

Université René Descartes – Paris V
Faculté de médecine COCHIN – PORT- ROYAL

LA « BOITE À OUTILS » DU MEDECIN COORDONNATEUR :
dépistage – prévention – prise en charge de la
DENUTRITION PROTEINO ENERGETIQUE

Docteur Cécile SURATEAU

Diplôme inter - universitaire de formation à la fonction de
Médecin Coordonnateur d'EHPAD

Directeur de mémoire :

Docteur Jean-Claude MALBEC

ANNEE 2011-2012

REMERCIEMENTS

A Madame le professeur Rigaud .

Au Docteur Malbec, pour m' avoir soutenue pendant la rédaction de ce mémoire et pour ses précieux conseils.

A toute l'équipe du pavillon Sévigné .

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CAUSES DE LA DENUTRITION

CONSEQUENCES DE LA DENUTRITION

CRITERES DE DENUTRITION

REPERAGE/DEPISTAGE

DIAGNOSTICS/ HAS

PREVENTION

PRISE EN CHARGE

DISCUSSIONS/EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

CONCLUSION

FICHES ET PROTOCOLES

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

La dénutrition est une pathologie fréquente chez la personne âgée et qui risque de s'aggraver à l'avenir avec le vieillissement prévu de la population, et ce d'autant plus, qu'un nombre croissant de sujets âgés font le choix de rester le plus longtemps possible à domicile. Il est reconnu que la dénutrition, en ville et en EHPAD, entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance, et favorise la survenue de morbidités. Les recommandations éditées par la Haute Autorité de Santé (HAS) soulignent la nécessité d'un dépistage précoce afin de mettre en place une stratégie nutritionnelle adaptée: de l'alimentation enrichie, aux compléments nutritionnels oraux et à la nutrition entérale. La dénutrition du sujet âgé est désormais reconnue par les institutions comme un véritable problème de santé publique. En EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), 15 à 38% des résidents sont dénutris, les moyens financiers, modifiés par l'arrêté du 30 mai 2008 qui réintroduit la liste des dispositifs médicaux dans le prix de journée des EHPAD, sont restreints dans ces établissements, ce qui risque, à long terme, de pénaliser les patients ayant plusieurs pathologies lourdes. Par ailleurs, ces contraintes administratives, budgétaires des EHPAD peuvent engendrer un climat rigide, sécuritaire, hygiéniste, qui peut nuire au bien-être alimentaire des résidents, au risque d'oublier plaisir et convivialité !

Dans ce contexte, la sensibilisation, la formation à l'importance du maintien du bon état nutritionnel des personnes âgées en terme de besoins mais aussi de plaisir de manger, sont les objectifs de la boîte à outils que nous proposons : [Fiches pratiques et protocoles.](#)

CAUSES DE LA DENUTRITION

30 à 50% des personnes âgées en institution souffre d'une malnutrition protéino-énergétique, ce qui accroît le risque de morbidité et de mortalité, et diminue considérablement les activités physiques et psychiques. Cette malnutrition est souvent préexistante à l'entrée en institution, ce qui veut dire que la plupart des personnes âgées ont une alimentation qui n'est pas adaptée à leurs besoins, et cela même à domicile (Denizart et al., 2004). Outre cette malnutrition protéino-énergétique, il existe des carences en micro nutriments, qui peuvent s'avérer lourdes de conséquences chez les personnes âgées.

Rappel des causes principales :

1 Le vieillissement

Il s'accompagne d'une dégradation physiologique du corps humain aboutissant à des problèmes nutritionnels.

La sarcopénie : Il s'agit d'une diminution de la masse musculaire liée au vieillissement, impliquant une diminution de la force musculaire de la personne âgée. Deux hypothèses sont émises pour expliquer ce phénomène : la réduction des activités physiques et la réduction des apports alimentaires. Cela induit des troubles de la marche et de l'équilibre, ainsi qu'une faiblesse physique générale. La malnutrition protéino-énergétique influe directement sur cet aspect du vieillissement en accentuant ses effets.

L'ostéoporose (Martin et al., 2001). C'est une accentuation pathologique du vieillissement physiologique de l'os. Celle-ci se traduit par une baisse excessive de substance osseuse qui fragilise les os, et se manifeste le plus souvent par des tassements vertébraux, ainsi que par des fractures du col du fémur et du poignet lors de chutes. L'ostéoporose touche essentiellement les femmes à partir de 50 ans, mais les hommes ne sont pas à l'abri. Il

faut savoir qu'entre 30 et 80 ans, une femme perd 45% de sa masse osseuse. Outre la prédisposition génétique, les principales causes de cette maladie sont le manque d'exercice physique et la carence oestrogénique (chez les femmes ménopausées). Mais il ne faut pas oublier le rôle considérable des facteurs nutritionnels que sont le calcium et la vitamine D. En effet, le calcium, principal constituant de l'os, assure la rigidité et la solidité du squelette. Une carence en calcium est synonyme de déminéralisation osseuse, et de ce fait de fragilisation de l'os. Quant à la vitamine D, elle a une fonction d' « hormone calciotrope » en assurant une minéralisation optimale des tissus minéralisés (dont l'os) et en contribuant au maintien de l'homéostasie calcique. Elle est donc indispensable à une bonne minéralisation.

Les altérations des capacités digestives (Ferry et al., 2002)

On observe une augmentation de la fréquence des ulcères gastriques avec l'âge, ainsi que des lésions dues à des gastrites chroniques qui peuvent être source d'anorexie. La malnutrition peut aggraver ces problèmes. Le vieillissement de l'appareil digestif provoque donc des modifications fonctionnelles, qui peuvent être aggravées par une malnutrition, mais qui ne sont certainement pas les seules responsables d'une mauvaise nutrition chez la personne âgée. Retard de vidange gastrique, retard des sécrétions (pancréatique), retard d'absorption intestinale.

Sans oublier la séquestration splanchnique des acides aminés (Boiriey, AJCN 1997).

