



ASSOCIATION DES DIÉTÉTIENS
DE LANGUE FRANÇAISE

JOURNEES D'ETUDES DE L'ASSOCIATION DES DIETETICIENS DE LANGUE FRANÇAISE

25 • 26 • 27 septembre 2003
Palais de l'Europe
8, avenue Boyer • MENTON

RESUMES DES CONFERENCES

(Ces textes sont sous la responsabilité de leurs auteurs)

ADLF
35, allée Vivaldi
75012 Paris
www.adlf.org
Tél : 01 40 02 03 02
Fax : 01 40 02 03 40

Vendredi 26 septembre 2003

LES NOUVEAUX SENIORS

Communiqué du Secrétariat d'Etat aux Personnes Agées
Madame Mischlich, Cabinet du Secrétariat d'Etat aux Personnes Agées

Introduction : les particularités nutritionnelles de la personne âgée ?
Professeur Xavier HEBUTERNE, CHU de Nice

Les nouveaux apports nutritionnels conseillés
Docteur Patrice BROCKER, Chef de Service de médecine gériatrique, CHU de Nice

Quelle application pratique des particularités nutritionnelles de la personne âgée ?
Sandrine BAYLE-GARCIA, Diététicienne, Hôpitaux de Paris

Les services de maintien à domicile des personnes âgées à Menton
Martine CASERIO Adjointe au Maire de Menton, chargée des affaires sociales

Maintien à domicile des personnes âgées
Sylviane ARNOUD, Vallauris et Annie Paule CARUANA, Antibes - Assistantes Sociales
Coordinatrices, Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)

Le point de vue d'un médecin généraliste
Docteur Didier CAPRINI, Menton

Livraison de repas à domicile
Evelyne BESNARD, Diététicienne Correspondante Qualité -EUREST, Cannes

Peut-on évaluer l'impact des soins nutritionnels sur la qualité de vie des personnes âgées ?
Docteur Emmanuel ALIX, Gériatre CH du Mans

Rôle des examens complémentaires dans la dénutrition hospitalière
Docteur Claude GUEYFFIER, Gastro-Entérologue, CH de Cannes

Prise en charge pluridisciplinaire en gériatrie, exemple : l'hémiplégie
Michel LIAGRE, Kinésithérapeute, et Chantal DAVY, Diététicienne, CH de Cannes

Nutrition et escarres, le rôle de la diététicienne et de l'infirmière
Nicole BOUVIER, Diététicienne et Christine DAHMANI, Infirmière, CHU de Nice

La relation soignant-soigné autour du refus alimentaire
Jean-Marie LALVEE, Psychologue clinicien, CHU de Nice

Ensemble contre la dénutrition
Béatrice LUMBROSO, Diététicienne libérale

Limites éthiques et nutrition
Docteur Pauline COTI, Gériatre et nutritionniste, CHUV de Lausanne (Suisse)

**COMMUNIQUE DU MINISTERE DE LA SANTE,
DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES**

Madame Mischlich, Cabinet du Secrétariat d'Etat aux Personnes Agées

**PROGRAMME NATIONAL « BIEN VIEILLIR »
2003-2005**

Le 12 mars dernier, le Premier Ministre a lancé le Programme National « Bien Vieillir » 2003-2005, dont le premier volet, conçu par le Secrétariat d'Etat aux Personnes Agées en partenariat étroit avec le Ministère des Sports, est consacré à la promotion du bien-être et de la santé par l'activité physique et sportive et une alimentation équilibrée.

La pratique d'activités physiques (APS) et une alimentation équilibrée sont indépendamment et conjointement des facteurs positifs de santé. De plus la pratique des APS et l'alimentation vécue comme un plaisir et comme une occasion de moments conviviaux permettent de lutter contre la solitude, la sédentarité et la perte de liens sociaux.

Le programme « Bien Vieillir » a donc pour but : de sensibiliser les plus de 55 ans aux bienfaits des APS pratiquées de façon régulière et d'une alimentation suffisante et équilibrée ; de les informer des possibilités offertes en la matière ; d'adapter l'offre aux besoins des seniors.

Les objectifs généraux et opérationnels du programme sont élaborés au niveau national par le Secrétariat d'Etat aux Personnes Agées et le Ministère des Sports en partenariat étroit avec le comité scientifique présidé par le Professeur G. Saillant.

A titre expérimental, 17 sites ont été choisis sur le territoire (communes et communautés de communes ainsi qu'un Creps). Chacun d'entre eux s'approprie un sous objectif appartenant aux objectifs opérationnels du programme et s'engage à le concrétiser sous forme d'une ou plusieurs « actions phare ». Un cercle de partenaires participe à la mise en œuvre et/ou au financement de certaines actions.

En février 2004, un séminaire d'étape sera organisé à Paris avec pour objectifs :

- un échange de pratiques et d'expériences entre les sites,
- la présentation et la poursuite du programme 2003-2005

Le Ministère tient à disposition :

- Le programme d'action pour une politique de la longévité et de la solidarité entre les générations, de Hubert FALCO, Secrétaire d'Etat aux Personnes Agées
- Le programme national « Bien Vieillir » 2003-2005, promotion de la santé et du bien être par l'alimentation et l'activité physique et sportive.

LES PARTICULARITES NUTRITIONNELLES DE LA PERSONNE AGEE

Pr Xavier HEBUTERNE

Fédération d'Hépatogastroentérologie et de Nutrition Clinique, Hôpital de l'Archet 2,
CHU de Nice, 06202 Nice Cedex 03

Si la dénutrition n'est pas l'apanage du sujet âgé, il est certain que les problèmes nutritionnels sont plus fréquents que chez les sujets plus jeunes. Ils sont favorisés par des modifications physiologiques, digestives ou métaboliques liées au vieillissement, des facteurs socio-économiques, des facteurs iatrogènes et d'éventuelles affections sous-jacentes ou surajoutées. La prise en charge nutritionnelle de la personne âgée apparaît donc souvent nécessaire et justifie un diagnostic précoce.

La dénutrition qui est extrêmement fréquente chez le sujet âgé hospitalisé (30 à 85%) et qui s'aggrave en cours d'hospitalisation (75% des malades hospitalisés plus de 7 jours perdent du poids) est par contre beaucoup plus rare chez les personnes âgées en bonne santé vivant à leur domicile (3 à 7%). A la suite d'un stress médical ou psychologique, la récupération du poids et de l'état nutritionnel chez une personne âgée est beaucoup plus difficile que chez les sujets jeunes. Il s'installe souvent un véritable **syndrome d'anorexie secondaire** qui entraîne le sujet âgé dans un redoutable cercle vicieux, anorexie/dénutrition/morbidité. Le retour à l'état nutritionnel antérieur, qui pose habituellement peu de problèmes chez une personne jeune, est extrêmement difficile. Ce syndrome d'anorexie secondaire, particulier au sujet âgé, a pu être démontré expérimentalement. Des travaux récents suggèrent qu'il existerait chez le sujet âgé des anomalies des mécanismes de contrôle de l'appétit ainsi qu'une perte des facultés adaptatives. D'autre part il existe chez la personne âgée une perte régulière de masse musculaire appelée **sarcopénie** qui est remplacée par la masse grasse. Nous avons pu montrer que la perte de poids secondaire à une carence d'apport ou à une agression médicale ou chirurgicale touchait de manière prépondérante la masse maigre et la masse musculaire de la personne âgée, alors que la masse grasse était conservée. Ainsi, une perte pondérale équivalente chez un sujet jeune ou un sujet âgé a des conséquences plus importantes chez la personne âgée.

