

Dénutrition et prise en charge à domicile du sujet âgé

La dénutrition n'est plus uniquement un problème de pays sous-développés. Toutes les tranches de la population peuvent en être atteintes, en lien avec des maladies chroniques ou aiguës et /ou avec la précarité. Elle est de mieux en mieux repérée et prise en charge, en institution notamment, chez les personnes âgées.

Sa prévalence serait de 30 à 50 % pour les sujets hospitalisés, de 15 à 38 % pour les sujets vivant en institution et de 4 à 10 % au domicile.

Les plans santé nationaux, PNNS (Plan National Nutrition Santé), Plan Alzheimer et les Plans régionaux de Santé Publique (PRSP)... mettent tous en avant son dépistage chez les personnes âgées tant en institution qu'au domicile. Depuis trente ans, la population française est caractérisée par un vieillissement important et par une réduction de la mortalité des personnes âgées.

Alors que les sujets âgés peuvent être classés en trois catégories, les sujets âgés malades (10 %) dans un état de dépendance la plupart du temps irréversible, les sujets âgés robustes (70 %), avec un vieillissement réussi sans incapacité, et enfin les sujets âgés fragiles (20 %) à haut risque de déclin fonctionnel, le basculement dans la maladie est rapide en cas de dénutrition ou d'absence d'activité physique.

La malnutrition protéino-énergétique, quel que soit son mécanisme, affaiblit l'organisme du sujet âgé en l'obligeant à puiser dans ses réserves. Elle entraîne fatigue, asthénie, amaigrissement, aggravation des pathologies en cours et peut aller jusqu'à mettre le pronostic vital en jeu.

Le repérage de cette fragilité est d'autant plus important que des interventions nutritionnelles adaptées peuvent éviter l'incapacité. La sensibilisation de tous les aidants formels ou informels est donc indispensable.

C. D.

Auteurs et remerciements :

Auteur : Claudette Dieuleveut, Diététicienne Nutritionniste Libérale-Formateur PNNS. Dossier coordonné et validé par Pierre Pérochon, Diététicien-nutritionniste, CH Louis Sevestre, et Martine Soudani, gérontologue

Préparation : P. Bernanose.



© Fotolia.com - Gina Sanders

sommaire

VIELLISSEMENT PHYSIOLOGIQUE ET DÉNUTRITION.....	22
CONSÉQUENCES CLINIQUES DE LA DÉNUTRITION ET AUTRES CONSÉQUENCES	23
REPÉRAGE ET DIAGNOSTIC.....	24
PRISE EN CHARGE AU DOMICILE ET DÉPISTAGE	25
LA JOURNÉE ALIMENTAIRE DE LA PERSONNE ÂGÉE ET LE PRINCIPE DU PLATEAU REPAS.....	29
QUELQUES « RECETTES » POUR UN APPORT ALIMENTAIRE ÉQUILIBRÉ	30
LE RÔLE DES AIDANTS NATURELS ET PROFESSIONNELS.....	31
QUELQUES CAS CLINIQUES, EN PRATIQUE POUR LE DIÉTÉTICIEN	32
REPÈRES ET MENUS	34



A lire sur le web

Chaque article du dossier est désormais précédé d'une URL réduite

(ex : santelog.com/id2401) pour vous permettre, une fois « loggué » sur notre site d'accéder plus facilement à nos contenus.



Les engagements de Nestlé HomeCare pour vos patients

L'alimentation entérale du patient à son domicile demande une attention et un suivi particuliers. C'est pourquoi **Nestlé HomeCare propose un service adapté et personnalisé à chaque situation.**

Lors du retour à domicile, les patients alimentés par voie entérale requièrent des soins spécifiques et un suivi nutritionnel attentif. De plus, **les patients ont besoin d'être rassurés, tout comme leur entourage.** Nestlé HomeCare propose donc une prise en charge efficace via la **proximité et un suivi personnalisé à domicile.**

▶ Tous les patients sont suivis à domicile par nos diététiciens(nes)

Comme la réglementation l'exige, nos 64 diététiciens(nes) réparti(e)s sur toute la France, se chargent de la livraison et s'assurent de la bonne utilisation du matériel et des produits. Par ailleurs, **ils/elles se déplacent tous les 28 jours auprès de leur patient dédié** afin d'établir une évaluation et un bilan nutritionnel.

Un dispositif au service de la santé et de la réassurance du patient pour une bonne observance du traitement.

▶ Proximité et complémentarité avec l'équipe soignante

Le(la) diététicien(ne) Nestlé HomeCare référent(e) offre une **expertise complémentaire** aux soins de l'infirmier(ère) grâce au suivi nutritionnel. Chacune de ses visites fait l'objet d'un compte-rendu au médecin prescripteur et/ou traitant.

Un suivi adapté aux équipes hospitalières pour une plus grande efficacité de la prise en charge.

▶ Une prise en charge spécifique des enfants

Parce que la nutrition entérale suscite aussi des questions et des inquiétudes de la part des enfants, Nestlé HomeCare a développé, pour eux, des supports d'information adaptés, ludiques et pédagogiques.

Le (la) diététicien(ne) Nestlé HomeCare est formé(e) à la prise en charge des enfants, leurs besoins, leurs goûts, leurs questions.



Nestlé HomeCare a développé des outils d'informations accessibles pour les adultes et les enfants.

Nestlé HomeCare – Prestataire de santé à domicile

- **Leader dans la prise en charge personnalisée à domicile de la Nutrition Entérale** et une référence dans la prise en charge de l'Insulinothérapie par Pompe.
- **10 ans d'expertise** au service des patients.
- Depuis sa création, Nestlé HomeCare a pris en charge **37 500 patients.**
- Un réseau national de **64 diététiciens(nes)**, dédié(e)s à l'activité **Nutrition Entérale**, et de **38 infirmiers(ères)**, dédié(e)s à l'activité **Insulinothérapie par Pompe**, présents sur tout l'hexagone.
- **Disponibilité téléphonique permanente.**
- Un stock unique centralisé pour une meilleure **traçabilité des produits.**
- Matériel et produits **délivrés au domicile du patient par un représentant Nestlé HomeCare.**

Pour toute demande de prise en charge, contactez le :



***0 820 90 50 50**

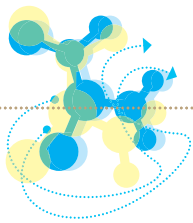
ou : **01 60 53 41 46**



mail : **pec.nhc@fr.nestle.com**

site : **www.nhc.info**

*(prix d'un appel local, 0,12€ TTC/min)



Vieillesse physiologique et dénutrition

Il entraîne des dérèglements progressifs qui vont, petit à petit, entraîner des difficultés d'adaptation au moindre changement de situation : diminution du goût et de l'odorat, perte d'appétit, sensation de satiété précoce, retard de sécrétion de l'insuline post prandiale avec pour conséquence une hyperglycémie post prandiale, difficultés d'anabolisme protéique, réduction de la masse hydrique de l'organisme, diminution du pouvoir de concentration des urines, etc...



