

Nutrition du sujet âgé à domicile et en E.H.P.A.D

Par Frédéric ASSEMAT

Données démographiques :

Générales : le vieillissement de la population

Locales : nos résidents. sexe, âge, Gir.

Les évaluations de la situation nutritionnelle de la personne âgée :

Présentation :

Sa prévalence rôle de l'âge et des lieux de vie.

Ses conséquences :

Dépistages

Pourquoi dépister : Les enjeux

Ses lourdes conséquences sur

- Les pathologies infectieuses
- Les durées d'hospitalisation
- « la spirale de la dénutrition » (Dr Monique Ferry 1993)

Les Personnes à risques « Qui surveiller »:

- L'âge, les déficits, le groupe GIR.

Comment surveiller et qui peut ou doit surveiller

Les outils

Sur le « terrain » : L'œil et l'écoute.

L'observation.

L'interrogatoire.

La quantification et qualité des ingesta.

En consultation :

Reprendre pour préciser :

- L'interrogatoire,
- L'examen clinique « les critères anthropométriques » :
- Le poids la pesée : ou, quand, comment,
- La taille
- L'état trophique et musculaire
- Les indicateurs biologiques :
 - L'albumine sérique, la C.R.P.

Les aides

- Les fiches projets
- L'enquête de satisfaction
- Le référentiel angélique
- L'évaluation qualitative selon la méthode E.V.A.
- Les normes H.A.C.C.P.

Transmettre

Que faire des données :

- L'interprétation des données
- L'enquête de confirmation
- L'examen clinique
- Les données simples Para cliniques
- L'aide biologique

Conduite à tenir Que faire

Comprendre les causes de la malnutrition :

Variées et multifactorielles :

- Malnutrition primitive
- Malnutrition secondaire : rôle d'un hyper catabolisme.
 - Les causes organiques
 - Les causes psycho relationnelle
 - Les causes environnementales

Données démographiques :

Le Troisième âge est révélé par l'été caniculaire de 2003:

La CROIX du 04 septembre 2003

« La France ne s'est pas vue vieillir »

2015 : les plus de 60 ans représenteront plus d'un quart de la population.

Contre 23.2% pour les moins de 20 ans

Entre 2005 et 2010 la population des 85 ans et plus augmentera de 43%

Le MONDE / Dossier des 14 et 15 septembre 2003

« la France face à ses vieux » l'irrésistible allongement de la durée de la vie bouleverse la société française...

« Bonne nouvelle on vit de plus en plus longtemps et on devient vieux de plus en plus tard ».

Les plus de 50 ans seront bientôt deux fois plus nombreux que les moins de vingt ans.

Les **seniors** partent à l'assaut de la société.

Cependant:

Le versant noir de la vieillesse perdure avec ses solitudes et ses handicaps.

L'allongement de la durée de vie multiplie les cas de dépendance :

Ils posent un redoutable défi au système de santé.

La canicule révèle non pas le « senior » vocable destiné à éviter celui de « vieux » ou « personne âgée ».

Mais elle fait mettre le doigt sur **les III et IV âge et leurs besoins**

Pour beaucoup les personnes âgées sont stigmatisées comme étant un groupe social très onéreux :

- Gros consommateurs de soins et de médicaments,
- Inactifs de surcroît.

L'actualité révèle, qu'au contraire, **ces personnes étaient insuffisamment soignées et assistées.**

Actuellement :

Les plus de 60 ans sont : 12.100.000 soit 20.6% de la population

Les plus de 70 ans sont : 7.000.000

Les plus de 85 ans sont : 1.200.000

2010 : les **plus de 60 ans** seront plus nombreux que le moins de 20 ans

2013 : les **plus de 85 ans** (actuellement plus de 1.2million) seront de **2,4 Millions**

2050 : les **plus de 70 ans** (actuellement plus de 7 millions) seront **14 millions**

Les soins dispensés aux 75-80 ans ont doublé en 08 ans.

Nos Données Locales :

Population : 46 personnes

Sexe et age :

	effectif	%	Age moyen	80 ans et plus
hommes	13	28.26	79.62	46.15 %
Femmes	33	71.74	86.67	75.76 %
Total	46		84.67	67.39 %

Autonomie corporelle et mentale :

Distribution des groupes iso- ressources :

	Effectif	%
Groupe I	7	15.22
Groupe II	13	28.26
Groupe III	10	21.74
Groupe IV	7	15.22
Groupe V	6	13.04
Groupe VI	3	6.52
Total	46	
GPM	63	

Evaluation de la situation nutritionnelle de la personne âgée

La Malnutrition chez la personne âgée est très fréquente.

Elle constitue un problème majeur de santé publique notamment en institution.

Elle constitue un facteur très aggravant de morbi-mortalité chez les personnes arrivant en E.H.P.A.D.

L'alimentation et l'état nutritionnel participent de façon essentielle au développement et à l'expression clinique de la plupart des maladies.

D'où la mise au point **du Programme National Nutrition Santé.**

Avec comme Objectif :

L'Amélioration de l'état de santé de **l'ensemble** de la population.

En agissant sur un de ses déterminants majeurs : **La nutrition.**

Parmi les objectifs, On trouve :

-La prévention

-Le dépistage

-La prise en charge De la dénutrition des personnes âgées

Les enjeux en terme de morbi-mortalité et de confort de vie sont importants :

La malnutrition entraîne :

- Un affaiblissement général : physique et psychique.
- Une baisse des défenses immunitaires.
- Des ralentissements des processus de cicatrisation.
- **Globalement une perte d'autonomie.**

La prise en considération de ce problème permet de :

- limiter les handicaps et la dépendance.
- de retarder l'institutionnalisation.
- de raccourcir les durées d'hospitalisation.
- d'améliorer les chances de guérison en cas de pathologies intercurrentes.

Prévalence de la malnutrition Chez les personnes âgées :

La prévalence dépend entre autre

De l'âge : estimé, à domicile, à :

- 3% pour les plus de 65 ans
- 10% pour les plus de 80 ans

Du lieu de vie :

- En ville : à domicile : en moyenne 4%

- En institution :

-Maison de retraite, en **EHPAD : 13.5%**

-En long séjour : 28.5%

- Hôpital

- État nutritionnel correct : 21%
- Personnes âgées « à risques » : 49%
- Malnutris : 31%

Les conséquences sont lourdes :

Les service de médecine, long séjour, chirurgie, observent les conséquences de la malnutrition sur :

La morbidité :

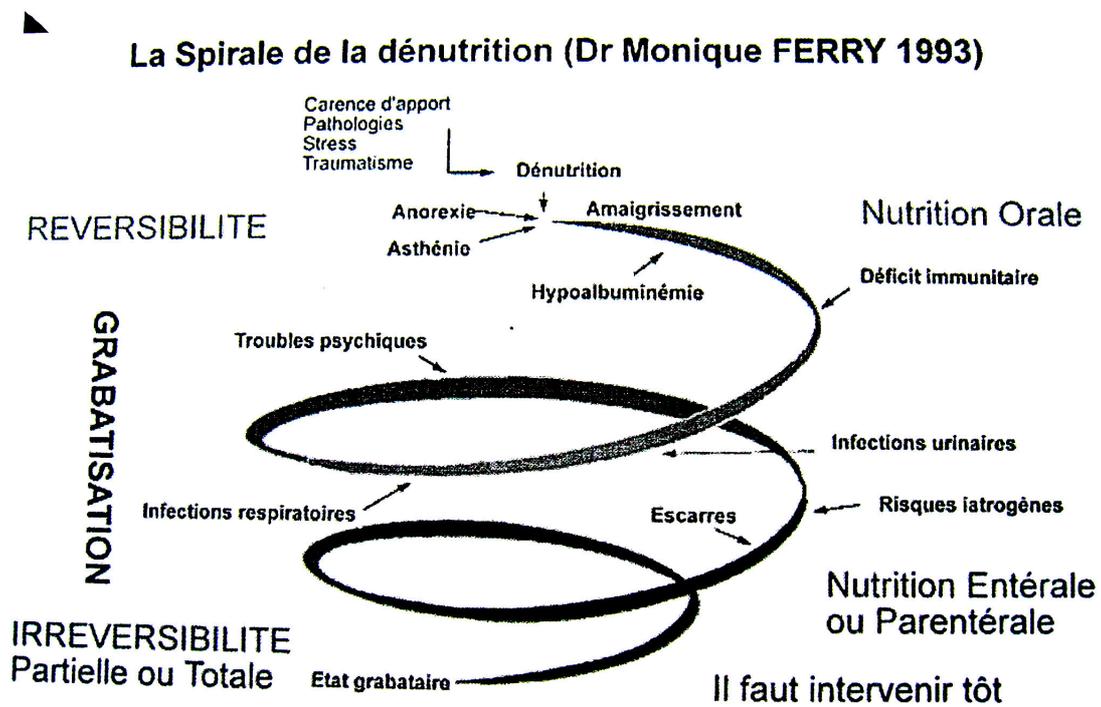
- Pathologies infectieuses : 2 à 6 fois plus fréquentes.
- Durée d'hospitalisation : 2 à 4 fois plus longue.
-

La mortalité

De 4 à 8 fois plus fréquente.

Le processus physiopathologique en cause

est schématisé par la « spirale de la dénutrition » du Dr Monique FERRY)
1993.



A. PERRIN

5èmes assises de thérapeutique et
médecine générale

4

La Malnutrition

« La malnutrition proteino - énergétique doit être combattue vigoureusement et surtout **précocement** pour **ajouter de la vie aux années...** »

(Concours Médical du 19/10/2002)

Les nouvelles recommandations proposent un **apport énergétique augmenté.**

Pour tenir compte des spécificités du métabolisme des personnes âgées, les précédentes recommandations, en matière de nutrition, conseillaient un apport énergétique équivalent aux dépenses de bases multipliées par un facteur compris entre 1.1 et 1.5

Les nouvelles recommandations proposent un facteur compris entre 1.5 et 1,8.

La population vieillit :

La malnutrition est très fréquente chez les personnes âgées.

Les signes d'alerte : La perte de Poids

La **cassure de la courbe** de poids est à prendre en considération :

Perte de 2 kg en 1 mois

Perte de 4 kg en 6 mois

Détermination de l'indice de masse corporel :

I.M.C. : Poids/ Taille²

→ **Dénutrition si IMC < 21** chez la personne âgée

Les indicateurs biologiques :

Le dosage des protéines plasmatiques :

L'albumine sérique

La C.R.P.

Permet d'apprécier la sévérité de la dénutrition et d'en préciser le type :
 Dénutrition exogène ou endogène.

Dans la **malnutrition d'origine exogène** : l'albumine sérique et la CRP sont basses.

Dans la **malnutrition d'origine endogène** :

L'albumine sérique est nettement plus abaissée et la C.R.P. est très augmentée témoignant d'une pathologie inflammatoire en phase aigue.

L'intensité de l'hypo albuminémie a une valeur prédictive forte sur le risque vital du patient d'autant plus qu'elle s'associe à une cassure de la courbe de poids et à une I.M.C. basse.

A : Absence de risque	B : Brèche
Normo nutrition Etat de santé globale satisfaisant Albumine sérique > 35 g/l	Malnutrition Etat de santé globale à surveiller 35 g/l. < albumine sérique >30 g/l.
C : Crise	D : Danger
Dénutrition modérée a grave Etat de santé globale mauvais 30 g/l. < Albumine sérique >25 g/l.	Dénutrition sévère : Etat de santé globale Très mauvais La vie du patient est en jeux Albumine serique < 25 g/l.

Le **taux de lymphocytes sanguins** est abaissé dans les malnutritions :
 Il en résulte une immunodéficience qui va être source d'infections diverses venant elles mêmes aggraver la carence proteino-énergétique.

Les indicateurs anthropomorphiques et biologiques ne sont cependant pas d'une fiabilité absolue ;

Certaines situations peuvent constituer des **pièges diagnostiques** :

- Le patient obèse dénutri : albumine plasmatique basse.
- Patient dénutri en insuffisance cardiaque pourra, ne pas perdre du poids du fait de ses oedèmes.
- Le patient déshydraté. L'albumine peut rester normale.
- L'insuffisant hépatique : le dosage de la prealbumine, orosomucoïde CRP n'est pas interprétable.
- L'insuffisant rénal avec fuite urinaire, l'albumine peut être basse.

Les causes de la malnutrition :

Elles sont variées et multifactorielles.

Conséquences du vieillissement avec pathologies multiples et intriquées :

- Perturbations psycho relationnelles
- Carences socio environnementales

La malnutrition est dite :

- Primaire ; lorsqu'elle est liée à une carence en nutriments.

