

**Démence et dénutrition : étude de la
relation entre psychotropes et
dénutrition en EHPAD**

Audrey BARATTE

**DU « Infirmière Référente et Coordinatrice en EHPAD et
en SSIAD »**

Année universitaire 2019

Directeur de mémoire : Docteur Pierre ACETI

PLAN

1) Introduction.....	p. 1
2) Motivations de l'étude.....	p. 2
3) Démence, dénutrition et psychotropes.....	p. 2
4) Méthodologie.....	p 6
4-1) Participants.....	p. 6
4-2) Psychotropes.....	p. 7
4-3) Outil d'analyse.....	p. 8
5) Résultats.....	p. 9
5-1) Dénutrition (IMC et albumine) et neuroleptiques.....	p. 10
5-2) Dénutrition (IMC et albumine) et antidépresseurs.....	p. 10
5-3) Dénutrition (IMC et albumine) et anxiolytiques.....	p. 11
5-4) Dénutrition (IMC) et neuroleptiques.....	p. 12
5-5) Dénutrition (IMC) et antidépresseurs	p. 12
5-6) Dénutrition (IMC) et anxiolytiques.....	p.13
5-7) Dénutrition (albumine) et neuroleptiques.....	p. 13
5-8) Dénutrition (albumine) et antidépresseurs.....	p. 14
5-9) Dénutrition (albumine) et anxiolytiques.....	p.15
6) Discussion.....	p. 15
6-1) Mécanisme d'action des neuroleptiques.....	p. 16
6-2) Mécanisme d'action des antidépresseurs.....	p. 16
6-3) Mécanisme d'action des benzodiazépines.....	p. 17
6-4) Analyse.....	p. 18
7) Conclusion.....	p. 23
8) Bibliographie.....	p. 24
9) Annexes.....	p. 27

1) INTRODUCTION

Le taux de dénutrition varie entre 15 et 38% dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Brocker, Ferry et Soriano, 2009). Les étiologies de la dénutrition sont somatiques, environnementales et psychologiques, le retentissement constitue un facteur de comorbidité majeure chez la personne âgée. La prise en charge nutritionnelle fait partie intégrante du projet de soins du sujet âgé admis en institution. En effet, l'étude de Potter, Schafer et Bohi en 1998, nous montre que les taux les plus élevés de mortalité surviennent chez les sujets avec les indices de masses corporelles les plus bas. Il semble primordial de prévenir et diagnostiquer la prise en charge des troubles alimentaires afin de diminuer le taux de mortalité du sujet âgé.

Nous avons réalisé une étude visant à évaluer l'impact de la prescription de psychotropes sur le taux de dénutrition des résidents en EHPAD. L'action pharmacologique des psychotropes, sur le sujet âgé institutionnalisé, est principalement à visée sédatrice ou anxiolytique. Il nous semble intéressant de tenter d'évaluer le retentissement de ce type de prescription sur la prise en charge nutritionnelle.

Cette étude va nous permettre d'affiner notre recherche sur une prise en charge plus adaptée aux besoins spécifiques du sujet âgé en matière de dénutrition. L'objectif final doit nous amener à un questionnement professionnel nous permettant d'analyser nos pratiques actuelles.

2) MOTIVATION DE L'ETUDE

Durant mon expérience professionnelle, le dépistage de la dénutrition ne semble pas systématique à l'admission ou au cours du suivi des résidents en EHPAD. Le rôle de la coordination et en particulier de l'infirmière coordinatrice reste déterminant dans la formation de l'équipe soignante sur les bonnes pratiques à mettre en place face à la dénutrition.

Les études réalisées indiquent une augmentation du taux de mortalité chez le sujet dénutri. C'est pourquoi nous avons souhaité mener une réflexion sur la prise en charge qualitative et quantitative de la dénutrition et tenter d'évaluer l'influence des facteurs responsables ou aggravants des carences de la prise en charge nutritionnelle en institution.

3) DEMENCE, DENUTRITION ET PSYCHOTROPES

La prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées à domicile est située entre 4 à 10%, en institution elle est située entre 15 et 38%, à l'hôpital celle-ci est comprise entre 30 à 70% (Brocker et al., 2009).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « la dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères » (Raynaud-Simon, et Revel, 2007). La prise alimentaire chez la personne âgée, est altérée par l'augmentation des seuils gustatifs et olfactifs et d'une altération de la vision. Elle est limitée par l'altération des capacités

masticatoires et de l'état bucco-dentaire ; c'est pourquoi il est essentiel de faire une évaluation globale du résident dans son environnement pour adapter le projet de prise en charge nutritionnelle.

La recherche de la dénutrition repose sur l'estimation des apports alimentaires, la mesure du poids, l'évaluation de la perte de poids dans la durée, le calcul de l'indice de masse corporelle et le dosage de l'albuminémie (tableau facteurs). Ce dépistage peut être formalisé par le Mini Nutritional Assessment (MNA). Nous soulignons que la vitamine D reste un indicateur de la masse musculaire d'où son intérêt dans l'évaluation nutritionnelle protéique de la personne âgée (Moreira-Pfrimer, Pedrosa, Teixeira, & Lazaretti-Castro, 2009).

Nous pouvons parler de dénutrition quand il y a une perte de poids supérieur à 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois, un IMC inférieur à 21kg/m², une albuminémie inférieure à 35g/l, un MNA global inférieure à 17. Pour parler de dénutrition sévère, il faut une perte de poids supérieure à 10% en un mois ou supérieur à 15% en 6 mois, un IMC inférieur à 18kg/m², une albuminémie inférieure à 30g/l (HAS, 2007).

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE DÉNUTRITION

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères ci-dessous.

Dénutrition	Dénutrition sévère
<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois • Indice de masse corporelle : IMC < 21 • Albuminémie¹ < 35 g/l • MNA global < 17 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois • IMC < 18 • Albuminémie < 30 g/l

1. Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive.

Tableau 1 : Critères diagnostiques de dénutrition (HAS)

Le diagnostic de dénutrition ou dénutrition sévère se fait en présence d'un ou plusieurs des critères respectifs. La dénutrition est un critère essentiel à prendre en compte en institution. En effet, elle peut être un symptôme d'entrée dans la démence ou aggraver les troubles du comportement, voire être responsable de chute et d'un

syndrome infectieux. Il existe deux types d'amaigrissement : d'une part l'amaigrissement lent corrélé aux performances cognitives, il s'agit de la manifestation de la maladie. D'autre part l'amaigrissement rapide, profond corrélé à la perte d'autonomie et à la diminution des apports énergétiques qui sont les conséquences directes des troubles du comportement de la démence (Guyonnet, Nourhashemi, Reyes-Ortega, de Glisezinski, Adoue, Rivière, Vellas, et Albaredo, 1997).

