

DÉNUTRITION DE L'ADULTE : DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE

Mme ABDELLI Sarah

Diététicienne

Mme COELHO Céline

Diététicienne

Mme DELAMOUR Alexandra

Orthophoniste

Site Melun

270 avenue Marc Jacquet
77000 MELUN

Site Brie-Comte-Robert

17 rue Petit de Beauverger
77170 BRIE-COMTE-ROBERT



ACCUEIL

- **Présentation de la formatrice**
- **Présentation des participants**



PLAN-Points Abordés (1/2)



OBJECTIF : connaître les critères de la dénutrition et être capable de repérer les situations à risque

Définition

Causes de la dénutrition

Mécanismes de la dénutrition

Conséquences de la dénutrition

Le dépistage

OBJECTIF : comprendre le rôle de chacun dans la prise en charge pluridisciplinaire

Procédure de dépistage : Protocole de dépistage et prise en charge de la dénutrition

Le sujet âgé

Prévention

PLAN-Points Abordés (2/2)

OBJECTIF : être capable de repérer les cas de dénutrition et adopter la bonne stratégie thérapeutique

Prise en charge diététique : besoins nutritionnels, modalités d'enrichissement des repas, nutrition orale et compléments

Exemples de repas enrichis et nutrition entérale

Cas pratiques

OBJECTIF : être capable de respecter les bonnes pratiques pour la prise en charge des troubles de la déglutition

Les troubles de la déglutition (orthophoniste)

L'installation au repas

Adaptation des textures



QUIZ DE DEBUT DE SEANCE

A VOUS DE JOUER...





A VOUS DE JOUER...

**QUAND ON VOUS PARLE DE DENUTRITION VOUS
PENSEZ A...**





LA DENUTRITION EN CHIFFRES

2 MILLIONS DE PERSONNES DENUTRIES

- À l'hôpital cela représente : 10% des enfants, 20 à 40% des adultes et 50% des personnes âgées
 - En EHPAD : 30% des résidents
- A domicile : 4 à 10% des personnes âgées





RAPPEL

CALORIE = énergie fournie par la consommation d'aliments, de boissons

CALORIE = énergie utilisée pour le fonctionnement de l'organisme

PROTEINES = rôle structural (muscles, tissu osseux, etc)

LIPIDES = source d'énergie, acides gras essentiels

GLUCIDES = source d'énergie



DEFINITION DE LA DENUTRITION

- **Etat d'un organisme en déséquilibre nutritionnel caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif.**
- **Elle peut être liée à un ou plusieurs facteurs suivants :**
 - *Un déficit d'apport protéino-énergétique*
 - *Une augmentation des dépenses énergétiques*
 - *Une augmentation des pertes énergétiques et/ou protéiques.*
- **Elle induit des changements mesurables des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle associées à une aggravation du pronostic des maladies.**

OBJECTIF : connaître les critères de la dénutrition



CAUSES DE LA DENUTRITION

1) REDUCTION DES APPORTS NUTRITIONNELS

ET/OU

2) AUGMENTATION DES BESOINS DE L'ORGANISME





I) REDUCTION DES APPORTS NUTRITIONNELS

**Pour quelles raisons une personne mange
moins?**

A VOUS DE JOUER...



Liées à la personne

- Troubles déglutition
- Troubles digestion/absorption
 - « Modes » alimentation restrictive
- Diminution des capacités liées au vieillissement
 - Alcoolisme
 - Etat dépressif, démence
 - Refus alimentaire
 - Précarité
 - Isolement social

Liées à l'environnement de la personne

- Hospitalisation, institutionnalisation
- Jeûne partiel ou total
- Traitements et poly médication
 - Contention
- Alitement et diminution de l'activité physique
 - Régimes restrictifs
- Qualité de l'alimentation (Mauvaise couverture des besoins)



2) AUGMENTATION DES BESOINS NUTRITIONNELS

SITUATION D'AGRESSION

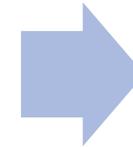
- *maladies infectieuses
- *maladies inflammatoires
 - *cancers
- *traumatismes
- *brûlures
- *stress chirurgical