- Secondaire : lorsqu'elle est liée à une augmentation de l'utilisation des besoins en nutriments, une augmentation de leur perte ou une diminution de leur absorption

Les causes organiques

- Une affection invalidante chronique, source de dépendance pour l'approvisionnement alimentaire ou la préparation des repas.
- Les pathologies digestives : mycose buccale, hyposialie, dysphagies ...
- Les capacités masticatoires, et troubles de la déglutition.
- Les troubles de la vision, les déficits moteurs, les tremblements, les arthropathies distales.
- La prise de nombreux médicaments.
- Les « régimes » souvent plus anxiogènes que bénéfiques.

Les causes Psycho relationnelles :

- L'isolement social ou familial : La disparition du conjoint, d'un ami, d'un animal familier.
- Le rôle d'un état dépressif s'exprimant par des symptômes d'apparence organique ou par un état pseudo démentiel.

- Les détériorations intellectuelles.
- Les diversités représentatives que chacun a sur l' alimentation, les tabous culturels, les recommandations familiales ou amicales les régimes ou exclusion aberrants.
- L'ignorances ou le refus des aides possibles à domicile.

Les causes environnementales.

- L'isolement géographique, l'insuffisance des moyens de transport, les difficultés d'approvisionnement.
- L'aménagement nécessaire du logement.
- En institution : entrée souvent contrainte et caractère souvent peu attrayant de la nourriture proposée et des horaires des repas.
Dépendance au personnel soignant, de ses moyens et bons vouloirs.

Les douze signes d'alerte :

Des revenus insuffisants.

Une perte d'autonomie physique ou psychique.

Un veuvage, un isolement affectif ou social, un état dépressif.

Un mauvais état buccodentaire.

L'observance intempestive de régime.

L'existence de trouble de la déglutition.

Une alimentation se limitant à deux repas par jour.

Une constipation.

La prise de plus de cinq médicaments.

Une perte de 2 kg dans le dernier mois ou de 4 kg dans les 6 derniers mois

Une albuminémie inférieure à 35g/l.

Toute pathologie aigue ou chronique.

Le Coût de la dénutrition :

Le panier de la ménagère :

Viande faux filet entrecôte : 10€90 le Kg
Viande ; gîte, rond de gîte macreuse a bifteck : 5€90 le Kg
Steaks Hachés : 15 % de MG : 4.75 € le Kg, 12% de MG : 6.79 € le Kg
Poissons: Saumon atlantique : 6.90€ le Kg
Jambon : 6.90 € le Kg
6 œufs : 1.24 €
Lait entier : 6 litres : 4.50 € €
Fromages cantal : 8.50€ le Kg
Une laitue : 0.83€
Endive : 1 kg : 1.65 €

Coût des pathologies : estimations :

- Infection respiratoire : 200 € par épisode
- Pathologies osseuses : Tassement vertébral, poignet, col de fémur
15.000 € par épisode
- Troubles trophiques durée de séjour hospitalier : 15 à 60.000 €

Coût de quelques examens Biologiques

NFS Plaquettes : 10.80 €
Créatinine : 2.70 €
Albumine, CRP : 9.45 €
T4 TSH : 27 €
Ionogramme : 5.40 €
Ferritine : 16.20 €
Glycémie : 2.70 €

Coût des compléments alimentaires :

Voir fiche jointe

Auto questionnaire permettant au patient et ou à son entourage de faire une première évaluation de son statut nutritionnel.

	Oui	Non
Faites-vous au moins trois repas par jour (Pt déjeuner - déjeuner dîner) ?		
Manger-vous chaque jour de la viande, du poisson ou des œufs ?		
Consommez-vous au moins un laitage à chaque repas ?		
Pensez-vous à alterner des légumes verts et féculents dans vos menus ?		
Consommez-vous des fruits ou des légumes crus tous les jours ?		
Pensez-vous à varier les corps gras que vous utiliser pour cuire et assaisonner ?		
Consommez-vous du pain au cours de vos repas ?		
Buvez-vous au moins un litre d'eau ou de boissons par jour ?		
Prenez-vous plaisir à manger ?		

Le Mini Nutritionnal Assessment M.N.A.

I) Indice anthropométrique :

Indice de masse corporelle IMC : poids / (taille) ²

Inférieur à 19 :	0
De 19 à 21	1
De 21 à 23 :	2
Supérieur à 23 :	3

Circonférence Brachiale (en cm)

Inf. a 21 :	0
De 21 à 22 :	0.5
Sup. à 22 :	1

Circonférence du mollet :

Inf. à 31 :	0
Sup. à 31 :	1

Perte de poids récente de moins de 03 mois:

Perte de poids de plus de 03 kg :	0
Ne sait pas :	1
Entre 1 et 3 kg :	2
Pas de perte de poids :	3

II) Évaluation Globale :

Le patient vit-il de façon indépendante à domicile

Non : 0 ; Oui : 1

Prend- t- il plus de 3 médicaments

Non : 1 ; Oui : 0

Maladie aiguë ou stress psychologique

Non : 2 ; Oui : 0

Motricité :

Du lit au fauteuil : 0
Autonome a l ' intérieure : 1
Sort du domicile : 2

Problème neuropsychologique

Démence ou dépression sévère : 0
Démence ou dépression modérée 1
Pas de problème psychologique : 2

Escarres ou plaie cutanées

Non : 1 ; Oui : 0

III) Indices diététiques :

Combien de véritables repas prend-t-il ?

Un repas : 0
Deux repas : 1
Trois repas : 2

Que consomme-t-il ?

Produits laitiers au moins une fois par jour :
Non : 0 ; Oui : 1

Œufs ou légumineuses, une à deux fois par semaine :
Non : 0 ; Oui : 1

Viande ou poisson chaque jour :
Non : 0 ; Oui : 1

Consomme-t-il deux fois par jour des fruits ou des légumes ?
Non : 0 ; Oui : 1

Présente t-il une perte d'appétit

Anorexie sévère :	0	
Anorexie modérée :		1
Pas d'anorexie :	2	

Combien de boissons consomme- t-il par jour

Moins de 3 verres :		0.0
De 3 à 5 verres :	0.5	
Plus de 5 verres :	1	

Manières de se nourrir :

Nécessité d'une assistante :	0	
Seul avec difficulté :		1
Seul sans difficulté :		2

IV Évaluation subjective :

Le patient se considère-t-il comme bien nourri ?

Malnutrition sévère	0	
Ne sait pas ou malnutrition modère :		1
Pas de problème de nutrition :	2	

Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?

Moins bonne santé :		0.0
Ne sait pas :	0.5	
Aussi bonne santé :		1
Meilleure :	2	

TOTAL : (maxi 30 POINTS) :

ÉVALUATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL PAR LE « MNA »

Etabli le : Par le Dr :

Nom : Prénom :

Age : Sexe :

Poids : Taille :

Hauteur
Talon - genou :

SCORE :

Supérieur à 24 points : État nutritionnel satisfaisant

De 17 à 23.5 : Risque de Malnutrition

Inférieur à 17points: Mauvais état Nutritionnel

Le DEPISTAGE :

Brillat savarin « le plaisir de la table est de tous les âges, de toutes les conditions, de tous les pays, il peut s'associer à tous les autres plaisirs et reste le dernier pour nous consoler de leur perte »

A qui s'adresse le dépistage : A tous les résidents

Plus particulièrement il s'adresse aux **résidents fragilisés** par des troubles organiques ou cognitifs :

L'altération d'un ou plusieurs de nos **cinq sens** est à prendre en considération tout comme toute autre **altération de fonction motrice ou cognitive**

Tenir compte de l'âge, majorant l'impact des déficits :

- De l'ouïe : pour la communication la convivialité.
- La vue : justifiant des mesures d'aide plus ou moins ponctuelles.
- Du goût :
- De l'odorat :
- Du toucher :

Tenir compte de la grille AGGIR et d'autres données multifactorielles

Tout en respectant les **volontés et droits du patient.**

Et en tenant compte des éléments apportés par **les divers outils :**

- Enquête de satisfaction.
- Des grilles d'auto évaluation.
- Évaluations externes.

Les Moyens d'agir

La Dénutrition est fréquente chez les personnes âgées, malades ou non.

Le Médecin de famille comme le spécialiste doivent apprendre à mesurer et à corriger l'état nutritionnel de leurs patients âgés.

Sensibiliser, voilà le maître mot :

Voir les personnes âgées «autrement»

Les outils et l'œil

« L'œil est le prince du monde » disait Joseph DELTEIL ;

A l'évidence : oui

- Coup d'œil sur le résident mais aussi :
- Le coup d'œil sur le plateau repas en service hospitalier
- Coup d'œil sur les restes dans l'assiette en EHPAD
- Coup d'œil dans le réfrigérateur.
- l'œil sur la balance.
- Rôle de l'aide ménagère

Nous avons

les outils d'évaluation nutritionnelle :

- Le MNA de dépistage.

- Le MNA complet.

- Les dosages biologiques de l'albumine sérique et de la CPR ...

Les conséquences sont sévères :

La sarcopénie ou fonte musculaire responsable de chutes et fractures.

L'altération du système immunitaire.

Les difficultés de cicatrisation.

L'aggravation des troubles du comportement et cognitifs.

La précocité de la mise en œuvre : « anticiper » :

D'une grande efficacité à condition d'être réalisée de façon précoce
A nous **de savoir changer nos habitudes.**

« En diminuant la morbidité du sujet age nous pourrions peu à peu faire économiser à nos systèmes de santé l'argent nécessaire pour soigner d'autres pathologies ».

Les apports alimentaires nécessaires

Le patient âgé **sous-estime souvent** sa « sous-alimentation ».
Sur le plan quantitatif et qualitatif :

- 12% des hommes ont une ration alimentaire inférieure à 1.500 kcal / j
- 30% des femmes ont des apports énergétiques inférieure à 1.500 kcal/j

OMS conseille 1.600kcal j.

Les principales erreurs :

Excès d'acides gras saturés → nécessite l'apport en acides gras Omega 3 polyinsaturés intervenant dans le « bon fonctionnement cérébral »

→ Du POISSON : 2 à 3 fois par semaine.

...

Carences en protéines : 1,2 à 1,5 g de protéines par Kg de poids corporel.
L'appétence pour la viande est souvent diminuée.

Ration glucidique insuffisante.

Manque de « fibres ».

Mauvaise Hydratation.

Peu d'apports en micro nutriments :

Le rôle du M.G. de famille : Prenez vous plaisir a manger ?

- L'interrogatoire pour un dépistage précoce et prévention
- Les explications sur l'alimentation, l'hydratation, les risques liés aux carences.
- Les conseils d'aides : cuisines, achats, aides familiales ...

- L'alerte : avec l'accord du patient, auprès de la famille ou des aides de villes

- Être le médecin « de famille », connaître les enfants ou le référent familial,
- Être le médecin « conseil » :

- Sur les possibilités d'aide (port de repas à domicile, aide ménagère ...)

- Sur le rôle de l'activité Physique : stimuler la marche (barres d'appui des couloirs de l'établissement)

Le concept de rééducation de l'alimentation (comme on pourrait parler de rééducation de la marche)

Problème beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît car : multi-factoriel : avec diagnostic clinique complexe et thérapeutique adaptée.

Diagnostic éducatif : **projet de vie** en ville ou E.H.P.A.D. tenant compte des Désirs, goûts, habitudes, et besoins du patient.

Nécessité alors d'un accompagnement « multidisciplinaire ».

Le médecin traitant enrichit sa fonction d'observateur par une action de **coordination** plus large, et partage les tâches pour une **prise en charge globale**.

Avec un « contrat » (ex : un fruit par jour) :

- Sa durée :
- Acceptation des échecs :
- Re-motivation le rôle d'autres intervenants :
- Aide à l'hygiène :
- Aide alimentaire diététicienne ou aide préparant les repas.
- Intervention acceptée des Kinésithérapeutes, des dentistes, des podologues ...

Ce projet « de rééducation » alimentaire n'appartenant plus, au seul médecin :
Le rôle de l'équipe est primordial :
Associant : La famille, les aides ménagères, aides soignantes, les médicaux et paramédicaux : dentistes et pédicures.

Les cas particuliers .

Diabète : G SLAMA Hôtel dieu : CM 17/11/2001

« il ne faut pas faire maigrir les diabétiques âgés ; la restriction calorique pouvant entraîner une fonte musculaire »

Hypercholestérolémie : C.M. 12/03/2003 : il faut traiter « régime et Statines » ???

