



**Quel est le rôle de l'aide-soignant
face à la dénutrition chez une
personne âgée ?**

Présenté par : Yaacoub Saadi

En vue du diplôme d'aide-soignant

Année scolaire 2021-2022

Remerciements

Je souhaite exprimer ma gratitude envers Madame Père et Monsieur Vantomme pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail de réalisation de l'épreuve intégrée et pour leur présence jusqu'à la fin.

Je tiens également à remercier tous les professeurs qui m'ont donné des cours et avec qui j'ai beaucoup appris tout au long de mes études. Vos enseignements resteront gravés dans ma mémoire.

Un grand merci aussi à ma mère pour son soutien constant tout au long de mes études et pour avoir cru en moi.

Merci aux différentes personnes qui m'ont aidé pour la réalisation de cette épreuve intégrée. Enfin, je remercie mes formateurs de stage, ainsi que les aide-soignant(e)s et les infirmiers et infirmières que j'ai rencontrés. J'ai énormément appris grâce à eux.

Merci à vous tous pour votre aide et votre soutien.

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE	1
PARTIE CONTEXTUELLE	3
1. La personne âgée.	3
2. La dénutrition et ses chiffres.	4
PARTIE CONCEPTUELLE	6
1. La nutrition.	6
1.1 Définition de la nutrition.	6
1.2 Différences entre alimentation et nutrition.	6
1.3 Les Arrêtés Royaux concernant l'alimentation et la nutrition.	7
1.4 Prise en charge nutritionnelle de la personne âgée.	8
2. La dénutrition.	
2.1 Définition de la dénutrition.	11
2.2 Causes et facteurs de la dénutrition	12
2.3 Signes et symptômes de la dénutrition.	15
2.4 Les grilles d'évaluation de la dénutrition.	19
2.5 Conséquences de la dénutrition.	21
2.6 Traitements et prise en charge de la dénutrition.	23
2.6.1 La prise en charge générale.	23
2.6.2 Les recommandations nutritionnelles.	24
PARTIE PRATIQUE	27
1. Observation et surveillance de la personne âgée dénutrie.	27
1.1 Observation du poids de la personne.	28
1.2 Observation de la prise alimentaire et de l'appétit.	29
1.3 Observation de l'état général de la personne âgée.	30
2. La présence active.	31
3. L'aide aux repas.	32
4. Le rôle éducatif.	35
5. L'hygiène corporelle.	36
6. Relais et les transmissions.	37
7. Les rôles de l'aide-soignant auprès de personnes dénutries souffrants de troubles cognitifs	40
8. Les rôles de l'aide-soignant auprès d'une personne dénutrie vivant seule à domicile	42
CONCLUSION GENERALE	44
BIBLIOGRAPHIE	46
ANNEXES	47

INTRODUCTION

Dans le cadre de notre épreuve intégrée, nous avons choisi d'aborder le rôle de l'aide-soignant face à la dénutrition des personnes âgées, une problématique qui a pris tout son sens lors de notre stage d'observation où nous avons fait face à de nombreux cas.

Nous avons donc décidé d'explorer le rôle crucial de l'aide-soignant dans la gestion de la dénutrition chez les personnes âgées. Nous parlerons plus de la dénutrition en maison de repos et dans les hôpitaux, car nous n'avons pas effectué de stage à domicile.

Au début de notre stage d'observation, nous étions anxieux et nous nous posions de nombreuses questions sur notre capacité à s'intégrer efficacement dans une équipe pluridisciplinaire en tant que simple stagiaire apprenant le métier d'aide-soignant. Nous nous demandions également si les résidents allaient nous accepter, étant donné que nous étions débutants dans le domaine et ne connaissions pas l'environnement des maisons de repos.

Cependant, tout au long de nos différentes expériences de stage, nous avons énormément appris sur le métier d'aide-soignant, grâce à l'encadrement bienveillant des différentes équipes. Avec le temps, nous avons réussi à nous adapter et à gagner la confiance des soignants qui nous supervisaient. Nous avons réalisé que cette confiance joue un rôle crucial dans l'efficacité des relations professionnelles et facilite la réalisation des projets et l'organisation du travail de manière fluide.

Un moment marquant de notre stage a été lorsque nous avons été confrontés à une résidente souffrant de dénutrition, qui refusait de se nourrir depuis son admission dans l'établissement. Il est apparu que cette dame avait été placée en maison de repos contre son gré ; elle ne pouvait plus vivre seule chez elle en raison de sa perte d'autonomie.

Cette situation nous a poussés à nous interroger sur les raisons pour lesquelles un patient peut refuser de s'alimenter, sur les facteurs contribuant à la dénutrition en maison de repos malgré un suivi et des repas fournis, ainsi que sur le processus d'installation de la dénutrition chez les personnes âgées.

Ces questions ont conduit à la formulation de notre problématique : "Quel est le rôle de l'aide-soignant face à la dénutrition chez une personne âgée ?" Dans cette étude, nous tenterons de répondre à ces interrogations en commençant par une description du contexte dans lequel la problématique est apparue. Ensuite, dans la partie théorique, nous aborderons brièvement

l'alimentation en général, définirons la dénutrition, ses causes et ses conséquences, puis nous examinerons comment l'aide-soignant peut prendre en charge une personne dénutrie ou observer de manière préventive pour éviter la dénutrition chez les personnes âgées. Nous présenterons également deux grilles de dépistage de la dénutrition et fournirons quelques pistes pour la traiter.

Dans la partie pratique, nous explorerons les approches utilisées dans les maisons de repos ou les hôpitaux pour la prise en charge des personnes dénutries, mettant en évidence les rôles spécifiques de l'aide-soignant et les actions concrètes possibles.

En travaillant sur cette problématique, nous espérons mieux comprendre cette pathologie et le rôle essentiel joué par les aides-soignants dans la lutte contre la dénutrition chez les personnes âgées.

PARTIE CONTEXTUELLE

Nous avons choisi de centrer notre étude sur la dénutrition chez les personnes âgées, étant donné qu'en tant que soignants, nous sommes fréquemment en contact avec cette population vulnérable. En plus d'être souvent en contact avec les séniors, il est important de souligner que la dénutrition chez les aînés est un problème préoccupant. Plusieurs études l'attestent comme celle réalisée par Nutri Action en Belgique en 2008, menée par des médecins. Cette étude démontre qu'à partir de 70 ans, une personne sur 10 souffre de dénutrition.

Dans cette partie contextuelle, nous avons l'intention de poser les bases de notre étude en abordant tout d'abord la notion de "personne âgée". Puis nous parlerons des chiffres alarmants relatifs à la dénutrition chez les personnes âgées.

1. La personne âgée

Définir ce qu'est une personne âgée est extrêmement difficile. En effet, il s'agit d'une population où résident d'importantes disparités.

Catégoriser une personne âgée par son âge est assez réducteur. Selon les différentes institutions, l'âge de la personne âgée diffère. L'Organisation Mondiale de la Santé retient par exemple un âge de 60 ou 65 ans et l'Union Européenne considère généralement les personnes âgées comme celles qui sont à la retraite ou qui se rapprochent de l'âge de la retraite.

La médecine considère qu'une personne est âgée lorsqu'elle a atteint un certain stade de vie caractérisé par des changements physiologiques et fonctionnels liés au vieillissement. Ces changements sont par exemple la diminution de la fonction cognitive, la perte de force musculaire, la diminution de la capacité visuelle ou auditive, et une plus grande vulnérabilité aux maladies chroniques. Nous pourrions aussi définir la personne âgée par son statut dans la société et sa position par rapport à d'autres groupes d'âge. Les personnes âgées sont généralement considérées comme ayant une expérience de vie plus longue et une sagesse accrue. Elles peuvent également bénéficier de droits et de protections spécifiques dans certains contextes sociaux. Les personnes âgées peuvent être définies par des critères légaux, tels que l'âge de la retraite, l'admissibilité à certains avantages sociaux ou la protection juridique spéciale accordée aux personnes âgées. Le vieillissement est un processus normal,

physiologique et universel. Il correspond à la modification et au ralentissement des fonctions de l'organisme. Il n'est pas uniforme pour tous les individus. L'âge auquel on considère qu'une personne est "vieille" varie donc en fonction de différents facteurs culturels, sociaux, individuels. Il est difficile de définir la personne âgée en fonction de l'âge, car cela peut être subjectif et dépendre des normes et des perceptions de chaque société ou individu. Souvent l'emploi de l'appellation, "personne âgée" indique que la personne est plus faible, fragilisée en santé ou économiquement isolée, qui a besoin d'une aide, de protection et dont l'apparence suffirait à être classée comme telle.

2. La dénutrition et ses chiffres

La dénutrition est un problème de santé majeur qui affecte de nombreuses personnes âgées à travers le monde. Elle est souvent sous-diagnostiquée et sous-traitée, mais ses conséquences peuvent être dévastatrices pour la santé et la qualité de vie des individus concernés. La dénutrition chez les personnes âgées est un état pathologique résultant d'un apport nutritionnel insuffisant par rapport aux besoins du corps. Elle est souvent associée à une diminution de l'appétit, des troubles de l'absorption des nutriments et des problèmes de santé sous-jacents. Dans une étude récente réalisée en Belgique auprès de 5.334 personnes âgées de plus de 70 ans dont 975 vivant à domicile, 16% étaient touchées par la dénutrition (IMC<20). Un risque de dénutrition (sur base de la version courte du Mini NutritionalAssessment (MNA-SF), voir plus loin) a été constaté dans 57% des cas. Un rapport du Conseil Européen mentionne des chiffres de prévalence de dénutrition de 8 à 19% chez les personnes âgées vivant à domicile et de 26 à 38% chez les personnes âgées vivant en institution.

Nous constatons par ces chiffres que la dénutrition est un problème fréquent chez la personne âgée, il semble que les personnes vivant en institution soient plus touchées.

L'Hôpital Erasme¹a fait le point sur la dénutrition en milieu hospitalier, voici les résultats de son enquête de novembre 2022 :

30 à 50 % des patients hospitalisés sont touchés par la dénutrition.

¹<https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/infos-pratiques/actualites/nutrition-day-2022#:~:text=30%20%C3%A0%2050%20%25%20des%20patients,enfants%2C%20adultes%2C%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es.>

En Belgique, 30 à 50% des patients qui franchissent le seuil de l'hôpital en sont atteints. Tous les âges sont concernés : enfants, adultes, personnes âgées.

Une étude plus ancienne, datant de 2008, réalisée en Belgique réalisée par NutriAction et qui avait pour but de dépister la dénutrition chez les personnes de plus de 70 ans sur tout le territoire Belge, révélait qu'une personne sur dix de plus de 70 ans était dénutrie et qu'en maison de repos, 6 personnes sur 10 présentaient un véritable risque de dénutrition.

Toujours selon cette étude :

Le risque de dénutrition est plus élevé dans les hôpitaux et les maisons de retraite qu'au domicile. Les femmes âgées sont plus concernées que les hommes du même âge. La proportion de personnes dénutries augmente avec l'âge, les personnes de plus de 90 ans présentent un risque accru de dénutrition.

Tous ces chiffres montrent que les personnes âgées sont particulièrement vulnérables à la dénutrition et qu'il semble que ce problème soit plus fréquent en institutions et en hôpital qu'à domicile. Nous verrons que les causes sont une combinaison de facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux propres à cette étape de la vie. Pour éviter la dénutrition des séniors, leur alimentation doit être adaptée à leurs besoins spécifiques, voire surveillée. Il est donc important que les professionnels de la santé, y compris les aides-soignants, soient conscients de cette faiblesse et essayent de mettre en place des mesures préventives et des interventions appropriées pour éviter la dénutrition chez les personnes âgées.

PARTIE CONCEPTUELLE

Dans cette partie théorique de notre travail, nous définirons la dénutrition et la malnutrition, nous examinerons les causes, les conséquences et les stratégies de prévention de la dénutrition chez les personnes âgées. Pour prévenir ou diagnostiquer la dénutrition, des échelles d'évaluation sont utilisées, nous développerons les deux les plus courantes. Nous mettrons également en évidence l'importance d'une prise de conscience et d'une intervention précoce pour améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées affectées par ce problème.

Commençons par définir la nutrition et l'alimentation.

1. La nutrition

1.1. Définition de la nutrition :

La nutrition est l'ensemble des processus à l'œuvre dans la transformation des aliments par l'organisme en vue de leur utilisation métabolique.

Donc la nutrition est une fonction assurant l'entretien de l'organisme, son maintien en vie et sa croissance en lui fournissant les matières indispensables ainsi que l'énergie dont il a besoin.

1.2. Différence entre alimentation et nutrition :

L'alimentation et la nutrition sont deux choses différentes, mais elles sont étroitement liées à la santé. L'alimentation se réfère à tout ce que nous mangeons et buvons chaque jour pour nous nourrir. Cela inclut une variété d'aliments tels que les fruits, les légumes, les céréales, les viandes, les produits laitiers, ... L'alimentation est essentielle pour fournir au corps l'énergie dont il a besoin pour fonctionner correctement et pour assurer les activités quotidiennes. Les aliments choisis par l'individu peuvent être délicieux et variés, et ils peuvent également refléter les préférences culturelles et personnelles.

Quant à la nutrition, elle concerne les nutriments que le corps tire des aliments consommés. Les nutriments sont les substances présentes dans les aliments qui apportent des éléments essentiels pour la santé, tels que les protéines, les lipides, les glucides, les vitamines, les minéraux, l'eau et les fibres. Chaque nutriment joue un rôle spécifique dans le fonctionnement du corps. Par exemple, les protéines aident à la croissance et à la réparation des tissus, les glucides fournissent de l'énergie, les lipides un rôle de stockage de l'énergie et un rôle structural, les fibres favorisent un bon transit intestinal, les vitamines et les minéraux

soutiennent diverses fonctions corporelles. L'alimentation équilibrée et variée permet donc une bonne nutrition. Et quand le corps reçoit les bons nutriments, il fonctionne bien. Pour résumer, l'alimentation concerne les aliments et la nutrition fait référence aux nutriments que le corps tire de ces aliments pour assurer son fonctionnement.

Voyons maintenant les rôles des aides-soignants face à l'alimentation et la nutrition au travers des Arrêtés Royaux.

