Approche multifactorielle des patients chuteurs : rôle de la nutrition

Multifactorial approach to patients with falls: the role of nutrition

GABRIEL D.[1], EL KHOUDA S.[1] et MAES C.[2]

[1]Service de Diététique, Centre hospitalier universitaire de Liège, site Sart-Tilman

[2]Service de Diététique, Centre hospitalier universitaire de Liège, site Notre-Dame des Bruyères

RÉSUMÉ

Les chutes chez les personnes âgées sont fréquentes. Les changements physiologiques qui accompagnent l'avancée en âge ainsi que certaines situations de la vie quotidienne sont susceptibles d'amener les personnes âgées à diminuer leurs apports alimentaires et de les entraîner vers un état de carences nutritionnelles. Ces carences ont un impact sur la survenue des chutes et les complications qui en découlent. Une des pistes de prévention des chutes est donc le dépistage du risque de dénutrition et la mise en place de mesures préventives ou correctrices. Des outils de dépistage simples existent et des conseils généraux peuvent facilement être prodigués en consultation de médecine générale en cas de risque de dénutrition identifié. Le poids est un indicateur essentiel qui doit être contrôlé par le prestataire de soins. Si les stratégies proposées en première intention se révèlent insuffisantes, il est important d'orienter le patient vers un diététicien qui pourra offrir une approche plus ciblée.

Rev Med Brux 2025 ; 46: 312-317

Mots-clés : chutes, nutrition, dépistage

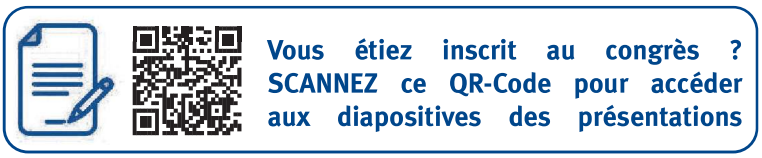
ABSTRACT

Falls in the elderly are common. The physiological changes that accompany the advancing age as well as certain situations of daily life are likely to cause elderly people to reduce their food intake and find themselves in a situation of nutritional deficiencies. These deficiencies have an impact on the occurrence of falls and the resulting complications. One of the ways to prevent falls is therefore the screening of the risk of malnutrition and the implementation of preventive or corrective measures.

Simple screening tools are available and general advice can easily be provided by a general practitioner if a risk of malnutrition is identified. Weight is an essential indicator. It should be monitored regularly. If the proposed first-line strategies are insufficient, it is important to refer the patient to a registered dietician who can offer a more focused approach.

Rev Med Brux 2025 ; 46: 312-317

Keywords : falls, nutrition, screening



Si vous n'avez pas pu assister au congrès, retrouvez ces séances en e-learning (avec accréditation INAMI)

Plus d'infos sur notre site internet : https://www.amub-ulb.be/evenement/59e-congres-de-l-amub

INTRODUCTION

Selon un rapport de Sciensano de 2024, 30 % des adultes de plus de 65 ans chutent chaque année. Les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans la prévention du risque de chutes, que ce soit au niveau du dépistage, de la mise en place de mesures préventives ou de l'orientation vers d'autres professionnels de la santé pour une intervention plus ciblée[1].

De nombreuses études mettent en évidence le rôle de la nutrition dans le phénomène des chutes chez les personnes âgées, aussi bien au niveau de la survenue des chutes qu'au niveau des complications qui peuvent en découler.

La sarcopénie, un IMC trop faible ou trop élevé, l'ostéoporose, un diabète mal équilibré, la déshydratation sont des facteurs de risque ou précipitant les chutes chez les personnes âgées et augmentent les complications post chutes telles que les fractures[2-4].

La vitamine D et le calcium jouent un rôle important dans la prévention des chutes et leurs complications. La vitamine D intervient entre autres sur la densité osseuse, notamment en favorisant l'absorption du calcium au niveau intestinal ainsi que sur la contraction et le renouvellement des fibres musculaires. Le calcium, principal constituant des os, en assure la solidité.

Au cours du vieillissement, on observe une diminution de la masse maigre au profit de la masse grasse. La diminution de la masse maigre se marque principalement au niveau des muscles et du squelette. La réduction du nombre et du calibre des fibres musculaires qui est particulièrement marquée au niveau des membres inférieurs entraîne une diminution de la force musculaire. Une activité physique adaptée et une augmentation des apports protéiques permettent de limiter cette perte de masse musculaire[5,6].

PRÉVENIR LA DÉNUTRITION ET LE RISQUE DE CHUTES

Prévalence de la dénutrition chez la personne âgée

Les personnes âgées sont particulièrement exposées au risque de dénutrition.

