



# nutrition ) dénutrition

ALIMENTATION DE LA PERSONNE ÂGÉE  
en EHPAD et établissements de santé

Un outil MobiQual de formation/sensibilisation destiné aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées en établissements de santé et médico-sociaux

Mise en œuvre :

Société Française de Gériatrie et Gérontologie,  
avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

En collaboration avec :

Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme,  
Société Française de Nutrition,  
Fédération Française des Associations de Médecins Coordinateurs en EHPAD,  
Fédération Nationale des Associations des Personnes Âgées en Établissements et de leurs Familles.

PROMOTION DE L'AMÉLIORATION  
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES  
Dans le cadre du programme MobiQual





- **Le programme MobiQual** est une action nationale élaborée par la SFGG et soutenue par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).
- **Son objectif** est d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles – qualité des soins et du prendre soin.
- **Il concerne** les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les établissements de santé, ainsi que les services intervenant au domicile.
- **Les différentes thématiques** de ce programme sont : la bientraitance, la douleur, la dépression, les soins palliatifs, la nutrition, et prochainement, la maladie d'Alzheimer et les risques infectieux.

# Pourquoi un outil sur la nutrition ?

---

L'alimentation doit devenir une **priorité absolue** dans tout établissement accueillant des personnes âgées (soin de base).

- Parce qu'un bon état nutritionnel contribue à **limiter les pathologies** liées au vieillissement et à **maintenir l'autonomie**.
- Parce que **la dénutrition n'est pas suffisamment repérée et prévenue**.
  - Elle touche 15% à 38% des personnes vivant en institution (HAS).
- Parce que, contrairement aux idées reçues, **les besoins nutritionnels** de la personne âgée sont au moins aussi importants que ceux d'un adulte à activité physique équivalente.

# Les partenaires (1)

---

- La SFGG a réuni un groupe de travail pluridisciplinaire et pluriprofessionnel, en collaboration avec la Société Francophone Nutrition Clinique et métabolisme (SFNEP), la Société Française de Nutrition (SFN), la Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO-EHPAD) et la Fédération Nationale des Associations de Personnes Âgées en Établissements et de leurs Familles (FNAPAEF).
- Le programme MobiQual bénéficie du soutien de la CNSA, du Secrétariat d'État à la Santé (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé), du Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale et du Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du territoire.

# À qui s'adresse cet outil ?

---

À tous les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées, en établissement médico-social ou de santé :

- Le directeur de l'établissement
  - La HAS recommande un investissement fort du directeur et des liens renforcés entre le directeur, le médecin coordonnateur, le médecin traitant et la cuisine.
- L'équipe de restauration et les diététicien(ne)s
  - Tous les acteurs de l'alimentation doivent être formés aux spécificités de la nutrition et de l'alimentation de la personne âgée.
- L'équipe de soin : médecin(s), infirmier(e)s, aides-soignant(e)s
  - Au plus près des personnes, les soignants ont un rôle essentiel pour surveiller leur appétit et leurs prises alimentaires, et pour les aider à manger si besoin.

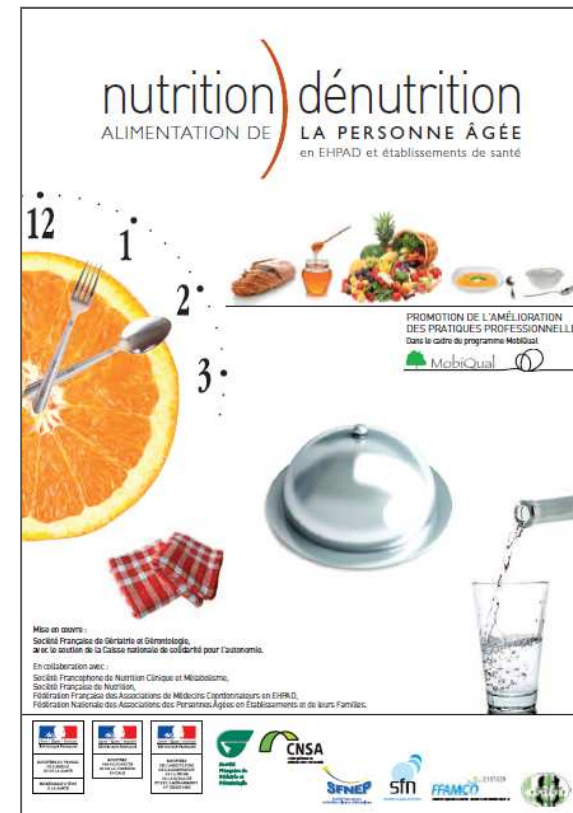
# Objectifs

---

- **Sensibilisation/formation** à l'importance du maintien d'un bon état nutritionnel des personnes âgées, en termes de besoins mais aussi de plaisir de manger
- **Aide à la pratique**
- **Création de liens de coopération**

# Contenu du kit

- Une plaquette
- Des fiches pratiques
- Des fiches « Ils le font »
- Des outils d'évaluation
- Des posters
- Un DVD Rom :
  - des séquences filmées
  - tous les fichiers du kit imprimables
  - des références (recommandations et guides, livres, articles, etc.)



# Une définition simple

---

Un bon état nutritionnel se définit tout simplement par **l'équilibre** entre les **apports** énergétiques et les **dépenses**.



<b>1</b>	<b>EFFETS DE L'ÂGE</b> sur le statut nutritionnel.....
1.1	Le vieillissement modifie la prise alimentaire.....
1.2	Le vieillissement entraîne des modifications métaboliques.....
<b>2</b>	<b>CONSÉQUENCES</b> de la dénutrition.....
<b>3</b>	<b>PRÉVENTION</b> de la dénutrition.....
3.1	Sensibilisation/formation de tous au risque de dénutrition.....
3.2	Entretien de l'hygiène bucco-dentaire.....
3.3	Une alimentation équilibrée, variée et adaptée qui répond aux besoins de chacun.....
3.4	Faire du repas un moment de plaisir et de convivialité et oser la gastronomie !.....
3.5	Favoriser une activité physique quotidienne.....
<b>4</b>	<b>REPÉRAGE / DÉPISTAGE</b> de la dénutrition.....
4.1	Repérer les situations à risque.....
4.2	Les outils d'évaluation du statut nutritionnel.....
<b>5</b>	<b>DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION</b> .....
5.1	Diagnostic positif de dénutrition : les critères de la HAS.....
5.2	Diagnostic étiologique.....

<b>6</b>	<b>PRISE EN CHARGE</b> de la dénutrition.....
6.1	Enquête alimentaire.....
6.2	Traitement de la cause diagnostiquée et autres pathologies sous-jacentes et correction des facteurs de risque identifiés.....
6.3	Prise en charge nutritionnelle orale.....
6.4	Place de la nutrition entérale.....
6.5	Place des médicaments adjuvants.....
6.6	Activité physique.....
6.7	Suivi.....
<b>7</b>	<b>SITUATIONS PARTICULIÈRES</b> .....
7.1	Les fausses routes (troubles de la déglutition).....
7.2	Maladie d'Alzheimer.....
7.3	Refus alimentaire.....
7.4	Alimentation en fin de vie.....
<b>8</b>	<b>LES RÉGIMES</b> restrictifs.....
	<b>RÉFÉRENCES / GLOSSAIRE</b> .....

# I. Le vieillissement n'est pas une cause de dénutrition (1)

---

- L'âge entraîne des modifications physiologiques fragilisant le sujet âgé vis-à-vis du **risque de dénutrition** et de **déshydratation** :
  - Modifications de la prise alimentaire
  - Modifications métaboliques
- La dénutrition ne s'installe que lorsque le vieillissement s'accompagne de **pathologies** inflammatoires ou dégénératives, de **conditions environnementales défavorables** ou de **difficultés psychologiques**.
  - Un état inflammatoire accélère la perte musculaire et la perte osseuse.