Il semblerait également que la perte de poids s'amplifie avec l'évolution de la maladie et qu'elle soit un facteur prédictif de mortalité chez les patients souffrants de la maladie d'Alzheimer (White, Pieper, Schmader et Fillenbaum, 1996 ; White, Pieper et Schmader, 1998). De plus, la perte de poids peut précéder le diagnostic de la maladie. (Barrett-Connor, Edelstein, Corey-Bloom, Wiederholt, 1996). Elle pourrait être, dans ce cas, une manifestation précoce du processus pathologique.

Il semblerait donc que la dénutrition soit un facteur de comorbidité dans la démence.

Dans un rapport de la HAS, la définition du DSM 5 est reprise pour définir la démence ; il s'agit d'un trouble neurocognitif majeur (anciennement démence). Elle est définie comme une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, suffisamment importante pour ne plus être capable d'effectuer seul les activités de la vie quotidienne (perte d'autonomie) comme gérer son budget, ses traitements, faire ses courses, utiliser les transports, le téléphone. Ce trouble diffère d'un syndrome confusionnel.

La HAS, en 2009, nous indique que la démence est responsable des troubles du comportement.

Selon la HAS (2009), les troubles du comportement sont définis comme « des comportements ou des attitudes ou des expressions dérangeants, perturbateurs ou

dangereux pour la personne ou pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées ». Les troubles du comportement ont différentes expressions comme par exemple de l'anxiété, de la dépression ou encore des idées délirantes (Pancrazi, 2010). Un tableau explicatif de ces expressions a été élaboré par la HAS (2009) et est disponible dans les annexes. Après avoir vérifié que l'origine ne soit ni somatique ni iatrogène, un traitement psychotrope peut être instauré afin de prendre en charge ces troubles du comportement.

Les psychotropes sont représentés par les antidépresseurs, les neuroleptiques, les anxiolytiques, les hypnotiques et les stabilisants de l'humeur.

Il a été constaté que 64% des résidents accueillis en EHPAD ont au moins une prescription de psycholeptiques soit plus de 2 sur 3 d'entre eux en 2016. Dans un rapport établi en 2016 par la HAS, l'analyse relate que 26,3% des résidents accueillis en institution a reçu au moins une prescription de neuroleptiques contre 34,5% pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée soit 1 résident sur 4.

Selon l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie), les psychotropes non opiacés regroupent plusieurs catégories de traitements ayant pour fonction d'agir sur l'activité cérébrale. Leur action sur le système nerveux central pourra venir aggraver les troubles cognitifs préexistants (Cadet-Tairou, et Brisacier, 2013).

En plus d'avoir une action sur le système nerveux central ils peuvent avoir une action sur le poids en effet, en 2011, la HAS cite « les neuroleptiques comme pouvant être des facteurs favorisant la prise de poids ». Nous savons que les neuroleptiques peuvent interagir avec d'autres molécules et être responsable de iatrogénicité, il est recommandé de respecter leurs précautions d'emploi.

Legrain, en 2005, définit les modalités de prescription chez le sujet âgé : l'excès de traitements (overuse), la prescription inappropriée (misuse) et l'insuffisance de traitements (underuse). Elle nous explique que la prescription chez le sujet âgé est difficile et peut-être optimisée.

Nous sommes donc amené à penser que la prise de psychotropes chez la personne âgée en EHPAD peut avoir un impact sur la dénutrition.

4) METHODOLOGIE

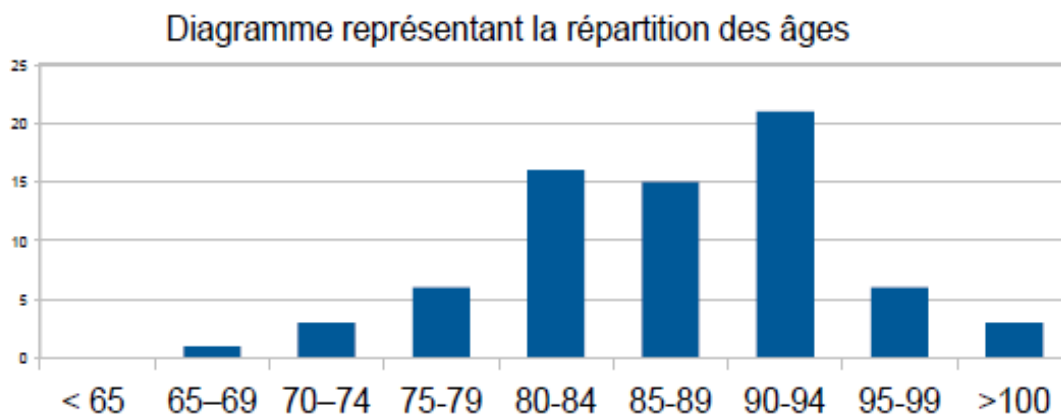
L'objectif de l'étude est de rechercher une éventuelle différence statistiquement significative ($P < 0,05$) entre les résidents dénutris avec un traitement psychotrope et les résidents dénutris sans prise de psychotropes.

Nous avons réalisé une étude de type transversale, nous avons pris en compte l'état nutritionnel, l'indice de masse corporelle, l'albuminémie et le type de psychotropes prescrits (antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytiques) par résident.

4-1) Participants

L'étude a été menée sur 71 résidents dont 20 résidents sont en unité de soins adaptés, 14 résidents en unité grands dépendants et 37 résidents en secteur classique.

Nous avons recensé 17 hommes et 54 femmes, l'âge moyen du groupe analysé est de 86,99ans.



Histogramme 1 : Répartition des âges

L'âge moyen chez les femmes est de 87,48 ans et 85,41 ans chez les hommes identifiés.

L'échantillon analysé a un GIR médian de 2.

Dans notre étude, seul 5 résidents ont un MMS supérieur à 27 sur 30.

4-2) Psychotropes

Notre étude a été réalisée sur trois classes médicamenteuses, il s'agit des traitements prescrits aux résidents identifiés dans l'étude. Les molécules retenues ont été classées par classes médicamenteuses que le tableau ci dessous reprend.

TRAITEMENTS PSYCHOTROPES CONCERNES		
NEUROLEPTIQUES	ANXIOLYTIQUES	ANTIDEPRESSEURS
-Risperidone (Risperdal)	-Alprazolam (Xanax)	-Venlafaxine (Effexor)
-Olanzapine (Zyprexa)	-Bromazepan (Lexomil)	-Miansérine (Athymil)
-Haloperidol (Haldol)	-Oxazepam (Seresta)	-Paroxetine (Deroxat)
-Loxapine (Loxapac)	-Prazepam (Lysanxia)	
-Cyamemazine (Tercian)	-Clobazepam (Urbanyl)	
-Tiapride (Tiapridal)		

Tableau 2 : Traitements prescrits aux personnes âgées de l'EHPAD analysées

4-3) Outil d'analyse

Nous avons utilisé le Test du χ^2 (χ^2 , x^2) pour lequel la formule est la suivante :

χ^2 calculé = somme (Effectif Théorique – Effectif Réel)² / Effectif Théorique.