L'altération de la dentition (Ferry et al., 2002)

Les personnes âgées ont une mauvaise dentition : 50% ont une édentation totale, 47% une édentation partielle et seulement 3% gardent une dentition saine. La dentition est extrêmement importante pour l'alimentation. La perte des dents va conditionner les choix alimentaires des personnes âgées, qui consomment souvent moins de viande, de fruits et de légumes. Elle altère également le phénomène de mastication, et contribue en partie à la perte d'appétit de ces personnes.

Altération des sens : goût et odorat

A partir de 50 ans, le vieillissement physiologique entraîne des modifications de ces deux sens, altérant ainsi la détection des saveurs, et diminuant le plaisir de manger. Ceci a pour conséquence une modification du comportement alimentaire (diminution de l'appétit et de la soif), aboutissant dans la majorité des cas à des phénomènes de dénutrition.

Goût :

Augmentation du seuil de perception des 4 sensations de base sucré (2,7) < acide (4,3) < amer (6,9) < salé (11,6).

→>Tendance à une alimentation plus sucrée que salée.

→>danger anorexigènes de tous les régimes, danger des régimes hyposodés.

Odorat :

Tendance à une moindre perception des odeurs désagréables (non incommodés quand ils ne se lavent pas, moindre perception des aliments avariés).

Tendance à une moindre perception des odeurs agréables (moindre effet de stimulation de l'appétit).

→>l'appétit est stimuable par des diffuseurs d'odeurs

Altération de la tolérance au glucose (Ferry et al. 2002)

La diminution de la tolérance au glucose est multifactorielle, du fait de la complexité des mécanismes régulant la glycémie. En pratique, l'altération du contrôle du métabolisme du glucose provoque des hyperglycémies post prandiales dues à une relative résistance à l'insuline.

Problèmes hydriques (Lambert, 2003)

Lors du vieillissement, il y a diminution de la masse hydrique corporelle totale, en corrélation avec la diminution de masse maigre. Les pertes en eau dues à une altération physiologique rénale, aux médicaments, à la chaleur etc. augmentent, avec en parallèle une diminution des apports, notamment du fait de l'atténuation de sensation de soif. Cette inadéquation entre apports et besoins entraîne une déshydratation, qui peut s'avérer morbide ou mortelle dans les cas extrêmes.

Modifications du métabolisme du calcium et de la vitamine D

La synthèse de la vitamine D dans l'organisme, grâce aux rayons ultraviolets de la lumière, est diminuée chez les personnes âgées, et doit être compensée. L'absorption du calcium alimentaire dans le tube digestif et dans les reins est diminuée chez le sujet âgé.

De plus, un état inflammatoire même discret, accélère la sarcopénie et l'ostéoporose.

2 L'environnement

L'environnement de la personne âgée ne doit pas être négligé. La solitude assez commune chez les personnes âgées influence directement les comportements alimentaires. L'isolement des individus, la déprime, la perte de convivialité pendant les repas, tout cela est susceptible de déclencher une réponse négative chez ces individus, qui préparent de moins en moins à manger et s'alimentent alors de moins en moins. Ces aspects psychologiques sont d'autant plus importants que les personnes sont déjà physiquement atteintes.

Isolement → pas d'aide à la prise alimentaire, pas le temps suffisant pour manger, pas de convivialité (chambre).

Handicaps → risque de mauvais positionnement à table, nécessité de couverts ergonomiques, de verres à encoche...

3 Les maladies chroniques et leurs médicaments

La dénutrition est un facteur aggravant chez les personnes déjà atteintes de dépression, de maladies chroniques, ou neuro-dégénératives. Le système immunitaire étant moins réactif, les individus sont aussi plus vulnérables. Ce n'est donc pas étonnant que les sujets dénutris aient des temps de convalescence plus grands.

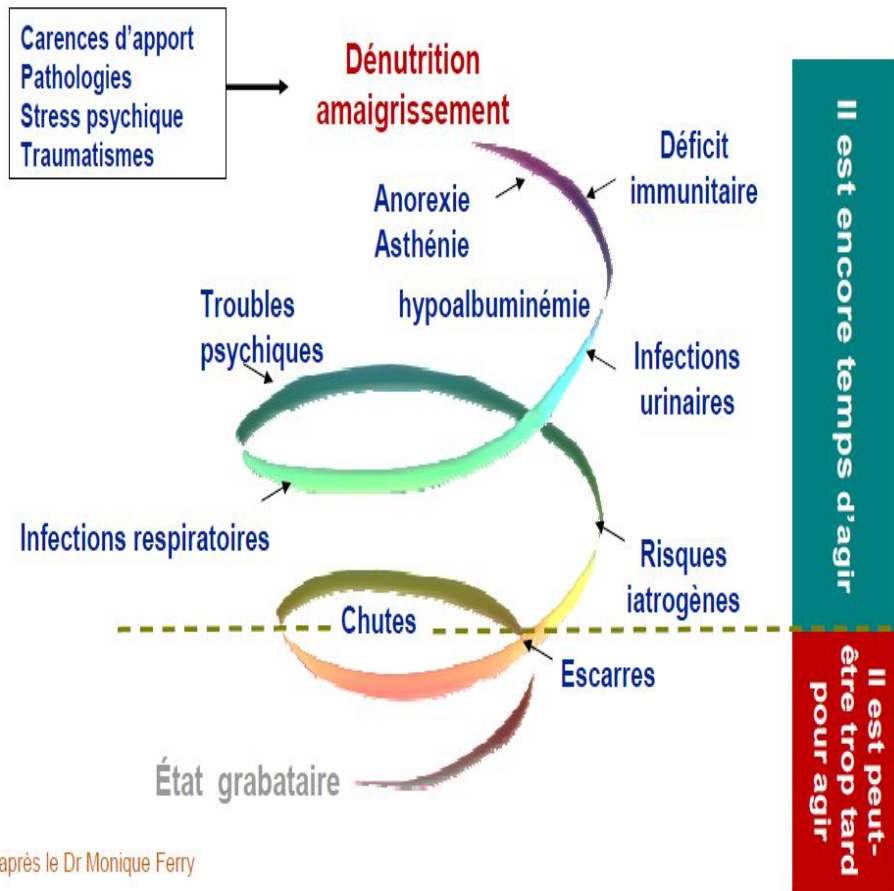
4 Les régimes sévères

Ils entrent également en ligne de compte. Ils sont générateurs d'anorexie et sont d'ailleurs déconseillés la plupart du temps. Enfin, il faut faire attention aux interactions médicamenteuses qui sont à l'origine d'une perturbation des goûts.

