

**OBSERVATOIRE DES MÉDICAMENTS, DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DES INNOVATIONS
THÉRAPEUTIQUES – RÉGION CENTRE VAL DE LOIRE
- OMÉDIT -**

COMMISSION
GÉRIATRIE

FICHE BON USAGE

**Protocole de supplémentation en
vitamine D en EHPAD**

Date de rédaction :
Juin 2015

Date de validation au
Comité Stratégique :
24 juin 2015

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Rationnel :

- La population gériatrique et notamment en institution est particulièrement **exposée au risque de chutes** fracturaires et de **carence vitaminique D** (sarcopénie, troubles de la marche, confinement).
- Les **apports** alimentaires en vitamine D et **l'exposition solaire** sont insuffisants pour cette population.
- La Vitamine D est un acteur essentiel dans la santé **musculaire** (effet musculotrope-effet sur la force musculaire¹) et **osseuse** (homéostasie phosphocalcique)² avec un effet favorable sur l'incidence des chutes fracturaires³.

Choix de la vitamine D :

- La forme **25-OH Vit D** représente le stock de vitamine D dans l'organisme même s'il ne s'agit pas de la forme active qui est la 1,25 (OH)₂ Vit D.
- La vitamine D3 a une meilleure biodisponibilité que la vitamine D2 et le taux plasmatique se maintient plus longtemps à l'objectif⁴⁵⁶.

Traitement calcique adjuvant :

- Un **apport calcique alimentaire suffisant est nécessaire**, la vitamine D permettant l'absorption digestive de cet élément.
- La **ration calcique journalière** doit atteindre **1200 mg/j**, préférentiellement sous forme d'apport alimentaire⁶.
- Si l'alimentation ne permet pas d'atteindre cet objectif, un apport par médicament est requis (carbonate de Calcium 500 mg/j) sans vitamine D associée au principe actif pour ne pas faire doublon avec la supplémentation par ampoule.
- Les résidents aux **antécédents d'hypercalcémie** doivent bénéficier d'une **réflexion personnalisée** avant d'ordonner la supplémentation en vitamine D (risque d'hypercalcémie iatrogène).

Évaluation biologique initiale et suivi⁷ :

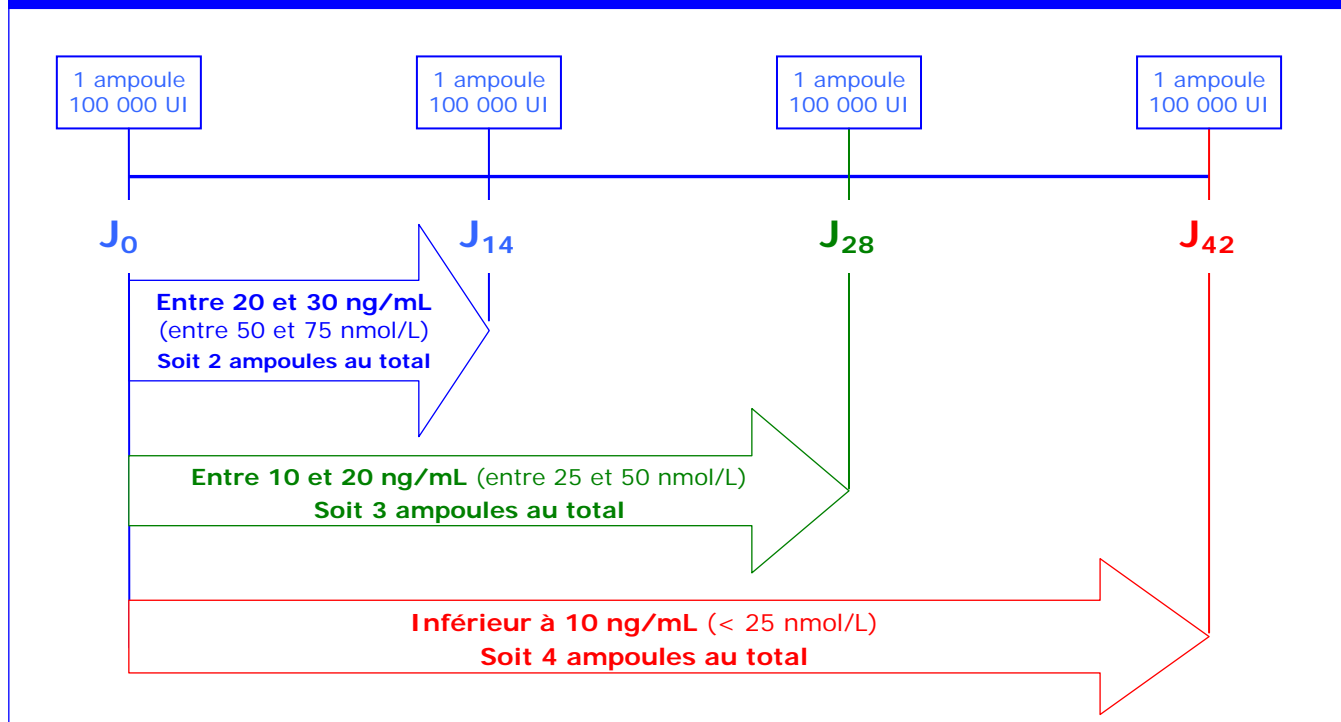
- Le **remboursement** de la Sécurité Sociale du dosage de la 25-OH Vit D2D3 est **possible** avec l'intitulé « Évaluation et prise en charge des personnes âgées sujettes aux chutes répétées »⁸ ce qui correspond à de nombreux résidents d'EHPAD.
- La suspicion d'ostéomalacie (fatigue musculaire, douleurs osseuses) est également une condition de prise en charge par la caisse d'assurance maladie.
- La cotation du dosage est la suivante : B42 soit un coût de 11,34€⁹.

