

DIU Médecin Coordonnateur
2003 – 2004

Le suivi de l'alimentation dans une
unité spécifique pour personnes
atteintes de maladie d'Alzheimer ou
syndromes apparentés

Par

Docteur PARENT Annie
Docteur TOURNEUX Marc
Docteur DESOIZE Gérard

L'alimentation dans une unité spécifique pour personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou apparentées

INTRODUCTION

1- RAPPELS SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER

- 1-1 Histo-pathologie
- 1-2 Clinique
- 1-3 Contexte épidémiologique

2- L'ALIMENTATION DE LA PERSONNE AGE

- 2-1 Les besoins nutritionnels
- 2-2 Les différents aliments
- 2-3 L'évaluation nutritionnelle:
 - MNA
 - Conduite à tenir

3- INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT

- 3-1 Les unités spécialisées
 - 3-1-1 La notion d'environnement prothétique
 - 3-1-2 Les critères caractéristiques
 - 3-1-3 Les objectifs
 - 3-1-4 Les spécificités architecturales
 - 3-1-5 L'organisation générale des locaux
 - 3-1-6 Les unités ASA

- 3-2 Le personnel
 - 3-2-1 Formation
 - 3-2-2 Attitudes et vigilances des aidants professionnels
 - 3-2-3 L'intégration dans un réseau de soins

- 3-3 La politique de restauration d'un EHPAD
 - 3-3-1 Les demandes et les goûts des résidents
 - 3-3-2 Les recommandations diététiques
 - 3-3-3 Les contraintes exercées par les autorités de contrôle
 - 3-3-4 Les contraintes budgétaires et la pression exercée par l'industrie agro-alimentaire
 - 3-3-5 Favoriser la convivialité et faire plaisir

4- LES BESOINS ALIMENTAIRES SPECIFIQUES DE LA PERSONNE AGEE ALZHEIMER

- 4-1 Physiopathologie de l'amaigrissement
 - Diminution des apports alimentaires
 - Augmentation des dépenses énergétiques
- 4-2 Carences polyvitaminiques , minéraux, oligo-éléments et iatropathogénie
 - Carences protéiques
 - Iatro-pathogénie
 - Hydratation
- 4-3 La prise en charge des troubles psycho-comportementaux
 - déambulation
 - agitation / agressivité
 - opposition / refus alimentaire
 - orientation dans le temps : rythmer la journée
 décodage des comportements et souffrances non exprimée verbalement
- 4-4 Evolution de la maladie et co-morbidités
 - adaptation des textures : fausses routes, troubles de déglutition
 - troubles digestifs : transit
 - régimes : analyse bénéfique/ risques, hypercalorique/ escarres, sucré..
 - intégration dans un réseau, filière et spécialistes
- 4-5 Le dossier du patient
 - dossier administratif, de soins, médical
 - Evaluations et plan d'aide : Maintien des capacités résiduelles
 - Limite des ateliers thérapeutiques : sécurité : HACCP et TIAC, brûlures...
- 4-6 DTA et alimentation en fin de vie

5- LE REFERENTIEL

CONCLUSION

En lien avec la vie à domicile précédent l'entrée en institution :

- Unité spécifique= lieu de recherche, d'observation
 - = lieu de formation des familles à sensibiliser : groupes de paroles
 - des aidants professionnels à domicile
- = lieu d' intégration progressive par l'existence d'un accueil de jour conjoint
- = lieu final de vie avec problème éthique de soins palliatifs en USA
- = plate forme de coordination gérontologique des DTA travaillant en réseau avec en amont les centres de diagnostic, les services de soins à domicile, les associations de familles et en aval les services hospitaliers et les équipes mobiles de soins palliatifs.

L'alimentation est un élément du soin et du prendre soin

En novembre 2000, le Professeur GIRARD remettait un rapport à Elisabeth GUIGOU dans lequel il, écrivait : « *la maladie d'Alzheimer est un défi auquel la société se doit d'apporter des réponses efficaces et respectueuses de la dignité des malades... La maladie d'Alzheimer et les démences en général nécessitent des efforts importants sur le plan quantitatif et spécifiques sur le plan qualitatif* ».

A partir de ce constat, les instances ministérielles décident en Octobre 2001, de proposer un programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées articulé sur six objectifs. (40)

La circulaire DHOS n° 2002-222 du 16/04/2002 met en œuvre concrètement ce programme dont les différents volets montrent la volonté de soutenir et d'aider les personnes malades et leurs familles. L'un d'eux vise l'amélioration de la qualité des structures d'hébergement pour personnes âgées. La réforme de la tarification des EHPAD par arrêté du 26/04/1999 imposait déjà l'engagement dans une démarche d'amélioration de la qualité des prestations. Elle est ici renforcée au bénéfice des personnes désorientées.

Plus récemment, en septembre 2004, le ministre de la Santé et de la Protection Sociale présentait « le plan Alzheimer 2004-2007 » en dix mesures destinées « à améliorer la qualité de vie ».

C'est dans ce cadre que nous avons situé notre travail. L'un des temps forts d'une journée est représenté par les repas. C'est ainsi que nous nous sommes interrogés : « Comment parvenir à proposer une alimentation de qualité à des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et accueillies en unité spécifique au sein d'un Etablissement Accueillant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ?

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

La grande majorité des personnes souffrant d'une démence de type Alzheimer (DTA) maigrissent progressivement au cours de l'évolution de leur maladie, et un certain nombre meurt de dénutrition.

Assurer une alimentation correcte aux résidents souffrant de cette maladie, tout en maintenant une bonne relation avec lui, est l'un des rôles essentiels de l'équipe soignante de l'EHPAD.

A fortiori, lorsqu'il y a un refus d'alimentation, ce rôle devient un véritable défi.

En effet, laisser un résident mourir de faim relèverait de la maltraitance, mais le forcer à manger serait aussi de la maltraitance.

Cette dernière solution a été pourtant la méthode utilisée et préconisée par les aliénistes au 19^e siècle, dont voici quelques exemples.

GUISLAIN dans ses « leçons orales sur la phrénopathie » (1852) (cité par Bernard de Freminville dans " La raison du plus fort ") (16) , parle longuement de ses méthodes d'alimentation forcée :

« Je suppose que, pour l'aliéné que vous voyez là, on doive recourir à l'alimentation forcée.

Comment s'y prendra-t-on ?

On présente au malade son bouillon ; on lui demande s'il veut le prendre...

Il refuse...

Immédiatement après on agit...

On l'étend sur un matelas ou sur son lit, dont on a eu soin d'ôter le traversin...

On éloigne la couchette du mur.

On place le sujet de telle sorte que la tête se trouve du côté du pied du lit, qui ne doit pas être relevé.

Si le patient oppose de la résistance, un aide est assis à califourchon sur son bassin. Si le malade est très rebelle, un autre aide tient la tête de ses deux mains à la fois ; on lui recommande une attention et une fermeté soutenues. La tête doit être un peu renversée en arrière, mais de façon à ne pas trop tendre le cou.

De chaque cote un aide appuie sur l'épaule et sur le bras. L'un des deux se placera de manière à ne pas gêner la personne chargée d'ouvrir la bouche.

Un autre aide, deux aides ou plus s'il le faut, assujettiront les pieds et les genoux.

Il est utile de déployer un appareil considérable d'hommes.

Le malade étant placé dans cette attitude et ne pouvant se mouvoir, on a le choix :

- ou bien d'ouvrir la bouche*
- ou d'introduire une sonde par les narines*

OUVERTURE FORCEE DE LA BOUCHE

1. J'essaie d'abord d'ouvrir la bouche. On remarque qu'elle est convulsivement serrée, surtout après une seconde, une troisième tentative.

Les deux opérations sont également difficiles, et la sonde présente même toujours plus de danger que l'ingestion directe des aliments.

Je préfère ce dernier mode parce qu'on parvient à ouvrir plus aisément la bouche, au moyen d'instruments d'une extrême simplicité.

Je me sers à cet effet d'un stylet d'acier aplati, garni d'un manche que j'engage entre les arcades dentaires, là où il y a quelque vide entre la dent canine et la première molaire. Je fais un léger effort, j'écarte les arcades dentaires en glissant le stylet sous les molaire assez avant pour pouvoir y faire entrer un autre petit levier en acier. Celui-ci est également aplati sur ses faces, mais mince et effilé sur son bord de devant, à peu près comme le ciseau du charpentier. Je glisse ce levier dans l'écartement que j'ai produit par le stylet et, au lieu de la position horizontale qu'il avait lors de son introduction, je lui donne une position verticale.

2. *Je retire alors le stylet. Je prends un levier en bois très solide, un peu plus volumineux que mon second levier, je le fais passer entre les arcades molaires ; je le pousse à l'intérieur de la bouche jusque sur la langue et verse le bouillon dans la bouche.*

3. *Point n'est besoin de toujours se servir du premier instrument ; le levier en acier suffit le plus souvent.*

4. *Un autre instrument a été employé à cet effet, c'est le **speculum oris** . Il se compose de deux tenettes qu'une vis soulève et écarte à leur base.
Pendant qu'on introduit les aliments, le malade exerce sa langue à des mouvements anti- deglutionnaires : afin de les prévenir, afin de les arrêter, il faut déprimer cet organe au moyen d'une cuiller ou d'un biberon.
Cette manœuvre m'a presque toujours réussi ; je fais passer le bouillon, le lait, le petit lait, les œufs, au moyen d'une cuiller ; mais, au lieu de faire couler le liquide sur la face de la langue, je la projette et cela jusqu'au fond de la bouche, jusque dans le pharynx.
Cette opération est facile quand les instruments sont bien faits et que la personne qui Doit s'en servir a acquis l'adresse et la dextérité nécessaires. Mais on échoue parfois et souvent on ne réussit qu'incomplètement.
On fait ordinairement l'ingestion deux fois par jour.*

INTRODUCTION DE LA SONDE PAR LA BOUCHE

L'introduction de la sonde sans mandrin n'est pas possible ; l'instrument se courbe, il va se plier contre la paroi postérieure du pharynx. Le malade lui imprime une fausse direction avec la langue.