CONSEQUENCES DE LA DENUTRITION

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

La spirale de la dénutrition*



* d'après le Dr Monique Ferry

d' après Monique FERRY

Selon l'avis de l'AFSSA du 9 janvier 2009, les conséquences de la dénutrition chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies ont été « clairement mises en évidence » et peuvent ainsi être résumées :

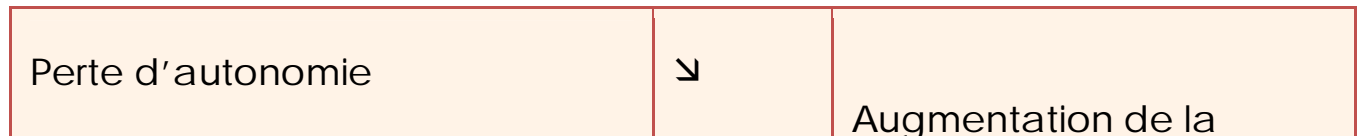
Augmentation des infections nosocomiales.

Augmentation des chutes et fractures.

Augmentation des escarres.

Augmentation de la durée du séjour à l'hôpital.

Augmentation de la mortalité en ville comme à l'hôpital (le risque de décès est multiplié de 2 à 4).



Le rapport de l'IGAS sur « Evaluation du programme national nutrition santé PNNS 2 2006-2010 », paru en avril 2010 met l'accent, au chapitre dénutrition des personnes âgées (ch.3.3), sur les points suivants :

□ C'est une problématique encore très méconnue du grand public □ Le nombre d'études est encore insuffisant sur le sujet, mais une certitude existe cependant sur l'impact négatif de la dénutrition en termes de mortalité et morbidité (escarres, chutes, fractures, infections, nosocomiales...) □ L'approche de la problématique de dénutrition chez la personne âgée est jusque là très hospitalo-centrée (avec objectifs précis et résultats les plus probants dans les établissements de soins notamment) Il faut identifier clairement un programme spécifique de « prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition des personnes âgées, à domicile et en établissement », assorti de fiches-actions incombant à des pilotes nationaux et susceptibles d'être déclinées en région.

Fatigue	↗	
Augmentation des complications infectieuses	↘	Augmentation de la charge en soins techniques
Risque accru d'escarre	↗	
↓ Augmentation de la morbi-mortalité		↓ Augmentation du coût des soins

Conséquences pour l' EHPAD

REPERAGE/DEPISTAGE (cf. fiche Evaluation d' entrée)

Le repérage de la dénutrition est indispensable dès l'admission ou pré admission du résident. On considère que 30 à 60 % des personnes âgées sont dénutries dès leur entrée en EHPAD. Ce pourcentage varie notamment en fonction des situations ayant précédé l'admission (domicile, retour d'hospitalisation,...).

L'évaluation du risque de dénutrition chez le sujet âgé repose sur :

- 1 - La recherche de situations à risque de dénutrition : facteur de risque, et médicaments.
- 2- L'estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires.
- 3 - La mesure du poids, l'évaluation de la perte de poids par rapport au poids antérieur le calcul de l'indice de masse corporelle.
- 4 - Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire comportant au minimum la recherche de situations à risque de dénutrition et le poids, tel que le Mini Nutritional Assessment (MNA).
- 5 - Dosage des protéines plasmatiques : Albumine et CRP

Situations à risque de dénutrition :

Ce sont les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires et/ou une augmentation des besoins nutritionnels. Du fait du défaut de régulation de l'appétit associé au vieillissement, ces situations sont potentiellement multiples. Ce sont d'abord des situations non spécifiques à la personne âgée : les cancers, les défaillances d'organes chroniques et sévères (cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique), les pathologies digestives à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption, l'alcoolisme chronique, les pathologies infectieuses et/ou inflammatoires chroniques... Les situations plus spécifiques à la personne âgée sont résumées dans le (Tableau IX). La dépendance dans les actes de la vie quotidienne, la dépression et la démence représentent des facteurs de risque particulièrement importants de dénutrition.

1 Repérer les facteurs de risque :

a) Facteurs de risque

Tableau IX : Facteurs de risque de dénutrition chez les personnes âgées		
Psycho-socio-environnementaux	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
Isolement social Deuil Difficultés financières Maltraitance Hospitalisation Changement des habitudes de vie : entrée en institution	Douleur Pathologie infectieuse Fracture entraînant une impotence fonctionnelle Intervention chirurgicale Constipation sévère Escarres	Polymédication Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc. Corticoïdes au long cours
Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
Trouble de la mastication Mauvais état dentaire Appareillage mal adapté Sécheresse de la bouche Candidose oro-pharyngée Dysgueusie	Sans sel Amaigrissant Diabétique Hypocholestérolémiant Sans résidu au long cours	Maladie Alzheimer Autres démences Syndrome confusionnel Troubles de la vigilance Syndrome Parkinsonien
Troubles de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
Pathologie ORL Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire	Dépendance pour l'alimentation Dépendance pour la mobilité	Syndromes dépressifs Troubles du comportement

b) Médicaments « à risque »