Maladie d'ALZHEIMER et dénutrition :Dr Gorand

- La dénutrition : un des modes de **révélation** d'entrée dans la maladie.
- La dénutrition progressive est aussi un **signe terminal** de la maladie.
- L'alimentation « lente ».
- Déambulation dans 20 % des cas.
- Se méfier des **fausses routes**.
- Plats hachés mixés et hydratés.

Dans le cadre de la dignité du patient : Il n'y a pas d'interdit.

La règle est de ne pas avoir de règle.

Conduites alimentaires curieuses mais l'« essentiel est de manger »

Escarres et nutrition (Dr Alix C.H du Mans)

Problème fréquent :

- Rôle de l'immobilité et des sédatifs.
 - Nécessité d'une hydratation correcte.
 - Les critères de P.N.N.S (plan national nutrition santé)
 - Perte de poids de 2% en une semaine
 - De 5% en un mois de 10% en six mois
- « Éloge de la fourchette » : Maintenir au mois un poids stable.

En période « préventive » : 35 à 40 kcal / kg / j

Avec **protéines 1 gr / kg / j** représentant 20 % de l'Apport Energétique Total)
30 à 35 % de lipides et 50% de glucides

En période de crise : 1.5 à 2 gr / kg / j de protéines

Usage de protéines de lait, de gruyère râpé, de corps gras.

Peu de volume mais souvent.

Les compléments nutritionnels oraux.

Inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables en cas de cancer.

Des micronutriments : Zinc et Vitamine C

25.000 € est le coût que peut atteindre le traitement d'un escarre important.

Dénutrition et patient cancéreux : (Dr Raynard G.E. Antoine Béclere Clamart)

Vitesse d'amaigrissement :

2% en une semaine (1,2 kg. pour 60 kg.)

5% un 1 mois. (Soit 3 kg. pour 60 kg.)

10% en 6 mois. (Soit 6 kg. pour 60 kg.)

I.M.C. < 18.

Les « S.O.R » (Standards options recommandations) admettent une nutrition artificielle si on ne fait pas seulement des traitements palliatifs mais des traitements anticancéreux.

Si on est réduit aux soins palliatifs seuls, il n'est pas démontré de bénéfice de la nutrition artificielle pour le malade.

Les Grandes LIGNES.

Besoins énergétiques :

Personne adulte : 1.500 cal / j

Soit : 30 kcal / kg / j à 35 kcal / kg / j

→ 60 kg : 1800 cal / j

Besoins Protéiques : 12% de l'A.E.T.

Une diminution d'apport exogène en protéines ne peut être compensée qu'au détriment des tissus musculaires,

1 gr/ kg / j, mais cela est fonction des besoins
1.2 À 1.5 g/kg/j en période d'infection sévère.

Besoins lipidiques : 30% de l'A.E.T.

1 gr de Lipide : 9 kcal

Lipides poly insaturées : « bénéfiques » huile végétale

1 C à S d'huile d'olive : 90 kcal

Lipides : Acides gras Saturé « animal » Attention, sauf pour l'apport vitaminique (vitamine A)

Besoins glucidiques : 58 % de L' A.E.T

1 gr de Glucide : 4 kcal

Les sucres lents

-RIZ 75 %

- Pâtes, farines 50%

- Pain 50%,

- Pommes de terre 16%

Les sucres « Rapides » **entre pour 10% de A.E.T** pour la convivialité.

Besoins en FIBRES : hydrolysées par les enzymes bactériennes du colon.

Introduction progressive.

30 gr de fibres /j

Fruits

1 fruits = 150 g

1 part de légumes 200 à 250 g

1 entrée : 100 g

Céréales complètes, pain complet, farines, de son blé noir, sarrazin, pain aux céréales.

Besoins en EAU :

1.5 Litre de BOISSONS

1.5 Litre d'eau alimentaire

Total : 3 litres ; soit 50 ml / kg / j

EFFETS Indésirables des Médicaments

Un doute : ouvrez le Vidal

DIGITALINE (Digitoxine) copie VIDAL DC/EFFETS INDÉSIRABLES (début page)

- **Les troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées) sont les premiers symptômes fréquents et précoces de la toxicité digitalique. Ils cessent rapidement à l'arrêt du traitement.**
- Troubles de la **vision**, en particulier chez le sujet âgé, devant faire suspecter un surdosage.
- Troubles **psychiatriques (convulsions, délire, hallucinations, psychose)**, en particulier chez le sujet très âgé, devant faire suspecter un surdosage.

I.E.C. : Bénazepril ; Captopril ; Cizopril ; Elalapril ; Fosinopril ; Imidapril ; Moeipril ; Périndopril ; Quinapril ; Ramipril ; Trandolpril

I.E.C. : COVERSYL DC/EFFETS INDÉSIRABLES (début page)

Sur le plan clinique :

- Céphalées, **asthénie**, sensations vertigineuses, **troubles de l'humeur et/ou du sommeil, crampes.**
- **Hypotension, orthostatique** ou non (cf Mises en garde/Précautions d'emploi).
- **Gastralgies, anorexie, nausées, douleurs abdominales, dysgueusie.**

Inhibiteurs calciques

AMLOR :

DC/EFFETS INDÉSIRABLES (début page)

- effets cutanéomuqueux : alopecie, augmentation de la sudation, réaction allergique incluant prurit, éruption et angio-oedème. Comme avec les autres dihydropyridines, un élargissement gingival léger a été rapporté chez les patients atteints **d'une gingivite/parodontite** prononcée. L'élargissement peut être évité ou disparaître avec une hygiène buccale soigneuse ;
- **effets digestifs : douleurs abdominales, dyspepsie, dysgueusie, perte de l'appétit, nausées, diarrhée, constipation, bouche sèche ;**
- effets neuromusculaires : **crampes musculaires, myalgie, arthralgie ;**
- effets neuropsychiques : **asthénie, sensations vertigineuses, troubles du sommeil, paresthésies, tremblements, troubles de la vue, troubles dépressifs ;**

ANTIDEPRESSEURS :

Inhibiteurs sélectifs de la re-capture de la serotonine

DEROXAT

DC/EFFETS INDÉSIRABLES (début page)

- **des troubles digestifs : nausées, vomissements, constipation, diarrhée ;**
En raison de la présence de glycérol (suspension buvable), risque de troubles digestifs et de diarrhée.
- des cas **d'hyponatrémie**, dont certains sévères, ont été rapportés. Cette hyponatrémie est réversible à l'arrêt du traitement et peut être révélée par un syndrome confusionnel, voire des convulsions. La plupart des cas ont été décrits chez des patients âgés ou prenant des diurétiques, ou encore hypovolémiques. Certains cas pourraient être associés à un syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique ;
- de rares cas d'ecchymoses, d'hémorragies gynécologiques, **de saignements gastro-intestinaux** ou autres saignements cutanéomuqueux ;

Les soins de bouche

Revue du Praticien : 06/05/2002 :

Essentiels pour les patients en fin de vie

Trop souvent oubliés : l'intégrité de la sphère buccale est pourtant importante pour :

-L'alimentation

-La communication et le plaisir

-Le bien être l'esthétique et le confort

La prise en charge est complexe : La rigueur est nécessaire.

Interroger et regarder la bouche :

Pour recueillir les bonnes informations.

- Les habitudes.
- L'éventualité de douleurs.
- La perte du goût.
- La sécheresse de bouche.
- Les troubles de déglutition (contre indiquant l'usage des corps gras et les anesthésiques locaux)

Auto évaluation de la gêne ressentie

Examiner et analyser

- La voix
- La déglutition
- L'aspect des lèvres

SOINS d'HYGIENE de BASE

Le porteur de prothèse dentaire.

Le patient déshydraté.

Le rôle des traitements.

4 à 6 fois par jour....

C'est la fréquence des soins de bouche qui en fait l'efficacité

Alcaliniser et humidifier
Bicarbonate à 14/1000
Humidifier : Spray ou eau gélifiée.
Calmer les algies (les trois paliers de l'OMS)

BOUCHE Sèche :

La sensation de bouche sèche est un syndrome subjectif.
Bain de bouche.
Corps gras : Lansöyl gelée, vaseline sur les lèvres (hors AMM) risque de fausse route et de pneumopathie huileuse

La BOUCHE SALE et Nauséabonde :

(Halitose)
Soins d'hygiène de base : (bicarbonate Eludril Hextril)
Eau oxygénée à 10 volumes dans 4 à 5 volumes d'eau
Metronidazole (flagyl suspension à faire recracher) en local avec écouvillon.

La BOUCHE avec Candidose :

L'acidité favorise la prolifération du C.A.
Triflucan 1 dose de 50 mg / j pendant 07 j
Mycostatine à avaler.

La BOUCHE Hémorragique :

Gel de Xylocaine adréalinée à 2% (Hors AMM)
Ne pas en mettre sur le voile du palais
Risque de fausse route
Acide Tranexamique Exacyl

La bouche Ulcérée :

Aphoses :

Xylocaine visqueuse à 2%
Ulcars 1 sachet de 1 g dilué dans 15 ml d' eau en bain de bouche ou application locale

Ulcerations Mucitiques :

Herpes labiaux : Aciclovir

Bain de bouche - ne pas avaler- : Xylocaine 2: 1 fl Solution bicarbonate de Na 14/1000 : 500 ml Mycostatine : 3 fl a ajouter au moment de l'utilisation

bain de bouche - ne pas avaler- : Solution Collargol 2% : 5ml + Xylocaine 2% : 1 fl + Solution bicarbonate de Na 14/1000 : 500 ml + Mycostatine : 3 fl (a ajouter au moment de l'utilisation)

Bain de bouche et gargarisme (4 à 5 fois par jour) avec :
serum bicarbonaté 14/1000 (500 cc) + mycostatine : 1 fl. + Hextril : 1 fl. +
Ulcar : 3 sachets. Ne pas avaler.

Ananas frais ou en boîte.

La bouche doit être propre de la sortie de la salle à manger au lit du patient

NUTRITION et FIN de VIE

Soins CURATIFS, PALLIATIFS, → Pour des **soins CONTINUS**.

« Approche multidisciplinaire permettant de soigner le malade comme une véritable personne, au cœur de son histoire et de ses désirs quelle que soit l'évolution de sa maladie.... »

Fin de Vie : Droit de l'Homme est dignité : C.M. 08/09/2001.

Les progrès réalisés en matières d'hygiène et de techniques médicales ont contribué à accroître la longévité.

Mais aussi a créer **entre la vie et la mort** un temps de plus en plus long que l'on peut qualifier **de fin de vie**.

Période intermédiaire sorte **d'après vie ou d'avant mort** que le patient lui-même (mais aussi la société) doit gérer.

Cette période doit elle être à l'origine de nouveau droit ?

Tant que le patient est en vie : il doit continuer à jouir des mêmes droits.

Le droit à la même dignité :

Qui est le juge de cette dignité le malade lui-même ou son entourage ?

Fin de vie :

-En cancérologie le terme évoque un malade en phase terminale de sa maladie.

-En gériatrie : Les personnes âgées, même malades, sont dans une situation différente. Incapables, dans la plupart des cas, de s'assumer, elles doivent être prises en charge par leur famille ou par la société pour poursuivre une existence à peu près normale. En dépit d'un état certain de dépendance, elles ne sont pas nécessairement en fin de vie.

Peut on laisser au patient le pouvoir de dire : NON.

La NUTRITION

Majoration du trouble du comportement alimentaire.

Altération des 5 sens :

- La vue :

- L'odorat :

- Le goût :

- L'ouïe : difficulté de communication

- Le toucher : la préhension :

L'anorexie s'installe progressivement.

ANOREXIE : diminution chronique de la consommation alimentaire, n'assurant plus et de loin, la couverture des besoins nutritionnels.

On parle d'anorexie pour des personnes **consommant moins de 1.200 kcal/j**

Ou moins de 15 kcal /kg / j , sur une période dépassant 15 jours. (Age et nutrition juin 2002 volume 13 N° 2)

Avec ses conséquences :

Hydro électrolytiques : K, troubles du rythme ...

Source d'angoisse pour l'entourage familial et l'équipe soignante.

Il faut en **rechercher** les causes pour **expliquer** et **justifier** les décisions prises.
Traiter l'anorexie lorsque la cause est connue et curable.

Privilégier la voie orale et le plaisir.

- Stimuler le sens
- Fractionner les repas
- Enrichir en protides

S'aider de quelques traitements anti nauséux ou améliorant la vidange gastrique.

Orienter, conseiller, rassurer, reconforter, encourager sans insister de façon obsessionnelle.

Hydrater

Soins de bouche. **Une bouche propre et humide réduit notablement la sensation de soif**

2 - La NUTRITION

Privilégier la voie orale et le plaisir

Stimuler les sens : annonce, couleurs, odeurs, goûts et préférences..