Cette valeur doit être comparée avec une valeur de référence que l'on peut trouver dans les tables du χ^2 , en fonction :

-du nombre de degré de liberté :

(nombres de ligne -1) x (nombre de colonnes – 1), soit 1 dans notre étude

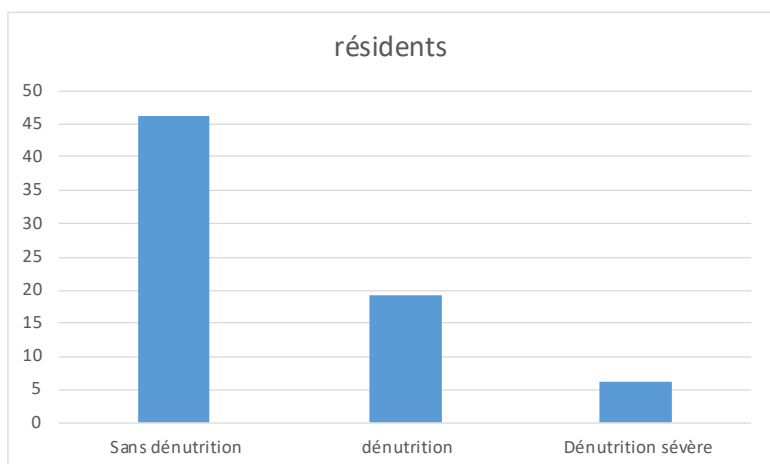
-du taux d'erreur accepté, soit par défaut 0,05 (5%) soit p(x)

Nous allons analyser les résultats de notre étude afin d'identifier si il y a une relation ou non entre la prise de psychotropes et les différents types de dénutrition.

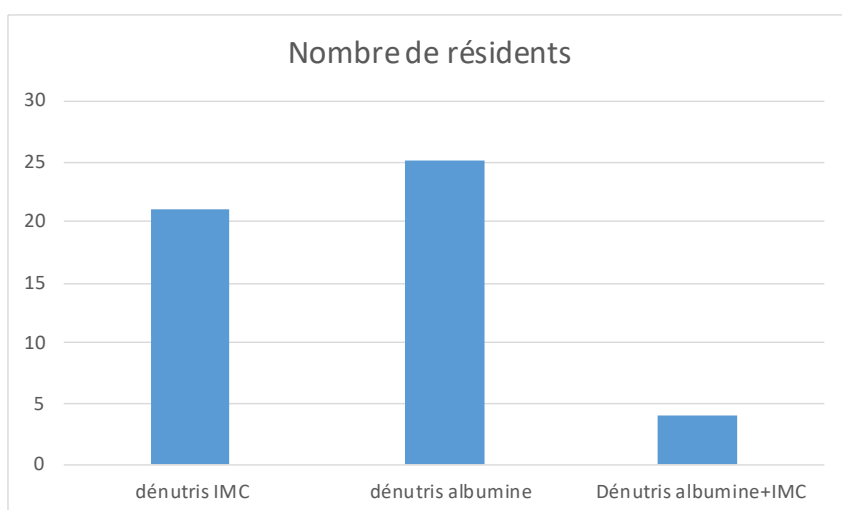
5) RESULTATS

Nous allons à présent aborder les résultats de nos différentes enquêtes réalisées.

Le premier constat nous permet de rendre compte que 59% des résidents identifiés dans notre étude sont dénutris soit 42 résidents sur 71 dont 4 résidents qui sont dénutris tous critères confondus (IMC et albumine).



Histogramme 2 : Diagramme représentant la répartition des résidents selon leur statut nutritionnel



Histogramme 3 : Diagramme représentant les résidents dénutris en fonction du type de dénutrition

5-1) Dénutrition (IMC et albumine) et neuroleptiques

La première analyse a pour but de tester si il existe un lien entre la prise de neuroleptiques et la dénutrition (IMC et albumine). Pour cela, nous avons réalisé un test du χ^2 avec comme variable indépendante la prise de neuroleptiques et comme variable dépendante la dénutrition (IMC et albumine). L'analyse des résultats met en évidence une absence de relation significative de la prise de neuroleptiques sur la dénutrition : $\chi^2 (1)=0.029$, $p(x)= 0.86$.

La dénutrition, tous critères confondus (albumine et IMC) ne semble pas liée à la prise de neuroleptiques.

	Résidents dénutris	Résidents non dénutris	Total
Sans neuroleptique	34	23	57
Avec neuroleptiques	8	6	14
Total	42	29	71

Tableau 3: Répartition des résidents dénutris (IMC et albumine) en fonction du traitement par neuroleptiques

5-2) Dénutrition (IMC et albumine) et antidépresseurs

L'analyse des résultats met en évidence une absence de relation significative de la prise d'antidépresseurs sur la dénutrition, tous critères confondus: $\chi^2 (1)=1.42$ $p(x)= 0.23$.

La dénutrition, tous critères confondus (IMC et albumine), n'est pas modifiée par la prise d'antidépresseurs.

	Résidents dénutris	Résidents non dénutris	Total
Sans antidépresseurs	29	16	45
Avec antidépresseurs	13	13	26
Total	42	29	71

Tableau 4 : Répartition des résidents dénutris (IMC et albumine) en fonction du traitement par antidépresseurs

5-3) Dénutrition (IMC et albumine) et anxiolytiques

L'analyse des résultats met en évidence une absence de relation significative de la prise d'anxiolytiques sur la dénutrition, tous critères confondus, $\chi^2 (1)=0.133$, $p(x)= 0.71$.

La dénutrition, tous critères confondus (IMC et albumine), n'est pas modifiée par la prise d'anxiolytiques.

	Résidents dénutris	Résidents non dénutris	TOTAL
Avec anxiolytiques	17	13	31
Sans anxiolytiques	25	16	40
TOTAL	42	29	71

Tableau 5 : Répartition des résidents dénutris (IMC et albumine) en fonction du traitement par anxiolytiques

5-4) Dénutrition (IMC) et neuroleptiques

L'analyse des résultats met en évidence une absence de relation significative de la prise de neuroleptiques sur l'indice de masse corporelle, $\chi^2 (1)=0.008$, $p(x)=0.9$.

L'indice de masse corporelle n'est pas modifié par la prise de neuroleptiques.