Je fais donc passer un mandrin de fil de fer, assez faible pour pouvoir être plié facilement ; je lui donne l'inflexion de la langue ; mais dès que l'instrument a dépassé la base de cet organe, je retire le mandrin et le remplace par une tige de baleine : alors je glisse l'instrument tout entier et je verse la nourriture dans l'entonnoir extérieur.... »

L'alimentation forcée était un problème récurrent dans les établissements psychiatriques, et les médecins aliénistes faisaient preuve d'une imagination débordante pour améliorer leurs techniques de gavage, inventant des instruments plus barbares les uns que les autres :

Le Bâillon-biberon, la bouche d'argent, la clef buccale, le morillon en bois, la pince à mors, la pompe stomacale.

Les *lavements de bouillon* utilisés en dernier recours, lorsque l'alimentation per os n'était plus possible, souvent du fait des lésions provoquées par les techniques décrites plus haut.

Une autre méthode décrite par MOREL en 1860, mérite d'être citée :

« Je suis toujours parvenu à dompter l'obstination des malades au moyen de l'électricité. Les deux branches de la pile sont appliquées à la nuque, le malade tournant le dos à la machine, et promenées ensuite sur les parties latérales du cou, dont la sensibilité est extrême.

Les aliments sont placés devant le malade, qui sait qu'en les prenant il met terme aux sensations douloureuses qu'il ressent » ...

Toutes ces méthodes de gavage, reflet du sentiment de toute puissance des aliénistes, ont perduré jusqu'à la fin de la 2^e guerre mondiale, où ce sont des médecins, ex-prisonniers des camps nazis, qui les premiers, ont contesté le comportement de leurs collègues...

Actuellement les sujets présentant une DTA, ne sont plus placés en milieu psychiatrique, et restent à leur domicile, si leur entourage peut les aider efficacement, et si la maladie est peu avancée. Lorsque l'évolution de la maladie est plus sévère, et que le maintien à domicile devient inadapté, ils sont en général accueillis dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Aujourd'hui, les mentalités ont évolué ; « La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante »⁽⁵⁰⁾, publiée en 1987 et modifiée en 1999, et « La charte des droits et libertés de la personne accueillie » du 9 Octobre 2003, sont l'expression de ce changement radical d'état d'esprit :

« ... Toute personne âgée dépendante doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix de certains risques... »

« ...la personne accueillie a droit au respect de sa dignité et de son intimité... »

A ce changement de mentalité qui a heureusement provoqué une modification du comportement des soignants, s'ajoutent les progrès de la gériatrie et de la gériatrie, qui ont permis de mieux connaître :

.La Maladie d'Alzheimer (*Chapitre I*)

.Les besoins nutritionnels de la personne âgée (*Chapitre II*)

.L'influence de l'environnement sur le résident (*Chapitre III*)

.Les besoins nutritionnels de la personne présentant une DTA (*Chapitre IV*)

C'est toute la problématique posée par ces éléments que nous allons essayer d'exposer.

1- RAPPELS SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER

L'idée que le vieillissement puisse s'accompagner de troubles de l'esprit est connue depuis l'Antiquité mais cela a inquiété les juristes bien avant les médecins.

Le terme de démence va apparaître dans le vocabulaire médical français en 1797, suite aux écrits de Pinel. Il dérive du latin « demens » constitué du préfixe « de » (hors de) et du suffixe « mens » (esprit) et renvoie donc à une situation caractérisée par la disparition des qualités intellectuelles spécifiques de l'être humain.

En 1907, Aloïs Alzheimer, neuropathologiste de l'école de Munich, publie l'étude d'une patiente âgée de 51 ans ayant présenté un délire de jalousie suivi d'une altération des fonctions cognitives aboutissant au décès dans un grand tableau démentiel. A cette

description histologique de la maladie démentielle, il donne le nom de dégénérescence neuro-fibrillaire. Dès lors, la démence va intégrer le champ des affections organiques du cerveau et devenir une maladie neurologique.

Le premier congrès mondial sur la maladie d'Alzheimer et les autres démences séniles a lieu à Londres en 1977. Cela correspond à la prise de conscience débutante qu'il s'agit d'un réel problème de Santé Publique.

1-1 HISTO-PATHOLOGIE

Les progrès des neurosciences ont permis des avancées importantes dans les connaissances physiopathologiques de la maladie. Successivement sont précisées :

- la dégénérescence neurofibrillaire provoquée par la protéine TAU,
- l'existence de plaques amyloïdes liées à l'accumulation anormale du peptide bêta-amyloïde.
- l'altération des systèmes cholinergiques centraux.

Parallèlement, les études cliniques et épidémiologiques sont réalisées. En 1984 les critères diagnostiques de maladie d'Alzheimer sont établis par le groupe de travail multidisciplinaire NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communication Disorders and Stoke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association).

Les travaux de BRAAK et BRAAK confirment que les lésions cérébrales de la maladie d'Alzheimer progressent selon des stades successifs, au sein du cortex entorrhinal, de l'hippocampe, du lobe temporal externe puis de tout le néo-cortex, expliquant la progression de la sémiologie clinique.

Les progrès des investigations neurologiques ont montré l'existence de multiples pathologies correspondant aux critères cliniques des démences. Au sein même des affections neurodégénératives, on distingue aujourd'hui :

- les démences corticales (syndrome démentiel de type Alzheimer, démences frontales, démences fronto-temporales)
- les démences sous-corticales (démences parkinsoniennes, paralysie supranucléaire progressive)
- les démences cortico-sous-corticales (démences à corps de Lewy, dégénérescence cortico-basale).

1-2 CLINIQUE

Les symptômes de la démence comprennent :

- une détérioration lente, progressive et irréversible des capacités fonctionnelles en particulier cognitives,
- des troubles mnésiques qui constituent, le plus souvent, le premier symptôme,
- associés, à des degrés divers, à une désorientation temporo-spatiale, à des troubles du jugement, des troubles du caractère, des troubles instrumentaux tels que apraxie, agnosie, aphasie, et une altération de la pensée abstraite.

On admet que la maladie d'Alzheimer évolue en 3 phases :

- la première correspond à l'installation silencieuse des lésions cérébrales, sans aucun signe ni symptôme cliniquement décelable,
- la seconde correspond à l'apparition progressive de modifications cognitives et comportementales dont l'intensité n'est pas suffisante pour permettre un diagnostic de démence,
- lorsque les lésions cérébrales ont atteint un certain seuil de sévérité ou d'extension, les manifestations cliniques remplissent les critères de démence et on parle alors de démence de type Alzheimer légère, modérée puis sévère selon l'intensité des déficits cognitifs et le degré de perte d'autonomie.

Depuis dix ans, les connaissances sur les démences et sur la maladie d'Alzheimer en particulier ont considérablement progressé. Les démences sont reconnues comme des maladies et non plus comme une simple exagération du vieillissement. La démence se

développe suite à différentes affections dont la maladie d'Alzheimer constitue la principale cause (60%), suivie par les démences mixtes (vasculaires et neurodégénérative).

1-3 CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE

En France, au dernier recensement de 1999, les personnes de 60 à 74 ans représentaient 13,6% de la population générale et celles des 75 ans et plus, 7,7% soit 4,5 millions.⁽⁵⁾

Selon les projections démographiques de l'INSEE à l'horizon 2020, les personnes de plus de 60 ans représenteront 27% de la population et celles de plus de 75 ans 9,5%. A l'horizon 2050, les plus de 60 ans seront 22,4 millions d'individus, soit 35,1% de la population française.

Les aspects médicaux, psychologiques mais aussi économiques et sociaux liés à la santé des sujets âgés ont fait l'objet de nombreux écrits dans la littérature. Par ailleurs, toutes les études confirment l'augmentation exponentielle avec l'âge de la prévalence des démences. Ainsi, il est devenu indispensable de pouvoir donner des estimations du nombre de sujets déments pour pouvoir anticiper les problèmes de prise en charge lourde que nécessite cette pathologie au cours de son évolution. ⁽⁶⁾

Les chiffres européens publiés en 2000 ont été calculés à partir de 8 études européennes menées dans 7 pays utilisant les critères du DSM III-R. Pour la démence, le taux d'incidence est égal à 2/1000 sujets par an entre 65 et 69 ans et atteint 70/1000 sujets par an après 90 ans. Parmi ces cas incidents de démence, 60 à 70% sont des maladies d'Alzheimer, les autres démences sont vasculaires (10%) et mixtes (20%).

Ainsi en 2003, en France, on recense 700 000 personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés selon les données de l'enquête PAQUID 2002. Ce nombre s'élèvera à 840 000 en 2010.

Ce phénomène constitue un enjeu de société majeur et concerne toutes les problématiques de l'accompagnement des PA en perte d'autonomie.

Sur les 700 000 personnes dénombrées, 40% vivent en institution, soit 280 000 personnes

72% des personnes de plus de 75 ans vivant en établissement souffrent de détérioration intellectuelle.

Le taux de prévalence de la maladie, s'il est de 6.5%, dans la tranche d'âge 75-79 ans s'élève à 27.6% chez les 85-89 ans et 47% chez les +90 ans.

A l'horizon 2010 si ces proportions restent les mêmes, le nombre de malades en établissement s'élèverait à 336 000 auxquelles il convient d'ajouter les 126 000 personnes isolées dont la probabilité d'entrée en institution est particulièrement élevée et on sait qu'elle augmente avec l'âge.

Ces données sont à rapprocher des données démographiques des plus de 85 ans. Elles sont corroborées par une étude récente de la fondation EISAI qui démontre un besoin supplémentaire d'hébergement adapté de 119618 places.