Augmentation du
catabolisme
protéique
(utilisation)

+

Augmentation des
dépenses
énergétiques



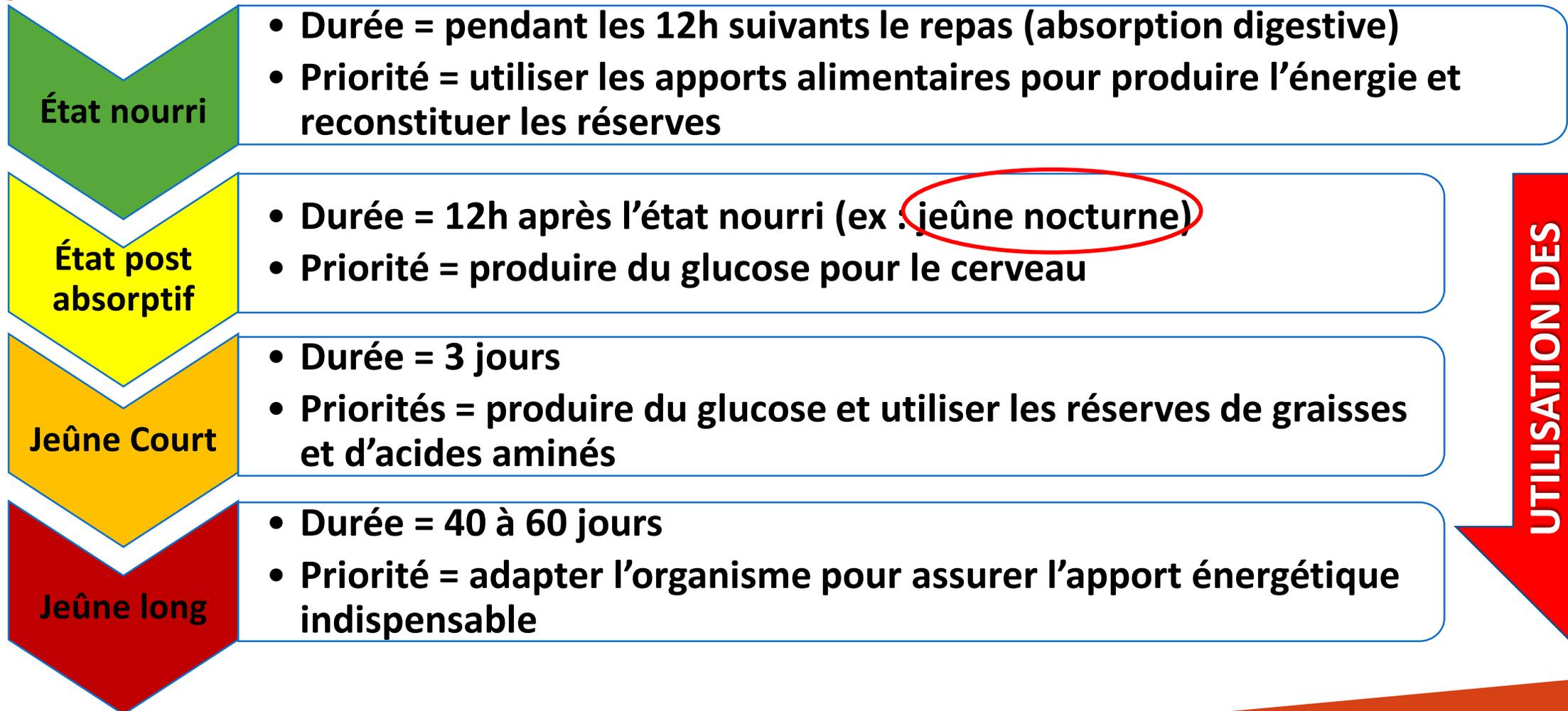
Augmentation des
besoins en calories
et/ou en protéines



Attention : en milieu hospitalier, on observe une réduction des apports ET une augmentation des besoins.