# I. Le vieillissement n'est pas une cause de dénutrition (2)

---

- **Modifications de la prise alimentaire liées au vieillissement :**
  - **Diminution du goût, de l'odorat et donc du plaisir de manger**
  - **Diminution de l'appétit et de la sensation de soif**
    - Avec sensation de satiété précoce et prolongée
    - Avec ralentissement de la digestion et allongement de la période d'anorexie après le repas
  - **Altération de la denture, des capacités de mastication et diminution de la salivation**
    - Contribue à la perte d'appétit

# I. Le vieillissement n'est pas une cause de dénutrition (3)

---

- **Modifications métaboliques**
  - Moindre contrôle du métabolisme du glucose
    - Hyperglycémie d'après repas due à une relative résistance à l'insuline.
  - Modifications du métabolisme des protéines - perte musculaire
    - La masse musculaire diminue avec l'âge (sarcopénie).
    - Elle est aggravée par la sédentarité.
  - Modifications du métabolisme du calcium et de la vitamine D, fragilité osseuse (ostéoporose)
    - Diminution de la synthèse de la vitamine D. Une supplémentation systématique est recommandée.
    - Capacités d'absorption digestive et rénale du calcium alimentaire diminuées.
  - Déséquilibre du métabolisme de l'eau - augmentation du risque de déshydratation
    - Altération de la fonction rénale.
    - Altération de la sensation de soif.

## II. Les conséquences de la dénutrition (1)

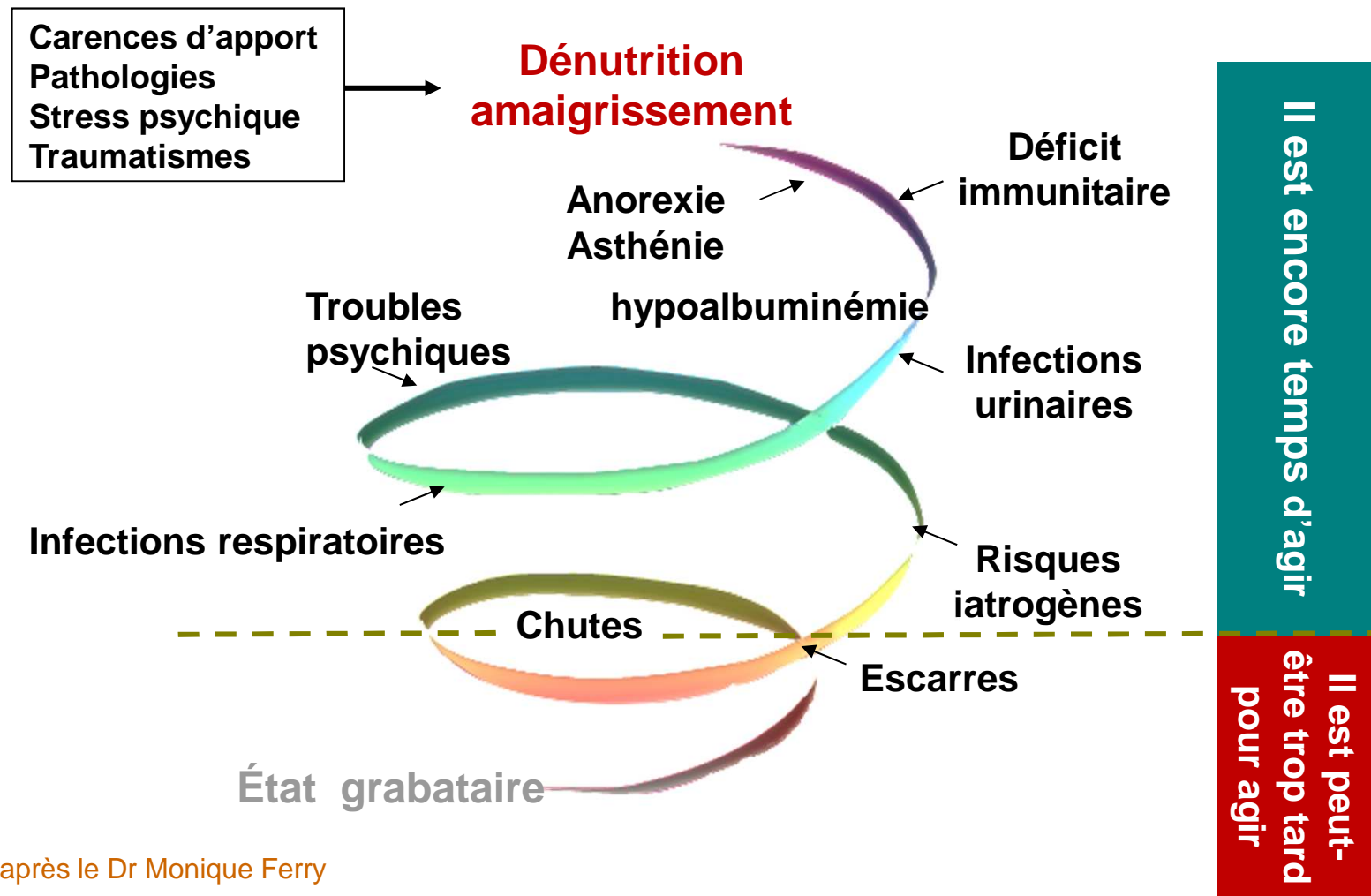
---

- **Épuisement des réserves de l'organisme**
  - La personne s'engage alors dans « la spirale de la dénutrition »\* mettant en jeu son pronostic vital si elle n'est pas rapidement réalimentée correctement.
- **Mortalité augmentée** (risque x 2 à 4)
- **Morbidité augmentée**
  - Le risque de morbidité est multiplié par 2 à 6, toutes morbidités confondues.
- **Fragilité, perte d'autonomie**
- **Diminution de la qualité de vie**

\* Voir illustration diapositive suivante

## II. Les conséquences de la dénutrition (2)

### La spirale de la dénutrition\*



\* d'après le Dr Monique Ferry

## II. Les conséquences de la dénutrition (3)

---

- **Morbidité augmentée** (risque x 2 à 6)
  - Altération de l'état général (amaigrissement, fatigue)
  - Chutes, fractures
  - Troubles digestifs (constipation ou diarrhée)
  - Aggravation du pronostic des pathologies sous-jacentes
  - Risque de toxicité accrue de certains médicaments
  - Diminution de la réponse immunitaire et donc augmentation du risque infectieux (infections respiratoires, urinaires, etc.)
  - Anémie
  - Risques cutanés (escarres, etc.)
  - Dégradation des fonctions cognitives, aggravation d'une dépression, d'une apathie

# III. Comment prévenir la dénutrition ?

---

- **La nutrition est l'affaire de tous** (familles, directeurs, sociétés de restauration, soignants, non soignants, etc.).
  - C'est d'abord être attentifs ensemble à la personne, à son appétit, à ses prises alimentaires, à la taille de ses vêtements, aux crans de sa ceinture, etc.
- **Maintenir un bon état nutritionnel, c'est :**
  1. Entretenir une bonne **hygiène bucco-dentaire**.
  2. Assurer une **alimentation équilibrée, variée et adaptée** en termes quantitatifs et qualitatifs.
  3. Favoriser le **plaisir** de manger.
  4. Favoriser **l'activité physique : bouger !**



### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 1. Hygiène bucco-dentaire (1)

- **Évaluer les risques bucco-dentaires**
  - **Soins dentaires si nécessaires**
- **La toilette buccale**
  - **Quand ?**
    - Après chaque repas ou au moins 1 fois par jour
  - **Comment ?**
    - Nettoyage de la bouche, des culs de sac jugaux
    - Brossage des dents et des prothèses selon des modalités adaptées
  - **Par qui ?**
    - Rôle propre de l'infirmière, en collaboration avec les aides-soignantes (consigner dans le cahier infirmier)
    - Le soignant doit inciter la personne à faire sa toilette elle-même chaque fois que possible



### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 1. Hygiène bucco-dentaire (2)

---

- **Entretien des prothèses dentaires**
  - **Le port d'une prothèse nécessite 2 visites par an chez le chirurgien-dentiste** (détartrage, adaptation de la prothèse, occlusion, état général de la bouche).
  - **Nettoyer les prothèses après chaque repas et jamais moins de 1 fois par jour.**
    - Brosser avec une brosse adaptée.
    - Les comprimés effervescents de nettoyage ne doivent pas remplacer le brossage.
  - **La nuit, ne pas faire tremper la prothèse** mais la nettoyer par brossage et la mettre à sécher sur une compresse ou dans la boîte à dentier.
  - **Un nettoyage aux ultrasons** est recommandé 1 fois par semaine.

### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 2. Une alimentation équilibrée, variée, adaptée (1)

- **Un principe de base : manger de tout avec plaisir !**
  - La monotonie alimentaire aggrave la diminution du goût et du plaisir alimentaire.
- Suivre les **recommandations** du PNNS (Programme National Nutrition Santé) pour les personnes âgées fragiles et du GEMRCN (Groupe d'Étude des Marchés Restauration Collective et Nutrition)
- **Quatre éléments prioritaires**
  - Les apports énergétiques globaux
  - Les apports protéiques
  - Les apports hydriques
  - Le calcium et la vitamine D

### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 2. Une alimentation équilibrée, variée, adaptée (2)

- Les repères de consommation du PNNS pour les personnes âgées fragiles

<b>Fruits et légumes</b>		<b>Au moins 5 par jour</b>
<b>Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs</b>		<b>À chaque repas et selon l'appétit</b>
<b>Laits et produits laitiers (yaourts, fromages)</b>		<b>3 ou 4 par jour</b>
<b>Viandes et volailles, produits de la pêche et oeufs</b>		<b>2 fois par jour</b>
<b>Matières grasses ajoutées</b>		<b>Sans en abuser</b>
<b>Produits sucrés</b>		<b>Sans en abuser</b>
<b>Boissons</b>		<b>1 litre à 1,5 litre par jour</b>
<b>Sel</b>		<b>Pas de conseils spécifiques</b>
<b>Activité physique</b>		<b>Bouger chaque jour le plus possible</b>

### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 2. Une alimentation équilibrée, variée, adaptée (3)

### Les apports hydriques (1)

- **Boire l'équivalent de 1,5 litre/jour**
  - Boire moins de 8 verres/j (800cc) expose à un risque de déshydratation.
  - Boire plus si :
    - La personne mange moins.
    - La personne a de la fièvre (+ 500ml par °C de fièvre au-delà de 37°C).
    - La température extérieure est élevée (chauffage, été, etc.).
- **Inciter la personne à boire**
  - En mettant en évidence verre et carafe.
  - En variant les plaisirs en fonction des goûts de la personne (eau plate ou gazeuse, boissons chaudes ou froides, jus de fruits, lait, etc.).
  - Attention ne pas trop boire avant les repas, cela peut couper l'appétit.

**Boire sans attendre d'avoir soif !**

### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 2. Une alimentation équilibrée, variée, adaptée (4)

### Les apports hydriques (2)

- Certains aliments sont gorgés d'eau et contribuent à l'hydratation
  - Légumes et fruits, yaourts, fromages frais, crèmes dessert et glaces contiennent plus de 80% d'eau.
  - Viandes et poissons, jusqu'à 70%.
  - Les céréales (riz, pâtes, semoule) après cuisson, 70%.

Boire en mangeant !

### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 2. Une alimentation équilibrée, variée, adaptée (5)

### Le calcium et la vitamine D

- Les besoins en vitamine D sont estimés à 800 UI/j.
  - Une supplémentation sous forme de vitamine D3 est conseillée, à raison de 100.000 UI une fois par mois tous les 3 mois.
- Il est recommandé de consommer du lait et des produits laitiers 3 à 4 fois par jour.
  - Supplémenter si la consommation est insuffisante.
- Les besoins en micronutriments sont assurés par une alimentation suffisamment riche et variée.
  - Supplémenter en cas d'insuffisance d'apports.

### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 3. Favoriser le plaisir de manger (1)

- Les mesures organisationnelles (1)
  - **Différentes organisations de la restauration sont possibles, de l'auto-gestion totale à la sous-traitance complète.**
    - **Dans le respect des réglementations en vigueur** (hygiène, HACCP – Hazard analysis critical point, traçabilité).

**Gare à la facilité !**

Ne pas se retrancher derrière les normes HACCP  
pour camoufler un moindre effort....

- **Selon les contraintes de l'établissement** (locaux, personnel, autorisation des services vétérinaires, etc.).
- **Selon le niveau d'exigence et les enjeux prioritaires** définis dans l'établissement (grammages, qualité des produits, habitudes régionales et individuelles, présentation des plats et qualité du service, maîtrise des coûts, etc.).



## III. Comment prévenir la dénutrition ?

### 3. Favoriser le plaisir de manger (2)

- Les mesures organisationnelles (2)
  - **Les piliers d'une restauration réussie**
    - **Un investissement fort du directeur** de l'établissement.
    - **Des liens renforcés** entre le directeur, les médecins coordonnateur et traitant, et l'équipe de restauration.  
*Le prestataire est un véritable partenaire.*
    - **La formation** de tous les acteurs aux spécificités de l'alimentation de la personne âgée.
    - **L'implication** de tous dans le projet d'établissement et de chacun dans son travail.
    - **La coordination**
      - Communication renforcée entre l'équipe de restauration et les autres équipes de l'établissement.
      - Formalisation des liens pour une meilleure adéquation entre les attentes et les prestations (avis de la diététicienne, animations, validation des menus, conseil de la vie sociale, commission des menus).

### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 3. Favoriser le plaisir de manger (3)

---

- Respecter autant que possible les goûts, réticences et habitudes alimentaires de la personne.
  - **La fiche de recueil des goûts et réticences alimentaires permet de cerner les habitudes alimentaires de la personne.**
    - Mets et boissons préférés, habitudes horaires, nombre de repas, pratique religieuse, régime habituel, allergie, etc.
  - **Favoriser le repas en salle à manger** mais laisser la personne prendre son repas en chambre si elle le désire.
  - **Si la personne refuse de manger, lui demander si elle apprécie ce qui lui est proposé...**

### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 3. Favoriser le plaisir de manger (4)

- Favoriser les capacités et habiletés de la personne (1)
  - **La personne porte-t-elle sa prothèse dentaire ?**
  - **Est-elle confortablement installée ?**
    - Jusqu'à 80% des personnes en institution sont mal positionnées au moment du repas.
    - En cas de difficulté à la prise du repas, vérifier avec l'aide d'un ergothérapeute si l'installation de la personne est correcte (positionnement, adaptation du fauteuil, etc.).
  - **N'est-elle pas préoccupée par autre chose au moment du repas (envie d'uriner, douleur, etc.) ?**
  - **A-t-elle suffisamment de temps pour prendre son repas ?**
    - La durée prévue du repas est d'au moins 45 minutes.
    - Laisser à la personne le temps de manger augmente de 25% les apports alimentaires !
    - Éviter qu'elle soit dérangée pendant le repas (soins, visites, etc.).

### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 3. Favoriser le plaisir de manger (5)

---

- Favoriser les capacités et habiletés de la personne (2)
  - **A-t-elle besoin d'aide pour manger ?**
    - Troubles cognitifs et du comportement alimentaire.
    - Difficultés à exécuter ou coordonner les mouvements.
    - Limitation physique des mouvements.
    - Troubles visuels ou auditifs.
    - Troubles de la déglutition.
  - **Quels sont les besoins réels de la personne ?**
    - **Quelques gestes simples peuvent suffire:** ouvrir le yaourt, placer les couverts à portée de main, enlever la cloche de l'assiette, assaisonner, beurrer la tartine, servir l'eau dans le verre, etc.
    - **Lui proposer des aides humaines et/ou techniques adaptées.**
    - **Demander l'aide d'un ergothérapeute si besoin.**

### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 3. Favoriser le plaisir de manger (6)

- Favoriser les capacités et habiletés de la personne (3)

- **Comment stimuler la personne sans faire à sa place ?**

- Faire preuve de **patience** et de **disponibilité**.
- **N'aider qu'une seule personne à la fois** et lui porter toute son attention (éviter les conversations entre collègues par exemple).
- **S'asseoir à sa hauteur** et capter son regard pour l'inciter à manger.
- **Éviter de toucher d'emblée le visage** (risque de réaction agressive).