© Fotolia.com - Alexander Raiths

4 à 10 % des sujets vivant à domicile sont atteints de dénutrition.

Si le sujet âgé n'est pas en capacité de compenser par une alimentation *quantitativement et qualitativement suffisante*, la dénutrition va s'installer, souvent de façon insidieuse.

La dénutrition ou malnutrition protéino-énergétique (MPE) résulte d'un déséquilibre entre les apports (diminution) et les besoins (augmentation des besoins et/ou des pertes) de l'organisme. Elle se manifeste par des pertes tissulaires, notamment musculaires (masse maigre et non grasse) et une altération des fonctions biologiques.

Les situations à risque de dénutrition sans lien avec l'âge

- Les cancers
- Les insuffisances cardiaque, rénale, respiratoire et hépatique
- Les pathologies digestives à l'origine de mal-digestion ou de malabsorption
- L'alcoolisme chronique
- Les pathologies infectieuses ou inflammatoires chroniques
- Toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires, une augmentation des besoins énergétiques, une malabsorption ou ces 3 facteurs associés.

Source : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée HAS 2007

Elle entraîne un état de fragilité, de dépendance ;

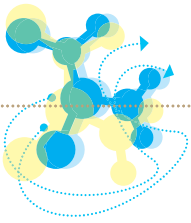
Elle aggrave le pronostic de maladies sous-jacentes et augmente la morbidité.

Le décès intervient lorsque la perte protéique atteint environ 50 % de la masse protéique normale. ••

Les situations plus spécifiques à la personne âgée

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

Source : HAS



Conséquences cliniques de la dénutrition et autres conséquences

Les conséquences cliniques sont nombreuses et peuvent aller jusqu'aux atteintes neurologiques graves :

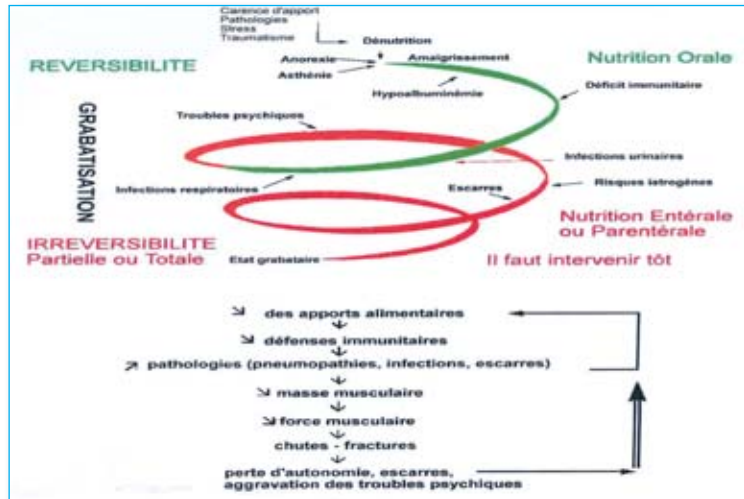
- Retard de cicatrisation avec fistules post opératoires, escarres (Voir notre rubrique « Pratique » dans ce même numéro).
- Immunodépression : Infections plus fréquentes et plus sévères (respiratoires, bactériennes, urinaires, voies veineuses...). L'incidence des infections nosocomiales est plus élevée chez les patients dénutris.

A noter, les infections majorent la dénutrition par l'augmentation des besoins.

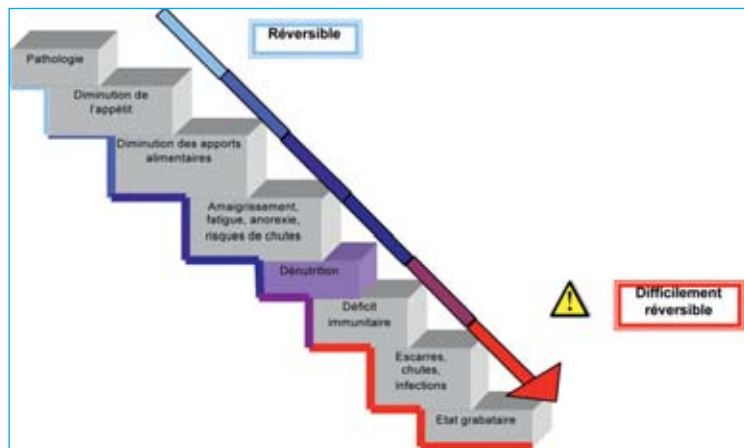
- Diminution de la masse et de la force musculaire : perte de force des muscles avec risques de chutes, retard à la vidange gastrique, détresse respiratoire, diminution des performances ventriculaires...
- Atteintes neurologiques périphériques : conduction de l'influx nerveux perturbée.
- Atteintes neurologiques centrales : irritabilité, tendance dépressive.

Les autres conséquences

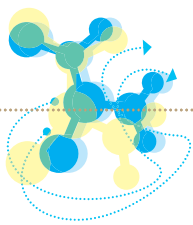
- Atteinte des lignées sanguines : anémie, thrombopénie, leucopénie...
- Modification de la pharmacocinétique des médicaments : augmentation de la toxicité ou diminution de réponse.
- Augmentation de la mortalité et de la morbidité.
- Diminution de la qualité de vie.
- Augmentation de coûts de prise en charge des pathologies. • •



M. Ferry a parfaitement illustré l'enchaînement des situations avec la spirale de la dénutrition.



Aux patients âgés, il est plus facile de leur parler d'un escalier difficile à remonter, faute de forces !



Repérage et diagnostic

La dénutrition est souvent repérée au cours d'une hospitalisation, avec l'apparition de complications derrière une pathologie ayant justifié le séjour. La mise en place des CLAN (Comités de liaison alimentation nutrition) dans les Centres Hospitaliers ainsi que la T2A (tarification à l'acte) a favorisé la mise en place du dépistage systématique recommandé par la Haute Autorité de Santé en avril 2007.



© Fotolia.com - Lisa F. Young

Le questionnaire MNA (Mini Nutritional Assessment) réunit l'ensemble des clés de dépistage

- La mesure du poids
 - L'évaluation de la perte de poids par rapport aux poids antérieurs
 - Le calcul de l'IMC (Indice de masse corporelle = Poids en Kg/Taille² en M)
- Le questionnaire MNA (Mini Nutritional Assessment) réunit l'ensemble de ces clés de dépistage et doit être complété par le dosage de l'albumine.

Le diagnostic de la dénutrition tient à la présence d'un ou plusieurs des critères suivants :

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois
- IMC < 21
- Albuminémie $< 35\text{g/l}$
- MNA global < 17

Le diagnostic de dénutrition sévère repose sur :

- Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois
- IMC < 18
- Albuminémie $< 30\text{g/l}$



Le dépistage

Il repose sur :

- L'identification d'une situation à risque de dénutrition (cf *Situations à risque ci-dessus*)
- L'estimation des apports alimentaires

Chaque établissement définit ses protocoles de prise en charge nutritionnelle dans le respect des recommandations HAS.