1.3. Les Arrêtés Royaux concernant l'alimentation et la nutrition.

Selon l'arrêté Royal de 2019 des actes délégués infirmiers indiquent ce que l'AS est autorisé à faire pour aider les personnes à l'alimentation, nous vous les présentons :

- Observer et signaler les changements chez le patient/résident sur les plans physique, psychique et social dans le contexte des activités de la vie quotidienne (A.V.Q.).
- Informer et conseiller le patient/résident et sa famille conformément au plan de soins, relativement aux prestations techniques autorisées.
- Surveiller l'hydratation par voie orale du patient/résident et signaler les problèmes.
- Aide à l'alimentation et l'hydratation par voie orale du patient/résident. L'AS pourra aussi aider les personnes qui souffrent de problème de déglutition.
- Mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques, y compris la mesure de la glycémie par prélèvement sanguin capillaire. L'aide-soignant doit faire rapport de ces mesures dans les meilleurs délais et de manière précise à l'infirmier.

L'article de loi donne aussi quelques définitions intéressantes :

Denrées alimentaires destinées à une alimentation particulière: les denrées alimentaires qui, du fait de leur composition particulière ou du processus particulier de leur fabrication, se distinguent nettement des denrées alimentaires de consommation courante correspondantes, qui conviennent en outre à une alimentation particulière indiquée et qui sont commercialisées de manière à indiquer qu'elles répondent à cet objectif, à l'exclusion des eaux de boisson visées par la loi du 14 août 1933 concernant la production des eaux de boisson, modifiée par la loi du 24 janvier 1977.

Alimentation particulière: l'alimentation qui répond aux besoins nutritionnels particuliers: a) de certaines catégories de personnes dont le processus d'assimilation ou le métabolisme est perturbé, ou b) de certaines catégories de personnes qui se trouvent dans des conditions physiologiques particulières et qui, de ce fait, peuvent tirer des bénéfices particuliers d'une

ingestion contrôlée de certaines substances alimentaires dans les denrées alimentaires, ou c) des nourrissons ou enfants en bas âge en bonne santé.

Denrées alimentaires diététiques, denrées alimentaires de régime : les denrées alimentaires destinées à une alimentation particulière, visées au 2°, a) et b). 4° Denrées alimentaires pour nourrissons ou enfants en bas âge : les denrées alimentaires destinées à une alimentation particulière, visées au 2°, c).

1.4. Prise en charge nutritionnelle de la personne âgée.

La prise en charge de l'alimentation des personnes âgées est un aspect crucial du rôle de l'aide-soignant. Nous devons être capables d'évaluer les besoins nutritionnels spécifiques de chaque personne âgée en fonction de son état de santé, de ses préférences alimentaires et de ses restrictions éventuelles. L'alimentation fait partie des soins que l'aide-soignant donne. Dans les institutions, les repas rythment la vie des résidents qui, souvent, les attendent. Nous devons encourager le plaisir de manger et la convivialité lors des repas des personnes âgées. En collaboration avec les professionnels de la santé compétents tels que les diététiciens, les médecins, nous pouvons aider à planifier des repas équilibrés qui répondent aux besoins nutritionnels de la personne âgée.

Voici les conseils généraux pour l'alimentation équilibrée de la personne âgée² :

L'alimentation des aînés doit leur apporter suffisamment de protéines afin de préserver la masse musculaire. Chez les seniors, les besoins en protéines restent identiques à ceux des adultes jeunes et ont même tendance à augmenter avec l'âge. Encourager la consommation d'aliments sources de protéines constitue un défi de taille auprès de certains aînés, car en général, leur intérêt pour les aliments riches en protéines diminue. Pour les hommes et les femmes de plus de 70 ans, les experts recommandent une consommation minimale de 0,8 grammes de protéines par kilo de poids corporel et par jour. Les protéines seront apportées par : les viandes – toutefois la viande hachée sera limitée car elle contient beaucoup de lipides saturés mauvais pour la santé cardiovasculaire – les volailles, les poissons, les œufs, les légumineuses, les substituts de viande, le lait, les yaourts, les entremets lactés, les fromages. Notons que les céréales et les fruits à coque contiennent également des protéines. Ensuite, il faut veiller à varier les aliments sources de graisses afin d'équilibrer les apports en lipides de

² Voir annexe1

l'alimentation. Il n'est pas nécessaire de limiter les graisses de l'alimentation des aînés, car celles-ci donnent du goût et une consistance agréable aux aliments et favorisent fortement la prise alimentaire. Pour cela nous conseillons une alternance au menu des viandes plus grasses et des œufs avec des viandes maigres, volailles et poissons. Nous privilégions les poissons gras qui sont riches en oméga 3 et qui peuvent être facilement consommés. Des huiles variées sont proposées, crues en assaisonnement plutôt que pour la cuisson. Il est préférable d'alterner les charcuteries grasses et maigres. Les sauces et le beurre seront conservés dans les menus. Les viennoiseries, biscuits et pâtisseries seront tolérés malgré leur teneur élevée en sucre et leur contenu en acide gras trans³ à condition que ce soit en proportion raisonnable par rapport aux autres aliments, notamment aux fruits et légumes. L'énergie est principalement fournie par les aliments contenant des glucides. Leur alimentation doit contenir suffisamment de féculents qui apportent des glucides complexes comme l'amidon. Des féculents non raffinés sont proposés, comme le pain gris, les pâtes ou le riz complet. Des sucres simples sont apportés par les fruits et par les légumes. L'utilisation du sucre pour agrémenter les boissons chaudes ou pour la préparation de desserts ou collations est acceptée ; le sucre raffiné sera de préférence associé à d'autres nutriments (sucres lents, fibres, protéines ou graisses). Voici une liste d'aliments qui apportent les glucides : féculents salés, pain, pommes de terre et autres racines sous toutes leurs formes, pâtes, riz, et autres céréales comme le millet ou la quinoa... ; fruits frais, cuits, en compote, secs... ; collations sucrées, biscuits, pâtisseries, desserts... ; produits laitiers, chocolat chaud, yaourts, fromages blancs, entremets lactés comme la crème pudding, la semoule de riz, le riz au lait... Les personnes âgées ont également des besoins en calcium accrus par rapport aux adultes. Les menus proposés doivent contenir suffisamment d'aliments et de boissons riches en calcium, comme les produits laitiers et les fromages ainsi que les fruits secs comme les amandes et l'eau. D'une manière générale, de nombreux aliments contiennent de petites quantités de calcium et tous participeront aux apports. Il est possible de boire des eaux minérales riches en calcium. Les aliments qui apportent du calcium sont le lait et les produits à base de lait, yaourts, entremets lactés, sauces à base de lait ; les fromages sous toutes leurs formes, y compris les fromages

³ Acide gras trans : type d'acide gras qui peut être d'origine naturelle, industrielle ou se former lors du chauffage des aliments. Ils sont considérés comme néfastes car une consommation excessive d'acides gras trans est associée à une augmentation du risque cardiovasculaire.

incorporés dans des préparations telles que gratins, sauces, potages... ; les jus végétaux enrichis en calcium, eaux minérales riches en calcium. Combinée à une hydratation suffisante, une alimentation contenant suffisamment d'aliments sources de fibres favorisera un bon transit intestinal et contribuera à lutter contre la constipation. Les aliments riches en fibres sont les féculents non raffinés, pain gris ou complet, avoine, riz brun... ; les fruits et légumes ; les légumineuses, les fruits à coque... Il n'est pas nécessaire de réduire la teneur en sel dans l'alimentation des aînés, sauf prescription médicale, car le sel occupe une place centrale dans le goût des aliments. Dans le cas des patients dénutris, leurs goûts et envies primeront sur les critères de qualité nutritionnelle mais leur alimentation devra apporter de l'énergie (graisses et glucides) et des protéines en suffisance.

En plus de toutes ces recommandations, il est conseillé d'augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée, en fractionnant les repas, en s'assurant que la personne âgée consomme trois repas par jour et en proposant des collations entre les repas. Il est préférable d'éviter une période de jeûne nocturne trop longue de plus de 12 heures, en retardant l'horaire du repas du soir, en avançant l'horaire du petit déjeuner et/ou en proposant une collation. Les produits riches en énergie et/ou en protéines seront privilégiés. Il est recommandé d'adapter les menus aux goûts de la personne et adapter la texture des aliments à ses capacités de mastication et de déglutition. Si la personne a un handicap ou des difficultés pour se nourrir, une aide technique avec des couverts adaptés ou humaine sera organisée. Les repas de la personne âgée seront proposés dans un environnement agréable. Nous encourageons la prise des repas en salle à manger pour éviter l'isolement mais nous permettons aussi à ceux qui le souhaitent de manger en chambre. L'aide-soignant joue un rôle important pour favoriser une bonne nutrition de la personne âgée en s'assurant que tous ces points soient respectés. Nous développerons en pratique comment l'aide-soignant peut contribuer à maintenir un état nutritionnel de la personne âgée correct.

Il n'est pas toujours facile pour la personne âgée de conserver le plaisir de manger et de bouger. Le vieillissement et les problèmes de santé influent sur la façon de s'alimenter et favorisent l'apparition de la dénutrition.

2. La dénutrition

2.1. Définition de la dénutrition

La dénutrition est un état pathologique qui se caractérise par un déséquilibre de la balance énergétique, c'est-à-dire une insuffisance des apports au regard des besoins nutritionnels de l'organisme. Comme nous l'avons vu dans la partie contextuelle, les personnes âgées sont une population à risque de dénutrition ou de malnutrition. Pour différencier ces deux termes, nous pouvons dire que la malnutrition peut se définir comme l'ensemble des déficits d'apport, les alimentations non équilibrées et les apports nutritionnels excessifs. La malnutrition regroupe donc la dénutrition, la malnutrition en matière de vitamines et minéraux qui comprend la carence ou l'excès en micronutriments, le surpoids, l'obésité et les maladies liées aux déséquilibres de l'alimentation comme les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et certains cancers. La dénutrition est donc un cas particulier de malnutrition et concerne des carences en protéines et un manque d'énergie (kilocalories) dans l'alimentation. Ces nutriments jouent un rôle primordial pour le bon fonctionnement de l'organisme. Les protéines sont des macronutriments indispensables à la construction, au maintien et à la réparation des tissus corporels. Elles participent également au bon fonctionnement du système immunitaire et à la production d'hormones et d'enzymes. L'énergie, quant à elle, est nécessaire pour assurer toutes les fonctions vitales du corps comme la respiration, la digestion, la circulation sanguine, etc. ainsi qu'aux activités quotidiennes. Elle provient principalement des glucides, lipides et protéines ingérés. Ainsi, une alimentation protéino-énergétique désigne un apport suffisant en protéines et en énergie pour répondre aux besoins nutritionnels de l'individu et assurer son bien-être. La dénutrition peut être liée à un ou une association des facteurs suivants : Un déficit d'apport protéino-énergétique ; une augmentation des dépenses énergétiques totales ; une augmentation des pertes énergétiques et/ou protéiques.

En fonction de ces facteurs, nous pouvons classer la dénutrition de deux manières :

La dénutrition endogène :

Les besoins énergétiques de la personne dépassent largement ses apports, ce qui est lié à un hyper catabolisme, c'est-à-dire une dégradation excessive des protéines, lipides et glucides dans l'organisme, sans être compensée par l'alimentation. Cela occasionne immédiatement

une augmentation des dépenses énergétiques quotidiennes. Étant donné que l'apport alimentaire reste inchangé, les besoins énergétiques de la personne deviennent trop importants par rapport à ses apports. Cette situation d'hyper catabolisme peut se produire lors d'un syndrome inflammatoire, une malabsorption⁴, un cancer, une grande brûlure ...

La dénutrition exogène :

Les apports énergétiques sont trop faibles au regard des besoins de la personne car celle-ci diminue sa consommation alimentaire. Chez les personnes âgées, de nombreux facteurs sociaux, psychologiques et physiologiques peuvent conduire à une insuffisance d'apports.

2.2. Causes et facteurs de la dénutrition

Chez les personnes âgées, de nombreux facteurs peuvent être à l'origine d'une malnutrition protéino-énergétique. Ces situations sont classées en neuf catégories : socio-environnementales, les troubles bucco-dentaires, les troubles de la déglutition, les troubles psychiatriques, les troubles neurologiques, les traitements médicamenteux au long cours, toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique, la dépendance pour les actes de la vie quotidienne, et les régimes restrictifs.

Socio-environnementaux : Les facteurs socio-environnementaux peuvent être impliqués dans la survenue de la dénutrition chez la personne âgée. C'est le cas, par exemple, de l'isolement social. L'isolement social peut toucher des individus de tout âge. Cependant, la proportion augmente avec l'âge. En effet, on estime qu'une personne âgée sur quatre en souffre. Les personnes âgées sont plus touchées. Quand une personne est isolée, elle perd confiance en elle, et peut devenir dépressive. L'alimentation peut diminuer en quantité. Le patient peut aussi rentrer dans une forme de monotonie de ses apports alimentaires, ce qui induit une baisse de la qualité des plats. En cas de deuil, lorsque la personne âgée perd un proche, souvent elle se replie sur elle-même, et peut se négliger. Son alimentation peut donc en pâtir. Enfin, les modifications d'environnement et des habitudes de vie peuvent avoir un impact négatif sur les apports caloriques de la personne âgée. Le changement de lieu d'habitation comme l'entrée en maison de repos, ou de repos et de soins (MR/MRS).

⁴L'apport calorique est adéquat, mais les nutriments ne sont pas correctement absorbés par l'intestin grêle à cause d'une altération de la muqueuse digestive, d'un déficit d'enzymes digestives ou un excès d'acidité gastrique par exemple

Troubles bucco-dentaires : Pour pouvoir s'alimenter convenablement, il est important d'avoir une dentition et une cavité buccale en bon état. En effet, la cavité bucco-dentaire correspond à la porte d'entrée de l'alimentation. Lorsque le patient met les aliments dans sa bouche, le premier élément de la digestion se met immédiatement en place : c'est la mastication. Les problèmes bucco-dentaires tels que les caries, les infections des gencives, les douleurs dentaires ou les prothèses mal ajustées peuvent rendre la mastication et la déglutition difficiles et douloureuses. Ces problèmes peuvent conduire à une réticence à manger ou à une limitation des types d'aliments consommés, ce qui peut occasionner une réduction de l'apport alimentaire.

Troubles de la déglutition ou dysphagie : Les personnes atteintes de troubles de la déglutition peuvent rencontrer des difficultés à avaler les aliments solides et/ou liquides. Elles pourront ne plus vouloir manger, par peur de s'étouffer. Ces troubles peuvent augmenter le risque de fausse route, c'est-à-dire le passage accidentel de la nourriture ou des liquides dans les voies respiratoires plutôt que dans l'œsophage, et engendrer des complications respiratoires telles que des infections pulmonaires. Alors la santé générale peut être affectée ce qui risque de contribuer à la dénutrition. Les personnes qui souffrent de troubles de la déglutition peuvent avoir besoin de repas adaptés dans la texture ou la consistance des aliments pour les rendre plus faciles à avaler et à digérer. Parfois ces textures modifiées limitent les choix alimentaires, réduisent la variété des nutriments consommés, l'alimentation devient monotone, ce qui peut conduire à une dénutrition.

