

URPS

MÉDECINS LIBÉRAUX

ILE-DE-FRANCE

Cycle de webinaire Bien Vieillir en partenariat avec GéronD'if

14 avril 2026

3. Nutrition et avancée en âge : enjeux, risques et prise en charge

Dr Manuel Sanchez

Gériatre hospitalier APHP. Bichat



Qui sommes-nous ?

21 100 médecins libéraux
en Ile-de-France dont

8 200 médecins généralistes



Créée par la loi du 21 juillet 2009 dite "hôpital, patients, santé et territoires", l'URPS médecins libéraux est l'interlocuteur privilégié de l'Agence régionale de santé sur toutes les questions impliquant la médecine libérale en Ile-de-France :

- l'offre de soins ;
- la permanence des soins ;
- les activités soumises à autorisation des établissements privés ;
- l'installation.

Animée par 60 médecins libéraux, élus lors d'élections quinquennales, issus de l'ensemble des syndicats représentant les libéraux, avec une équipe de salariés expérimentés pour vous accompagner dans vos démarches.

Nutrition et avancée en âge : enjeux, risques et prise en charge

Dr Manuel Sanchez
APHP. Bichat





D'après K Rockwood Clinical Frailty Scale

Robuste

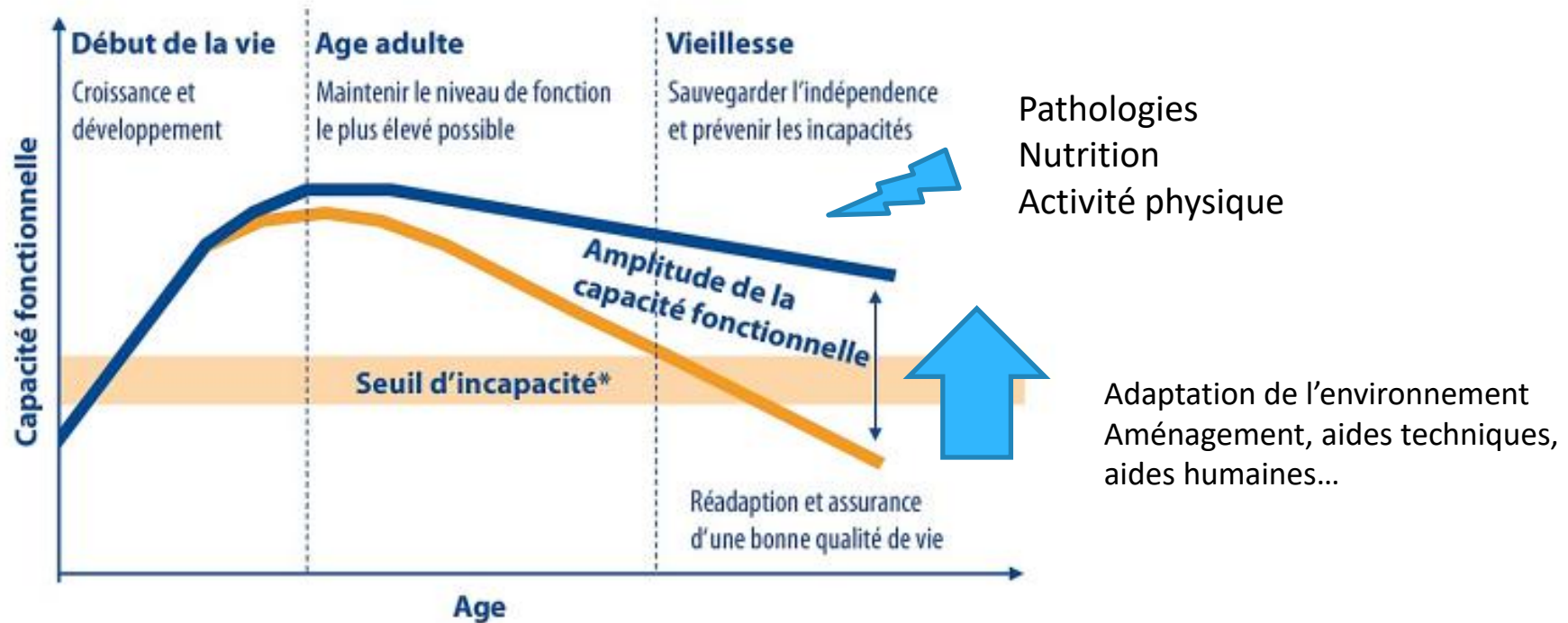
Fragile

Perte d'autonomie

Dépendance sévère

82% des PA sont autonomes, 98% vivent à domicile

Promotion du vieillissement « réussi »



Source Kalache et Kickbusch, 1997/OMS, 2002, p. 14

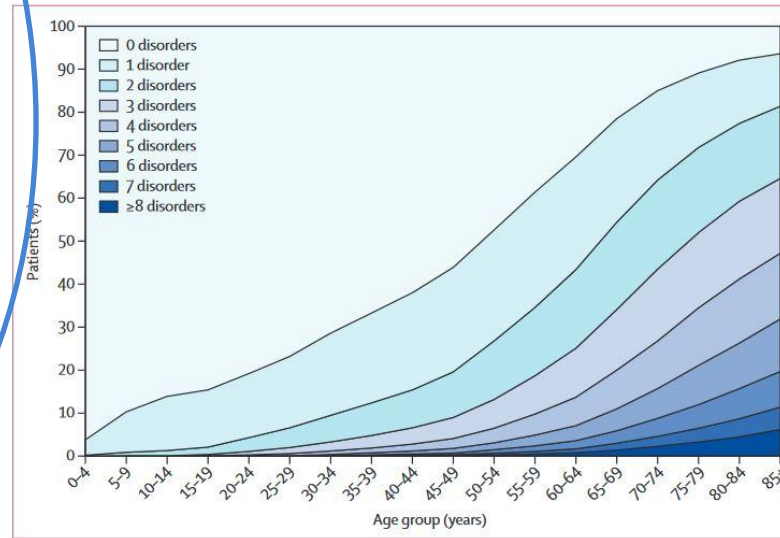
CONCEPT DE FRAGILITE

↓ capacité de l'organisme à s'adapter

Physique
(Musculaire et nutritionnelle)



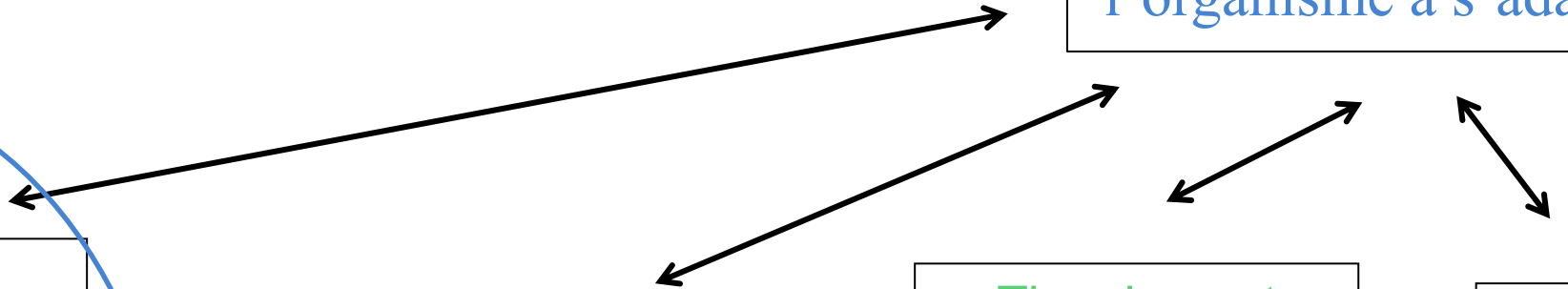
Polypathologie



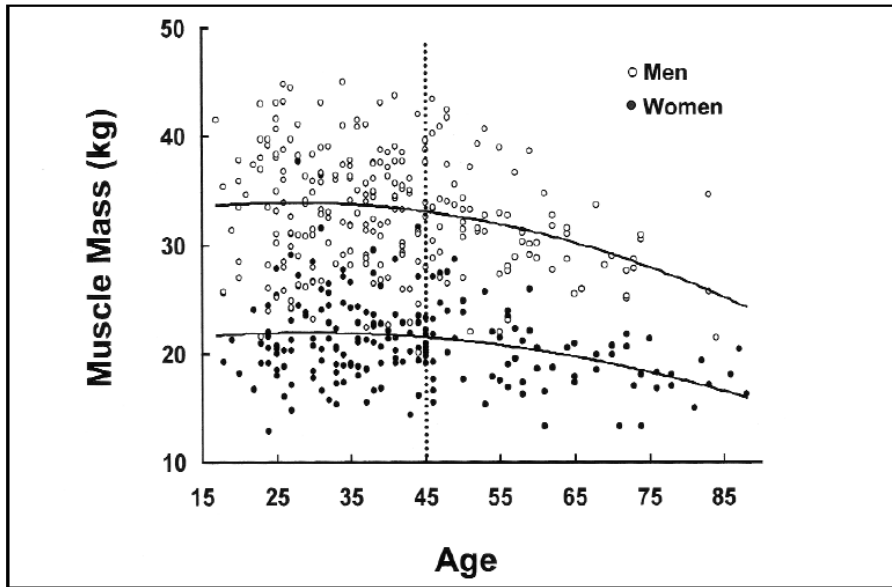
Thymique et Cognitive
(neurologique)



