de significativité est fixé à 5% (0,05).

Parmi les résidents tirés au sort, 100% des résidents tirés ont eu une pesée initiale, 79% ont une taille dans le dossier, 67% ont un calcul d'IMC, 65% sont pesés mensuellement. Le MNA est calculé pour 5 résidents, dans 2 EHPAD. Les fiches de surveillance alimentaire sont retrouvées dans 7 EHPAD sur les 20. Un seul EHPAD a prévu dans son dossier médical l'identification d'une pathologie à risque de dénutrition. Nous constatons un lien significatif entre la réalisation de pesées mensuelles et la présence d'une diététicienne ($p<0,05$) ou la participation à un Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) ($p<0,05$).

Si le MNA, les fiches de surveillance alimentaire ou l'identification de pathologies à risque de dénutrition sont peu appliqués dans les EHPAD d'Eure et Loir étudiés, le dépistage de la dénutrition repose principalement sur les mesures de poids et de taille. En comparaison avec l'étude observationnelle d'O.Trinh en 2008, nous observons une amélioration des pratiques.

Mots clés :

Dépistage /Dénutrition / EHPAD / CLAN / Diététicienne / Poids

Jury :

Président de Jury : Madame le Professeur LEHR DRYLEWICZ Anne Marie

Membres du jury : Monsieur le Professeur MAILLOT François
Monsieur le Professeur COLOMBAT Philippe
Monsieur le Docteur BIGARD Daniel
Monsieur le Docteur JOSEPH Bertrand
Madame le Docteur CHARTIER GELINEAU Aude

Date de la soutenance : 02 juin 2016