Il s'agit réellement d'un sujet d'actualité dont les médias s'emparent régulièrement au travers de faits divers car, si l'existence d'établissements médico-sociaux est nécessaire en elle-même, elle n'est pas suffisante. En effet, ces établissements accueillent des personnes âgées le plus souvent malades et dépendantes. Il s'agit donc de s'assurer de leur bon fonctionnement et de la réalisation de bonnes pratiques professionnelles au sein de ces établissements.

Sachant que la dénutrition est la principale cause de décès par complications et déficiences d'organes, sachant que les troubles du comportement peuvent être un mode de révélation de la maladie d'Alzheimer ou survenir en cours d'évolution de celle-ci et compliquent la prise en charge, nous analyserons dans un premier temps les besoins nutritionnels de la personne âgée suivi dans un second temps des besoins particuliers de la personne âgée démente Alzheimer.

2- L'ALIMENTATION DE LA PERSONNE AGÉE

Le vieillissement diminue les réserves corporelles et rend la personne âgée beaucoup plus vulnérable à la dénutrition protéino-énergétique. Dans les pays occidentaux, avec l'avance de l'âge, les risques nutritionnels ne sont plus liés à la pléthore, comme chez les personnes plus jeunes, mais à la carence.

Le vieillissement s'accompagne de certaines modifications comme l'altération du goût et de l'odorat, une moins bonne gestion du stockage énergétique et de l'utilisation des aliments, qui augmentent le risque de déficits nutritionnels.

A l'inverse, une alimentation correcte et équilibrée influence favorablement le vieillissement et réduit l'incidence de certaines pathologies liées à l'âge.

2-1 LES BESOINS NUTRITIONNELS DE LA PERSONNE AGÉE.

Besoins Caloriques : 35 Kcal/kg/jour (2100 Kcal/jour pour une personne de 60 kg)
35% de cette énergie doit être apporté par des lipides.
50 % par de glucides.

La ration en protéines est au minimum de 1 gramme/ kg / jour. Il ne faut pas hésiter à augmenter cette ration, en cas de maladie inflammatoire ou infectieuse, d'escarre, ou de stress.

Apport en Calcium : 1200 mg/jour. Il est indissociable d'un apport en vitamine D, et d'une exposition minimum au soleil.

Apport en fibres : 20 à 25 mg/jour. Trouvés dans les fruits, les légumes et les céréales complètes.

Apport en folates : 400 µg/jour.

Liquide : 1,5 litres/jour. Ne pas hésiter à augmenter à 2 litres/jour en cas de fièvre ou de forte chaleur.

2-2 LES DIFFERENTS ALIMENTS :

LE LAIT ET LES PRODUITS LAITIERS :

Il faut préférer systématiquement le lait entier, les fromages blancs à 40 % de matière grasse, les yaourts au lait entier, les petits suisses à 60 % de matière grasse, le gruyère, le comté, le roquefort, les desserts laitiers, le riz au lait, desserts à la crème etc...

C'est la meilleure source possible de calcium, ils apportent aussi des protéines, des lipides des sels minéraux, des vitamines A et des vitamines du groupe B. Il faut veiller à ce qu'il y ait prise de 4 produits laitiers par jour.

Le lait en poudre, le beurre, le gruyère râpé, la crème fraîche, peuvent servir à enrichir beaucoup de plats, si l'on a besoin d'un régime hyper calorique : deux cuillerées à soupe de lait en poudre apportent 15 gr. de protéines.

LES VIANDES, POISSONS ET ŒUFS :

Ils sont la source principale en protéines, et apportent des acides aminés essentiels que l'on ne retrouve dans aucun autre aliment. Ils apportent aussi des lipides, du fer, de la vitamine A et des vitamines du groupe B.

Les poissons gras apportent de la vitamine D et des acides gras essentiels de la série des Omega 3.

Il est recommandé de consommer de la viande, du poisson ou des œufs au moins une fois/jour.

20 grammes de protéines sont apportés par 100 grammes de viande, de poisson, ou deux œufs.

Des lardons dans la salade ou les pâtes sont un complément intéressant.

Il faut penser aussi à la charcuterie, aux friands, quiches, terrines de poisson.

Les légumes peuvent être farcis avec de la viande, de la chair à saucisse, des œufs etc...

LES PATES, LE PAIN, LES CEREALES, LES POMMES DE TERRE ET LES LEGUMES SECS :

Ils constituent la principale source de sucres lents (amidon) qui apportent 50 % des calories absorbées. Ils apportent aussi des fibres et des vitamines du groupe B, surtout s'il s'agit de céréales complètes.

Les légumes secs sont aussi intéressants par leur teneur en protéines végétales. On peut proposer des gâteaux au petit déjeuner : quatre quart, cakes, madeleines etc...

Ce groupe d'aliments doit se retrouver à chaque repas.

LES FRUITS ET LEGUMES :

Sources de glucides, de magnésium, de potassium, de vitamines C et A.

Ils doivent être consommés à chaque repas, crus ou cuits. En jus de fruits frais, milk-shakes, compotes, tartes aux légumes, gratins de fruits, flans salés ou sucrés.

Il faut tenir compte que leur cuisson prolongée, le stockage et le réchauffage détruisent une grande partie des vitamines.

Les fruits secs, riches en potassium, sont de véritables concentrés d'énergie.

2-3 L'ÉVALUATION NUTRITIONNELLE.

20 à 40 % des personnes âgées en institution sont dénutries, et, les personnes âgées démentes présentent un risque accru. Leur vulnérabilité à la dénutrition protéino-énergétique impose la nécessité d'une surveillance spécifique et rapprochée, axée sur l'évaluation nutritionnelle.

Toute personne âgée doit être pesée systématiquement une fois par mois.

Les signes d'alerte :

- .La perte de 2 kg dans le dernier mois ou de 4 kg dans les 6 derniers mois.
- .La perte de 15 à 20 % du poids de l'âge adulte.
- .Seulement deux repas par jour.
- .Suit un régime.
- .Dispose de revenus insuffisants.
- .Perte d'autonomie physique ou psychique.
- .Problèmes bucco-dentaires.
- .Troubles de la déglutition.

- .Veuvage, solitude, état dépressif.
- .Constipation.
- .Prend plus de cinq médicaments par jour.
- .Toute maladie.

L'existence de l'un des deux premiers signes ou de deux des signes suivants, doit attirer l'attention sur le risque de malnutrition protéino énergétique. Il faudra alors procéder à une évaluation du statut nutritionnel.

Parmi les différentes méthodes, le « **MNA** » (Mini Nutritional Assessment) est un outil d'évaluation simple, rapide et nécessitant le minimum de matériel.

Pratique du MNA :

La première partie du questionnaire constitue la partie dépistage, et, est faite de six items. En plus du poids, il faut connaître la taille de la personne. Il s'agit de la taille du sujet lorsqu'il était adulte jeune. Si le sujet ne s'en souvient pas, on peut la recueillir sur la carte d'identité, ou bien l'évaluer à partir de la mesure de la hauteur talon-genou.

Il faut calculer l'indice de masse corporelle, ou indice de Quetelet, ou IMC, il correspond au rapport poids/taille² en kg/m².

Le score de dépistage maximal de cette première partie est de 14 points.

Un score de 12 points ou plus, doit être considéré comme normal, et permet de ne pas poursuivre l'évaluation.

Un score de 11 points ou moins, montre la possibilité d'une malnutrition, et mène à une poursuite de l'évaluation.

La seconde partie du questionnaire constitue l'évaluation globale, et, est faite de 12 items.

Si la personne est dépressive ou démente, il faut l'aide de l'entourage pour répondre à certaines questions. Par ailleurs il faut mesurer la circonférence du bras et du mollet.

Le score de l'évaluation globale maximal est de 16 points.

Le score total maximal est donc de 30 points.

Interprétation des résultats :

Un score total inférieur à 17 montre une dénutrition protéino énergétique.

Un score total entre 17 et 23 montre un risque de dénutrition.

Un score total supérieur ou égal à 24 permet de considérer que l'état nutritionnel est satisfaisant.

CONDUITE A TENIR SELON LE SCORE DU MNA

A) LE SCORE TOTAL EST SUPERIEUR OU EGAL A 24

L'état nutritionnel peut être considéré comme satisfaisant, mais on continue à surveiller le poids tous les mois.

On donne au sujet et à la famille les conseils alimentaires nécessaires pour éviter une dénutrition.

B) LE SCORE TOTAL EST COMPRIS ENTRE 17 ET 23

Il y a là un fort risque de dénutrition, et il faut analyser chaque item du MNA , particulièrement ceux qui font baisser le score :

- Si la personne n'a pas une consommation variée (questions K et L) il faut corriger ce défaut.
- Si il y a une insuffisance de boisson (question M) il faut comprendre pourquoi, et proposer des boissons variées, si la personne n'aime pas l'eau, proposer des potages.
- Si la personne prend plus de 3 médicaments (question H), il faut analyser : l'ordonnance avec le médecin traitant, pour voir si on peut l'alléger.
- La présence d'escarres ou de plaies (question I) surtout si l'albuminémie est basse, doit faire réévaluer son traitement et faire enrichir la ration protéique.
- Il faut aussi rechercher systématiquement d'éventuels problèmes bucco dentaires, un syndrome dépressif et une baisse des fonctions cognitives.

C) LE SCORE TOTAL EST INFERIEUR A 17

Il y a là une dénutrition protéino-énergétique sévère. Comme précédemment, il faut analyser les items qui font baisser le score, et faire une enquête alimentaire.

Mais il faut aussi pratiquer un bilan biologique avec l'albuminémie et la CRP.

Si le MNA est inférieur à 17, l'albuminémie inférieure à 25 gr/l, et la CRP élevée une hospitalisation s'impose.