Fractionner les repas : petites quantités, chauffe plats, assiettes chaudes.

Enrichir en protides : par des compléments du commerce ou des recettes

-Au domicile

Le rôle de l'entourage et de la famille, du référent familial.

-Maison de retraite E.H.P.A.D. : (continuité de soins permanence de la prise en charge)

Le patient au centre des préoccupations de l'équipe d'encadrement

- rôle des repas **de fête, saisonnier**, (nos goûts ne sont pas forcément les leurs)

(Viandes hachées et reconstituées Mélange des saveurs ...)

- invitation des familles et du personnel d'encadrements
- modifications de la composition des repas en fonction des goûts ou des possibilités de prise alimentaire du patient

- **L'enquête de satisfaction** s'adressant : aux résidents, familles, visiteurs, membres du personnel et stagiaires,
- sur le menu, les horaires,
- Le service : le personnel, le temps de repas, la présentation,
- Le repas lui-même : la température, l'assaisonnement
- la quantité, les besoins d'aide
- l'éventualité d'un régime ...
-

La tenue des **fiches de surveillance des repas.**

Le coup d'œil sur les restes dans l'assiette.

-A l Hôpital

S'aider de quelques **traitements** anti nauséux ou améliorant la vidange gastrique.

Orienter conseiller, rassurer réconforter **encourager sans insister** de façon obsessionnelle.

Hydrater et vérifier l'état de la cavité buccale

Nutrition Orale :

Deux arrêtés ministériels parus en 2000 ont élargi la liste des maladies ouvrant droit à la prise des nutriments pour supplémentation orale inscrit sur la **liste des produit et prescription remboursable** prévue à l'article L 165-1 du code de la Sécurité Sociale (ex TIPS)

-Tumeurs ou hémopathies maligne présentant un caractère de dénutrition caractérisé par **une perte de poids supérieure ou égale à 5% du poids habituel**

VIDAL2004

. CÉTORNAN[®] 10 g

ornithine oxoglurate

. Formes et présentations. Composition. Indications. Posologie et mode d'administration. Contre-indications. Effets indésirables. Pharmacodynamie. Pharmacocinétique. Administratif

FORMES et PRÉSENTATIONS (début page)

Poudre pour solution buvable et entérale : Sachets, boîte de 50.

COMPOSITION (début page)

	<i>p sachet</i>
Ornithine (DCI) ou L(+)-ornithine, oxoglurate monohydraté	10 g

Excipient : aspartam. *Arômes* : vanille, citron.

Apport azoté : 1,3 g/sachet.

DC/INDICATIONS (début page)

Adjuvant de la nutrition (naturelle ou artificielle) chez des sujets dénutris ou en situation d'hypercatabolisme.

NB : la dénutrition est définie par la perte de poids d'au moins 3 kg au cours des 6 derniers mois, associée soit à un indice de masse corporelle (poids corporel/taille²) inférieur à 22, soit à une albuminémie inférieure à 36 g/l.

DC/POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION (début page)

Voie entérale :

2 sachets par 24 h, mélangés aux apports nutritifs administrés par sonde avec ou sans assistance mécanique. Il est recommandé d'injecter le produit en bolus après dissolution dans 200 ml d'eau.

Voie orale :

2 sachets par 24 h. Chaque prise doit être dissoute dans un grand verre d'eau aromatisée ou non, ou diluée dans un yaourt ou une crème dessert à base de lait.

DC/CONTRE-INDICATIONS (début page)

Phénylcétonurie, en raison de la présence d'aspartam.

DC/EFFETS INDÉSIRABLES (début page)

La survenue d'épisodes diarrhéiques peut s'observer au cours de toute hyperalimentation entérale.

PP/PHARMACODYNAMIE (début page)

Acide aminé (A : appareil digestif et métabolisme).

L'oxoglurate de L(+)-ornithine est un sel d'acide aminé qui contient 2 molécules d'ornithine pour une molécule d'oxoglurate, soit 13,08 % d'azote. L'apport azoté est donc de 1,3 g pour un sachet de 10 g.

Le métabolisme de l'oxoglurate entraîne une production de glutamate, glutamine, arginine, proline et polyamines qui jouent un rôle dans le métabolisme protéique et les mécanismes de prolifération de la muqueuse intestinale.

Chez l'homme, plusieurs études suggèrent que l'oxoglurate de L(+)-ornithine freine l'élévation du catabolisme protéique musculaire, freine la chute des concentrations plasmatiques et musculaires de glutamine et permet une moindre diminution de la balance azotée.

PP/PHARMACOCINÉTIQUE (début page)

La prise orale de 10 g d'oxoglurate de L(+)-ornithine par le sujet sain est suivie d'une augmentation de l'ornithinémie de l'ordre de 5 fois la valeur de base.

Le pic de concentration plasmatique est atteint en 1 heure chez le sujet à jeun et en 1 h 30 chez le sujet nourri. Pour les doses comprises entre 2 et 10 g, l'augmentation de l'ornithinémie est proportionnelle à la dose. Les concentrations plasmatiques d'oxoglurate ne sont pas significativement augmentées.

Chez l'homme, le métabolisme de l'oxoglurate de L(+)-ornithine n'est pas clairement élucidé. Une augmentation des concentrations plasmatiques de l'acide glutamique, de l'arginine et de la proline est observée.

L'excrétion urinaire du produit inchangé est inférieure à 1 % de la dose administrée.

L'excrétion urinaire de citrulline, glutamate et arginine est augmentée.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (début page)

AMM 555 621.6 (1986 rév 15. 06. 1999).

Disponible dans les seules pharmacies hospitalières. Collect.

VIDAL 2004

* **RENUTRYL[®] 500**

. Formes et présentations. Composition. Indications. Posologie et mode d'administration. Contre-indications. Mises en garde et précautions d'emploi. Pharmacodynamie. Conditions de conservation. Administratif
FORMES et PRÉSENTATIONS (début page)

Émulsion buvable et entérale (prête à l'emploi) : Boîte de 375 ml.

COMPOSITION (début page)

	<i>p boîte</i>
Rétinol (DCI) ou vit A palmitate	833 UI
Thiamine (DCI) nitrate	2,89 mg
Riboflavine (DCI)	3 mg
Pantothénate de calcium	9,49 mg
Pyridoxine (DCI) chlorhydrate	2,1 mg
Acide ascorbique (DCI)	75 mg
Nicotinamide (DCI)	10,5 mg
Oxyde de magnésium lourd	34,88 mg
Chlorure de potassium	600 mg
Sulfate de manganèse monohydraté	3,94 mg
Sulfate ferreux	15 mg
Caséinate de sodium	12,5 g
Lactoprotéines	21,51 g
Levures lactiques	3 g
Lait sec écrémé	10,24 g
Huile de soja	4 g
Huile de beurre	4,75 g
Sirop de glucose déshydraté	45 g
Saccharose	20 g

Excipients : monostéarate de glycérol, tripolyphosphate de sodium, extrait alcoolique de vanille, vanilline, carraghénanes, hydroxyde de potassium, eau purifiée.

1 boîte = 500 kilocalories, soit 2 092 kilojoules ;

1 ml = 1,33 kilocalorie, soit 5,56 kilojoules.

Répartition de l'apport énergétique par boîte :

25 % pour les protéines : soit 32 g,

20 % pour les lipides : soit 11 g,

55 % pour les glucides : soit 70 g.

DC/INDICATIONS (début page)

Nutrition par voie orale ou entérale, avec ou sans apport complémentaire, en médecine, chirurgie ou réanimation.

DC/POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION (début page)

Voie orale :

administration au verre ou à la cuillère.

Voie entérale :

par sonde, avec ou sans assistance, à faible débit continu.

La posologie usuelle varie de 1 à 6 boîtes par jour. Elle est fonction de l'âge, de l'état du malade et du traitement, qui peut être exclusif ou complémentaire.

Coût du traitement journalier : 2,50 à 15,00 euros.

DC/CONTRE-INDICATIONS (début page)

Ne pas administrer aux sujets intolérants au lactose.

DC/MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS D'EMPLOI (début page)

Renutryl 500 est, en règle générale, bien toléré. Toutefois, dans les premiers jours d'une réalimentation, il est préférable d'ajouter environ 125 ml d'eau à une boîte de Renutryl 500 : 1 ml apporte alors 1 kilocalorie.

PP/PHARMACODYNAMIE (début page)

Apport de calories sous forme de protides, lipides et glucides. Apport de sels minéraux et de vitamines.

PP/CONDITIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION (début page)

Après ouverture, conserver au maximum 24 heures au réfrigérateur.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (début page)

AMM 309 048.1 (1965/92).

Prix : 2.50 euros (boîte de 375 ml).

Remb Séc soc à 35 %.

Collect et Services publics.

Admis dans les hôpitaux de l'Assistance publique et dans les établissements psychiatriques de la région parisienne.

NESTLÉ CLINICAL NUTRITION FRANCE

7, bd Pierre-Carle. BP 940 Noisiel

77446 Marne-la-Vallée cdx 2

Tél : 01 60 53 41 50

Troubles de déglutition **dans les pathologies neurologiques**

Le risque de fausses routes :

Pouvant être grave avec :

- Régurgitations nasales
- Troubles respiratoires importants

Et malnutrition par craintes et limitation de l'alimentation.

- Elles peuvent conduire à une alimentation par sonde gastrique ou par **gastrostomie**

Certains troubles peuvent régresser voir se rééduquer

Nécessité d'avoir une texture alimentaire adaptée aux troubles de la déglutition

1) Nécessité d' un examen complet ORL :

Avec observation minutieuse et étude de :

- Sensibilité superficielle à l'abaisse langue.
- Sensibilité profonde réflexe nauséux et du voile du palais.
- Des praxies de la langue.
- De la toux spontanée et réflexe.
- Des fonctions de mastication, de salivation, et de digestion.
- De la position de la tête.
- De l'encombrement bronchique éventuel.

2) A l' examen ORL : cinq situations :

A) : Pas d'anomalie.

B)

Sensibilité Superficielle : conservée

Sensibilité profonde : Normale

Réflexe nauséeux : limitée

Réflexe du voile : bien présent

Mouvements volontaires de langue : Normaux

C)

Sensibilité Superficielle conservée.

Sensibilité profonde conservée.

Réflexe nauséeux : limité.

Réflexe du voile : Absent

Mouvements volontaires de langue : Normaux

D)

Sensibilité Superficielle conservée d'un seul côté.

Sensibilité profonde : Absente.

Réflexe nauséeux : limité.

Mouvements volontaires de langue : Pathologiques

E)

Sensibilité Superficielle : Inhibée

Sensibilité profonde : Inhibée

Mouvements volontaires de langue : Pathologiques

Suite au constat de l'examen ORL :

Stade I)

Petites difficultés :

Exclusion des solides de grandes tailles ou trop durs

Stade II)

Difficultés moyennes :

Fausse routes rares → exclusions des liquides très fluides et des solides durs

Stade III)

Grandes difficultés

Fausse routes occasionnelles :

Exclusion de l'alimentation non mixée ou du pain non imbibé

Stade IV)

Très grandes difficultés :

Fausse routes fréquentes

Gêne à l'alimentation mixée

Les conduites à tenir :

Eau gélifiée :

8 feuilles de gélatine

1 litre d'eau

Arôme (menthe citron orange) 10 à 15 Cuillerées à soupe

Faire tremper les feuilles de gélatine dans l'eau froide.

Faire bouillir le litre d'eau.

Y ajouter les feuilles de gélatine ramollies.

Laisser bouillir quelques instants.

Verser dans des ramequins.

Dater. Mettre au frais.

Quelques consignes :

- **Ne pas parler, ne pas rire et si vous avez besoin de tousser ne rien porter à votre bouche.**

- **Ne pas boire les fonds de verre afin d'éviter de basculer la tête en arrière. Asseyez-vous, le dos droit, abaisser le menton, vers la poitrine le plus possible.**

- **Prendre de petites gorgées ou de petites bouchées d'aliments.**

- **Gardez le menton abaissé dès que vous avez les aliments ou les liquides dans la bouche et jusqu'à ce que vous ayez fini d'avaler.**

- **Des que vous avez avalé, faites une petite pause avant de recommencer. Assurez-vous qu'il n'y a plus de résidus alimentaires dans la bouche à la fin du repas.**

La renutrition Entrale

L'information du malade est essentielle :

- **Intérêt.**
- **Information.**
- **Compréhension**
- **Adhésion**

Technique la plus adaptée et déclarée être la mieux tolérée par le sujet âgé.