Selon les outils de diagnostic, 4 à 10 % des personnes âgées vivant au domicile sont dénutries[7].

Ce pourcentage augmente avec l'âge.

Un rapport récent de Sciensano révèle que 29 % des personnes de plus de 65 ans vivant au domicile en Belgique présentent un risque de dénutrition[8].

Pourquoi les personnes âgées sont-elles plus à risque de dénutrition et de déshydratation ?

Lors du vieillissement, une dysrégulation de l'appétit s'installe. Chez les personnes âgées, même en bonne santé, la sensation de faim le matin à jeun est plus faible que celle des sujets jeunes. De même, après un repas standard, la sensation de satiété sera plus longue chez les sujets âgés. De plus, les personnes âgées, après une période de faibles prises alimentaires, ne vont pas compenser par une augmentation de leurs prises alimentaires. C'est ainsi que les sujets âgés, après un épisode aigu, qui s'accompagne très fréquemment d'une diminution des prises alimentaires ainsi que d'une perte de poids, auront des difficultés à revenir spontanément à leur poids antérieur[9].

D'autres facteurs liés au vieillissement de l'organisme peuvent favoriser le risque de dénutrition comme la diminution de la sensibilité gustative et olfactive ou encore la perte de l'acuité visuelle.

L'isolement, la diminution de la mobilité, la polymédication, les troubles bucco-dentaires, les régimes restrictifs sont également des situations fréquentes chez les aînés qui peuvent conduire à une diminution des prises alimentaires.

Quels sont les outils de dépistage de la dénutrition ?

Il existe plusieurs outils de dépistage de la dénutrition qui se basent sur l'indice de masse corporelle (IMC), la notion de perte de poids et/ou de diminution des apports alimentaires ainsi que l'association de ces critères à une pathologie aiguë.

Le MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*) fournit, sur base de ces critères, un score allant de 0 (faible risque nutritionnel) à supérieur à 2 (risque nutritionnel élevé). En fonction du score, il propose des pistes de prises en charge (soin de routine, surveillance ou traitement)[10].

Le NRS 2002 (*Nutritional Risk Screening*) a été validé comme outil de dépistage de la dénutrition à l'hôpital pour les adultes. L'ESPEN (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*) recommande cet outil pour tous les patients hospitalisés. Un score inférieur à 3 conduira à une surveillance hebdomadaire. Un score supérieur à 3 indique que le patient présente un risque de dénutrition et qu'une intervention nutritionnelle est nécessaire. Notons que l'âge supérieur à 70 ans implique l'ajout d'1 point au score total[11].

Le MNA-SF (*Mini Nutritional Assessment – Short Form*) a été retenu comme l'outil de dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Il compte 6 items. Il implique deux notions supplémentaires par rapport aux deux premiers outils : la notion de capacité de mobilisation ainsi que les éventuels troubles neuropsychologiques. En fonction du score, de 0 à 14, le patient sera dépisté comme ayant un état nutritionnel normal, étant à risque de dénutrition ou présentant une dénutrition avérée[12].

A quelle fréquence le dépistage du risque de dénutrition est-il conseillé ?

La HAS (Haute Autorité de Santé) recommande de surveiller le statut nutritionnel des personnes âgées à raison de :

- Une fois par mois pour les personnes vivant à domicile et à chaque consultation ;
- En établissement de soins de longue durée (Maison de repos pour les personnes âgées, Maisons de Repos et de Soins) : à l'entrée puis au moins une fois par mois et à la sortie ;
- En hospitalisation et établissement de court séjour : à l'entrée puis une fois par semaine et à la sortie.

En cas de situation médicale aiguë (chirurgie, infection, ...) et/ou de diminution de l'appétit ou des apports alimentaires, il est recommandé d'augmenter la fréquence du dépistage à une fois par semaine (poids, appétit et consommations alimentaires) peu importe la situation résidentielle[12].

Quels sont les outils de diagnostic de la dénutrition ?

Différents outils ont été validés pour établir un diagnostic de dénutrition. Celle-ci peut-être qualifiée de modérée ou sévère. Cette précision a son intérêt pour déterminer les modalités de prise en charge nutritionnelle. Une personne présentant une dénutrition modérée et ayant des apports per os satisfaisants ne fera pas l'objet de la même prise en charge qu'une personne présentant une dénutrition sévère[13].

