

Ce document a pour objectif de poser le protocole de prise en charge nutritionnelle d'un résident en EHPAD, suite au signalement de l'établissement.

- **Conditions pour qu'un résident puisse bénéficier de ce protocole**

En priorité, les dénutris ou les obèses graves peuvent bénéficier du protocole de prise en charge nutritionnelle, c'est-à-dire :

- ✓ Pour les dénutris, les résidents doivent valider :
  - Si résident < 70 ans (selon HAS 2019), au moins un des 2 critères ci-dessous
    - IMC < 18.5
    - Perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois
  - Combiné à au moins un des critères suivants :
    - Pathologie associée chronique
    - Diminution des apports alimentaires
    - Cancer
    - Malabsorption digestive
  - Si résident  $\geq 70$  ans (selon HAS 2007), au moins un des critères ci-dessous :
    - IMC < 21
    - Perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois
    - MNA global < 17 (si < 17 -> dénutrition / si 17-24 -> risque de dénutrition), ou MNA-SF < 8 (si < 8 -> dénutrition / si 8-11 -> risque de dénutrition)
    - Albuminémie < 35 g/L (en l'absence d'une CRP élevée (> 5 mg/L))
- ✓ Pour les obèses graves (quel que soit l'âge) :
  - IMC > 35
  - Si en plus de cet IMC > 35, il est constaté une perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois, ou que le MNA complet < 17 (ou MNA-SF < 8), le résident est dit obèse dénutri

- **Conditions pour qu'une évaluation complémentaire à 6M et 1A soit effectuée (état nutritionnel pathologique)**

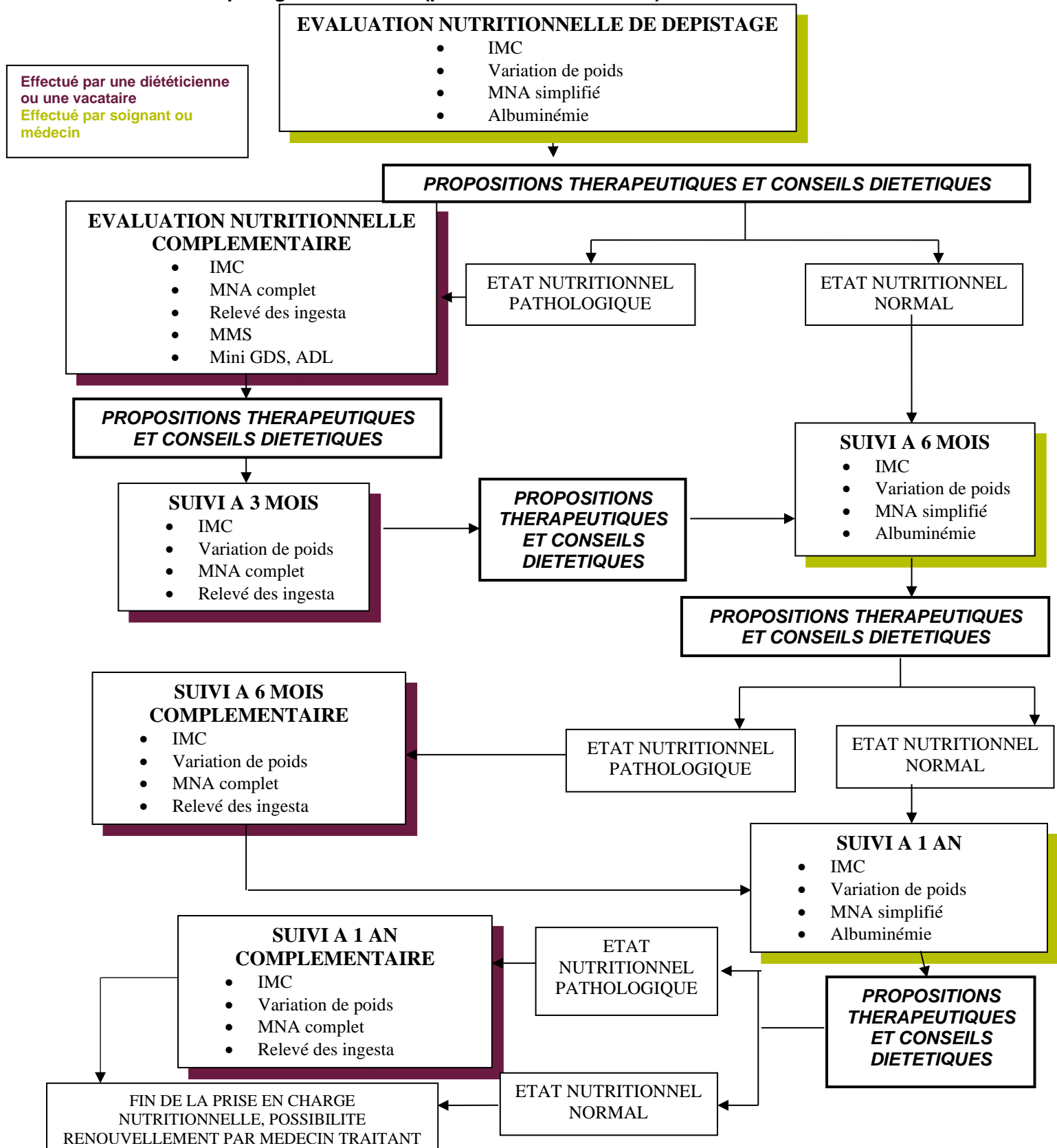
Quel que soit le statut nutritionnel du résident à l'évaluation précédente (3M ou 6M), une évaluation complémentaire à 6M et 1A est réalisée si un des critères suivants est rencontré :