La dépression : La dénutrition et la dépression sont souvent étroitement liées et peuvent interagir de manière complexe.

La dépression peut entraîner la dénutrition : La dépression peut avoir un impact sur l'appétit, la motivation et les habitudes alimentaires. Certaines personnes atteintes de dépression peuvent perdre l'appétit, rencontrer des difficultés à se nourrir correctement ou avoir une préférence pour des aliments moins nutritifs. Alors une dénutrition progressive peut s'installer. Mais nous pouvons aussi constater que la dénutrition peut contribuer à la dépression, une carence nutritionnelle significative peut affecter le fonctionnement du cerveau et déséquilibrer les neurotransmetteurs impliqués dans la régulation de l'humeur, tels que la sérotonine. Le risque de développer des symptômes dépressifs est alors augmenté ou une dépression existante peut s'aggraver.

C'est donc un cercle vicieux dénutrition-dépression car la dénutrition et la dépression peuvent s'autoalimenter. La dénutrition peut aggraver les symptômes dépressifs, tandis que la dépression peut entraver la capacité à se nourrir de manière adéquate.

Troubles neurologiques : comme la maladie d'Alzheimer, les démences séniles et la maladie de Parkinson. Ces pathologies entraînent souvent une dépression pour le patient, ainsi qu'une perte de l'appétit. Les troubles cognitifs et moteurs empêchent le patient de s'alimenter facilement. En effet, le processus de déglutition peut être modifié par exemple. De plus, les dépenses caloriques peuvent augmenter à cause des déambulations. Tous ces facteurs peuvent causer la dénutrition.

Traitements médicamenteux au long cours : L'augmentation de l'espérance de vie a pour conséquence l'accroissement des patients avec plusieurs pathologies qui prennent beaucoup de médicaments. Certains médicaments peuvent provoquer des effets secondaires tels que la perte d'appétit, des nausées, des troubles digestifs ou l'altération du goût. Ces effets indésirables peuvent mener à une diminution de l'apport alimentaire. D'autres peuvent affecter l'appétit, les préférences alimentaires ou les habitudes alimentaires, entraînant une modification des choix alimentaires et potentiellement une dénutrition.

Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique : Certaines pathologies sont directement associées à la dénutrition. C'est le cas par exemple avec les escarres. Les escarres correspondent à une lésion ischémique du tissu cutané et sous-cutané, induite par la compression de ce tissu mou entre les os et un plan dur. Les escarres se retrouvent essentiellement aux talons, au sacrum, et à l'occiput. Il s'agit des zones où la compression avec le plan dur est la plus forte. Il y a plusieurs stades pour les escarres. Tout d'abord, au niveau de la zone de compression, un érythème apparaît sur l'épiderme. Avec le temps, la lésion s'étend au derme en formant une ampoule : la phlyctène. Ensuite, la nécrose atteint l'hypoderme pour donner l'escarre. Sans traitement, l'escarre provoquera une ulcération des muscles, des tendons et des os. Un patient dénutri ne sera plus à même de développer des lésions cutanées. Cela est dû à la perte de masse maigre et de masse grasse. De plus, la peau devient plus fine et fragile avec l'âge. Le tissu cutané est alors plus étroitement comprimé entre les os et le plan dur. Un patient dénutri aura donc plus de risques de souffrir d'escarres.

Mais ici aussi c'est un cercle vicieux car les apports alimentaires faibles, une hypo albuminémie⁵ et un Indice de Masse Corporelle bas, qui sont des symptômes de la dénutrition apparaissent comme des facteurs de risque dans la survenue des escarres.

Dépendance pour les actes de la vie quotidienne : La dépendance se traduit par la perte d'autonomie du patient. Cette perte d'autonomie va faire que le patient pourra rencontrer des difficultés à faire ses courses, à cuisiner ou à se procurer des aliments nutritifs. Cela peut conduire à une dépendance à l'égard d'aliments prêts à consommer, souvent moins nutritifs, ou à une réduction de la variété alimentaire. La perte d'autonomie favorise des problèmes de mobilité, des troubles de la coordination ou des limitations physiques qui rendent la mastication et la déglutition difficiles. Il est possible que cela conduise à de la réticence à manger, à des repas plus lents ou à des difficultés à consommer des aliments solides. La personne âgée risque alors de diminuer ses apports alimentaires. La perte d'autonomie peut conduire à un isolement social, qui peut affecter l'appétit et l'intérêt pour la préparation et la consommation de repas, ce qui peut contribuer à une dénutrition.

Régimes restrictifs : dans de nombreuses pathologies, la prise en charge du patient commence par des mesures hygiéno-diététiques. Il existe donc de nombreux régimes en fonction de la maladie du patient. Les régimes font partie de la thérapie, et doivent être respectés lorsqu'ils sont prescrits. Cependant, certains patients ne sont pas observant, ou utilisent des régimes trop stricts, en bannissant certaines denrées de leur alimentation. Cela est d'autant plus le cas avec les régimes auto-prescrits. Pour une personne âgée, les régimes sont donc à surveiller précautionneusement. Par leur fragilité, les carences peuvent s'installer rapidement et causer des conséquences néfastes surtout si le régime est trop restrictif comme dans le cas des régimes sans sel, amaigrissant, diabétique...

2.3. Signes et symptômes de la dénutrition

Le soignant ou l'entourage peut observer plusieurs signes et symptômes qui peuvent indiquer qu'une personne est dénutrie.

⁵Avoir un taux d'albumine faible ou anormalement bas dans le sang est le signe d'une hypo albuminémie ou d'albuminémie. Cela signifie un déficit de cette protéine dans la circulation sanguine

Perte de poids et amaigrissement :

Le signe le plus significatif est une perte de poids importante et involontaire mais il faut être attentif car une perte de poids peut traduire aussi bien une perte de masse musculaire involontaire qu'une perte volontaire de masse grasse au cours d'un régime amaigrissant quand une personne obèse perd du poids par exemple. Les œdèmes et la déshydratation peuvent masquer ou accentuer une perte de poids. Dans certains cas, les personnes atteintes de dénutrition peuvent présenter des œdèmes car la dénutrition cause une diminution de la production d'albumine, une protéine sérique importante qui maintient la pression osmotique dans les vaisseaux sanguins. Lorsque la concentration d'albumine est réduite, il y a une fuite de liquide des vaisseaux sanguins vers les tissus environnants, et les œdèmes se forment. Ces œdèmes peuvent aussi masquer la dénutrition car ils provoquent une augmentation de poids due à la rétention d'eau, cela peut donner l'impression que la personne est bien nourrie, alors qu'en réalité, elle souffre d'une carence en nutriments essentiels. La déshydratation et la dénutrition sont des conditions distinctes mais la déshydratation peut affecter la digestion et l'absorption des nutriments. L'eau est nécessaire pour digérer les aliments et pour transporter les nutriments à travers le système digestif. Lorsque le corps est déshydraté, la digestion peut être perturbée, entraînant une diminution de l'absorption des nutriments essentiels tels que les glucides, les protéines, les lipides, les vitamines et les minéraux. En plus la déshydratation favorise la perte d'appétit, donc la personne âgée mangera moins. Nous constatons donc que la diminution de l'apport alimentaire associée à la diminution de l'absorption des nutriments peut entraîner la dénutrition. Certaines conséquences de la déshydratation sont une baisse d'énergie, de la fatigue, une sensation de faiblesse générale, une tension artérielle faible, la personne éprouvera alors plus de difficultés pour préparer ses repas ou les consommer. Des troubles cognitifs peuvent apparaître et le sénior risque d'oublier de manger. La constipation engendrée par le manque d'apport en liquide peut occasionner des douleurs et la perte d'appétit ... C'est pourquoi la déshydratation peut masquer une dénutrition ou y être associée.

Voici comment interpréter une perte de poids :

Une perte inférieure à 5% est considérée comme faible mais une perte de 5% est significative si elle se produit en moins de 3 mois.

Une perte de poids de 10% en 6 mois est significative.

Une perte supérieure à 10% en 6 mois est potentiellement grave.

Mesure de l'I.M.C. (Indice de masse corporelle)

L'indice de masse corporelle (I.M.C) est un outil couramment utilisé pour évaluer le poids corporel d'une personne en fonction de sa taille. L'I.M.C. est un coefficient calculé en divisant le poids de la personne (exprimé en kilogrammes) par sa taille (exprimée en mètres) élevée au carré. Ce coefficient permet d'évaluer l'adéquation du poids par rapport à la taille.

$$\text{Voici la formule : } IMC = \frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m)}^2}$$

Cependant, chez les personnes de plus de 70 ans, l'IMC peut ne pas être le meilleur indicateur pour évaluer l'état nutritionnel car en vieillissant, la composition corporelle peut changer, avec une diminution de la masse musculaire et une augmentation de la masse grasse. Par conséquent, l'IMC seul peut ne pas refléter de manière précise l'état nutritionnel d'une personne âgée même s'il est toujours pris en compte. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) on observe des risques de dénutrition lorsque l'IMC est inférieur à 18.5 pour un adulte et 21 pour les séniors. Chez la personne de plus de 70 ans, une valeur d'IMC inférieure à 18 suffit à elle seule à qualifier une dénutrition sévère. Cette perte de poids s'accompagne d'une fonte musculaire ou sarcopénie.⁶ Dès 50 ans, la masse et la force musculaires diminuent de manière significative. Au-delà d'un certain seuil, ce phénomène est appelé sarcopénie. Celle-ci retentit sur les performances physiques, favorise les troubles de la marche et constitue un facteur de fragilité chez les personnes âgées. La dénutrition peut également favoriser ou aggraver cette fonte musculaire ou sarcopénie car l'alimentation n'apporte plus assez de protéines. Pour dépister la sarcopénie des tests cliniques simples, comme la vitesse de marche, le temps de montée de marches d'escalier, le temps de réalisation d'un transfert assis-debout, la force de préhension ou d'extension et de flexion des genoux sont utilisés. Les techniques de mesure de la masse musculaire sont moins fréquemment utilisées en pratique courante. Cette perte de poids et fonte musculaire vont entraîner fatigue et faiblesse. Nous pouvons l'observer car la personne éprouvera des difficultés pour accomplir les activités quotidiennes et paraîtra épuisée. Pourtant, conserver une activité physique régulière favorise le bien-être, améliore la santé et préserve l'autonomie. Elle permet d'entretenir ou de développer les muscles et ainsi de diminuer le

⁶ Sarcopénie : baisse progressive et généralisée de la masse musculaire, de la force et de la performance physique pour des patients âgés.

risque d'une chute. Lorsque la personne craint de tomber ou est fatiguée, elle n'ose plus bouger et aura de plus en plus de mal à se déplacer.

Perte d'appétit ou anorexie

L'appétit se caractérise par le désir de manger ou de consommer de la nourriture. C'est un mécanisme naturel régulé par des signaux internes et externes qui influencent l'envie de manger. Ces signaux peuvent être déclenchés par des facteurs physiologiques tels que l'horloge biologique, les hormones et le taux de glucose dans le sang, mais aussi par des facteurs psychologiques tels que les émotions, le stress, les habitudes alimentaires et les associations culturelles. Un des signes de la dénutrition chez la personne âgée est la perte d'appétit également connue sous le nom d'anorexie dans le sens médical. C'est le phénomène opposé à l'appétit. Nous pouvons l'observer lorsque l'envie ou le désir de manger diminue ou disparaît complètement. La perte d'appétit peut être causée par divers facteurs, tels que des problèmes de santé sous-jacents, des infections, des maladies digestives, des troubles mentaux tels que la dépression, des effets secondaires de médicaments, des traitements médicaux tels que la chimiothérapie, des troubles alimentaires, ou encore des facteurs de stress émotionnel ou physique. Le soignant surveillera donc la prise alimentaire si la personne âgée suit un régime, qu'il soit prescrit par un médecin ou qu'elle le fasse d'elle-même. Si la personne mange moins depuis plus de trois jours et si elle ne consomme plus ou peu certains aliments tels que la viande, les légumes, les fruits, les produits laitiers... il le signalera rapidement à l'équipe.

Asthénie :

La personne fatiguée aura tendance à se laisser aller et n'aura plus la force de s'alimenter.

Autres signes :

La peau peut être affectée, elle devient sèche, fragile, fine ou présente des lésions cutanées telles que des escarres. Parfois une personne dénutrie peut présenter des troubles cognitifs tels que des problèmes de concentration, de mémoire ou de confusion. La dénutrition peut favoriser des troubles digestifs tels que des nausées, des vomissements, des diarrhées ou une diminution de la tolérance aux aliments.

En tant qu'aides-soignants qui accompagnent les personnes dans les actes de la vie quotidienne, nous devons donc être alertés par les 3 A : Anorexie, Asthénie, Amaigrissement.

2.4. Les grilles d'évaluation de la dénutrition

Le corps médical peut utiliser des grilles d'évaluation de la dénutrition. Il en existe plusieurs : Mini Nutritional Assessment (MNA[®]) : est l'une des grilles d'évaluation les plus utilisées pour la dénutrition chez les personnes âgées. Elle comprend une série de questions sur l'état nutritionnel, la perte de poids récente, l'apport alimentaire, la mobilité, les problèmes de santé et l'indice de masse corporelle (IMC).

Subjective Global Assessment (SGA[®]) : Cette grille d'évaluation utilise une combinaison de données subjectives (telles que les changements de poids, l'appétit, les symptômes gastro-intestinaux, etc.) et objectives (comme l'examen physique, les marqueurs biochimiques, etc.) pour évaluer l'état nutritionnel global d'un patient.

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) : évalue le risque de dénutrition chez les adultes. Il prend en compte l'indice de masse corporelle, la perte de poids involontaire récente et l'impact de la maladie sur l'apport alimentaire.

Nutritional Risk Screening (NRS 2002) : Cette grille d'évaluation est utilisée pour identifier les patients hospitalisés qui sont à risque de dénutrition. Elle évalue l'apport nutritionnel, la perte de poids, l'indice de masse corporelle, l'état de santé et l'âge du patient.

Nous développerons plus les deux premières MNA[®] et SGA[®] qui sont les plus utilisées pour évaluer la dénutrition de la personne âgée ou de l'adulte.

