



NUTRITION DENUTRITION ALIMENTATION DE LA PERSONNE AGEE





CENTRE DE FORMATION ET DE SIMULATION EN SANTE



INTRODUCTION



CIBLE

Directeurs d'établissement ,médecins ,diététiciens ,cuisiniers, personnels soignants et autres professionnels concernés, dans les EHPAD ou les établissement de santé.





CONSTATS

La proportion de personnes âgées dans la population générale ne cesse d'augmenter. Les facteurs nutritionnels ont un rôle déterminant pour limiter la survenue de pathologies liées au vieillissement et donc les pertes d'autonomie chez les personnes âgées.

La dénutrition est sous-diagnostiquée, non repérée dans la population âgée.

Les contraintes administratives et juridiques des EHPAD peuvent engendrer un climat hyper-sécuritaire et hygiéniste qui nuit au bien être alimentaire des personnes.





Le plaisir et la convivialité sont encore bien souvent relégués.

Il existe également des contraintes organisationnelles au sein des établissements qui servent de prétexte pour faciliter l'organisation des services.

Or la dénutrition persiste et ses conséquences sont graves chez le sujet âgé: morbidité et mortalité augmentées ,perte d'autonomie , état de fragilité ou de dépendance accentués , donc qualité de vie diminuée.





CENTRE DE FORMATION ET DE SIMULATION EN SANTE

En 2023, la prévalence de la nutrition est de 4 à 10% chez les personnes âgées vivant à domicile, 15 à 38% chez celles vivant en institution. 50% des personnes âgées hospitalisées sont dénutries et 40% sont hospitalisées pour des conséquences de dénutrition. (Elsevier Masson 2023).





OBJECTIFS

Sensibilisation/formation à l'importance du maintien d'un bon état nutritionnel des personnes âgées.

Les besoins nutritionnels de la personne âgée sont équivalents, voire supérieurs, à ceux d'un adulte à activité physique équivalente.

Un bon état nutritionnel se définit toujours par l'équilibre entre les apports énergétiques et les dépenses, également en termes de besoins mais aussi de plaisir de manger.

S'alimenter est un acte essentiel à la vie, à la santé, à la qualité de vie, au bien-être.





CENTRE DE FORMATION ET DE SIMULATION EN SANTE



HISTORIQUE



CONTEXTE « REGLEMENTAIRE »

- Haut Comité de la Santé Publique

- * Rapports pour une politique nutritionnelle de santé publique en France ,dès juin 2000.

- Programme National Nutrition Santé (PNNS)

- * Lancé le 31 janvier 2001 par le Ministère de la Santé.
- * PNNS 4 pour 2019-2023.





CONTEXTE « REGLEMENTAIRE »

- Conseil National de l'Alimentation (CNA)

- * Recommandations formulées dès 2005 à destination des établissements pour personnes âgées, notamment l'intégration dans les conventions tripartites d'un plan de dépistage de la dénutrition.

- Haute Autorité de Santé (HAS)

- * Recommandations formulées dès 2007 et en 2021 concernant la stratégie de prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée.





CONTEXTE « REGLEMENTAIRE »

- **Arrêté du 30 mai 2008, applicable depuis le 1 août 2008**

* Il établit une liste de dispositifs médicaux directement financés par les EHPAD et pour lesquels ils perçoivent un budget spécifique.

Font partie de ces dispositifs les compléments nutritionnels oraux (CNO) dont l'utilisation a été rationalisée par ce nouvel arrêté (distribution, indications) et le pèse-personne.





1) EFFETS DE L'ÂGE SUR LE STATUT NUTRITIONNEL

Les modifications physiologiques liées à l'âge exposent en elles-mêmes la personne âgée à un risque de dénutrition.

En aucun cas, le vieillissement en lui-même ne peut être considéré comme la cause d'une dénutrition.

Celle-ci ne s'installe que lorsque le vieillissement s'accompagne de pathologies inflammatoires ou dégénératives, de conditions d'environnement défavorables ou de difficultés psychologiques.





1.1) Le vieillissement modifie la prise alimentaire

- * **Diminution du goût, de l'odorat , de l'appétit et de la sensation de soif.**

L'altération de la détection des saveurs et des odeurs diminue le plaisir de manger.

- * **Digestion ralentie, sensation de satiété précoce et prolongée.**
- * **Altération de la denture, insuffisance masticatoire et sécrétion salivaire diminuée.**

La perte des dents conditionne les choix alimentaires, altère les capacités de mastication et contribue à la perte d'appétit.





1.2) Le vieillissement entraîne des modifications métaboliques

- * **Moindre contrôle du métabolisme du glucose.**

L'altération du contrôle du métabolisme du glucose provoque des hyperglycémies post-prandiales dues à une relative résistance à l'insuline.

- * **Modifications du métabolisme protéique qui favorise la perte la perte musculaire (sarcopénie).**

La masse musculaire diminue avec l'âge.





Cette perte musculaire est aggravée par la sédentarité.

Cette diminution de la masse, de la force et de la qualité musculaires intervenant chez les sujets âgés définit la sarcopénie . Elle est en partie responsable des incapacités motrices survenant avec l'âge et touche également les muscles respiratoires et le diaphragme.

*** Modifications du métabolisme du calcium et de la vitamine D, qui entraînent une fragilité osseuse (ostéoporose).**

La synthèse de la vitamine D dans l'organisme, grâce aux rayons ultraviolets de la lumière, est diminuée chez la personne âgée.





Elle doit être compensée. L'absorption du calcium alimentaire dans le tube digestif et dans les reins est diminuée chez la personne âgée. De plus, un état inflammatoire, même discret, accélère la sarcopénie et l'ostéoporose.