Médicaments susceptibles d'être impliqués dans la perte de poids	
Médicaments anorexigènes	<ul style="list-style-type: none"> - Cardio-vasculaires : digoxine, amiodarone, procaïnamide, quinidine, spironolactone - Gastro-intestinaux : cimétidine, interféron - Psychiatriques : phénothiazines, butyrophénones, lithium, amitriptyline, imipramine, fluoxétine et autres inhibiteurs de la recapture de la sérotonine - Anti-infectieux : la plupart des antibiotiques, métronidazole, griséofulvine - Suppléments nutritionnels : fer, sel de potassium, excès de vitamine D - Antinéoplasiques : cyclophosphamide et presque tous les autres - Antirhumatismaux : anti-inflammatoires non stéroïdiens, colchicine, pénicillamine - Pulmonaires : théophylline
Médicaments entraînant une malabsorption	<ul style="list-style-type: none"> - Laxatifs - Cholestyramine - Méthotrexate - Colchicine - Néomycine - « <i>ganglionic blockers</i> »
Médicaments augmentant le métabolisme	<ul style="list-style-type: none"> - Théophylline - L-thyroxine en excès - Triiodothyrosine en excès - D-pseudoéphédrine

HAS / Service des recommandations professionnelles / Avril 2007

2 L'estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires

Il peut être plus difficile d'estimer les apports alimentaires chez une personne âgée que chez l'adulte ou chez l'enfant, en raison de la présence d'éventuels troubles mnésiques. Il faut alors solliciter les proches ou les aidants informels ou professionnels qui peuvent signaler les modifications de comportement alimentaire.

L'objectif de l'interrogatoire est surtout de mettre en évidence des modifications récentes de l'appétit et des apports alimentaires, qui représentent de manière évidente des signaux d'alarme.

3 Poids, IMC, perte de poids

L'HAS recommande de peser les personnes âgées :

- en ville : à chaque consultation médicale.
- en institution : à l'entrée et au moins une fois par mois.
- à l'hôpital : à l'entrée et au moins une fois par semaine en court séjour, tous les 15 jours en soins de suite et réadaptation et une fois par mois en soins de longue durée.

Il est recommandé de noter le poids dans le dossier et d'établir une courbe de poids.

Toute perte de poids est un signe d'alerte et doit faire évoquer la possibilité d'une dénutrition.

Pour calculer l'IMC, il faut mesurer le poids et, si possible, obtenir une mesure de la taille en position debout, à l'aide d'une toise. Si la station debout est impossible ou si le malade présente des troubles de la statique (cyphose dorsale...), il est recommandé d'utiliser les formules de Chumlea qui permettent d'estimer la taille à partir de la mesure de distance talon-genou, ou d'utiliser la taille déclarée (Tableau X).

Tableau X : Formules de Chumlea pour l'estimation de la taille selon la hauteur talon-genou

Femme : taille (cm) = $84,88 - 0,24 \times \text{âge (années)} + 1,83 \times \text{hauteur talon-genou (cm)}$

Homme : taille (cm) = $64,19 - 0,04 \times \text{âge (années)} + 2,03 \times \text{hauteur talon-genou (cm)}$

4 Le MNA

→ Le *Mini Nutritional Assessment* (MNA™, Nestlé)

Il s'agit d'un questionnaire de 18 items, avec un score total maximal de 30 points. Il a été développé spécifiquement pour dépister la dénutrition chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Un score total inférieur à 23,5 indique un risque nutritionnel, un score inférieur ou égal à 17 permet de faire le diagnostic de dénutrition.

Le diagnostic de la dénutrition repose sur la présence d'un ou plusieurs des critères suivants :

a) perte de poids > 5 % en un mois, ou > 10 % en six mois

Le poids de référence est idéalement un poids mesuré antérieurement. Si cette donnée n'est pas disponible, on peut se référer au poids habituel déclaré. En cas de pathologie aiguë, on se référera au poids avant le début de l'affection ; il est important de tenir compte des facteurs qui peuvent modifier l'interprétation du poids comme la déshydratation, les œdèmes, les épanchements liquidiens.

b) Indice de masse corporelle (IMC) \leq 21

Un IMC \leq 21 est un critère de dénutrition chez le sujet âgé. Par contre, un IMC > 21 n'exclut pas le diagnostic de dénutrition (une perte de poids significative peut survenir chez une personne âgée obèse).

c) albuminémie < 35 g/l ;

L'hypoalbuminémie n'est pas spécifique de la dénutrition. Elle peut être observée dans de nombreuses situations pathologiques indépendantes de l'état nutritionnel, en particulier en présence d'un syndrome inflammatoire, il est donc recommandé d'interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué par le dosage de la C-réactive protéine.

d) MNA-global < 17

Le diagnostic de dénutrition sévère repose sur un ou plusieurs des critères suivants :

- perte de poids > 10 % en 1 mois ou > 15 % en six mois ;
- IMC < 18 ;
- albuminémie < 30 g/l.

Il est important de préciser le caractère sévère de la dénutrition. La dénutrition sévère est associée à une augmentation importante de la morbidité et de la mortalité. Elle justifie une intervention nutritionnelle rapide, le plus souvent artificielle.

5 Dosages des protéines plasmatiques

- L'albumine, protéine à demi-vie longue de 21 jours reflète l'état de santé globale.
Au delà de 36g/l elle est normale.

Albuminémie (interprétable si CRP normale) :
sup à 35g/l : pas de risque
compris entre 35 et 30 g/l : dénutrition modérée

- La protéine c réactive CRP, est une protéine à demi-vie courte, dont l'augmentation indique un état inflammatoire récent.