Les différents états nutritionnels



La mobilisation des réserves énergétiques

Si les apports alimentaires sont inadaptés, les réserves sont mobilisées pour :

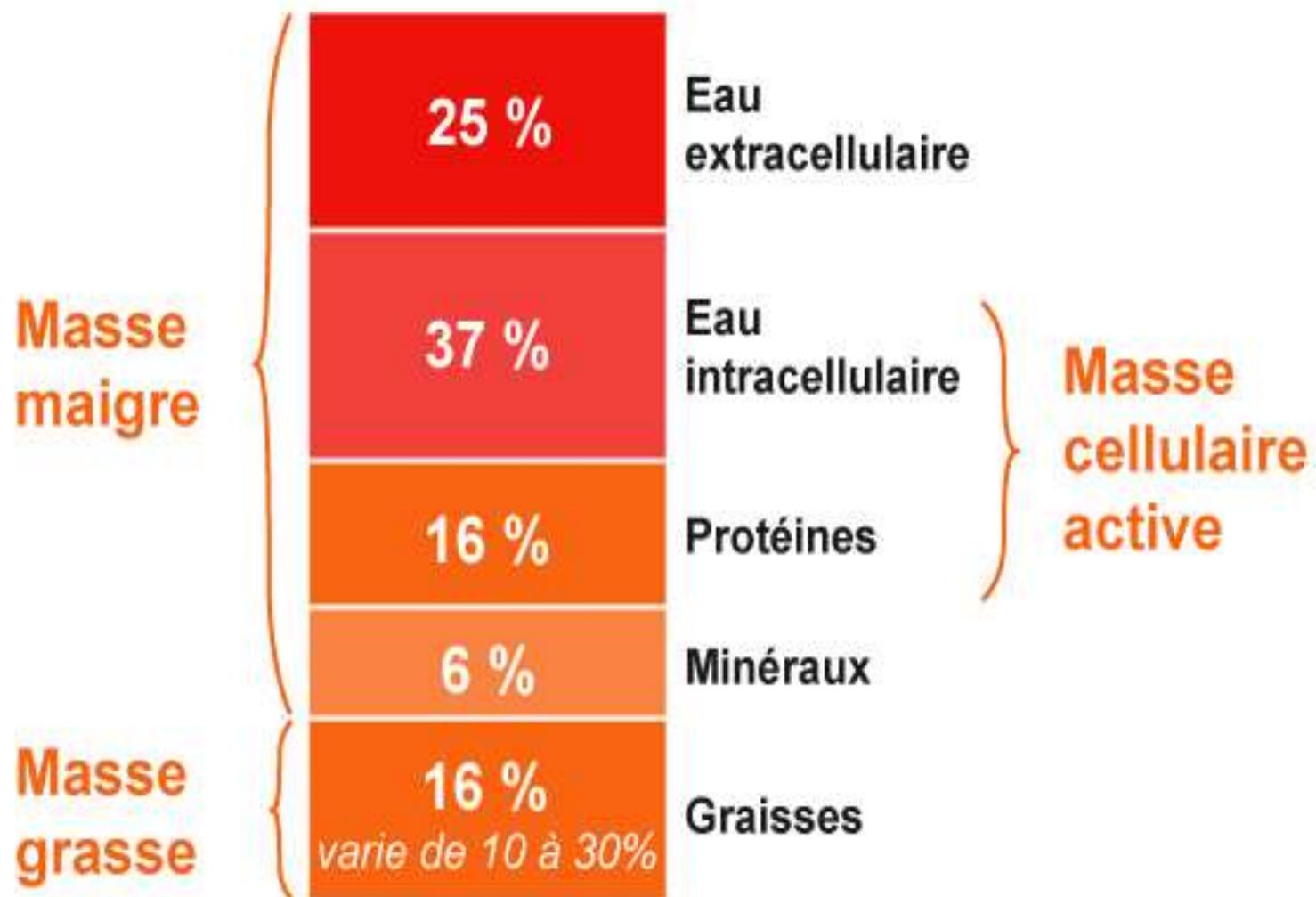
- **Couvrir les dépenses énergétiques**
- **Assurer les synthèses protéiques prioritaires**