	Résidents dénutris	Résidents non dénutris	TOTAL
Avec neuroleptiques	4	10	14
Sans neuroleptique	17	40	57
TOTAL	21	50	71

Tableau 6 : Répartition des résidents dénutris (IMC) en fonction de la prise de neuroleptiques

5-5) Dénutrition (IMC) et antidépresseurs

L'analyse des résultats met en évidence une absence de relation significative de la prise d'antidépresseurs sur l'indice de masse corporelle, $\chi^2 (1)=0.13$, $p(x)=0.7$.

L'indice de masse corporelle n'est pas modifié par la prise d'antidépresseurs.

	Résidents dénutris	Résidents non dénutris	TOTAL
Sans antidépresseurs	14	31	45
Avec antidépresseurs	7	19	26
Total	21	50	71

Tableau 7 : Répartition des résidents dénutris (IMC) en fonction de la prise d'antidépresseurs

5-6) Dénutrition (IMC) et anxiolytiques

L'analyse des résultats met en évidence une absence de relation significative de la prise d'anxiolytiques sur l'indice de masse corporelle, $\chi^2 (1)=0.004$, $p(x)= 0.9$.

L'indice de masse corporelle n'est pas modifié par la prise d'anxiolytiques.

	Résidents dénutris	Résidents non dénutris	TOTAL
Avec anxiolytiques	9	21	30
Sans anxiolytiques	12	29	41
TOTAL	21	50	71

Tableau 8 : Répartition des résidents dénutris (IMC) en fonction de la prise d'anxiolytiques

5-7) Dénutrition (albumine) et neuroleptiques

L'analyse des résultats met en évidence une absence de relation significative de la prise de neuroleptiques sur l'albuminémie, $\chi^2 (1)=0.4$, $p(x)= 0.50$.

On ne retrouve pas de lien entre le taux d'albumine et la prise de neuroleptiques chez le sujet dénutri.

	Résidents dénutris	Résidents non dénutris	TOTAL
Avec neuroleptiques	6	8	14
Sans neuroleptique	19	38	57
TOTAL	25	46	71

Tableau 9 : Répartition des résidents dénutris (albumine) en fonction de la prise de neuroleptiques

5-8) Dénutrition (albumine) et antidépresseurs

L'analyse des résultats met en évidence une absence de relation significative de la prise d'antidépresseurs sur l'albuminémie, $\chi^2(1)=0.35$, $p(x)=0.55$.

Selon l'analyse, on ne retrouve pas de lien entre le taux d'albumine et la prise d'antidépresseurs chez le sujet dénutri.

	Résidents dénutris	Résidents non dénutris	TOTAL
Avec antidépresseurs	8	18	26
Sans antidépresseurs	17	28	45
TOTAL	25	46	71

Tableau 10: Répartition des résidents dénutris (albumine) en fonction de la prise de d'antidépresseurs

5-9) Dénutrition (albumine) et anxiolytiques

L'analyse des résultats met en évidence une absence de relation significative de la prise d'anxiolytiques sur l'albuminémie, $\chi^2(1)=0.08$, $p(x)= 0.77$.

Selon l'analyse, on ne retrouve pas de lien entre le taux d'albumine et la prise d'anxiolytiques chez le sujet dénutri.

	Résidents dénutris	Résidents non dénutris	TOTAL
Avec anxiolytiques	10	20	30
Sans anxiolytiques	15	26	41
TOTAL	25	46	71

Tableau 11 : Répartition des résidents dénutris (albumine) en fonction de la prise d'anxiolytiques

6) DISCUSSION

L'objectif de notre étude est d'analyser si il existe un lien entre la dénutrition tous critères confondus, l'indice de masse corporelle et l'albuminémie, et la prise de psychotropes.

D'après les données littéraires, nous avons constaté qu'il peut exister un lien entre dénutrition et démence. La dénutrition peut être un des signes d'entrée dans la maladie ; celle-ci peut-être un facteur de risque aggravant le statut nutritionnel. Les psychotropes sont souvent prescrits dans la prise en charge de la démence et des

troubles du comportement que celle-ci induit. C'est pourquoi nous avons établi l'hypothèse que les psychotropes pourraient influencer sur l'état nutritionnel du sujet âgé.

6-1) Mécanisme d'action des neuroleptiques

Les neuroleptiques sont connus pour entraîner une augmentation de l'indice de masse corporelle.

les neuroleptiques bloquent les récepteurs dopaminergiques

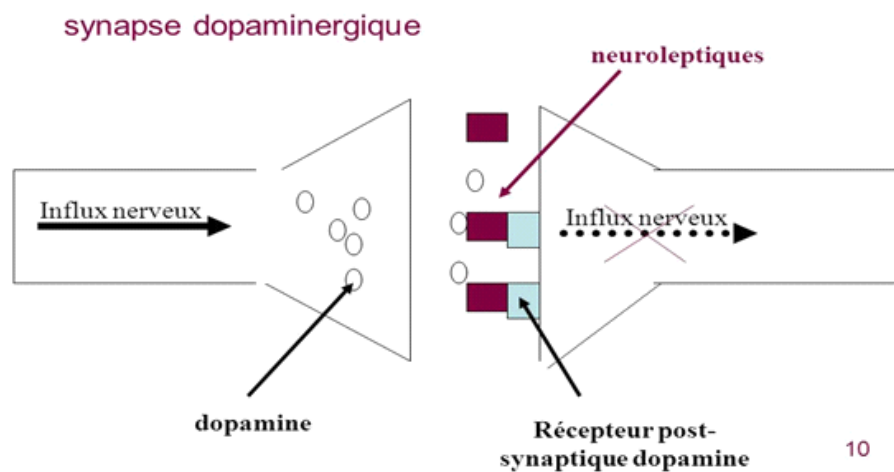


Schéma 1 : Mode d'action des neuroleptiques

6-2) Mécanisme d'action des antidépresseurs

L'étude de Gafoor, Booth et Gulliford (2018), nous montre que les antidépresseurs contribuent à la prise de poids.

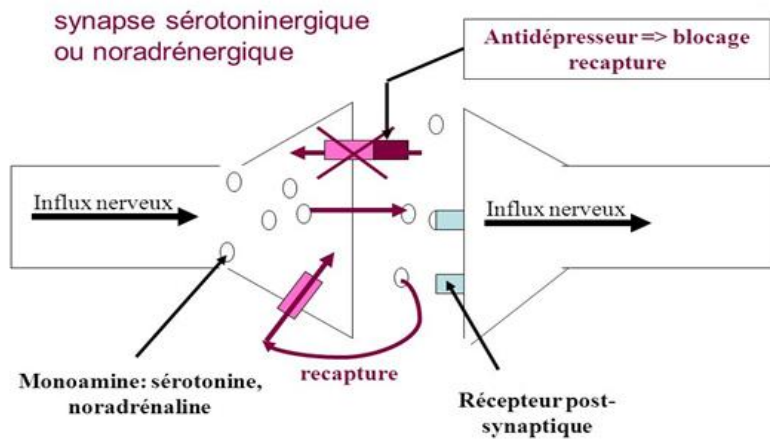


Schéma 2 : Mode d'action des antidépresseurs

6-3) Mécanisme d'action des benzodiazépines

La littérature nous indique que les anxiolytiques sont connus pour avoir une action oréxigène et peuvent par conséquent entraîné une prise de poids.