- * **Déséquilibre du métabolisme de l'eau qui augmente le risque de déshydratation.**

La diminution de la masse maigre est corrélée à une diminution de la quantité d'eau contenue dans le corps.





CENTRE DE FORMATION ET DE SIMULATION EN SANTE

L'augmentation des pertes d'eau peut être liée à une fonction rénale altérée, des vomissements, une diarrhée, une forte chaleur, la prise de médicaments tels que les diurétiques et laxatifs...

Quand elle est associée à une diminution des apports, notamment liée à l'atténuation de la sensation de soif, elle expose la personne âgée à un risque élevé de déshydratation.





2) CONSEQUENCES DE LA DENUTRITION

La dénutrition protéino-énergétique (DPE) entraîne un épuisement des réserves de l'organisme et engage la personne dans **une spirale de la dénutrition** mettant en jeu son pronostic vital si elle n'est pas réalimentée correctement .

Les conséquences sont multiples:

* **Mortalité augmentée** : le risque de décès est multiplié par 2 à 4.





- * **Morbidité augmentée** : le risque de morbidité est multiplié par 2 à 6 toutes morbidités confondues.
- Altération de l'état général avec amaigrissement et fatigue.
- Diminution de la masse musculaire, de l'activité physique et augmentation du risque de chute et de fracture du col du fémur.
- Aggravation de la perte osseuse par carence en calcium et en vitamine D.
- Troubles digestifs, stase digestive et constipation, ou diarrhée.
- Aggravation du pronostic des pathologies sous-jacentes.





CENTRE DE FORMATION ET DE SIMULATION EN SANTE

- Risque de toxicité accrue de certains médicaments par diminution de l'albumine plasmatique et augmentation de la forme libre des médicaments (antivitamine K, digitaliques...).
- Diminution de la réponse immunitaire d'où infections respiratoires, urinaires et autres.
- Anémie (carence en vitamine B12 en folates).
- Risques cutanés : escarres, troubles de la cicatrisation.
- Dégradation des fonctions cognitives, aggravation d'une apathie, d'un syndrome dépressif.





CENTRE DE FORMATION ET DE SIMULATION EN SANTE

- Augmentation du nombre d'hospitalisations et durée d'hospitalisation multipliée par 2 à 4.
- * Fragilité, perte d'autonomie.
- * Diminution de la qualité de vie.





3) PREVENTION DE LA NUTRITION

La nutrition est l'affaire de **tous**, et pas seulement du diététicien ou du nutritionniste.

Il s'agit :

- * d'assurer une alimentation adaptée en termes qualitatifs et quantitatifs.
- * de favoriser le plaisir de manger.
- * de favoriser l'activité physique.





3.1) Sensibilisation/formation de tous au risque de dénutrition

La sensibilisation des familles, des directeurs d'établissements , des sociétés chargées de la fabrication des repas, des soignants, des équipes en établissement est indispensable.

Elle contribue à maintenir un bon état nutritionnel et à éviter les maltraitances (« gavage », « abandon », ne pas forcer à manger).
Prévenir, c'est d'abord être attentif.

La surveillance de l'appétit et des prises alimentaires, l'attention portée aux vêtements qui deviennent trop grands, peuvent permettre d'agir précocement, avant qu'il ne soit trop tard.





3.2)Entretien de l'hygiène bucco-dentaire

- ***Soins de bouche** après le repas, en nettoyant la bouche des débris éventuels
- ***Soins dentaires si nécessaires**
- ***Le port de prothèses dentaires** nécessite une vigilance particulière. Un entretien insuffisant expose la personne à un risque de parodontite, de stomatite du dentier, par prolifération bactérienne et/ou fongique entre la prothèse et le palais. Les prothèses doivent être nettoyées 1 à 2 fois par jour.





***De façon générale :**

- Il est inutile d'utiliser du dentifrice au fluor qui ne sert à rien sur des dents artificielles.
- Les comprimés effervescents de nettoyage ne doivent pas remplacer un brossage efficace.
- Ne pas laisser tremper la prothèse dentaire toute la nuit , la sécher après lavage et la mettre dans la boîte à prothèses.





3.3) Une alimentation équilibrée, variée et adaptée qui répond aux besoins de chacun

Un principe de base :

- Manger de tout et avec plaisir.

La monotonie alimentaire aggrave la diminution du goût et du plaisir alimentaire.

- Boire sans attendre la sensation de soif.

La sensation de soif diminue chez la personne âgée alors que le risque de la déshydratation augmente.





* Les apports énergétiques globaux

- Les apports énergétiques conseillés sont estimés à 36 kcal/kg de poids corporel/j (soit plus de 2000 kcal pour une personne de 60kg). Ils couvrent les besoins d'une population âgée normale.
- Les glucides doivent représenter au moins 50% des apports énergétiques journaliers.
- Les lipides doivent représenter moins de 35% des apports énergétiques totaux.
- Il est recommandé de consommer 5 portions de fruits et légumes par jour et 20 g de fibres.
- La consommation de pain, pommes de terre, pâtes, riz ou légumes secs, ou autres aliments céréaliers est recommandée à chaque repas.





*Les apports protéiques

- Les besoins en protéines sont de 1g/kg/j, soit environ 15% des apports énergétiques quotidiens.
- La consommation de viandes, poissons ou œufs est recommandée 2 fois par jour.
- La consommation de poisson est recommandée 2 fois par semaine.





*Les apports hydriques

- **Il est recommandé de boire l'équivalent de 1,5 l d'eau par jour.**

Boire moins de 800 cc/j, soit l'équivalent de 8 verres par jour, expose à un risque de déshydratation.

Ne pas trop boire avant le repas, cela peut couper l'appétit.

Inciter la personne à boire plus, si elle mange moins, si elle a de la fièvre, si la température extérieure est élevée (été, canicule, chauffage).