		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

CNO : Compléments nutritionnels oraux

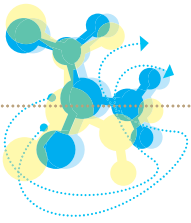
NE : Nutrition entérale

* Réévaluation comportant :

* le poids et le statut nutritionnel

* l'évolution de la ou les pathologie(s) sous jacente(s)

* l'estimation des ingestat



Prise en charge au domicile et dépistage

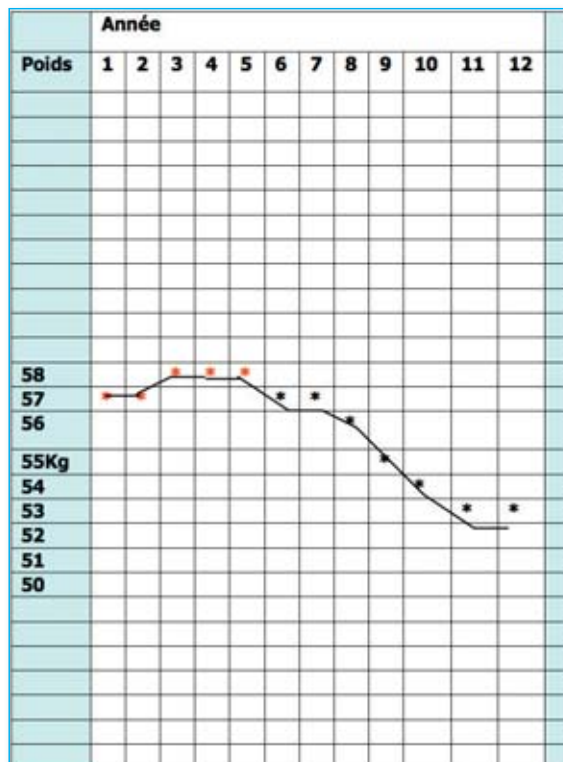
La prévalence de la dénutrition serait de 4 à 10 % (les études nous apportant ces estimations ayant été menées sur des populations de 70 à 75 ans, n'incluant pas les plus de 85 ans à risque plus élevé). On passe très vite à une prévalence de 30 à 50 % à l'hôpital. Même si la maladie est un facteur aggravant, on peut penser que nombre de personnes âgées à domicile sont, en réalité, dans une situation à risque de dénutrition avant l'hospitalisation ou non dépistée.

Des réseaux de prise en charge avec un suivi nutritionnel des personnes âgées après une hospitalisation avec dénutrition existent (ex. : Le réseau LINUT dans le Limousin), mais le dépistage organisé des sujets à risque en dehors de toute hospitalisation reste à organiser. L'isolement, le deuil, les difficultés financières, le mauvais état dentaire sont autant de situations qui entraînent une diminution des ingestats par inappétence, insuffisance ou difficulté.

La pesée mensuelle, critère peu onéreux, fiable, facile à mettre en place au domicile doit être systématique, lors des renouvellements de prescriptions ou par les services d'aide.

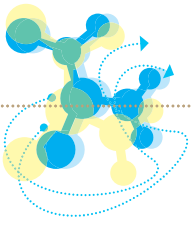
Réaliser également une courbe permet de visualiser rapidement les éventuelles pertes ou prises pondérales.

La courbe rend mieux perceptibles les évolutions : (ex : 57, 58, 55, 54 ne sont que des chiffres dans la même dizaine et leur interprétation peut minimiser une réalité de perte de poids de l'ordre de 7 % en 6 mois).



Quelques exemples d'ordre de grandeur de perte de poids

Poids en Kg	Perte de poids	
	-5 % en 1 mois	-10 % en 6mois
90	85,5	81
80	76	72
70	66,5	63
60	57	54
50	47,5	45
40	38	36



Toute cassure de la courbe doit conduire à s'interroger sur les facteurs pouvant influencer la prise alimentaire et fournir des indications pour une prise en charge adaptée :

- Existe-t-il des troubles mnésiques ?
- Le patient a-t-il des convictions religieuses ou philosophiques impliquant des restrictions ?
- Le patient poursuit-il un régime prescrit ? de façon stricte ?
- Des troubles de la déglutition sont-ils présents ? Le patient tousse-t-il lors des repas ? Sa voix devient-elle enrouée lors des repas ? Fait-il souvent des pneumopathies ?
- Existe-t-il des refus alimentaires ? Ceux-ci s'expliquent-ils ?
- Le patient prend-il plus de 3 médicaments par jour ?
- La vision est-elle suffisante pour appréhender les repas ?
- La denture est-elle correcte ? En cas de prothèse, celle-ci est-elle adaptée ? Le patient mange-t-il bien avec ? Est-elle correctement entretenue ?
- L'approvisionnement est-il régulier, suffisant, couvre-t-il toutes les familles d'aliments ?
- Est-il réalisé par le patient lui-même ou par des aidants ?
- Le patient décide-t-il de ses achats ?
- L'équipement et l'organisation de la cuisine permettent-ils de cuisiner sans difficulté ? (ex : cuisinière à bois avec difficulté pour rentrer le bois)
- Y a-t-il des animaux de compagnie ? Si oui, sont-ils en surpoids ?
- Le patient prépare-t-il ses repas ?
- Si non, l'aidant connaît-il et respecte-t-il les goûts et habitudes alimentaires du patient ?
- Si besoin, l'aide apportée pour la prise de repas est-elle adaptée ?
- Le patient bénéficie-t-il du portage des repas. En liaison froide ou chaude ?
- Si liaison froide, le mode de réchauffage est-il adapté et facile d'utilisation ?
- Que contient le plateau repas ?
- Le plateau livré sert à un repas, plusieurs repas ou à plusieurs personnes ?
- Existe-t-il des restes, que deviennent-ils (dons, animaux, poubelle) ?
- Combien de vrais repas sont pris dans la journée ?
- * Le patient consomme-t-il 0, 1, 2, 3 ou 4 produits laitiers par jour ?
- Le patient consomme-t-il au moins 1 portion de viande ou de poisson ou 2 œufs/jour ?
- Le patient consomme-t-il au moins l'équivalent (100 g) d'une demi baguette par jour ?
- Le patient consomme-t-il des féculents chaque jour ?
- La consommation de vin est-elle supérieure à 2 verres par jour ?
- Les stocks de boissons alcoolisées semblent-ils diminuer de façon anormale ?
- Le patient boit-il au moins 3 verres/jour (eau, bouillon, tisanes...) ?
- Les heures des repas correspondent-elles à ses habitudes ?
- Le patient mange-t-il toujours seul ?
- Son humeur a-t-elle changé récemment (tristesse, irritabilité) ?

Il n'est pas rare d'observer un cumul de plusieurs « handicaps ». Par exemple, un plateau repas livré un jour sur deux avec des achats complémentaires insuffisants, voire inexistantes et un grand nombre de médicaments à répartir sur la journée...