OBJECTIF : connaître les critères de la dénutrition

MÉCANISMES DE LA DENUTRITION

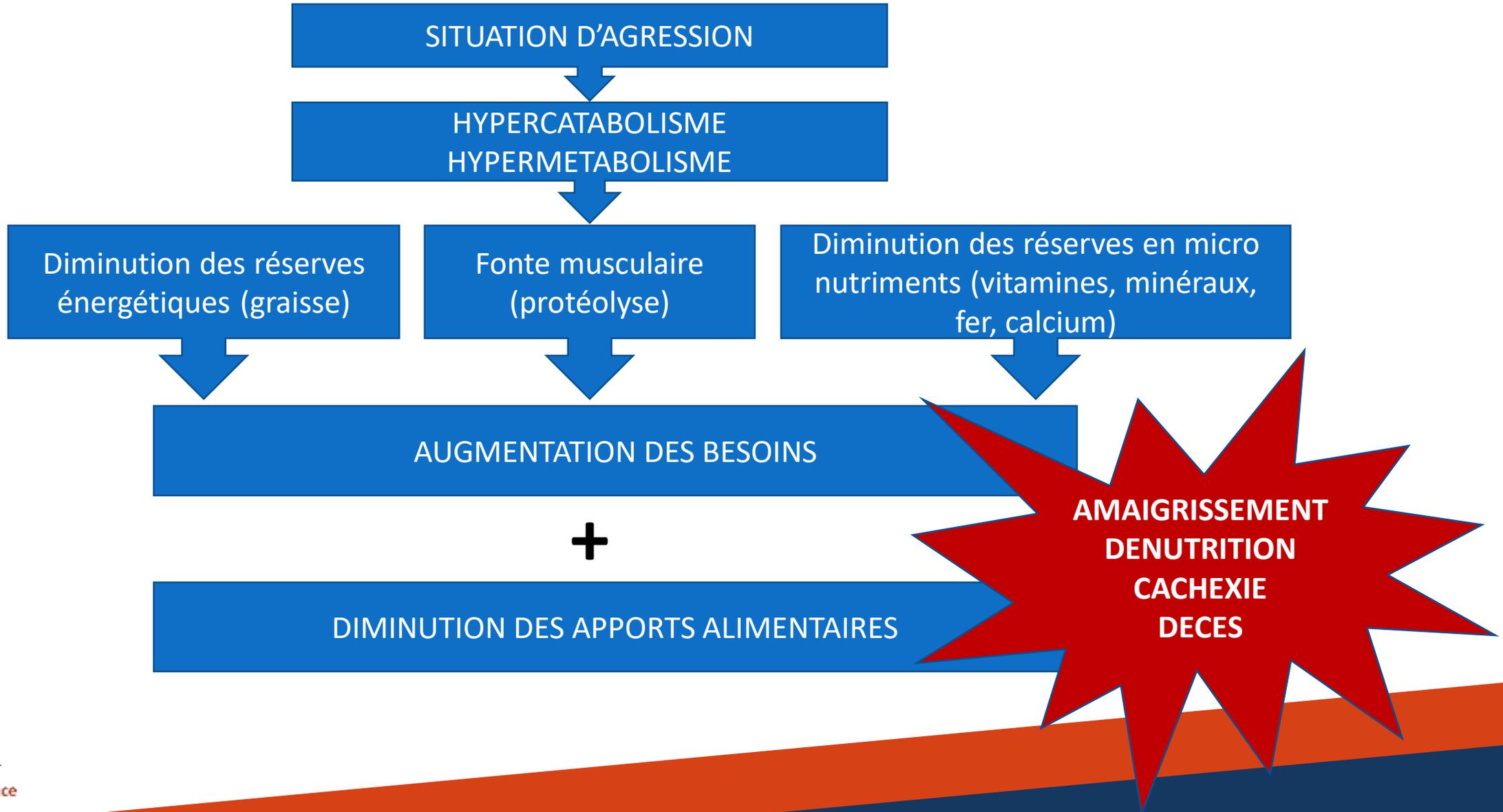


Schéma de la composition corporelle





Les mécanismes en cause



CONSTITUTION DU DEFICIT EN PROTEINES (I)