*Les apports hydriques

- La consommation de nombreux aliments contribue à l'hydratation car ils sont gorgés d'eau:

- ° légumes, plus de 90%
- ° fruits 80% à 90%
- ° yaourts, fromages frais, crèmes dessert, glaces, plus de 80%
- ° fromages à pâte molle (camembert) 50% à 60%
- ° pain 34%
- ° beurre et margarine allégés en matière grasse 74% à 78%
- ° beurre et margarine 16% à 18%





°céréales (riz, pâtes, semoule) 12% avant cuisson , 70% après cuisson

°légumes secs 12%

°biscuits et biscottes 5%

°céréales de petit déjeuner 2% à 3%

- **Varié les plaisirs en fonction des goûts de la personne :**

°Proposer un verre de vin, jus de fruit, café, thé, tisane





* Le calcium et la vitamine D

- **Les besoins en vitamine D sont estimés à 800 UI/J.**
- ° En l'absence d'hypercalcémie, une complémentation est conseillée , à raison de 100.000 UI sous forme D3 une fois par mois tous les 3 mois.
- **Pour le calcium**, il est recommandé de consommer lait et produits laitiers trois à quatre fois par jour. En cas de consommation insuffisante de produits laitiers ,on peut être amené à supplémenter périodiquement.





3.4) Faire du repas un moment de plaisir et de convivialité.

Dans tout établissement accueillant des personnes âgées, l'alimentation doit être une priorité absolue (soin de base)

***Mesures organisationnelles**

- **En établissement, cet enjeu nécessite la mise en place de mesures organisationnelles.**

° Il s'agit de trouver un équilibre entre les recommandations nutritionnelles, les habitudes régionales, les souhaits des personnes âgées, dans le respect des réglementations en vigueur:





Respecter les règles d'hygiène , application de la réglementation HACCP(Hazard Analysis Critical Control Point), système qui identifie, évalue et maîtrise les dangers significatifs au regard de la sécurité des aliments, traçabilité des aliments.

- **En pratique, quelque soit le mode d'organisation adopté, les piliers d'une alimentation réussie sont:**

° Un investissement fort du directeur de l'établissement





CENTRE DE FORMATION ET DE SIMULATION EN SANTE

- ° Des liens renforcés entre le directeur de l'établissement, le médecin coordonnateur, le médecin traitant et la cuisine, comme recommandé par la HAS (en cas de sous-traitance, le prestataire doit devenir un véritable partenaire).
- ° La formation de tous les acteurs de l'alimentation, du chef au plongeur, aux spécificités de la nutrition et de l'alimentation de la personne âgée.
- ° L'implication de tous et de chacun : dans son travail, l'implication de l'équipe dans le projet d'établissement.





CENTRE DE FORMATION ET DE SIMULATION EN SANTE

- ° La coordination.
- ° Développer les moyens de communication entre l'équipe de restauration et les autres équipes de l'établissement.
- ° Formaliser les liens pour optimiser l'adéquation entre les attentes des personnes âgées et les prestations : avis de la diététicienne, validation des menus, organisation des animations liées à l'alimentation, régimes, adaptation des textures, commission des menus et Conseil de la Vie Sociale (CVS).





***Organisation qui doit être centrée autour du désir et des besoins des personnes et non ceux du soignant ou du personnel de la cuisine**

Il ne s'agit pas seulement de fournir les aliments mais de favoriser le fait qu'ils soient effectivement consommés.

- Les goûts, les choix et les habitudes des personnes doivent être respectés , autant que possible.

° Etablir des fiches de goûts et de réticences pour chaque personne:





- Que mange la personne quand elle veut se faire plaisir?
- Est-elle allergique à certains aliments?
- A-t-elle du dégoût pour certains aliments?
- ° Respecter au mieux les habitudes de la personne:
 - A-t-elle des habitudes horaires?
 - A-t-elle des habitudes en termes de nombre de repas?
 - A-t-elle des habitudes liées à une pratique religieuse?
 - A-t-elle l'habitude de pratiquer un régime particulier et si oui, lequel et pourquoi?





- ° Favoriser le repas en salle à manger mais respecter le choix de la personne s'il veut prendre son repas en chambre.
- **Il faut s'assurer que la personne peut effectivement manger son repas en lui apportant les aides humaines et/ou techniques nécessaires.**
- ° La personne porte-t-elle sa prothèse dentaire?
- ° La personne a-t-elle suffisamment de temps pour son repas ,en fonction de ses habitudes et de ses capacités fonctionnelles?





- La durée prévue du repas doit être au moins 45 mn.
- Laisser le temps à la personne de manger permet d'augmenter de 25% les apports alimentaires.
- Laisser au maximum la personne faire par elle-même nécessite du temps et de la patience, de la disponibilité.
- ° La personne est-elle confortablement installée (position dans le fauteuil) , hauteur de la table?
- ° La personne a-t-elle à disposition les couverts, le verre... ?

Quelques gestes simples pour aider (servir eau , beurrer tartine ...)





- ° Si la personne a besoin d'aide pour manger, la personne qui l'aide doit adopter un comportement optimisant la prise de repas.
- Etre à l'écoute, éviter les conversations entre collègues et porter toute son attention à la personne.
- Parler doucement , employer des mots simples.
- Se placer à sa hauteur, capter son regard , si besoin la toucher (main, épaule) pour l'inciter à manger.
- Eviter de toucher le visage, qui est une zone plus intime et qui peut provoquer l'agressivité.





- **Favoriser la convivialité, le plaisir:**

- ° Les menus sont lisibles et affichés

- ° Le repas se passe dans un cadre agréable et accueillant, calme et stimulant:

- Décoration de la salle à manger , des tables , nappes lavables, jolie vaisselle..