Elle permet l'utilisation physiologique du tube digestif.

Elle a peu de complication septique.

Elle n'impose pas l'alitement.

Elle doit faire l'objet d'un **contrat à durée déterminée et renouvelable**

Prise en charge en ville dans le cadre de l'arrêté du 05/10/2000 et du 20/09/2001

En sonde en polyuréthane ou silicone

Facile à poser

Mais sources d'inconfort, irritations voir d'ulcérations

(Sondes de 8 à 12 Charrière en évitant les grosses sondes en PVC)

Gênants pour certains patients (elle se voit)

Risque d'être arraché par des patients désorientés et agités

Naso gastrique (SNG)

Naso jéjunale

Pour une durée très courte ... **< a 1 mois** ...

Par Gastrostomie per cutanée endoscopique **(GEP)**

Ne pas le faire trop tard , importance des rinçages.

Mise en place facile

En péri opératoire, Antibiotiques pendant 03 j, en position semi assise la nuit

Rénutrition parenterale par catheter **voie veineuse .**

Pas d'alimentation possible par la bouche.

Le système digestif n'est plus fonctionnel.

Très LOURDE à domicile avec règles d'hygiène draconiennes et surveillance constante.

Risque de complications +

Perfusion par voie sous cutanée

Avec l'accord du patient .

En aucun cas elle ne permet de corriger une dénutrition sévère.
Contre indiqué en cas de trouble de l'hémostase et situation d'urgence.
Intérêt controversé en soins de fin de vie.

Le vieillissement de la population justifie probablement une réévaluation attentive de cette vieille technique de réhydratation.

La «dé perfusion » est sans risque.

Changer de site tous les jours (cuisses abdomen) mais pour d'autres auteurs :
Peut être maintenue pendant plusieurs jours voire plusieurs semaines (la revue
Prescrire : Novembre 1996).

Aiguille sous cutanée type « butterfly » bien mobile entre la peau et le muscle.
Dirigée vers la partie supérieure du corps.

Débit de 1 ml / mn au maximum de ClNa 0.9% ou G 5% avec 2 g de ClNa /l
Ne pas dépasser 1500 ml par 24 h

Correction d'une déshydratation avec hyper natrémie fréquente chez les sujets âgés.

En relation avec une quantité ingérée insuffisante.

Des vomissements, de la fièvre, une diarrhée, un traitement diurétique, stade terminal d'un cancer. ...

Évidemment : **L'hydratation par voie orale est la méthode la plus rationnelle**

VIDAL2004

* GLUCOSE AGUETTANT[®] 5 %

. Formes et présentations. Composition. Indications. Posologie et mode d'administration. Contre-indications. Mises en garde et précautions d'emploi. Interactions. Grossesse et allaitement. Effets indésirables. Surdosage. Pharmacodynamie. Pharmacocinétique. Incompatibilités.

Administratif

FORMES et PRÉSENTATIONS (début page)

Solution injectable IV à 5 % :

Ampoules de 10 ml, boîte de 10.

Ampoules de 20 ml, boîte de 10.

Flacons de 250 ml, 500 ml et 1000 ml, boîtes de 1.

Poches de 100 ml, 250 ml, 500 ml et 1000 ml : boîtes de 1.

Modèles hospitaliers :

Boîte de 100 ampoules de 10 ml.

Boîte de 50 ampoules de 20 ml.

Boîtes de 12 flacons de 250 ml et de 500 ml.

Boîte de 6 flacons de 1000 ml.

Boîtes de 20 poches de 500 ml.

Boîte de 10 poches de 1000 ml.

COMPOSITION (début page)

	<i>p 100 ml</i>
Glucose anhydre	5 g
(sous forme monohydratée : 5,5 g/100 ml)	

Osmolarité : 27,8 mOsm/l.

Apport calorique glucidique : 200 kcal/l.

DC/INDICATIONS (début page)

- Réhydratation lorsqu'il existe une perte d'eau supérieure à la perte en chlorure de sodium et autres osmoles.
- Prévention des déshydratations.
- Véhicule pour apport thérapeutique en période préopératoire, peropératoire et postopératoire immédiate.
- Prophylaxie et traitement de la cétose dans les dénitritions.

DC/POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION (début page)

Voie intraveineuse stricte, en perfusion.

La posologie est à adapter selon l'état clinique du malade, en fonction du poids,

de l'alimentation et des thérapeutiques complémentaires éventuelles.
Le débit de perfusion ne doit pas dépasser un volume correspondant à 0,5 g de glucose par minute.

DC/CONTRE-INDICATIONS (début page)

- Inflation hydrique.
- Intolérance au glucose.

DC/MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS D'EMPLOI (début page)

Mises en garde :

- Se conformer à une vitesse de perfusion intraveineuse lente du fait du risque de voir apparaître une diurèse osmotique indésirable.
- Vérifier, avant l'emploi, l'intégrité du dispositif et la limpidité de la solution. Rejeter tout récipient partiellement utilisé ou défectueux.

Précautions d'emploi :

- Surveiller l'état clinique et biologique, notamment l'équilibre hydrosodé, la glycémie et la glycosurie, l'acétonémie, la kaliémie et la phosphorémie.
- Si nécessaire, compléter l'apport parentéral en potassium et/ou en insuline.
- Chez le diabétique, surveiller la glycémie et la glycosurie, et ajuster éventuellement la posologie de l'insuline.
- Avant toute adjonction de médicaments, vérifier la compatibilité de la médication additive avec la solution (cf Incompatibilités).
Se référer également à la notice accompagnant le médicament à ajouter.
Lorsqu'un médicament est ajouté à la solution de glucose, le mélange doit être administré immédiatement.
- Ne pas administrer de sang simultanément au moyen du même nécessaire à perfusion à cause du risque de pseudo-agglutination.
-

DC/INTERACTIONS (début page)

Cf Mises en garde/Précautions d'emploi.

DC/GROSSESSE et ALLAITEMENT (début page)

Ce produit peut être administré pendant la grossesse ou l'allaitement, si besoin.

DC/EFFETS INDÉSIRABLES (début page)

Les effets indésirables suivants peuvent être rencontrés :

- Hyperglycémie.
- Polyurie au glucose.

DC/SURDOSAGE (début page)

Un surdosage peut entraîner : hyperosmolarité, déshydratation, hyperglycémie, hyperglycosurie et diurèse osmotique.

Le traitement est symptomatique.

PP/PHARMACODYNAMIE (début page)

Substituts du plasma et solutions pour perfusion/Hydrates de carbones (B05BA03 ; B : sang et organes hématopoïétiques).

Cette solution permet un apport calorique glucidique modéré.

L'apport calorique glucidique est de 200 kcal/l soit 836 kJ/l.

Cette solution permet également un apport hydrique sans apport ionique.

PP/PHARMACOCINÉTIQUE (début page)

Le glucose est métabolisé en gaz carbonique et en eau.

DP/INCOMPATIBILITÉS (début page)

- Ne pas ajouter de médicaments dans le récipient sans avoir préalablement vérifié la compatibilité avec la solution et le contenant.
- Vérifier un éventuel changement de couleur et/ou une éventuelle formation de précipité, de complexe insoluble ou de cristaux.
- Avant adjonction d'un médicament, vérifier si la zone de pH pour laquelle il est efficace correspond à celle de la solution de glucose à 5 %.
- Lorsqu'un médicament est ajouté à cette solution, le mélange doit être administré immédiatement.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (début page)

AMM 319 564.2 (1975/98 rév 30. 04. 2001) 10 amp 10 ml.
319 565.9 (1975/98 rév 30. 04. 2001) 100 amp 10 ml.
319 566.5 (1975/98 rév 30. 04. 2001) 10 amp 20 ml.
319 567.1 (1975/98 rév 30. 04. 2001) 50 amp 20 ml.
318 435.4 (1966/98 rév 30. 04. 2001) 1 fl 250 ml.
555 817.8 (1975/98 rév 30. 04. 2001) 12 fl 250 ml.
318 436.0 (1966/98 rév 30. 04. 2001) 1 fl 500 ml.
555 818.4 (1975/98 rév 30. 04. 2001) 12 fl 500 ml.
340 167.9 (1998) 1 fl 1000 ml.
555 816.1 (1975/98 rév 30. 04. 2001) 6 fl 1000 ml.

340 176.8 (1963/98 rév 30. 04. 2001) 1 poche 100 ml.
340 175.1 (1963/98 rév 30. 04. 2001) 1 poche 250 ml.
340 174.5 (1963/98 rév 30. 04. 2001) 1 poche 500 ml.
340 173.9 (1963/98 rév 30. 04. 2001) 1 poche 1000 ml.
553 793.4 (1963/98 rév 30. 04. 2001) 20 poches 500 ml
embout DAT.
553 794.0 (1963/98 rév 30. 04. 2001) 10 poches 1000 ml
embout DAT.

Prix : 2.44 euros (poche unitaire de 100 ml).
2.58 euros (poche unitaire de 250 ml).
2.90 euros (poche unitaire de 500 ml).
3.70 euros (poche unitaire de 1000 ml).
2.10 euros (flacon unitaire de 250 ml).
2.42 euros (flacon unitaire de 500 ml).
3.14 euros (flacon unitaire de 1000 ml).

Remb Séc soc à 65 %.

Non remb Séc soc : 10 ampoules 10 ml et 20 ml.

Collect : 100 ampoules 10 ml et 50 ampoules 20 ml.

Laboratoire AGUETTANT

1, rue Alexander-Fleming. 69007 Lyon
(70 kg .

VIDAL2004

*** OSMOTAN G[®] 5 % et 10 %**

. [Formes et présentations.](#) [Composition.](#) [Indications.](#) [Posologie et mode d'administration.](#) [Contre-indications.](#) [Mises en garde et précautions d'emploi.](#) [Interactions.](#) [Grossesse et allaitement.](#) [Pharmacodynamie.](#)

[Administratif](#)

FORMES et PRÉSENTATIONS [\(début page\)](#)

Solution injectable pour perfusion à 5 % et hypertonique à 10 % : Poches souples de 500 ml ou de 1000 ml, boîtes unitaires.

Modèles hospitaliers :

- Carton de 20 poches souples de 500 ml.
- Carton de 10 poches souples de 1000 ml.
- Carton de 12 flacons de 500 ml.
- Carton de 6 flacons de 1000 ml.

COMPOSITION [\(début page\)](#)

<i>Osmotan G5 :</i>	<i>p. flacon ou poche</i>	
	<i>500 ml</i>	<i>1000 ml</i>
Glucose anhydre	25 g	50 g
Chlorure de sodium	2 g	4 g
Chlorure de potassium	1 g	2 g

<i>Osmotan G10 :</i>	<i>p. flacon ou poche</i>	
	<i>500 ml</i>	<i>1000 ml</i>
Glucose anhydre	50 g	100 g
Chlorure de sodium	2 g	4 g
Chlorure de potassium	1 g	2 g

Excipient (commun) : eau pour préparations injectables.

Osmolarité : 467,4 mOsm/l (sol à 5 %) ; 745,4 mOsm/l (sol à 10 %).

DC/INDICATIONS (début page)

- Apport calorique glucidique modéré (200 kcal/l pour Osmotan G 5 %, 400 kcal/l pour Osmotan G 10 %).
- Équilibration hydro-électrolytique (par apport de chlorure de sodium et de potassium) en fonction de la clinique et des bilans ioniques sanguins et urinaires.

•

DC/POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION (début page)

Voie intraveineuse pour perfusion.

Posologie habituelle : 30 à 40 ml/kg/24 h à adapter aux besoins du malade.

DC/CONTRE-INDICATIONS (début page)

Rétention hydrosodée.

DC/MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS D'EMPLOI (début page)

Mises en garde :

La décision d'administrer cette solution est arrêtée après un examen attentif des données cliniques et biologiques.

Solution hypertonique à 10 % : se conformer à une vitesse de perfusion lente et régulière.

Précautions d'emploi :

Perfusion lente et régulière dans un gros vaisseau, dans des conditions d'asepsie rigoureuse.

Surveillance de l'état clinique et biologique (sanguin et urinaire), tout particulièrement chez le diabétique et chez tout sujet présentant une intolérance transitoire aux hydrates de carbone.

Si nécessaire, compléter l'apport parentéral en insuline.

DC/INTERACTIONS (début page)

Interactions médicamenteuses :

Vérifier la compatibilité des médicaments ajoutés dans le récipient avec la solution et le contenant.

DC/GROSSESSE et ALLAITEMENT (début page)

Ce produit peut être administré pendant la grossesse ou l'allaitement, si besoin.