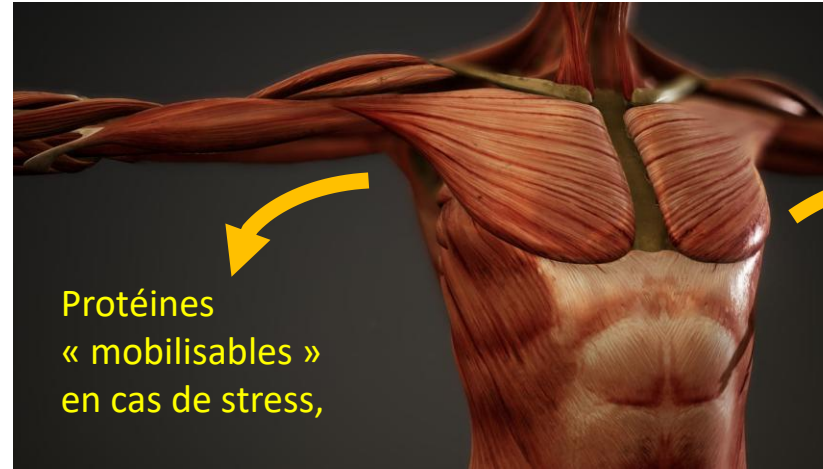
Sociale



ENJEUX ++ = Maintien de la masse musculaire



Janssen et Ross The journal of Nutrition,
Health & Aging 9: 408-19,2006

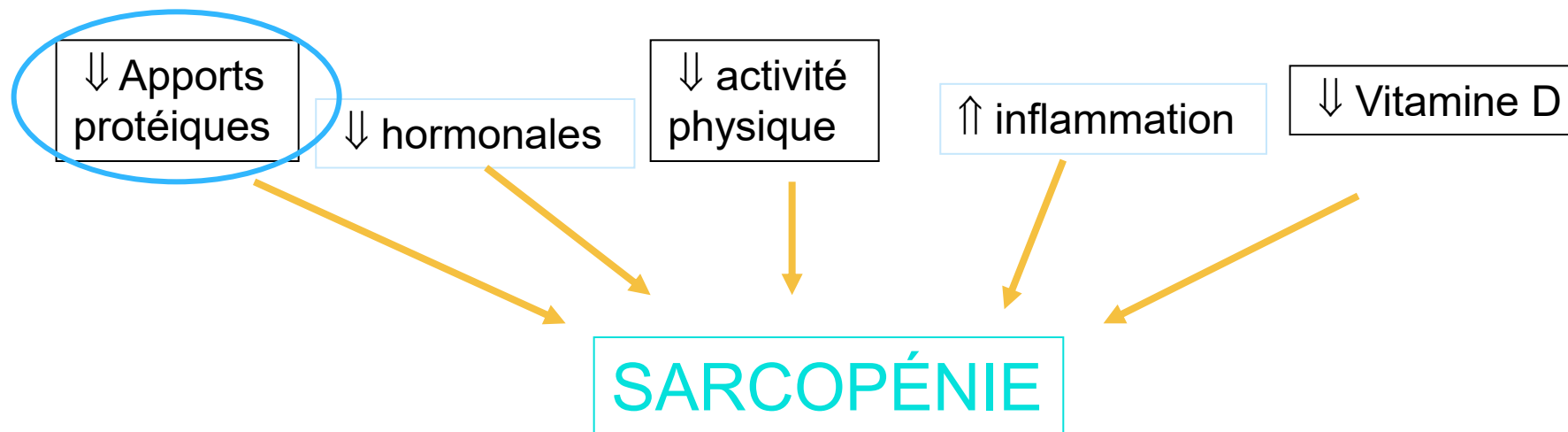


Masse musculaire insuffisante

Infections
Complications médicales
Complications chirurgicales
Retard de cicatrisation
Réadmissions à l'hôpital
Décès

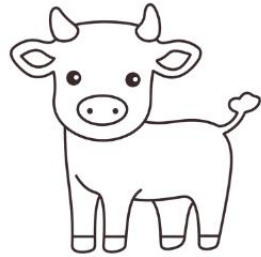
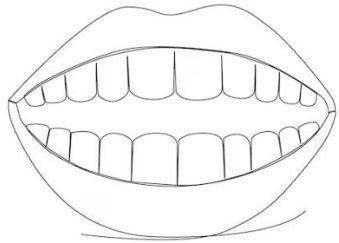
Troubles de la marche
Dépendance
Chutes, fractures...

CIBLES NUTRITIONNELLES



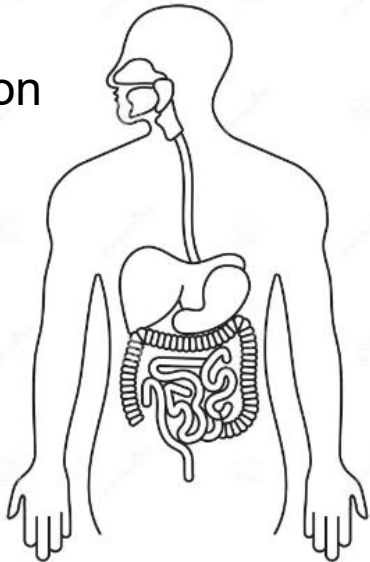
Impact du Vieillissement sur le Métabolisme Protéique

Mastication



Origine animale
ou végétale ?

Digestion



Extraction
splanchnique

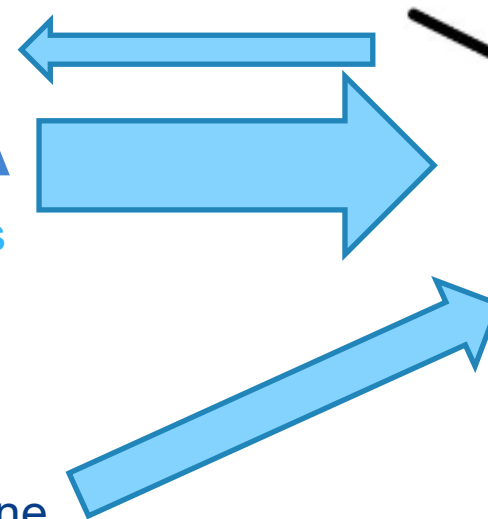
AA

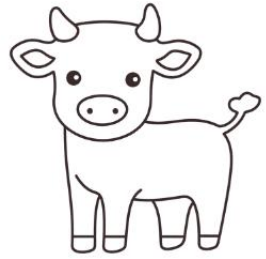
AA essentiels

Autres
nutriments

Insuline
GH


Jeun
Inflammation
Dénutrition...










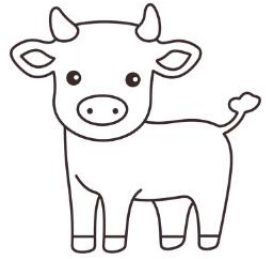


Origine animale
ou végétale ?



 **PROTÉINES végétales VS PROTÉINES animales**

Végétales				Animales				
								
..... TOUS LES ACIDES AMINÉS ESSENTIELS								
..... CÉRÉALES	Quantité limitée de Lysine		 LÉGUMINEUSES	Quantité limitée de Cystéine et Méthionine		Quantité équilibrée



Origine animale
ou végétale ?