- Les stimulations sensorielles parasites sont limitées, en particulier sonores (télévision, musique, bruits de vaisselle...).La luminosité est suffisante sans être agressive.





- ° Le choix des voisins de table est pris en compte au mieux.
- ° La présentation des plats est soignée:
 - Des odeurs ouvrent l'appétit.
 - Des aromates sont utilisés.
 - Les plats sont présentés les uns après les autres à une température agréable. Si la personne mange lentement, prévoir de réchauffer l'assiette au micro-ondes.
 - Ne mixer les aliments que si cela est vraiment nécessaire. Dans ces cas, ne pas mélanger toutes les saveurs et tous les goûts.





- ° Proposer à tous un café pour clôturer agréablement le repas.
- ° Favoriser les repas accompagnants dans un lieu dédié.

- **Le temps entre les repas n'est ni trop long, ni trop court.**
- ° Respecter un délai de 3 heures entre deux repas, nécessaire au réveil de l'appétit.

- Le rythme de trois repas et un goûter devrait permettre une alimentation suffisante.





CENTRE DE FORMATION ET DE SIMULATION EN SANTE

- Attention de ne pas proposer un goûter trop copieux avant le repas du soir.
- Une collation peut être proposée avant le coucher.
- ° Eviter une période de jeûne nocturne trop longue, supérieure à 12H, en retardant l'heure du dîner ou en avançant l'horaire du petit-déjeuner ou en proposant une collation avant le coucher.
- ° Prévoir des aliments disponibles à la demande.





- Le repas et la prise médicamenteuse.

- ° Eviter d'écraser les médicaments dans les plats quand ils changent le goût des aliments, voire les rendant immangeables.
- ° N'écraser JAMAIS les médicaments à forme retard.
- ° Veiller à la prise des médicaments en fin ou en dehors des repas si possible.





3.4) Favoriser une activité physique quotidienne.

* Pourquoi faut-il favoriser une activité physique quotidienne?

- Parce que manger sans bouger n'empêche pas le muscle de fondre.
- Parce que l'activité physique augmente l'appétit et les apports nutritionnels, favorise l'autonomie et améliore la santé.
- Parce que, à l'inverse, la sédentarité, le manque d'activité physique concourent à la perte musculaire et osseuse et favorisent la constipation.





* Comment favoriser une activité physique quotidienne?

- Chez la personne âgée fragile, c'est bouger le plus possible et d'abord dans les gestes du quotidien.
- C'est stimuler, inciter la personne âgée, sans faire à sa place : s'habiller, se laver, se coiffer, manger...
- Proposer des activités physiques spécifiques adaptées, sans rechercher la performance:
 - ° Définir avec la personne des activités qui ne mettent pas en échec.
 - ° Bouger par périodes d'au moins 10 minutes.





CENTRE DE FORMATION ET DE SIMULATION EN SANTE

- ° Différents types d'exercices simples sont possibles :
 - exercices d'aérobic,
 - exercices contre résistance. Ils améliorent la masse et la force musculaire, même chez les personnes âgées et fragiles, et freinent la perte de la masse osseuse,
 - exercices d'équilibre,
 - exercices visant à favoriser la souplesse articulaire.
- ° Le rôle de la kinésithérapie sur prescription médicale est nécessaire.
- ° L'intervention quotidienne pour faire bouger peut être déléguée.





4) REPERAGE/DEPISTAGE DE LA DENUTRITION

4.1) Repérer les situations à risque

Les situations à risque sont toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires (externes ou malabsorption) et/ou une augmentation de besoins énergétiques. Quel que soit le mécanisme en jeu, si l'alimentation est insuffisante, les nutriments sont prélevés dans les réserves de l'organisme, qui diminuent d'autant, voire s'épuisent. Une pneumopathie aiguë triple les besoins énergétiques de la personne.





* Les différentes situations à risque:

- Cancer,
- défaillances d'organes chroniques et sévères : insuffisance cardiaque respiratoire, rénale, hépatique,
- pathologies digestives,
- alcoolisme chronique,
- pathologies infectieuses ou inflammatoires chroniques...





*** Les situations à risque plus spécifiques de la personne âgée:**

- Certains facteurs psycho-socio-environnementaux augmentent le risque de dénutrition,

° Revenus financiers insuffisants.

° Difficultés d'approvisionnement.

° Faibles capacités de communication.

° Pauvreté des liens sociaux et solitude.

- Un mauvais état bucco-dentaire.

- La présence de troubles de la déglutition.





- **Les troubles de la vision.**
- **La présence de troubles du comportement alimentaire:**
 - ° Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ou neurologiques.
 - ° Dépression.
 - ° Anorexie.
- **Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique :** douleur, pathologie infectieuse, constipation sévère, escarres...
- **Dépendance pour les actes de la vie quotidienne.**





CENTRE DE FORMATION ET DE SIMULATION EN SANTE

- **Les régime restrictifs** (sans sel, diabétique, amaigrissant , sans résidu...).
- **Les traitements médicamenteux au long cours** : polymédication , corticoïdes...
- **Hospitalisation.**





4.2) Les outils d'évaluation du statut nutritionnel

* La courbe de poids individuelle

- **L'évaluation du statut nutritionnel** repose avant tout sur la mesure régulière du poids corporel et donc de la disponibilité d'un pèse-personne adapté.

- Les recommandations de la HAS:

° Peser à l'admission, puis une fois par mois.

° Peser une fois par semaine en situation de dénutrition et à chaque hospitalisation.