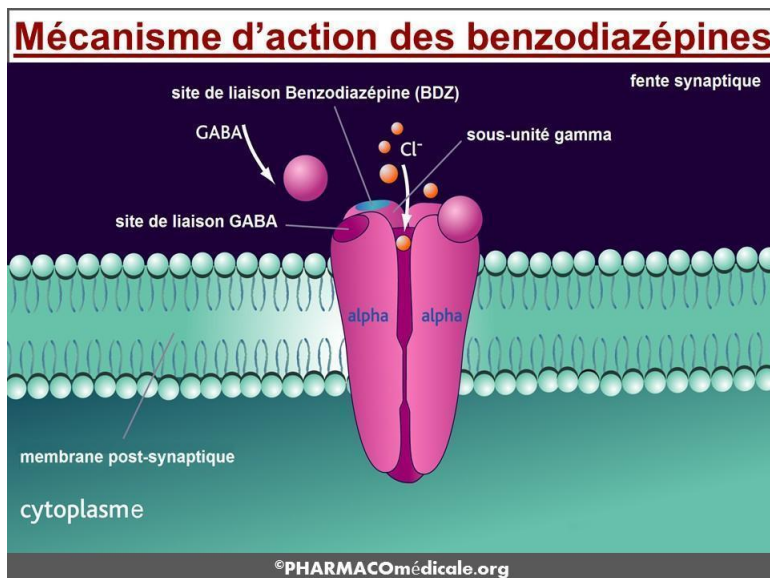


Schéma 3 : Mode d'action des benzodiazépines

6-4) Analyse

Notre étude ne permet pas de mettre en évidence une aggravation de la dénutrition par la prise de psychotropes. La prescription de ce type de traitement ne nous apparaît pas comme un co-facteur de dénutrition. Le nombre de molécules de type psychotropes étudiées dans notre étude reste restreint. Il reste difficile d'étendre nos conclusions à l'ensemble des molécules de ces classes thérapeutiques.

La Haute Autorité de Santé a établi une stratégie de prise en charge de la dénutrition en 2007. Elle rappelle que plus la prise en charge est précoce, plus elle est efficace.

Les modalités possibles de prise en charge nutritionnelle sont basées sur la prescription médicale de régime hyperprotidique, de régime hypercalorique et l'adjonction des compléments nutritionnels oraux associés à une aide pour la prise alimentaire tout en respectant l'autonomie de la personne et en évaluant les apports.

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 ¹ à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation ¹ à 1 semaine

1. La réévaluation comporte :

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

Tableau 12 : Stratégie de prise en charge nutritionnelle du sujet âgé

Les critères de choix des modalités de prise en charge sont mis en place en fonction du statut nutritionnel de la personne, du niveau des apports alimentaires énergétiques et protéiques, des directives anticipées et du bilan orthophonique.

Dans le cadre de la prise en charge nutritionnelle, il est important de respecter les objectifs nutritionnels : 30 à 40 kcal/kg/jour dont 1,2 à 1,5 g de protéines/kg/jour et d'adapter un mode de prise en charge par des conseils nutritionnels, une alimentation enrichie et une approche pluridisciplinaire et individuelle.

Nous pouvons ajouter que la mise en place de collations (standards ou hyperprotéiques) peut-être une stratégie positive dans la prise en charge de la dénutrition ; la réévaluation mensuelle ou hebdomadaire, des actions mises en place est essentielle. Il faut ajouter au risque de dénutrition liée à la démence, le risque nutritionnel lié au vieillissement et à la multiplication des pathologies hyper-cataboliques.

La littérature nous indique que la prise de psychotropes peut avoir un impact sur l'état nutritionnel d'une personne.

L'étude de Gafoor, Booth, et Gulliford en 2018, nous montre que les antidépresseurs contribuent à la prise de poids. D'après Bernstein (1987), les antidépresseurs et les neuroleptiques augmentent l'appétit et favorisent la prise de poids.

P. Hache (département Etude et Assistance médicales, INRS) décrit une action oréxigène des benzodiazépines.

Au regard des études menées, la prescription de psychotropes contribue à une augmentation de l'indice de masse corporelle.

En analysant les résultats de notre étude, nous constatons que la prise de psychotropes n'a pas d'effet sur la dénutrition (tous critères confondus, IMC et albumine).

Les recommandations de bonnes pratiques limitent dans le temps la prescription des psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques) et préconisent un bilan cardiovasculaire avant l'introduction des neuroleptiques. L'utilisation de psychotropes, chez les sujets âgés ayant reçu un diagnostic de démence, peut avoir un effet iatrogène.

Les recommandations de bonnes pratiques gériatriques sont telles que la prescription d'un régime spécifique et de compléments nutritionnels oraux, une aide adaptée à la prise des repas, une hygiène bucco-dentaire quotidienne peuvent pallier à cette dénutrition. La présentation et la diversité des plats proposés, une ambiance calme et apaisante en salle à manger, l'adaptation du plan de table en fonction des capacités du résident, une place fixe lui permettant d'avoir des repères sont autant de facteurs favorisant la prise alimentaire de la personne.

Notre étude nous montre que ces trois classes médicamenteuses (anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques) n'ont pas d'effet délétère sur l'état nutritionnel des résidents ayant participé à notre enquête.

Les revues de la littérature et notre étude sont en faveur d'une prise en charge médicamenteuse des troubles psychologiques du sujet âgé dénutri.

Il reste à considérer que l'échantillon représentatif étudié reste limité concernant le nombre de résidents suivis. Il serait intéressant dans une prochaine étude de réaliser également un suivi longitudinal.

Nous soulignons également que dans notre échantillon le respect des bonnes pratiques gériatriques concernant la prescription de psychotropes chez le sujet âgé n'a pas été remise en cause (durée du traitement, indication, recommandations).

La perte de poids chez le sujet âgé reste pluri factorielle.