16 PA en bonne santé
Repas iso protéiques, végétal vs animal

Pinckaers PJ. J Nutr. 2024 Jul

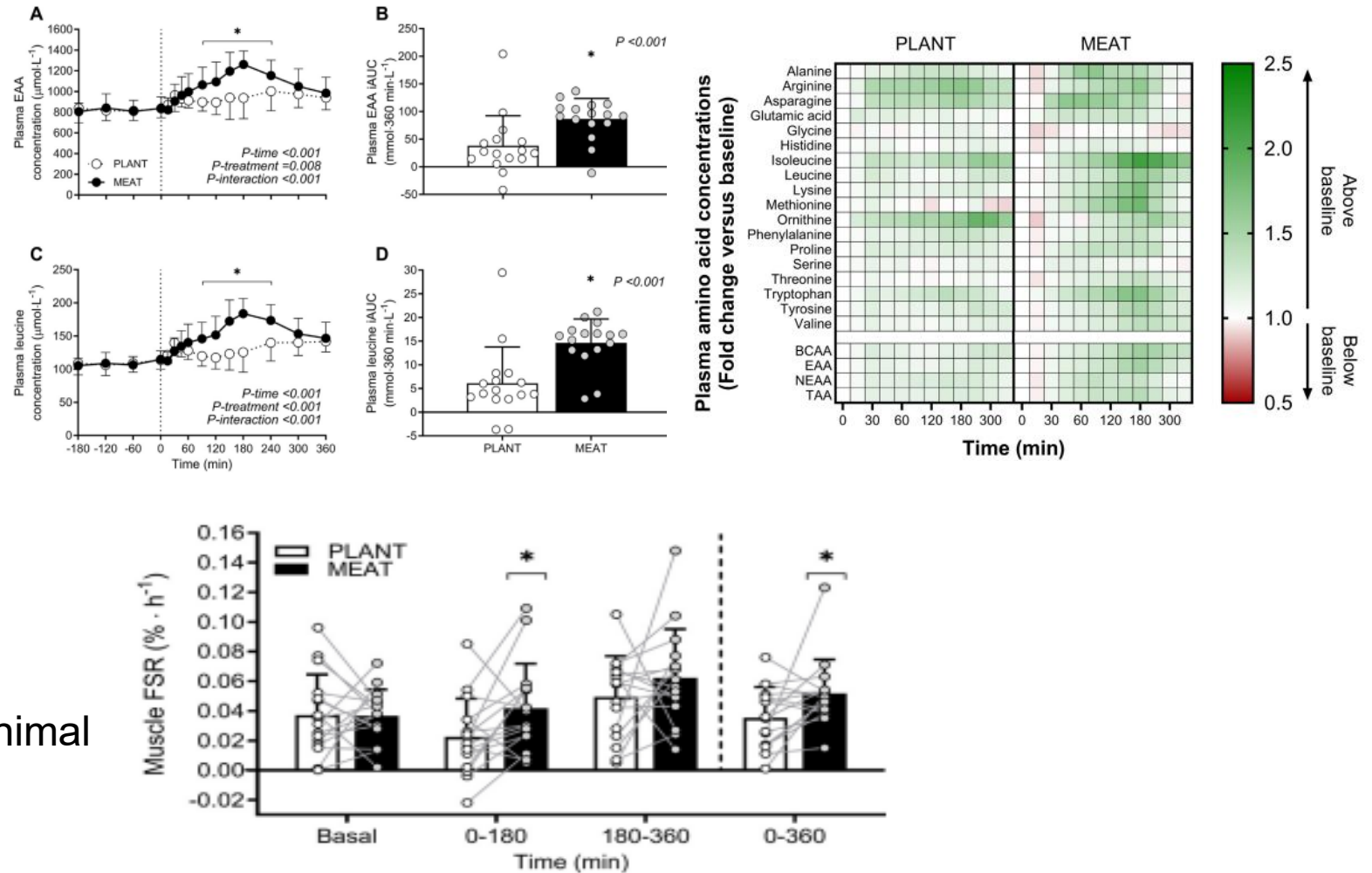
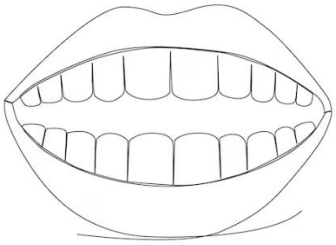


Figure 7. Mixed-muscle protein fractional synthetic rates (FSR) at different time periods prior to and following the ingestion of MEAT compared with PLANT meal in healthy, older individuals ($n = 16$).

Mastication



En théorie (physiologie)

- Moindre mastication / préparation du bol
- Moindre digestibilité des protéines ?

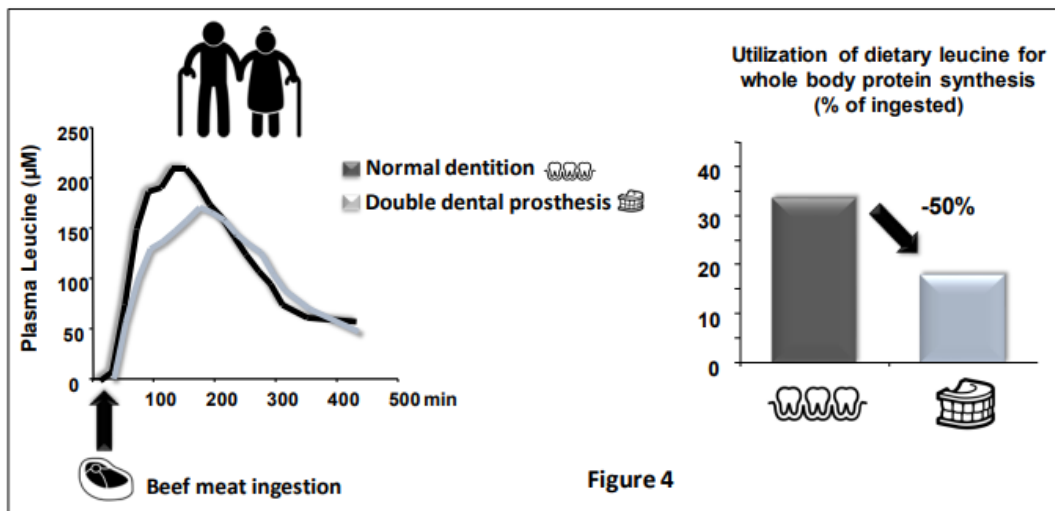


Figure 4

En pratique, mauvais état bucco dentaire (N dents, mais pas que) est associé à

- Moindre consommation de protéines (et d'énergie)
- Masse musculaire diminuée
- Etat de fragilité
- Facteur de risque de dénutrition
- Et la dénutrition favorise un mauvais état bucco-



Apports protéiques et Fragilité

Etudes observationnelles, transversales et cohortes

Women's Health Initiative Study

24 417 femmes 65 – 79 ans

Apports protéiques

Non calibrés : Food Frequency Quest.

Calibrés : FFQ corrigé par équations dérivées de mesures Dép. En. Tot. (eau doublement marquée) et excrétion urinaire N/24 h

Quintiles

12,4 ± 0,7 à 16,0 ± 0,6 % des AET

A 3 ans

3 298 (13,5 %) sont devenues fragiles

- ≥ 3 critères parmi 4

- low physical functioning
- Exhaustion
- Low physical activity
- Unintended weight loss

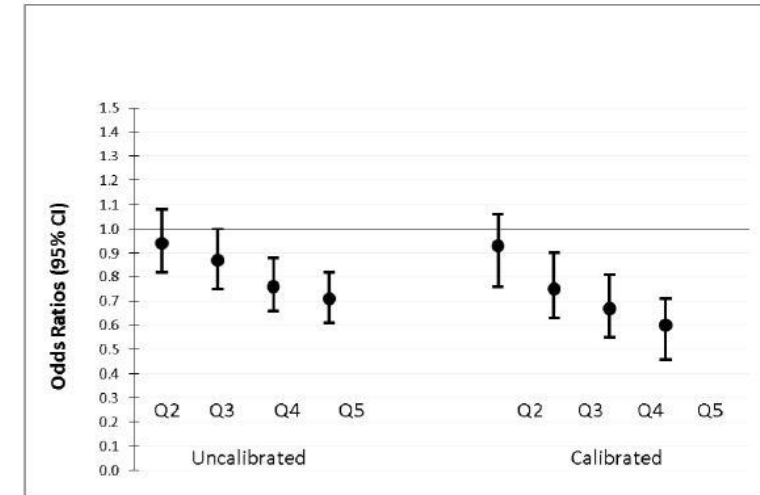


Figure 1.

Risk* of frailty compared to lowest quintile (Q) of protein intake (%kcal): uncalibrated versus calibrated protein**.

*Adjusted for age, ethnicity, body mass index, income, education, having a current health care provider, smoking, alcohol, general health status, history of comorbid conditions (hip fracture, emphysema, treated diabetes, hypertension, arthritis, cancer), history of hormone therapy use, number of falls, whether participant lives alone, disabled defined by at least 1 activity of daily living affected, depressive symptoms, log-transformed energy intake (uncalibrated energy for uncalibrated protein models and calibrated energy for calibrated protein models)

**Uncalibrated values represent food frequency questionnaire (FFQ) estimates and calibrated values represent estimates derived from linear regression equations developed on the basis of FFQ nutrient measures and participant characteristics.