MNA^{®7}

La grille MNA[®] est largement utilisée pour évaluer l'état nutritionnel et le risque de dénutrition chez les personnes âgées. Elle a été développée par Nestlé et est largement reconnue et validée dans le domaine médical. Elle permet de détecter les signes précoces de dénutrition, ce qui peut aider à prendre des mesures préventives et à mettre en place des interventions nutritionnelles appropriées pour maintenir ou améliorer l'état nutritionnel des personnes évaluées. Sa première partie se compose de six questions fermées relatives à la présence d'une perte d'appétit, d'une perte de poids récente, d'un problème de mobilité, la survenue de maladie ou de stress, l'existence de problèmes neurologiques. Le questionnaire se termine

⁷ Voir annexe 2

par un relevé de l'I.M.C. de la personne. Un score est ensuite calculé à partir des différentes réponses. S'il est inférieur à 12, il est recommandé de compléter la deuxième partie du test qui permettra de mettre en évidence un risque de dénutrition ou une dénutrition installée. Si avec le test MNA® un risque de dénutrition est détecté alors un médecin ou un infirmier ou un diététicien effectuera ensuite le Subjective Global Assessment (SGA).

La grille SGA®⁸

Cette grille permet d'évaluer l'état nutritionnel et la dénutrition chez les patients adultes, quelque soit leur âge. La grille SGA® se concentre plus sur une évaluation subjective de l'état nutritionnel du patient, effectuée par un professionnel de la santé. Elle se compose d'une partie subjective et d'une partie objective.

Partie subjective :

Le personnel de soin recueille des informations sur les antécédents médicaux et les symptômes du patient, comme la perte de poids involontaire, les changements de l'appétit, les troubles digestifs, la présence de douleurs, ... Les informations recueillies permettent d'évaluer les facteurs contribuant à la dénutrition, comme les troubles gastro-intestinaux, les conditions médicales sous-jacentes, les interventions chirurgicales récentes, ... Il peut aussi poser des questions sur l'apport alimentaire, les habitudes alimentaires, les allergies alimentaires ...

Partie objective :

Le personnel de soin effectue un examen physique qui inclut des mesures comme le poids, la taille, la perte de poids récente, l'atrophie musculaire, la diminution de la masse grasseuse, la présence de déshydratation, ... Des examens complémentaires tels que des analyses sanguines peuvent également être utilisés pour obtenir des informations supplémentaires sur l'état nutritionnel du patient.

Une fois que toutes les informations subjectives et objectives sont recueillies, le soignant classe le patient dans l'une des trois catégories suivantes :

- Bien nourri : aucun signe de dénutrition.
- Risque de dénutrition : des signes précoces de dénutrition sont présents, mais le patient n'est pas encore considéré comme dénutri.

⁸ Voir annexe 3

- Dénutrition avérée : des signes évidents de dénutrition sont présents, tels que la perte de poids importante, la fonte musculaire, etc.

Il est important de noter que la grille SGA est principalement une évaluation subjective et qu'elle doit être utilisée en complément d'autres évaluations et examens médicaux pour obtenir une évaluation nutritionnelle complète et précise.

En résumé au niveau clinique voici les critères d'évaluation de la dénutrition de la personne âgée :

Dénutrition	Dénutrition sévère
Perte de poids de plus de 5% en 1 mois ou perte de poids de plus de 10% en 6 mois IMC compris entre 19 et 21 ($19 < \text{IMC} < 21$) Albuminémie inférieure à 35 g/L MNA global inférieur à 17/30	Perte de poids de plus de 10% en 1 mois ou perte de poids de plus de 15% en 6 mois IMC inférieur à 20 mais un IMC inférieur à 18 seul indique la dénutrition sévère. Albuminémie inférieure à 30g/L

L'albuminémie, taux d'albumine dans le sang, n'est pas un critère du diagnostic mais un critère de sévérité de la dénutrition.

2.5. Conséquences et spirale de la dénutrition

Comme déjà mentionné, la dénutrition mène souvent à une perte de poids importante, une diminution de la masse musculaire et de la graisse corporelle qui peuvent affaiblir le corps et augmenter le risque de complications médicales.

Si la dénutrition n'est pas dépistée et prise en charge rapidement, elle provoque une série de conséquences, d'où la "spirale de la dénutrition"⁹. Nous pouvons observer dans cette spirale que la dénutrition initiale provoque des conséquences qui, à leur tour, aggravent l'état de dénutrition. Cette spirale peut être difficile à briser et peut conduire à une détérioration progressive de la santé de l'individu.

Voici les étapes :

⁹ Voir annexe 4

La dénutrition commence souvent par un apport insuffisant de protéines et d'énergie dû à des facteurs tels qu'une mauvaise alimentation, une réduction de l'appétit, des problèmes de digestion ou d'absorption des nutriments, des troubles alimentaires ou des maladies qui augmentent les besoins nutritionnels. En raison d'un apport nutritionnel insuffisant, l'organisme commence à puiser dans ses réserves de graisse et de muscle pour compenser les carences. Nous observons alors une perte de poids, et une diminution de la masse musculaire. L'affaiblissement musculaire peut limiter la capacité de l'individu à se déplacer et à s'engager dans des activités physiques, la dépense énergétique diminue et la masse musculaire s'amenuise, ce qui aggrave encore la dénutrition et la perte de poids. La fonte musculaire va atteindre tous les muscles longs, y compris le diaphragme qui peut perdre 30% de sa masse et aura de la peine à se mobiliser avec pour conséquence possible une augmentation des pneumopathies, en particulier en postopératoire. La fonte musculaire des jambes entraîne une diminution de l'équilibre, augmentant ainsi les risques de chute. Cette situation peut conduire à une plus grande dépendance ou à une immobilisation, favorisant ainsi l'apparition d'escarres. La dénutrition affaiblit le système immunitaire, les personnes seront plus vulnérables aux infections, aux maladies et aux complications médicales. Les infections peuvent conduire à une augmentation de la dépense énergétique et à des pertes supplémentaires de nutriments, aggravant ainsi l'état de dénutrition. Les infections les plus courantes sont les infections urinaires. Selon le Dr Monique Ferry, Inserm, Université de Paris, Paris-Descartes, 40% des personnes âgées hospitalisées le sont pour une conséquence de la dénutrition, car lorsque le système immunitaire est affaibli, les bactéries présentes dans l'urine peuvent se multiplier plus facilement et provoquer une infection urinaire. La dénutrition peut aussi affecter la fonction gastro-intestinale, entraînant des problèmes digestifs tels que des nausées, des vomissements, des diarrhées ou une diminution de l'absorption des nutriments. Ces problèmes digestifs aggravent la dénutrition en limitant encore plus l'apport nutritionnel. Une carence en nutriments essentiels peut affecter le fonctionnement du cerveau, entraînant des troubles cognitifs tels que des problèmes de concentration, de mémoire et de prise de décision. Cela peut également affecter l'humeur et provoquer de l'irritabilité et de la dépression, ce qui peut à son tour réduire l'appétit.

La dénutrition affaiblit le corps et augmente le risque de complications médicales telles que les infections, les troubles cardiovasculaires, les troubles métaboliques, les troubles osseux, les troubles de la cicatrisation, ... Ces complications peuvent nécessiter des traitements

médicaux supplémentaires, rendre la personne encore plus fragile et susceptible de rester alitée. En plus cela occasionne une augmentation des besoins nutritionnels.

La dénutrition conduit à un état grabataire c'est-à-dire incapable de se lever ou de se déplacer de manière autonome, en raison de la faiblesse musculaire, de la fonte musculaire et de la diminution de la fonction immunitaire qui en résultent.

2.6. Traitements et prise en charge de la dénutrition

2.6.1. Prise en charge générale

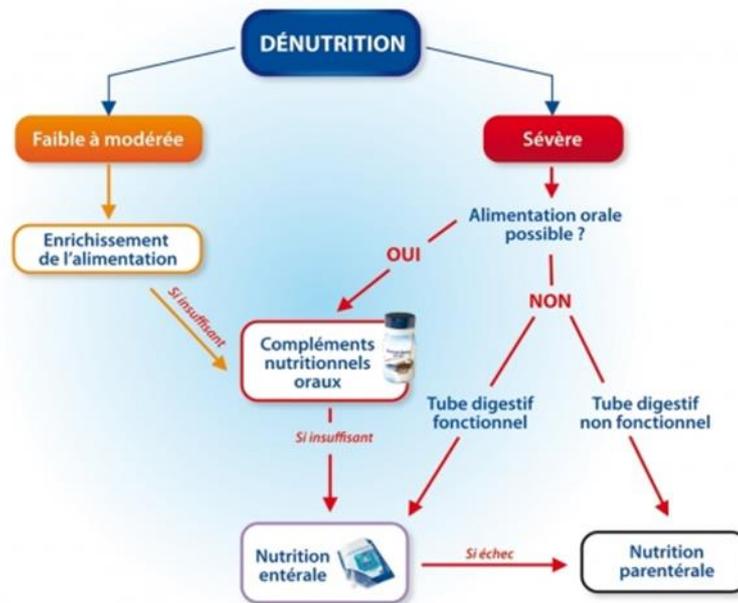
La prise en charge d'une personne dénutrie comprend plusieurs aspects importants. Si le soignant ou l'entourage suspecte une dénutrition, la première chose à faire est de consulter un médecin pour évaluer l'état nutritionnel et identifier les causes sous-jacentes de la dénutrition. Un examen physique approfondi, des analyses de sang et d'autres tests peuvent être nécessaires pour évaluer l'état de santé global de la personne. Le médecin ou le diététicien, peuvent ensuite aider à élaborer un plan alimentaire adapté aux besoins spécifiques de la personne dénutrie. L'alimentation sera équilibrée, comprenant une variété d'aliments riches en nutriments, tels que des protéines, des glucides, des lipides, des vitamines et des minéraux. Des suppléments nutritionnels peuvent également être recommandés si nécessaire. L'évolution de l'état nutritionnel de la personne sera suivie régulièrement. On vérifiera la prise de poids, la composition corporelle et les niveaux de nutriments dans le sang. Des visites de suivi régulières avec un professionnel de la santé sont nécessaires pour ajuster le plan alimentaire et les interventions en fonction des progrès réalisés.

Un soutien psychologique peut être proposé car la dénutrition entraîne parfois des répercussions sur la santé mentale et émotionnelle de la personne. Cette aide peut être nécessaire pour aider la personne à faire face aux problèmes émotionnels liés à la dénutrition et à maintenir la motivation pour suivre le plan de prise en charge. Si la dénutrition est causée par une maladie ou un trouble médical sous-jacent, il est important de traiter cette pathologie en même temps. Cela peut impliquer une prise en charge médicale appropriée, des médicaments, des interventions chirurgicales ou d'autres traitements selon la situation. L'entourage de la personne dénutrie joue un rôle crucial dans sa prise en charge. Un soutien social, tel que l'aide à la préparation des repas, le partage de repas en famille ou avec des amis, peut aider la personne à accepter les recommandations alimentaires et à favoriser un environnement favorable à la récupération.

2.6.2. Les recommandations nutritionnelles

La prise en charge d'une dénutrition dépend de la gravité de celle-ci et de la capacité du patient à pouvoir s'alimenter par voie orale.

Voici un schéma proposé par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui donne des indications sur la prise en charge nutritionnelle d'une personne dénutrie en fonction de la gravité de la situation.



La prise en charge nutritionnelle orale de la personne dénutrie

La prise en charge nutritionnelle a pour objectif une augmentation des apports alimentaires en protéines et en énergie chez une personne qui a peu d'appétit. Nous avons vu que l'alimentation de la personne âgée doit être équilibrée, comprenant une variété d'aliments riches en nutriments, tels que des protéines, des glucides, des lipides, des fibres, des vitamines et des minéraux. Le soignant vérifiera d'abord que la personne mange de façon équilibrée. Ensuite, l'alimentation sera enrichie, l'objectif est d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume. Elle consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits, tels que de la poudre de lait, du lait concentré entier, du fromage râpé, des œufs, de la crème fraîche, du beurre fondu, de l'huile ou des poudres de protéines industrielles. Il est également possible d'utiliser des pâtes, des semoules, des yaourts, fromages blancs... enrichis en protéines que l'on trouve dans le commerce.

Pour les personnes ayant besoin d'une texture mixée, il existe des repas complets hyperprotidiques mixés en poudre ou « prêts à l'emploi »¹⁰.

Si l'enrichissement de l'alimentation de manière naturelle n'est pas suffisant les compléments nutritionnels oraux¹¹ (C.N.O.) seront prescrits. Il existe des compléments nutritionnels oraux hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques, de goûts variés, avec ou sans lactose et de différentes textures (liquide, crème, etc.). Plusieurs types de produits sont disponibles : desserts lactés, potages, repas complets, jus de fruits, ... Les C.N.O. peuvent être pris lors de collations ou pendant les repas. Lorsqu'ils sont prévus au moment des repas, ils doivent être pris en plus des repas et non à la place des repas. Lorsqu'ils sont prévus au moment d'une collation, il est recommandé de les proposer environ deux heures avant ou après un repas pour préserver l'appétit au moment du repas. En aucun cas, les compléments nutritionnels oraux ne doivent remplacer l'alimentation habituelle du patient. Les compléments nutritionnels oraux se présentent sous différentes formes et se déclinent en une grande variété d'arômes et de textures, permettant ainsi d'éviter la lassitude, de favoriser l'observance et d'adapter la prescription aux besoins du patient.

En cas de dénutrition sévère, les C.N.O. seront d'office utilisés.

L'alimentation entérale

La nutrition entérale est indiquée lorsque l'alimentation par la bouche devient difficile, insuffisante, ou impossible. Le médecin peut proposer la mise en route d'une nutrition entérale qui consiste en la pose d'une sonde dans l'estomac par le nez (sonde nasogastrique) ou directement par la paroi abdominale (gastrotomie). Par cette sonde, on donne l'alimentation nécessaire pour assurer les besoins quotidiens du patient en supplément ou en remplacement des apports par la bouche. Cette alimentation reste naturelle puisqu'elle utilise le système digestif. L'alimentation entérale permet de lutter contre la dénutrition, la perte de poids, la déshydratation et les carences nutritionnelles susceptibles de compliquer l'état général du patient. Il est recommandé que la nutrition entérale soit débutée au cours d'une hospitalisation d'au moins quelques jours pour la mise en place de la sonde, l'évaluation de la tolérance, si possible l'éducation du patient et de façon systématique l'éducation de son

¹⁰ Voir annexe 5

¹¹ Voir annexe 6

entourage. En l'absence de complication, la nutrition entérale peut ensuite être poursuivie à domicile.