C'est donc dans les situations aiguës que les équipes soignantes doivent être extrêmement vigilantes et qu'elles doivent proposer une intervention nutritionnelle précoce. Plusieurs travaux ont démontré que la dénutrition n'était pas irréversible chez la personne âgée et qu'un support nutritionnel précoce et de qualité permettait de corriger les déficits nutritionnels. Le diagnostic de la dénutrition repose sur une évaluation précise des ingesta qu'il faut corrélérer à l'état nutritionnel. Celui-ci peut être évalué à l'aide de scores pronostiques plus ou moins complexes, mais bien souvent des méthodes simples comme le suivi régulier de la courbe pondérale ou mieux de l'index de masse corporelle et des marqueurs anthropométriques, permettent de diagnostiquer précocement la dénutrition. Plus que chez tout autre patient, chez les personnes âgées, **mieux nourrir c'est mieux soigner**.

QUELLE APPLICATION PRATIQUE DES PARTICULARITES NUTRITIONNELLES DE LA PERSONNE AGEE ?

Sandrine BAYLE GARCIA, Diététicienne, Hôpitaux de Paris.

LA PROBLEMATIQUE

- La dénutrition

Les modifications liées à l'âge, certaines pathologies, des apports alimentaires insuffisants et/ou une alimentation déséquilibrée entraînent des carences nutritionnelles et peuvent conduire à des dénutritions et/ou des déshydratations sévères.

- Modification de la notion de « plaisir » lié à l'alimentation

L'hospitalisation conduit à une modification des habitudes alimentaires. L'alimentation devient collective face à une génération qui ne s'y est pas familiarisée. Et quand l'hospitalisation devient de longue durée, la préparation des repas (activité quotidienne) n'est plus pratiquée par le patient âgé, les repas en famille se font très rares et le choix du menu « au jour le jour » en fonction de ses envies devient impossible.

LES STRATEGIES MISES EN PLACE

a) La couverture des besoins nutritionnels

- Bilan nutritionnel d'entrée (poids, taille, marqueurs biologiques, présence d'escarres, pathologies associées pouvant interférer avec la nutrition...)
- Adaptation du régime (commande repas informatisée)

Texture, enrichissement, fractionnement des repas, hydratation, utilisation de produits diététiques...

La mise en place d'une cuisine diététique dans l'établissement permet la mise en œuvre de préparations enrichies « maison ». Il est important également de travailler avec le service de restauration sur l'adaptation des repas.

- Mise en place d'outils d'aide à la prise en charge nutritionnelle par l'ensemble de l'équipe soignante : Guide de prescription nutritionnelle et Fiches d'équivalence nutritionnelle.
- Suivi nutritionnel du patient (surveillance d'ingestas, courbe de poids, bilan biologique, entretiens réguliers avec le patient)
- Action du CLAN pour permettre un bon environnement hôtelier (vaisselles, salle à manger, assaisonnement, aide aux repas...)
- Régime de sortie adapté

b) Les animations repas

- Semaines du goût, repas à thèmes.
Le travail avec l'équipe d'animation et la cuisine permet d'organiser des repas plus colorés, plus conviviaux.
- Cuisine thérapeutique : Les patients préparent le repas avec l'aide d'une animatrice.
- Atelier du goût

L'évaluation des actions

- Enquêtes de prévalences de la dénutrition
- Enquêtes de satisfactions réalisées une fois par an.
- Evaluation des pratiques au moment de la distribution des repas
- Enquête de consommation (surveillance alimentaire, enquête sur plusieurs jours)
- Atelier autour du repas : Cela permet de recueillir les appréciations des patients sur les denrées et les plats cuisinés de l'hôpital. Il s'agit également d'un moment d'échange entre patients, soignants et cuisiniers.

LES SERVICES DE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES A MENTON

Martine CASERIO - Adjoint au Maire de Menton, chargé des Affaires Sociales

Il m'est agréable de vous souhaiter la bienvenue à Menton et de vous dire tout le plaisir que j'ai de participer à cette table ronde.

Douceur du climat, cadre luxuriant face à la Méditerranée, Menton, ville de taille moyenne et donc à visage humain, a depuis bien longtemps, attiré une population nombreuse et diversifiée et en particulier, durant l'hiver, les retraités à la recherche de soleil. Un certain nombre d'entre eux, complètement séduits par la qualité de vie de Menton, s'y installent définitivement.

Ce phénomène, avec l'allongement de la durée de vie, a amené les élus locaux à privilégier le maintien à domicile, plus humain, plutôt que de multiplier les structures d'accueil collectives, plus impersonnelles, nécessitant, par ailleurs, des réserves foncières que nous n'avons pas et un coût financier assez lourd pour une ville d'environ 29000 habitants.

La Ville de Menton, à travers le Centre Communal d'Action Sociale, a donc mis en place toute une série d'aides pour permettre aux personnes qui perdent leur autonomie de rester le plus longtemps possible chez elles.

L'AIDE MENAGERE

Le CCAS, qui a reçu l'agrément qualité de la Direction Départementale du Travail et de la Formation Professionnelle (renouvelé chaque année), emploie une quarantaine d'aides ménagères. Leur travail ne se cantonne plus au ménage. Véritables auxiliaires de vie, elles peuvent tout aussi bien préparer les repas, faire des courses, surveiller un bain, aider à la petite toilette, traiter du courrier courant, permettre une promenade... Formées et encadrées par le CCAS, ce sont des personnes de confiance. 2 agents administratifs et une surveillante complètent le service.

Sur l'année 2002, 52 206 heures ont été fournies auprès de 589 personnes âgées. Le taux horaire est fixé chaque année par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse et la participation des usagers dépend de leurs revenus.

Ce service déjà très sollicité, l'est encore davantage depuis la mise en place de l'APA. Le CCAS ne pouvant répondre, à court terme, à toutes les sollicitations, une orientation est faite sur le secteur privé.

LES REPAS A DOMICILE

Les personnes dépendantes peuvent se faire livrer leurs repas à domicile. Ces repas sont préparés dans la cuisine centrale et livrés en " liaison froide " pour assurer une hygiène optimale. Les repas sont conditionnés dans des barquettes d'une portion, faciles à ouvrir. Variés et équilibrés, les plats sont très souvent des préparations maison (par exemple, les potages sont faits avec des légumes frais).

Pour le déjeuner, une entrée, un plat protéique (viande, poisson ou œuf), un plat d'accompagnement (légumes ou féculents), un fromage, un dessert, du pain et, pour le dîner, potage et entremets ou légumes cuisinés. Les pochons (déjeuner et dîner) sont livrés chaque matin, du lundi au samedi. Les pochons du dimanche sont portés avec ceux du samedi.

En 2002, 49630 repas ont été livrés à 175 personnes par nos 3 chauffeurs livreurs.

LA TELE-ALARME

Financé par le Conseil Général, ce service est également géré à Menton par le CCAS pour les personnes peu mobiles susceptibles de ne pas atteindre le téléphone en cas d'urgence.

Ce système, composé d'un pendentif et d'une centrale (micro et haut-parleur) branchée sur la ligne téléphonique, permet d'appeler sans se déplacer en appuyant simplement sur le pendentif. L'alerte est ainsi donnée auprès des secours et de la personne ayant la clé de l'appartement. Dans un souci d'efficacité, le CCAS a formé un appariteur qui va poser l'installation dès l'acceptation du dossier. Auparavant, il fallait attendre l'intervention de l'employé du Conseil Général. Installation gratuite (personnes répondant aux conditions de ressources) - 68 bénéficiaires -

Les autres personnes, dont les revenus sont supérieurs aux plafonds indiqués, peuvent s'adresser à une société privée. Nous tenons à leur disposition une liste d'opérateurs.