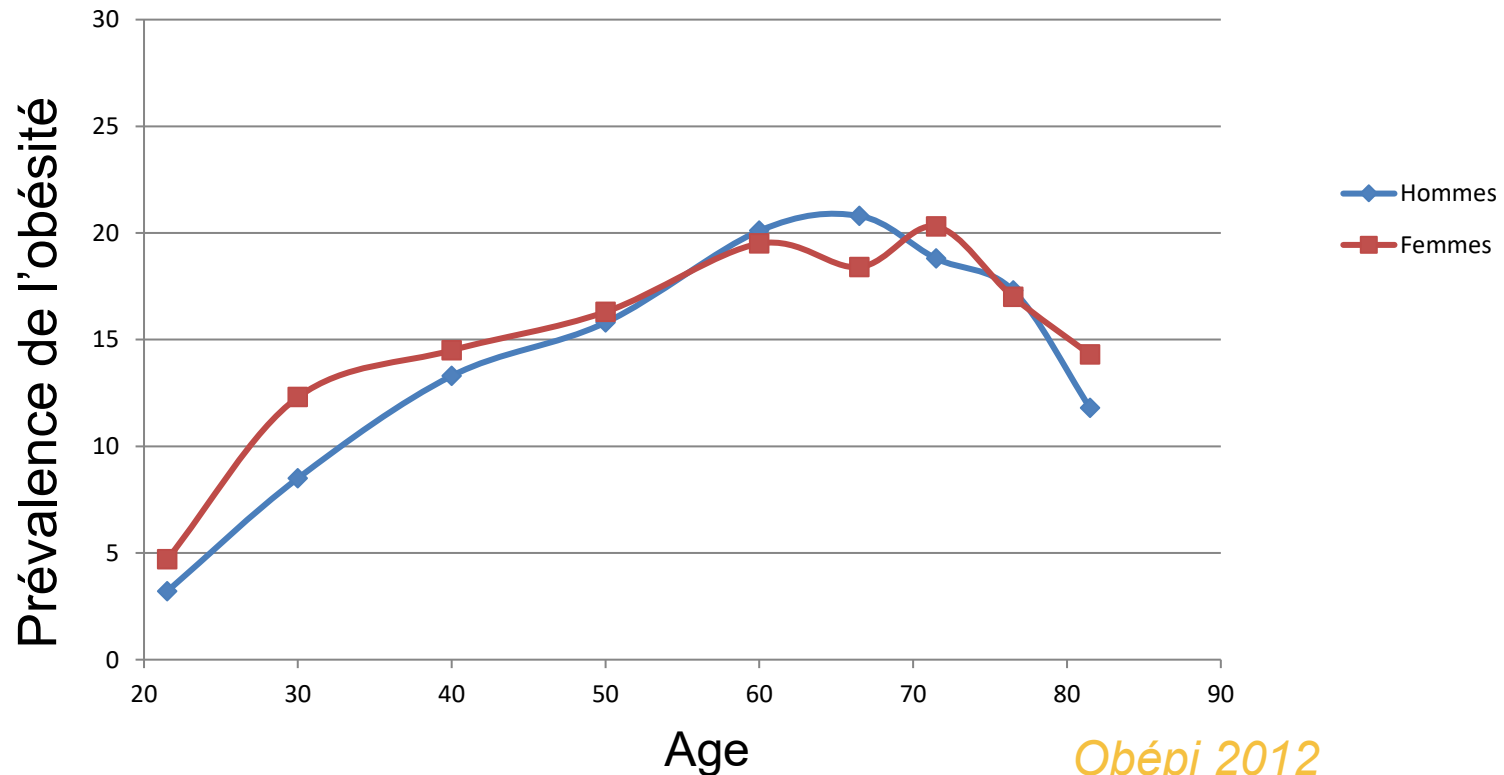
PNNS : personnes âgées fragiles

Fruits et légumes		→	Au moins 5 par jour
Pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre et légumes secs		→	À chaque repas selon l'appétit
Lait et produits laitiers		→	3 ou 4 par jour
Viandes Poissons et produits de la pêche (Eufs		→	2 fois par jour
Matières grasses ajoutées		→	Sans en abuser
Produits sucrés		→	Sans en abuser
Boissons		→	1 litre à 1,5 litre par jour
Sel		→	Pas de conseil spécifique
Activité physique		→	Bouger chaque jour, le plus possible

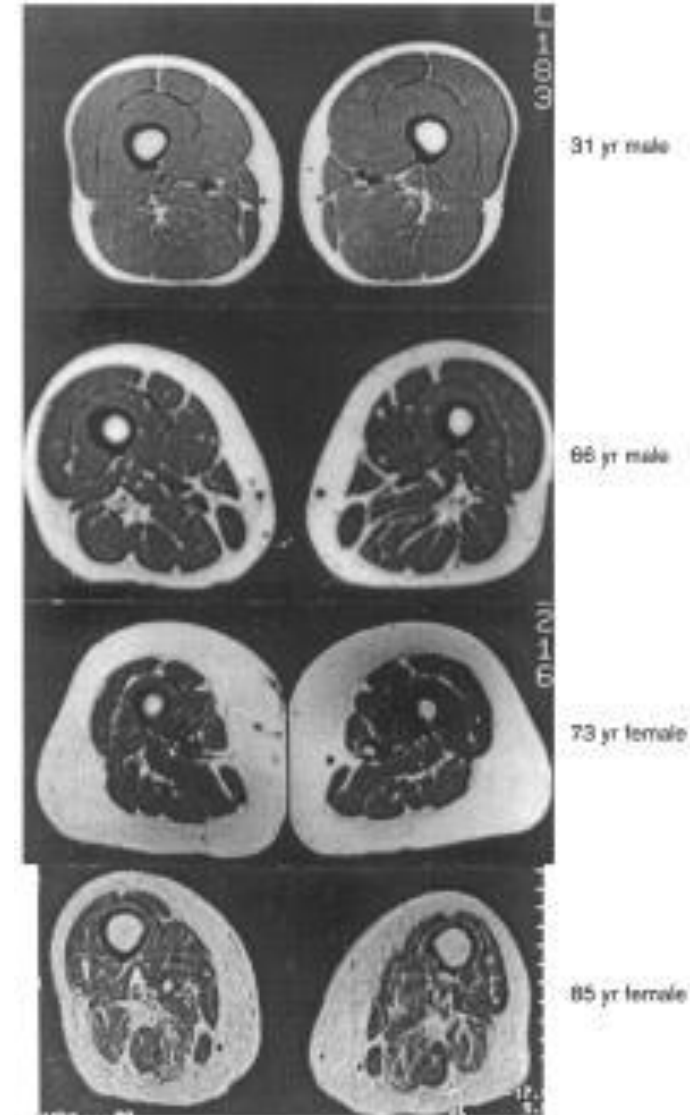
Rôle de l'obésité ?

Corpulence

	18-24 ans	25-34 ans	34-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65 ans et +
IMC moyen	22,4	24,4	25,2	25,8	26,5	26,5



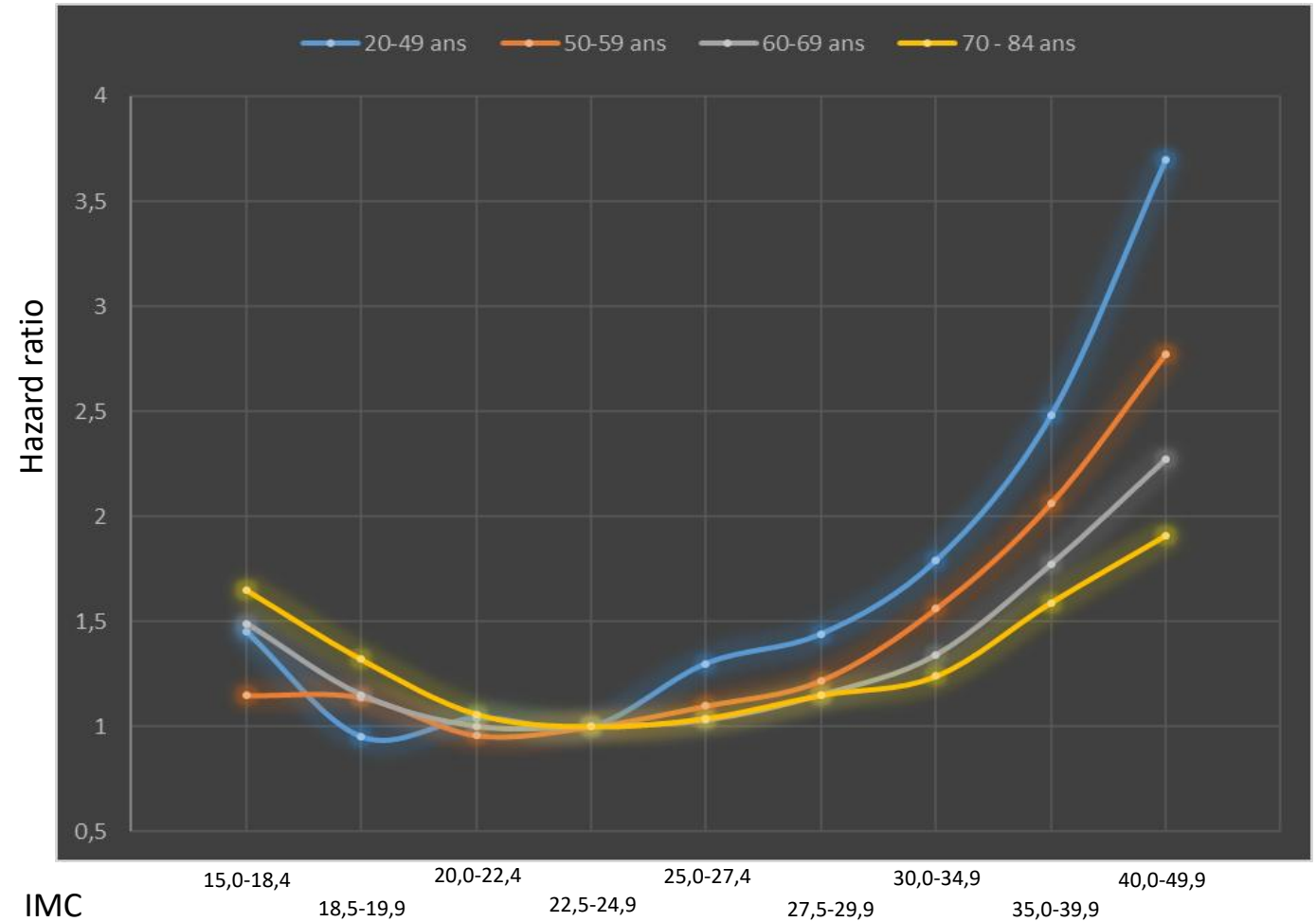
Obépi 2012



Le paradoxe de l'obésité ?