**La personne qui aide au repas a un rôle primordial !**

La qualité de la relation établie avec la personne pendant le repas a des répercussions significatives sur la quantité d'aliments consommés.

- **A-t-elle accès à des ustensiles adaptés (assiette, verre, paille, couverts, etc.) ?**

- Demander l'aide d'un ergothérapeute si nécessaire.

### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 3. Favoriser le plaisir de manger (7)

---

- Favoriser la convivialité et le plaisir (1)
  - **Afficher les menus la veille**
  - **Favoriser un cadre agréable, accueillant, calme**
    - **Décoration** de la salle à manger, nappe, jolie vaisselle, etc.
    - **Limitation des stimulations sonores parasites** (télévision allumée, musique, bruits de vaisselle, interpellations, etc.).
    - **Luminosité** suffisante et non agressive.
  - **Prendre en compte au mieux le choix des voisins de table**
  - **Respecter un délai de 3 heures entre deux repas, nécessaire au réveil de l'appétit**
    - La période de **jeûne nocturne** ne doit pas dépasser 12 heures.
    - Proposer des **collations** si nécessaire, y compris avant le coucher.

### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 3. Favoriser le plaisir de manger (8)

- Favoriser la convivialité et le plaisir (2)
  - **Soigner la présentation des plats** (odeurs, saveurs, couleurs)
    - Ne mixer les aliments que si cela est vraiment nécessaire.
    - Ne pas mélanger les différents aliments en cas de texture mixée.

#### Attention médicaments !

- Éviter de les écraser dans les plats s'ils en changent le goût, voire les rendent immangeables...
- Préférer les donner en fin ou en dehors des repas si possible.

- **Penser à proposer un café, éventuellement accompagné d'un chocolat, à la fin du déjeuner**
  - Y compris aux personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée.
- **Certains établissements ouvrent leur restaurant à des invités extérieurs** (repas payant)

### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 4. Favoriser l'activité physique : bouger ! (1)

- Pourquoi ?
  - **L'activité physique augmente l'appétit et les apports nutritionnels.**
  - **Elle favorise l'autonomie et améliore la santé.**
    - Réduction du risque de chute.
    - Amélioration de l'équilibre, de la coordination des mouvements, de la souplesse articulaire.
  - **La sédentarité, le manque d'activité physique concourent à la perte musculaire et osseuse et favorisent la constipation.**



**Attention !**

Manger sans bouger n'empêche pas le muscle de fondre.

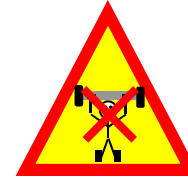


### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 4. Favoriser l'activité physique : bouger ! (2)

- Comment (1) ?

- Respecter quelques principes de base



- Inciter la personne sans l'obliger et lui expliquer combien il est important de bouger.
    - La mettre en **confiance**, la rassurer, surtout si elle craint de tomber.
    - Définir avec elle des **objectifs réalistes**.
      - Ne pas la mettre en échec ni chercher la performance !

- Favoriser une activité physique quotidienne dans les gestes de la vie de tous les jours

- L'inciter à faire elle-même sans faire à sa place : s'habiller, se coiffer, se laver, ranger sa chambre, etc.
    - L'inciter et l'aider à marcher pour aller à la salle à manger, aux animations, aux toilettes, au jardin, etc.

### III. Comment prévenir la dénutrition ?

## 4. Favoriser l'activité physique : bouger ! (3)

---

- Comment (2) ?
  - **Proposer des exercices simples et des activités spécifiques adaptées.**
    - Exercices « aérobie ».
    - Exercices contre résistance.
    - Exercices d'équilibre.
    - Exercices d'assouplissement des articulations.
  - **Proposer de la kinésithérapie sur prescription médicale pour une réadaptation.**
    - L'intervention quotidienne pour faire bouger peut être déléguée.

# IV. Repérage/dépistage de la dénutrition

---

## 1. Quelles sont les situations à risque ?

Les situations à risque sont toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports et/ou une augmentation des besoins énergétiques.

## 2. Quels sont les outils d'évaluation du statut nutritionnel ?

- La courbe de poids individuelle
- L'indice de masse corporelle (IMC)
- La grille de surveillance alimentaire
- Le dosage des protéines plasmatiques
- La surveillance clinique de l'état d'hydratation
- Le *Mini Nutritional Assessment* (MNA®)

### 1. Quelles sont les situations à risque ? (1)

---

- Les situations à risque sans lien avec l'âge
  - **Cancer**
  - **Défaillances chroniques et sévères d'organes**  
(insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale, hépatique)
  - **Pathologies digestives**
  - **Alcoolisme chronique**
  - **Pathologies infectieuses ou inflammatoires**
  - **Etc.**

#### **Attention !**

Une pneumopathie aiguë triple les besoins énergétiques de la personne.

### 1. Quelles sont les situations à risque ? (2)

---

- Les situations à risque plus spécifiques de la personne âgée (1)
  - **Facteurs psycho-sociaux en amont de l'admission dans l'établissement**
    - Revenus financiers insuffisants, approvisionnement difficile, faibles capacités de communication, liens sociaux faibles, solitude, etc.
  - **Mauvais état bucco-dentaire**
  - **Troubles de la déglutition**
    - Peur des fausses routes, allongement de la durée des repas, isolement par peur du regard des autres, etc.
  - **Troubles de la vision**
  - **Dépendance dans les actes de la vie quotidienne**
    - La personne devient dépendante de la qualité des soins et de l'accompagnement...

### 1. Quelles sont les situations à risque ? (3)

---

- Les situations à risque plus spécifiques de la personne âgée (2)
  - **Troubles du comportement alimentaire**
    - **Maladie d'Alzheimer ou apparentée, autres pathologies neurologiques**
    - **Dépression**
    - **Anorexie**, fréquente et dont la cause doit être recherchée
  - **Régimes restrictifs**
    - Sans sel, amaigrissant, diabétique, hypocholestérolémiant, sans résidu
  - **Traitements médicamenteux au long cours**
    - **Polymédication au-delà de 5 médicaments**
    - **Effets secondaires ayant un lien avec l'alimentation** (sécheresse de la bouche, dysgueusie, troubles digestifs, somnolence, etc.)
  - **Hospitalisation**

### 2. Les outils d'évaluation du statut nutritionnel (1)

---

- **La courbe de poids individuelle**
  - **La mesure du poids est la base de l'évaluation du statut nutritionnel.**
  - **Tout établissement doit disposer d'un pèse-personne adapté.**
  - **Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) :**
    - Peser à l'admission puis une fois par mois en institution.
    - Peser une fois par semaine en cas de dénutrition et à chaque hospitalisation.
    - Toute cassure de la courbe de poids (perte de poids de 2 kg en un mois) doit alerter.

#### **Pièges à éviter !**

- Une personne obèse peut être dénutrie.
- Une personne dénutrie peut ne pas perdre de poids (oedèmes, par exemple).

### 2. Les outils d'évaluation du statut nutritionnel (2)

---

- L'indice de masse corporelle (IMC)
  - **Disposer d'une roulette à IMC adaptée à la personne âgée.**
  - **Taille toisée ou déclarée, ou mesure talon-genou.**
    - La taille diminuant avec l'âge, mieux vaut la surestimer.

$$\text{IMC} = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m}^2\text{)}$$

- La grille de surveillance alimentaire
  - **Elle permet une estimation de ce que la personne consomme effectivement (% de la portion servie).**
  - **Elle est remplie sur au moins trois jours.**

#### Attention !

Tenir compte du fait que les portions des petits mangeurs sont souvent plus petites...



### 2. Les outils d'évaluation du statut nutritionnel (3)

---

- Le dosage des protéines plasmatiques
  - **Albumine**
    - 1/2 vie longue de 21 jours.
    - Taux normal > 36 g/l.
  - **Protéine C-réactive (CRP)**
    - 1/2 vie courte.
    - Le taux de CRP augmente en cas de syndrome inflammatoire.