CARENCE D'APPORTS EN PROTEINES
ET/OU FUITE PROTEIQUE

UTILISATION DES PROTEINES
MUSCULAIRES (= 30 à 40% du
poids corporel)

=> Contribue principalement à
compenser le déficit

=> Fournit les acides aminés pour
la fabrication du glucose et des
protéines hépatiques

UTILISATION DES PROTEINES
VISCERALES (= 7% du poids
corporel)

=> Peu utilisées pour compenser le
déficit

CONSTITUTION DU DEFICIT EN PROTEINES (2)

INFLAMMATION AIGUË OU CHRONIQUE

AUGMENTATION DE LA
SYNTHESE HEPATIQUES
DES PROTEINES DE LA
PHASE AIGUË (CRP,
fibrinogène...)

AUGMENTATION
IMPORTANTE DE
L'UTILISATION DES
PROTEINES
MUSCULAIRES

AUGMENTATION DE
L'EXCRETION URINAIRE
D'AZOTE (UREE)

LE DÉFICIT EN MICRONUTRIMENTS



Les déficits en micronutriments (= vitamines et minéraux) sont fréquents chez les malades dénutris mais il est difficile d'en quantifier l'ampleur.

Les stocks sont rapidement épuisés notamment pour :

- **Zinc** : cicatrisation, anabolisme, fonction thyroïdienne, défenses immunitaires
 - **Sélénium** : défenses anti-oxydantes
- **Vitamines du groupe B** : la carence expose aux neuropathies, aux anémies (folates = B9, B12) et à l'encéphalopathie carencielle

OBJECTIF : connaître les critères de la dénutrition

CONSÉQUENCES





La dénutrition entraîne des changements des fonctions physiologiques et corporelles :

- **Apathie, asthénie**



- **Anémie**

- **Diminution de la force musculaire**



- **Réduction des capacités physiques**

- **Augmentation des chutes chez la personne âgée**

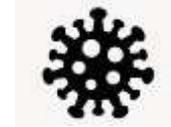


- **Risque accru d'ostéoporose et de fractures**



Les changements des fonctions physiologiques et corporelles (2)

- **Altération du système immunitaire**
- **Augmentation du risque infectieux**
- **Retard de cicatrisation**
- **Escarres, atrophie des muqueuses**
- **Défaut de synthèse hormonale**





Les effets de la dénutrition (I)

Les effets de la dénutrition associée aux maladies sont insidieux :

- **Aggravation du pronostic**
- **Augmentation de la mortalité et de la morbidité**
- **Diminution de l'espérance de vie**
- **Augmentation de la prévalence des infections nosocomiales et des prescriptions d'antibiotiques**
- **Augmentation du risque d'invalidité**





Les effets de la dénutrition (2)