Mortalité ?

19 études prospectives
N = 1,46 millions
Âge à l'inclusion 19 à 84 ans
non fumeurs
suivi médian 10 ans (5 à 28)



Le paradoxe de l'obésité & comorbidités

Métaboliques

Diabète type 2 (risque $\times 5$)

Dyslipidémie

Stéatose hépatique

Syndrome métabolique

Cardiovasculaires

HTA (risque $\times 3$)

Insuffisance cardiaque

Coronaro-pathie

Fibrillation Atriale

Ostéo-articulaires

Arthrose genou/hanche

Lombalgies chroniques

Chutes & fractures

Autres

Apnée du sommeil

Cancer (sein, colon...)

Dépression & Anxiété

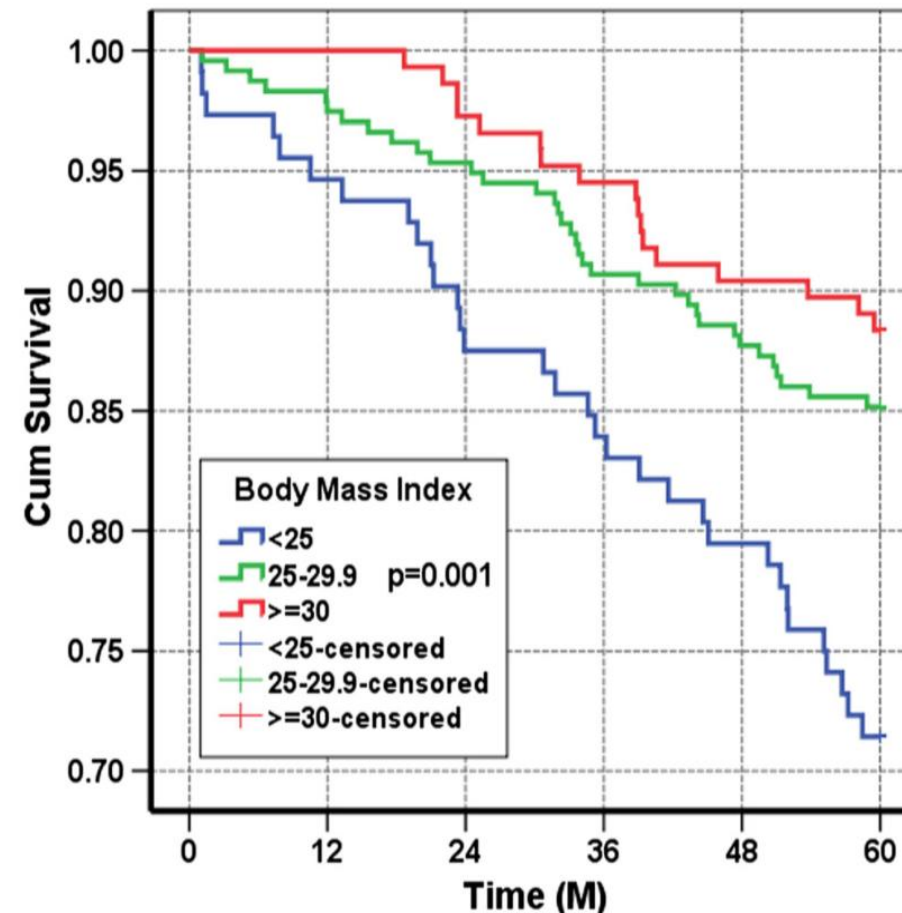
Paradoxe de l'obésité : exemple du diabète

Cohorte AHAP, 1616 sujets
501 patients avec DT2
69 ± 7 ans,
Suivi 5 ans

Mortalité

diabétique vs non diabétique
HR = 2,10 [1,57-2,81]

Chez les diabétiques
IMC > 30 vs IMC < 25
HR = 0,34 [0,17 – 0,69]



La perte de poids est elle bénéfique en cas d'obésité ?

Mortalité à 11 ans selon modification IMC entre 40-50 ans et 68-77 ans

5 240 hommes en « bonne santé » en 1972–73

Modèles ajustés sur pathologies et médicaments

Référence : BMI < 25 à 40-50 ans et à 68-77 ans

40- 50 ans	68-77 ans	Mortalité à 11 ans
<25	25-29,9	0,84 [0,75 – 0,94]
25-29,9	<25	1,43 [1,15 – 1,78]
≥ 30	25-29,9	1,79 [1,12 – 2,88]

Diagnostic de dénutrition HAS 2021: chez la personne âgée en situation d'obésité

Diagnostic = ≥ 1 Critère Phénotypique + ≥ 1 Critère Étiologique

✓ Critères Phénotypiques

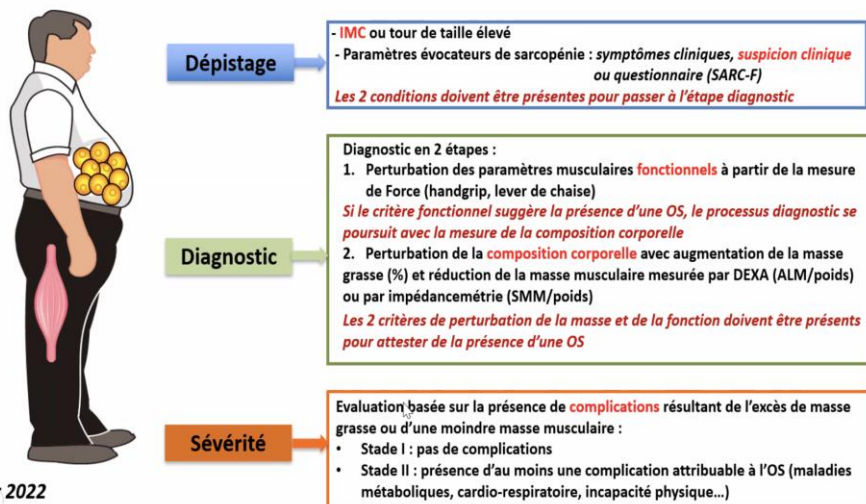
- Perte de poids** : $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou perte plus de 10% de son poids habituel, qu'elle soit volontaire, à visée thérapeutique ou involontaire.
- Sarcopénie** : Réduction de la masse et de la fonction musculaire.

Definition and diagnostic criteria for sarcopenic obesity: ESPEN and EASO consensus statement*

EASO
European Association for the Study of Obesity

ESPEN
The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

Procédure diagnostique pour l'évaluation de l'obésité sarcopénique



Force Musculaire Musculaire



Évaluation par Hand-Grip (dynamomètre). Reflet de la force globale.

Seuils : ≤ 27 kg (H) / ≤ 16 kg (F)

kg (F)



Performance Physique



Test du lever de chaise (5 répétitions). Évalue la fonction des membres inférieurs.

Seuil : > 17 secondes



Composition : DXA

GOLD STANDARD

Mesure précise de la masse grasse et de la masse maigre appendiculaire (ALM).