L'alimentation parentérale

L'alimentation parentérale est une technique d'alimentation artificielle qui consiste à injecter les nutriments nécessaires à l'organisme par la veine à l'aide d'un cathéter, d'une voie centrale ou d'un port-à-cath. Elle est mise en place quand l'alimentation orale et l'alimentation entérale ne sont plus possibles ou insuffisantes. C'est une technique qui n'utilise pas le système digestif mais le système vasculaire. Elle concerne les malades ayant temporairement ou définitivement un tube digestif bloqué ou en dysfonctionnement majeur.

Nous venons de voir que la dénutrition est un problème de santé sérieux et répandu plus particulièrement chez la personne âgée. Elle résulte d'une carence nutritionnelle due à une consommation insuffisante d'énergie et de protéines. Dans cette partie théorique, nous avons exploré les différentes causes de la dénutrition, telles que la perte d'appétit, les troubles digestifs, les maladies sous-jacentes, les facteurs psychologiques et les effets secondaires de certains traitements médicaux. Nous avons compris que la dénutrition peut générer des conséquences graves sur la santé physique et mentale d'une personne. Les carences en nutriments peuvent affaiblir le système immunitaire, augmenter le risque d'infections, avec pour conséquences une perte de poids rapide, une fatigue excessive et un affaiblissement général de l'organisme. Nous avons aussi abordé l'importance de l'alimentation équilibrée et enrichie de manière naturelle ou avec l'utilisation des compléments nutritionnels oraux. Il est donc important pour un aide-soignant de reconnaître les signes de dénutrition car une intervention précoce peut prévenir les complications graves associées à la dénutrition.

PARTIE PRATIQUE

Dans ce chapitre, nous explorerons les responsabilités et les compétences spécifiques dont les aides-soignants doivent faire preuve pour faire face à la dénutrition chez les personnes âgées. Nous aborderons les différentes approches pour évaluer l'état nutritionnel des patients, ainsi que les stratégies d'accompagnement et de soutien visant à améliorer leur alimentation. Enfin, nous examinerons l'importance du travail en équipe multidisciplinaire pour assurer une prise en charge globale et adaptée aux besoins individuels des personnes âgées souffrant de dénutrition.

1. Observation et surveillance de la personne âgée dénutrie

L'aide-soignant observe régulièrement les personnes âgées, il est proche d'eux lors des soins, c'est pour cela qu'il peut repérer rapidement les changements dans leur état nutritionnel et alerter les professionnels de santé compétents (infirmier, diététicien, médecin) qui pourront adapter le régime alimentaire.

Le diagnostic précoce de la dénutrition est essentiel pour que le patient soit pris en charge le plus rapidement possible. Les observations des personnes âgées ou malades par les aides-soignants jouent un rôle essentiel dans la prévention de la dénutrition.

Normalement, lors de l'entrée d'un patient en maison de repos ou en hôpital, une anamnèse est réalisée. L'infirmier référent établit un rapport avec un bilan détaillé de la personne qui permet à l'aide-soignant de savoir si cette personne a besoin d'aide pendant les repas, si elle doit suivre un régime et si elle est dénutrie.

L'aide-soignant doit être attentif aux signes et aux changements pouvant indiquer un risque de dénutrition chez les personnes âgées. Ces signes sont par exemple une perte de poids non intentionnelle, une diminution de l'appétit, des difficultés à mâcher ou à avaler, des modifications du goût, une fatigue excessive, une faiblesse musculaire, une diminution de la mobilité ou une détérioration de l'état général.

Nous devons aussi faire attention à d'autres facteurs qui peuvent contribuer à la dénutrition, comme les troubles bucco-dentaires, les problèmes de déglutition, les effets secondaires des médicaments, les troubles cognitifs ou les troubles de l'humeur.

1.1. Observation du poids de la personne :

Nous avons vu dans les échelles d'évaluation de la dénutrition que le poids de la personne est un critère de dénutrition. Donc la prise de poids est importante pour déterminer s'il y a risque de dénutrition ou dénutrition. En effet, un I.M.C. d'une personne âgée compris entre 19 et 21 est indicateur, il est dans ce cas préférable de vérifier les autres points pour dépister une dénutrition. Ces autres points sont la surveillance des repas, l'état de fatigue de la personne, son état général ... Si l'I.M.C. de la personne âgée est en dessous de 18, c'est un signe, à lui seul, d'une dénutrition sévère. L'aide-soignant peut surveiller régulièrement le poids de la personne et noter tout changement important. Toute perte de poids sera rapidement signalée à l'équipe soignante afin d'intervenir rapidement.

Pour constater l'amaigrissement d'une personne sans la peser, nous pouvons d'abord remarquer que la personne a une apparence plus maigre, lorsque nous l'aidons à l'habillage nous constatons que ses vêtements semblent devenir plus amples, la taille de sa prothèse dentaire semble trop grande. Lors de la toilette, nous pouvons observer que les os deviennent saillants, comme les côtes ou les clavicules qui peuvent être plus visibles. Nous pouvons aussi remarquer une diminution de la graisse sous-cutanée, cela s'observe par des creux ou des plis prononcés au niveau des articulations, comme les coudes, les genoux ou les hanches.

De manière plus objective, il y a la pesée qui peut être réalisée chaque semaine. En cas de perte de poids régulière, nous le signalerons à l'infirmier ou au médecin.

Lorsque le patient est autonome, la prise de poids se fait de la manière suivante : Le patient ôte ses habits pour ne garder que ses sous-vêtements. Il se place sur la balance de façon symétrique et reste immobile jusqu'à la stabilisation de la mesure. Certaines balances stabilisent la mesure et affichent ensuite le chiffre déterminé. L'aide-soignant prend note du poids de la personne et l'indique dans son dossier. Lorsque la personne risque d'être dénutrie ou est dénutrie cette pesée se fera régulièrement avec des conditions de mesure identiques : même aide-soignant, même matériel, même heure... afin de détecter rapidement toute perte de poids. L'idéal est de faire le relevé le matin à jeun et vessie vide.

Si le patient est en perte d'autonomie, l'aide-soignant soutiendra la personne ou utilisera une balance avec des supports pour que la personne puisse se tenir.

Si la personne est en fauteuil roulant, il en existe pèse-personne ou il est aussi possible d'utiliser des plaques sur lesquelles on place le fauteuil pour prendre la mesure du poids.

Si la personne est alitée, plusieurs systèmes sont possibles : des balances de transfert qui s'utilisent comme des planches de transfert ; des balances de lit numériques, deux balances à poutre portables sont placées à côté des roulettes du lit, et le lit est roulé sur la balance en toute sécurité. En stage nous n'avons pas pu utiliser ces systèmes mais nous avons pesé les personnes à l'aide d'un pèse-personne qui est installé entre la barre d'écartement et le harnais d'un lève-personne.

1.2. Observation de la prise alimentaire et de l'appétit

L'aide-soignant observe si la personne a une diminution notable de l'appétit ou refuse fréquemment de manger, si elle commence à éviter certains types d'aliments comme les viandes, les crudités, les légumes, ... ou à modifier ses habitudes alimentaires de manière significative.

Lors de nos stage en hôpital, lorsqu'une personne ne se nourrissait plus correctement et risquait la dénutrition ou présentait déjà des signes de dénutrition, nous complétions une grille d'évaluation des apports alimentaires¹². Nous effectuions une surveillance minutieuse de l'alimentation de la personne sur une période de 3 jours. Ensuite, nous informions le diététicien afin d'alimenter au mieux la personne âgée soit pour éviter la dénutrition, soit pour favoriser une prise de poids.

Il est aussi possible d'utiliser une échelle analogique comme le SEFI®. Nous pouvons utiliser cette échelle à l'entrée de la personne en MRS ou en hôpital et chaque semaine durant le séjour chez les patients sans risque nutritionnel, et tous les jours chez les patients à risque nutritionnel ou dénutris. Si l'aide-soignant possède cette échelle, il peut aussi l'utiliser à domicile.

L'utilisation de SEFI®¹³ est simple et peut être réalisée selon 2 modalités :

Une échelle visuelle analogique

L'aide-soignant demande au patient s'il peut indiquer les quantités qu'il mange actuellement, en plaçant le curseur n'entre « rien du tout » et « comme d'habitude ».

¹² Voir annexe 7

¹³ Voir annexe 8

Le patient indique les quantités qu'il mange actuellement à l'aide du curseur sur l'échelle graduée de « rien du tout » à « comme d'habitude ». Le résultat, compris entre 0 et 10, est à consulter au verso.

Une évaluation visuelle des portions consommées

L'aide-soignant demande au patient d'indiquer la portion consommée lors de son dernier repas (midi ou soir).

Le patient indique, à l'aide du curseur, les portions consommées lors de son dernier repas (midi ou soir). Le soignant peut aussi réaliser l'évaluation, par exemple lors de la desserte du plateau-repas.

L'aide-soignant indiquera dans le dossier patient la portion consommée, observée directement ou déclarée par le patient, lors du dernier repas.

Le soignant peut aussi réaliser l'évaluation directement lors de la desserte du plateau-repas.

L'aide-soignant peut aussi faire ces observations sans l'utilisation de SEFI®, il vérifiera la prise alimentaire à chaque repas en vérifiant ce qui reste dans l'assiette du patient.

Nous vérifions aussi que le patient dénutri mange régulièrement, ne saute pas de repas et l'encourageons à prendre des petits repas réguliers, des collations. Nous vérifions que le repas du soir est correct et que la période de jeûne jusqu'au petit déjeuner ne dépasse pas douze heures.

1.3. Observation de l'état général de la personne âgée

L'aide-soignant observe si la personne âgée n'est pas toujours fatiguée ou devient plus faible. Elle ne veut par exemple plus sortir, préfère rester assise ou couchée, dit être fatiguée, n'accomplit plus les activités quotidiennes habituelles. Le tonus musculaire diminue, nous pouvons remarquer une mobilité réduite ou des difficultés à bouger les membres. Pendant la toilette, nous pourrions remarquer que la personne présente une fatigue excessive ou une faiblesse générale. Elle peut avoir du mal à participer activement à sa propre toilette ou à accomplir les gestes de base. Lors de l'habillage, la personne perd aussi de son autonomie. Lors du repas, la personne n'a plus la force d'amener les aliments à la bouche, ou éprouve des difficultés pour mâcher les aliments. L'aide-soignant est attentif à l'évolution des capacités de mastication et de déglutition du patient de manière à adapter la texture des préparations en fonction de l'état buccodentaire et des capacités de déglutition. Nous sommes aussi attentifs

aux changements de comportement qui pourraient indiquer un état dépressif. D'autres symptômes peuvent aussi être observés et relayés comme des vertiges, des étourdissements, des douleurs abdominales, des nausées ou des vomissements. Nous vérifions la prise des médicaments et observons s'ils n'interfèrent pas avec l'appétit de la personne. En effet, certains médicaments ou la poly médication peuvent influencer la prise alimentaire ou modifier le goût, la personne a une sensation de goût métallique, et ne désire plus consommer des aliments. Dans ce cas, nous relayons l'information à l'infirmier référent et/ou au médecin qui réajusteront la prescription médicale.

2. La présence active

Le rôle de présence active de l'aide-soignant est important car nous sommes souvent les soignants les plus proches des patients. C'est une attitude professionnelle qui implique une présence bienveillante et attentive. Les observations font partie de cette présence active car grâce à celles-ci, nous pouvons prendre des mesures avant que des problèmes ne se produisent. Nous avons vu dans le point précédent que l'aide-soignant est souvent en première ligne pour observer et surveiller l'état de santé des patients. Il est attentif aux signes vitaux, aux changements d'état, aux besoins physiologiques et psychologiques des patients. Ces observations peuvent permettre de détecter rapidement un problème et de le signaler à l'infirmier ou à l'équipe afin d'intervenir rapidement. L'aide-soignant établit communication empathique et chaleureuse avec les patients. Nous sommes à l'écoute de leurs préoccupations, de leurs inquiétudes et de leurs besoins. Lorsque les patients sont anxieux, stressés, tristes nous offrons un soutien émotionnel. Parfois, simplement être présent, écouter peuvent favoriser le bien-être des patients. Nous aidons les patients dans les activités de la vie quotidienne, comme se lever, se laver, s'habiller, se nourrir, ... Ces activités de soins permettent de maintenir la dignité et l'autonomie des personnes âgées, en particulier pour celles qui sont malades, âgées ou handicapées. En étant attentif aux besoins des patients et en surveillant de près leur état, nous contribuons à la prévention des complications de certaines maladies et de la dénutrition. Cela peut inclure des mesures simples telles que le changement régulier de position pour prévenir les escarres, l'encouragement à la prise des repas ou à l'hydratation.

Dans le cadre de la dénutrition, en tant qu'aide-soignant, nous observerons puis encourageons la personne à manger. Pour cela nous essayons de créer un lien de confiance avec la personne, lui accordons notre attention et communiquons de manière empathique. Nous jouons un rôle essentiel dans la prise alimentaire des résidents présentant des difficultés. Nous aidons les patients/résidents qui ont besoin d'aide pour se déplacer jusqu'à la salle des repas ou pour manger. Nous encourageons les personnes âgées à terminer leur assiette.