#### Attention !

- Le taux d'albumine doit toujours être interprété en fonction du taux de CRP.
- En cas de déshydratation, le taux d'albumine peut être normal alors que la personne est dénutrie.

### 2. Les outils d'évaluation du statut nutritionnel (4)

---

- **La surveillance clinique de l'état d'hydratation**
  - **Les principaux signes chez la personne âgée sont :**
    - fatigue, apathie,
    - sécheresse de la bouche, langue rôtie,
    - soif,
    - urines très colorées ou très odorantes,
    - troubles du comportement, voire de la conscience (confusion).
  - **Renforcer la surveillance en cas de :**
    - fièvre ou de forte chaleur,
    - vomissements et/ou diarrhées,
    - traitement par des diurétiques ou des laxatifs,
    - et si la personne mange moins.

#### **Attention !**

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

### 2. Les outils d'évaluation du statut nutritionnel (5)

---

- *Le Mini Nutritional Assessment - MNA<sup>®</sup>*
  - Le MNA<sup>®</sup> est un outil validé pour le dépistage de la dénutrition chez la personne âgée.
  - La version complète du MNA<sup>®</sup> est peu utilisée en établissement.
  - Le MNA<sup>®</sup> de dépistage à 6 items est facile à réaliser.
    - L'IMC peut être remplacé par la mesure de la circonférence du mollet (CM), au niveau du plus large diamètre du mollet.
    - Interprétation du score du MNA<sup>®</sup> de dépistage :
      - de 8 à 11 points /14, il existe un risque de malnutrition ;
      - score  $\leq 7/14$ , il existe une malnutrition avérée.

## V. Le diagnostic de la dénutrition (1)

---

- La dénutrition protéino-énergétique (DPE) doit être diagnostiquée précocement.
  - **Ses conséquences sont graves et rapides.**
  - **Une prise en charge adaptée doit être mise en œuvre rapidement.**

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

- Les critères diagnostiques de la HAS
  - La présence d'un de ces critères suffit à poser le diagnostic de dénutrition :

- **Perte de poids**  $\geq$  à 5% en 1 mois ou  $\geq$  à 10% en 6 mois
- **et/ou IMC**  $<$  21
- **et/ou albuminémie**  $<$  35g/l (interpréter en fonction du taux de CRP)
- **et/ou MNA<sup>®</sup>**  $<$ 17/30

## Le diagnostic étiologique de la dénutrition

---

- **Insuffisance d'apports = la DPE exogène**
  - **Par diminution des capacités physiques de la personne**
  - **Par altération des capacités psychiques**, dont la dépression
  - **Du fait de traitements médicamenteux**
    - par leur effet anorexigène ou modificateur du goût, ou par leur nombre
  - **Du fait d'un régime restrictif**
  - **Du fait de causes sociales**
    - isolement, diminution des ressources, idées reçues, etc.
- **Augmentation des besoins par hypercatabolisme = la DPE endogène (sans augmentation suffisante des apports)**
  - **Maladie infectieuse, destruction tissulaire** (infarctus du myocarde, AVC) **ou phénomène de réparation tissulaire** (fracture, escarre, etc.)
- **Les deux mécanismes associés = la DPE mixte**
  - **La fracture du col du fémur est une cause typique et fréquente**

# VI. La prise en charge de la dénutrition (1)

---

- Elle doit être **la plus précoce possible**.
- En phase aiguë d'une dénutrition sévère, elle est une **urgence**.
- **L'objectif** pour la personne est de restaurer son état nutritionnel et de retrouver une alimentation normale.

# VI. La prise en charge de la dénutrition (2)

---

- Les éléments de la prise en charge sont :
  - L'enquête alimentaire
  - Le traitement de la cause, des autres pathologies sous-jacentes et la correction des facteurs de risque identifiés
  - La prise en charge nutritionnelle orale
  - La nutrition entérale
  - Les médicaments adjuvants
  - L'activité physique
  - Le suivi



### Enquête alimentaire

---

- Noter la **fréquence** des prises alimentaires.
- Estimer **l'ingesta** à l'aide de la grille de surveillance alimentaire.
- Revoir avec la personne ses **goûts et réticences** alimentaires à l'aide de la fiche spécifique.

### Traitement étiologique

---

- Soins bucco-dentaires
  - Traitement de pathologies bucco-dentaires éventuelles
  - Mise en place ou entretien de prothèse si nécessaire
- Traitement d'une pathologie digestive ou tout autre pathologie pouvant entraîner une dénutrition
  - Pathologie infectieuse, etc.
  - Troubles de la déglutition
- Réévaluation de la pertinence des traitements médicamenteux et des régimes
  - Proscrire les régimes restrictifs, sauf exception
  - Réduire le nombre de médicaments, éviter les médicaments anorexigènes ou modificateurs du goût, et éviter de les donner en début de repas
- Traitement d'une dépression
- Correction des facteurs sociaux et environnementaux
  - Aides humaines et/ou techniques
  - Adapter les modalités des repas (horaire, lieu, aliments, etc.)

- Enrichissement de l'alimentation
  - Si les apports spontanés ne suffisent pas, commencer par **enrichir l'alimentation par des produits hautement énergétiques, sans augmenter les volumes**
    - Huile, beurre, fromage râpé, lait et poudre de lait, œuf, crème fraîche, jambon, poudre de protéine, etc.
  - Veiller à une **hydratation** suffisante
    - Eaux plates et gazeuses, eaux aromatisées, café, thé, tisane, chocolat, jus de fruit, bouillons, lait, soupe, etc.
    - Si la voie orale n'apporte pas une quantité d'eau suffisante, envisager ponctuellement une réhydratation par voie sous-cutanée.
  - **En cas de troubles de la déglutition, garder le plus longtemps possible une alimentation orale « normale »**
    - Si nécessaire, adapter la consistance des aliments (texture modifiée) et augmenter la viscosité des liquides (poudre épaississante, yaourt, etc.).

- **Conseils nutritionnels, diététiques**
  - **Augmenter le nombre de repas mais éviter le grignotage**
    - Fractionner en petits repas ou collations
    - Ne pas hésiter à proposer une collation avant le coucher
    - En cas de troubles du comportement (déambulation), proposer des aliments faciles à manger avec les doigts
  - **Privilégier un petit-déjeuner copieux et varié**
  - **Rehausser les saveurs et varier les repas pour redonner le plaisir de manger**
  - **Proposer des repas thérapeutiques**
    - Participation à la préparation du repas

- **Les compléments nutritionnels oraux (CNO)**
  - **Les CNO sont des aliments diététiques « à fin médicale spéciale », donnés sur prescription médicale**
    - Ils sont prescrits selon un objectif préalablement défini (arrêt de la perte de poids, gain de poids, etc.)
    - Ils sont achetés sur l'enveloppe « dispositifs médicaux »
    - Leur efficacité doit être évaluée à 1 mois, même s'ils ont été prescrits pour 2 mois
  - **Les indications**
    - Échec de l'alimentation enrichie
    - D'emblée en cas de dénutrition sévère
  - **Les modalités d'utilisation**
    - Ils sont pris en complément d'un repas et **JAMAIS** à la place d'un repas (pendant le repas ou en collation, à distance d'un repas)
    - Vérifier que les CNO prescrits sont effectivement consommés
  - **Les différents types de CNO**
    - De larges gammes de CNO hypercaloriques et hyperprotidiques permettent une bonne adaptation aux goûts et besoins de chacun (saveurs, consistance, salé, sucré, etc.)