Toute situation de perte de poids doit être la source d'un signalement auprès du médecin traitant.

La mise en place d'une feuille de surveillance alimentaire

C'est alors le moment opportun pour que le SAD (Service d'aide à domicile), l'infirmière à domicile ou le médecin de mettre en place une feuille de surveillance alimentaire sur 3 ou 4 jours en impliquant tous les aidants familiaux. Ce document permettra d'affirmer ou d'infirmer les apports alimentaires du sujet.

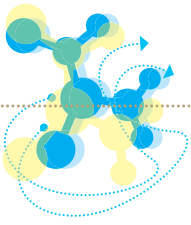
Surveillance alimentaire																					
Nom :					Prénom :																
Dates																					
		0	¼	½	¾	T	0	¼	½	¾	T	0	¼	½	¾	T	0	¼	½	¾	T
Petit déjeuner																					
Café au lait ou boisson lactée																					
Bouillie aux céréales																					
Jus de fruit																					
Biscottes/ Pain																					
Beurre																					
Confiture																					
Compote																					
Produit laitier																					
Fromage																					
Complément oral hyperprotidique																					
Collation matinée																					
Déjeuner																					
Potage																					
Hors d'œuvre																					
Viande – Poisson- Oeufs																					
Accompagnement légume/féculent																					
Fromage																					
Produit laitier																					
Dessert du jour																					
Pain/ Biscottes																					
Complément oral hyperprotidique																					
Collation après midi																					
Complément oral hyperprotidique																					
Dîner																					
Potage																					
Viande- Poisson- Oeufs																					
Accompagnement légume/féculent																					
Fromage																					
Produit laitier																					
Dessert																					
Pain (noter le nombre de tartines)																					
Complément oral hyperprotidique																					

Les aidants constatant la consommation cochent la case correspondante soit par rapport au contenu de l'assiette, soit par rapport au contenu du plateau repas fourni. Il est ensuite très facile d'évaluer selon le positionnement des croix la qualité de l'appétit :

- Quand toutes les croix sont entre 0 et 1/2 : poursuivre les investigations
- Quand toutes les croix sont entre 1/2 et tout : Maintenir la vigilance
- Quand les croix sont dispersées, il s'agit plus souvent d'aversion ou d'intolérances qu'il faut analyser. Il faut en tenir compte pour le plan d'aide.

Si la surveillance alimentaire prouve des apports insuffisants, l'infirmière ou la diététicienne peuvent réaliser le questionnaire MNA partie dépistage. Le médecin traitant peut ensuite poursuivre le diagnostic avec le MNA complet et le dosage de l'albuminémie.

Le dépistage n'est pas une fin en soi.



© Fotolia.com - cynoclub

Agir sur tous les paramètres évoqués ci-dessus va permettre d'améliorer la situation.

Quelques soutiens en cas de troubles de la vision

- Ne pas positionner la personne face à une source lumineuse.
- Éviter les nappes à dessins.
 - Faire des contrastes de couleurs entre les différents ustensiles (exemple : assiette blanche sur set de table de couleur unie grenat et couverts avec aussi des manches de couleur.
- Toujours placer les ustensiles et les plats au même endroit.
 - L'aidant peut énoncer les plats et inciter la personne à les reconnaître avec l'odorat.

Le bon positionnement à table

- assis bien droit,
 - tête en avant,
 - menton vers le buste pour éviter les fausses routes (causes de dénutrition et d'infections broncho-respiratoires),
 - aide au repas assise à la hauteur de la personne pour ne pas l'obliger à lever la tête.

• **Les troubles mnésiques** : Mettre en place des repères sonores, visuels. Instaurer un emploi du temps routinier, des rituels.

• **Les évictions alimentaires** (régimes, convictions) doivent être éliminées ou contournées par un enrichissement adapté (voir plus loin) :

Au-delà de 75 ans, les effets positifs d'un régime restrictif pour, par exemple, contrôler des chiffres glycémiques ou lipidiques, seront moins importants que les effets négatifs provoqués sur l'état nutritionnel.

Il est donc recommandé de limiter la pratique au minimum et de veiller à ce que la personne ne s'impose pas des restrictions trop sévères ou trop dans la durée.

Dans ce sens, des recommandations de bonne pratique clinique sur la nutrition péri-opératoire ont d'ailleurs été publiées sous l'égide de la SFAR (Société française d'anesthésie et de réanimation) et de la SFNEP (Société francophone nutrition clinique et métabolisme) en décembre 2010 pour encourager les praticiens à ne plus exiger une perte de poids avant une intervention chirurgicale, le sujet âgé ayant une moindre capacité à perdre sa masse grasse, c'est alors la masse maigre qui diminue, entraînant une fragilité, parfois une dénutrition avec risque de morbidité associé (infections nosocomiales par exemple).

• **Les médicaments** : De par leur nombre et le volume de liquide qu'ils nécessitent pour leur prise, souvent en début de repas, ils entraînent un effet de rassasiement précoce qui peut empêcher ou diminuer fortement la consommation alimentaire. Sensibiliser les personnes aux risques iatrogènes peut être un premier pas,

les inciter à prendre leurs médicaments en fin de repas (sauf spécificité)

permettra une meilleure prise alimentaire tout en préservant l'efficacité thérapeutique.

Il faut aussi éviter de mélanger les médicaments aux aliments, ils peuvent en effet en modifier par-

fois profondément la saveur et en empêcher la consommation future. Certains médicaments peuvent entraîner une sécheresse de la bouche qui gêne la déglutition.

• **La vision** est un sens important pour appréhender le positionnement des contenants et le contenu. S'il n'est pas possible de l'améliorer, on peut apporter des soutiens de différenciation pour aider.

L'état bucco-dentaire a une importance capitale dans la prise alimentaire. Une absence de dents ou une prothèse mal adaptée vont entraîner soit une non consommation de certaines catégories (ex : crudités), soit de par une mastication très incomplète des difficultés digestives (malabsorptions et ballonnements pos-tprandiaux). En fonction des pathologies gingivales présentes, des prothèses dentaires pourront être proposées ou non, mais dans tous les cas il faudra veiller à l'hygiène bucco-dentaire. Les modes de préparations ont également leur importance : il faut privilégier des cuissons longue durée à l'étouffée pour les viandes afin de leur assurer tendreté et saveur, et des présentations râpées très fines pour les végétaux crus.

L'approvisionnement est certainement le moins évident des points à mettre en œuvre, surtout lorsque plusieurs aidants interviennent au domicile sans concertation. De plus la personne âgée, de par son éventuel vécu de privations dans le passé, se contente souvent de peu et réclame peu par peur de déranger.

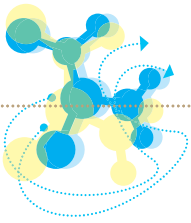
Il faut absolument « balayer » toutes les familles d'aliments et les apports souhaitables et s'assurer de quoi.