- ° Adapter le rythme de la surveillance en cas de situation à risque.
- ° Cassure de la courbe de poids: toute perte de poids de 2 kg en un mois doit alerter.
- **L'évaluation du statut nutritionnel est obligatoire en cas d'alimentation entérale.**
- **Pièges diagnostiques à éviter :**
 - ° Une personne obèse peut être dénutrie.
 - ° Une personne dénutrie peut ne pas perdre de poids , à cause d'oedèmes des membres inférieurs (insuffisance cardiaque).
 - ° En cas de déshydratation, le taux d'albumine peut être normal.





* L'indice de masse corporelle (IMC)

- $IMC = \text{poids} / \text{taille}^2$ soit kg/m^2

- On se base sur la taille toisée ou déclarée, ou sur la mesure talon-genou.

° La taille diminue avec l'âge (cyphose dorsale, tassements vertébraux, disques affaissés).

* Estimation de l'appétit et des apports alimentaires réels à l'aide de la feuille de surveillance alimentaire sur au moins 3 jours.





* Dosage des protéines plasmatiques

- **L'albumine**, protéine à demi-vie longue de 21 jours, reflète l'état de santé global. Au-delà de 36 g/l elle est normale.
- **La protéine C-réactive (CRP)**, est une protéine à demi-vie courte dont l'augmentation indique un état inflammatoire récent. Le taux d'albumine doit donc être interprété en fonction du taux de CRP.
- **DPE exogène, endogène et mixte :**
 - ° **DPE exogène:** albumine diminuée et CRP normale
 - ° **DPE endogène:** albumine normale et CRP augmentée
 - ° **DPE mixte:** albumine diminuée et CRP augmentée





* Surveillance clinique de l'état d'hydratation

- Renforcer la surveillance en cas de forte chaleur, de fièvre, de diarrhée, de vomissements, de traitement par diurétique ou laxatif et si la personne mange moins.

° Augmenter les apports hydriques de 500 ml par °C e fièvre au-delà de 37°C.

- Les principaux signes cliniques de la déshydratation sont:

- ° un état de fatigue,
- ° une sécheresse de la bouche,





- ° un pli cutané,
- ° une soif,
- ° des urines très colorées ou très odorantes,
- ° des troubles du comportement, voire des troubles de la conscience (confusion).

***Les autres outils de la surveillance de l'état nutritionnel**

- Le MNA de dépistage à 6 items est plus facile à réaliser.

- ° L' IMC peut y être remplacé par la mesure de la circonférence du mollet (CM)
- ° La CM est mesurée au plus large diamètre du mollet.





- **Le MNA (Mini Nutritional Assessment)**
 - ° Le MNA est un outil validé pour le dépistage de la dénutrition des personnes âgées.
- **L'échelle de BLANDFORD**, elle est surtout utile pour caractériser les troubles du comportement alimentaire en cas de maladie d'Alzheimer.





5) DIAGNOSTIC DE LA DENUTRITION

La DPE doit être diagnostiquée précocement. La gravité et la rapidité de ses conséquences chez la personne âgée exigent qu'une prise en charge adaptée soit mise en œuvre rapidement.

Si une personne est repérée comme dénutrie, elle est éligible à la Dénutrition dans le codage PATHOS.

5.1) Diagnostic positif de la dénutrition: les critères de la HAS

La présence d'un de ces critères suffit à poser le diagnostic de dénutrition:





- Perte de poids > à 5% en 1 mois ou > à 10% en 6 mois
- IMC < 21 kg/m²
- Albuminémie < 35 g/l (interpréter en fonction du taux de CRP)
- MNA < 17/30

5.2) Diagnostic étiologique



***L'insuffisance d'apports : la DPE exogène**



- Les causes de l'insuffisance d'apports sont diverses:

- ° la diminution des capacités physiques aux conséquences directes (troubles de la mastication ou de la déglutition) ou indirectes (difficultés d'approvisionnement),
- ° l'altération des capacités psychiques, dont la dépression,
- ° les médicaments (effet anorexigène ou modificateur du goût, nombre),
- ° les régimes restrictifs,
- ° les causes sociales telles l'isolement, diminution des ressources.





- *L'augmentation des besoins par hypercatabolisme: la DPE endogène**
- **Si les apports alimentaires ne sont pas suffisamment augmentés pour équilibrer l'augmentation des besoins , les nutriments sont prélevés sur les réserves de l'organisme: le muscle fournit des acides aminés, l'os du calcium, le tissu graisseux des acides gras.**
- **Un hypercatabolisme est déclenché par toute maladie infectieuse, destruction tissulaire (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral), ou encore tout phénomène de réparation tissulaire (fractures, escarres).**





- De plus, le syndrome inflammatoire qui accompagne ces pathologies entraîne la sécrétion de cytokines dont un des effets est anorexigène.
- * Les deux mécanismes sont associés dans la DPE mixte
 - La fracture du col du fémur, la plus fréquente, est un exemple type de cause de DPE mixte.





6) PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION

Elle doit être la plus précoce possible.

En phase aiguë, en cas de dénutrition sévère, elle est une urgence.

Quel que soit le type de dénutrition, l'objectif de la prise en charge est de restaurer l'état nutritionnel et de retrouver une alimentation normale.

6.1) Enquête alimentaire

- Noter la fréquence des prises alimentaires
- Estimer l'ingesta à l'aide de la fiche de surveillance alimentaire
- Revoir les goûts et réticences de la personne pour favoriser les prises alimentaires.





6) PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION

Elle doit être la plus précoce possible.

En phase aiguë, en cas de dénutrition sévère, elle est une urgence.

Quel que soit le type de dénutrition, l'objectif de la prise en charge est de restaurer l'état nutritionnel et de retrouver une alimentation normale.

6.1) Enquête alimentaire

- Noter la fréquence des prises alimentaires
- Estimer l'ingesta à l'aide de la fiche de surveillance alimentaire
- Revoir les goûts et réticences de la personne pour favoriser les prises alimentaires.