3. L'aide aux repas

Développons maintenant un peu plus nos rôles lors de l'aide au repas. En tant qu'aide-soignant, nous nous informons des goûts, des habitudes alimentaires de la personne et transmettons ces informations à l'équipe afin d'essayer de personnaliser les repas pour répondre aux besoins spécifiques. Avant de commencer le repas, nous nous assurons que le patient est propre et que son visage et ses mains ont été lavés. Nous essayons de créer un environnement favorable lors de la prise des repas, nous installons la personne convenablement à table, au fauteuil ou au lit pour favoriser une prise de repas confortable et sûre. Si la personne mange à table, nous nous assurons que la chaise est adaptée à sa taille et qu'elle offre un bon soutien au dos. Nous vérifions la hauteur de la table pour que la personne puisse atteindre facilement les plats et les couverts sans se pencher excessivement. Nous plaçons les plats à une distance accessible, sans obstruer sa vue. Quand le patient mange au fauteuil, nous nous assurons d'abord que celui-ci est propre, stable et confortable. Nous réglons la hauteur du fauteuil pour qu'il soit adapté à la taille de la personne et disposons la table à manger à une distance confortable pour que le patient puisse accéder facilement à ses repas. Nous veillons à la bonne installation de la personne dans le fauteuil, si nécessaire nous plaçons des coussins de soutien pour maintenir une posture ergonomique et confortable. Si nous devons positionner une personne alitée pour le repas, il est important de l'installer avec précaution pour assurer son confort du patient et éviter tout risque de fausse déglutition ou d'étouffement. Nous nous assurons d'abord d'avoir tout le matériel nécessaire, ainsi que le plateau repas avec les aliments adaptés aux besoins du patient. Si le patient est capable de s'asseoir légèrement, nous l'aidons à s'asseoir en position semi-assise à l'aide de coussins de

soutien ou de traversins en vérifiant que sa tête, son cou et son dos sont bien soutenus. Si le patient ne peut pas s'asseoir, nous l'aidons à se mettre en position latérale, de préférence du côté gauche en utilisant des coussins pour soutenir le dos et les jambes et nous vérifions que sa tête est alignée avec son corps pour éviter les tensions musculaires et les inconforts pendant le repas. Nous plaçons le plateau-repas sur une table ajustable, une table de chevet ou un support adapté à la hauteur du lit, et veillons à ce que le patient puisse atteindre facilement les aliments sans avoir à se pencher de manière inconfortable. Dans tous les cas, nous vérifions que la table soit bien dressée et les plats présentés de manière agréable, et que la texture des repas soit adaptée aux capacités de la personne en particulier pour les patients ayant des problèmes de déglutition ou des troubles de la mastication. Ces différentes textures sont prescrites par le médecin ou le diététicien et sont indiquées dans le dossier médical du patient. Quand les personnes rencontrent des difficultés de déglutition ou des risques d'étouffement, les aliments peuvent être transformés en consistance liquide ou mixée. Les soupes, purées, compotes et smoothies sont des exemples d'aliments liquides ou mixés. Certains patients peuvent avoir besoin d'aliments à consistance molle pour faciliter la mastication et la déglutition. Les aliments seront tendres, comme des légumes cuits, des fruits mûrs, des œufs brouillés ou des viandes hachées finement. Si le patient rencontre des difficultés à mâcher, nous lui coupons les aliments en petits morceaux pour faciliter la déglutition. Nous veillons à couper les aliments de manière uniforme et de les rendre suffisamment petits pour éviter tout risque d'étouffement. Nous vérifions qu'il n'y a pas d'aliments durs, croquants ou collants qui pourraient être difficiles à mâcher et à avaler. Dans la mesure du possible, nous essayons de respecter les préférences alimentaires du patient tout en adaptant la texture des aliments. Cela peut aider à maintenir le plaisir de manger et à promouvoir l'appétit. Quand la personne rencontre des difficultés à manger en raison de problèmes physiques, nous l'aidons en lui proposant des couverts adaptés, des verres avec des bords verseurs. Nous pourrions également proposer des aliments préparés en portions faciles à manipuler comme le finger food ou « manger main », les aliments sont préparés et présentés sous forme de bouchées ou de portions individuelles qui peuvent être mangées avec les doigts, sans nécessiter l'utilisation de couverts traditionnels tels que des fourchettes, des cuillères ou des couteaux. Nous l'aidons aussi en coupant les aliments en petits morceaux, ou en proposant une assistance physique si nécessaire. Nous lui laissons le temps de mâcher et d'avalier. Nous encourageons l'autonomie de la personne en lui permettant de choisir les

aliments qu'elle souhaite manger et en l'aidant à utiliser ses couverts si nécessaire. Nous respectons son rythme et ses préférences alimentaires. La personne âgée a tendance à réduire ses apports alimentaires, pour cela nous évitons les gros repas et favorisons des repas fréquents et fractionnés tout au long de la journée. Quand cela est possible, nous laissons la personne choisir certains aliments, se servir et de manger elle-même. Nous savons que la socialisation est importante et qu'en général, manger en compagnie peut stimuler l'appétit. Nous encourageons les personnes à partager ses repas avec d'autres résidents en les invitant à se rendre dans le restaurant de l'institution, nous pouvons aussi suggérer aux membres de la famille ou amis de venir partager le repas du résident dans la mesure du possible. Nous laissons aussi certains résidents dans leur chambre pour manger s'ils le souhaitent. Nous essayons de consacrer un temps minimal à chaque repas : petit déjeuner 30min, repas de midi 1h, repas du soir 45 min. Mais parfois, lorsque nous débarrassons nous observons que certains résidents n'ont pas eu le temps de terminer leur repas, il serait bien de pouvoir leur laisser tout le temps nécessaire. Lors de l'utilisation des compléments nutritionnels oraux, l'aide-soignant explique l'utilité de ces compléments à la personne. Nous avons pu remarquer qu'en général, les patients les aiment beaucoup, certains préfèrent les boire, d'autres les préfèrent en crème. Nous avons constaté que les C.N.O. sont presque devenus comme des aliments ordinaires, les goûts sont variés. Il y a quand même quelques personnes qui détestent ces produits alors nous devons vraiment bien expliquer l'utilité de le consommer car cela permet un apport en énergie, protéines et autres nutriments sous un petit volume. Nous pensons que ces C.N.O. sont utiles lorsque les personnes ont l'appétit réduit, ou un problème de santé qui les empêchent de manger assez afin d'éviter la dénutrition sévère. Pendant le repas nous communiquons avec la personne, nous montrons que nous nous intéressons à elle, nous lui offrons un soutien émotionnel si nécessaire. Nous observons la personne pendant le repas pour détecter tout signe de difficulté à avaler, de fausse route ou d'inconfort. En cas de problème : toux fréquente, étouffement, ... nous arrêtons le repas et informons l'infirmier. Nous l'encourageons à manger lentement et à bien mâcher les aliments. Quand le repas est terminé, nous vérifions le contenu de l'assiette afin de contrôler la prise alimentaire et informons l'infirmier si la personne ne mange pas suffisamment, pour cela nous pouvons utiliser l'échelle SEFI ou simplement vérifier ce qui reste dans l'assiette. Après le repas, nous aidons le patient à se nettoyer les mains et le visage si besoin et l'installons dans une position confortable.

En cas d'alimentation entérale nous jouons un rôle de soutien psychologique, rassurons et encourageons le patient. Nous expliquons au patient ainsi qu'à ses proches, le déroulement du soin de façon claire, sans dramatiser ni le sous-estimer. Nous pouvons aussi surveiller le débit de l'alimentation, vérifier que la personne n'a ni nausées, ni vomissements, ni toux compulsive. En cas de problème, nous alertons l'infirmier responsable.

4. Le rôle éducatif

L'aide-soignant sensibilise et prodigue des conseils aux personnes dénutries et à leur entourage sur l'importance d'une alimentation équilibrée et d'une bonne nutrition. Pour cela il peut prodiguer des conseils sur les choix alimentaires sains, les pratiques de préparation des repas et les stratégies pour maintenir un bon état nutritionnel à long terme.

Les conseils alimentaires que nous pouvons donner à la personne en cas de perte de poids avec maintien des apports alimentaires sont d'enrichir l'alimentation en protéines et en calories. Les protéines se trouvent essentiellement dans la viande, le poisson, les œufs, le lait et les produits laitiers, mais aussi dans certains végétaux comme les légumineuses, le soja et ses dérivés, les oléagineux (noix, amandes, ...). Pour augmenter la valeur énergétique des plats nous pouvons conseiller à la personne si elle vit à domicile d'abuser de la béchamel, enrichie de fromage râpé et d'un œuf, sur les légumes, les pâtes, ... ; ajouter un jaune d'œuf ou de la poudre de lait dans une purée de pommes de terre ou de légumes ; réaliser des sauces à base de crème fraîche pour les viandes, les poissons ou le riz ; agrémenter de vermicelles et d'une noix de beurre les potages ; ajouter un morceau de viande, du fromage frais, des lentilles... dans un potage mixé ; saupoudrer les pâtes de fromage râpé ; ajouter des protéines en poudre dans des plats comme des potages, des yaourts, des purées, ... Tous ces enrichissements de préparations peuvent être réalisés dans les cuisines des institutions.

L'augmentation des apports énergétiques peut aussi se faire en augmentant le nombre de collations en proposant un petit sandwich jambon fromage ou un potage enrichi vers 10h, et des yaourts, crèmes desserts, tartines au goûter par exemple. Si l'augmentation des apports énergétiques par l'alimentation conventionnelle n'est pas possible ou insuffisante, le médecin prescrira des compléments nutritionnels oraux.

Quand la dénutrition est trop importante, le médecin décide de prescrire d'emblée des compléments nutritionnels oraux, avec ou sans une alimentation préalablement enrichie. Jusqu'à 3 compléments nutritionnels oraux peuvent être prescrits par jour : boissons lactées, crèmes dessert, plats mixés par exemple. Au bout d'une semaine, le médecin évalue l'efficacité de la supplémentation (mesure de poids, calcul de l'IMC, observance du traitement). Si le patient n'est plus capable de s'alimenter par voie orale, le médecin proposera une alimentation entérale ou parentérale. Si le patient est nourri de façon entérale, l'aide-soignant explique au malade et à son entourage les modalités de cette technique, les bénéfices escomptés, informe de l'organisation qu'elle requiert. L'aide-soignant n'est pas habilité à introduire l'alimentation entérale dans la sonde, ni à en modifier l'emplacement.

5. L'hygiène corporelle

L'aide-soignant veille à l'hygiène corporelle de la personne âgée dénutrie, si elle est dépendante il effectue la toilette de celle-ci. Il est important de maintenir une bonne hygiène corporelle car la personne dénutrie peut avoir un système immunitaire affaibli, la rendant plus vulnérable aux infections. En maintenant une hygiène corporelle adéquate, on réduit les risques d'infections cutanées et autres complications liées à la peau, qui pourraient aggraver l'état de santé déjà fragile de la personne. N'oublions pas que la personne dénutrie est plus sujette aux escarres, grâce à une toilette correcte la peau sera propre et sèche et le risque de développement d'escarres et de lésions cutanées réduit. Lorsque la personne se sent propre elle a souvent une meilleure confiance en elle, et participe plus facilement aux activités quotidiennes. Parfois, pour les personnes dénutries, le simple fait de se sentir propre et frais peut stimuler leur appétit. L'hygiène corporelle appropriée contribue à améliorer la qualité de vie de la personne dénutrie en lui procurant un sentiment de confort et de bien-être. Cela peut également renforcer les liens sociaux et familiaux, car elle se sentira plus à l'aise pour interagir avec les autres. Nous veillerons particulièrement à la propreté de la personne avant la mise à table, lui laverons les mains s'il elle n'en est plus capable, effectuerons un change si nécessaire. Nous pouvons réaliser des soins de bouche qui ont pour objectif de réduire le risque de maladies buccodentaires, mais aussi de maintenir l'hydratation buccale car une bouche sèche est une bouche douloureuse qui refuse l'alimentation. Après le repas, nous veillerons à ce que le visage et les mains soient propres.

6. Le relais et les transmissions

L'aide-soignant informe l'équipe et l'infirmier de toutes ces observations. Il travaille en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe soignante, tels que les infirmiers, les diététiciens, les médecins, les ergothérapeutes... mais aussi avec le personnel de la cuisine pour élaborer et mettre en œuvre un plan de soins individualisé pour la personne dénutrie. Cela peut impliquer des recommandations spécifiques sur le type d'aliments à servir, les compléments nutritionnels à utiliser ou les interventions médicales nécessaires. Chacun a son rôle à jouer, l'ergothérapeute peut développer des outils adaptés aux troubles de la personne, il peut aider à utiliser les couverts adaptés, les verres à encoche nasale, les sets antidérapants.... Les infirmiers s'assurent du respect des procédures d'hygiène lors de la distribution des repas, ils peuvent mettre en place et évaluer des enquêtes de goûts auprès des patients, il motive et forme son équipe, il surveille ou pratique la pesée des résidents, il complète avec le diététicien la feuille de suivi des prises alimentaires et les transmet à la cuisine, ...le kinésithérapeute peut veiller à l'installation au moment du repas et inciter le patient à manger au restaurant ; les médecins prendront en charge les diverses pathologies des patients et dépisteront la dénutrition ; le diététicien assure la prise en charge nutritionnelle des résidents/patients, il entretient et supervise le respect des procédures mises en place en matière d'hygiène en cuisine et lors de la distribution des repas, il peut réaliser des enquêtes alimentaires, ajuster les régimes... ; les cuisiniers vont participer à la conception, l'élaboration des repas, ils sont à l'écoute des patients et des soignants pour favoriser une alimentation adaptée... ; le logopède met en place des actions pour le dépistage et la rééducation des troubles de la déglutition, de la mastication ...Nous constatons que toute une équipe s'occupe de la personne dénutrie et collabore afin d'améliorer la qualité de son alimentation et éviter la spirale de la dénutrition. Par exemple l'aide-soignant distribue les repas et débarrasse, à ce moment nous pouvons constater si la personne a mangé ou non et le signaler à l'infirmier ou au médecin afin que des dispositions adaptées soient prises. Nous pouvons nous informer des goûts des patients et relayer l'information aux cuisiniers, si nous constatons des problèmes de déglutition ou de mastication nous informons le médecin ou l'infirmier qui relayera l'information au logopède...Pendant nos stages, nous avons pu communiquer avec la diététicienne du service du cas d'une personne âgée qui souffrait de

diabète et était dénutrie. Nous lui avons fait part de nos observations afin que celle-ci puisse ajuster l'alimentation de madame.

L'aide-soignant est un relais aussi avec l'entourage proche, que ce soit la famille, les amis ou les aidants. Pour éviter la dénutrition de la personne âgée ou aider une personne dénutrie à reprendre du poids, la famille et les proches sont importants car ils peuvent fournir une aide physique, un soutien émotionnel et nutritionnel. La famille ou les proches peuvent remarquer que la personne a perdu du poids de façon inexplicquée ou rapidement, ils peuvent aussi voir que leur proche est plus faible, fatigué et que son appétit est modifié. Parfois ils remarquent que la personne âgée souffre de problème de santé qui affecte l'appétit comme les problèmes dentaires, de déglutition, les effets secondaires des médicaments, ... Ils sont les personnes les plus proches pour observer tous ces changements et peuvent alerter le médecin ou en parler avec les soignants de l'institution ou les intervenants au domicile de la personne. La famille peut aussi aider la personne âgée vivant à domicile à préparer des repas équilibrés, à faire des courses, à aider la personne si nécessaire à manger. Elle encourage le sénior à manger régulièrement, elle peut aussi être présente lors des repas à domicile ou en maison de repos quand cela est possible, car nous l'avons vu, l'isolement social et la solitude sont des facteurs qui contribuent à la dénutrition. Son rôle est aussi d'encourager l'activité physique adaptée à la personne âgée pour éviter une fonte musculaire trop importante.