LES SOINS A DOMICILE

Ce service permet d'éviter l'hospitalisation, de retarder l'admission en maison de retraite ou de faciliter le retour à domicile, après l'hospitalisation, des personnes âgées. Tous les soins médicaux sont assurés par du personnel qualifié. Par soins à domicile, on entend les toilettes, le " nursing " (prévention d'escarres, contrôle des sondes) et les " retours " du soir pour le coucher. Les soins sont remboursés par la Sécurité Sociale. Les infirmières n'étant pas assez nombreuses à Menton, de plus en plus de personnes se tournent donc vers le CCAS qui ne peut faire face à de nouvelles demandes. Un dossier a été introduit auprès de la DDASS pour obtenir une enveloppe budgétaire plus importante. La CRAM accorde en effet, actuellement, au CCAS une enveloppe budgétaire pour la prise en charge de 44 malades. En 2002, nos 10 aides-soignantes

diplômées, encadrées par une infirmière-coordonnatrice et un agent administratif, ont pris en charge 62 malades sur 16421 journées effectuées.

L'AUXILIAIRE DE VIE

Ce service apporte l'aide matérielle indispensable aux personnes handicapées dans l'accomplissement des actes de la vie courante. 2 auxiliaires de vie ont pris en charge, en 2002, 13 handicapés et effectué 2 330 heures de travail.

EMPLOIS FAMILIAUX

Les activités prises en charge par ce secteur viennent en complément des prestations déjà offertes par le CCAS soit en s'adressant à des personnes qui ne peuvent y prétendre, soit en complément des autres services traditionnels de maintien à domicile dans des créneaux horaires différents, par exemple, le soir, après 18 H, pour l'aide au repas, au coucher, etc. D'autre part, le temps d'intervention est libre, au rythme de chacun (1 heure, 3 heures, voire plus...). Il s'agit d'un travail à domicile dans une famille, chez une personne handicapée ou âgée. Le CCAS est un service mandataire. Il met en relation l'employée et l'employeur, il effectue toutes les formalités administratives. Les employeurs bénéficient d'avantages fiscaux jusqu'à 50% dans certaines limites. Actuellement, environ 65 personnes âgées aidées par une trentaine d'employées.

Et pour terminer, le domaine le plus convivial de nos prestations :

L'ANIMATION

Ce service, géré par une animatrice à plein temps, s'adresse aux personnes âgées dans un but de rencontres, de distractions et de sorties diverses. Il regroupe les excursions, les goûters dansants ou repas spectacles à l'occasion des grandes fêtes (fête des Mères, semaine Bleue et Noël) et les après-midi récréatifs.

LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES

Mesdames Sylviane ARNOULT, Vallauris et Annie Paule CARUANA, Antibes
Assistantes Sociales Coordinatrices du Centre Communal d'Action Sociale

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un fait majeur de nos sociétés. Chacun d'entre nous ne peut que s'en réjouir. Tous les 10 ans, l'espérance de vie de chaque français progresse de 4 mois. A l'horizon 2020, on attend une augmentation :

- de 40% des personnes de plus de 60 ans,
- de 20% des personnes dépendantes.

La région PACA, attractive pour les nouveaux retraités en raison de ses conditions climatiques et de sa douceur de vivre, va connaître un vieillissement probablement supérieur à la moyenne nationale. Même si aujourd'hui, l'espérance de vie sans incapacité progresse plus que l'espérance de vie totale, on sait que la population française sera accompagnée mécaniquement d'une augmentation des incapacités et de la dépendance.

Il convient de mettre en évidence des carences (insuffisances d'équipements en matière d'hébergement collectif et de dispositifs de maintien à domicile vraiment coordonnés, manque de structures d'accueil spécialisées pour les désorientés). Ce constat a obligé d'arrêter les choix collectifs indispensables à un meilleur accompagnement du vieillissement par des partenaires pluridisciplinaires motivés. Le soutien du maintien à domicile est affirmé comme l'axe prioritaire de l'ensemble des modalités de prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées en perte d'autonomie (mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, développement des SSIAD, création de CLIC en gérontologie...). Les CCAS affirment une volonté d'aide et de soutien des personnes âgées dans leur cadre de vie. Les personnes âgées doivent être au cœur des dispositifs qui les concernent. Le respect de la personne, le respect de ses choix sont inscrits dans la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.

LES AIDES AU MAINTIEN A DOMICILE

Diverses aides existent pour le maintien à domicile des personnes âgées :

a) L'aide ménagère à domicile :

C'est le plus ancien et principal dispositif subventionné. Elle est attribuée pour exécuter les travaux ménagers courants, faire des démarches administratives simples, accompagner la personne âgée dans les déplacements quotidiens. Elle a un rôle matériel mais aussi moral et social : c'est un soutien pour la personne âgée et un lien avec la vie sociale extérieure.

La demande est à formuler auprès du CCAS et la prise en charge financière s'effectue en fonction des revenus par les caisses de retraite ou le Conseil Général.

L'accord d'aide ménagère est possible en fonction de l'état de santé de la personne âgée et de son degré de perte d'autonomie qui est évalué par référence à la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources).

L'outil AGGIR permet d'évaluer la perte d'autonomie à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne seule. C'est la perte d'autonomie physique, psychique, domestique et sociale. Les données recueillies permettent de classer les demandeurs en 6 groupes de 1 à 6.

Le groupe 1 correspond aux personnes les plus dépendantes confinées au lit ou fauteuil. Le groupe 6 concerne les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie. Seules les personnes relevant des groupes 5 et 6 peuvent prétendre à l'aide ménagère, les groupes 1 à 4 concernent l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

b) L'auxiliaire de vie :

Elle aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne à l'exclusion des soins (toilette, lever, coucher, repas...).

Les bénéficiaires sont des personnes handicapées nécessitant une tierce personne. La prise en charge financière s'effectue par les Conseils Généraux, les collectivités locales et les organismes sociaux, le reste est laissé à la charge du bénéficiaire.

c) Les Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Rôle essentiel afin d'éviter ou retarder une hospitalisation, de faciliter le retour à domicile. Cela consiste en des soins infirmiers et d'hygiène sur prescription médicale du médecin traitant. L'assurance maladie prend en charge les interventions.

d) La garde à domicile

Il s'agit d'une garde de jour et/ou de nuit à domicile. Intervient à titre exceptionnel à la sortie d'hospitalisation ou en l'absence ponctuel de l'entourage familial aidant. Financée par la CRAM en fonction des revenus du bénéficiaire.

e) Le portage des repas à domicile

S'adresse aux personnes qui ne peuvent plus assurer la préparation des repas, ou qui ne s'alimentent mal et souffrent de malnutrition ou dénutrition.

Le CCAS d'Antibes livre environ 230 repas par jour en liaison froide du lundi au vendredi. 4 véhicules réfrigérés sillonnent la ville d'Antibes - Juan les Pins.

Les repas sont confectionnés par une société située sur les hauteurs de Nice. La livraison se fait tous les matins à 8 heures au hangar. Après répartition des caquettes dans le véhicule du CCAS, les livreurs effectuent les tournées sur la commune. Les menus proposés sont variés et équilibrés, comprenant une entrée, un plat, un fromage, un dessert et du pain. Les aliments sont conditionnés dans des barquettes jetables micro-ondables. Il est possible de commander un " encas " du soir. Les régimes sans sel, sans sucre sont assurés. La participation financière est en fonction des revenus du bénéficiaire.

f) Le foyer restaurant

Cette prestation favorise la mobilisation physique et mentale de la personne âgée et permet de lutter contre son isolement. Il accueille toute les personnes retraitées ou handicapées quelque soient leurs ressources. Il propose une nourriture saine et équilibrée et des activités de rencontre.

g) La Télé-alarme

A pour fonction d'assurer la sécurité des personnes seules ou isolées. C'est un dispositif d'appel d'urgence transmis par ligne téléphonique à un centre de réception 24h/24h. Cette prestation permet d'organiser l'intervention en fonction de la situation = appel des proches, des pompiers, gendarmerie etc.