DIAGNOSTIC : CRITERES HAS

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

- Perte de poids $>$ ou $=$ 5% du poids du corps dans le dernier mois.
- Perte de poids $>$ ou $=$ 10% du poids du corps dans les 6 derniers mois.
- IMC inférieur à 21 (avec taille CI).
- MNA :
 - MNA rapide = 6 QUESTIONS
 - SUP OU EGAL A 12 : état nutritionnel satisfaisant
 - INF OU EGAL A 11 : faire MNA complet
 - MNA COMPLET sur 30
 - SUP A 23.5 : pas de risque nutritionnel
 - DE 17 A 23.5 : risque nutritionnel
 - INF A 17 : **DENUTRITION**
- Albuminémie (interprétable si CRP normale) :
 - sup à 35g/l : pas de risque
 - compris entre 35 et 30 g/l : dénutrition modérée

Diagnostic de dénutrition sévère si un au moins des critères suivants

- Perte de poids $>$ ou $=$ 10% du poids du corps dans le dernier mois.
- Perte de poids $>$ ou $=$ 15% du poids du corps dans les 6 derniers mois.
- IMC inférieur à 18.
- Albuminémie inf à 30g/l.

PREVENTION DE LA DENUTRITION

« La prévention de la dénutrition, c'est l'affaire de tous ! Et pas seulement des soignants »
Dr FERRY.

C'est ainsi être attentif, ensemble, à la personne, à son appétit, à ses prises alimentaires, à la taille de ses vêtements, etc...

Aussi la prévention ne pourra se faire que dans la coopération des 3 métiers présents dans l'EHPAD : Métiers de soins, métiers d'hôtellerie et métiers liés à la vie sociale (animation).

SENSIBILISER : l'œil est le meilleur outil.

Avec un coup d'œil sur le résident, sur le plateau repas, sur les restes de l'assiette, sur la balance, une première évaluation est faite.

1 Comment prévenir la dénutrition

Une alimentation équilibrée, variée, adaptée :

- Un principe de base : manger avec plaisir ! car la monotonie alimentaire aggrave la diminution du goût et du plaisir alimentaire.
- Suivre les recommandations du PNNS pour les personnes âgées fragiles.
- Les repères de consommation du PNNS pour les personnes âgées fragiles

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

- Quatre éléments prioritaires : apports énergétiques globaux/apports protéiques /apports hydriques /calcium et vitamine D.
- Favoriser le plaisir de manger.
- Favoriser l'activité physique.
- Assurer une bonne hygiène bucco dentaire.
- Evaluer les régimes et textures adaptés.
- Fiche d'ingestat à remplir.
- Pesée mensuelle ou plus si nécessaire, avec suivi de la courbe de poids.
- Veiller à la prise des médicaments en fin de repas ou en dehors des repas.

ORGANISER

- Il s'agit de trouver un équilibre entre les recommandations nutritionnelles ; les souhaits des résidents, dans le respect des réglementations en vigueur (règles d'hygiène, application de la réglementation HACCP, traçabilité des aliments...).
- L'organisation doit être centrée autour du désir et des besoins :
 - Etablir des fiches de gout.
 - Respecter au mieux les habitudes de la personne dans les horaires, nombre des repas, religion ; régime particulier ...
 - Y a t il assez de temps pour manger ?
 - Le résident est il bien installé ?
 - Couverts adaptés ?
 - Si le résident nécessite de l'aide, la personne qui l'aide doit adopter un comportement optimisant la prise du repas (voir fiche).

FAVORISER LA CONVIVIALITE

- Les menus doivent être affichés la veille, et énoncés par la fille de salle.
- Le repas se passe dans un cadre agréable, accueillant calme et stimulant avec une décoration de la salle, repas à thèmes de temps en temps.
- La présentation des plats est soignée, avec des odeurs qui ouvrent l'appétit (ou diffuseur d'odeur), saveurs sublimées par des aromates, plats présentés les uns derrière les autres ; ne mixer que si nécessaire.
- Repas agréables au goût et à l'œil.

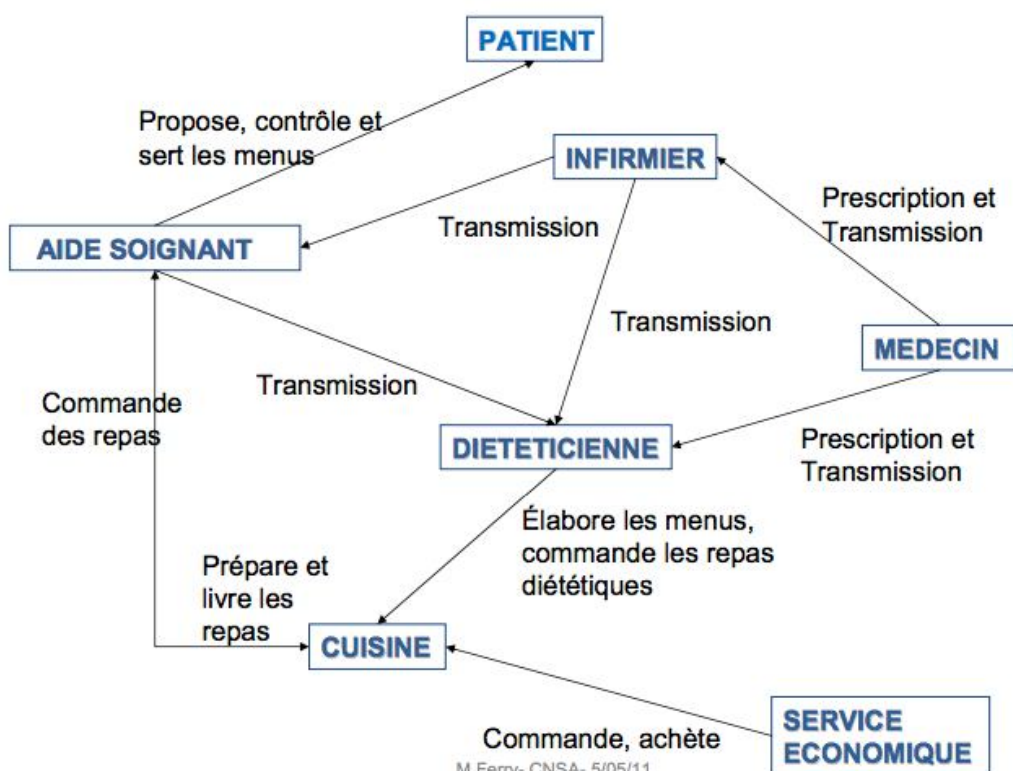
- Le temps entre les repas n'est ni trop long ni trop court : respecter 3 h entre 2 repas, pas de goûter trop copieux, on peut proposer une collation avant le coucher.
- Eviter une période de jeûne nocturne trop longue supérieure à 12 heures.
- Prévoir des aliments disponibles à la demande.