La HAS et le GLIM (*Global Leadership Initiative on Malnutrition*) proposent des critères fort semblables qui reposent sur l'association d'un ou plusieurs facteurs phénotypiques (perte de poids, faible IMC, fonte musculaire) et d'un ou plusieurs facteurs étiologiques (réduction des prises alimentaires, diminution de l'absorption, pathologie chronique ou aiguë).

Ces outils de diagnostic sont valables aussi bien chez les sujets jeunes que chez les sujets âgés.

Une différence est cependant faite au niveau de la valeur critique de l'IMC.

En effet, on remarque une augmentation de la corpulence avec l'âge due à l'augmentation de la masse grasse. L'IMC moyen entre 65 et 70 ans se situe entre 26 et 27 alors qu'il se situe aux alentours de 22 à l'âge de 20 à 30 ans.

Besoins nutritionnels de la personne âgée

« *Les besoins en un nutriment donné ou en énergie sont définis comme la quantité nécessaire pour maintenir des fonctions physiologiques et un état de santé normaux et faire face à certaines périodes de la vie pour ce qui concerne la population ciblée* »[14].

Les besoins protéino-énergétiques

Les objectifs énergétiques chez la personne âgée en bonne santé sont de 30 à 35 kcal/kg de poids (*) /jour. Ils peuvent être augmentés jusque 40 kcal/kg/j chez le sujet âgé dénutri.

Les besoins protéiques sont de 1 à 1,2g de protéines/kg/jour. Ils peuvent être majorés à 1,5g/kg/jour chez le sujet âgé dénutri[14,15].

Les besoins en calcium et en vitamine D

Les apports recommandés en calcium sont de 1200 mg/jour[15].

L'apport considéré comme satisfaisant en vitamine D chez l'adulte est de 15 µg/jour[16].

La vitamine D est en majorité synthétisée par l'organisme. L'apport alimentaire ne permet pas à lui-seul d'assurer un taux suffisant dans l'organisme. C'est pourquoi il est recommandé de proposer des suppléments de vitamine D. La posologie efficace doit être de 800 à 1000 UI/jour[13].

Les besoins hydriques

Les besoins en eau sont de minimum 2L par jour. Ils comportent l'eau des aliments ainsi que les boissons. Ces dernières doivent être consommées à raison de 1 à 1,5L par jour. Il est primordial de veiller à un bon état d'hydratation chez la personne âgée[13,15].

Intervention nutritionnelle ciblée

Une série de situations à risque de dénutrition chez la personne âgée ont été identifiées. Elles sont reprises dans le tableau 1[17]. Ces situations peuvent alerter sur les risques mais elles fournissent également une réelle piste de prise en charge.

A titre d'exemples :

- La pertinence de certains régimes restrictifs, chez les personnes de plus de 75 ans, doit être rediscutée. En effet, il est judicieux de se poser la question de la balance bénéfices-risques de ces régimes qui ne favorisent pas le plaisir du repas chez des personnes qui ont souvent une diminution de l'appétit.
- Chez une personne isolée ou dépendante pour les activités de la vie quotidienne, des aides peuvent être mises en place telles que la préparation des repas par une aide familiale ou la livraison des courses / repas à domicile. Les services sociaux des communes peuvent fournir beaucoup de renseignements et proposer des solutions en fonction des situations financières.

(*) Le poids à prendre en compte pour les plus de 70 ans est :
- Si l'IMC du patient se situe entre 23 et 28 : le poids réel ;
- Si l'IMC est inférieur à 23 : le poids recalculé pour un IMC de 23 ;
- Si l'IMC se situe entre 28 et 33 : le poids recalculé pour un IMC de 28 ;
- Si l'IMC est supérieur ou égal à 33 : le poids ajusté selon la formule suivante : « Poids IMC 28 + [0,33 x (Poids réel – Poids IMC 28)] »

Tableau 1

Situations à risque de dénutrition chez la personne âgée.

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

- Proposer une adaptation de la texture des repas chez les personnes présentant des troubles bucco-dentaires ou des difficulés de déglutition.
- Les traitements médicaux qui peuvent avoir un impact sur les prises ailmentaires de par leur mode d'action ou par la quantité doivent également être réévalués.
- Il peut être intéressant de référer ces patients à une consultation gériatrique afin qu'ils puissent bénéficier d'une gestion globale de ces différentes situations à risque nutritionnel. Le patient pourra ainsi profiter d'une prise en charge pluridisciplinaire en hôpital de jour gériatrique avec, en fonction de la situation, l'intervention d'un diététicien, d'un logopède, d'un kinésithérapeute, ergothérapeute, ...