La demande est à déposer au CCAS pour une prise en charge par le département si les revenus mensuels sont inférieurs à 948 euros (soit 6218 F). Au-delà de cette somme, les personnes sont orientées vers des sociétés privées.

h) Les actions et services visant à l'amélioration et l'adaptation de l'habitat

Le maintien à domicile exige souvent une amélioration du logement en terme de sécurité, voire de salubrité : des travaux d'aménagement, de rénovation, destinés à favoriser l'accessibilité (ex: remplacement de baignoire par douche peuvent être financés par les caisses de retraite, la DDE, l'ANAH etc.)

Le CCAS d'Antibes a passé une convention avec une association PACT des Alpes Maritimes chargé de l'instruction des dossiers, des contacts avec des entreprises spécialisées, de la démarche de subvention auprès des organismes financiers, le suivi des travaux après réponse favorable et accord de la personne âgée qui reste au centre de la démarche.

i) L'accueil de jour

Développé encore à titre expérimental l'accueil de jour, voire de nuit peut répondre à une demande des personnes âgées elles-mêmes et les aidants naturels (conjoint ou famille) qui ont besoin d'être soulagés, de reprendre leur souffle pour ensuite mieux répondre aux besoins des personnes dont ils ont la charge.

j) Autres prestations de maintien à domicile

- Petits travaux de dépannage : Pour les bénéficiaires au revenu modeste.
- Animation à Domicile : Destiné aux personnes isolées et dépendantes. Gratuitement ou pour un prix modique, une assistante de convivialité propose : lecture, musique, jeux de société, activités manuelles, promenade dans le quartier.
- Service de lavage de linge : Actuellement en projet par le CCAS d'Antibes.

CONCLUSION

Telles sont les principales prestations destinées au maintien à domicile des personnes âgées. Des actions innovantes en matière d'aide à domicile font l'objet d'étude.

Toutefois, au regard de la complexité des situations rencontrées et des demandes d'aide, les modes d'intervention ne sont toujours pas bien définis, les formations encore imprécises, les modes de financement complexes.

Une réelle démarche de coordination entre les différentes initiatives, de concertation et de planification entre les financeurs s'impose, et ce dans le but de permettre le meilleur service aux personnes âgées.

Un travail pluridisciplinaire est essentiel avec maître-mot : la professionnalisation et la revalorisation des métiers de l'aide à domicile, mal considérés et reconnus.

La création d'un nouveau diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale s'appuyant sur un référentiel de compétences marque la reconnaissance de cette exigence de qualification.

La réforme des formations et la démarche très récente de validation des acquis de l'expérience des aides à domicile en activités sont le témoin d'une démarche progressive d'harmonisation, de coordination des interventions auprès des personnes âgées, qui sont au cœur des dispositifs.

L'exigence de qualité du service rendu est devenue la priorité des intervenants de l'action sociale gérontologique. Cette démarche nécessite la mobilisation, la concertation de tous les partenaires, financeurs, intervenants concernés par la prise en charge des publics âgés fragilisés.

LE MEDECIN GENERALISTE ET LA MALNUTRITION DES PERSONNES AGEES

Docteur Didier Caprini

Question 1

La courbe pondérale et l'IMC restent deux outils indispensables ; il est à noter que dans certaines enquêtes (audit) sur les éléments contenus dans le dossier médical, le poids est souvent absent ; peser et noter le poids d'un patient vu à domicile n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît.

Le bilan biologique est peu utilisé : le médecin généraliste (MG) le fait-il à l'occasion d'une pathologie ou quand la malnutrition protéino-énergétique (MPE) est installée ?

Le relevé alimentaire est quasi absent : apparaît-il comme une difficulté trop importante ? comme peu fiable ? comme peu « rentable » pour les conclusions qu'il devrait permettre ? ; l'enjeu éducationnel, y compris chez la personne âgée, à adapter, paraît majeur.

Question 2

Le recours, en ville, à une aide spécialisée, relève pour la majorité des MG, d'une difficulté telle qu'ils ne songent que rarement à contacter les services spécialisés.

Les compléments nutritionnels bénéficient d'une promotion visiblement bien faite, encore faudrait-il aider le MG dans ce créneau très emprunté par l'industrie pharmaceutique, à y voir plus clair (des fiches conseils simples et adaptées aux différentes situations cliniques) ; aux MG de ne pas perdre de vue que l'alimentation traditionnelle est primordiale, que faire ses courses, préparer (parfois avec une aide) un repas est un moyen de rester actif et en contact avec le quotidien, bien sûr, tout cela en ville et pour des patients gardant une certaine autonomie.

La recherche d'une pathologie devrait s'étendre à la recherche de stress, de situations à risque et ne doit pas faire oublier l'environnement psycho-social du patient.

Question 3

Les MG questionnés perçoivent bien les relations « personnes âgées = pathologie aggravante = risque majoré de MPE », encore faut-il détailler ses interactions et en suivre l'évolution.

La question sur la perception de la fréquence a été mal posée. Il aurait été riche d'enseignement de voir la perception des MG de la fréquence de la MPE.

Question 4

Si 12 mg/30 (seulement ?) souhaitent une formation, c'est vers des fiches conseils adaptées et la FMC que vont leurs préférences : preuve s'il en est besoin que l'industrie pharmaceutique très présente avec les compléments alimentaires pourrait avec la collaboration des MG, améliorer la connaissance et la prise en charge des MPE.

MON EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DE DIETETICIENNE DANS LE CADRE DE LA LIVRAISON DES REPAS A DOMICILE POUR LES PERSONNES AGEES.

Evelyne BESNARD, Diététicienne Correspondante Qualité-Eurest, Cannes

INTRODUCTION

Diététicienne au sein de la société de restauration collective Compass Group France, j'ai travaillé durant 8 ans dans une cuisine centrale où nous fabriquons environ 300 repas pour les personnes âgées bénéficiant du portage de repas à domicile. Les bénéficiaires du portage de repas à domicile étaient représentés en majorité par des personnes ayant plus de 80 ans avec les problèmes liés à cet âge : problèmes bucco-dentaires, diminution de la sensation de soif et de faim, perte de goût, problèmes intestinaux...

FABRICATION DES REPAS - LOGISTIQUE

Les repas étaient élaborés en liaison froide et chaque plat était conditionné en barquette individuelle, prête à être remise en température si nécessaire. Ensuite, nous réalisions sur la cuisine centrale le montage de paniers repas individuels. La livraison des repas au domicile des personnes âgées était gérée par le CCAS de la ville.

COMPOSITION DES PANIERS REPAS

Sachant que les carences nutritionnelles sont la première cause d'aggravation de l'état de santé des personnes âgées (baisse des défenses immunitaires, diminution de la masse et de la force musculaire augmentant le risque de chutes, altérations des fonctions mentales...), il était essentiel que nos menus soient équilibrés et variés et répondent aux besoins nutritionnels de ce type de population.

Ainsi, chaque panier repas était composé d'une entrée, d'un plat protidique et de son accompagnement, d'un laitage et d'un dessert, avec en supplément un potage et un laitage, ce qui permettait de compléter le repas du soir.

Nous proposons également des menus allégés en sel d'ajout ainsi qu'un menu sans sucre pour les personnes diabétiques.