L'ensemble de ces considérations et de ces études sont relatives à la personne âgée dans un contexte général.

Mais comment décliner et analyser ces données lorsqu'une personne âgée devient démente et est accueillie dans une unité spécifique au sein d'un EHPAD. Nous allons,

pour le comprendre, déterminer ce qu'est ce nouvel environnement et son incidence sur la personne âgée démente.(23)

3- INFLUENCE DE L' ENVIRONNEMENT

Tant que les résidents atteints de la maladie d' Alzheimer ne posent pas de problèmes liés à la déambulation excessive, avec risques de chute, de blessure, ou même de " fugue " ou ne ressentent pas une impression d'insécurité, il y a tout intérêt à leur assurer au sein de l' EHPAD les mêmes conditions de vie que les autres résidents, conditions idéalement... aussi proches que possible de celles de la vie à domicile. Ce qui implique nécessairement une vigilance qu'il faut pouvoir assurer de façon permanente.

Dès lors que les troubles des fonctions supérieures l' exposent à des risques qui peuvent nuire à son équilibre déjà précaire voire mettre sa vie en danger, il convient de le mettre en sécurité tout en préservant ce qui persiste des acquis cognitifs; il est même souhaitable de tenter par tous les moyens possibles d' obtenir la récupération de certains actes de la vie courante, de certains comportements pas forcément "éteints " de façon définitive.

C' est pour adapter des structures spécialisées à ce type de résidents (et non le contraire) que médecins, psychologues, psycho-motriciens, ergothérapeutes, architectes et promoteurs vont additionner leur expérience en concevant des locaux sans cesse évolutifs.

3-1 LES UNITES SPECIALISEES

La problématique de la prise en charge de ces patients commence à se poser en 1970. Reposant sur le concept de Georges Caussanel, naissent les premiers CANTOU (« coin du feu » en occitan) Centres d' Animation Naturelle Tirée d' Occupations Utiles... Ce sont des unités closes regroupant une douzaine de résidents

autour d'une « maîtresse de maison » qui, assistée ou non des familles, organise des activités occupationnelles essentiellement domestiques auxquelles participent ces résidents. Plus tard, une circulaire de février 86 établit un programme pour promouvoir la construction des MAPAD (Maisons d' Accueil pour Personnes Âgées Dépendantes) qui sont des unités comprenant une salle à manger, un salon d'une soixantaine de mètres carrés et des circulations permettant la déambulation(8). De nombreux projets sont restés sans suite, ne permettant pas d'évaluation satisfaisante. Des structures sont également mises en place aux USA, (SCU : Specialized Care Unit) et en Europe (unité ASA : Unité d'Accueil Spécialisée Alzheimer).(54,55,56,57)

3-1-1 La notion d'environnement prothétique.

Créé en 1974, l' Institut Weiss du Centre Gériatrique de Philadelphie a été conçu à partir de l' application de principes de comportement humain, dans le but d' améliorer les conditions d' existence des personnes âgées souffrant de déficit cognitif. L'équipe de Lawton a établi quelques postulats qui conduisent à la notion d' environnement « prothétique ».

D'abord la constatation que si la plupart des personnes peut réagir positivement à des pressions environnementales variées , dans le cas de personnes à basse compétence, les limites de l'adaptabilité sont beaucoup plus restreintes.

Ensuite, le corollaire suivant : plus la personne est atteinte, plus elle est sensible ou vulnérable aux déficiences de son environnement parce que moins adaptable.

Il s'ensuit ,

- que plus la compétence de la personne diminue, plus elle est affectée par un environnement nocif
- qu'un aménagement environnemental adapté peut produire une amélioration considérable sur le comportement d'une personne ayant des habiletés diminuées.
- l'ensemble de ces interventions environnementales est appelé prothétique : l' environnement est conçu en fonction des lacunes intrinsèques de la personne en vue de permettre une optimisation de ses performances, en utilisant des mesures

extrinsèques qui sont appliquées de façon permanente et continue.

- cet environnement physique doit d'autre part être accompagné d'une structure organisationnelle et de programmes d'intervention appropriés.

3-1-2 les critères caractéristiques des unités de soins spécialisées

- a) *une population très ciblée de résidents affectés par la maladie d'Alzheimer, une démence vasculaire ou une affection neuro-dégénérative,*
- b) *un environnement architectural adapté*
- c) *un personnel formé , spécialisé , expérimenté,*
- d) *la participation des familles,*
- e) *un projet de soins spécifiques.*

3-1-3 les objectifs de la création des unités spécialisées (unités ASA = unités d'accueil spécialisé Alzheimer)

Pour les patients : éviter la dépersonnalisation vécue dans les structures hospitalières grâce au nombre limité de résidents dans ces structures; le but est de recréer un environnement de type domestique, par son échelle, sa conception et son aménagement. On constate d'ailleurs dans ces lieux une diminution du recours à la contention, une réduction de la consommation de sédatifs liée à une diminution de l'anxiété habituellement rencontrée dans les unités traditionnelles.

Pour le personnel : il convient de concevoir ces locaux de la façon la plus ergonomique possible. Ces patients nécessitent une prise en charge particulière dans laquelle les soins relationnels sont à privilégier. Il faut libérer les soignants de tâches logistiques pour leur permettre de consacrer la majeure partie de leur temps aux soins directs (temps passé auprès des résidents).

Pour les familles presque toujours traumatisées par l'entrée de leur parent en institution qui peut être ressentie comme un échec après des années de prise en charge à domicile. L'image de l'unité est primordiale pour les rassurer. Il faut favoriser l'accueil des familles et leur permettre de continuer à participer à l'accompagnement de leurs proches atteints de la maladie d'Alzheimer.

3-1- 4 Les spécificités architecturales

Le rôle de l'architecture est essentiel . Elle suit et met en œuvre les projets de vie et de soins en respectant autant que possible les six objectifs retenus par des experts dans ce qui a été appelé « la Convergence » (38)

- *Assurer la sécurité*
- *Prévenir les troubles du comportement*
- *Réduire les dépendances induites par le milieu*
- *Créer un environnement modulable: à la fois apaisant et stimulant selon les moments , recréer une intimité*
- *Aider les soignants dans leur mission de surveillance*
- *Améliorer la qualité de vie*

B. Chaline (8) décrit deux types de structures d'accueil :

- les unités d'accueil sans hébergement recevant des patients valides actifs ou désorientés habituellement en secteur non spécialisé ou des patients vivant à leur domicile avec des aides diverses. Cette formule pouvant correspondre à un accueil dit de jour pour soulager les aidants familiaux devrait être développée. Elles comprennent l'ensemble des espaces dédiés sans chambre.
- les unités d'accueil avec hébergement où les résidents vivent vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Le profil d'admission des personnes dans ces unités est défini dans le projet d'accueil. Il s'agit en règle générale de patients dont la cohérence ou l'orientation sont très altérées correspondant à des GIR 1 ou 2.

Nous allons décrire ces structures qui intègrent quelques règles architecturales bien établies mais restent, bien entendu, évolutives. Si l'implantation géographique au centre d'une agglomération avec une accessibilité aisée, un environnement animé a son importance, c'est l'aménagement intérieur qui retiendra surtout notre attention.

3-1-5 L' organisation générale des locaux : Concilier liberté et sécurité

L' unité ASA est centrée sur un *espace de vie* où peuvent être regroupés les patients pour optimiser les échanges et en même temps leur surveillance ; ce lieu de vie intègre la cuisine et donne accès au jardin clos ; de plain-pied de préférence et d'une surface d' environ 90 m² pour douze à quinze personnes, il doit permettre la déambulation sans contrainte et la pratique des activités quotidiennes domestiques, sociales et de loisirs; il peut comporter des espaces différenciés : coin repas, coin salon, coin télé, sans cloisonnement. Le marquage peut se faire par des changements de couleurs. L'éclairage naturel est indispensable évitant éblouissement ou effet de serre. Il réalise ainsi un balisage des couloirs de circulation (la lumière étant un stimulus attractif). Les accès sont sécurisés par des digicodes ou autre équipement. Les toilettes seront facilement utilisables .

Le jardin clos , directement accessible , depuis le lieu de vie en est le prolongement naturel ; il a un objectif occupationnel et donc thérapeutique. Il doit être planté d'essences différentes pour permettre un repérage saisonnier en proscrivant toutefois les plantes toxiques, piquantes ou urticantes. Les plantes aromatiques (thym , romarin , laurier etc ...) réveillent le sens olfactif. La mémoire sensitive est une mémoire implicite qui est le plus tardivement atteinte.

La chambre est le seul espace de vie privée dédié à son intimité ; le résident doit pouvoir y prendre ses repas, si besoin.

L' unité ASA peut aussi intégrer *une salle de bains commune* permettant d' y conduire et d' effectuer des soins d' hygiène « en urgence », *un local de soins, des locaux de service* (stockage, hygiène) *les locaux du personnel* (salle de détente, vestiaires) les bureaux pour le médecin, l' infirmière, les intervenants divers peuvent être conçus en dehors de la structure spécialisé.

La salle à manger mérite une attention particulière ; on sait l'importance de la dénutrition dans les circonstances des décès de ces patients ; il faut la concevoir chaleureuse, accueillante, personnalisée. Elle doit attirer les résidents à table et leur donner envie d'y rester. Convenablement éclairée, elle doit être gaie, colorée, sans agressivité (la couleur abricot est réputée appétissante).

L'acoustique doit favoriser une bonne audition, souvent naturellement diminuée chez les personnes âgées en évitant les phénomènes de résonance et l'amplification des bruits, source de troubles du comportement à type d'agitation et agressivité; La hauteur de plafond et l'utilisation de matériaux absorbants sont déterminants. La diffusion d'une musique douce (harpe) peut entretenir une ambiance de calme (42) (53 bis).