PP/PHARMACODYNAMIE (début page)

Substituts du plasma et solutions pour perfusion, hydrates de carbone, sels de potassium et de sodium (B : sang et organes hématopoïétiques).

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (début page)

AMM 554 981.9 (1985 rév 25. 10. 2000) fl 500 ml 5 %.
554 982.5 (1985 rév 25. 10. 2000) fl 1000 ml 5 %.
342 476.9 (1987 rév 25. 10. 2000) poche 500 ml × 1 à 5 %.
556 030.1 (1987 rév 25. 10. 2000) poche 500 ml × 20 à 5 %.
342 477.5 (1987 rév 25. 10. 2000) poche 1000 ml × 1 à 5 %.
556 031.8 (1987 rév 25. 10. 2000) poche 1000 ml × 10 à 5 %.
554 955.8 (1985 rév 24. 08. 2000) flacon 500 ml à 10 %.
554 956.4 (1985 rév 24. 08. 2000) flacon 1000 ml à 10 %.
342 474.6 (1987 rév 24. 08. 2000) poche 500 ml × 1 à 10 %.
556 033.0 (1987 rév 24. 08. 2000) poche 500 ml × 20 à 10 %.
342 475.2 (1987 rév 24. 08. 2000) poche 1000 ml × 1 à 10 %.
556 034.7 (1987 rév 24. 08. 2000) poche 1000 ml × 10 à 10 %.

Prix : 2.90 euros (poche 500 ml).
3.70 euros (poche 1000 ml).

Remb Séc soc à 65 %. Collect.

Laboratoire AGUETTANT
1, rue Alexander-Fleming. 69007 Lyon
Tél : 04 78 61 51 41

VIDAL2004

*** HYDROSOL POLYVITAMINÉ BON®**

. Formes et présentations. Composition. Indications. Posologie et mode d'administration. Contre-indications. Mises en garde et précautions d'emploi. Interactions. Grossesse et allaitement. Effets indésirables. Surdosage. Pharmacodynamie. Conditions de conservation.

Administratif

FORMES et PRÉSENTATIONS (début page)

Solution injectable : Ampoules de 2 ml, boîte de 10.

COMPOSITION (début page)

	<i>p amp</i>
Rétinol (DCI) ou vit A synthétique, concentrat huileux	5 000 UI
Colécalciférol (DCI) ou vit D3, concentrat huileux	1 000 UI
alpha-tocophérol ou vit E, acétate	2 mg
Thiamine (DCI) ou vit B1, chlorhydrate	2 mg
Riboflavine (DCI) ou vit B2	1,5 mg
Nicotinamide (DCI) ou vit PP	10 mg
Dexpanthénol	4 mg
Pyridoxine (DCI) ou vit B6, chlorhydrate	2 mg
Ac ascorbique (DCI) ou vit C	50 mg

Excipients : phosphate monosodique dihydraté, polysorbate 80, acide chlorhydrique dilué, eau p prép inj.

DC/INDICATIONS (début page)

Supplémentation vitaminique chez les malades sous alimentation parentérale.

DC/POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION (début page)

Voie IM ou IV (en injection lente ou en perfusion).

2 à 4 ml par jour.

DC/CONTRE-INDICATIONS (début page)

Absolues :

- Hypersensibilité à l'un des constituants, notamment à la vitamine B1.

- Hypercalcémie, hypercalciurie, lithiase calcique.
- Lévodopa (cf Interactions).

Relatives :

- Grossesse et allaitement (cf Grossesse/Allaitement).

DC/MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS D'EMPLOI (début page)

- Pour éviter tout surdosage, tenir compte des doses totales de vitamine A et vitamine D en cas d'associations de plusieurs traitements contenant ces vitamines.
- En cas d'apport en calcium, un contrôle régulier de la calciurie est indispensable.

DC/INTERACTIONS (début page)

Interactions médicamenteuses :

Contre-indiquée (liée à la présence de pyridoxine) :

- Lévodopa : inhibition de l'activité de la lévodopa lorsqu'elle est utilisée sans inhibiteur de la dopadécarboxylase périphérique. Éviter tout apport de pyridoxine en l'absence d'inhibiteur de la dopadécarboxylase.

DC/GROSSESSE et ALLAITEMENT (début page)

Grossesse :

La vitamine A est tératogène chez l'animal sur plusieurs espèces.

Dans l'espèce humaine, des cas de malformations ont été rapportés avec de fortes doses. Toutefois, à ce jour, l'absence d'étude épidémiologique fiable et le faible effectif des notifications isolées empêchent de conclure définitivement sur la réalité de ce risque malformatif.

En conséquence, compte tenu de l'apport alimentaire quotidien, il est recommandé de ne pas dépasser une dose journalière de 5 000 UI de vitamine A apportée par des médicaments.

Allaitement :

L'utilisation est déconseillée en cas d'allaitement du fait du risque de surdosage chez le nouveau-né.

DC/EFFETS INDÉSIRABLES (début page)

Tout effet indésirable est susceptible d'être une manifestation de surdosage et doit entraîner l'arrêt du traitement.

DC/SURDOSAGE (début page)

Signes résultant de l'administration de doses excessives de vitamine D ou de ses métabolites :

- Signes cliniques : céphalées, asthénie, anorexie, amaigrissement, arrêt de croissance ; nausées, vomissements ; polyurie, polydipsie, déshydratation ; hypertension artérielle ; lithiase calcique, calcifications tissulaires, en particulier rénales et vasculaires ; insuffisance rénale.
- Signes biologiques : hypercalcémie, hypercalciurie, hyperphosphatémie, hyperphosphaturie.

Signes cliniques résultant de l'administration de doses excessives de vitamine A :

- Surdosage aigu (doses supérieures à 150 000 UI) :
Troubles digestifs, céphalées, hypertension intracrânienne (se manifestant chez le nourrisson par le bombement de la fontanelle), oedème papillaire, troubles psychiatriques, irritabilité, voire convulsions, desquamation généralisée retardée.
- Surdosage chronique (risque d'intoxication chronique lors d'un apport prolongé de vitamine A à des doses supraphysiologiques chez un sujet non carencé) :
Hypertension intracrânienne, hyperostose corticale des os longs et soudure précoce épiphysaire. Le diagnostic est généralement porté sur la constatation de gonflements sous-cutanés sensibles ou douloureux au niveau des extrémités des membres. Les radiographies objectivent un épaissement périosté diaphysaire au niveau du cubitus, du péroné, des clavicules et des côtes.

Conduite à tenir : cesser l'administration de ce médicament, réduire les apports calciques, augmenter la diurèse, boissons abondantes.

PP/PHARMACODYNAMIE (début page)

Vitamines (A : appareil digestif et métabolisme).

PP/CONDITIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION (début page)

A conserver à une température inférieure à 25 °C et à l'abri de la lumière.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (début page)

LISTE I

AMM 305 188.3 (1964/98).

Non remb Séc soc. Collect.

BOUCHARA-RECORDATI

68, rue Marjolin. BP 67
92302 Levallois-Perret cdx
Tél : 01 45 19 10 00

Prévention:

I) PREVENTIF :

TOUS les résidents doivent être l'objet de vigilance quotidienne

Notamment les résidents fragiles :

Liste établie en collaboration étroite avec les aides soignantes, l'infirmière, et les médecins.

Cette liste est indicative et doit être repensée fréquemment. L'attention se portera sur :

- Les patients grabataires.
- Les patients déments.
- Les patients souffrant d'infection aiguë.
- Les patients recevant plusieurs médicaments → **cause iatrogène.**
- Les désirs de régimes non justifiés.

Les Moyens :

PROPOSER sans imposer

Adaptation des menus.

Des petites quantités.

Des formats des couverts et des verres adaptés pour une meilleure maniabilité,

Mais aussi **surveillance**

OBSERVER :

Lister : **Grille d'évaluation**

Études des ordonnances : Cause **Iatrogène.**

Bilans biologiques antérieurs.

Modalités de Prise en charge.

Explications des risques, des mesures et solutions proposées.

II) CURATIF :

Privilégier la voie orale

Versant Hébergement

Listes des résidents « Fragiles »

Du fait de leur constitution ou degré de perte d'autonomie.

Du fait de leur prise de conscience des risques et de leur participation.

Du fait de la connaissance de pathologies aggravantes.

Du fait de la thérapeutique en cour, jugée nécessaire.

Les possibilité de l'encadrement :

Liste des aidants : personnel et bénévoles.

Horaires de fonction :

Le rôle d'incitation :

Et de contrôle et de surveillances :

Les Moyens :

PROPOSER et insister encore et encore. :

Adaptation des récipients aux éventuels handicaps : carafes et bouteilles

Poids, tailles ; maniabilité, goût (eau thé jus de fruits)

Mais aussi surveillance.

Les surveillances du POIDS : Balance pèse personne adaptée → Voir le groupe BASTIDE

Fauteuil de pesée électronique Classe IV Ref 18 43 31 : 2120.00 €

Prise facile de la températures : Thermoscann PRO 3.000 ref 80 02 16 36 : 149 €

Réserves de petit matériel :

PROTOCOLE d'amélioration de la PRISE en CHARGE

Première étape :

Repérer les PERSONNES à RISQUE

(Identification des cibles)

Par qui : Les intervenants de l'aide à la vie en concertation avec le Médecin.

Quand : Lors de Transmissions (Réactivité des intervenants).

Dans quelles circonstances :

Lors de l'admission. (Évaluation d'autonomie et de l'état cognitif).

Lors d'une modification du degré d'autonomie.

Lors de la survenue d'une pathologie ou d'une modification d'un état de santé ou de dépendance.

En période sensible (asthénie, état dépressif, solitude).

Comment :

Utilisation des données fournies par les intervenants.

Évaluation gériatrique.

Par le médecin traitant.

Par le médecin coordinateur.

Seconde étape :

Conduite à tenir :

Par qui :

Les intervenants de l'aide à la vie en concertation avec le médecin traitant ou le médecin coordinateur.

Pour quelles personnes « à risques ».

- Personnes autonomes mais mangeant peu.
- Personnes autonomes pour l'accès aux aliments mais refusant (régimes)
- Troubles de la déglutition.
- Personnes Malades.

En chiffrant ce que la personne ingère → Fiche de suivi

Troisième étape :

Evaluation des Actions

En définissant des Indicateurs :

Qualité des renseignements des transmissions ciblées et des fiches de suivie de nutrition et d'hydratation.

Les nombres d'alerte.

La quantité d'aliment commandée en une semaine.

La connaissance du protocole par les intervenants.

Compte rendu des intervenants extérieurs :

Dentiste, ophtalmologiste

Contrôle en visite et sur Dossier :

Notamment sur les personnes a risques.

Repérer les PERSONNES à RISQUE

Perte d'autonomie :

Age supérieur a 85 ans

Diminution physiologique des capacités.

- Perte d'autonomie physique → Perte de la capacité d'accès.
- Perte d'autonomie intellectuelle → Perte de la capacité d'accès.
- Perte de fonction :
 - Trouble de déglutition → Crainte de manger et de boire.
 - Trouble de la continence → Crainte de boire.

Rôle de :

L'anorexie : réduction de l'eau contenue dans les aliments.
Souvent associée à une diminution de prise de boisson.

Des médicaments :

Diurétiques.

Laxatifs.

Sédatifs.

Préparation pour examens.

→ Voir VIDAL

Des Maladies aiguës :

- Fièvres

- Diarrhée

- Vomissements

Du contexte climatique :

Chaleur estivale et locaux surchauffés

Veillez également à la quantité de boisson ingérée : 1.5 litres par jour.

Avec majoration d'apports nécessaires pour compenser les pertes :

- En cas de fièvre.
- En cas de troubles digestifs.
- En cas de température extérieure élevée.

Lorsque l'alimentation per Os est incomplète et devant tout incident de santé ou de trouble de déglutition :

- Prévenir le médecin
- Et renseigner la fiche de suivi « alimentation »

II) Résident « autonome »

L'informer, le stimuler, le surveiller, l'orienter

L'autonomie n'est que partielle mais l'âge est là → **DANGER.**

1) **Quantifier** les apports :

Pour parvenir à un apport calorique correct: Il faut offrir un éventail d'aliments divers et agréables en fractionnant éventuellement les repas.

Le petit déjeuner vers 10 h le déjeuner le goûter le dîner

S'alimenter (et se réhydrater) après tout effort (kiné, marche), et lors de la distribution des médicaments et du somnifère éventuel (→ à remplacer par un bol de lait chaud)

Contrôle de la qualité des aliments offerts et conservés à température ambiante
→ nécessité d'un **Réfrigérateur en chambre.**

Augmenter la consommation par un apport alimentaire adapté : légumes verts, fruits, fromages blancs, yaourts.