### Place de la nutrition entérale

---

- **Qu'est-ce que la nutrition entérale ?**
  - **La nutrition entérale est une alimentation artificielle par sonde de gastrostomie**
- **Quelles sont ses indications ?**
  - **Échec de la prise en charge nutritionnelle orale**
  - **En 1ère intention en cas de :**
    - **Troubles sévères de la déglutition**
    - **Dénutrition sévère avec apports alimentaires faibles**
- **Comment est-elle mise en œuvre ?**
  - **La prescription initiale est effectuée par un médecin hospitalier**
  - **Il est recommandé qu'elle soit débutée au cours d'une hospitalisation, au minimum une hospitalisation de jour**
  - **Le retour en EHPAD nécessite que le service prescripteur ait pris contact avec le médecin traitant, le médecin coordonnateur, les soignants et les prestataires de service**

### Les médicaments adjuvants

---

- **L'alpha-cétoglutarate d'ornithine** est le seul médicament adjuvant ayant une indication en cas de dénutrition de la personne âgée.
  - Il est indiqué comme adjuvant de la nutrition naturelle ou artificielle des sujets dénutris, des sujets en situation d'hypercatabolisme et des sujets âgés convalescents.
- **Son utilisation isolée n'est pas recommandée.**
  - La prescription est systématiquement accompagnée d'un apport protéino-énergétique suffisant.
- **La durée de prescription ne doit pas dépasser 6 semaines.**

### Activité physique

---

- Associer un programme d'exercice physique à la prise en charge nutritionnelle orale
  - Cela améliore le statut nutritionnel et augmente l'activité spontanée de façon significative.
- L'activité physique, c'est bouger le plus possible...
  - Se laver, s'habiller, se coiffer, marcher d'une pièce à l'autre sont des activités physiques.
  - Proposer des exercices simples et adaptés.
  - Proposer de la kinésithérapie sur prescription médicale pour une réadaptation.
    - L'intervention quotidienne pour faire bouger peut être déléguée.



- **Les outils du suivi**
  - **Pesée une fois par semaine**
  - **Estimation des apports alimentaires à l'aide la grille de surveillance alimentaire**
    - au moins sur 24h, au mieux sur 3 jours
  - **Albuminémie**
    - pas plus d'une fois par mois sauf situation particulière
  - **Évolution de la ou des pathologie(s) sous-jacente(s)**
- **Les étapes du suivi**
  - 1. Les objectifs de la prise en charge sont définis (arrêt de la perte de poids, prise de poids, etc.)**
  - 2. Quand l'objectif est atteint, la prise en charge thérapeutique est arrêtée**
  - 3. Le suivi habituel de l'état nutritionnel est poursuivi**

## VII. Situations particulières

---

4 situations sont abordées :

- Les troubles de la déglutition
- La maladie d'Alzheimer
- Le refus alimentaire
- La fin de vie

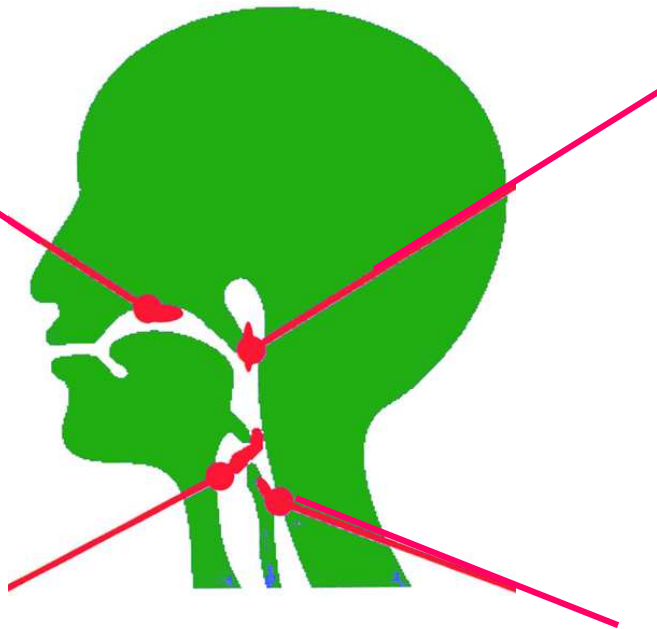
- **Généralités**
  - La déglutition est un **réflexe**, entretenu par le simple fait d'avaler, de manger.
  - Les troubles de la déglutition (fausses routes) sont **fréquents chez le sujet âgé**.
    - Ils toucheraient 30% à 40% des personnes en institution.
    - L'âge en lui-même n'augmente pas le risque de fausse route mais la fréquence des pathologies responsables d'une altération de la déglutition augmente avec l'âge.
  - L'origine des troubles peut se situer à des niveaux anatomiques différents, entre la bouche et le carrefour entre l'œsophage et la trachée.
  - Ils exposent à un **risque majeur de dénutrition**.

## VII. Situations particulières

# Les troubles de la déglutition (2)

Nourriture bloquée sur les  
côtés de la bouche  
(stase)

Liquide aspiré  
par le nez



Nourriture et  
liquide passent  
dans la trachée

Nourriture bloquée  
dans la gorge

- Les causes
  - **Causes neurologiques**
    - Accident vasculaire cérébral
    - Maladie de Parkinson
    - Pathologies démentielle
  - **Causes médicamenteuses**
    - Anticholinergiques, traitements inhalés, dépresseurs du système nerveux central, neuroleptiques, médicaments pouvant entraîner une dysphagie oesophagienne ou une oesophagite.
  - **Causes locales**

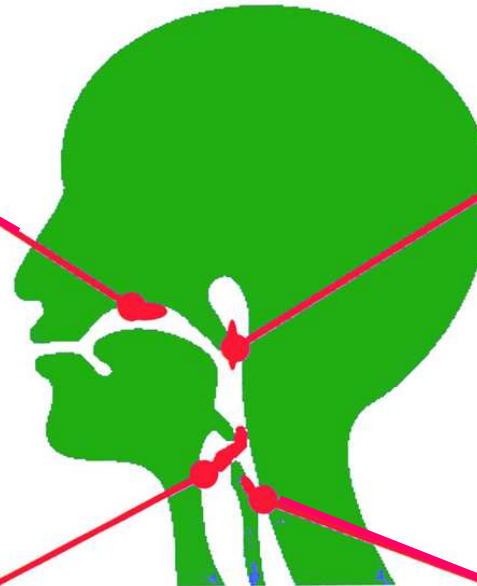
- Les complications peuvent être graves
  - **Les complications somatiques**
    - Fausse route aiguë avec crise d'étouffement
    - Infections respiratoires
    - Pneumopathie chimique par inhalation de liquide gastrique
    - Amaigrissement et dénutrition (réduction de la prise alimentaire, voire refus)
    - Déshydratation
  - **Les complications psychologiques et sociales**
    - Dépression
    - Isolement social, par peur du regard des autres, etc.
    - Mauvaise qualité de vie

- Les signes d'alerte

Les personnes présentes au moment du repas ont un rôle essentiel dans le repérage des signes d'alerte

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

- Gêne pour avaler
- Fuites alimentaires par la bouche, bavage
- Maintien prolongé des aliments en bouche



**Liquide aspiré par le nez**

- Reflux nasal

**Nourriture et liquide passent dans la trachée**

- Fausse route aiguë
- Modification de la voix (voix mouillée)
- Raclements de gorge et toussotements
- Pneumopathies récidivantes et/ou épisodes fébriles inexplicables

**Nourriture bloquée dans la gorge**

- Blocage alimentaire

- La prise en charge est pluridisciplinaire
  - Elle nécessite un **travail d'équipe** et une formation de l'équipe soignante.
  - Elle a pour but de faire retrouver à la personne le **plaisir** de manger et de boire, en assurant une **nécessité vitale**.