6.2) Traitement :

- De la cause diagnostiquée.
- Des pathologies sous-jacentes.
- Correction des facteurs de risque identifiés.

*Soins bucco-dentaires

- Nettoyage quotidien des dents et prothèses dentaires.
- Traitement des pathologies bucco-dentaires (parodontites, caries, stomatites...)





***Traitement :**

- D'une pathologie digestive.
- De toute autre pathologie pouvant entraîner une dénutrition.
- Des troubles de déglutition.

***Réévaluation de la pertinence des régimes et des traitements médicamenteux :**

- Proscrire les régimes restrictifs, sauf exception.
- Réduire autant que possible le nombre de médicaments et éviter les médicaments anorexigènes ou modifiant le goût.





- Eviter de donner les médicaments en début de repas : modification du goût, remplissage de l'estomac avec l'eau d'accompagnement.

- * **Traitement d'une dépression**

- * **Correction des facteurs sociaux et environnementaux**

- Apporter les aides humaines et/ou techniques nécessaires.
- Adapter l'environnement en fonction des besoins.
- Adapter les modalités des repas (horaire , lieu...).





6.3) Prise en charge nutritionnelle orale :

***Adapter et enrichir les apports énergétiques et hydriques en fonction des besoins et des apports spontanés**

- Enrichissement des repas par des produits énergétiques et protidiques.
- Boire abondamment différentes boissons.
- En cas de troubles de la déglutition, garder le plus longtemps possible une alimentation orale et normale, puis adapter la texture des aliments et la viscosité des liquides.





*Conseils nutritionnels, diététiques

- Fractionnement en petits repas ou collations.
- En cas de troubles du comportement , notamment de déambulation , proposer des aliments faciles à manger avec les doigts.
- Privilégier un petit-déjeuner copieux et varié.
- Rehausser les saveurs (condiments , épices ...) et varier les repas pour redonner le plaisir de manger à la personne.
- Proposer des repas thérapeutiques.





***Place des compléments nutritionnels oraux (CNO)**

- Les CNO sont des aliments diététiques à fin médicale spéciale et donnés sur prescription médicale.
- Ils sont prescrits dans le cadre d'un objectif précis et préalablement défini: stopper la perte ou le gain de poids (définir le nombre de kilos et le délai).
- Ils sont généralement prescrits pour 2 mois, mais leur efficacité doit être évaluée à 1 mois (poids).





CENTRE DE FORMATION ET DE SIMULATION EN SANTE

- Ils sont achetés sur l'enveloppe dispositifs médicaux de l' EHPAD.
- Les modalités de prescription des CNO ont été définies par la HAS
- Les CNO sont indiqués en cas d'échec de l'alimentation enrichie et d'emblée en cas de dénutrition sévère.
- Ils sont pris en complément et non à la place d'un repas.
- Il sont prescrits en fonction des goûts de la personne.
- Les conditions de conservation doivent être respectées (une fois ouvert, le CNO peut être conservé 2H à température ambiante, 24H au réfrigérateur).





6.4) Place de la nutrition entérale

- La nutrition entérale est indiquée:
 - ° En cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle orale.
 - ° En première intention en cas de :
 - troubles sévères de la déglutition,
 - dénutrition sévère avec apports alimentaires très faibles.
- La prescription initiale de 14 jours est effectuée par un médecin hospitalier.





- La prescription de suivi de 3 mois est effectuée par un médecin hospitalier.
- Il est recommandé que la nutrition entérale soit débutée au cours d'une hospitalisation (mise en place de la sonde, évaluation de la tolérance, éducation du patient et de son entourage).
- Demander l'avis d'un spécialiste en cas d'infection importante avec augmentation marquée de la CRP ou en cas d'apports spontanés faibles.





6.5) Activité physique

En cas de dénutrition, associer un programme d'exercice physique à une prise en charge nutritionnelle orale améliore le statut nutritionnel et augmente l'activité spontanée de façon significative.

6.6) Suivi

- Courbe de poids une fois par semaine.
- Albuminémie, pas plus d'une fois par mois sauf situation particulière.





CENTRE DE FORMATION ET DE SIMULATION EN SANTE

- Estimation des apports alimentaires à l' aide de la grille de surveillance alimentaire (minimum sur 24h, au mieux sur 3 jours).
- Evolution de la ou des pathologie(s) sous-jacente(s).
- Les objectifs de la prise en charge sont définis: arrêt de la perte de poids, prise de poids.
- Quand l'objectif est atteint, la prise en charge thérapeutique est arrêtée.
- Le suivi habituel de l'état nutritionnel de la personne est poursuivi.





7) PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION

- La déglutition est un réflexe , entretenu par le simple fait d'avaler, de manger.
- Les troubles de déglutition sont fréquents chez la personne âgée.
- L'âge en lui-même n'augmente pas le risque de fausse route.

7.1) Les causes des troubles de la déglutition

- En dehors des modifications liées à l'âge, les causes de ces troubles sont :

- ° **neurologiques** (AVC, démence, maladie de Parkinson),





° **médicamenteuses** (traitements inhalés, médicaments entraînant une oesophagite ou une dysphagie oesophagienne , neuroleptiques...)

7.2) Les signes d'alerte des troubles de la déglutition

- Les personnes présentes au moment des repas ont un rôle essentiel dans le repérage des signes d'alerte pouvant faire évoquer un trouble de la déglutition.
- Lors des repas, il est donc essentiel de porter une attention toute particulière à la répétition d'incidents qui sont les véritables signes d'alerte des troubles de la déglutition:





°Nourriture bloquée sur les côtés de la bouche (stase)

- gêne pour avaler,
- fuites alimentaires par la bouche, bavage,
- maintien prolongé des aliments en bouche.