EXPERIENCE

Mes objectifs en tant que diététicienne étaient de proposer des menus pouvant répondre aux besoins nutritionnels de ce type de population, mais également de dispenser des conseils de base sur l'équilibre alimentaire.

C'est pourquoi, j'ai rapidement mis en place le livret hebdomadaire de la diététicienne.

Ce livret était remis chaque semaine à chacune des personnes et comprenait sur une page le menu de la semaine suivante, et sur l'autre le message de la diététicienne avec à chaque fois un thème différent abordé, tel que :

- l'importance et les principes de base d'une alimentation équilibrée chez les personnes âgées,
- des informations sur les plats proposés (origine des produits de base, composition et intérêt nutritionnel des plats),
- des notes de rappel sur la nécessité de boire suffisamment et de maintenir, dans la mesure du possible, un minimum d'activité physique,
- des notions d'hygiène alimentaire (rangement d'un réfrigérateur, gestion des repas livrés...),
- des conseils de remise en température des plats et incitation à dresser le plat sur assiette et à s'installer à table pour prendre le repas afin de garder le plaisir de manger.

Un espace leur était réservé sur ce livret où ils pouvaient noter leurs suggestions sur les menus et qu'ils me transmettaient par le biais des chauffeurs livreurs.

Sur ce livret était également noté mon numéro de téléphone direct, qu'ils utilisaient d'ailleurs assez régulièrement pour me poser des questions sur les menus.

Pour compléter ce dispositif, j'ai également mis en place une petite enquête de satisfaction semestrielle, sous forme d'un questionnaire facile à remplir, où chaque convive du portage à domicile pouvait faire part de ses attentes par rapport aux menus proposés.

Durant cette période, j'ai aussi travaillé en collaboration avec les services de maintien à domicile des personnes âgées sur l'alimentation des seniors et sur d'autres moyens de transmettre des conseils relatifs à l'équilibre alimentaire.

Pour cela, j'ai participé à l'élaboration d'un fascicule rappelant la façon très simple quelques règles diététiques. Ce fascicule fut distribué à chaque personne bénéficiant du portage à domicile et mis à disposition dans les lieux fréquentés par les personnes âgées. Pour que ce message ait plus d'impact, nous avons compris qu'il était primordial que tous les intervenants au niveau du portage à domicile puissent servir de relais auprès des seniors. C'est pourquoi nous avons organisé des formations en matière d'éducation nutritionnelle pour toutes les aides ménagères de la ville aussi pour les chauffeurs livreurs et pour d'autres intervenants.

DIFFICULTES RENCONTREES

La distribution des repas à domicile étant réalisée par la municipalité, au démarrage, la difficulté résidait dans le fait que nous n'avions pas de contact direct avec ces convives.

Ainsi, afin de mieux connaître nos clients et de répondre à leurs attentes, chaque convive avait la possibilité de me rencontrer à son domicile pour parler des menus et de l'équilibre alimentaire. Très rapidement mon carnet de rendez-vous fut complet.

Toutefois, il s'avère que beaucoup de personnes désiraient me rencontrer dans l'unique but de rompre leur solitude par une visite (thé et petits gâteaux étaient souvent offerts). Ces visites étaient riches d'un point de vue humain mais ne répondaient pas forcément à l'objectif premier.

Par ailleurs, j'ai également essayé de suivre les chauffeurs livreurs dans leurs tournées afin de rencontrer les convives lors de la distribution du repas, mais avec plus de 40 clients à rencontrer par tournée, mon intervention désorganisait les livraisons.

CONCLUSION

Dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées, le portage des repas à domicile a un objectif qui va au-delà de l'aspect strictement alimentaire. En effet, si l'on veut maintenir le plus longtemps possible une autonomie et une qualité de vie satisfaisante, il faut accompagner la personne dans sa vie quotidienne.

La diététicienne, comme les autres intervenants, a un rôle important à jouer notamment au niveau de la communication qui est autant essentielle que l'aspect nutritionnel.

PEUT-ON EVALUER L'IMPACT DES SOINS NUTRITIONNELS SUR LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES AGEES ?

Docteur Emmanuel ALIX, Centre Hospitalier du Mans

La qualité de vie est un sujet important dans le domaine des sciences humaines, pour ce mot-clef de juin 1994 à juin 1995 la base de données Medline fournit **1089** références et **14890** de 2000 à 2003. La mesure de la qualité de vie est devenue incontournable dans la sphère de l'évaluation. Mais de quoi parle-t-on quand on parle de qualité de vie ? La définition d'une « *qualité de vie liée à la santé* » correspond mieux au domaine de l'évaluation médicale et constitue un *indicateur de résultat* pour apprécier les conséquences d'une pathologie, l'effet des procédures de soins médicaux, ou encore l'effet des politiques de prévention. Une échelle de mesure de qualité de vie doit être construite en respectant une procédure scientifique pour chacune des étapes. Le choix des items, en relation avec la finalité de la mesure, doit être complété par une étude de fidélité et de validité, qui explore plusieurs axes (validité de contenu, validité de structure...). Avant d'être acceptées et reconnues, les propriétés métrologiques doivent être vérifiées sur des échantillons de sujets soumis au questionnaire. *La validation d'une échelle* de qualité de vie peut ainsi prendre plusieurs années, mais constitue un préalable à toute appropriation par la communauté scientifique. La qualité de vie des personnes âgées peut s'évaluer à l'échelon individuel au seul bénéfice de la qualité de la prise en charge de l'individu âgé, ou bien dans un groupe homogène ou hétérogène de personnes âgées vivant dans un cadre de vie spécifique et dans un contexte de maladies, syndromes ou symptômes définis ou bien. **Les soins nutritionnels** se définissent comme une réponse thérapeutique, sociale ou écologique à un risque (i.e. dépendance à une tierce personne, situation de fragilité, anorexie dans le cadre d'une dépression), à une dénutrition avérée isolée ou associée à une pathologie.

Avant d'établir une liste d'échelle de qualité de vie et de valeur descriptive réciproque, il semble essentiel de se poser la question préalable suivante: « **savons nous identifier les malnutritions et cette identification est-elle faite en routine ?** ». La réponse à cette question est nuancée, malgré le lancement en 2000 du plan national nutrition santé (P.N.N.S.) et la diffusion de ses propositions pour assurer le dépistage de la dénutrition, beaucoup reste à faire pour que cette évaluation standardisée passe dans les routines des professionnels de santé, en ville, en institution ou à l'hôpital. Et c'est bien de dépistage qu'il s'agit, car sans dépistage pas d'impact nutritionnel sur une quelconque qualité de vie. Le M.N.A.□, qui inclut deux questions globales sur la perception de la santé de l'individu testé, constitue certainement l'outil de référence en 2003, même si d'autres outils ont des qualités descriptives équivalentes, encore faut-il qu'ils soient utilisés.....Une fois le dépistage assuré, la qualification du niveau de dénutrition doit être établi pour promouvoir une stratégie de soins. Ce n'est qu'à l'issue de ce long cheminement que l'on pourrait formuler un avis sur la qualité de vie procurée grâce à l'intervention en question. Mais il faut également se décider de quelle qualité on parle, celle que perçoit la personne âgée prise en charge (indice de satisfaction d'une vie ou d'une santé meilleure) ou bien celle du médecin qui se place plutôt dans l'optique de la réussite du soin sur des indices de qualité de vie préalablement défini, ou encore le médecin de santé publique qui apprécie l'impact sur le groupe avec notamment le coût global de l'intervention vs les complications ?.