PROTOCOLE DE CORRECTION D'UNE INSUFFISANCE EN VITAMINE D

Protocole de correction d'une insuffisance en vitamine D selon le Dr Souberbielle¹⁰:

- L'objectif est d'atteindre une **concentration sérique > 30 ng/mL ou 75 nmol/L** (les valeurs de référence se situant entre 30 et 80 ng/mL ou 75 et 200 nmol/L).
- Selon le dosage initial, des **ampoules de 100 000 unités internationales (UI)** seront prises **per os tous les 15 jours selon le protocole suivant** :

Protocole de correction selon les résultats du dosage de la 25-OH vitamine D



- **Un second dosage** de la 25-OH Vit D₂D₃ une semaine après la prise de la dernière ampoule est possible pour vérifier l'efficacité du traitement correcteur.
- Si le seuil de 30 ng/mL ou 75 nmol/L n'est pas franchi, le protocole correcteur est repris à partir de ce nouveau résultat biologique.

PROTOCOLE D'ENTRETIEN : TRAITEMENT PAR VITAMINE D AU LONG COURS

Même si l'on sait que la supplémentation journalière est plus efficace (800 à 1200 UI/j)¹¹, le choix d'une prise séquentielle apparaît moins contraignant en termes de distribution (temps soignant).

- **Les prises de 100 000 UI seront espacées tous les 2 mois** de manière systématique.
- Cette prise peut s'inscrire dans le cadre d'un protocole d'établissement validé pour éviter toute rupture (*exemple : en systématique pour tous les résidents, tous les premiers lundis des mois pairs*).

¹ Beaudart C et al. J Clin Endocrinol Metab 2014 ; 99 (11) : 4336-45

² Bischoff Ferrari HA. Rev Endocr Metab Disord. 2012 Mar ; 13(1) : 71-7

³ Bischoff Ferrari HA et al. BMJ 2009; 339: b3692

⁴ Romagnoli E et al. J Clin Endocrinol Metab. 2008 Aug ; 93(8) : 3015-20

⁵ Oliveri b et al. Eur J Clin Nutr. 2015 Jun ; 69(6) : 697-702

⁶ Mistretta VI et al. Rev Med Interne. 2008 Oct ; 29(10) : 815-20

⁷ Utilité clinique du dosage de la vitamine D, octobre 2013, HAS

⁸ Décision du 27 mai 2014 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, JORF n°0187 du 14 août 2014 page 13557

⁹ Biologie médicale nomenclature des actes, document de travail, septembre 2014, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

¹⁰ Souberbielle JC. La lettre du rhumatologue N°354-septembre 2009 : 27-28

¹¹ Briot K et al. Joint Bone Spine. 2012 May ; 79 (3) : 304-13