- Difficultés à la mise en place des conseils
- Modifications cliniques ou thérapeutiques pouvant altérer l'état nutritionnel
- Apparition d'un risque de dénutrition ou d'une dénutrition au MNA alors qu'absent précédemment

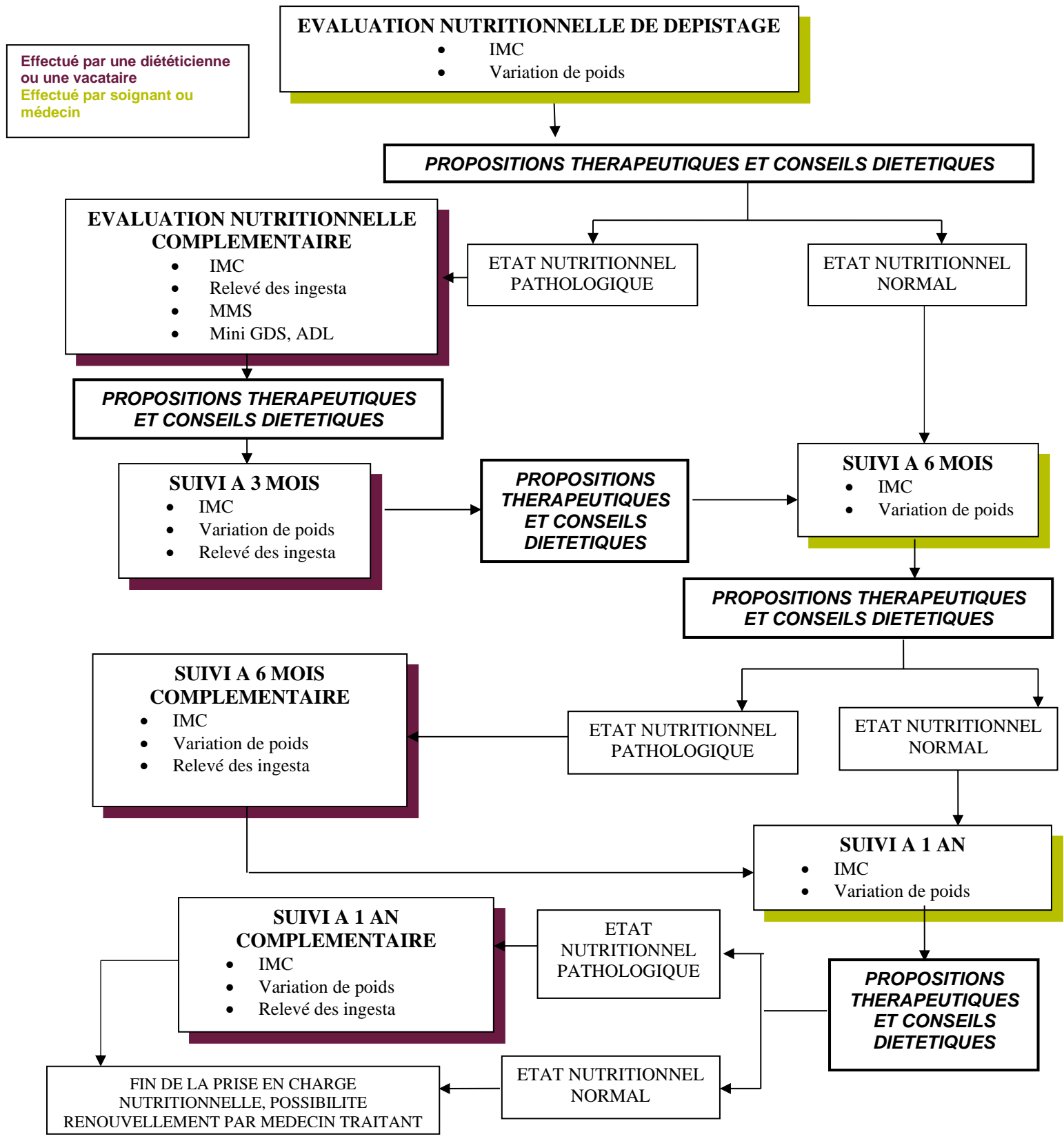
Pour les réinclusions et les suivis à 3 mois, la tolérance de réalisation de la visite est de plus ou moins 15 jours.

Pour les suivis à 6 mois et à 1 an, la tolérance de réalisation de la visite est de plus ou moins 1 mois.