PARTAGER LES INFORMATIONS

- Lors des réunions hebdomadaires, aborder le thème de la nutrition de façon régulière afin d'avoir un regard permanent sur les résidents.
- Noter les informations concernant le comportement alimentaire dans les transmissions.
- Faire une réunion mensuelle avec la cuisinière, l'animatrice, l'équipe soignante afin de définir des repas à thèmes qui seront proposés.
- Ne pas hésiter à dialoguer avec les familles afin d'améliorer la prise en charge.

Il faut une adéquation entre la satisfaction des besoins nutritionnels, l'aspect « gastronomique » des repas, les demandes particulières, le respect du budget alloué et la traçabilité des aliments. Dr Ferry.

Au delà de la prévention systématique, la coordination des moyens de communication entre les différentes équipes de restauration, soins et animations reste un atout majeur.



6- FORMER LE PERSONNEL

- La compétence est le premier besoin, il y a nécessité de connaissances mais aussi de savoir faire et d'aptitudes relationnelles.

- Spécificité du soin gériatrique :

Nécessité de travailler selon une approche pluridisciplinaire.

- Le moment du repas est le « moment de vérité » pour tous les professionnels de la chaîne alimentaire.
- Formation sur les relations nutrition et santé.
- Importance et symbolique du repas: le refus de manger = un signal fort.
- Aide au repas adaptée et personnalisée = problème du temps des soignants, comme du temps du repas.
- Horaires des repas.
- Démarche préventive dénutrition, escarres, chutes, constipation.

PRISE EN CHARGE

(ARS)

Tableau 2. Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie + CNO Réévaluation à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 15 jours, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie + CNO Réévaluation à 1 semaine, et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie + CNO Réévaluation à 1 semaine, et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation à 1 semaine

* Réévaluation comportant :

- le poids et le statut nutritionnel ;
- l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s) ;
- l'estimation des apports alimentaires spontanés (ingesta) ;
- la tolérance et l'observance du traitement.

CNO : compléments nutritionnels oraux ; NE : nutrition entérale

Objectif : assurer des apports énergétiques de 30 à 40 kcal/kg/j et des apports protéiques de 1,2 à 1,5 g/kg/j.

- Comment enrichir l'alimentation?

En ajoutant des produits riches en protéines et/ou en énergie adaptés au goût du patient (poudre de lait, gruyère râpé, œufs, crème fraîche...).

- Faut-il avoir recours à des compléments nutritionnels oraux (CNO) ?

Oui, en collation ou pendant les repas (seulement après échec des mesures ci-dessus dans le cas où les apports alimentaires spontanés de la personne âgée sont normaux). ces CNO peuvent être soit des aliments fabriqués par les prestataires de restauration soit des produits commerciaux.

- Comment surveiller l'efficacité de la prise en charge de la dénutrition?

- Réévaluation du poids et du statut nutritionnel.

- Estimation des apports alimentaires spontanés.

- Cahier de prises alimentaires.

- Adaptation de la démarche thérapeutique à l'état clinique de la personne âgée et à l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s).

- Quand la nutrition entérale est-elle indiquée ?

La nutrition entérale doit être réservée aux formes sévères de dénutrition ou de troubles sévères de la déglutition et en cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle orale, elle nécessite l'accord du malade et une hospitalisation .

Elle nécessite une réflexion collégiale pluridisciplinaire et avec les proches lorsque la personne ne peut donner son consentement. La nutrition entérale n'apporte aucun bénéfice au stade de démence sévère en fin de vie.

DISCUSSION / REFLEXIONS

Dans cette phase de discussion, j'aimerais exposer l'expérience vécue au pavillon Sévigné, depuis mon arrivée en 2011.

LE CONTEXTE

Le pavillon Sévigné

Le pavillon Sévigné est une ancienne maison de retraite médicalisée, à structure familiale créée par Madame Gognet en 1964, puis dirigée par son fils depuis 1990.

L'établissement à une capacité d'accueil de 39 résidents, tient à garder sa dimension humaine.

Actuellement en 2012, un tiers des aides soignantes présentes étaient déjà là à la création de la résidence. Elles ont vu, accepté l'évolution de leur métier autant dans la responsabilisation que la perte de certaines de leurs actions, leur regard professionnel est intact quant il faut analyser le comportement d'un résident !

C ' est dans cette atmosphère familiale que j'ai été accueillie pour prendre ma nouvelle fonction de médecin coordonateur, présente un jour par semaine (0,25 ETP), dans une organisation « rodée ».

Mon activité

Mon activité principale est celle d'un médecin généraliste formé à la nutrition, dans le cadre des suivis de la chirurgie bariatrique liée à l'obésité, et troubles du comportement alimentaire chez les plus jeunes...

Mon expérience en gériatrie datait de mes études, et de ma pratique quotidienne ancienne.

Je suis donc arrivée au Pavillon Sévigné avec un œil extérieur à la gériatrie, et néophyte dans cette fonction de médecin coordonnateur, mais sensible à l'approche nutritionnelle !!!

La restauration et l'organisation des repas

Le système de restauration choisi par l'établissement est celui de la sous traitance, hors site. Les repas fabriqués dans une cuisine centrale sont livrés dans l'établissement en multi portion, et, en liaison froide (les préparations doivent être réchauffées avant consommation).

Cette configuration rendant une adaptation aux besoins de l'établissement plus difficile.

Le cout est un cout journalier, calculé en incluant tous les frais.

La cuisine est sous la responsabilité de deux cuisinières (travaillant en alternance), cette dernière assure la distribution des repas en salle, stimule la prise alimentaire, aide si besoin les résidents à la découpe...