L'approche nutritionnelle plus spécifique comprendra des conseils généraux en fonction de la situation comme :

- Le fractionnement de l'alimentation en ajoutant des collations entre les repas qui deviennent moins copieux. Ces collations permettent d'augmenter l'apport en énergie, protéines, vitamines et sels minéraux sous de petits volumes. La collation du soir est importante afin d'éviter un jeûne de plus de 10 h entre le repas du soir et le petit-déjeuner du lendemain.
- Donner des repères de fréquence de consommation. Le tableau de fréquences du PNNS (Plan National Nutrition Santé) français pour l'alimentation des personnes âgées fragilisées est un outil intéressant[18].Proposer de varier les sources de protéines chez les patients qui ont tendance à diminuer leur consommation de viande : œufs, volaille, poissons, fromages et autres produits laitiers.
- Veiller à l'apport en calcium en consommant 3 à 4 produits laitiers par jour (lait, fromages, yaourt, fromage blanc, ...)
- Donner des pistes pour favoriser une bonne hydratation comme varier les sources en aromatisant les eaux, boire des tisanes, boire souvent de petites quantités, utiliser un récipient gradué ou avec une contenance spécifique afin de conscientiser les quantités prises, donner des repères. Il faut apprendre à boire sans avoir soif.

Si ces mesures ne sont pas suffisantes, des conseils pour enrichir l'alimentation doivent être proposés.

Le but est d'augmenter l'apport énergétique et protéique des repas sans en augmenter le volume.

- Certains aliments sont naturellement plus riches en énergie et/ou en protéines. Leur consommation doit être privilégiée. Ils peuvent également être utilisés pour enrichir d'autres préparations.
- Les repas peuvent également être enrichis avec des poudres de protéines ou de dextrine-maltose. Des conseils d'utilisation en fonction des habitudes alimentaires et des besoins spécifiques en fonction du poids et des éventuelles pathologies doivent accompagner l'emploi de ces produits.

Les compléments nutritionnels oraux (CNO) ont également leur place dans la stratégie nutritionnelle.

Ils peuvent être utilisés dans différentes situations :

- Chez les personnes modérément dénutries si les mesures précédemment proposées sont inefficaces ou si les apports per os sont très faibles ou encore dans un souci de facilité chez des personnes isolées qui ne cuisinent pas ou peu.
- D'emblée chez les personnes sévèrement dénutries, peu importe leurs apports alimentaires per os[15].

Les avantages des CNO sont leur facilité d'emploi ainsi que leur composition adéquate (énergie, protéines, rapport calorico-azoté, oligo-éléments et vitamines).

Il est important d'insister sur le fait que le CNO ne remplace pas un repas mais doit être pris en complément de l'alimentation habituelle.

On conseille généralement de le prendre en plusieurs prises sur la journée ou en collation après le repas du soir.

Il en existe plusieurs marques, goûts, formes (liquide, crème, ...) et ils ont différentes spécificités. Il faut trouver celui qui conviendra le mieux afin de maximiser la compliance et donc l'efficacité de ce complément.

CONCLUSION

Les personnes âgées, même en bonne santé, sont plus exposées à un risque de dénutrition que les personnes jeunes.

En effet, le vieillissement engendre des modifications physiologiques qui peuvent avoir un impact sur les prises alimentaires (satiété précoce et prolongée, diminution des sensations gustatives et olfactives par exemple). Les personnes isolées ne prennent plus nécessairement le temps de cuisiner ou de prendre un vrai repas à table ou n'ont pas toujours aussi facilement accès aux matières premières.

Or, les besoins énergétiques chez les sujets âgés diminuent peu et les besoins en protéines sont plus importants.

Une diminution du poids, même minime, chez la personne âgée doit alerter. Une perte de poids involontaire se fait au détriment de la masse maigre, c'est-à-dire les muscles et la masse osseuse notamment.

Les carences alimentaires qui accompagnent la sous-alimentation (protéines, calcium entre autres) accentuent la perte de masse musculaire et la déminéralisation osseuse conduisant à un risque élevé de chutes, de fractures et d'hospitalisation.

Il est donc primordial de dépister le risque de dénutrition chez la personne âgée et d'assurer un suivi du poids régulier.

Une des premières démarches à entreprendre lorsqu'un risque de dénutrition est identifié est de repérer les situations qui peuvent y contribuer et apporter des solutions pour y remédier (isolement, polymédication, régimes restrictifs, ...).

Ensuite, certains conseils peuvent être prodigués comme le fractionnement et l'enrichissement de l'alimentation ou encore le rappel des fréquences de consommation alimentaire du PNNS français pour les personnes âgées fragilisées.