Les transmissions jouent un rôle important pour assurer une prise en charge de qualité des résidents. Les transmissions orales sont fréquentes lorsque nous commençons notre service ou le terminons, nous informons l'infirmier ou les aides-soignants de l'équipe suivante des événements marquants, des changements d'état de santé, des comportements à surveiller, des soins effectués, ... Nous pouvons aussi indiquer certaines informations dans leur dossier médical comme la prise de certains paramètres, les changements d'état, les prescriptions médicales, les rendez-vous médicaux, ...

Les établissements modernes peuvent utiliser des systèmes de communication électronique pour faciliter les transmissions d'informations comme des applications ou des logiciels spécifiques qui permettent aux soignants de partager rapidement des informations importantes. Il y a aussi des réunions d'équipe organisées où les membres de l'équipe soignante se rassemblent pour discuter de l'état des résidents, des problèmes éventuels, des ajustements de soins, ... C'est l'occasion de partager les informations de manière plus approfondie.

En tant qu'aide-soignant nous devons aussi entretenir une bonne relation avec la famille de la personne concernée et essayer de collaborer au mieux. Pour cela il est important de bien communiquer, d'essayer de se comprendre et de coopérer pour apporter des soins corrects à la personne âgée dénutrie. Nous communiquons le plus régulièrement possible avec la famille de la personne dénutrie pour échanger des informations sur l'état de santé, les progrès, les préoccupations et les besoins spécifiques de la personne âgée. La famille peut également fournir des informations importantes sur les habitudes alimentaires, les préférences et les changements de comportement de la personne. Nous pouvons renseigner la famille sur les besoins nutritionnels de la personne âgée, son régime éventuel, nous pouvons suggérer à la famille de consulter un médecin ou un diététicien si nécessaire. Nous pouvons communiquer des informations à la famille sur les risques, les causes et les conséquences de la dénutrition et comment l'éviter. Parfois, les proches sont déstabilisés par la dénutrition de la personne âgée, alors nous pouvons apporter un soutien émotionnel, rassurer et expliquer les actions prévues pour améliorer la santé de leur proche. Nous considérons la famille, quand elle est présente, comme un partenaire pour aider au mieux la personne dénutrie.

Avant le retour à domicile d'une personne dénutrie hospitalisée, l'aide-soignant prodigue des conseils à la famille ainsi qu'au patient. Tout d'abord, nous expliquons l'importance cruciale de suivre scrupuleusement les prescriptions médicales concernant le régime alimentaire, les médicaments, et tout autre traitement recommandé par les médecins et le diététicien. En ce qui concerne l'alimentation, nous encourageons vivement la famille à privilégier des repas équilibrés lors du retour à domicile de leur proche. Nous leur conseillons de veiller à ce que la personne dénutrie reçoive une alimentation riche en nutriments essentiels, en protéines, en vitamines et en minéraux. Il est recommandé de préparer des repas sains et appétissants en tenant compte des préférences alimentaires du patient, tout en évitant les aliments pauvres en valeur nutritive. Nous leur signalons également qu'ils peuvent envisager de faire appel à des services d'aide à domicile ou commander des repas auprès des C.P.A.S. (Centre Public d'Action Sociale) ou chez certains traiteurs pour faciliter cette transition alimentaire. Pour mieux répondre aux besoins spécifiques de la personne dénutrie, nous suggérons de fractionner les repas en de plus petites portions plus fréquentes tout au long de la journée si elle a du mal à manger de grosses quantités à la fois. L'hydratation est un élément tout aussi crucial dans le processus de guérison. Nous insistons auprès de la famille sur l'importance de veiller à ce que la personne dénutrie boive suffisamment d'eau pour maintenir une bonne

hydratation. Nous expliquons qu'encourager la personne dénutrie à participer autant que possible à la prise des repas et aux activités quotidiennes, en fonction de son état de santé, peut contribuer à améliorer son moral et sa motivation. Nous recommandons également de faire des aménagements dans la maison pour éviter les chutes, surtout si la personne dénutrie est faible ou désorientée. Enfin, nous soulignons que la famille peut jouer un rôle essentiel en offrant un soutien émotionnel, en étant présente pour leur proche dénutri en particulier au moment des repas, en écoutant ses inquiétudes et en lui exprimant son soutien.

Nous pouvons constater que le rôle de l'aide-soignant est très important pour prévenir la dénutrition chez les personnes dont il prend soin. L'aide-soignant observe attentivement les signes de dénutrition, surveille l'état nutritionnel, l'apport alimentaire et le poids des personnes âgées. Il encourage les personnes à garder une alimentation adéquate, crée un environnement favorable aux repas, favorise la socialisation et propose des repas fréquents et adaptés aux préférences individuelles, il essaye d'adapter les saveurs, offre une assistance pratique et encourage l'autonomie, et ainsi contribue à stimuler l'appétit et à faciliter la consommation alimentaire. Il est aussi un soutien émotionnel et favorise la communication avec les personnes dénutries. Il écoute et offre un soutien affectif afin de créer un lien de confiance. L'aide-soignant collabore avec la famille, travaille en étroite collaboration avec les membres de l'équipe et contribue à l'élaboration d'un plan d'alimentation individualisé et à la mise en place de mesures préventives pour éviter la dénutrition.

7. Les rôles de l'aide-soignant auprès de personnes dénutries souffrant de troubles cognitifs

Les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés sont fortement exposées au risque de dénutrition. La gravité de la maladie d'Alzheimer est directement liée à l'augmentation du risque de perte de poids, mais il est important de noter que cette perte de poids n'est pas exclusive aux stades avancés de la démence. Les altérations de la mémoire engendrent des problèmes de concentration ainsi qu'une désorientation temporelle, entraînant des difficultés dans la gestion des achats alimentaires et budgétaires, ainsi que des risques liés à la préparation et à l'organisation des repas. Même en cas de portage de repas, il peut y avoir des oublis de s'alimenter. Les individus présentant des troubles cognitifs légers montrent souvent une préférence pour les aliments sucrés. En outre,

des comportements boulimiques ou des préférences sélectives pour certains aliments peuvent apparaître. Pour ceux qui sont aux stades avancés de ces troubles, des comportements tels que la déambulation et les hallucinations peuvent se manifester, rendant difficile le maintien en position assise lors des repas et augmentant ainsi leurs dépenses énergétiques. La concentration est également impactée, tout comme la reconnaissance des aliments et l'utilisation des couverts. Par ailleurs, il existe un risque d'ingestion de substances non comestibles, telles que du savon ou des plantes, ainsi que des refus de s'alimenter dus à des inconforts ou des douleurs causés par des problèmes dentaires ou digestifs. Les risques de fausses routes sont également présents.

Le médecin va évaluer avec les différentes causes possibles de la dénutrition et des troubles cognitifs. Puis l'aide-soignant peut évaluer l'évolution, l'impact des problèmes sur le quotidien, en observant le patient. Ces observations peuvent se faire en partenariat avec les proches aidants, les professionnels de l'aide et des soins et le médecin traitant, l'ergothérapeute, le diététicien. Nous pouvons recueillir, comprendre et respecter les habitudes alimentaires en observant la personne atteinte et discutant avec elle. Il est possible d'utiliser le journal alimentaire dans lequel nous indiquons ce que la personne consomme chaque jour. L'aide-soignant peut accompagner le proche aidant et la personne atteinte de troubles cognitifs en favorisant les promenades pour ouvrir l'appétit si cela est possible, en organisant les repas à heures fixes ou encourageant la personne à participer aux repas à heures fixes. A domicile ou dans les CANTOU¹⁴, l'aide-soignant peut associer la personne atteinte à la préparation du repas en réalisant des tâches simples. Nous essayons de proposer les plats que la personne préfère. Nous laissons suffisamment de temps à la personne pour manger tranquillement, dans le calme, sans distraction en enlevant ce qui est superflu et source de distraction de la table pour cela nous éteignons la télévision, éclairons convenablement la table, évitons les nappes et les assiettes avec des dessins très colorés qui peuvent distraire la personne ... Pour les personnes qui déambulent beaucoup, nous essayons d'augmenter la valeur énergétique des repas. Pour favoriser la prise alimentaire nous présentons qu'un seul plat à la fois, donnons des petits morceaux, laissons le temps à la personne d'avaler. Nous l'encourageons à bien mâcher et à boire à petites gorgées en expliquant ce que la personne doit faire et, si nécessaire, nous la guidons pour la première

¹⁴CANTOU est l'acronyme de Centres d'Activités Naturelles Tirées d'Occupation Utiles.

bouchée. Pour certaines personnes il serait préférable de favoriser « fingerfood » ou « manger-mains » qui sont des préparations d'aliments pouvant être mangés avec les doigts. Nous pouvons aussi mettre des aliments à grignoter à portée de main entre les repas ainsi que des boissons préférées pour offrir régulièrement à boire ou à manger en augmentant le nombre de collations. En revanche si la personne présentant des troubles cognitifs souffre de boulimie¹⁵, nous opterons pour de petites portions peu caloriques, rangerons les aliments hors de sa vue, l'inciterons si possible, à bouger et à s'occuper avec des activités.

8. Les rôles de l'aide soignants auprès d'une personne dénutrie vivant seule à domicile :

Bien que nous n'ayons pas exercé pendant nos stages à domicile nous estimons que l'aide-soignant joue un rôle important auprès de la personne dénutrie vivant seule à domicile. Nous sommes un soutien attentif et nous contribuons par tous nos actes au bien-être général de la personne. Nous observons attentivement l'état de santé de la personne dénutrie et évaluons régulièrement son niveau de dénutrition en étant attentifs aux signes de dénutrition, tels que la perte de poids, la faiblesse, la fatigue et les problèmes de peau. Nous informons tous les intervenants, l'équipe, l'infirmier ou le médecin au moindre problème. Nous aidons la personne à suivre une alimentation adaptée en veillant à ce qu'elle reçoive des repas équilibrés et nutritifs. Pour cela nous pouvons travailler en collaboration avec les aides familiales ou les divers services de livraison de repas. Nous l'aidons pendant les repas, si nécessaire. Nous nous assurons que la personne dénutrie boive suffisamment d'eau tout au long de la journée pour maintenir une bonne hydratation. Si la personne dénutrie prend des médicaments, nous pouvons l'aider à les prendre conformément aux prescriptions médicales. Nous prodiguons les soins d'hygiène personnelle, comme la toilette, le changement des vêtements, ..., pour maintenir le confort et le bien-être de la personne. Si la personne dénutrie est capable de se déplacer, nous l'encourageons à se lever, marcher et réaliser des exercices de mobilisation pour prévenir les complications liées à l'immobilité. Nous travaillons en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins, tels que les infirmiers, les médecins, les diététiciens, ... pour assurer une prise en charge globale et efficace de la

¹⁵La boulimie est un trouble alimentaire où une personne mange de grandes quantités de nourriture en peu de temps, souvent accompagnées d'une sensation de perte de contrôle.

personne dénutrie. A domicile aussi nous communiquons des informations à la personne dénutrie sur les soins à apporter, les régimes alimentaires appropriés, les exercices de mobilisation, l'aménagement de la maison pour éviter les chutes... Nous apportons un soutien émotionnel important en étant à l'écoute de la personne dénutrie, nous essayons de l'encourager. Les rôles de l'aide-soignant à domicile face à la personne dénutrie sont les mêmes qu'en institution comme l'observation, les soins d'hygiène, la présence active, le relais, ... mais il devra être encore plus vigilant surtout si le patient est isolé.

CONCLUSION GENERALE

Lors de ce travail, nous avons pu apprendre que la dénutrition chez les personnes âgées est assez fréquente et peut avoir de graves conséquences sur leur santé et leur bien-être. Dans les établissements comme les maisons de retraites et les hôpitaux, il est courant de rencontrer des personnes âgées dénutries qui ont perdu l'appétit. L'aide-soignant peut aussi être amené à s'occuper d'un patient dénutri à domicile.

Les causes de cette dénutrition sont multiples, cela peut être des problèmes de santé qui vont affecter l'appétit et la capacité à se nourrir. Il y a aussi les troubles de la déglutition, les maladies chroniques, les troubles cognitifs ou les effets secondaires de médicaments qui peuvent affecter l'appétit et provoquer une difficulté à manger. La perte d'autonomie favorise la dépendance et peut rendre les personnes âgées plus vulnérables à la dénutrition car elles peuvent rencontrer des difficultés à préparer ou à se servir des repas par elles-mêmes. L'isolement social peut influencer l'appétit et la motivation à manger. Les personnes âgées qui vivent en maison de retraite peuvent se sentir seules ou déconnectées de leur environnement social, ce qui peut réduire leur intérêt pour les repas et leur envie de se nourrir. Nous avons remarqué aussi que les changements dans les habitudes alimentaires lorsque les personnes entrent en institution peuvent entraîner une diminution de l'appétit et un désintérêt pour la nourriture. La dépression peut influencer négativement l'appétit et la motivation à manger. Les personnes âgées en institution peuvent faire face à des sentiments de tristesse, de solitude ou d'apathie qui peuvent altérer leur alimentation. Les personnes atteintes de démence ou d'autres troubles cognitifs peuvent rencontrer des difficultés à reconnaître la faim ou à se souvenir de quand et quoi manger. Voici quelques raisons qui vont entraîner la personne âgée à ne plus manger et à s'installer dans la spirale de la dénutrition.

Les aides-soignants jouent un rôle crucial dans la prévention et le traitement de la dénutrition en offrant un soutien et des soins adaptés aux personnes âgées par leurs rôles ils peuvent aider ces personnes à retrouver leur appétit et à maintenir un apport nutritionnel adéquat. Les aides-soignants observent attentivement l'état nutritionnel des personnes âgées, notamment leur poids, leur appétit et leur consommation alimentaire. Ils sont à l'affût des signes de dénutrition ou de changements dans les habitudes alimentaires. Ce point est très important, car les signes d'une dénutrition possible, détectés permettent d'éviter celle-ci.

Nous aidons les personnes âgées à se nourrir en leur apportant une assistance individuelle pendant les repas. Nous vérifions que la texture des aliments soit adaptée aux besoins des personnes. Nous encourageons et motivons les personnes âgées à manger. Il est important de créer un environnement agréable et convivial pendant les repas. Nous jouons un rôle éducatif en informant l'importance d'une alimentation équilibrée et adaptée, nous expliquons les avantages d'une bonne alimentation pour maintenir leur santé. Nous sommes responsables de l'administration des compléments nutritionnels oraux recommandés par les professionnels de la santé, nous veillons alors à ce que les personnes âgées les prennent correctement et suivent les instructions.