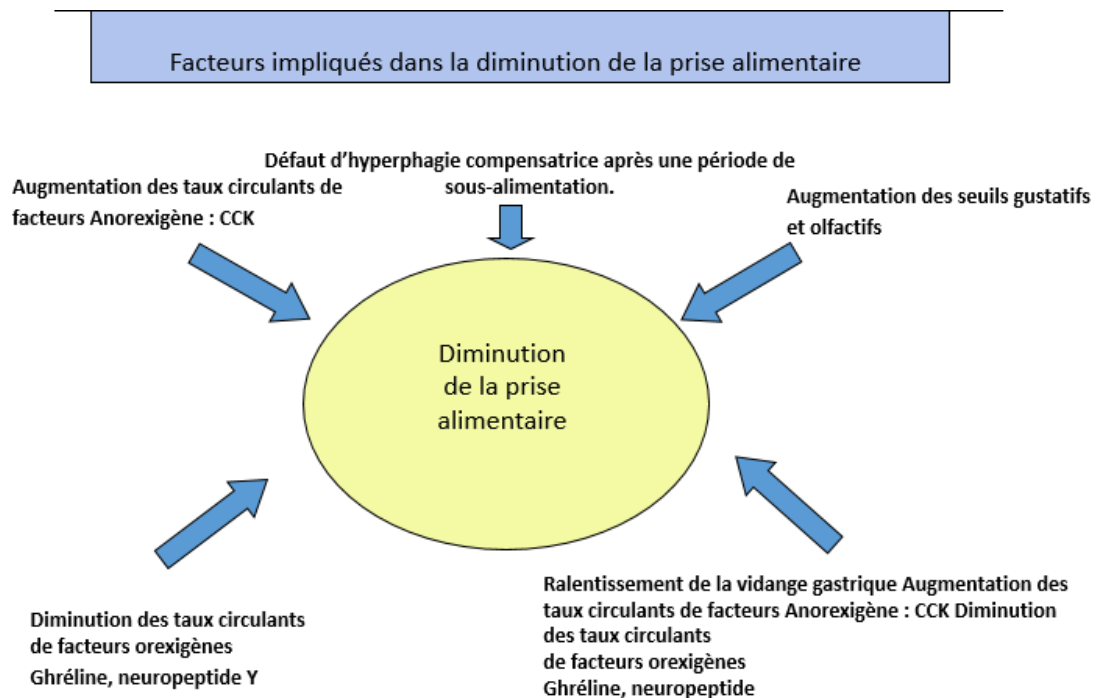


Schéma 4 : Facteurs impliqués dans la diminution de la prise alimentaire

Il reste important de maintenir une alimentation équilibrée en tenant compte du vieillissement physiologique. Il est primordial d'identifier et de corriger les facteurs de risque de la dénutrition tout en respectant l'autonomie de la personne.

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) évolue chaque année, il établit des recommandations afin d'améliorer l'état de santé de la population et notamment du sujet âgé. Il a été établi un tableau des repères de consommation en fonction de l'âge et de l'état nutritionnel de la personne (Annexe 2).

Concernant les thérapeutiques adjuvantes, les études de Brocker, Vellas, Albaredo et Poynard (1994) et Debry, Poynard et Hugonot (1995) ont montré que la prescription d'oxoglurate d'ornithine sur une durée limitée a un résultat significatif sur la dénutrition par une augmentation du poids et de l'appétit.

La prise en charge nutritionnelle est une priorité gériatrique faisant partie intégrante du rôle de l'infirmière coordinatrice en EHPAD.

7) CONCLUSION

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence une action significative des psychotropes sur la dénutrition. Leur prescription apparaît tout à fait légitime dans la prise en charge des troubles psycho-comportementaux de la personne âgée institutionnalisée. Il reste fondamental de respecter les recommandations de bonnes pratiques gériatriques et d'adopter une stratégie thérapeutique adaptée à ses besoins.

Il existe de grandes variations du taux de dénutrition chez la personne âgée en fonction de son environnement (hôpital, domicile, EHPAD). La collaboration interdisciplinaire (ville, institution, hôpital) reste déterminante dans le suivi alimentaire du sujet âgé durant son parcours de soins. Un parcours de soins adapté à ses besoins et anticipé peut nous aider à prévenir le risque de dénutrition.

Les différentes études retrouvées dans la littérature et notre étude confirment que plus d'un résident sur trois en institution reste dénutri. Nous pouvons conclure que les perspectives d'amélioration restent nombreuses et plurifactorielles. Nous retenons que la communication entre les intervenants extérieurs et l'équipe pluridisciplinaire est une nécessité pour assurer une prise en soins de qualité.

8) BIBLIOGRAPHIE:

1. Barrett Connor, E., Edelstein, S. L., Corey Bloom, J., Wiederholt, WC. (1996). Weight loss precedes dementia in community dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*, 44, 1147– 1152.
2. Bernstein, J. G. (1987). Induction of obesity by psychotropic drugs. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 499, 203-215.
3. Brocker, P., Ferry, M., & Soriano, D. (2009). Dénutrition à domicile et en EHPAD : le point sur le dépistage et le traitement. *Revue de gériatrie*, 34(7), 567-574.
4. Brocker, P., Vellas, B., Albarede, J. L., & Poynard, T. (1994). A two-centre, randomized, double-blind trial of ornithine oxoglutarate in 194 elderly, ambulatory, convalescent subjects. *Age and ageing*, 23(4), 303-306.
5. Cadet-Taïrou, A., et Brisacier, A.C. (2013). « Médicaments psychotropes non opiacés » dans OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*. Saint-Denis, OFDT, 258-265.
6. Debry, G., Poynard, T., & Hugonot, L. (1995). Value of ornithine alpha-ketoglutarate for nutritional support in convalescent, malnourished elderly subjects. *Facts and research in Gerontology*, 165-176.
7. Gafoor, R., Booth, H. P., & Gulliford, M. C. (2018). Antidepressant utilisation and incidence of weight gain during 10 years' follow-up: population based cohort study. *bmj*, 361, k1951.
8. Guyonnet, S., Nourhashemi, F., Reyes-Ortega, G., de Glisezinski, I., Adoue, D., Rivière, D., Vellas, B., & Albarede, J, L. (1997). La perte de poids chez les sujets

présentant une démence de type Alzheimer. *Revue Médicale Interne*, 18(10), 776-85.

9. Haute Autorité de Santé. (2007). *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*. Saint-Denis La Plaine: HAS.

10. Haute Autorité de Santé. (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. Saint-Denis La Plaine: HAS.

11. Haute Autorité de Santé. (2011). *Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours*. Saint-Denis La Plaine: HAS.

12. Legrain, S. (2005). *Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé - Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance*. HAS.

13. Ministère des solidarités et de la santé. (2006, Septembre). *Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS)*. Récupéré le 15 Septembre 2019 sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pro_55ans.pdf

14. Moreira-Pfrimer, L. D., Pedrosa, M. A., Teixeira, L., & Lazaretti-Castro, M. (2009). *Ann Nutr Metab: Treatment of vitamin D deficiency increases lower limb muscle strength in institutionalized older people independently of regular physical activity: a randomized double-blind controlled trial*. *Alternative Medicine Review*, 14(4), 406-407.