La décoration peut jouer un rôle important dans le repérage : installer une pendule à aiguilles, un calendrier avec éphéméride, un tableau pour y afficher les menus du jour en gros caractères; choisir des couleurs claires pour inciter les résidents à se diriger où on le souhaite, des teintes foncées qui ont un effet de « repoussoir »

C'est un lieu de stimulation et de communication. La disposition des tables y prend beaucoup d'importance.

La notion de « bulles d'espace » et d'unités de communication des fondamentaux enseignée dans les sciences humaines permettent de définir des distances souhaitables entre des personnes autour d'une table. Si la largeur standard est de 80 cm pour des personnes lucides, on compte environ 1 m pour des personnes démentes pour éviter d'éventuels conflits chez des patients présentant des comportements perturbateurs. Les tables rectangulaires de 1,40 m permettent d'installer quatre personnes, les tables rondes de 1,20 m de diamètre classiquement plus conviviales six ; il faut prévoir dans tous les cas un espace pour un éventuel aidant. Le pied unique est plus pratique pour les tables rondes, mais peut être cause de chute ; le piétement très externe des tables rectangulaires permet une utilisation maximale. La couleur de l'assise des chaises plus soutenue les rend plus visibles.

La table doit être dressée selon les règles traditionnelles de l'hôtellerie avec éventuellement des ustensiles recouverts de plastique thermoformable épousant la

forme de la main dominante. Elle peut être recouverte d'une nappe de préférence unie. On remarque couramment que les patients ont tendance à vouloir saisir un fruit ou une fleur sur un tissu imprimé. Les bouquets de fleurs peuvent être remplacés par assortiments de plantes aromatiques (basilic, sauge, persil, estragon ...) qui peuvent réveiller l'olfaction et stimuler l'appétit.

La cuisine de l'unité n'est pas la cuisine de l'établissement. Elle a pour vocation d'être utilisée pour stimuler les sens, réveiller des praxies, faire appel à la mémoire; elle doit être équipée de plans de travail de hauteurs différentes, bien éclairée (500 lux) et ne pas exposer les résidents à des dangers (plaques de cuisson à induction, four encastré).

L'aménagement interne a pour but de créer une ambiance rassurante pour les patients désorientés et de favoriser leur autonomie. Pour les soignants et les familles, la qualité de sa conception participe à la valorisation du projet d'accueil.

Comme dans toute structure accueillant des personnes âgées désorientées, il convient de proscrire tout obstacle et angle vif, d'éviter les différences de niveau des sols qui ne doivent par ailleurs ne pas être glissants.

3-1-6 Les unités ASA amènent-elles quelque chose dans la prise en charge des patients désorientés ?

Les différentes études destinées à évaluer les unités ASA concluent différemment selon les critères retenus.

Dans les SCU (aux USA) les résultats montrent une augmentation des comportements d'irritabilité, un déclin plus rapide de la sociabilité, mais une diminution de l'anxiété; (54) En France, on constate une amélioration de la prise en charge des troubles du comportement et une diminution de l'utilisation de la contention, une diminution des troubles du sommeil, une amélioration du statut nutritionnel. Il est souvent rapporté une amélioration des conditions de travail des soignants. Les familles semblent apprécier les services rendus à leurs parents dans ces structures. En fait les SCU des USA ne retiennent pas les mêmes critères que les unités ASA européennes;

le manque d'homogénéité ne permet pas de comparaison. Des évaluations restent nécessaires et il faut laisser le temps aux acteurs de s'adapter à ce concept .

Les unités de soins Alzheimer doivent être un site privilégié pour l'organisation des soins, la formation du personnel, l'information et la participation des familles à l'action thérapeutique. Mais si l'architecture spécifique est un outil pour améliorer la prise en charge de ces patients, il va de soi que la compétence des soignants est fondamentale.

3-2- LE PERSONNEL

Rappelons que la maladie d'Alzheimer est avant tout une maladie chronique et invalidante entraînant une perte progressive d'autonomie. Les troubles du comportement fréquemment associés aux troubles cognitifs peuvent faire percevoir le patient comme « gêneur » et engendrer des mises en place de thérapeutiques telles que contention physique ou chimique, isolement, aggravant l'évolution de la maladie.⁽³¹⁾

Ainsi l'unité de vie pour dément se définit comme un lieu de vie couplé à un mode de vie qui cherche à traiter la démence en utilisant les capacités résiduelles du résident, en s'appuyant sur la prévention du handicap et en s'intéressant à la gestion des troubles du comportement. Elle repose sur un principe fondateur « qu'il est toujours possible d'agir pour ces patients dont la prise en charge relève du soin ».

La profonde réforme législative des systèmes de prise en charge des personnes âgées dépendantes tend à aboutir à une prise en charge plus pertinente et harmonieuse avec la conscience des enjeux que représentent le respect, la dignité, la protection de la personne malade. Ainsi la personne âgée reste acteur de son projet de vie dans la mesure du possible et n'est pas simple « objet de soins ». Son consentement est systématiquement recherché et ses besoins évalués au mieux à travers des outils adaptés.

Le personnel doit , de ce fait, avoir choisi de travailler dans l'unité. Ce personnel doit faire preuve de grandes qualités humaines et particulièrement posséder un degré de

patience sans limite. Il doit être dédié à l'unité et formé initialement et de manière continue à la compréhension de la maladie, permettant alors d'assurer la continuité des soins.

Il doit être en nombre suffisant soit un ratio de 0,7 à 0,9 ETP minimum, nos voisins scandinaves ont des ratios de 1,5 ETP.

3-2-1 Formation.

Ce personnel est qualifié en gérontologie et plus spécifiquement à la prise en charge de malades Alzheimer afin d'avoir la bonne attitude face aux troubles psycho-comportementaux tels que anxiété, dépression, irritabilité, agitation... qui rendent le travail particulièrement difficile et entraînent le burn-out du personnel alors tenté de solliciter la prescription de psychotropes aux effets délétères sur l'autonomie. Il est performant pour les gestes de première urgence et maîtrise les conduites à tenir (en cas de fausse route par exemple) dites de bonnes pratiques professionnelles.

Il a acquis des compétences spécifiques dans le champ de la communication non verbale et de l'évaluation.

Ce personnel est diplômé :

- infirmières
- aide-soignantes
- aide médico-psychologiques
- médecin dont le rôle est d'évaluer l'état nutritionnel de la personne âgée et de réaliser et adapter les projets de soins et les plans d'aide visant à utiliser les capacités résiduelles de la personne afin de « délivrer le meilleur soin au bon moment ». Ces projets de soins sont élaborés avec l'équipe soignante et discutés avec la famille dès l'entrée mais sont revus et adaptés afin d'accompagner au mieux le malade.
- Psychologue,
- Psychomotricien, ergothérapeute,
- Orthophoniste,
- Masseur-kinésithérapeute,
- animateur sensibilisé à la démence.

Chacun est le relais permettant d'affirmer que le malade est également une personne

qui a des besoins spécifiques, des désirs, des habitudes de vie antérieures dont on tient compte en retraçant la biographie, en cherchant les goûts, les habitudes alimentaires, en s'intéressant à sa culture d'origine (9) et ce, tant à l'entrée qu'au cours du séjour lors des réunions de synthèse.

Ils travaillent en étroite collaboration avec le cuisinier, lui-même formé spécifiquement à la préparation de plats pour personnes démentes tant sur le plan des textures, que sur la mise en évidence des saveurs et des goûts et la manière de conserver vitamines et nutriments.

3-2-2 Attitudes et vigilance des aidants professionnels.

L'existence d'une maladie d'Alzheimer forme un cadre particulier à l'expression du choix. Dans la dépendance du malade Alzheimer, il y a une demande qui doit être entendue et discutée : c'est une demande d'aide et non de substitution. Le mode de communication change, le canal non verbal prenant de plus en plus d'importance, une personne démente reste très longtemps capable d'exprimer une satisfaction ou un refus pourvu qu'elle soit écoutée et que son comportement soit analysé. Ses désirs et ses choix restent encore valides même si leurs formes restent particulières.(7)

L'entourage professionnel qui l'accompagne a un rôle dans le recueil de cette volonté qu'il faut reconnaître et traduire en pratique. Le réel doit être interprété conjointement avec les faits de l'observation objective. L'accompagnement est alors une herméneutique. (47)

L'importance de l'émotionnel dans la vie psychique du malade Alzheimer impose l'empathie comme moyen de communication privilégié.

Maintenir la dignité du résident, c'est aussi soutenir ce qui reste d'indépendance chez lui afin de maintenir l'estime de soi. Au moment des repas, une attention particulière sera portée à laisser le résident faire, à lui réapprendre les gestes parfois en stimulant par la voix, en donnant un ordre simple, en séquençant l'action ou en initialisant le geste. Ainsi, chaque membre du personnel est concerné, soignants comme hôtelier. A chaque temps de repas doivent assister psychomotricien ou ergothérapeute dont le rôle est d'observer le résident pour adapter le plan d'aide mais aussi conseiller et former le personnel. Cela permettra également de définir les éventuels exercices de

rééducation nécessaires (stimulation de la déglutition, rééducation des praxies).

L'Unité, lieu de soin, fait également place à la famille en offrant la possibilité de partager des repas entre famille ou amis. C'est ainsi un lieu ouvert qui conserve le lien social.

3-2-3 L'intégration dans un réseau de soins.

La complexité de la prise en charge des problèmes médicaux rend nécessaire l'intégration dans un réseau de soins en particulier un service de nutrition et un partenariat rapproché avec un service de diététique en charge de conseiller en cas de supplémentation.