°Nourriture et liquide passant dans la trachée

- fausse route aigue,
- modification de la voix (voix mouillée),
- raclements de gorge et toussotements (hémmeage),
- des pneumopathies récidivantes et/ou des épisodes fébriles inexplicables.





°Liquide aspiré par le nez

- reflux nasal.

°Nourriture bloquée dans la gorge

- blocage alimentaire.

7.3) Les complications des troubles de la déglutition

- Leurs complications somatiques peuvent être graves :
déshydratation ,dénutrition , fausse route avec crise d'étouffement,
inhalation du liquide gastrique





- Leurs répercussions sont également psychologiques et sociales: dépression, isolement social , mauvaise qualité de vie...

7.4) La prise en charge est pluridisciplinaire

- La prise en charge comprend l'évaluation du fonctionnement de l'oropharynx, des problèmes médicaux, de l'état fonctionnel , nutritionnel et cognitif de la personne, ainsi que de ses comportements.
- Elle nécessite un travail d'équipe et une formation de l'équipe.





- **L'évaluation clinique des troubles de la déglutition :**

- ° L'entretien avec la personne, en collaboration avec les aidants, les proches , les soignants, permet d'identifier les difficultés, les attentes et les priorités en termes d'alimentation afin de proposer un projet thérapeutique adapté.
- ° Une exploration clinique des différentes phases de la déglutition
- ° Des examens complémentaires peuvent être proposés, endoscopie
- Le traitement a pour but de faire retrouver à la personne le plaisir de manger et de boire, tout en assurant une nécessité vitale.





- ° Il dépend de la cause sous-jacente, de l'importance des troubles et du pronostic.
- ° Il comprend le traitement de la cause, les conseils diététiques et la rééducation(kinésithérapie , orthophonie).
- ° La HAS recommande de proposer une nutrition entérale si la PEC nutritionnelle par voie orale est insuffisante ou impossible.

7.5) Les pratiques professionnelles lors du repas

- ° **Les adaptations posturales** permettent de favoriser la déglutition:
 - Inciter la personne à incliner la tête vers l'avant et buste bien droit.





- ° **Les adaptations environnementales** permettent de supprimer des facteurs de distraction ou de stress et de proposer un matériel adapté (couverts, verres...), avec l' aide d'un ergothérapeute.
- ° **L'adaptation de la texture des aliments** se fait sur prescription médicale, en concertation avec les équipes soignantes et de rééducation.
- La HAS précise dans ses recommandations qu'il n'y a pas de régime type.





- La HAS recommande de **ne pas proposer systématiquement un mixage des aliments**, peu appétissant.
- Le recours à des aliments mixés réduit en effet le risque d'étouffement aigu mais pas le risque de fausse route.
- La prise d'aliments consistants diminue le risque de fausse route, mais quand elle survient, le risque d'étouffement aigu est accru et nécessite une surveillance rapprochée.
- La reprise alimentaire suit 4 étapes.





- Le passage d'une étape à l'autre est précédé d'une évaluation :

1.texture lisse

2.texture semi-liquide

3.texture mou/haché

4.texture normale

- En cas de trouble de la déglutition et tant qu'une alimentation orale est maintenue, un soignant doit rester auprès de la personne pendant toute la durée du repas.





8) PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

La perte de poids peut être le premier signe d'une maladie d'Alzheimer et s'observe à tous les stades de la maladie, qu'elle soit liée à la maladie elle-même ou à des événements pathologiques intercurrents.

Chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, une perte de poids supérieure à 4% du poids initial est un facteur de risque de mortalité tandis qu'un gain de poids est un facteur protecteur. La dénutrition est une des complications les plus fréquentes.





8.1) La perte de poids pouvant aboutir à une dénutrition est multifactorielle

***Elle est liée à la pathologie elle-même.**

- **En début de maladie**, l'altération du statut nutritionnel est notamment liée à une modification des apports alimentaires du fait de l'apparition d'incapacités.
- **L'aggravation de la maladie s'accompagne ensuite de troubles du comportement alimentaire** : manque d'attention et de concentration





pendant le repas, troubles du comportement : déambulation , apathie, opposition , désorientation temporo-spatiale, troubles praxiques, dysphagie , troubles de la déglutition, troubles psychiatriques.

L'échelle de BLANDFORD distingue 4 groupes de troubles du comportement alimentaire.

Ces types de troubles nécessitent que les personnes soient incitées à manger, cajolées ou guidées pendant le repas.





- *Elle est liée à la survenue d'évènements pathologiques intercurrents.**
- *Elle est également liée à une attention parfois insuffisante des soignants et à un manque de sollicitation, un stress trop important au moment du repas.**

8.2) Les pratiques professionnelles

° Les adaptations de l'environnement :

- Installer confortablement la personne.
- Eviter les sources de distraction(TV, musique...).





- Favoriser une ambiance rassurante, calme et conviviale pendant le repas.
- Proposer des aides techniques adaptées (couverts..).
- ° **Les adaptations du comportement des personnes aidant à la prise du repas:**
 - Solliciter la personne doucement, avec patience, à absorber les aliments.
 - Chez les personnes atteintes de démence, la qualité de la relation





entre la personne et l'aidant a des répercussions significatives sur la quantité d'aliments consommés par la personne.

- Laisser la personne manger dans le désordre ou avec ses doigts.
- La proposition de collations entre le repas peut être systématisée.
- En cas de déambulation, prévoir des aliments possibles à manger avec les doigts et en marchant.





9) PRISE EN CHARGE DU REFUS ALIMENTAIRE

Le refus alimentaire est une urgence et doit immédiatement provoquer une réflexion pluridisciplinaire.

La personne âgée supporte très mal la dette nutritionnelle : risque d'évolution rapide vers un état grabataire , risque d'escarre, risque de surinfection...