Les équipements et aménagements de la cuisine doivent permettre de préparer et de consommer des repas sans gêne (ex : micro-ondes à commande non digitale et placé à la bonne hauteur, organisation adaptée des rangements dans un rayon de faible amplitude ...)

Ces équipements doivent, avec un entretien régulier, assurer une conservation correcte des denrées alimentaires (ex : entretien et rangement du réfrigérateur). Une condition essentielle pour prévenir ainsi les risques de toxi-infection alimentaire.

Les goûts de la personne doivent être renseignés afin de les respecter au moment des achats, de la préparation des plats ou pour la commande de plateaux repas à domicile. Les noter, permet aussi une prise en charge plus rapide et efficace en cas de changement d'aidant.

Les habitudes alimentaires doivent aussi être connues et respectées (ex : un agriculteur ayant pris toute sa vie son déjeuner à 10h). Le portage des repas au domicile est un progrès dans la prise en charge. Cependant, il s'avère être souvent moins bénéfique qu'on pourrait le croire. • •



La journée alimentaire de la personne âgée et le principe du plateau repas



© Fotolia.com - goodluz

Le plateau-repas ne comporte pas tous les apports quotidiens nécessaires.

Produit laitier	Viande-poisson-œufs	Légumes	Féculent
Produit laitier	Viande-poisson-œufs	Légumes	Féculent
Produit laitier		Légumes	Pain
Fromage		Fruit	Pain
		Fruit	Pain

Le plateau repas livré peut comporter assez souvent :

Viande-poisson-œufs	Légumes	Légumes	Féculent	Pain	Fruit	Fromage	Produit laitier
---------------------	---------	---------	----------	------	-------	---------	-----------------

Ce qui peut être consommé au déjeuner

Viande-poisson-œufs	Légumes	Féculent	Pain	Produit laitier	Fruit
---------------------	---------	----------	------	-----------------	-------

Ce qui reste pour le dîner, sans approvisionnement supplémentaire

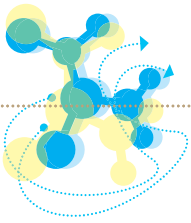
Fromage	Légumes
---------	---------

Bilan de la journée, il manque

Produit laitier	Produit laitier	Viande-poisson-œufs	Féculent	Pain
Pain	Fruit	Légumes		

Conclusion

Même avec un vrai petit déjeuner et des collations, on ne pourra pas tout compenser. Voilà, comment au fil des jours peut se construire une dénutrition, malgré le plan d'aide axé sur l'alimentation. Tout portage de repas doit donc être accompagné d'une vérification d'apports complémentaires suffisants.



Quelques « recettes » pour un apport alimentaire équilibré

► **Privilégier un copieux petit déjeuner :** En effet, c'est souvent le seul repas consommé avec appétit. Il ne faut pas hésiter à sortir du petit déjeuner « français » et proposer fromage, jambon, œuf....

Ne pas négliger le dîner : Une soupe, un produit laitier et une compote ne suffisent pas. Il faut rajouter des produits céréaliers et un complément protidique (ex : sardine à l'huile, jambon...).

L'hydratation est à surveiller autant que l'alimentation. Les aliments sont pour la plupart composés de grandes quantités d'eau (ex : yaourt = 90 %, fruits = 80 %...) et participent pour une majeure partie à l'hydratation quotidienne. A partir du moment où le volume d'aliments diminue, l'hydratation le sera d'autant. Associé au fait que le sujet âgé est plus « sec » que le sujet jeune, que la sensation de soif diminue, que l'ambiance du domicile est souvent surchauffée d'octobre à mai, que la personne n'a pas l'habitude de boire, à la moindre perturbation, le sujet est déshydraté.

Il faut augmenter d'1/2 litre de boisson par degré au dessus de 37 °C de température corporelle et au dessus de 30 ° de température extérieure.

Dans les périodes critiques (fièvre, épisodes diarrhéiques et vomissements), comme pour l'alimentation, il est intéressant d'évaluer les ingestats.

Noter pour chaque jour la date- Dans chaque case correspondante : bol ou verre, noter 0 pour refus ou rien, 1/2 si environ moitié et 1 pour plein

Pas de CNO sans évaluation

Pour une personne de 80 Kg, dénutrie, ayant des besoins de cicatrisation, les apports de protéines devraient s'élever au minimum à 1,5 gP/Kg de poids corporel soit 120 g de P par jour.

Si l'évaluation nutritionnelle de cette personne confirme des apports de 60 g de P/jour et qu'il est prescrit un CNO avec un apport de 20 g de P, nous aurons amélioré la situation à 80 g P/j. Mais il en manquera toujours 40 g. En conclusion,

- la dénutrition continuera de s'aggraver,
- la cicatrisation ne s'effectuera pas correctement.
- La somme consacrée à l'achat du CNO aurait pu être consacrée à financer une heure d'aide au repas par exemple.

- 1 bol = 250 ml, 1 verre = 100 ml. Il est alors aisé d'évaluer.

Fractionner l'alimentation en conservant les deux repas principaux, mais en ajoutant des collations diurnes et nocturnes (en respectant un délai de 3 h entre chaque collation : ex. : 7 h - 10 h - 13 h - 16 h - 19 h - 22 h).

Enrichir : Une fois le dépistage réalisé, il est urgent de ne pas attendre le diagnostic définitif pour agir. Plus vite on agira et mieux on ciblera les besoins, plus la personne pourra en mesurer les effets sur son état et être encouragée dans ses efforts.

Mais, à domicile, il faut essayer d'éviter les CNO

(en raison de l'effet lassitude pour les réserver au CH dans les phases aiguës)... D'autant plus que fournir un CNO sans évaluer les besoins de la

Nom :		Prénom :														Volume Total en ml
Jours	Date				Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	
Lun																
Mar																
Mer																
Jeu																
Ven																
Sam																
Dim																
Lun																
Mar																
Mer																
Jeu																
Ven																
Sam																
Dim																

Un allié peu onéreux, le lait écrémé en poudre

- Il fournit 3,5 g de protéines, 5 g de glucides et 125 mg de calcium pour 10 g de poudre.
- Dans la journée, de nombreuses préparations peuvent être enrichies :
Dans le lait liquide, on l'utilise à raison de 10 % soit 100 g de poudre dans 1 L de lait ou 10 g dans 100 ml :
 - Café au lait + lait écrémé en poudre (LE) ~7 g de protéines (P)
 - Entremet, riz au lait, semoule au lait + LE ~9 g de P
 - Purée + lait + LE ~ 5 g de P
 - 1 bol de lait + LE ~14 g de P
 - 1 bol de potage + LE ~ 7 g de P
 - 1 ramequin de fromage frais + LE ~12 g de P
- On peut aussi utiliser le gruyère râpé, les œufs, le jambon mouliné pour enrichir.
Tout aidant familial peut mettre en place cet enrichissement sans attendre et ainsi contribuer à améliorer le statut nutritionnel.

personne peut ne pas permettre d'atteindre les objectifs et entraîner une dépense élevée non justifiée.