3-3 LA POLITIQUE DE RESTAURATION DE L'ETABLISSEMENT

De multiples contraintes s'exercent sur les maisons de retraite en ce qui concerne la restauration, il faut faire la synthèse entre :

- 1°) Les demandes et les goûts des résidents.
- 2°) Les recommandations diététiques
- 3°) Les contraintes exercées par les autorités de tutelle.
- 4°) Les contraintes budgétaires
- 5°) La pression publicitaire exercée par l'industrie agroalimentaire
- 6°) La nécessité de favoriser une convivialité et de faire plaisir

3-3-1 Les demandes et les goûts des résidents.

Il faut que le cuisinier s'inquiète du succès ou non de ses plats, ce qui l'incitera à en supprimer certains, et à proposer plus souvent telle recette qui plait beaucoup.

Toutes les semaines, chaque résident doit pouvoir composer ses menus à partir d'un choix proposé par l'établissement.

Les potages sont en général très appréciés des personnes âgées, il faut donc en servir tous les soirs et en profiter pour faire des soupes enrichies avec du lait, de la crème ou du fromage.

Les contraintes alimentaires d'origine religieuse, que certains résidents veulent suivre,

doivent être connues des cuisines, et des serveurs, et systématiquement respectées.

3-3-2 Les recommandations diététiques

La préoccupation principale de l'établissement doit être le risque de dénutrition protéino-énergétique et il faut veiller à proposer une alimentation équilibrée, répartie en trois repas principaux et les repas complémentaires (collations entre les repas). Il faut :

.De la viande ou équivalent	2 fois/jour
.Un laitage	4 fois/jour
.Des crudités	1 à 2 fois/jour
.Des fruits	2 à 3 par jour
.Farineux, pain, gâteaux, céréales	à tous les repas
.Légumes cuits ou potage	2 fois/jour

Il ne faut surtout pas imposer de régime sans graisse, car il est maintenant bien établi que, chez la personne âgée, la mortalité, toutes causes confondues, est plus élevée pour des taux bas de cholestérol plasmatique. KRONMAL et al (26) ont mené une étude chez des femmes de 80 ans, suivies pendant 5 ans , le risque de décès, quelqu'en soit la cause, est minimum pour un taux de cholestérol à 2,70 g/l, alors qu'il est multiplié par 5 pour les valeurs les plus faibles (1,55 g/l) et seulement par 1,8 pour les valeurs les plus élevées (3,4 g/l).

Quant aux régimes sans sel il doit être exceptionnel et réservé aux grandes insuffisances cardiaques faisant des OAP à répétition.

Donc, vive l'omelette au lard le soir au dîner !

Chez le diabétique âgé présentant une DTA , il n'est sûrement pas pertinent d'imposer un régime sans sucre sévère, alors qu'il est surtout menacé de dénutrition.

La mise en place d'un CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition) dans l'établissement doit permettre d'améliorer la prise en charge nutritionnelle des résidents, en provoquant une collaboration plus étroite entre les gestionnaires, les cuisiniers et le médecin coordonnateur.

3-3-3 Les contraintes exercées par les autorités de contrôle (DDASS , Conseil général, services vétérinaires)

Ce sont surtout des obligations qui concernent la sécurité alimentaire. Les EHPAD sont soumis à des réglementations très strictes comme les méthodes HACCP, des règles d'hygiène, de conservation, de traçabilité, de respect de la chaîne du froid, toutes ayant pour but d'écarter les risques de toxi-infection alimentaire.

A ces contraintes réelles, viennent parfois s'ajouter des contraintes imaginaires comme l'interdiction d'utiliser des œufs frais dans les cuisines d'un établissement medico social (il n'existe aucun texte à ce sujet).

Mais cette obsession d'hypersecurité qui anime les autorités de contrôle est souvent contradictoire avec la notion de liberté de choix que l'on doit réserver aux personnes accueillies et peut rendre difficile l'élaboration d'une bonne cuisine.

« Il faut redonner une échelle de grandeur pour ces risques » précise Lionelle Nugon-Baudon dans LE MONDE 2 du 11 septembre 2004 *« Toutes confondues les intoxications alimentaires provoquent 50 à 100 décès par an, quand, dans le même temps, la grippe fait 2000 à 3000 morts »* .

3-3-4 les contraintes budgétaires et la pression exercée par l'industrie agro alimentaire

Il est difficile de parler de l'un sans l'autre. En effet, le gestionnaire doit choisir entre deux grandes options pour assurer la restauration dans un EHPAD :

- Soit se fournir chez des **traiteurs industriels** en plats cuisinés, conservés sous vide ou congelés. Cette option présente à priori de nombreux avantages :

- hygiène maximale
- conservation facile à mettre en œuvre
- traçabilité.

L'élaboration des repas est très aisée, il suffit de décongeler, déballer, et disposer l'aliment dans les assiettes. Pour préparer ce genre de repas, nul n'est besoin d'embaucher de véritables cuisiniers qu'il faudrait payer avec un salaire de cuisinier.

N'importe qui, sans aucune qualification, payé au SMIG, pourra faire l'affaire. Il faudra qu'il apprenne à se laver les mains, à mettre des gants, à mettre une charlotte sur sa tête, à ouvrir des sachets de plastique, et à se servir d'un four à micro-ondes. En cas d'arrêt de travail, il sera très facile à remplacer.

Par contre ce choix a quelques inconvénients :

- .Répétitivité et monotonie des menus
- .Difficultés à s'adapter aux goûts des personnes

Si cette politique de restauration paraît possible dans un hôpital où la durée de séjour des malades se compte en jours, il nous paraît inconcevable d'imposer ce genre de « cuisine » à des personnes âgées, pendant des années.

.Enfin cette façon de faire revient beaucoup plus cher que de choisir la deuxième option qui consiste à ...

- **Embaucher de véritables cuisiniers**, et se fournir avec une majorité de produits frais bruts. Ce qui doit permettre d'offrir une cuisine plus variée, plus savoureuse, en phase avec les saisons, et qui pourra s'adapter aux goûts de chacun et de mieux conserver le potentiel vitaminique des aliments..

Cette politique de restauration sera sans doute la meilleure, à condition :

- .d'être très rigoureux sur les achats
- .de contrôler la qualité des produits
- .d'éviter le gaspillage
- .que le chef de cuisine connaisse le budget mis à sa disposition.

Cette option ne doit pas rejeter le recours à des plats surgelés en dépannage et de façon exceptionnelle.

3-3-5 Favoriser la convivialité, et faire plaisir

En effet, si on veut lutter contre les risques de dénutrition, il faut se servir des plaisirs de la table comme moteur : repas de fête, gâteaux d'anniversaire, repas à thèmes régionaux ou internationaux, barbecues, seront autant de prétextes pour stimuler la curiosité, l'appétit, et la convivialité, conserver le lien familial par les repas partagés.

Le restaurant de l'EHPAD doit intégrer dans son action les spécificités alimentaires

des personnes souffrant de DTA. Il accepte la notion d'intimité et peut servir des repas en chambre si nécessaire.

4- LES BESOINS ALIMENTAIRES SPECIFIQUES DU SUJET ATTEINT DE MALADIE D'ALZHEIMER

« L'alimentation est le premier et le dernier plaisir de l'homme »

Brillat Savarin

Les personnes atteintes de DTA présentent presque constamment une dénutrition, même si l'alimentation est correcte, dès le début de la maladie. Dans 40 % des cas, on sait maintenant que l'amaigrissement précède le diagnostic. La perte de poids est un facteur prédictif de mortalité, alors que, au contraire, la prise de poids semble avoir un effet protecteur.

4-1 PHYSIOPATHOLOGIE DE L'AMAIGRISSEMENT.

Cette perte de poids s'explique par la convergence et l'intrication d'un certain nombre de mécanismes complexes. Deux grandes causes sont incriminées :

- .Une diminution des apports alimentaires
- .Une augmentation des dépenses énergétiques.

4-1-1 La diminution des apports alimentaires, s'explique par :

.Le fait (lorsqu'il est encore à son domicile) que le sujet a des difficultés à faire ses courses, et ne parvient plus à organiser la préparation de ses repas.

.Les troubles praxiques qui vont entraîner une perte de l'autonomie, en gênant la prise alimentaire, et nécessitent l'aide d'une tierce personne pour les repas.

.Les troubles du comportement : déambulation permanente, opposition à la prise d'aliments, refus d'ouvrir la bouche, refus de déglutir.

.Les troubles de la mastication et de propulsion des aliments vers le fond de la

gorge par apraxie.(59)

.**Les troubles de la déglutition** par perte de la coordination neuro musculaire imposent une alimentation mixée et monotone favorisant l'anorexie.

.**La perte du goût et de l'odorat**, fréquente dans cette maladie, entraîne une perte de l'appétit.

.**Le cortex mesial temporal**, qui participe au contrôle du comportement alimentaire, est atrophié en cas de DTA. Il existerait d'après GRUNDMAN (1) une corrélation entre l'importance de l'atrophie du cortex temporal interne et la perte de poids.

.**Déséquilibre de l'homéostasie pondérale** : L'hypothalamus qui participe à la régulation du comportement alimentaire est atrophié dès le début de la DTA.

.La DTA est très souvent associée à un **état dépressif** qui entraîne généralement une anorexie.

.Les perturbations du taux de certaines amines biogènes (Noradrénaline et sérotonine) et du neuropeptide Y , agissent péjorativement sur l'appétit.

.Les personnes atteintes de DTA sont très souvent poly médicamentées, ce qui entraîne des effets secondaires : sécheresse de la bouche, dysgueusie, brûlures d'estomac, dyspepsie, nausées, vomissements.

Les anticholinestérasiques, prescrits de plus en plus précocement, peuvent être anorexigènes (1)

Tous ces effets secondaires vont contribuer à diminuer l'apport alimentaire.

4-1-2 **L'augmentation des dépenses énergétiques**, s'explique par :

L'existence de phénomènes inflammatoires : des marqueurs inflammatoires ont été mis en évidence au niveau des plaques séniles, à la périphérie desquelles, s'accumulent des cellules micro gliales activées.