Pour évaluer la qualité d'une intervention, le choix d'un référentiel reste déterminant. Parmi les référentiels génériques les plus connus on citera :

La **MOS SF-36** ou Medical outcomes study short-form general health survey : Il s'agit d'un questionnaire auto-administré constitué de 36 questions permettant de calculer un profil de qualité de vie liée à la santé. Il évalue 8 dimensions de la santé : l'activité physique, la vie et relation avec les autres, les douleurs physiques, la santé perçue ; la vitalité, les limitations dues à l'état psychique, les limitations dues à l'état physique, la santé psychique, et l'évolution de la santé perçue. Son administration et sa cotation sont aisées, il est largement utilisé, validé et testé dans de nombreuses études menées sur le plan international. Le point de vue adopté est celui des patients et des experts. Il s'agit plus d'une mesure de statut de santé ou de qualité de vie liée à la santé que de qualité de vie telle qu'elle est perçue par le patient. La **Nottingham Health Profil** (NHP) a été adapté en français sous le nom d'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham (ISPN), il a été le premier instrument de mesure d'origine anglo-saxonne à être validé .Il comporte 38 questions regroupées en 6 dimensions (sommeil , motricité, énergie, douleurs , réactions émotionnelles et vie sociale). Par construction, le point de vue pris en compte est celui des patients. D'utilisation facile (réponses dichotomiques oui/ non), il est destiné à évaluer l'impact des maladies et des traitements sur la santé perçue de patients dans un état relativement sévère. Des scores de références par tranche d'âge et par pathologie ont été publiés.

Le **WHOQOL** (World Health Organization Quality Of Life): a été élaboré à partir de la définition de l'OMS de la qualité de vie, il présente 100 questions regroupées en 24 facettes explorant six domaines (santé physique, santé psychologique, niveau d'autonomie, relations sociales, environnement et spiritualité par rapport à la religion et les croyances personnelles) dans le but de mesurer la perception individuelle qu'ont les patients de la qualité de leur vie .Il peut être utilisé pour la pratique médicale courante, la recherche, les audits de pratique, les politiques de santé . Il présente la particularité d'avoir été développé simultanément dans 15 centres différents à travers le monde, ces auteurs le considérant comme l'instrument le

plus trans-culturellement valable. Il existe une forme courte comportant 26 items pour une utilisation dans de grandes études.

L'étude de la littérature ne permet pas de promouvoir l'utilisation d'un outil spécifique, dédié à l'évaluation de l'impact des soins nutritionnels sur la qualité de vie. En revanche chaque auteur travaillant sur la qualité de vie utilise soit une des trois échelles génériques standards (non spécifiques) soit « conçoit » sa propre échelle à partir d'outils préexistants dont la valeur descriptive, les qualités métrologiques et la validation sont médiocres.

Quelle preuves avons nous que l'intervention nutritionnelle ait un impact sur la qualité de vie ?.

La dénutrition est associée à une augmentation de la morbidité, infectieuse communautaire et nosocomiale, probablement au risque de chute et de ses conséquences fracturaires, au risque de dépendance et à de longues durées d'hospitalisation. Un travail récent (2001) dans un petit collectif de personnes âgées admises à l'hôpital retrouve une relation linéaire entre l'IMC et la sensation de bien-être évaluée. En 2003 Crogan dans un travail mené en maison de retraite l'IMC montre une prévalence de la dénutrition de 38 % et un lien significatif avec des items du statut fonctionnel et du bien-être psychosocial. L'impact de la dénutrition sur des patients victimes d'une fracture du col du fémur s'exprime pleinement dans une étude suédoise de 1999 qui corrèle IMC inférieur à 20, niveau d'IGF1, fatigue musculaire et réduction de la qualité de vie évaluée par la N.H.P. La réalisation d'enquête de santé perçue par la N.H.P. permet également de détecter des personnes âgées à risque de dénutrition. En 2003 dans un collectif de 261 résidents de maison de retraite, la prévalence de la dénutrition est de 33 %. 40 patients réputés non dénutris sont comparés par l'administration simultanée du NHP, d'une échelle d'évaluation nutritionnelle la SGA (A ou B) et d'informations complémentaires reliés à l'alimentation. Les auteurs montrent que les dimensions de la NHP concernant les réactions émotionnelles, la perception de sa force, la douleur ressentie, la mobilité physique et le sommeil sont de puissants facteurs de description d'une population à risque de dénutrition. Le M.N.A.□ est également descriptif dans une partie de ces domaines. Les indicateurs de risque de malnutrition semblent bien liés à la qualité de vie et de santé. Un travail réalisé au sein d'un collectif de seniors de plus de 60 ans enrôlés dans un programme d'éducation alimentaire démontre le lien positif entre qualité de vie, et perception de son état de santé et négatif avec le risque nutritionnel, l'insécurité alimentaire, la réduction du plaisir de manger et la dépression. L'intervention nutritionnelle est également à même de permettre une amélioration de la qualité de vie évaluée par MOS SF-36 et un questionnaire de bonne santé générale. La complémentation par 235 ml d'un produit à 1kcal/ml respectant les AJR, dans un essai randomisé, montre une stabilisation de l'IMC, un accroissement significatif des ingesta pour les protéines, le calcium, le fer, le magnésium et les folates et des scores de la SF-36 et du questionnaire de bonne santé générale dans le bras traité. Lors de radiothérapie pour cancer, la dénutrition et l'impact nutritionnel sur la qualité de vie ont été évalués dans un travail portant sur 125 patients de risque faible (cancer hors sphère digestive) et risque élevé (cancer tête et cou et appareil digestif). L'évaluation s'est faite sur une grille d'évaluation globale de l'état nutritionnel d'Ottary, une échelle de qualité de vie (EUROQOL) et un questionnaire de qualité de vie. Les patients classés à haut risque présentaient une prévalence plus élevée de dénutrition, des ingesta plus faibles et une qualité de vie moins bonne que les risques faibles. A l'issue du traitement radio thérapeutique, l'amélioration des scores de qualité de vie étaient directement proportionnées à l'amélioration des ingesta et de l'état nutritionnel. L'anorexie et la perte pondérale sont des facteurs de diminution de la qualité de vie. Yeh et al en 2000 démontrent que l'administration d'acétate de megestrol chez des hommes âgés dénutris (76,5 ans) est capable de réduire de manière significative le taux des cytokines anorexiantes, d'augmenter les ingesta, le poids, tout en réduisant la dépression évalué par la GDS, améliorant une liste d'items de plaisirs et augmentent la perception globale de bien être. Enfin l'intervention nutritionnelle chez le dément peut se traduire par une amélioration de la qualité de vie de l'aidant tout en prévenant la perte de poids et en ralentissant le déclin cognitif du patient. Un programme européen développé par S Rivière et al 2002 montre en effet que l'éducation nutritionnelle des aidants permet, dans un travail randomisé, un gain pondéral du patient dément dans le groupe de l'aidant éduqué, une stabilisation du MNA□, une amélioration de l'état cognitif et une diminution du Fardeau de l'aidant.

En conclusion, l'exploration de la qualité de vie comme facteur essentiel de l'amélioration de la prise en charge notamment nutritionnelle des personnes âgées est en passe de devenir un domaine incontournable. Le choix de l'outil de description dépend des objectifs que l'on se fixe, les outils génériques non spécialisés (par opposition aux outils construits « à façon ») ayant l'avantage d'être validés avec des qualités métrologiques connues (et donc publiables). Toutefois pour travailler sur la qualité d'une action, il faut avant tout que le dépistage de la situation pathologique soit réalisé sur toutes les populations à risque ou fragiles. N'oublions pas que le travail préalable de dépistage proposé par le groupe IV du PNNS est le socle de l'action au quotidien de tous les professionnels de santé, et que sans dépistage point d'évaluation de la qualité de la vie ou de la santé perçue.