La vitamine D doit systématiquement être dosée et suppléée si nécessaire.

Lorsqu'une personne est dans une situation de risque nutritionnel ou présente une dénutrition avérée, le contrôle du poids doit se faire de façon hebdomadaire.

Enfin, si les premiers conseils ne parviennent pas à endiguer la perte de poids, il est important de référer le patient chez un diététicien ou en consultation gériatrique.

Conflits d'intérêt : néant.

Implications pratiques (*take-home messages*)

- La dénutrition protéino-énergétique doit être dépistée de façon systématique chez les personnes de plus de 60 ans ;
- Il est essentiel de contrôler le poids une fois par mois chez les personnes âgées en bonne santé vivant au domicile, une fois par semaine en cas de dénutrition avérée ou de situation à risque ;
- La vitamine D doit être dosée et suppléée si nécessaire ;
- Il est utile d'orienter les personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition chez un diététicien ou en consultation de gériatrie si les conseils de première ligne se révèlent infructueux.

BIBLIOGRAPHIE

1. Moreels S, De Schreye R, Bensemmane S. Épidémiologie, facteurs de risque et prévention des chutes chez les personnes âgées en soins primaires au cours de la période 2019-2021 en Belgique. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2024 52p. Numéro de rapport : D/2024.14.440/57. Disponible en ligne : https://www.sciensano.be/en/biblio/epidemiologie-facteurs-de-risque-et-prevention-des-chutes-chez-les-personnes-agees-en-soins
2. Haute Autorité de Santé (Consulté le 26 mars 2025). [Internet]. http://www.has-sante.fr
3. Boureau AS, DhaneY, Hanon O. Chute et dénutrition : des complications graves chez les patients âgés diabétiques. Médecine des Maladies Métaboliques. 2023;17(8 Supp 1):8S18-8S24.
4. Alonso E, Krypciak S, Paillaud E. Rôle de la nutrition dans les chutes et les fractures des sujets âgés. Gérontologie et société. 2010/3;33(134):171-87.
5. Boirie Y, Raynaud-Simon A. Physiologie du vieillissement. In : Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme. Traité de Nutrition Clinique à tous les âges de la vie. Edition 2016:513-31.
6. Lahaye C, Soubrier M, Tournadre A. Comment lutter contre le vieillissement musculaire ? Revue du rhumatisme monographies. 2019;86:172-77.
7. Allepaerts S, De Flines J, Paquot N. La nutrition de la personne âgée. Rev Med Liège. 2014;69(5-6):244-50.
8. Sciensano : Statut pondéral et troubles du comportement alimentaire : Risque de dénutrition chez les personnes âgées, Enquête de Consommation alimentaire 2022-2023, juin 2024, Bruxelles, Belgique (Consulté le 26 mars 2025). [Internet]. https://www.sciensano.be/fr/resultats-de-lenquete-nationale-de-consommation-alimentaire-2022-2023/statut-ponderal-et-troubles-du-comportement-alimentaire/risque-de-denutrition
9. Elia M. ; Chairman of MAG (Malnutrition Advisory Group) and Editor (2003) British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN).
10. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z & an ad hoc Espen Working Group (2003).
11. 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.
12. Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021 (Consulté le 26 mars 2025) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf
13. Raynaud-Simon A. Stratégie de dépistage et de prise en charge de la dénutrition : personne âgée. In : Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme. Traité de Nutrition Clinique à tous les âges de la vie. 2016:687-94.
14. Hébuterne X, Alix E, Raynaud-Simon A, Vellas B. Traité de Nutrition de la personne âgée - Chapitre 13 : Recommandations nutritionnelles chez une personne âgée bien portante. Springer-Verlag France, Paris 2009.
15. Szekely C. Recommandations nutritionnelles chez une personne âgée bien portante. In: Traité de nutrition de la personne âgée. Springer, Paris. 2009. https://doi.org/10.1007/978-2-287-98117-3_13
16. Anses. Les références nutritionnelles en vitamines et minéraux. https://www.anses.fr/fr/content/les-references-nutritionnelles-en-vitamines-et-mineraux (consulté le 07/04/2025)
17. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.
18. L'Atelier de Promotion de la Santé. [DEPLIANT] Mémo nutrition. https://www.irepsreunion.org/centrededocs/nutrition/72-pense-bete-nutrition.html (consulté le 07/04/2025)

Travail reçu le 16 avril 2025 ; accepté dans sa version définitive le 29 juillet 2025.

AUTEUR CORRESPONDANT :

G. LIBERT
E-mail : gael.libert@ulb.be