Des dépôts **d'interleukine 1** ont été retrouvés dans les cerveaux de malades atteints de DTA. Cette protéine est impliquée dans les phénomènes inflammatoires.

Il existe aussi une augmentation significative du taux circulant de « **Facteur Nécrotique des tumeurs** » (**TNF**) qui a un effet anorexigène, et, est à l'origine d'un important catabolisme musculaire et lipidique.

L'interleukine 6 est augmentée, c'est le principal indicateur des protéines de

l'inflammation.

La présence de ces cytokines entraîne une fonte des réserves de l'organisme, et provoque une véritable dénutrition endogène.

4-2 CARENCES EN MICRO-NUTRIMENTS.

De multiples carences⁽⁵³⁾ peuvent se faire au cours de la DTA et peuvent justifier des suppléments :

.Les carences protéiniques augmentent le risque infectieux, le risque de chutes (amyotrophie), et empêche la cicatrisation. On peut avoir recours aux suppléments protidiques lactés.

Les carences en Vitamines B1, B6, Folates, et B12, peuvent entraîner des neuropathies périphériques, et des anémies. Goodwine et al. Ont montré que le niveau des fonctions cognitives est inversement proportionnel aux concentrations sériques de ces éléments. Le déficit en Vitamine B12 et Folates provoquerait un défaut de synthèse de la méthionine et de la S adénosyl-méthionine et limiterait donc la libération de groupements méthyles essentiels dans le métabolisme de la myéline, des neurotransmetteurs et des phospholipides membranaires (Mac Caddon et al.)⁽³⁶⁾. Ces troubles biochimiques pourraient donc perturber le métabolisme cérébral. Et favoriser les troubles cognitifs (La Rue et al. 1997)⁽²⁷⁾.

L'augmentation de l'homocysteine, marqueur de la carence en Vit. B6, B12, et folates, semble jouer un rôle important dans le déclin des fonctions cognitives (Joosten et al. 1997)⁽²⁴⁾. Un taux élevé d'homocysteine pourrait induire des lésions vasculaires par effet cytotoxique sur l'endothélium vasculaire, et entraîner des pathologies vasculaires, cardiaques et cérébrales.

Les taux sériques seront donc mesurés et les carences corrigées.

.Un déficit en antioxydants est souvent observé dans la DTA (La Rue et al. 1997⁽²⁷⁾ ; Lauque et al. 1995⁽²⁹⁾ ; Perrig et al. 1997 ⁽⁴⁶⁾). Les carences ou subcarences en **Vitamines A, C, E, Béta-carotène** et d'autres oligo-éléments comme le **zinc** pourraient augmenter les processus oxydatifs.

Sano et al. (1997)⁽⁵²⁾ ont démontré qu'un traitement à base de Vitamine E (2000

UI/jour) ou de Sélégiline (IMAO de type B, 10 mg/jour), ou de ces deux composées, chez des sujets présentant une DTA légère à modérée, s'accompagne d'un ralentissement de la progression de la maladie.

Par ailleurs, Orgogozzo et al.(1997)⁽⁴⁵⁾ ont enquêté sur la consommation quotidienne moyenne de boissons alcoolisées, chez 3777 personnes âgées de plus de 65 ans, vivant en Gironde et en Dordogne. Les auteurs ont démontré que l'incidence de la démence est plus faible chez les sujets ayant une consommation modérée de vin (entre 250 et 500 ml/jour), que chez les non-buveurs. Cette relation pourrait être attribuée à l'activité antioxydante des anthocyanes et des tanins contenus dans le vin rouge.

Le rôle du zinc, cofacteur de métallo-enzymes antioxydantes, dans la dégénérescence neuro-fibrillaire est envisagé en raison de l'abaissement du taux de zinc dans l'hippocampe des sujets atteints de DTA.

.Les carences en Vitamine D et Calcium, facteurs d'ostéoporomalacie, sont faciles à détecter et corriger si besoin.

.La constatation d'une **carence en fer**, doit inciter à toujours rechercher des pertes sanguines digestives minimales et répétées, mais elles peuvent être en rapport avec un phénomène inflammatoire chronique.

4- 3 IATROPATHOGENIE.

Les médicaments doivent être distribués en fin de repas, afin de ne pas réduire l'appétit. Nous avons déjà abordé le problème des effets indésirables de certains médicaments qui peuvent donner des troubles digestifs et diminuer l'apport alimentaire.

Il peut être utile de rappeler à ce propos, que les anticholinergiques et certains antidépresseurs réputés entraîner des hyposialies ne devraient pas être prescrits aux DTA. En cas de syndrome dépressif, il faut éviter de le traiter avec des antidépresseurs anorexigènes et préférer une molécule qui a plutôt l'effet inverse.

En cas de vomissements il faut penser à la prise de Digoxine*, de Théophylline, de Diurétiques (hyponatremie), de vitamine D (hypercalcémie).

D'une manière générale il faut toujours analyser l'origine des carences et penser à détecter les effets iatrogènes éventuels des thérapeutiques absorbées. Il conviendra de corriger les carences par une alimentation équilibrée et éviter de donner, par exemple, des laxatifs à une personne qui ne boit pas assez et qui ne consomme pas de fibres ; de donner des vitamines à quelqu'un qui ne consomme pas de produits frais, ou du Calcium à quelqu'un qui ne consomme pas de laitages...

Il est donc primordial de fournir une alimentation équilibrée préférant fruits et légumes pour l'apport de fibres, de vitamines et d'eau que cela représente.

En effet, les personnes âgées boivent peu, leur sensation de soif est émoussée, et la **déshydratation** est la perturbation hydroélectrolytique la plus fréquente chez elles. Le risque est encore plus grand en cas de DTA. Il faut y penser systématiquement en cas de troubles de la conscience ou de syndrome confusionnel.

Il faut toujours leur laisser une boisson à portée de main, et leur proposer à boire régulièrement en dehors des repas, toutes les deux heures environ.

La quantité quotidienne de boisson est de 1,5 litres par jour, et il faut être particulièrement vigilant en cas de fièvre, de fortes chaleurs, de diarrhée, de prise de diurétiques et de psychotropes.

En cas de déshydratation, la voie orale doit être préférée pour la réhydratation, car c'est la voie physiologique. Une fiche de réhydratation sera établie où toutes les boissons prises et leur quantité seront répertoriées, ainsi que certains aliments riches en eau comme : yaourts, fruits, crèmes etc...

Il faut privilégier les bouillons de légumes pour le NaCl et les jus de fruits pour le KCl.

En cas de troubles de la déglutition, l'eau gélifiée doit remplacer les boissons liquides.

En cas de déshydratation importante, la réhydratation par voie veineuse n'est pas indiquée en EHPAD, car cette technique demande trop de surveillance. Par contre il est possible d'utiliser des perfusion sous-cutanées de sérum glucosé à 5% additionné de NaCl. Cette technique peut permettre de passer 1,5 litres de sérum/24 heures et peut contribuer à éviter un certain nombre d'hospitalisations.

4-4 LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX DANS L'ALIMENTATION

.**La déambulation permanente** qui affecte de nombreux sujets atteints de DTA, empêche la prise de repas traditionnels. La nécessité de structurer la journée par des repas à heures fixes peut être modifiée pour s'adapter aux comportements désordonnés, l'action prioritaire étant la prise alimentaire. Pour se faire, il est parfois utile de laisser à disposition du résident agité ou déambulant des aliments faciles à manger en marchant : pizzas, quiches, sandwichs, croquettes de viande, poulet froid, fromages, pommes, bananes, etc...

.**L'agitation et l'agressivité** doivent être décodés afin de comprendre si la cause de ce comportement est en rapport avec de l'angoisse, ou bien s'agit-il d'une manifestation psychotique avec délire ou hallucinations, ou bien encore d'un accès maniaque.

Il faut systématiquement penser à une cause somatique : fécalome, globe vésical, infection urinaire, douleur... Le sujet a-t-il été contrarié par un évènement : départ des enfants en vacances, bruits inhabituels, harcèlement par un autre résident...

.Lorsqu'il y a un **refus de mastiquer**, Il faut vérifier l'état des gencives et des dents. Les aliments mixés, en purée, hachis Parmentier, crèmes, flans, sont parfois mieux acceptés. Mais passer à une régime mixé ne doit pas se décider trop vite, car en général on ne peut plus revenir en arrière.

.**Le refus alimentaire** est toujours difficile à gérer. Il faut savoir écouter, observer, interpréter les gestes, les comportements et les mots, enquêter sur les habitudes et les goûts alimentaires, pour permettre de s'adapter à chaque résident et de lui apporter du plaisir au cours des repas ce qui est essentiel à une alimentation correcte.

4-5 Co-MORBIDITES

Le résident souffrant d' une DTA peut aussi présenter des pathologies associées :

- vieillissement bucco-dentaire entraînant des troubles de la mastication ,
 - troubles de la déglutition avec le risque majeur de fausses routes
- qui impliquent une modification de la texture des aliments : hachés , mixés , semi-liquides , voire eau gélifiée .
- les pathologies cardio-vasculaires, rénales, endocriniennes ou métaboliques qui peuvent nécessiter des régimes particuliers, souvent restrictifs, ne doivent pas faire perdre de vue le risque essentiel qui est la dénutrition. Il faut évaluer le rapport bénéfice / risque. Le recours à des compétences spécialisées dans chaque domaine doit toujours être privilégié.

Il est important que tous ces éléments soient formalisés dans un plan de soin consigné dans le dossier du patient de manière à coordonner l' action de tous les professionnels de santé.

4-6 LE DOSSIER DU RESIDENT.

Lorsqu'une personne âgée est accueillie dans un EHPAD, son histoire de vie, ses origines, sa culture, ses goûts et habitudes alimentaires sont très importants à connaître. Il est judicieux d'en parler avec elle et/ou son aidant familial afin d'adapter l'alimentation servie aux préférences du résident.