*« Manger c'est se rassembler, partager, désirer, voir, sentir, saliver, goûter... C'est aussi déglutir plus de 300 fois par heure lors d'un repas. »*

(Intergroupe PneumoGériatrie SPLF/SFGG, 2006)

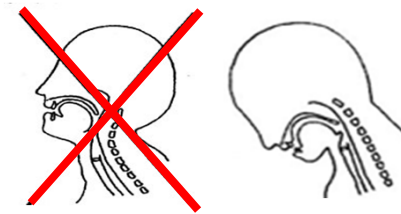


- **La prise en charge comprend :**
  - **L'évaluation de l'état fonctionnel, nutritionnel et cognitif de la personne, et de ses comportements**
  - **L'évaluation clinique des troubles de la déglutition**
    - **Entretien avec la personne, les aidants, les soignants, les proches** (identification des difficultés, des compensations spontanées, des attentes et des priorités en termes d'alimentation)
    - **Exploration des différentes phases de la déglutition**, éventuellement à l'aide d'examens complémentaires
  - **Le traitement de la cause sous-jacente, les conseils diététiques, la rééducation quand elle est possible** (kinésithérapie, orthophonie)
    - La HAS recommande de proposer une **nutrition entérale** si la prise en charge nutritionnelle orale est insuffisante ou impossible

- Adapter le régime alimentaire
  - **Ne pas proposer systématiquement un mixage des aliments, peu appétissant.**
  - L'adaptation de la **texture** des aliments (normale, mou/haché, semi-liquide, lisse) se fait sur **prescription médicale, en concertation avec les équipes soignantes et de rééducation.**
    - Préférer les aliments ayant une texture lisse.
    - Éviter de donner des aliments contenant des morceaux ou se décomposant dans la bouche.
    - Éviter de proposer des aliments composés de mélanges de textures différentes.
    - Éviter de proposer des fromages à pâte molle et collante.
  - **Préférer les aliments et boissons bien chauds ou bien froids plutôt que tièdes.**
    - Ils sont mieux repérés et avalés.
  - **Adapter les liquides** (épaississement, eau gazeuse).
    - Préférer le yaourt à l'eau gélifiée.

- En pratique, au moment du repas... (1)
  - Veiller à une **installation** confortable, stable et adaptée de la personne.

- Le buste est droit, la tête légèrement penchée en avant.
- La table est à une hauteur correcte.

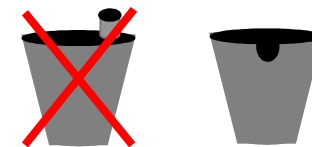


Inciter la personne à incliner la tête vers l'avant

- Laisser à la personne le temps de **manger à son rythme**.

- Adapter **l'environnement**.

- Diminuer le stress par une ambiance détendue, conviviale.
- Éviter les distractions (télévision, radio, musique, discussions, etc.).
- Proposer des ustensiles adaptés (paille, verre à encoche nasale), éventuellement avec l'aide d'un ergothérapeute.
- Attendre 30 minutes après la fin du repas pour le coucher.



Ne pas utiliser de verre canard qui oblige le patient à mettre sa tête en extension

- En pratique, au moment du repas... (2)
  - **Quelques conseils si vous aidez la personne à manger**
    - Évitez les bouchées trop grosses et espacez les prises de 10 à 15 secondes.
    - Asseyez-vous face à la personne, à sa hauteur.
    - Présentez et retirez le couvert horizontalement et par le bas.
    - Positionnez les aliments au milieu de la langue et exercez une pression de la cuillère sur la langue.
    - Stimulez la personne par des consignes verbales.
    - Vérifiez que le verre est toujours bien rempli.
    - Vérifiez que chaque bouchée a bien été déglutie en demandant d'avaler « à vide ».
    - Après le repas, vérifiez l'absence de résidus alimentaires pour éviter une fausse route retardée.

### Attention !

En cas de troubles 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.

- En pratique, au moment du repas... (3)
  - **Si une personne ne faisant pas partie de l'équipe soignante souhaite aider un résident à manger, l'informer :**
    - qu'en cas de troubles de la déglutition, elle doit demander son avis à un soignant ;
    - que si le résident n'est pas un de ses proches, elle s'expose à un risque légal en cas de fausse route.

- La perte de poids toucherait 30% à 40% des patients atteints de maladie d'Alzheimer.
  - Elle peut en être le 1er signe et s'observe à tous les stades de la maladie.
  - Une perte de poids supérieure à 4% du poids initial est un facteur de risque de mortalité.
  - Un gain de poids est un facteur protecteur.
- La dénutrition est une des complications les plus fréquentes.
  - Elle accélère le déclin cognitif, aggrave la perte d'autonomie et augmente le risque d'hospitalisation.

- La perte de poids est d'origine multifactorielle (1)
  - Elle est liée à la pathologie elle-même.
    - Les troubles du comportement alimentaire sont fréquents
      - Manque d'attention et de concentration
      - Déambulation, apathie, opposition
      - Désorientation temporo-spatiale
      - Troubles praxiques
      - Dysphagie
      - Troubles de la déglutition
      - Troubles psychiatriques
    - Ils peuvent être caractérisés grâce à l'échelle de Blandford.

## VII. Situations particulières

# La maladie d'Alzheimer (3)

## Échelle de Blandford

Description des troubles  
du comportement  
alimentaire

<b>COMPORTEMENT DE RÉSISTANCE</b>		OUI	NON
Détourne la tête à la vue de la cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Repousse la nourriture ou la personne qui veut la nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Met les mains devant la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agrippe, frappe ou mord celui qui essaie de le nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crache ou jette la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>DYSPRAXIE ET AGNOSIE</b>		OUI	NON
A besoin d'être cajolé pour manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilise les doigts plutôt que la fourchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incapable d'utiliser les couverts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mélange et joue avec la nourriture plutôt que de l'avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parle de façon continue pendant le repas de sorte qu'il ne s'alimente pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mange des choses non comestibles (serviette...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quitte la table et va marcher pendant les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sembler ne pas reconnaître les aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>COMPORTEMENT SÉLECTIF</b>		OUI	NON
A besoin de compléments nutritionnels spécifiques, sinon ne mange rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A besoin de compléments nutritionnels spécifiques, les goûte, se plaint, puis les refuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Refuse de manger une grande variété d'aliments, et ne mange par exemple que du pain, des desserts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ne prend que des petites quantités de nourriture, puis ne mange plus, même si on le fait manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Préfère les liquides (plus de 50% des apports)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Refuse les solides mais accepte les liquides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>INCOORDINATION ORALE NEUROMUSCULAIRE</b>		OUI	NON
N'ouvre pas la bouche spontanément quand on lui présente la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plisse les lèvres, empêchant l'entrée de la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ferme la bouche, serre ses dents et ses lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fait des mouvements continus de la langue ou de la bouche qui empêchent l'ingestion des aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accepte la nourriture puis la crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accepte la nourriture mais ne la mâche pas, et ne l'avale pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La nourriture dégouline de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>FAUSSES ROUTES</b>		OUI	NON
Tousse ou bien s'étouffe en mangeant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
"Gargouillement" de la voix (voix humide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>DÉPENDANCE ALIMENTAIRE</b>		OUI	NON
Présente un problème du comportement alimentaire mais s'alimente seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A besoin d'être aidé de temps en temps pour s'alimenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ne s'alimente que si on le fait manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



- La perte de poids est d'origine multifactorielle (2)
  - Elle est liée à la survenue d'événements pathologiques intercurrents.
    - Problèmes bucco-dentaires
    - Troubles digestifs
    - DOULEUR
    - Dépression, etc.
  - Elle est liée à une attention parfois insuffisante des soignants, à un manque de sollicitation, à un stress trop important au moment des repas (ambiance sonore, temps du repas trop court, etc.).

- La prise en charge de la perte de poids ou de la dénutrition (1)
  - **Rechercher systématiquement une cause associée et la traiter**
    - Problème bucco-dentaire
    - Douleur
    - Pathologie intercurrente
    - Traitement médicamenteux, etc.
  - **S'assurer en début de repas que la personne n'est pas préoccupée par autre chose** (envie d'uriner, douleur, etc.)

#### **Attention !**

Redoublez de vigilance car un patient atteint de maladie d'Alzheimer n'exprime pas toujours verbalement sa plainte, notamment du fait de troubles de la communication verbale.