Le refus alimentaire est très anxiogène pour l'entourage, les aidants et les soignants du fait de la valeur symbolique très forte de l'alimentation.

Il met le soignant en échec.





9.1) Le refus alimentaire volontaire n'est pas une anorexie avec perte d'appétit

Avant tout, il faut distinguer le refus volontaire de s'alimenter d'une anorexie avec perte d'appétit, dont l'origine peut être pathologique ou iatrogène.

Il s'agit donc de ne pas méconnaître une pathologie organique, une cause psychiatrique, des troubles neurologiques déficitaires, voir un facteur d'environnement.





9.2) Eliminer des causes organiques, psychiatriques et socio-environnementales

- **Causes organiques:** trouble de la déglutition, douleur, traitement médicamenteux anorexigène, apraxie bucco-pharyngée
- **Causes psychiatriques:** dépression , syndrome de glissement, un état délirant.
- **Causes socio-environnementales :** stress au moment du repas, mauvaises relations avec les voisins de table, mauvaise qualité des plats...





9.3) Refus alimentaire explicite et implicite

- **Soit le refus est explicite, énoncé, actif, et ne laisse aucun doute sur son authenticité:**
 - ° Doit-on et peut-on agir contre cette volonté?
 - ° Dans quelle mesure la personne agit-elle librement?
- **Soit le refus est implicite, non formulé, avec des mots mais un refus d'attitude** : bouche fermée, main qui repousse, absence de déglutition. Cette situation est très fréquente.





° Quels sens peut-on donner au refus alimentaire ?

- a) **Le refus d'opposition**, attitude signifiant un refus: des conditions de vie jugées inacceptables (entrée en institution), de soins douloureux ou pénibles.
- b) **Le refus de résignation**: refus de continuer , situation d'épuisement sentiment d'inutilité.
- c) **Le refus d'acceptation**: acceptation du terme de sa vie qui permet à la personne de se réapproprier sa fin de vie, de négocier l'approche de sa propre mort en adressant un message à l'entourage et aux soignants.





° Comment interpréter un tel comportement?

- Il peut être la manifestation d'un syndrome dépressif.
- Chez la personne atteinte d'une pathologie démentielle, il est souvent difficile de différencier les facteurs neurologiques, les facteurs psychologiques et les facteurs environnementaux.





9.4) La prise en charge pluridisciplinaire

- Il est essentiel de tenter, à travers une réflexion interdisciplinaire, de reconnaître la signification de ce refus alimentaire afin d'y apporter une prise en charge adaptée et de soulager la souffrance de la personne, de l'équipe soignante et de l'entourage.
- ° La prise en charge peut aller du respect de la volonté et de la liberté de la personne jusqu'à une attitude nutritionnelle active.
- ° Les 2 risques sont d'un côté l'abandon de la personne, de l'autre la contrainte pour « son bien ».





CENTRE DE FORMATION ET DE SIMULATION EN SANTE

- **Corriger, dans la mesure du possible les facteurs environnementaux:**
conditions des repas, voisins , intimité , qualité des repas ,texture et présentation des aliments ...
- **La décision, après réflexion pluridisciplinaire , tient compte de la loi dans laquelle est inscrit le droit au refus, recherche l'expression de la volonté de la personne (directives anticipées, personne de confiance, si elle ne peut s'exprimer) et s'appuie sur des repères éthiques.**





10) PRISE EN CHARGE DE L'ALIMENTATION EN FIN DE VIE

En fin de vie, l'objectif des soins nutritionnels est essentiellement le plaisir et le confort de la personne.

- **Des soins de bouche réguliers permettent de maintenir un bon état buccal.**
- Il est recommandé de **soulager les symptômes** pouvant altérer l'envie ou le plaisir de manger: douleur, sécheresse buccale , glossite , nausées...
- **La mise en place d'une alimentation entérale ou parentérale n'est pas recommandée en fin de vie.**





- **La décision, après discussion collégiale, doit être expliquée à l'équipe soignante et à l'entourage.**
- **L'arrêt de l'alimentation ne signifie pas l'arrêt des soins.**
 - ° Les soins de confort sont privilégiés : traitement de la douleur, des troubles digestifs...
 - ° Une attention particulière est portée aux soins de bouche , même si la personne ne s'alimente plus.
- ° **Est-il éthiquement acceptable de ne pas nourrir une personne qui ne veut plus s'alimenter ?**





- **Principes retenus par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie(SFGG) et la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs(SFAP) .**
 - ° **Le principe d'autonomie** donne droit à chaque personne de prendre les décisions qui la concernent , notamment l'acceptation ou le refus de soins, sous réserve d'une information bien comprise et acceptée.
 - ° **Le principe de bienfaisance et de non malfaisance** a pour finalité que les soins prodigués fassent du bien et que l'on s'abstienne de nuire.





- ° **Le principe de proportionnalité** concerne l'obligation de ne pas imposer à la personne un traitement dont l'inconfort dépasse le bénéfice escompté.
- ° **Le principe de non-futilité** considère que tout traitement n'apportant aucun bénéfice à la personne doit être arrêté.
- ° **Le principe d'humanité** affirme le caractère inaliénable de la nature humaine et le respect de ses choix.





11) LES REGIMES RESTRICTIFS

- Sans-sel, amaigrissant, diabétique, hypocholestérolémiant, sans résidu , sont proscrits chez la personne âgée, sauf exception.
- L'indication d'un régime restrictif doit être systématiquement réévaluée chez la personne âgée.
- L'abandon d'un régime suivi depuis des années nécessite de donner une information particulièrement convaincante à la personne et à sa famille : par exemple un cholestérol un peu élevé chez une personne âgée est le signe qu'elle se nourrit bien.