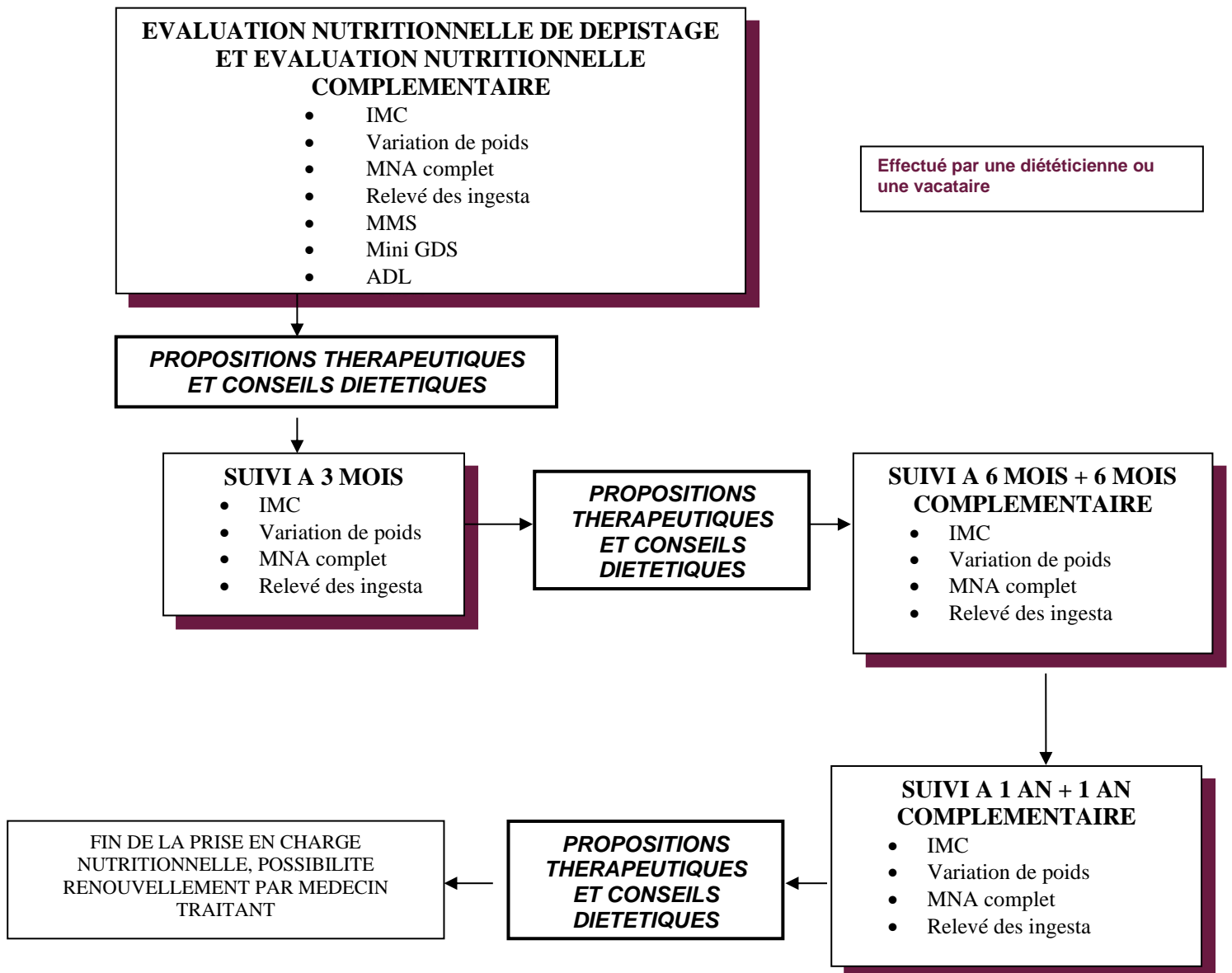
- Protocole lorsqu'un établissement dispose d'un médecin coordonnateur ou lorsqu'il n'y a pas de médecin coordonnateur et que le médecin traitant réalise le dépistage et les suivis (pour résidents ≥ 70 ans)



- Protocole lorsqu'un établissement dispose d'un médecin coordonnateur ou lorsqu'il n'y a pas de médecin coordonnateur et que le médecin traitant réalise le dépistage et les suivis (pour résidents < 70 ans)



- **Protocole lorsque l'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur et que le médecin traitant délègue à une diététicienne (pour résidents ≥ 70 ans)**



- Protocole lorsque l'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur et que le médecin traitant délègue à une diététicienne (pour résidents < 70 ans)

### EVALUATION NUTRITIONNELLE DE DEPISTAGE ET EVALUATION NUTRITIONNELLE COMPLEMENTAIRE

- IMC
- Variation de poids
- Relevé des ingesta
- MMS
- Mini GDS
- ADL

Effectué par une diététicienne ou une vacataire

### PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES ET CONSEILS DIETETIQUES

#### SUIVI A 3 MOIS

- IMC
- Variation de poids
- Relevé des ingesta

### PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES ET CONSEILS DIETETIQUES

#### SUIVI A 6 MOIS + 6 MOIS COMPLEMENTAIRE

- IMC
- Variation de poids
- Relevé des ingesta

#### SUIVI A 1 AN + 1 AN COMPLEMENTAIRE

- IMC
- Variation de poids
- Relevé des ingesta

### PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES ET CONSEILS DIETETIQUES

FIN DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE, POSSIBILITE RENOUVELLEMENT PAR MEDECIN TRAITANT