Précis mais peu accessible en routine



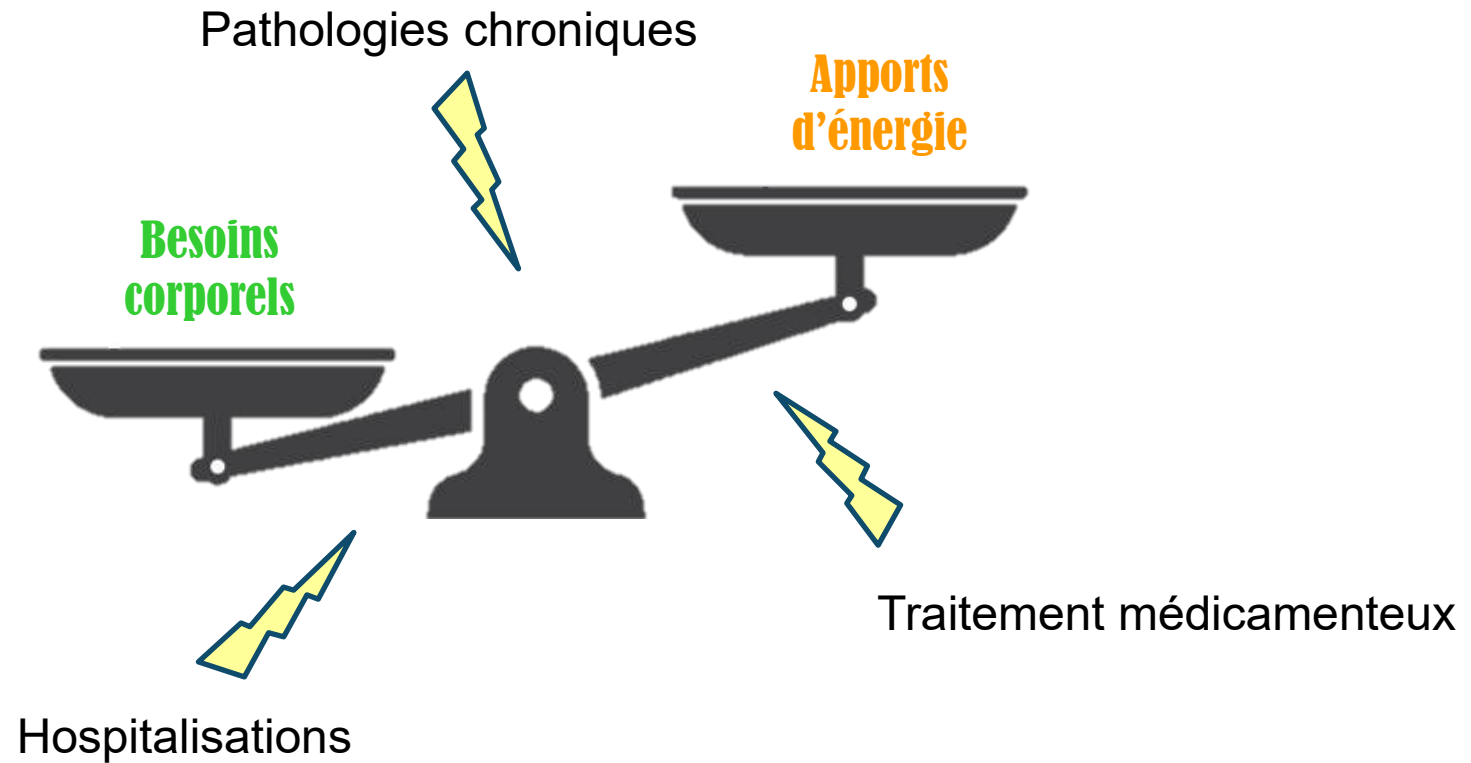
Composition : BIA



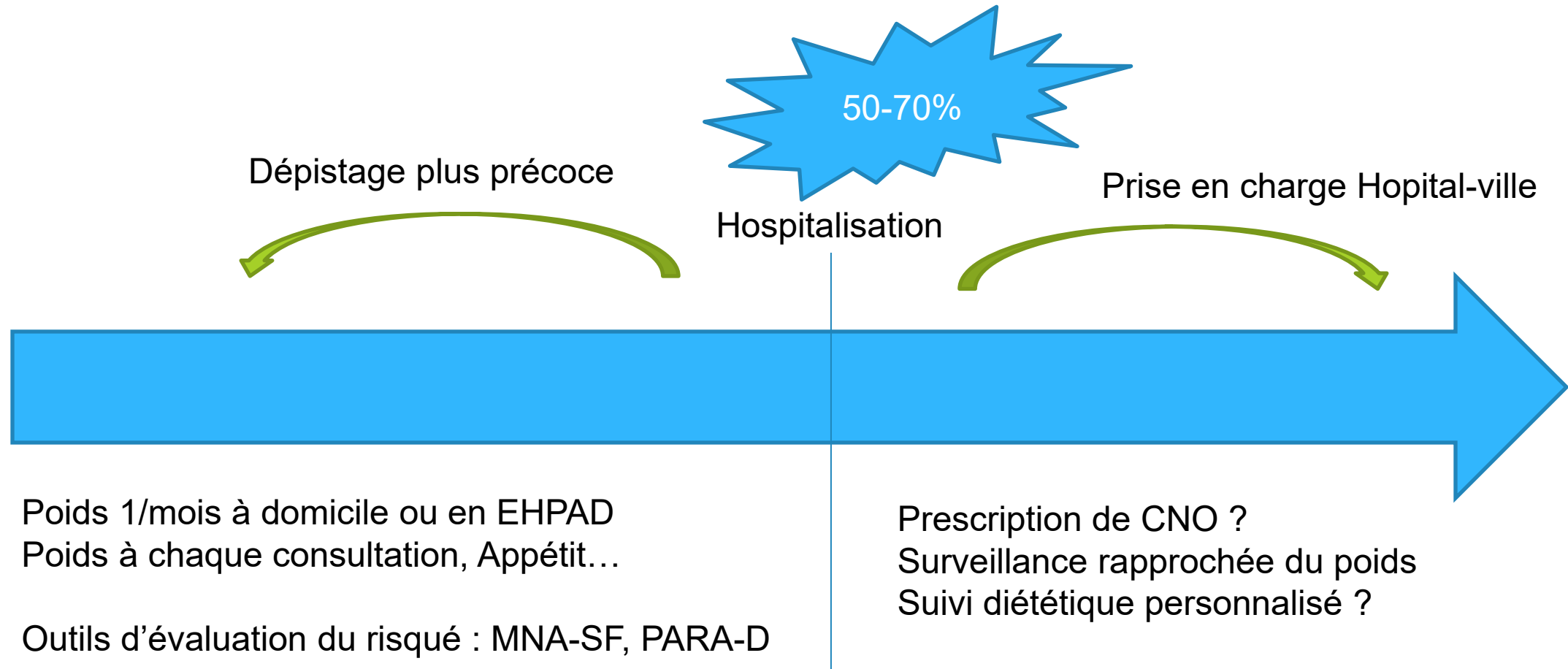
Impédancemétrie bioélectrique. Mesure de la masse musculaire Squelettique (SMM).

Alternative plus accessible, formules adaptées ?

Enjeu switch Obésité → Dénutrition



Comment améliorer ce dépistage ?



Situations à risque de dénutrition / sujet âgé

Psycho-socio-environnementales	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements Médicamenteux au long cours
<ul style="list-style-type: none"> • Isolement social • Deuil • Difficultés financières • Maltraitance • Hospitalisation • Changement des habitudes de vie : entrée en institution 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur • Pathologie infectieuse • Fracture entraînant une impotence fonctionnelle • Intervention chirurgicale • Constipation sévère • Escarres 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • Trouble de la mastication • Mauvais état dentaire • Appareillage mal adapté • Sécheresse de la bouche • Candidose oro-pharyngée • Dysgueusie 	<ul style="list-style-type: none"> • sans sel • amaigrissant • diabétique • hypocholestérolémiant • sans résidu au long cours 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie 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
<ul style="list-style-type: none"> • Pathologie ORL • Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance pour l'alimentation • Dépendance pour la mobilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndromes dépressifs • Troubles du comportement

Outil de dépistage

A		<p>Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties? 0 = severe loss of appetite 1 = moderate loss of appetite 2 = no loss of appetite</p>
B		<p>Weight loss during last months? 0 = weight loss greater than 3 kg 1 = does not know 2 = weight loss between 1 and 3 kg 3 = no weight loss</p>
C	<p>MNA – SF 12-14 Normal 8-11 A risque 0-7 Dénutri</p>	<p>Mobility? 0 = bed or chair bound 1 = able to get out of bed/chair but does not go out 2 = goes out</p>
D		<p>Has suffered physical stress or acute disease in the past 3 months? 0 = yes 2 = no</p>
E		<p>Neuropsychological problems? 0 = severe dementia or depression 1 = mild dementia 2 = no psychological problems</p>
F		<p>Body Mass Index (BMI) [weight in kg]/[height in m]² 0 = BMI less than 19 1 = BMI 19 to less than 21 2 = BMI 21 to less than 23 3 = BMI 23 or greater</p>

Nécessite un
professionnel
de santé

Et des
mesures

Auto-questionnaires ?



PARAD

Poids • Appétit • Repas • Alimentation

DÉNUTRITION

Un outil simple, précoce et universel,
pour **prévenir le risque de dénutrition**

PARA-D



Pr Raynaud-Simon

PRINCIPE D'UTILISATION

Il repose sur 4 questions pour sensibiliser sur le risque de la dénutrition :

- le Poids
- l'Appétit
- le Repas
- l'Alimentation

Chaque réponse correspond à un symbole. Cumulez-les et référez-vous à la fin du livret pour décrypter vos réponses.