Les souvenirs et le plaisir : De bons résultats seront obtenus si on privilégie l'appétence pour les plats leur évoquant des souvenirs. Les protéines seront mieux consommées si elles sont fournies sous forme de plats mijotés (ex : blanquette de veau, civet de lapin...), de charcuteries (pâtés, rillettes...), de farces (tomates, pommes

Exemples de recettes enrichies

Œufs farcis

Faire durcir des œufs, les écaler, les couper en deux dans le sens de la longueur. Retirer les jaunes. Faire tremper de la mie de pain dans du lait enrichi à 10 % de lait écrémé en poudre
Hacher des fines herbes, écraser les jaunes et mélanger le tout.
Garnir les œufs.
Napper avec une sauce béchamel faite avec du lait enrichi.
Passer à la salamandre.

Farçon savoyard

Faire une purée de pommes de terre, y incorporer du lait enrichi, des œufs battus en omelette, du cerfeuil haché finement.
Mettre dans un plat à gratin et passer au four

Soupe de pois cassés au lard

Faire cuire les pois cassés avec les lardons. Faire une purée qu'on assouplit avec du lait enrichi au lait écrémé.

Panade à l'oignon

Faire cuire les oignons. Ajouter le pain en fin de cuisson. Mouliner.
Ajouter de la crème fraîche, du lait enrichi au lait écrémé, un ou plusieurs jaunes d'œuf en remuant doucement.

Comme le montrent ces recettes, l'enrichissement doit se faire dans des plats appréciés des personnes âgées, traditionnels et qui vont stimuler l'appétit. Sans cette notion de plaisir, il est impensable d'obtenir des résultats probants.

de terre farcies...), de poissons en boîte (sardines, maquereaux...)

Pour en améliorer la consommation, relever les saveurs est primordial : l'utilisation d'épices, aromates, de sauces est recommandé.

L'odeur d'oignons ou d'échalotes rissolés qui circule dans la maison va ouvrir l'appétit et encourager la consommation. ••



À lire sur le web

www.santelog.com/id2410

Le rôle des aidants naturels et professionnels

Qui peut dépister et accompagner la prise en charge de la dénutrition à domicile ? Tous les intervenants à domicile, qu'ils soient aidants naturels ou professionnels. L'entourage familial et les aides à domicile sont les acteurs de première ligne, de par leur connaissance des habitudes et des goûts, de par leur capacité à motiver à encourager.

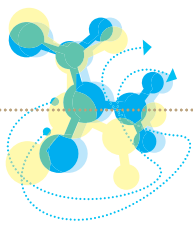


Les évaluateurs des différents organismes (mutuelles, caisses de retraite, conseils généraux, réseaux gérontologiques) de par leur questionnement peuvent mettre en évidence une situation à risque et contribuer à mettre en place des solutions palliatives.

Les professionnels de santé (médecin, infirmière) doivent surveiller au moins la courbe de poids régulièrement, et dès la première cassure, s'informer auprès des proches des problématiques évoquées ci-dessus. Les personnes âgées ont confiance en leur compétence profession-

nelle, et de fait peuvent mieux accepter les recommandations.

Le diététicien nutritionniste, professionnel de santé, expert en alimentation et nutrition, intervient rarement à domicile. Son intervention se situe la plupart du temps dans une prise en charge réseau (gérontologique, réseau hôpital-domicile...). De par ses compétences, le diététicien établit un diagnostic diététique, adapte l'alimentation aux besoins et au mode de vie et donne des conseils pratiques afin de concilier plaisir à table et santé. ••



Quelques cas cliniques, en pratique pour le diététicien

Cas N° 1

Mme MQ, 67 ans

- Vit seule à domicile (appartement très sale) en présence de plusieurs animaux domestiques (obèses).
- Autoritaire.
- Ne sort plus de chez elle.
- Prépare sa liste de courses entre le mardi et le jeudi en fonction des promotions du supermarché le plus proche. Beaucoup d'oublis qui entraînent une perte de temps pour les auxiliaires de vie qui font les courses et aident au repas.
- Alcoolisme chronique (vin livré par un voisin ?)
- Hospitalisée 6 mois auparavant pour fracture du fémur, escarres et dénutrition.
- Est sortie du CH avec un poids stable à 37 kg, une albumine à 35 g/l, un apport théorique à 1,850 Cal et 100 g de protéines (dont une boisson HP et une crème HP).
- Elle est suivie régulièrement en consultation gériatrique.

Le praticien hospitalier souhaiterait arrêter les CNO (albuminémie redevenue normale et donc plus de prise en charge financière possible), demande que des recettes enrichies soient réalisées au domicile pour prendre le relais.

Le réseau gérontologique a missionné la diététicienne pour réaliser le menu pour un mois avec la liste d'achats correspondant afin d'assurer des repas mieux équilibrés, plus caloriques et d'optimiser le temps de présence des auxiliaires.

Journée alimentaire

Petit déjeuner : café noir

11 h : Saucisson en attendant le repas

Déjeuner : Toujours de la viande accompagnée de féculents ou de légumes (souvent identiques et appertisés), 2 parts de fromage, un fruit et du pain

15 h : 1 ou 2 fruits et la boisson HP

Dîner : Un bol de potage en sachets + biscottes, 1 yaourt ou la crème HP de temps en temps

Le travail de la diététicienne a consisté, en accord avec la personne à établir des menus :

- Varier les apports de protéines : volailles, abats, œufs, poisson, viandes de bœuf, agneau, porc, charcuteries,
- 14 légumes et féculents différents ont été introduits,
- La collation de 11 h a été maintenue en l'absence de hors d'œuvre, en élargissant le choix au pâté, sardine à l'huile et maquereau,
- Le potage en sachet du soir a été remplacé par du potage en tétabrik avec un réel apport de fibres, minéraux : 1 bol enrichi avec 4 cuillères à soupe de lait écrémé, 30 g de gruyère râpé et un jaune d'œuf,
- Une recette de semoule au lait enrichie a été proposée et adoptée.

Ce travail a permis l'abandon des CNO sans diminuer les apports en protéines.

- Les menus variés ont permis une meilleure couverture en vitamines et oligo-éléments
- La variété a stimulé l'appétit. Les relations avec les auxiliaires de vie se sont améliorées.
- Le gain de temps a permis un entretien de l'habitation plus soutenu.
- La diététicienne a choisi de ne pas aborder le problème de l'alcoolisation pour pouvoir maintenir le dialogue.

Cas N° 2

Mme A, 78 ans

- Vit sans un pavillon avec son mari.
- Pas de problème financier.
- Une fille et son mari les aident à assurer au quotidien les tâches les plus lourdes.

Bilan hospitalier :

- Perte de poids (IMC=19)
- Syndrome anxio-dépressif
- Insuffisance respiratoire modérée
- Ostéoporose - Tassements vertébraux
- HTA
- Exploration adénocarcinome en cours

Le CH avait prescrit des compléments alimentaires qu'elle refuse de prendre.