ROLE DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES DANS LA DENUTRITION HOSPITALIERE

Docteur Claude GUEYFFIER, Gastro-Entérologue, CH de Cannes

L'équipe du Clan du Centre Hospitalier de Cannes s'est fixée depuis sa création une priorité dans le dépistage et la correction des troubles nutritionnels du 3^o âge.

Différentes équipes se sont attachées à constater, dénoncer, et si possible traiter la dénutrition hospitalière. Par contre n'ayant jamais trouvé de travail portant sur ce sujet, nous avons cherché à identifier et quantifier l'impact des examens complémentaires (bilans biologiques exclus) dans cette dénutrition et son potentiel aggravant.

Un travail assez fastidieux a démarré à partir de l'été 2001 dans divers services de médecine portant exclusivement sur des patients de plus de 65 ans interrogeables ce qui a rapidement limité (avec aide de quelques autres surprises) le nombre d'inclusions.

Après 2 ans d'efforts et sans avoir bénéficié d'aucun renfort en Diététiciennes pour mener à bien les différentes évaluations nécessaires à l'enquête, nous avons pu inclure 38 patients dont 31 avaient effectivement subi un ou plusieurs examens complémentaires sur une durée de 5 jours ouvrés. Le nombre de patients inclus peut paraître dérisoire par rapport à certaines très grandes enquêtes néanmoins la qualité du travail réalisé par l'équipe des Diététiciennes l'a rendu très précis et à bien des égards riche d'enseignements.

Ainsi nous avons pu constater :

Que la minoration nutritionnelle lors des séjours paraissait moins importante que dans d'autres études et que quelques patients étaient mieux alimentés au C.H. qu'à leur domicile.

Que l'impact des examens complémentaires était parfois bien rattrapé par des repas " compensateurs ".

Que malgré notre certitude d'aboutir à un résultat catastrophique, il n'a pas été mis en évidence à quelques exceptions près de situations où les examens complémentaires ont pu mettre en péril certains patients.

Néanmoins un effet majorant de la dénutrition hospitalière de " base " est formellement mis en évidence. Notre but est d'y remédier au maximum en diffusant cette information auprès des différents intervenants (IDE, Aides Soignant(e)s, Demandeurs et Réalisateurs d'exams, Diététiciennes, Brancardiers...) et en établissant avec eux des protocoles.

Il est possible voire probable que l'information diffusée à propos de cette enquête ait en partie porté ses fruits avant l'heure.

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE EN GERONTOLOGIE : L'HEMIPLÉGIE

Michel LIAGRE, Kinésithérapeute

La qualité de la prise en charge du patient hémiparalysé nécessite **une cohérence** entre les différents intervenants de **l'équipe** et du réseau de soins.

Pour l'équipe soignante, en plus du diagnostic, il faut évaluer le niveau de dépendance, et en fonction du diagnostic lésionnel, discuter la **stratégie** de rééducation : qualitative ou quantitative.

L'hémiparésie est un symptôme sans spécificité étiologique, même si l'origine vasculaire est largement dominante. **Une imagerie cérébrale** (IDM et/ou IRM) en urgence est **indispensable** devant toute hémiparésie et ceci quel que soit l'âge du patient.

Des objectifs à court, moyen et long terme, selon le cas seront établis, et l'équipe mettra en place des actions pour atteindre l'objectif : la récupération la plus grande possible.

Le bouleversement de l'état psychologique chez ce genre de patient est tel qu'il mérite qu'on s'y attarde, qu'on le regarde, le prenne en compte, le soutienne et l'écoute tout au long de son hospitalisation.

La rééducation de l'hémiparalysé commence **dès le premier jour** avec un examen refait régulièrement pour suivre l'évolution clinique et surveiller l'apparition de la **spasticité : ennemie** principale de l'hémiparalysé. Celui-ci, dès le premier jour est installé dans des positions qui inhibent cette spasticité. Ne connaissant pas la durée de la période flasque, il est important de veiller systématiquement à une prise en charge précoce et continue par **tous les soignants** par :

- des installations en positions d'inhibition,
- des retournements fréquents,
- une **sollicitation** en utilisant l'auto-inhibition,
- la pose d'une écharpe (pour les transferts et la marche) pour prévenir la **sub-luxation de l'épaule** hémiparalysée.

Le but de la kinésithérapie avec un hémiparalysé est une récupération sensitivo-motrice maximale. Au sein de l'équipe soignante, le kinésithérapeute coordonne cette stratégie au cas par cas. Il fait part à **l'équipe soignante et à la famille** des sollicitations souhaitables (ni trop, ni trop peu) pour faciliter une meilleure récupération.

La continuité des soins et la répétition des gestes facilitent l'intégration des repères chez le patient. Les progrès obtenus par la rééducation sont utilisés, et ainsi, valorisés par l'équipe soignante, allégeant la charge de travail (ex : matériel de préhension adapté).

En relation avec l'ensemble de l'équipe après enquête de l'aide soignante sur les habitudes alimentaires du patient, un bilan est envisagé avec la **diététicienne**. L'objectif est de maintenir le patient dans un bon état nutritionnel en utilisant au maximum ses capacités fonctionnelles, afin d'éviter les complications cutanées, la fonte musculaire, les surinfections. Tout cela tend à réduire la durée d'hospitalisation et permet une rééducation optimale.

Outre le déficit sensitivo-moteur du patient hémiparalysé, un paramètre important peut être la présence d'une **perturbation du langage** ou aphasie. Là encore on voit l'importance du dialogue interdisciplinaire entre l'orthophoniste et les acteurs des soins. En effet toute action sur le patient nécessite une communication avec lui, il est donc important de savoir par quel **types de communication** on peut aborder ce patient (l'écrit, le geste, la mimique, etc.).

Le cataclysme cérébral plonge le patient dans un processus psychologique de modification du Moi par rapport à lui-même et par rapport aux autres. L'hémiparalysé est toujours un individu à part entière, mais quelque fois, la gravité de l'atteinte le dépasse de sa citoyenneté, de son autorité familiale, sociale, et juridique.

Le diagnostic médical, le diagnostic kinésithérapique, le bilan orthophonique et le bilan diététique permettent de mettre conjointement en place une stratégie globale de soins.

Chaque discipline a son importance thérapeutique

Un traitement médical précis, la continuation des gestes rééducation appris, un soutien psychologique adapté, une évaluation réaliste quant au **devenir** aideront grandement le patient **à vivre avec son handicap**.

NUTRITION ET ESCARRES LE ROLE DE LA DIETETICIENNE ET DE L'INFIRMIERE

Nicole BOUVIER, diététicienne et Christine DAHMANI, Infirmière, C.H.U. Nice

Il n'est plus à démontrer combien la cicatrisation de l'escarre recourt à une stratégie nutritionnelle bien définie, globalement protéino-énergique à prises fractionnées.

De la théorie à la pratique, il y a un monde... de soignants qui veillent à la compliance de la nutrothérapie et contribuent à l'efficacité du programme diététique.

L'infirmière, dispensant la palette de soins nécessaires à la cicatrisation de l'escarre, exerce aussi la surveillance indispensable de la prise alimentaire spécifique.

Le soin diététique est la traduction alimentaire de la prescription médicale et à ce titre, requiert la même rigueur et la même attention inhérentes à l'organisation des soins infirmiers.

Prescription, organisation, distribution, surveillance sont les maîtres mots du traitement diététique.

Cette dynamique ne peut se révéler efficace qu'avec l'investissement de l'équipe de soins.