Les résidents moins autonomes, et, ou perturbateurs prennent leur repas en chambre le midi et ou le soir.

1--PHASE D OBSERVATION / APPRENTISSAGE D UN NOUVEL ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL

Ne connaissant pas l'univers de l' EHPAD, son fonctionnement, pendant quelques semaines, j'ai décidé de suivre les équipes « autour de la nutrition ».

J'ai instauré une réunion hebdomadaire pour recueillir les informations concernant chaque résident de l'ehpad, ainsi qu'un trimestre de travail sur le thème de l'alimentation dans sa dimension transversale c'est à dire la coordination de 3 métiers : soins/hôtellerie/animation.

Pendant 1 mois, j'ai observé la présentation des plateaux repas, leur distribution, les regards des résidents sur leur plateau, le regard des équipes sur les résidents.

Par ailleurs, j'ai validé avec les équipes la connaissance des protocoles de diagnostic et de prise en charge de la dénutrition et leur mise en pratique,

Dans ce contexte de petite structure familiale, avec des équipes expérimentées (ancienneté de 20 ans pour certaines), et une majorité de résidents ne présentant pas de problème de dénutrition, il a été plus facile de travailler la prévention dans un souci d'amélioration qualitative.

La difficulté était de bouleverser des habitudes de travail bien fait et « rodé » !

2 – PHASE D'ECOUTE ET D'ECHANGE /OBJECTIFS

Formée à l'entretien motivationnel en consultation face à face, et devant des professionnelles compétentes et volontaires, il a été possible de mettre en place, à chaque réunion ce processus de « motivation », qui met en relation des niveaux de compétences, d'experts à partager et non à transmettre.

De cette qualité d'écoute et d'échange nous avons pu travaillé le « qualitatif » et mettre à disposition des équipes une boîte à idées afin de chercher les directions d'amélioration de notre travail, avec en plus une auto évaluation à faire pour chaque soignante.

Il apparaissait dans cette phase que chaque « soignante » s'adaptait à chaque résident, savait passer la main si la relation était difficile, repérait un changement de comportement alimentaire et cherchait dans la vie du résident ce qui pouvait l'expliquer (dès lors qu'une cause médicale était écarté).

Les idées et les propositions furent les suivantes :

- les plus anciennes aides soignantes regrettaient le temps de la soupe maison, de la semoule au lait du dimanche soir, des odeurs de cuisine alléchante.
- comment passer plus de temps avec les résidents au moment des repas ?
- Pourquoi ne pas faire des thèmes « cuisine et culture » ?
- Faire un atelier épluchage, découpage de fruits et légumes.
- Etre formée aux conséquences de la dénutrition.
- Améliorer les goûters.

Pour l'auto évaluation, la question posée était : « êtes vous satisfaite de votre intervention autour du repas » ? - « Que changeriez vous demain » ?

Cette question a surtout permis de discuter au sein de l'équipe des pratiques différentes et singulières de chacune des participantes.

3 FORMATIONS

Nous avons revu les fiches de protocole, travaillé les situations à risque, les conséquences de la dénutrition avec l'augmentation d'escarres, d'infection ... Cette sensibilisation des équipes les a conforté dans leur responsabilisation. Il est apparu évident que des connaissances acquises potentialisent l'investissement, grâce à l'augmentation de la compétence.

Avec l'infirmière coordonnatrice, nous avons initié des jeux de rôles au lit du malade, simulant « le refus de manger », « manger avec des gants et lunettes », « les familles insistantes »... Ce qui a créé un lien à la fois ludique et non protocolaire, chacun pouvant s'exprimer dans la mesure de ses capacités.

4 LES CHANGEMENTS EFFECTUES

Un mois plus tard il a été décidé :

Enrichissement global des aliments (fromage, lait, crème...).

Amélioration des gouters (gâteau maison).

Activité « épluchage le vendredi pour réaliser un dessert le dimanche, ou une soupe.

Achats d'exhausteur de goût : vanille ; fleur d'oranger, différents arômes, épice douce.

5 LES COMPORTEMENTS OBSERVES

Quelques exemples :

Mr R , 75 ans, parkinsonien, début d' Alzheimer sur un terrain paranoïaque ;

Mr R, chute fréquemment, n'accepte pas ses difficultés motrices s'aggravant, refuse de venir en salle manger, et quand on l'oblige pour le « stimuler », il tombe en plein milieu de la salle...

Après discussion d'équipe, et prenant en compte ses difficultés il est décidé, de proposer à Mr R de choisir quand il se sent bien de venir en salle et si il ne le sent pas il reste dans sa chambre.

Après cette discussion MR R, viendra tous les midis ou presque et ne chute plus à ce moment de la journée.

Mme D , 55 ans, AVC sur une anorexie mentale chronique , en fauteuil roulant .Le moment du repas est un « calvaire » pour toutes les équipes, manque de temps , gavage, chantage ,refus...et dénutrition clinico-biologique.

L'équipe est sans solution, comme toujours face à l'anorexie mentale. Cette patiente cultivée, dans un ennui profond, dépressive n'attend que les moments où nous passons dans sa chambre pour sourire.

Son mari, partenaire actif tente de la faire manger, avec succès le plus souvent.

Il est décidé de venir goûter à tour de rôle dans sa chambre : la psychologue 1 fois par semaine avec du chocolat qu' elle adore, moi et mes macarons, les filles avec leur complément amélioré,bref nous la mettons au centre de nos goûters !!!

Puis chaque jour nous arrivons à détacher une fille pour venir tranquillement lui donner à manger. En quelques mois son IMC à 16 passe à 18 ...

Loin d'imaginer que nous sommes parfaits, l'impression qui ressort de quelques cas encore une fois dans cette petite structure est que, loin des protocoles acquis c est l'adaptation et surtout le respect des résidents et enfin l'investissement de toutes les équipes qui potentialisent la prise en charge.