La prise de poids n'est pas un objectif car son mari valorise la minceur et l'élégance.

Le réseau gérontologique a demandé à la diététicienne de stimuler à faire de la cuisine (le CCAS accordant 2h, trois fois par semaine pour la préparation des repas) et d'apporter des solutions.

Mme A. a un caractère bien déterminé et refuse l'aide.

Elle s'énerve fréquemment contre les exigences de sa fille et de son mari.

La situation devient rapidement conflictuelle et donc pas propice à une prise alimentaire optimum.

De plus, le nombre d'aliments qu'elle apprécie est très restreint, ce qui aggrave encore les conflits.

Durant la présence de la diététicienne, Mme A a consommé sans se rendre compte 2 jus de fruits et une crème HP, preuve qu'avec une tierce personne formée à l'approche des personnes âgées peut être un soutien.

3 semaines de menus ont été établies en accord avec ses goûts et envies.

- La liste d'achats jointe privilégie les astuces pour simplifier la cuisine (utilisation de légumes surgelés prêts à cuire, beurre blanc surgelé pour le poisson, petit pot d'asperge pique-nique pour le hors d'œuvre).
- Les enrichissements ont été expliqués à la famille et aux aides à domicile.

Malgré les menus variés, elle a jugé indispensable de maintenir la prise de CNO.

Pour cela, elle a suggéré une réorganisation des heures de passage des aides afin d'assurer la prise des CNO à 10 h et à 16 h. Celui de 18 h étant assuré par l'infirmière.

Le bilan au bout d'un mois est positif : moins de disputes familiales, Mme A est plus calme, prend à peu près tout le temps les CNO prescrits, poids stable, le mari est satisfait de la qualité gustative des solutions.

Il est décidé de poursuivre avec évaluation régulière tous les 2 mois.

Cas N° 3

Mme C., 85 ans

- Vit seule dans un hameau rural isolé.
- Tous les matins, un voisin vient lui faire la lecture du journal, curieuse de tout.
- Approvisionnement assumé par la fille.
- Revient d'une hospitalisation pour pontage fémoral et amputation du pied.
- Escarres dorsaux.
- Albumine 24.
- A été un mois en hébergement temporaire dans une EHPAD où elle n'a pas souhaité rester car recevait moins de visite que chez elle, entre autres la lecture du journal lui manquait.
- Depuis son passage en EHPAD, elle perd à nouveau du poids (38 kg).
- CNO prescrits non consommés.

Il a été décidé avec le SSIAD de mettre en place une feuille de surveillance alimentaire et une pesée hebdomadaire. Ensuite a été programmée une visite de la diététicienne.

Mme C dit avoir bon appétit (appréciation tout a fait personnelle), trouve tout bon.

Journée alimentaire décrite par Mme C

Petit déjeuner : café au lait et 2 croissants

Déjeuner : repas livré en liaison chaude (en garde une partie pour le soir)

Goûter : café noir ou au lait + gâteaux si a de la visite

Dîner : potage + quelquefois rillettes (si elle en a) + yaourt + fruit

1 tranche de pain de mie par repas

Boit peu

Parfois, la nuit consomme 2 biscottes avec du chocolat car elle a faim.

La feuille de surveillance alimentaire nous a montré que le déjeuner est peu consommé (elle n'aime pas, notamment la viande hachée). Après de longues négociations, Mme C a accepté de rajouter une cuillère à soupe dans les cafés du matin et du goûter, dans le potage, de consommer du fromage plus souvent. Il a été demandé à la fille d'approvisionner les dîners en charcuterie (surtout rilette) très appréciée, ce qu'elle n'a pas accepté.

Dans le cas de Mme C., la diététicienne s'est trouvée confrontée aux préjugés sur les besoins de la personne âgée : « A cet âge, on a plus besoin de manger autant qu'avant ! », aussi bien chez elle que chez sa fille qui remettait en cause les enrichissements proposés.

Pour Mme C, il était urgent de mettre en place une renutrition fournissant au moins 70 à 80 g de protéines par jour (2 g/Kg poids corporel) qu'on aurait pu atteindre avec les CNO.

Ne pas fournir l'apport protéino-énergétique suffisant a aggravé la dénutrition. Mme A est décédée au bout de trois mois.

Cas N° 4

M. G.- 82 ans

- Vit dans un pavillon avec sa femme.
- Ne quitte presque plus le fauteuil.
- Tumeur pulmonaire avec métastases.
- Poids : 58 kg - Taille : 1 m 52 IMC=25
- A toujours été un petit « mangeur ».
- Sa femme a beaucoup d'a priori alimentaires injustifiés et lui refuse ce qu'il aimerait consommer.

La diététicienne a été missionnée par le réseau pour améliorer l'alimentation jugée insuffisante. La visite s'est déroulée en présence de la fille très préoccupée par la santé de son papa.

Journée alimentaire

Petit déjeuner : Ricoré au lait avec 2 tranches de brioche

Déjeuner : Poisson ou légumes vinaigrette en hors d'œuvre

Viande ou poisson avec accompagnement (à raison d'une cuillère à soupe par denrée)

Fromage de chèvre

Fruit

1 verre de vin

Goûter : Crème HP et madeleine

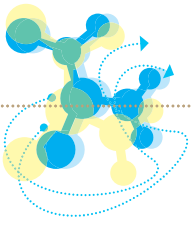
Dîner : Soupe aux légumes ou au vermicelle, œufs au lait ou île flottante

1 tranche de pain par repas

Les apports sont très insuffisants et il n'est pas envisageable d'augmenter beaucoup les volumes.

- Là encore, le lait écrémé est une solution intéressante, ajouté systématiquement à toutes les préparations contenant du lait (potages, purées, crèmes maison, béchamels) à raison d'une cuillère à soupe pour 100 ml de lait.
- Introduction systématique d'œufs, de charcuterie ou de poisson en entrée avec les légumes vinaigrette, ainsi qu'au dîner.
- On va pouvoir atteindre ainsi un apport de 1,5 g de P/Kg poids corporel.
- Il a été proposé à la fille de préparer des menus adaptés au goût de ses parents, d'en assurer l'approvisionnement et d'en évaluer la consommation lors des passages suivants, au vu du stock restant.

Mr G. avait stabilisé son poids pendant plusieurs mois et avait repris une petite marche dans son jardin tous les après midi, ce qui avait amélioré son moral. Ces progrès ont perduré jusqu'à une aggravation brutale avec l'évolution de sa pathologie.



Repères et menus

Les enrichissements ne se suffisent pas à eux seuls, ils doivent s'ajouter à une alimentation quotidienne suffisante, variée, équilibrée permettant de couvrir les besoins de base.

Les repères de consommation du PNNS correspondent aux objectifs nutritionnels nécessaires pour couvrir les besoins des personnes âgées en bonne santé. Ces repères sont un minima, en dessous desquels les carences s'installent

Viandes, poissons et produits de la pêche, œufs :

1 à 2 fois par jour ou 150 g minimum.