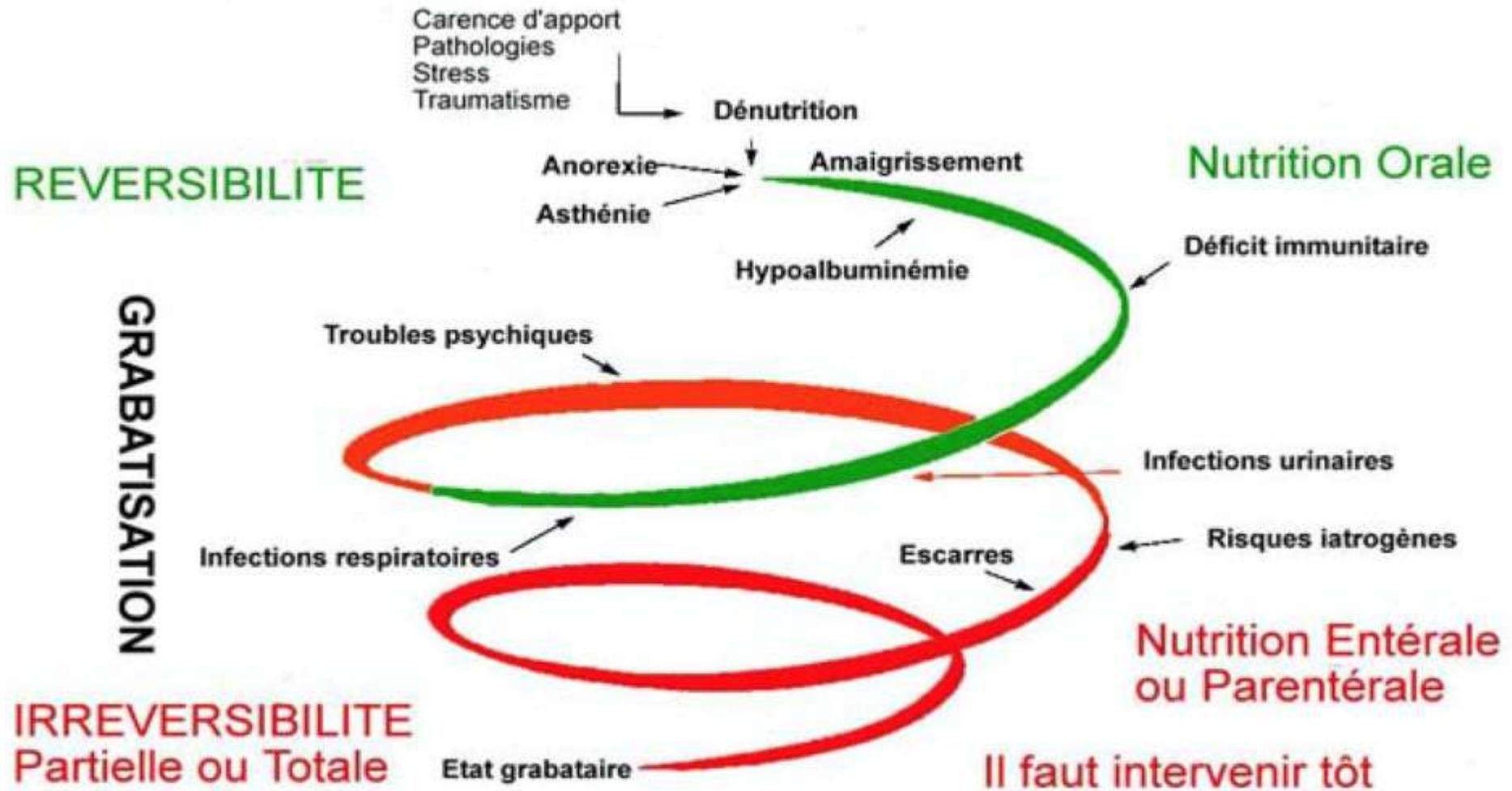
- **Allongement de la durée d'hospitalisation**
- **Réduction de la qualité de vie des personnes soignées**
- **Augmentation de la dépendance et de la charge des soins**
- **Augmentation des coûts de prise en charge hospitalière**



En définitive, la dénutrition a des conséquences médico-économiques importantes.



La Spirale de la dénutrition (Dr Monique FERRY 1993)





Les causes de la dénutrition

La dénutrition est fréquente chez les patients hospitalisés à l'admission
20 à 55 %

Pathologie chronique

Pathologie aiguë

Dénutrition
pré-hospitalière



Dénutrition plus marquée à la sortie

OBJECTIF : être capable de repérer des situations à risques

LE DÉPISTAGE

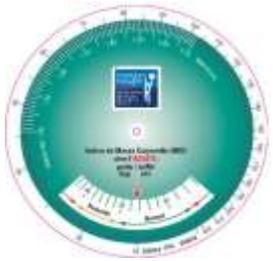




Outils anthropométriques

Les outils retenus pour le dépistage de la dénutrition :

- **Index de masse corporelle = IMC (Poids / (Taille)²)**
 - adulte **IMC < 18,5 kg/m²**
 - personne âgée **IMC < 22 kg/m²**
- **Perte de poids avant l'admission**
 - 2kg** ou **5%** en **1 mois**
 - ou
 - 4kg** ou **10%** en **6 mois**