- La prise en charge de la perte de poids ou de la dénutrition (2)
  - **Mettre en place une prise en charge nutritionnelle (1)**
    - **Favoriser l'alimentation orale**
      - Enrichir l'alimentation, voire recourir aux CNO
      - Proposer des collations entre les repas
      - Proposer des aliments pouvant être consommés debout en cas de déambulation
      - Laisser la personne manger dans le désordre et/ou avec ses doigts
    - **Laisser à la personne le temps dont elle a besoin pour manger**
      - S'assurer qu'elle n'est pas dérangée pendant le repas (soins, visites, etc.)
    - **Proposer des aides techniques adaptées**
      - Demander l'aide d'un ergothérapeute si besoin

- La prise en charge de la perte de poids ou de la dénutrition (3)
  - **Mettre en place une prise en charge nutritionnelle (2)**
    - **Proposer une aide humaine adaptée**
      - Solliciter la personne doucement, avec patience
      - Retenir son attention, la regarder dans les yeux
      - Lui parler doucement, avec des mots simples et des phrases courtes
    - **Adapter l'environnement**
      - Installer confortablement la personne au moment du repas
      - Favoriser une ambiance rassurante et conviviale (horaires réguliers, voisins de table, décor agréable, etc.)
      - Éviter les sources de distraction (télévision, musique, table surchargée, etc.)

- La prise en charge de la perte de poids ou de la dénutrition (4)
  - **Évaluer l'efficacité de la prise en charge**
    - **Comportements alimentaires**
    - **Courbe de poids**
    - **Grille de surveillance alimentaire**
    - **MNA<sup>®</sup>**

- Des exemples pratiques...
  - **La personne refuse toute alimentation et s'énerve**
    - Dialoguer, rechercher des facteurs favorisants
    - Réessayer plus tard
  - **La personne mange lentement**
    - La laisser manger à son rythme
    - Veiller à ce que le plat reste chaud
  - **La personne fixe la nourriture et ne mange pas**
    - Expliquer le contenu de l'assiette, le rite du repas
    - Encourager, aider
  - **La personne mélange tout**
    - Apporter les plats les uns après les autres ou la laisser faire si elle mange...
  - **La personne mange avec les doigts**
    - La laisser faire
  - **La personne refuse de s'asseoir et continue de déambuler**
    - Prévoir des aliments faciles à manger en marchant

- Des exemples d'aliments pouvant être consommés debout...

- **Pizza et quiches, tartes aux légumes**
- **Croquettes de viande, de poisson**
- **Gnocchis**
- **Sandwichs composés, croque-monsieur**
- **Poulet froid**
- **Saucisson**
- **Surimi**
- **Légumes crus en bâtonnets**

- **Fromages**
- **Glaces**
- **Entremets**
- **Gâteaux, biscuits**
- **Yaourts à boire**
- **Compotes à boire**
- **Crêpes sucrées**
- **Fruits secs**

- Le refus alimentaire est une urgence et doit immédiatement provoquer une réflexion pluridisciplinaire.
  - **Le sujet âgé supporte très mal une dette nutritionnelle.**
- Le refus alimentaire est très anxiogène pour l'entourage, les aidants, les soignants.
  - **La valeur symbolique de l'alimentation est très forte.**
  - **Le refus alimentaire met le soignant en échec.**



- **Comment s'exprime le refus alimentaire ?**
  - **Soit la personne énonce explicitement son refus de manger.**
  - **Soit la personne adopte une attitude de refus, sans que ce refus soit explicitement exprimé avec des mots.**
    - Elle ferme la bouche.
    - Elle repousse la nourriture.
    - Elle n'avale pas.
    - Etc.

- Que faire devant un refus alimentaire (1) ?
  - **Rechercher systématiquement une cause et la traiter**
    - **Causes organiques**
      - Troubles de la déglutition, douleur, traitement médicamenteux anorexigène, etc.
    - **Causes neurologiques et psychiatriques**
      - apraxie bucco-pharyngée.
      - Dépression, syndrome de glissement, etc
      - Pathologie démentielle
    - **Causes socio-environnementales, notamment le stress au moment du repas**
      - Les conditions des repas conviennent-elles à la personne ?
      - Les relations avec ses voisins de table sont-elles bonnes ?
      - Son intimité est-elle respectée ?
      - La qualité des repas est-elle suffisante ?
      - Le temps consacré au repas est-il suffisant ?
      - La personne se sent-elle sous pression au moment des repas ?
      - La texture des aliments est-elle adaptée ?

- Que faire devant un refus alimentaire (2) ?
  - **En l'absence d'une cause identifiable et possible à traiter, rechercher le sens de ce refus par le dialogue avec la personne, ses proches, et à travers une réflexion pluridisciplinaire.**
    - Existe-t-il un conflit affectif ?
    - La personne juge-t-elle ses conditions de vie inacceptables ?
    - Est-elle soumise à un stress ou se heurte-t-elle à une difficulté qu'elle ne peut exprimer autrement ?
    - Le refus alimentaire est parfois le seul moyen qui reste à la personne d'exprimer sa volonté et d'exister.

#### **Attention !**

Ne jamais chercher à résoudre seul un problème de refus d'alimentation ou de soin.

- En dehors d'une cause curable, la prise en charge peut aller du respect de la volonté et de la liberté de la personne jusqu'à une attitude nutritionnelle active.
  - **L'objectif est de soulager la souffrance de la personne, de son entourage et de l'équipe soignante.**
  - **Les deux risques sont d'un côté l'abandon du patient et de l'autre, la contrainte « pour son bien ».**
    - Doit-on et peut-on agir contre cette volonté exprimée ?
    - Dans quelle mesure la personne agit-elle librement ?
  - **La décision, après réflexion pluridisciplinaire, tient compte de la loi, de la volonté de la personne (directives anticipées, personne de confiance, mandataire, etc.) et de repères éthiques.**

- Principes retenus par la SFGG et la SFAP\* devant un refus alimentaire
  - **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 au malade un traitement dont l'inconfort dépasse le bénéfice escompté.
  - **Le principe de non-futilité** considère que tout traitement n'apportant aucun bénéfice au patient doit être arrêté.
  - **Le principe d'humanité** affirme le caractère inaliénable de la nature humaine et le respect de ses choix.

\* Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

- L'arrêt de l'alimentation ne signifie PAS l'arrêt des soins
  - Les soins de confort sont privilégiés.
  - Une attention particulière est portée aux soins de bouche, même si la personne ne s'alimente pas.

- En fin de vie, les objectifs des soins nutritionnels sont le plaisir et le confort de la personne.
  - **Il est recommandé de soulager les symptômes pouvant altérer l'envie ou le plaisir de manger.**
    - Douleurs, nausées, glossite, sécheresse buccale, etc.
  - **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 la personne, à son entourage et à l'équipe soignante.

## VIII. Le danger des régimes restrictifs (1)

---

- Les régimes restrictifs (sans sel, amaigrissant, diabétique, hypocholestérolémiant, sans résidu) exposent la personne âgée à un risque de dénutrition.
  - **Car ils induisent une monotonie alimentaire, une anorexie et une diminution des apports.**
- Ils sont proscrits chez la personne âgée, sauf exception.
  - **Si un régime est justifié, sa pertinence est systématiquement réévaluée après 1 à 4 semaines** (par exemple, un régime sans sel en cas d'insuffisance cardiaque aiguë).
  - **Il peut être difficile de convaincre une personne et sa famille d'abandonner un régime suivi depuis des années, parfois pour des raisons absolument irrationnelles.**



## VIII. Le danger des régimes restrictifs (2)

- Quelques conseils pratiques
  - Oublier le régime diabétique, mais privilégier les glucides complexes et proposer l'apport de sucre en fin de repas.
  - Oublier le régime sans sel strict, mais cuire sans sel et laisser la personne saler à son goût.
  - Ne pas prescrire de régime hypocholestérolémiant après 70 ans, s'il n'a pas été proposé antérieurement pour des raisons médicales documentées.

### Le savez-vous ?

Un cholestérol un peu élevé chez une personne âgée est le signe qu'elle se nourrit bien !

# Conclusion

---

- Le maintien d'un bon état nutritionnel est une priorité
  - Il favorise la santé, l'autonomie, la qualité de vie des personnes
  - Il est indissociable du plaisir de manger
  - Il nécessite de favoriser également l'activité physique