III) Résident ayant perdu la capacité d'accès aux aliments

L' A.S. ou l'IDE doit surveiller, encadrer, contrôler les prises alimentaires
Note du volume ingéré et totalisation. → **Fiche de transmission**

IV) Résidents ayant des troubles de déglutition :

Attention aux risques de fausses routes :

Bilan étiologique ORL.

Eau gélifiée : livrée avec date de fabrication et date de péremption

Doit être conservée dans le réfrigérateur.

Doit être sortie pour être consommée quelques minutes avant son utilisation
Toute eau gélifiée entamée et non terminée doit être jetée à la poubelle et en aucun cas remise au réfrigérateur.

Référentiel ANGELIQUE

Sélection des axes « nutrition »

Points forts Points faibles :
Nos points faibles d'aujourd'hui seront nos points forts de demain

I) Attente et satisfaction des résidents et familles

I-I Accueil et admission

I-II Droit et liberté

I-III Restauration :

Q 33 : Repas attentes et souhaits

Existe-il un dispositif permettant de recueillir les attentes et souhaits des résidents et de leurs familles ?

Bilan d'entrée comprenant les habitudes alimentaires antérieures, les goûts et dégoûts, les contraintes liées à la pratique religieuse ?

Enquêtes périodiques de satisfaction et attentes ?

Recueil des satisfaction et **réclamation** ?

Répartition des **horaires** des repas dans la journée ?

Composition des repas et choix des menus ?

Temps consacré à chaque repas ?

Aide apportée à la prise des aliments et des boissons ?

Cotation A, B, C, ou D.

Q 34 : Repas attentes et souhaits

Existe-t-il une prise en compte de ce recueil d'information ?

Cotation A, B, C, ou D.

Q 35 : Repas attentes et souhaits

Existe-t-il une **réponse alternative** satisfaisante lorsque un des plats ne convient pas au résident ?

Q 36 : Repas

Tous les résidents non confiné au lit dispose-t-il d'une **place en salle** de restauration ou salle à manger ?

Q 37 : Repas attentes et souhaits :

Le **choix de la place** et des voisins prend-t-il en compte les souhaits des résidents ?

Cotation A, B, C, ou D.

Q 38 : Repas attentes et souhaits

Quel est le **délai maximal** entre la fin du dîner et le début du petit déjeuner ?

A : 12 h ou moins

B : entre 12 et 13 h inclus

C : entre 13 et 14 h inclus

D : Plus de 14 h

Q 39 : Repas :

Les résidents qui le souhaitent ont-ils **une collation** (tisane) après le repas du soir ?

Q 40 : Repas Boissons :

Existe-t-il un **suivi des aliments** effectivement absorbés par les résidents à risques de dénutrition ?

Existe-t-il un **suivi des boissons** effectivement absorbées par les résidents à risques de déshydratation ?

Q 41 : Repas :

Existe-t-il une procédure permettant de déterminer les personnes **à servir en chambre** (sur demande du résident et motif, état de santé défaillant ...) ainsi que leur suivi ?

Q 42 : Poids :

L'état de nutrition fait-il l'objet d'un suivi ?

Avec **pesée systématique** à l'admission.

A : une fois par trimestre ou plus ?

B : Mois d'une fois par trimestre ?

C : de façon occasionnelle ou uniquement en cas de problème de santé

D : Jamais

Q 43 : Nutrition :

La **composition des menus** fait elle l'objet d'un **avis médical** ou d'un autre professionnel compétent en nutrition ?

Cotation A, B, C, ou D.

Q 44 : Nutrition :

Les **régimes** font-ils l'objet d'un suivi et d'une **prescription** médicale ?

Les **repas mixés** font-ils l'objet d'un **suivi médical** ?

Q 45 : Hygiène alimentaire :

Le dernier procès verbal des **services vétérinaires** a-t-il fait l'objet de réserves ?

Si oui :

Ont elles été levées ?

Font-elles l'objet d'un échéancier ?

I-IV Vie sociale

II) Réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins.

II – I) Maintient de l'autonomie

Accessibilité (Q 54) Fauteuils roulants

Eclairages

Prévention des chutes et circulation (Q 58) :

Barres d'appui

Prévention des chutes (Q 59)

Etats des sols

Signalétique (Q 60) :

II –II) organisations des soins :

Q 69 : Le Médecin Coordinateur : MC et permanence de soins

L'organisation des soins permet-elle un recours rapide, chaque fois que cela est nécessaire :

- a l'ORL
- à l'ophtalmologiste ?
- au chirurgien Dentiste ?

Q 71 : Le Médecin Coordinateur

Le MC contribue-t-il à l'information gériatrique des différents intervenants libéraux et salariés notamment en ce qui concerne :

- Les Risques Iatrogènes médicamenteux ? → fiches AVK ; Insulines.
- La prévention des incapacités ou de leurs aggravation ?
- La prévention des infections ? → fiches de prélèvements bactériologiques au retour d'autres structures.

Les règles d'hygiène générales et celles liées aux soins ? → Marjolaine et la propreté des mains.

Les troubles du comportement ? : → fiche

La prévention des chutes ? → Détails des causes → fiches.

La Nutrition ?

II - III) aides et soins spécifiques :

Q 84 : Dénutrition, sonde, médecin coordinateur, infirmier référent :

Existe-t-il un **calendrier alimentaire** pour les personnes à risques de dénutrition ?
En cas de survenue d'une dénutrition, celle-ci fait-elle l'objet d'une prise en charge adaptée s'appuyant sur un protocole ?

Les sondes gastriques font-elles l'objet d'un suivi médical ?

→ Protocole, RBP, Tableau de suivi individuel, Calendrier alimentaire, Dossier individuel du résident

Q 85 : Hydratation, Médecin Coordinateur, infirmier referent.

L'**hydratation** des résidents fait-elle l'objet d'une surveillance régulière :

- Avec boissons à portée de main des résidents?

- Avec **suivi systématique** et individualisé des apports hydriques des résidents à risques ?

→ Protocole, RBP, Tableau de suivi individuel, Dossier individuel du résident

II -IV) Hôtellerie

Q 99 : Chambre ou logement

Q 100 : Hygiène alimentaire :

La méthode de **maîtrise des risques** type « H.A.C.C.P. » a-t-elle été mise en œuvre sur la chaîne alimentaire au sein de l'institution (analyses de risques, amélioration des pratiques, formation du personnel, analyses bactériologiques, utilisation pertinente des résultats) ?

→ Attestation de formation, enregistrement, Participation de l'infirmier referant.

Q 104 ; Déchets :

Existe-t-il une procédure concernant le **stockage** et l'**élimination** des **déchets** :

- **de restauration ?**

- Activités de soins ?

- Autres (préciser)

-

→ Tri, Circuit, Stockage, Traitement, Procédures écrites Visibles.

II-V) Personnel

Q 123 : Sécurité incendie

Q 124 : Hygiène sécurité :

Existe-t-il des protocoles :

- d'hygiènes (lavage des mains, circuits propre et sale ? ...)

III-III) Projet institutionnel :

IV Démarche Qualité :

Q 139 : Démarches, Methodes, Champs :

Des enquêtes de satisfactions son elles menées auprès des résidents et des familles ?

Existe-t-il une démarche d'évaluation périodique des pratiques ?

Les prestations effectuées en sous traitance (**restauration**, ménages, lingerie, ...) font elles l' objet d' évaluations périodiques ?

Nouvelle réglementation en restauration collective

Démarche HACCP

Méthodologies

1) Déclaration obligatoire

2) Conduite a tenir en cas d'incident alimentaire.

Prudent et armé.

2-1 Qu'est ce qu' une T.IAC

Deux cas groupés, similaire d'une symptomatologie dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

2-2 : **Réunion du personnel** : devoir de réserve et réaffirmer les règles d'hygiène et de vigilance.

Attention à l'eau.

Passer en revue locaux et équipements de cuisine.

2-3 : **Plateaux témoins** : échantillons d'au moins 50 grammes représentatifs de la prestation, prélevés au stade de la distribution, entreposés au froid, gardés pendant 05 jours.

→ Un conseil de deux prélèvements pour contre expertise éventuelle.

2-4 : Evaluation de l'incident alimentaire :

3) La méthode HACCP et ses outils :

3-1) Objectifs

3-2) Identifications des dangers

3-3 Logigramme

3-4) Démarche HACCP :

4) Points critiques souvent relevés :

4-1) Nettoyage, désinfection, désinsectisation, et dératisation

4-2) Réception et stockage

4-3) Préparation, conservation, et consommation.

La liaison froide :

- durée de vie des préparations élaborées
- le refroidissement des aliments
- la remise en température
- la cuisine centrale

Les préparations froides

Les viandes crues

La récupération des denrées après un service de table

5) Moyen de maîtrise :

Visite médicale annuelle du personnel de cuisine

Traçabilité des produits reconditionnés

Les ANIMATIONS :

Destinées à maintenir, stimuler, les fonctions relationnelles de chaque participant, sans mise à l'épreuve.

Semaines du GOUT :

Sur des thèmes variés.

La ronde des saisons : orientation des l'année , dans le temps

- Automne 2004 : fruits et confitures

Les saisons : repaires dans l'année.

Les couleurs d'automne.

Les différents fruits : du jardins, des bois.

→Formes, couleurs, odeurs, saveurs.

Les différents goûts : sucrés acides

Ce que l'on peut faire :

Dessert, compotes et cuissons.

Les compotes les confitures : les préparations manuelles.

Les recettes de confitures :

Les associations de goûts,

Les associations d'idées :

Souvenirs d'enfance, d'adolescence, de parents.

Les odeurs de cuisson

Les goûts en bouche : les différentes saveurs.

Les conservations des confitures.

Les partages des confitures.

L'offre aux autres : aux petits enfants ...

- prochainement :

- les vendanges,
- Les fromages et les saveurs salées
- les champignons,
- les citrouilles...

Les Repas à thèmes :

« Les saisons »

Par « quartier » : liens relationnels avec les équipes de soins et les familles.
Ces repas ont pour but de raviver et raffermir les relations entre les résidents les familles, les soignants et l'encadrement.

Avec la totalité des résidents et leurs familles, la direction, le personnel ; le médecin, les représentants de la municipalité ...

Restauration

Enquête de satisfaction Pour 47 résidents.

Public concerné identification

Résident : 25 soit 51.19%
Famille : 7 soit 14.89%

Visiteurs/invités : 1 soit 2.12%
Stagiaire : 0

D) Le Menu :

- Consultez vous souvent le menu ?

Si oui le regardez vous :

36 soit 76.59%

6 mois plus tard : 56%

- Ou le consulter vous ?

Salle a manger à 73.75%

Salon du Rez de chaussée

Salon premier étage

- En général le menu du jour vous convient il ? :

Oui à 87.32% → 6 mois plus tard : oui a 100%

-Les menu vous semblent ils varies ? :

Oui à 87.32% → 6 mois plus tard : 93.25%

- Demandez vous des plats de remplacements ?

Oui à 36.17% → 6 mois plus tard : 31.25%

Le menu est affiché dans chaque « quartier », chaque salon, et à l'entrée de la salle à manger.

Il est élaboré pour une semaine.

II) Les Horaires :

Les horaires des repas vous conviennent ils ?

- Petit déjeuner : 8 h 15 Nombre de réponses : 35.

Correct : 33 : soit 94.28%, → 6 mois plus tard : 87.5%

Trop tôt : 1 soit 2.85% →

Trop Tard : 1 soit 2.85%

- Déjeuner 12 h : sur 35

Correct : 34 soit 97.14%

Trop tôt : 1 soit 2.85%

Trop Tard : 0

- Goûter : 15h 30 : sur 33

Correct : 27 soit : 81.81%

Trop tôt : 6 soit 18.18%

Trop Tard : 0

- Dîner : 18 h : sur 36

Correct : 21 soit 58.33%

Trop tôt : 15 soit 41.66% ; 6 mois plus tard : 31.25%

Trop Tard : 0

- → Trop de temps entre le repas du soir 18 h et le petit déjeuner 8h15h

L'horaire du petit déjeuner est cependant jugé « trop tôt » ...

Difficultés liées aux horaires et disponibilité du personnel.

Rôle des « saisons » et de la luminosité, en hiver le dîner de 18 h est attendu...

Et le petit déjeuner est estimé trop tôt.

Rôle probable des habitudes de nos résidents, en campagne «on vit avec le soleil »

Une collation plus tardive est proposée aux résidents le désirant.