15. Pancrazi, M. P. (2010). *Le sujet âgé et les psychotropes*. *L'information psychiatrique*, 86, 91-97.

16. Potter, J. F., Schafer, D. F., & Bohi, R. L. (1988). *In-hospital mortality as a function of body mass index : an age-dependent variable*. *J Gerontol*, 43(3), M59-63.

17. Raynaud-Simon, A., & Revel, C. (2007, Avril). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Récupéré le 1 septembre 2019 sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007 -
_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf)

18. White, H., Pieper, C., Schmader K., & Fillenbaum, G. (1996). Weight change in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*, 44, 265– 272.

19. White, H., Pieper, C., Schmader, K. (1998). The Association of Weight Change in Alzheimer's Disease with Severity of Disease and Mortality: A Longitudinal Analysis. *Journal of the american geriatrics society*, 46(10),1223-1227.

9) ANNEXES

1. Tableau 1 : Critères diagnostiques de dénutrition (HAS)
2. Tableau 2. Traitements prescrits aux personnes âgées de l'EHPAD analysé
3. Tableau 3: Répartition des résidents dénutris (IMC et albumine) en fonction du traitement par neuroleptiques
4. Tableau 4 : Répartition des résidents dénutris (IMC et albumine) en fonction du traitement par antidépresseurs
5. Tableau 5 : Répartition des résidents dénutris (IMC et albumine) en fonction du traitement par anxiolytiques
6. Tableau 6 : Répartition des résidents dénutris (IMC) en fonction de la prise de neuroleptiques
7. Tableau 7 : Répartition des résidents dénutris (IMC) en fonction de la prise d'antidépresseurs
8. Tableau 8 : Répartition des résidents dénutris (IMC) en fonction de la prise d'anxiolytiques
9. Tableau 9: Répartition des résidents dénutris (albumine) en fonction de la prise de la prise neuroleptiques
10. Tableau 10 : Répartition des résidents dénutris (albumine) en fonction de la prise d'antidépresseurs
11. Tableau 11 : Répartition des résidents dénutris (albumine) en fonction de la prise d'anxiolytiques
12. Tableau 12 : Stratégie de prise en charge nutritionnelle du sujet âgé
13. Histogramme 1 : Répartition des âges

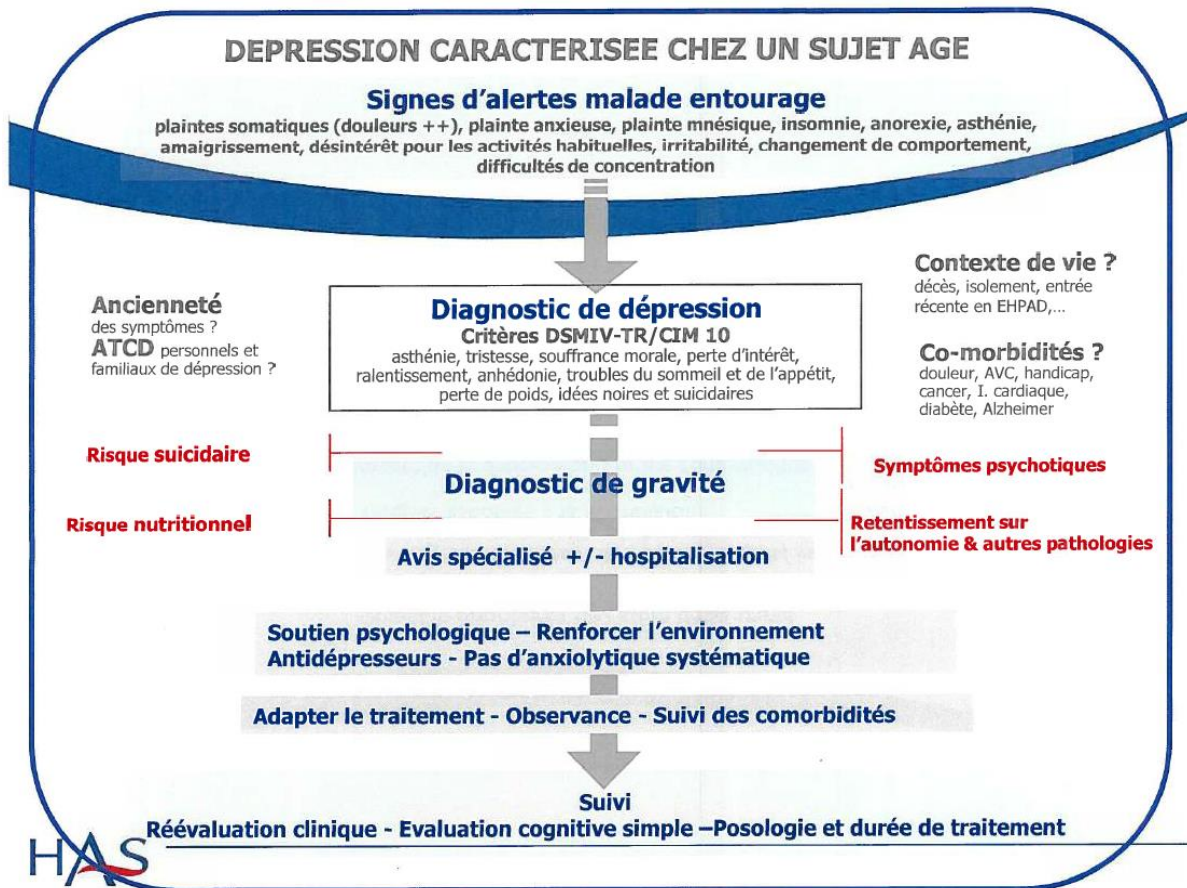
- 14.** Histogramme 2 : Diagramme représentant la répartition des résidents selon leur statut nutritionnel
- 15.** Histogramme 3 : Diagramme représentant les résidents dénutris en fonction du type de dénutrition
- 16.** Schéma1 : mode d'action des neuroleptiques
- 17.** Schéma 2 : Mode d'action des antidépresseurs
- 18.** Schéma 3 : Mode d'action des benzodiazépines
- 19.** Schéma 4 : Facteurs impliqués dans la diminution de la prise alimentaire
- 20.** Les repères de consommation du PNNS des personnes âgées
- 21.** Schéma décrivant la dépression chez le sujet âgé
- 22.** Schéma décrivant la plainte anxieuse chez le sujet âgé