L'ensemble des données sera recueilli dans le dossier patient qui comportera un volet spécifique Alimentation.(2)

En dehors de ces considérations, il y a nécessité d'évaluer :

- l'état nutritionnel
- les constantes biologiques,
- les pathologies associées.

C'est à partir de ces données que sera établi, avec l'équipe pluridisciplinaire, un plan de soins individualisé.

Une attention particulière sera portée au :

- suivi du poids
- l'agenda nutritionnel avec évaluation qualitative et quantitative de chaque aliment,

- l'aide humaine apportée,
- aux transmissions ciblées réalisées par les soignants.

Ce plan de soins et d'aide personnalisé sera revu très régulièrement en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne. La place des soignants de proximité et du « décodage » du comportement du résident au cours du repas sont très importants. « En effet, un résident peut avoir aimé un plat et ne plus l'apprécier... ». Ce dossier régulièrement renseigné sera le pivot de la prise en charge de soins, partagé par l'ensemble des professionnels : spécialistes, services d'hospitalisation...

Il est important d'avoir élaboré la trame de ce dossier en partenariat avec les membres de la filière de soins et du réseau gériatrique local. Le dossier doit être utilisé et utilisable par tous. La convention de coopération établie avec les établissements d'accueil et d'hospitalisation devra en faire mention. Ce dossier médical est un outil de suivi et de coordination indispensable.

La maladie d'Alzheimer est une maladie chronique invalidante qui aboutit parfois à des états morbides de fin de vie pour lesquels la prise en charge relève davantage des soins médicaux.

4-7 DEMENCE DE TYPE ALZHEIMER ET ALIMENTATION DE FIN DE VIE.

Dans "le New England journal of medicine", Muriel Gillick (20), mène une réflexion sur l'opportunité d'une alimentation par sonde de gastrostomie en fin de vie, en particulier lorsque la famille exprime sa crainte de laisser son parent mourir de faim :

« l'usage de sondes chez ces personnes est supposé prolonger la vie. En fait, il a été remarquablement difficile de démontrer une différence quelconque de longévité entre des patients avec une alimentation par sonde et ceux qui n'en avaient pas. Une étude soigneuse de S.L. Mitchell a montré les mêmes taux de survie dans les deux groupes. »

Par ailleurs si cette technique ne prolonge pas la vie, elle n'améliore pas les souffrances non plus :

« Toutefois, une personne présentant une démence avancée qui a de la difficulté à manger souffre-t-elle vraiment en l'absence de nutrition et hydratation artificielle ?De plus en plus de littérature émanant du « hospice movement » montre que de tels patients ne présentent qu'une faim passagère et que la soif peut être soulagée en humectant la bouche...

...La plupart des cliniciens estiment que, tout bien considéré, l'hydratation sans nutrition est une source d'inconfort parce qu'elle prolonge le processus de mort et augmente la production d'urine et de salive. »

De plus, la sonde est un facteur d'inconfort et de complication :

« Bien qu'il s'agisse d'une procédure relativement simple, le taux de complications à long terme de la mise en place de sonde de gastrostomie par voie percutanée va selon les études de 32 à 70 %.....La conséquence potentielle la plus sérieuse de l'alimentation par gastrostomie est le besoin d'introduire des mesures de contention du patient.....Pour éviter qu'il ne retire sa sonde, le médecin prescrit souvent de telles mesures. Dans une étude de A. Peck et coll. Des mesures de contention étaient appliquées à 71% des patients déments avec sonde d'alimentation. »

Dans le « JAMA » un article récent de Th. Finucane conclue d'une façon similaire à M. Gillick :

« La pratique étendue de l'alimentation par sonde doit être attentivement réexaminée et nous croyons que, dans le cas de patients sévèrement déments et pour des motifs basés sur la clinique, cette pratique devrait être découragée. »

Ne perdons pas de vue qu'une obstination déraisonnable à vouloir nourrir un sujet en fin de vie, par de tels moyens, relève davantage d'une motivation visant à tranquilliser la famille et déculpabiliser les soignants. A ce stade, la place du psychologue et l'existence des groupes de paroles sont primordiales tant auprès du personnel que des familles. (17)

La dernière étape que nous proposons est la construction d'une grille d'analyse à partir de laquelle nous pourrions observer le réel de l'unité spécifique face aux nécessités repérées au cours des chapitres précédents.

Nous disposons bien entendu de la grille d'auto-évaluation Angélique élaborée dans le cadre de la signature de la convention tripartite mais celle-ci peut-elle être le reflet des « bonnes pratiques » citées précédemment dans le cas de la prise en charge alimentaire de personnes démentes ?

Comment y repérer et évaluer la place de la personne démente, sa protection et la continuité de la prise en charge alimentaire ?

5- LE REFERENTIEL

Le rôle du médecin coordonnateur et de l'équipe soignante au sein de l'EHPAD est, entre autre de :

- Maintenir respect et dignité de la personne âgée
- Protéger la personne démente
- Assurer la continuité des soins.

Nous avons, pour élaborer ce référentiel, rechercher des indicateurs pertinents illustrant chacun des thèmes évoqués dans le cadre de l'alimentation.

5-1 RESPECT ET DIGNITE DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE ALZHEIMER

L'ADMISSION

LE PROJET PERSONNALISE

L'UNITE RECONNUE COMME LIEU DE PREVENTION ET D'AIDE AUTOUR DU RESIDENT

5-2 PROTECTION DE LA PERSONNE

L'ENVIRONNEMENT ARCHITECTURAL

L'INTEGRITE PHYSIQUE DU RESIDENT EST PRESERVEE

LE PERSONNEL EST FORME

5-3 CONTINUITE DES SOINS

LE DOSSIER DU RESIDENT EXISTE

L'UNITE RECONNUE COMME LIEU DE SOINS

LA COORDINATION INTERNE

LA COORDINATION EXTERNE

CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous avons cerné l'importance de la dénutrition chez la personne âgée, en particulier atteinte de maladie d'Alzheimer ; dénutrition souvent sous-estimée comme le souligne Watelet dans son mémoire. De nombreux facteurs sont à prendre en considération. L'outil d'évaluation réalisé devrait permettre de mieux appréhender la prise en charge de l'alimentation de la personne âgée démente en unité spécifique et de proposer des actions correctrices, voire préventives.

Ainsi, cet outil pourra être un support préliminaire à la création d'une Unité Spécifique Alzheimer. Cependant, il ne prend en compte que le versant alimentaire qui ne peut se dissocier de la prise en charge globale.

Il référence de façon relativement complète tous les paramètres de cette prise en charge et peut-être utilisé sélectivement par chacun des acteurs qui y trouvera le cadre relatif à sa fonction. Il nécessite un lien avec des supports opérationnels qui peuvent être à l'origine d'un travail complémentaire.

DESOIZE Gérard – PARENT Annie – TOURNEUX Marc.- Le suivi de l'alimentation dans une unité spécifique pour personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés.

Mémoire DIU Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'EHPAD. 2003/2004

.....

RESUME

Ce travail a pour objectif de rechercher les moyens d'éviter la dénutrition et ses redoutables conséquences chez les résidents atteints de démence type Alzheimer.

Après une revue des besoins alimentaires de la personne âgée, des désordres liés à l'âge, nous avons tenté de souligner la spécificité des troubles inhérents ou consécutifs à ces démences. Dans l'EHPAD où tout doit être entrepris pour lui assurer en plus de la sécurité, du respect de sa dignité et de sa personne, un confort et surtout une vie la plus agréable possible, trois éléments comptent à des niveaux différents dans sa prise en charge : la structure spécialisée, le personnel et, bien sûr, l'alimentation. Il nous a semblé important au travers de la littérature de rechercher dans chaque domaine, sans les désolidariser, ce que l'on pouvait imaginer de « mieux ».

Enfin il apparaissait utile d'établir un document de référence destiné à évaluer la mise en œuvre de ces pratiques. Il servira de support à l'analyse des points forts et faibles, à la recherche d'actions à entreprendre pour améliorer cette prise en charge.

.....

MOTS CLES

Alzheimer maladie / Alimentation / Suivi

.....

JURY

Professeur Anne-Sophie RIGAUD

Docteur Serge REINGEWIRTZ

Docteur Jean-Claude MALBEC

DIRECTEUR DE MEMOIRE

Docteur Jean-Claude MALBEC

Ce travail a pour objectif de rechercher les moyens d'éviter la dénutrition et ses redoutables conséquences chez les résidents atteints de démence type Alzheimer.

Après une revue des besoins alimentaires de la personne âgée, des désordres liés à l'âge, nous avons tenté de souligner la spécificité des troubles inhérents ou consécutifs à ces démences. Dans l'EHPAD où tout doit être entrepris pour lui assurer en plus de la sécurité, du respect de sa dignité et de sa personne, un confort et surtout une vie la plus agréable possible, trois éléments comptent à des niveaux différents dans sa prise en charge : la structure spécialisée, le personnel et, bien sûr, l'alimentation. Il nous a semblé important au travers de la littérature de rechercher dans chaque domaine, sans les désolidariser, ce que l'on pouvait imaginer de « mieux ».

Enfin il apparaissait utile d'établir un document de référence destiné à évaluer la mise en œuvre de ces pratiques. Il servira de support à l'analyse des points forts et faibles, à la recherche d'actions à entreprendre pour améliorer cette prise en charge.

Après avoir identifié à travers une revue bibliographique, les facteurs intervenant dans la prise en charge alimentaire de la personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer résidant en Unité Spécifique au sein d'un EHPAD, nous avons construit une grille d'audit qui doit permettre au médecin coordonnateur de conduire une analyse et d'en tirer des préconisations pour optimiser le « soin alimentaire ».