ENSEMBLE CONTRE LA DENUTRITION

Béatrice LUMBROSO, Diététicienne libérale

PETITS RAPPELS SUR LA DENUTRITION

n. fém. Forme de malnutrition résultant soit d'une carence nutritionnelle, soit d'une prédominance des phénomènes d'assimilation. Elle est caractérisée par une atrophie tissulaire avec perte de poids, qui peut aller jusqu'à la cachexie.

Ce n'est pas seulement une perte de poids. C'est surtout une perte de masse musculaire et des altérations de nombreuses fonctions, à l'intérieur du corps comme dans les relations du corps avec l'extérieur.

ALIMENTATION ET SANTE

Notre organisme a besoin, chaque jour, d'un certain nombre d'éléments nutritifs pour vivre. Elle doit être comprise entre 2 000 et 2 500 calories pour une personne sédentaire. Chaque repas doit comporter un apport minimum en protéines, en glucides, en lipides, en vitamines et en oligo-éléments. L'eau est également très importante. Son apport doit être régulier pour éviter la déshydratation. Si la ration alimentaire est insuffisante, des carences peuvent apparaître.

DETERMINER QUELS SONT LES FACTEURS DE VULNERABILITE NUTRITIONNELLE

1. hypercatabolisme dû à une maladie de type cancer, insuffisance rénale, troubles de la déglutition, alcoolisme, anorexie...
2. revenus insuffisants;
3. perte d'autonomie;
4. solitude;
5. régime suivi de façon trop stricte;
6. problèmes bucco dentaires;
7. troubles du transit de type constipation, ballonnements, diarrhées...
8. polymédication avec prise trop importante de liquide au moment du repas ou médicaments anorexigènes.
9. perte de poids rapide sans changement de mode de vie...

A partir d'une étude adaptée des risques et la réalisation d'une étude nutritionnelle personnalisée nous pouvons déterminer les actions à mettre en œuvre pour la prise en charge personnalisée du patient.

COMMENT INTERVENIR EN CAS DE DENUTRITION

Seule une prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient peut permettre un dépistage efficace de la dénutrition.

L'interaction des différents acteurs du soin permet une amélioration plus ou moins rapide de l'état général du patient.

Pour cela il faut déterminer quels sont tous les intervenants médicaux autour de chacun de nos patients et aller voir toutes les professions paramédicales susceptibles de participer à la prise en charge de la dénutrition.

- Infirmière,
- Aide soignante,
- Kinésithérapeute,
- Dentiste,
- Pharmacien,
- Psychologue,
- Assistante sociale,...

QUE FAIRE UNE FOIS QUE LE PATIENT DENUTRI EST DETECTE ?

Plusieurs modes d'action peuvent être mis en place: soit le patient peut être vu en consultation par la diététicienne, soit ce sont les soignants habituels (infirmière, aide à domicile ou aide soignante) du patients qui vont intervenir en direct.

QUELQUES RECOMMANDATIONS ELEMENTAIRES :

- Diversifier la nourriture au maximum (éviter la monotonie et favoriser l'équilibre alimentaire)
- Fractionner les repas dans la journée pour une meilleure digestion et un apport calorique plus important (faire un vrai petit déjeuner et une ou plusieurs collations dans la journée)
- Augmenter la ration énergétique sous un petit volume enrichir les plats habituels avec du lait entier, ajouter du beurre, des fromages fondus, favoriser les plats en sauce (béchamel, crème, ...)
- Veiller à un apport hydrique suffisant en favorisant les thés, verveines, cafés légers ou boissons aromatisées

- Sortir le plus souvent possible pour garder une activité physique le plus longtemps possible, avec l'aide du kiné si besoin, et profiter du soleil pour synthétiser la vitamine D; en profiter pour aller faire son marché.
- Lutter contre le manque d'appétit en favorisant les repas en famille ou en compagnie de l'aide ménagère ou de groupes d'amis dans les différents clubs tel les jeux de cartes.
- Faire un vrai repas assis à table avec plusieurs composantes et ne pas se contenter de manger les restes de la veille constituée d'un seul plat et un fruit.

Il suffit, en règle générale, d'écouter notre faim véritable pour manger de manière satisfaisante en quantité et en qualité, cependant les personnes âgées ou malades ne ressentent pas la faim de la même manière il faut donc que nous intervenions ensemble chacun à son niveau pour éviter la dénutrition ou favoriser la prise de poids.

COMMENT LA RELATION AVEC LES AUTRES PROFESSION SE FAIT ELLE?

La mise en place du régime n'est pas toujours évidente si le patient n'est pas bien encadré.

La collaboration avec le **MEDECIN** permet d'adapter les exigences du régime et les possibilités nutritionnelles (ex: pour un patient insuffisant rénal il est difficile d'avoir un apport maximum en calcium avec un très faible apport en protéines il faut donc accepter un compromis qui soit le moins néfaste possible pour le patient. Augmenter l'apport protéique et diminuer l'apport calcique dans des proportions raisonnables vues par le médecin).

La collaboration avec la **FAMILLE** semble évidente pour les acteurs du soin mais pas toujours pour la famille elle même, de plus ce n'est pas toujours facile de leur faire changer leurs habitudes. Il faut les éduquer sur l'équilibre alimentaire (qui peut être bénéfique à l'ensemble de la famille dans la plupart des cas!), et leur apprendre à enrichir l'alimentation de la personne dénutrie sans pour autant que les plats soient lourds, et repoussent le patient rien qu'à la vue des mets.

La collaboration avec le **DENTISTE** ne se fait pas toujours automatiquement et en premier lieu et pourtant elle s'avère primordiale, en effet il faut, pour les personnes, âgées penser à faire vérifier la taille et l'état des prothèses. La perte de poids importante entraîne une perte de substance également importante des gencives. Pour les autres maladies toute douleur de la cavité buccale ou douleur à la déglutition intervient aussi dans la prise en charge du patient, pour cela on peut faire appel soit au gastroentérologue soit au stomatologue.

La collaboration avec les **INFIRMIERES** ou **AIDES A DOMICILE** se fait d'elle même, elles sont souvent très demandeuses de conseils pour intervenir dans la prise en charge de leur patients, ce sont elles qui permettent d'avoir un aperçu plus régulier des progrès alimentaires du patient.

La collaboration avec le **PHARMACIEN** est essentielle dans la mesure où lui et le médecin sont les plus à même de connaître les médicaments anorexigènes, susceptibles d'entraîner des dysfonctionnements intestinaux, ils peuvent alors nous en informer ce qui nous permet d'adapter la consommation, ou la composition du repas en fonction de l'heure de prise des médicaments en question.

La collaboration avec les **KINESITHERAPEUTES** se fait en étudiant les gestes que peuvent effectuer les patients et en favorisant les mouvements de bras en direction de la bouche (mouvement des coudes, épaules et doigts pour tenir les couverts). Parfois nous lui demandons de bien vouloir passer chez certains patients au moment du repas pour aider ce dernier tout en lui faisant faire ses exercices.

Toutes les autres professions paramédicales ou pas interviennent ponctuellement en fonction de notre demande sur certains cas précis.

CONCLUSION

Ainsi une bonne prise en charge de patients dénutris ne peut être efficace que si l'ensemble des acteurs de soins intervenant autour d'un patient, se consultent et mettent en place des mesures communes.

La meilleure prise en charge reste encore la prévention et cette dernière ne peut se faire que si les autres intervenants sont informés et sensibilisés.

En effet ensemble nous sommes plus forts.

La démarche semble facile mais il ne faut pas oublier qu'avant d'obtenir des résultats il faut de la patience, de la persévérance et beaucoup de persuasion pour que chacun accepte d'une part le rôle qu'il doit avoir dans le groupe et d'autre part qu'aucun d'entre nous ne peut être réellement efficace sans l'aide des autres.