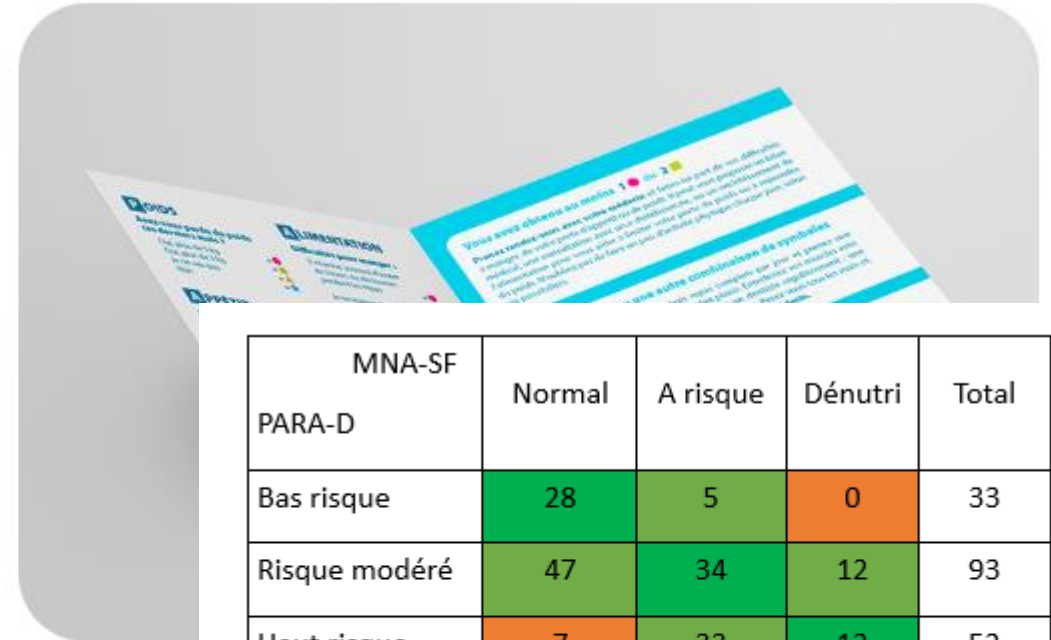
PARA-D

PRINCIPE D'UTILISATION

Il repose sur 4 questions pour sensibiliser sur le risque de la dénutrition :

- le Poids
- l'Appétit
- le Repas
- l'Alimentation

Chaque réponse correspond à un symbole. Cumulez-les et référez-vous à la fin du livret pour décrypter vos réponses.

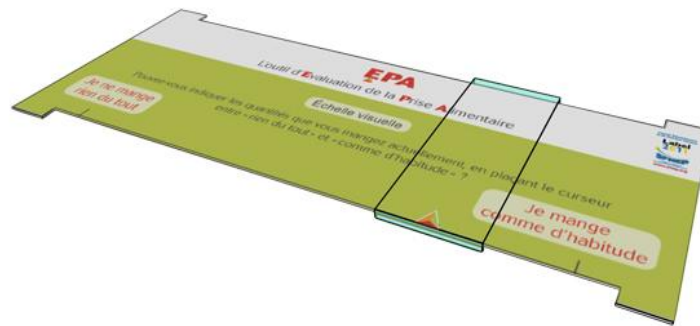


MNA-SF	Normal	A risque	Dénutri	Total
PARA-D				
Bas risque	28	5	0	33
Risque modéré	47	34	12	93
Haut risque	7	33	12	52
Total	82	72	24	178

Tableau 5 : Tableau de contingence barème modifié PARA-D vs MNA-SF

Evaluation nutritionnelle facile

Diminution de l'appétit ou des apports alimentaires



Appétit ?

Déglutition / Mastication ?

3 repas par jour ?

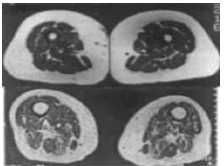
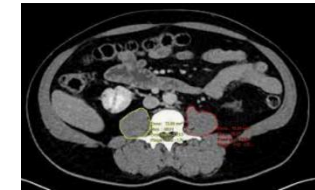
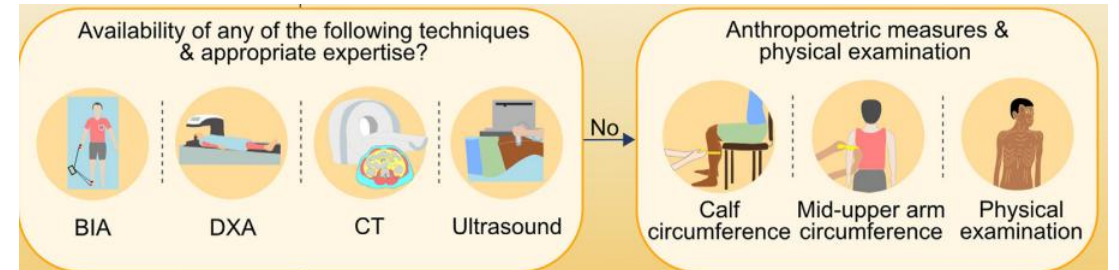
Courses ?

Critères DIAGNOSTIQUES

HAS 2021

Critère PHENO-TYPIQUE	Perte de poids non volontaire	$\geq 5\%$ en 1 mois $\geq 10\%$ en 6 mois OU par rapport au poids habituel avant le début de la maladie	
		DENUTRITION SEVERE	$\geq 10\%$ en 1 mois $\geq 15\%$ en 6 mois OU par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
	↓ IMC	IMC < 22 kg/m ²	
		DENUTRITION SEVERE	IMC < 20 kg/m ²
	Sarcopénie confirmée		
		DENUTRITION SEVERE	Albuminémie ≤ 30 g/L
Critère ETIOLOGIQUE			
↓ apports alimentaires	Malabsorption Maldigestion	Pathologie(s)	

Surveillance rapprochée de l'état nutritionnel



En ville

- 1x/mois à domicile
- À chaque consultation

En EHPAD / USLD

- 1x/mois
- 1x/semaine si évènement intercurrent

À l'hôpital (MCO/SSR)

- À l'admission
- 1x/semaine
- A la sortie

L'albuminémie ?



N'est plutôt pas un bon reflet de la masse protéique

**Tous les patients dénutris ne présentent pas une hypoalbuminémie →
informe sur le type de dénutrition et son mécanisme**

Ne reflète pas les apports nutritionnels en situation d'agression

**L'hypoalbuminémie est un marqueur de mauvais pronostic = bon critère de
sévérité**

Retour d'hospitalisation ?



**Anorexie secondaire
à un stress
médical, chirurgical ou psychologique**

***qui a entraîné une baisse des apports
alimentaires***

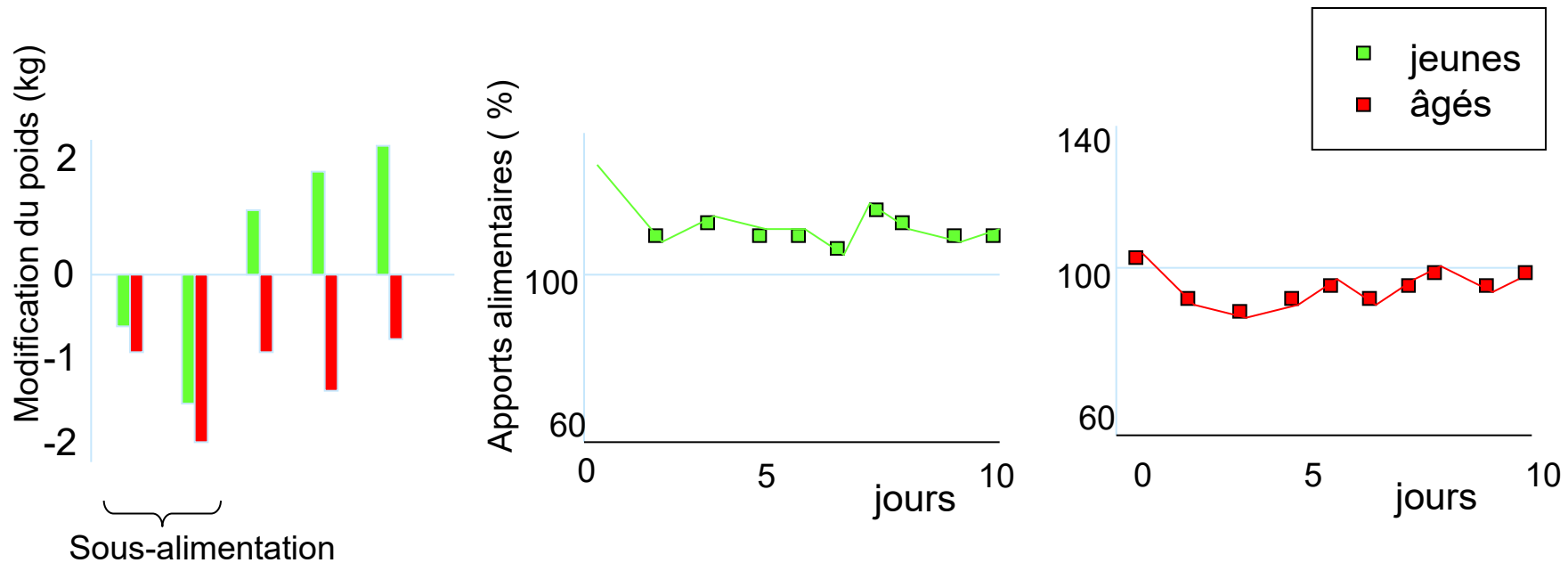
Anorexie secondaire

Sujets : 10 hommes jeunes (moy = 24 ans) et 9 âgés (moy = 70 ans)