Indispensables pour couvrir une partie des apports en protéines quotidiens, mais aussi pour leurs apports en fer, zinc, sélénium, vitamines du groupe B.

Dans le cas de dénutrition, il ne faut négliger aucune variété et présentation (ex : charcuteries souvent plus appréciées qu'un morceau de viande classique, légumes farcis...)

Pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre, légumes secs

A chaque repas : en entrée (ex : salade de pommes de terre/harengs), en plat principal (hachis parmentier) ou en dessert (riz ou semoule au lait) sans oublier au moins 100 g de pain par jour.

Leur richesse en glucides complexes permet de réguler la glycémie et donc la faim, de prévenir les risques de chute. Leurs apports de protéines végétales ne sont pas négligeables en complément des protéines animales.

Les apports en vitamines et minéraux ne sont pas à négliger.

Au moins 5 fruits et légumes par jour

Leur richesse en fibres, en vitamines, minéraux et antioxydants rend leur présence indispensable pour la régulation du transit, l'équilibre hydro-électrolytique, la protection des cellules. La présentation des légumes peut être optimisée nutritionnellement sous forme de gratins, de farces.

Les produits laitiers : 3 ou 4 par jour (dont une part de fromage)

Principale source de calcium bien utilisé par notre corps pour conserver les os solides, lutter contre l'ostéoporose et ses conséquences ; ils sont aussi importants pour leur apport en protéines animales de bonne valeur biologique (couvrent la moitié des besoins journaliers) ; de par la variété de préparations qu'on peut utiliser et enrichir, c'est une famille dont il faut bien estimer la consommation.

Les matières grasses ajoutées

Indispensables en petites quantités.

Privilégier les huiles végétales. Il ne faut pas les négliger pour les phénomènes d'appétence, en

effet les matières grasses sont les vecteurs des saveurs. Elles vont ainsi contribuer au maintien du plaisir de manger.

Par leur nature enveloppante, elles facilitent aussi la déglutition et peuvent améliorer la prise de viandes souvent boudées. Sans oublier que l'apport énergétique est important pour un faible volume.

Les produits sucrés

Aucune raison de s'en priver à condition de les consommer sans excès. Ils apportent la touche de douceur appréciée avec l'âge.

De l'eau en quantité suffisante

Pour assurer le bon fonctionnement du corps et éviter la déshydratation, 1 à 1,5 litre par jour sont indispensables.

Privilégier des petits volumes pris plus fréquemment.

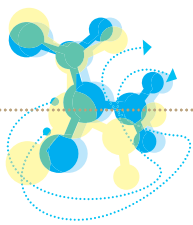
Sel

A limiter sans supprimer. Une diminution des apports de sel entraîne une perte d'appétit préjudiciable à l'état nutritionnel.

Quels menus peut-on proposer chez des personnes fragilisées ?

Menu 1

Petit déjeuner	Café au lait enrichi Fromage blanc enrichi et aromatisé à la purée de pruneaux Pain grillé avec beurre et confiture
Matinée	1 verre de lait chocolaté enrichi
Déjeuner	Rillettes Gratin de moules Purée de carottes /pommes de terre au lait enrichi Compote avec biscuits Pain
Goûter	1 semoule au lait enrichie 1 orange pressée
Dîner	Potage aux légumes et vermicelle enrichi 1 endive au jambon (béchamel enrichie) Clémentines Pain
Soirée	1 part de fromage avec une biscotte



Menu 2

Petit déjeuner	Chocolat au lait enrichi Crème de gruyère Pain de mie complet avec du miel
Matinée	1 yaourt enrichi et parfumé
Déjeuner	Salade de pommes de terre/harengs Bœuf mironton Purée de céleri rave enrichie Pomme cuite à la gelée de fruits Pain
Goûter	Fromage frais enrichi et boudoirs
Dîner	Soupe à l'oignon gratinée Fromage de tête Chou fleur sauce aurore enrichie Banane
Soirée	1 verre de lait enrichi parfumé à la menthe

Et quand la personne est malade

• **Diabète** : Il faut en premier lieu que les prises médicamenteuses et les prises alimentaires concordent afin d'éviter les hypoglycémies. Il n'est pas utile de manger moins, au contraire, cela déséquilibre le diabète. Les règles d'hygiène alimentaire sont les mêmes que pour les autres personnes.

La seule exception sera de ne pas consommer de sucres en dehors des repas.

• **Problèmes cardio-vasculaires** : Parfois il est prescrit un régime limité en matières grasses ou en sel. Il faut veiller à ce que la personne ne le suive pas exagérément pour ne pas perdre l'appétit.

• **Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés** : La perte de poids précède souvent les premiers symptômes de la maladie et ne fait que s'aggraver avec l'évolution de la pathologie.

Encourager la personne à faire de l'activité physique permet un meilleur sommeil et de ne pas inverser le rythme jour/nuit.

La personne ne peut pas rester longtemps à table, déambule et a perdu la mémoire de l'usage des couverts. Il faut alors pratiquer le « Manger Mains », c'est-à-dire mettre à disposition très souvent dans la journée des aliments pouvant se consommer avec les doigts. (ex : mini quiche, omelettes en morceaux, fruits secs, saucisson, biscuits, surimi...), en ayant pensé à enrichir un maximum. Quand il y a un conjoint ou un aidant naturel, il faut penser aussi à surveiller son poids et son alimentation car l'épuisement le gagne vite.

• **Cancer** : La pathologie en elle-même et ses traitements ont une incidence majeure sur l'état nutritionnel des patients. Il est important de revoir les goûts qui peuvent être modifiés (dégoût des viandes rouges par exemple) et de penser à relever avec des herbes aromatiques. Les nausées et les vomissements entraînent des refus. Il faut alors éviter la circulation d'odeurs et privilégier les repas froids ou tièdes.

Conclusion

Un vieillissement plus réussi est à notre portée si nous apprenons à mieux gérer notre santé par l'alimentation et l'activité physique » (Christian Rémésy-Université d'été de nutrition 2011) et la dénutrition n'est pas une fatalité. Lever les préjugés, informer, accompagner, évaluer, sont autant de tâches qu'il faut sans cesse reproduire pour être efficace dans la prise en charge de nos aînés fragilisés.

Références

- Dénutrition : une pathologie méconnue en société d'abondance-SFNEP-2011.
- Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés - ANAES-2003.
- Stratégie de prise en charge encas de dénutrition protéino énergétique chez la personne âgée- HAS-2007.
- Evaluation de l'état nutritionnel du sujet âgé - B.Lesourd -Cahiers de Nutrition et Diététique 34,5,1999 et 34,6,1999.
- La santé vient en mangeant et en bougeant-PNNS- Le guide nutrition à partir de 55 ans.
- La santé vient en mangeant et en bougeant-PNNS- Le guide pour les aidants.
- Avis sur les besoins nutritionnels chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies afin de définir des références nutritionnelles permettant d'adapter leur prise en charge nutritionnelle. AFSSA- Saisine 2008-SA-0279. ••