Cet investissement est d' autant plus important qu' il est valorisé et reconnu.

6 EVOLUTION ET PERSPECTIVES

Cette année l'équipe d'animation l'hôtellerie, les soignantes ont préparé une fête sur le thème « les îles ».

Des semaines de découpage, de préparation de danse, mais surtout de préparation de mets succulents pour les résidents et leur famille, un stand de fruits exotiques avec dégustation.

Alors comment relever les critères de plaisir ? C'est un mystère, cependant le sourire arboré par les résidents et les « encadrantes », les yeux rieurs sur les photos, ne trompent pas !!

Chaque dimanche, à l'initiative des équipes, tous les résidents sont en salle, on met des nappes en tissu, Mr L, ancien restaurateur, Korsakoff, dresse les tables avec l'aide d'autres résidents, la cuisinière amène des verrines magnifiques (qu' 'elle nous montre en photo le mercredi !!), et la réaction des résidents est : » C'est toujours quand c'est bon qu' 'il n ' y en a pas assez !!! » « C'est beau », ils disent apprécier les tables en couleur.

Bien entendu qui pourra dire qu'ils mangent mieux et plus ? Personne.

Cependant les expressions de visage, le sourire, les échanges verbaux partagés, qui ne sont pas des critères d'évaluation de la dénutrition mais certainement ceux de l'évaluation du plaisir !

Comme dirait une aide soignante avec une longue ancienneté, face à une patiente entrée avec un régime « diabétique / sans graisse », et discutant avec moi lors d'un goûter amélioré auquel elle n'avait pas droit.... : » Docteur, il ne lui reste plus que ça...si on la prive du plaisir de manger ». Bien sûr cette femme a eu un goûter amélioré comme les autres.

Je pourrais raconter de nombreuses anecdotes, simples, qui mettraient en évidence le fait que chaque soignante en charge d'un résident sait généralement comment s'adapter de façon singulière, chacune à leur manière n'hésite pas à demander à une autre comment elle fait quand elle est en échec.

Partager leur façon de faire, afin d'optimiser le résultat, est un atout majeur dans la prise en charge .La coopération des équipes, la reconnaissance de leur travail les incitent à un engagement pour le bien-être de nos résidents.

CONCLUSION

La bonne prise en charge de la dénutrition en EHPAD, repose sur la coopération de trois métiers : celui du soin avec les respect des protocoles et la vérification de leur mise en pratique, celui de l'hôtellerie afin de faciliter l'alimentation plaisir, celui de l'animation afin de créer une ambiance « sensorielle », ou thématique stimulant l'appétit.

Les contraintes protocolaires, budgétaires, sécuritaires sont incontournables et nécessaires, mais parfois elle peuvent nous faire passer à coté de « l'essentiel » pour nos résidents : le plaisir de manger, regarder des plats appétissants, sentir les odeurs alléchantes, dans une ambiance propice à l'échange.

Avec la participation d'équipes motivées, investies, reconnues compétentes, ces moments de partage, de plaisir à manger , de sourires, trouvent leur juste place dans les critères d'évaluation de la bonne nutrition !

BIBLIOGRAPHIE

1 - Ferry M, Alix E, Brocker P. Nutrition de la personne âgée. Edition Masson , Paris , 2007

.360 p.collection abrégé de médecine .2-29406236-1

2 - Brocker .P, Albrecht .C, Arab .N, et al, Evaluation d'un protocole de prise en charge diagnostique et thérapeutique de la dénutrition du sujet âgé hospitalisé .Année gériatrique, 2006 .20 .p.17-5.

3 - Raynaud -Simon A , Lesourd B . . Dénutrition du sujet âgé : conséquences cliniques .Presse Med ,2000 . 29 :2183-90

4 -.Lesourd B . La dénutrition protidique : principale cause de déficit immunitaire chez le sujet agé .Age Nutr 1990 ; 3:132-8

5 - Guigoz Y , Vellas B . Test d'évaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée : le Mini Nutritional Assessment (MNA) ; M &H 1995 : 1965-199

www.has-sante.fr : Malnutritions des personnes âgées

6 - Haute Autorité de Santé (HAS) :

Recommandation professionnelle /Avril 2007 : stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-energetique chez la personne âgée

www.has-sante.fr www.anses.fr/ www.inpes.fr/ http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_et_sommaire_PNNS_.pdf

7- Ministère de la Santé:

Deuxième Programme National Nutrition Santé (PNNS) – 2006-2010

8 - CIQUAL (Centre d'information sur la qualité des aliments) et sa table (composition nutritionnelle des aliments) sur le site de l'ANSES

9 - Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées (Inpes) □ Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée (HAS) □

10 - rapport de l'IGAS sur « Evaluation du programme national nutrition santé PNNS 2 2006-2010 » paru en avril 2010 (qui traite de la problématique des personnes âgées en 3.3, et recommande des aménagements notamment en termes d'adaptations quant à la prise en charge des CNO)

11 - Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et des services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) / Recommandation Février 2009

12 - Institut National de Prévention et d'Education pour le Santé (INPES)

– Guide Bonnes pratiques de soins en EHPAD /Ministère de la Santé et des Solidarités/ Société française de Gériatrie et de Gérologie (octobre 2007): hapitre Alimentation pages10 à 13

- Guide Nutrition à partir de 55 ans

- Guide Nutrition pour les aidants des personnes âgées fragilisées 2006
- Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé

RESUME

La dénutrition protéino énergétique en EHPAD,est un enjeu de santé publique ,médical, économique coordonnateur la connaissance des outils de dépistage, de prévention, de prise en charge.

Elle requiert une coopération totale entre les trois métiers de l' EHPAD : hôtellerie, soins, et animation motivée par le médecin coordonnateur afin d'inscrire l'établissement dans un projet de « nutrition plaisir ».

Cette boite à outils est une proposition d'aide à la mission.

Ce cadre autorise les équipes à laisser place à leur initiative dans le respect du résidant.