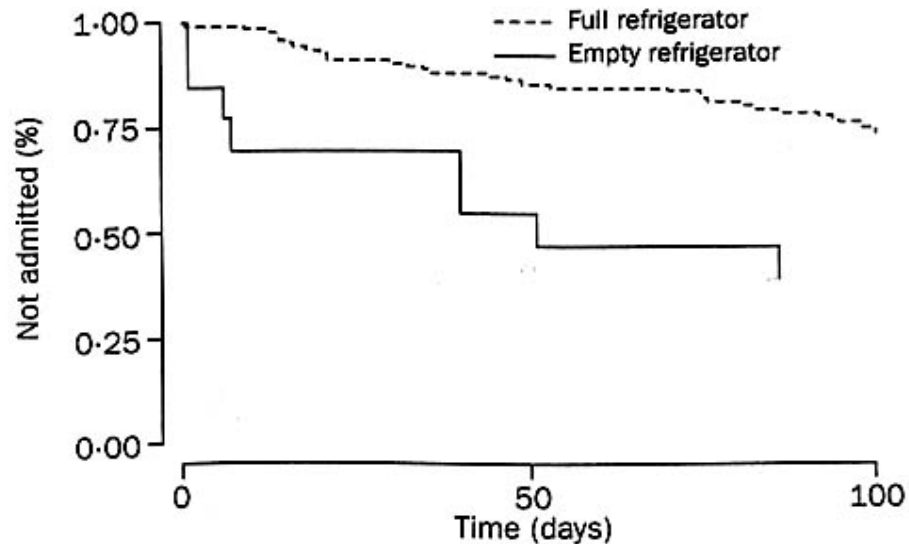
Phase 1 : 10 jours : observation

Phase 2 : 21 jours : sous-alimentation (- 800 kcal /j)

Phase 3 : 46 jours : observation



Retour d'hospitalisation, isolement...



Kaplan-Meier curves of risk of admission according to refrigerator status

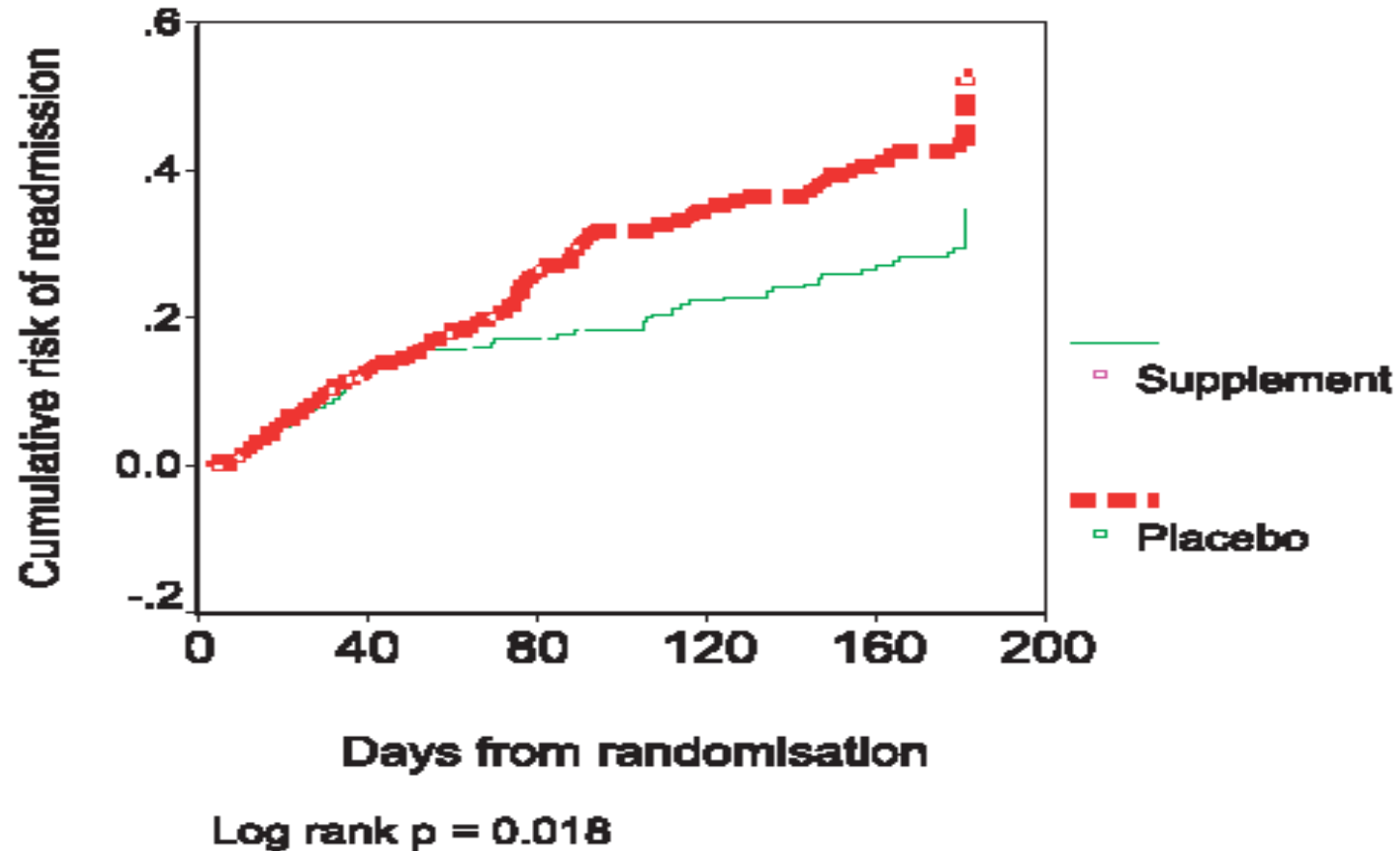
Log-rank test: $p=0.006$ at 30 days, $p=0.812$ at 60 days, and $p=0.458$ at 90 days.

Visite du réfrigérateur ?

- **sujets**
 - N = 132
 - âge ≥ 65 ans (moy = 81 ans)
 - vivant seuls : 69 %
- **Visite à domicile à plus d'un mois de la sortie de l'hôpital**
- **Recherche de produits avariés ou périmés**
- **État de remplissage du réfrigérateur : 13 % vides**

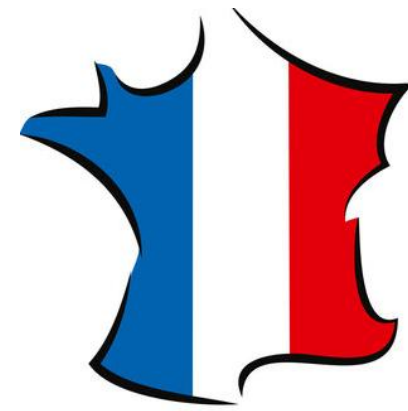
Boumendjel N, Lancet 2000

Intervention nutritionnelle diminution des réadmissions



445 patients âgés 65 – 92 ans
CNO (995 kcal) vs soins habituels
Pendant 6 semaines

à 6 mois
29 % réadmissions si CNO
40 % si soins habituels
OR = 0,68 [0,49-0,94]

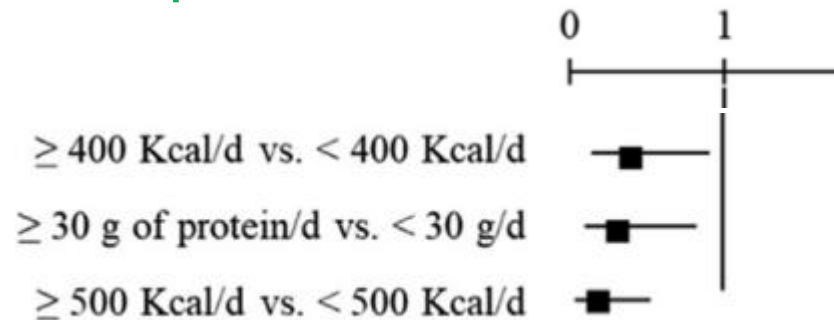


Etude observationnelle, n = 441
 MG prescrivant librement des CNO ou non

	Prescription CNO (n=375)
Score ADL	5.5 [4.0 ; 6.0]
Indice de Masse Corporel (kg/m ²)	21.0 [19.4 ; 23.5]
Perte poids (% du poids de forme)	-10.3 [-14.6 ; -6.7]
Appétit (EVA /10)	3.0 [2.0 ; 4.6]

CNO prescrits
 ← très tard !

↑ Compliance aux CNO



↓ Risque hospitalisation

Comparison	OR	95% CI	p-value
≥ 400 Kcal/d vs. < 400 Kcal/d	0.393	[0.167; 0.925]	0.0324
≥ 30 g of protein/d vs. < 30 g/d	0.320	[0.121; 0.845]	0.0214
≥ 500 Kcal/d vs. < 500 Kcal/d	0.185	[0.063; 0.547]	0.0023

Améliorer l'observance des CNO

- Education du patient et de son entourage
- Conviction du prescripteur
- Prescription personnalisée
- Réévaluation régulière, rôle des pharmaciens+++
- Suivi diététique personnalisé chez certains patients ?



Et les + à ne pas oublier



Activité physique selon les capacités



Vitamine D 800-1000 UI /j ou équivalent



Questions ?



Merci de renseigner le questionnaire de satisfaction