III) Le service :

Le personnel :

Est-il à votre écoute : oui pour 89.36% → 6 mois plus tard : **87.5%**

Le trouvez-vous aimable : oui pour 82.97% → 6 mois plus tard : **57.5%**

Le temps du repas vous semble-t-il suffisant :

Contenu de l' assiette : sur 37 réponses

Bien : 75.67%, moyen : 24.32% ; Passable : 0 (%)

La décoration des plats : sur 37 réponses

Bien : 72.97%, moyen : 27.02% ; Passable : 0 (%)

IV) Les repas :

La température des plats est-elle :

-Bonne : 72.09 % → 6 mois plus tard : 56.25% ...

-Acceptable : 7 (16.27 %)

-Insuffisante : 5 (11.62 %)

→ L'achat d'un **chariot thermique** est à l'étude.

→ Le **circuit de distribution** des repas est modifié régulièrement.

Appréciez vous le potage ? 34 soit 72.34% 6 mois plus tard : **oui à 87.5%**

La qualité de **l'assaisonnement des plats** vous semble t elle

- Hors d'œuvre,

Très bon : 37.20% ; bon : 55.81%, insuffisant : 6.97%

- Viandes :

Très bon : 40% ; bon : 57.5 %, insuffisant : 2.5 %

- Poissons :

Très bon : 20% ; bon : 54.05%, insuffisant : 2.70%

- Légumes :

Très bon : 41.46%; bon : 58.53 %, insuffisant : 0

Avez-vous la possibilité **d'assaisonner à votre goût** ? Oui : 80.85%, 6 mois plus tard : oui : 100%

→ Chaque table dispose du nécessaire : sel et poivre.

La quantité vous parait elle : (de Jo → J 6 mois)

- Hors d'œuvre :

Excessive : 9.30%, suffisante : 90.69% → 81.25% ; insuffisante : 0% → 12.5%

- Viandes

Excessive : 13.95%, suffisante : 86.04% → 100% ; insuffisante : 0 %

- Poissons

Excessive : 12.5 %, suffisante : 87.5% → 81.25% ; insuffisante : 0 %

- Légumes

Excessive : 11.90 %, suffisante : 88.09% → 100%; insuffisante : 0 (%)

- Fromages :

Excessive : 10%, suffisante : 90 % → 81.25%; insuffisante : 0 (%)

- Desserts

Excessive : 6.9 %, suffisante : 93.02% → 93.75% ; insuffisante : 0 (%)

Avez-vous besoin d'aide au moment des repas

Cette aide vous est-elle apportée au moment voulu ?

Les Régimes :

Devez suivre un « régime » (oui pour 18.75% des résidents) ?

Votre régime est-il respecté (oui à 100%)

En êtes-vous satisfait (oui à 100%)

Le petit déjeuner qui vous est proposé vous convient-il

Est-il assez copieux : oui 100%

Est-il assez chaud oui : 68.75 % ; Non : 6.25% ; ça dépend... : 25%

Pouvez-vous varier vos choix ? Oui pour :

Café, Lait, Thé, Chocolat

Biscottes, Pain, Biscuits,

Beurre confitures, Miel ?

Aimeriez-vous autre chose :

Votre famille vous apporte-t-elle ?

A manger : gâteau, sucrerie.

A boire : oui 18.75%

Si oui pour quelles raisons : « pour me faire plaisir »

Pour remplacer un repas inadapté : non.

Pour compléter un repas insuffisant : non.

Pour faire plaisir : oui

Appréciation globale

Etes-vous habitués à la restauration collective ? 35 : **oui 74.46%**

Globalement êtes-vous satisfait ? Oui **100% → 100%**

Doit on améliorer les repas ? **Oui : 21.27% → 43.75%**

Comment : Pas de réponse.

Pas intéressé par le sujet : 0

Mécontent : 0

Peu satisfait : 0

Satisfait : 52.94%

Très satisfait : 47.06%

Les défis portent sur :

Les améliorations des horaires :

Les aides à apporter :

La « décoration » :

- Achats de nappes et serviettes en tissus.
- Achat d'un nouveau service de table.
- Collation tardive.
- Adaptation et rotation des circuits de distribution des aliments.
- Usages de chariots chauffants pour distribution des repas.
- Manque d'aide soignantes pour l'aide à la prise de repas.

Evaluation externe

Chapitre C : Qualité de vie

Les modes d'organisation sociale d'un H.E.P.A.D. peuvent influencer la représentation des résidents et la perception que les autres personnes ont de ceux-ci.

La qualité de vie dans l' H.E.P.A.D. est appréciée selon les rubriques suivantes :

14) Etablissement, aménagement, et équipement adaptés à l'âge et à la culture des personnes.

15) Confort hôtelier.

16) Beauté et environnement.

17) Apparence personnelle adaptée a l'age et a la culture.

18) Activité, emplois du temps et rythmes adaptés à l'âge et à la culture.

18. Activité, emplois du temps et rythmes adaptés à l'age et a la culture.

Définition : dans les H.E.P.A.D. L'heure du lever, du coucher et du repas devrait être la même que lorsque la personnes vivait à domicile, et non pas déterminée pour simplifier l'organisation du service ou pour accommoder le personnel. Il s'agit de l'adéquation des activités par rapport à l'âge et en fonction des rythmes proposés.

Le dîner est à 18h et le petit déjeuner à 8 h 15 soit 14 h plus tard : C'est un défi

20. **Droits est liberté :**

Définition : les règlements de l'institution, les formes d'organisation les activités d'un E.H.P.A.D. doivent encourager au maximum l'autonomie et le droits des usagers. Cela signifie que dans la mesure du possible, les personnes doivent jouir des mêmes droits que si elles vivaient à domicile. Les résidents doivent être maîtres et responsables de leurs actes, prendre des décisions sans être soumis à des contraintes. Avoir des droits implique également d'avoir des devoirs.

Il est nécessaire de respecter un minimum de règles de vie en communauté. Les tuteurs sont présents pour défendre les droits et intérêts des personnes.

Défi : **Le résident ne peut pas inviter plus de six personnes à déjeuner.**

34) **Le service de restauration**

Définition :

Il comprend toutes les activités en lien avec les repas. Leur confection donne satisfaction aux convives (présentation et goût) répond à leur besoin (respect de l'équilibre alimentaire et, s'il y a lieu des régimes, quantités suffisantes) et assure leur sécurité (respect des impératifs législatifs et réglementaires, système d'assurance qualité et traitement des non conformités)

Malgré :

L'absence de commission des menus.

La présence de trois emplois non qualifiés dans le service.

Le menu de la semaine difficilement lisible par les résidents.

C'est une force :

La démarche H.A.C.C.P. est en place.

Une enquête de satisfaction de restauration est faite tous les 06 mois auprès des résidents, familles, visiteurs, membres du personnel, stagiaire.

Le chef de cuisine gère le service de la distribution des repas et jusqu' au nettoyage des locaux (cuisine et salle à manger).

Le chef de cuisine s'implique de façon concrète auprès des résidents (partenariat avec l'animatrice lors des repas à thèmes).

La formation du chef de service (traiteur) lui permet de respecter les aliments de saisons et si besoin, il se rapproche de la diététicienne de l'hôpital de Soissons.

Il y a des achats pour les régimes mixés.

Les personnes diabétiques bénéficient de pâtisseries adaptées.

Il est possible de changer de menu au dernier moment lors du service.

Politique d'ouverture :

- Participation des familles ;
- Des élus et représentants de la municipalité,

43) Prévention des chutes.

44) Prévention des escarres :

C'est une force :

La prise en charge de la dénutrition est effectuée attentivement avec **délivrance de compléments alimentaires** si besoin.

45) Prévention de la constipation :

Définition : La constipation retentit sur la qualité de vie des personnes.

Elle est fréquente après 75 ans.

Elle est favorisée par une diminution de l'activité de la musculature abdominale, par une prise insuffisante des boissons (moins de 1 litre par jour) et des substances de lest, par l'effet secondaire de certains traitements.

(Les neuroleptiques en particulier) Le plus souvent, la prise répétée de laxatif aggrave la situation.

Les personnes à risques sont surveillées, les causes sont identifiées, les mesures adaptées sont proposées et les traitements sont ajustés.

En cas d'échec des mesures hygiéno-diététiques, le médecin prescrit un traitement spécifique.

Une force :

Du pain complet est à la disposition des résidents

47) La dénutrition et la déshydratation :

Définition :

A) La dénutrition s'observe à la suite d'une diminution des apports alimentaires u d'une augmentation des dépenses de l'organisme

En institution, l'équipe soignante recherche les facteurs favorisant la de nutrition :

Mauvais état dentaire.

Perte de l'appétit

Elle dépiste les causes d'augmentation des dépenses : agitation, déambulation..

Toute modification qualitative et / ou quantitative de la prise d'aliments est explorée et, au besoin un suivi alimentaire est institué.

B) La déshydratation est consécutive à une insuffisance de prise de boissons ou a une augmentation des pertes hydriques.

Chez beaucoup de personnes âgées on observe une diminution de la sensation de soif qui, associée a des températures élevées (le climat, les locaux, ou la fièvre) ou a une volonté délibérée de restreindre les boissons conduits a la déshydratation.

Le risque de déshydratation est pris en considération ; des attitudes préventives assurent aux résidents particulièrement à risques, notamment après détérioration récente des fonctions cognitives, des apports hydriques suffisants.

Une fiche des repas existe.

Des compléments alimentaires sont délivrés.

Des affiches encouragent l'hydratation.

Deux aides-soignants aident aux repas.

C'est un défi :

Il n' y a pas de fiche d'hydratation individuelle.

Il n' y a pas de balance adaptée à tous les résidents (en fauteuil roulant ou grabataires)

Il n' y a pas de fontaine à eau dans les couloirs.

- La nutrition : thèmes de santé publique ; Joël MENARD le CM : 24/06/2000
- Les besoins nutritionnel de la personne âgée : S LUAQUE et T CONSTANT :
Le C.M : 19/10/2002
- La dénutrition du sujet âgé : B VELLAS : Th CONSTANS , P BROCKER M
FERRY , Toulouse (Impact médecin oct 1999)
- Soins de bouche et fin de vie Jean Noel FIESSINGER ; RP : 06/06/2002)
- Faut il traiter l'hyper cholestérolémie des sujet âgée : Pr G TURPIN CM :
12/03/2003
- Fin de vie droit de l'homme et dignité Jean GUIGUE : CM : 08/09/2001
- Interet de la nutrition artificielle de l'adulte Prescrire : 04/1997
- Perfusion sous cutanée : R Prescrire : 11/96
- Surveillance d'une nutrition enterale a domicile : CM 18/03/2000
- Accompagnement de fin de vie : F Natali : CM 25/03/2000
- Anorexie des personnes âgées : age et nutrition : 2002 vol 13 , N°2
- Inter actions entre micro nutriments et traitements médicamenteux chez le sujet
agé : : age et nutrition : 2002 vol 13 , N°2
- Programme d'éducation nutritionnel pourrait prévenir la perte de poids et
ralentir le déclin cognitif dans la maladie d' Alzheimer : age et nutrition : 2002
vol 13 , N°2
- Diabète de type II : G SLAMA : C.M : 17/11/2001
- Prévention du vieillissement pathologique : G KALTENBACH : C.M :
16/09/2000
- Déshydratation hyper natremique aigue du sujet agé : CM : 05/05/2001
- Troubles digestif : Régulariser le transit : CM : 17/11/2001

- Traitement de l'intestin irritable : CM ; 01/12/2001
- Supplémentation protidique du sujet âgé : Panorama du médecin : 20/06/2002
- Hypercholestérolémie du sujet age : JP Rageau 14/05/2002
- Comment prévenir le escarre de l'adulte et du sujet âgé : « Consulter » 14/05/2002
- Les clefs du vieillissement réussi : le Q du M : 25/10/2002
- L'alimentation des seniors : riches et variée : 20/03/2003
- Nutrition : du poissons deux ou trois fois par semaine : Panorama 2003/2003
Mal
- La malnutrition des personnes âgées : une maladie fréquente : tout prévoir : N° 339 :03/2003
- La dénutrition de la personne âgée : le généraliste et la gérontologie : N° 13
03/1995
- Diététique : la revue du généraliste et de la gérontologie : mars 2001
- Calcium et vitamine D panorama : 20/03/2003
- Perte de poids et maladie d' Alzheimer Panorama du médecin : 20/03/2003
- Poudre hyper protéinée et équilibre alimentaire C M : 30/11/2001
- Goût et odorat : G ABIVEN : gérontologie pratique : N°132
- Evaluation diagnostique de la dénutrition proteino énergétique des adultes hospitalisés : Sept 2003 gériatries N°38