Tous ces rôles se jouent en collaboration avec les autres membres de l'équipe tels que les diététicien.nes, les infirmiers.ères et les médecins, pour mettre en place des plans de soins individualisés. Nous transmettons des informations pertinentes sur l'appétit, la consommation alimentaire et les problèmes éventuels rencontrés par les personnes âgées car il est important de reconnaître les signes de dénutrition chez les personnes âgées et de chercher à comprendre la cause sous-jacente. Nous sommes aussi le lien essentiel avec la famille. Nous pensons que cette collaboration entre soignants et avec la famille est importante pour prévenir et soigner la dénutrition.

Même si cela reste difficile de sortir les personnes âgées de la dénutrition, nous pouvons voir qu'en sensibilisant, en éduquant et en mettant en œuvre des stratégies adaptées, les aides-soignants peuvent jouer un rôle crucial, en améliorant leur qualité de vie et en préservant leur santé.

BIBLIOGRAPHIE

Sitographie :

<https://www.nutrisens.com/denutrition/> consulté le 20-02-2022 à 18h12
<https://fnib.be/ar-du-27-02-2019-relatif-aux-aides-soignants/> consulté le 07-04-2023 à 00h30
<https://www.health.belgium.be/sites> consulté le 07-03-2023 à 06h40
<https://www.health.belgium.be> consulté le 07-03-2023 à 06h40
<https://idsg.typepad.com/idsg/d%C3%A9finition-de-personne-%C3%A2g%C3%A9e-un-questionnement.html> consulté le 03-05-2023 à 8h45
<https://cnfs.ca/pathologies/dystrophie-musculaire> consulté le 01-06-2023 à 8h19
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118872/fr/ consulté le 04-06-2023 à 12h09
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-nutritionnels> consulté le 22-06-23 à 6h30
<https://farmaka.cbip.be/frontend/files/publications/files/denutrition.pdf> consulté le 22-06-2023 à 6h56
<https://www.luttecontreladenutrition.fr/la-malnutrition-conduit-a-la-denutrition/> consulté le 07-07-23 à 21.31
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/amaigrissement-et-denutrition> consulté le 07-07-23 à 21.50
<https://www.nestlehealthscience.fr/notre-expertise/indice-de-masse-corporelle> consulté le 09-07-23 à 7h47
<https://www.servicessalapersonne-blog.fr/la-spirale-de-la-denutrition-chez-le-senior/> consulté le 09-07-23 à 09h03
<https://www.linkedin.com/pulse/la-spirale-de-d%C3%A9nutrition-laurence-depeyay/?originalSubdomain=fr> consulté le 09-07-23 à 17h02
http://www.ammppu.org/abstract/les_3A/denutrition_reco_has_2007.pdf consulté le 09-07-23 à 17h58
<http://www.gastroliege.be/infos-patients/fiche-par-pathologie/nutrition/lalimentation-parenterale/> consulté le 09-07-23 à 18h33

Cours consultés

Cours de madame Defraeye – UE4 - Nutrition : La dénutrition – La personne âgée.

Fascicules

HAS - Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus - novembre 2021
Plan wallon nutrition santé et bien-être des aînés – Editions SPW - 2012

Manuel :

Nutrition-Alimentation : Service et aide aux repas, fiches sur la dénutrition et l'alimentation de la personne âgée – Editions BPI. - 2018

ANNEXES

Annexe 1 (p8) : tableau récapitulatif des besoins nutritionnels de la personne âgée :

Les besoins nutritionnels	En pratique
Energie : la personne âgée ne doit pas manger moins. La dépense énergétique est souvent diminuée (sédentarité et diminution du métabolisme de base) mais le moins bon rendement métabolique nécessite des apports énergétiques plus élevés pour être adaptés aux besoins.	En moyenne 1800 à 2000 kcals par jour et jamais en dessous de 1500kcals/jour
Protéines : les besoins sont équivalents à ceux de l'adulte. Les protéines jouent un rôle dans la fabrication de la masse musculaire, de la masse osseuse et des anticorps. Elles interviennent aussi dans le processus de cicatrisation. Elles sont donc essentielles pour prévenir la dénutrition et la sarcopénie	1 à 2 parts de viande, de poisson ou œufs par jour, 4 produits laitiers par jour en associant avec des protéines végétales : légumes secs (haricots, lentilles, pois chiches...), soja, oléagineux (noix, amandes, ...) ...
Glucides : Jouent un rôle important pour l'apport en énergie mais il est préférable de bien les choisir.	Des féculents ou du pain à chaque repas. Privilégier les glucides à index glycémique bas : féculents, pain complet, légumes secs. Modérer la consommation de produits sucrés.
Lipides : jouent un rôle énergétique et structural (membrane cellulaire), ils sont « isolant thermique » en gardant la chaleur du corps et précurseurs hormonaux, ils transportent les vitamines liposolubles : A, D, E, K.	Privilégier les graisses végétales riches en oméga 3 : huile de colza, de lin, de noix ... Manger du poisson gras riche en oméga 3. Choisir des huiles de bonne qualité : huile d'olive extra vierge ... Limiter les mauvaises graisses dans les préparations industrielles,

	aliments transformés, ... Eviter les fritures
Les fibres ont un effet bénéfique sur le transit intestinal. Leur apport est important pour lutter contre la constipation.	Manger assez de légumes (min 300g par jour) et de fruits (max 250g par jour), crus, cuits, en potages. Privilégier les féculents complets : pain, pâtes, riz, ...
Calcium : le métabolisme du calcium est altéré par le vieillissement. Il joue un rôle important dans la minéralisation des os et des dents. En prévention il est conseillé d'apporter 1200mg/jour.	4 produits laitiers par jour ou manger d'autres aliments qui contiennent du calcium : sardines, amandes, tofu, épinards et légumes verts, ...
Vitamines : en raison des modifications physiologiques liées à l'âge et de certaines pathologies liées au vieillissement, la personne âgée présente un risque élevé de déficience en vitamines.	Adopter une alimentation variée et équilibrée.
Eau : l'avancée en âge présente un risque accru de déshydratation (diminution de la sensation de soif et du pouvoir de concentration des reins). Un apport suffisant est donc important pour éviter la déshydratation et la constipation.	Boire 1 à 1.5L/jour. Privilégier l'eau et les boissons non sucrées : café léger, thé léger, tisanes, eaux aromatisées, ...

Annexe 2 : (p19) la grille MNA^{®16}

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nom : Prénom :

Sexe : Age : Poids, kg : Taille, cm : Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage	
A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = baisse sévère des prises alimentaires 1 = légère baisse des prises alimentaires 2 = pas de baisse des prises alimentaires <input type="checkbox"/>	J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas <input type="checkbox"/>
B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids <input type="checkbox"/>	K Consomme-t-il ? • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C Motricité 0 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile <input type="checkbox"/>	L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui <input type="checkbox"/>
D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois ? 0 = oui 2 = non <input type="checkbox"/>	M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence leve 2 = pas de problème psychologique <input type="checkbox"/>	N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté <input type="checkbox"/>
F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)² 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/>	O Le patient se considère-t-il bien nourri ? 0 = se considère comme dénutri 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition <input type="checkbox"/>
Score de dépistage (sous-total max. 14 points) 12-14 points: <input type="checkbox"/> état nutritionnel normal 8-11 points: <input type="checkbox"/> à risque de dénutrition 0-7 points: <input type="checkbox"/> dénutrition avérée Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R	P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluation globale	
G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 1 = oui 0 = non <input type="checkbox"/>	Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H Prend plus de 3 médicaments par jour ? 0 = oui 1 = non <input type="checkbox"/>	R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31 <input type="checkbox"/>
I Escarres ou plaies cutanées ? 0 = oui 1 = non <input type="checkbox"/>	Évaluation globale (max. 16 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Score de dépistage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Score total (max. 30 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners
 © Société des Produits Nestlé SA, 1994, Revision 2009.
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Appréciation de l'état nutritionnel Sauvegarder Imprimer Réinitialiser

de 24 à 30 points état nutritionnel normal
 de 17 à 23,5 points risque de malnutrition
 moins de 17 points mauvais état nutritionnel

¹⁶<https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-french.pdf>

Annexe 3 (p20)

La grille SGA®

	A	B	C
1) Histoire du poids			
Poids actuel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg Taille <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm Poids il y a 6 mois <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg			
Perte de poids les 6 derniers mois <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="text"/> <input type="text"/> %			
Evolution du poids dans les 2 dernières semaines :			
Stable <input type="checkbox"/> Prise de poids <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/>			
2) Modifications de la prise alimentaire			
Modifications : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si oui, depuis <input type="text"/> semaines			
Solide mais insuffisante <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/>			
Très hypocalorique <input type="checkbox"/> Jeûne <input type="checkbox"/>			
3) Troubles digestifs persistant plus de 2 semaines :			
Aucun <input type="checkbox"/> Anorexie <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/>			
4) Capacité fonctionnelle			
Activités normales <input type="checkbox"/> Activités perturbées <input type="checkbox"/> depuis <input type="text"/> semaines			
Degré d'activité			
presque normales. <input type="checkbox"/> quelques activités. <input type="checkbox"/> ambulatoire... <input type="checkbox"/> ...alité <input type="checkbox"/>			
5) Maladie causale et besoins nutritionnels			
Diagnostic principal.....			
Dépense énergétique attendue			
Normale <input type="checkbox"/> un peu augmentée <input type="checkbox"/> moyennement <input type="checkbox"/> très augmentée <input type="checkbox"/>			
6) Examen clinique : coter 0=normal 1=léger 2=net 3=sévère			
Perte de masse grasse sous-cutanée (pli tricipital) <input type="text"/>			
Fonte musculaire (quadriceps, deltoïde) <input type="text"/>			
Deshydratation <input type="text"/>			
Oedèmes des chevilles <input type="text"/> Oedème lombaire <input type="text"/> Ascite <input type="text"/>			
Corriger poids du fait de deshydratation <input type="checkbox"/> du fait d'oedème <input type="checkbox"/>			
Evaluation subjective globale : une « note » globale est attribuée subjectivement au vu de l'ensemble des critères de la grille :
A =absence de dénutrition ;			
B= dénutrition modérée ou potentielle ;			
C =dénutrition sévère			

Annexe 4 : (p21)

La spirale de la dénutrition

Il existe plusieurs spirales de la dénutrition, voici celle trouvée sur le site

<https://www.sraenutrition.fr>



Annexe 5 (p25) :

Exemples d'aliments riches en énergie ou protéines, à texture modifiée, prêts à l'emploi ou en poudre.

	<p>Delical® Purée HP/HC Brocolis et pointe de crème</p> <p>DELICAL</p> <p>20 g de protéines et 360 kcal - Prêt à l'emploi</p> <p>Forme : Purée</p>
	<p>Fresubin® Menu Energy</p> <p>Aliment diététique destiné à des fins médicales spéciales, bœuf carottes</p> <p>Contenance : assiette 300 g</p>
	<p>NutriSens® plat mixé ou potage</p> <p>Pour obtenir un mixé HP/HC : Délayer le contenu de la boîte dans 125 cl d'eau chaude.</p> <p>Pour obtenir un potage HP/HC : Diluer la préparation 2 fois soit une boîte dans 250 cl d'eau chaude.</p> <p>Valeurs nutritionnelles 100 g</p> <p>Énergie (kcal) 446</p> <p>Protéines (g) 27,3</p>

ANNEXE6 : (p25)

Exemples de C.N.O. Il existe beaucoup de produits différents. En Belgique dans les MR/MRS le Fortimel® est couramment utilisé.

	<p>Fortimel® Protein est un complément nutritionnel oral hyperprotidique et hyper énergétique. Aliment diététique destiné à des fins médicales spéciales pour les besoins nutritionnels en cas de dénutrition associée à une maladie. Sans gluten.</p>
	<p>Fortimel® Crème est un aliment diététique destiné à des fins médicales spéciales pour les besoins nutritionnels en cas de dénutrition associée à une maladie, de troubles de la déglutition et de besoins nutritionnels accrus. Fortimel® Crème est semi-solide, hyperprotidique et hyper énergétique. Sans gluten et sans lactose.</p>
	<p>Resource Instant Protein® est un aliment diététique en cas de dénutrition ou besoin protéique accru. Il apporte 37kcal pour 10g et 9g de protéines.</p> <p>1 portion : 10 - 15g (2-3 cuillères à soupe)</p> <p>On peut l'ajouter à des boissons et des plats chauds ou froids.</p> <p>Préparation chaude : dissoudre la quantité désirée de Resource Instant Protein® dans un peu d'eau froide et ajouter le mélange à 150ml de boisson chaude ou 150g de plat chaud.</p> <p>Préparation froide : dissoudre la quantité désirée de Resource Instant Protein® dans 150ml d'eau froide ou 150g de plat.</p>

Annexe 7 : (p29)

Grille d'évaluation des apports alimentaires

C.1. Fiche de surveillance alimentaire, d'après les travaux du CNANES dans le cadre du PNNS

CNANES : Comité National de l'Alimentation et de la Nutrition des Etablissements de Santé
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nutri_hosp/sommaire.htm

SURVEILLANCE ALIMENTAIRE Dépistage et suivi

Etiquette Patient

Date																	
Consommation		<input type="checkbox"/>															
P I D E J E U N E R	CAFE ou THE																
	LAIT																
	BISCOTTE BEURREE																
	BOUILLIE																
	Identification du soignant	P	T			P	T			P	T						
C O L L	SUPPLEMENT BOISSON																
	Identification du soignant	P	T			P	T			P	T						
D E J E U N E R	ENTREE																
	VIANDES																
	LEGUMES																
	FROMAGE/LAITAGE																
	DESSERT																
	BOISSON																
	Identification du soignant	P	T			P	T			P	T						
G O U T E R																	
	Identification du soignant	P	T			P	T			P	T						
D I N E E R	POTAGE																
	VIANDES																
	LEGUMES																
	FROMAGE/LAITAGE																
	DESSERT																
	BOISSON																
Identification du soignant	P	T			P	T			P	T							

Pour l'évaluation de la consommation, cocher les cases correspondantes

- Rien
 - < moitié
 - > moitié
 - Tout
- (uniquement partie consommée)

REMARQUES

Identification du soignant :
 P = aide Partielle Installation du patient, ouvrir les conditionnement, couper la viande..., stimulation pendant le repas
 T = aide Totale Installation du patient et le faire manger
 Identification du soignant (initiales Nom Prénom)
 Acte effectué ☺
 Acte effectué renvoyant à une cible ☺➡

Annexe 8 : (p29)

Échelle SEFI®