LES REPÈRES DE CONSOMMATION

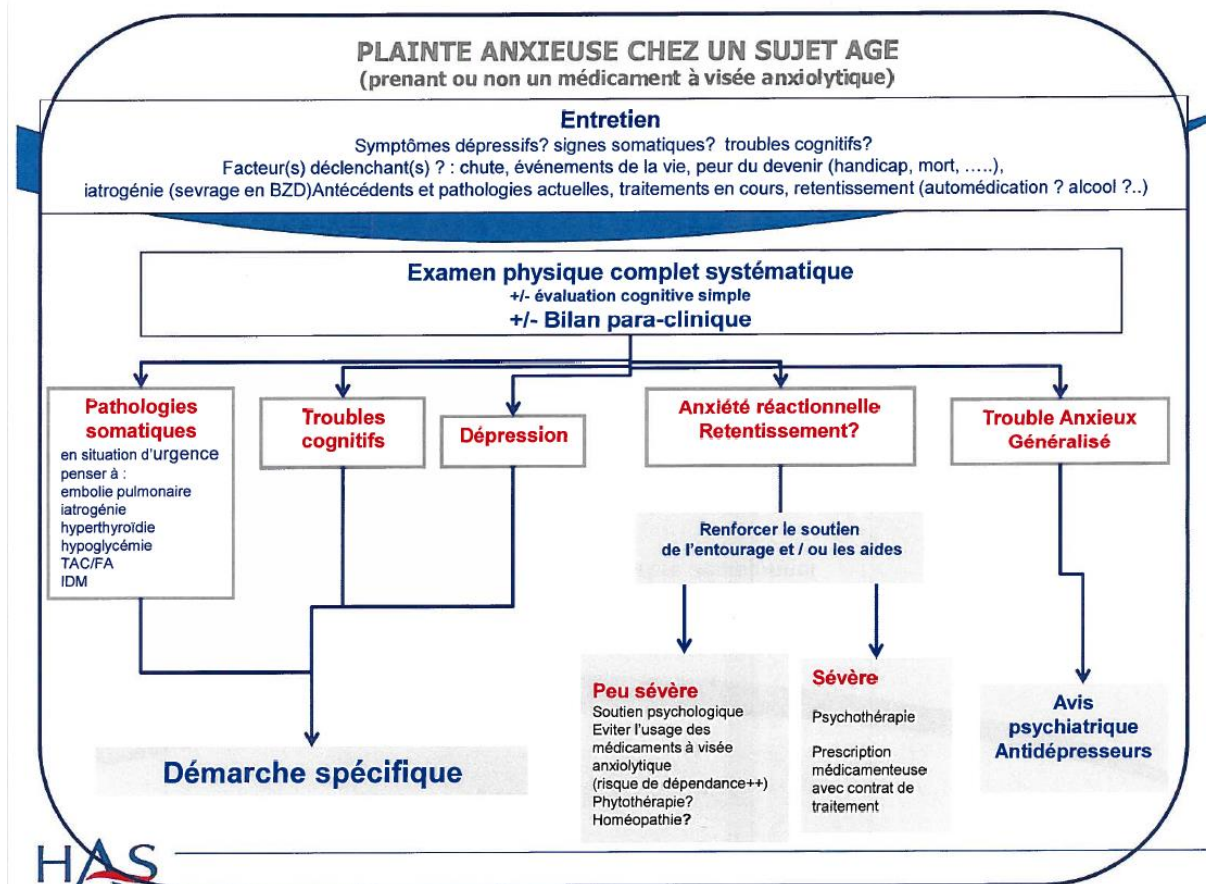
À partir de 55 ans Personnes âgées fragiles

Fruits et légumes 	Au moins 5 par jour Au moins 5 par jour	<ul style="list-style-type: none"> • À chaque repas et en cas de petits creux (goûter, collation) • Crus, cuits, nature ou préparés • Frais, surgelés ou en conserve • 1 fruit pressé ou 1 verre de jus de fruit « sans sucre ajouté » : au petit-déjeuner ou au goûter
Pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre et légumes secs 	À chaque repas et selon l'appétit À chaque repas et selon l'appétit	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser les aliments complets : pain complet, pâtes et riz complets... • Privilégier la variété des féculents : pain, riz, pâtes, semoule, blé, pommes de terre, lentilles, haricots, châtaignes, sarrasin, etc.
Lait et produits laitiers 	3 ou 4 par jour 3 ou 4 par jour	<ul style="list-style-type: none"> • Jouer sur la variété • Privilégier les produits nature et les produits les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés : lait, yaourt, fromage blanc, etc.
Viandes Poissons et produits de la pêche (Eufs) 	1 ou 2 fois par jour 2 fois par jour	<ul style="list-style-type: none"> • Viande : privilégier la variété des espèces et les morceaux les moins gras • Poisson : au moins 2 fois par semaine, frais, surgelé ou en conserve • Limiter les préparations frites et panées • Penser aux abats
Matières grasses ajoutées 	En limiter la consommation Sans en abuser	<ul style="list-style-type: none"> • Privilégier les matières grasses végétales (huiles d'olive, de colza, de noix, etc.) • Favoriser la variété • Limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème...)
Produits sucrés 	En limiter la consommation Sans en abuser	<ul style="list-style-type: none"> • À consommer surtout au cours des repas et des collations • Attention aux bonbons et aux boissons sucrées (sirops, boissons sucrées à base de fruits, nectars, sodas...) • Attention aux aliments gras et sucrés (pâtisseries, viennoiseries, crèmes dessert du commerce, chocolat, barres chocolatées, etc.)
Boissons 	1 litre à 1,5 litre par jour 1 litre à 1,5 litre par jour	<ul style="list-style-type: none"> • Eau : au cours et en dehors des repas • Limiter les boissons sucrées • Boissons alcoolisées : ne pas dépasser par jour, 2 verres de vin pour les femmes (de 10 cl) et 3 pour les hommes. 2 verres de vin sont équivalents à 2 demis de bière ou 6 cl d'alcool fort.
Sel 	En limiter la consommation Pas de conseil spécifique	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas manger sans sel sans prescription médicale • Préférer le sel iodé • Saler raisonnablement mais sans excès, ne pas resaler avant de goûter • Réduire l'ajout de sel en cuisinant et dans les eaux de cuisson • Limiter la consommation de produits gras et salés : charcuterie, produits apéritifs salés...
Activité physique 	Au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour Bouger chaque jour, le plus possible	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer dans la vie quotidienne : l'activité sous toutes ses formes (marche, vélo, jardinage, etc.), activités sportives (gymnastique, yoga, natation...). • Pour qu'elle soit profitable, il est souhaitable de faire de l'activité physique par périodes d'au moins 10 minutes.

Annexe 20 : Les repères de consommation du PNNS des personnes âgées



Annexe 21 : Schéma décrivant la dépression chez le sujet âgé



Annexe 22 : Schéma décrivant la plainte anxieuse chez le sujet âgé