La détermination du poids



- **Pesée systématique à l'arrivée (dans les 48h) :**
 - *balance tarée, sans chaussures, enlever les vêtements lourds, pas d'appui*
 - *systèmes de pesée adaptés aux handicaps*
- **Rechercher une perte de poids récente involontaire (dans les 6 derniers mois)**

La détermination de la taille

- Interroger la personne ou son entourage

ou

- Utiliser une toise

ou

- Consulter la **carte d'identité** nationale ou le passeport
(pour les patients âgés de moins de 60 ans)

ou

- Utiliser la **mesure « distance talon-genou »**
(pour les patients âgés de plus de 60 ans)





L'estimation de la taille à partir de la « distance talon-genou »

La mesure de la distance talon genou à partir de 60 ans nous permet de déterminer la taille du patient (formule de Chumlea qui tient compte de la distance mesurée, de l'âge et du sexe du patient).



En reportant cette distance mesurée sur Sillage, la taille estimée est calculée automatiquement :



Données cliniques Allergies Antécédents

Date d'enregistrement 01/12/2021 15:14

	Dernière valeur	Valeur relevée	Suivi des valeurs
Taille	175.0 cm le 07/07/2019 à 12:54	<input type="text"/> cm	<input checked="" type="checkbox"/> estimée
Distance talon-genou		<input type="text"/> cm	
Poids	81.0 kg le 07/03/2021 à 08:27	<input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/> estimé
Poids de prescription		<input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/> estimé
Surface corporelle ?		<input type="text"/> m ²	
Indice de Masse Corporelle ?	26.4 le 07/03/2021 à 08:27	<input type="text"/>	
Créatininémie		<input type="text"/>	
Clairance Cockcroft		ml/min	
Clairance MDRD		ml/min/1.73m ²	
Clairance MDRD Afro		ml/min/1.73m ²	
Clairance CKD-EPI		ml/min/1.73m ²	

i La surface corporelle est calculée à partir du poids de prescription et de la taille. L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé aussi de la taille, la clairance de Cockcroft dépend aussi du poids.
La surface corporelle, l'IMC et les clairances sont automatiquement recalculés lors de la modification du poids, du poids de prescription.
Pour les patients de plus de 60 ans, la taille peut être estimée grâce à la distance talon-genou.
La date de validité des données correspond à l'heure de saisie.

Vous aurez alors la taille qui permettra d'obtenir l'IMC.

Les statuts nutritionnels et IMC

	DENUTRITION	NORMAL	SURPOIDS	OBESITE		
				grade 1	grade 2	grade 3
Adulte avant 70 ans	< 18,5	18,5 à 24,9	25 à 29,9	30 à 34,9	35 à 39,9	> 39,9
Adulte après 70 ans	< 22	22 à 24,9	25 à 29,9	30 à 34,9	35 à 39,9	> 39,9

ATTENTION : Une personne obèse peut être dénutrie!!!



Les marqueurs biologiques (I)



L'albumine

= protéine synthétisée par le foie qui reflète le métabolisme
(= production) des protéines

- **Concentration plasmatique : 35 à 50g/l**
- **Variation lente des concentrations : $\frac{1}{2}$ vie longue (21 jours)**
- **Intérêt sur le long terme**
- **Intérêt pronostic dans la sévérité de la dénutrition**
- **Pas d'intérêt à court terme**
- **Varie selon la CRP**



Les marqueurs biologiques (2)



La pré-albumine (transthyretine)

- **Concentration plasmatique : 0,2 à 0,4g/l**
- **Sensibilité +++**, utile dans le dépistage de la dénutrition récente : $\frac{1}{2}$ vie courte (2 jours)
- **Spécificité +** : influencée par les maladies hépatiques, inflammations, insuffisance rénale
- **Intérêt pronostic ++++**

Les critères retenus pour le dépistage de la dénutrition chez l'adulte < 70 ans

Recommandations HAS 2019 (adulte < 70 ans) : Présence d'au moins 1 critère phénotypique ET 1 critère étiologique

Critère phénotypique (un seul critère suffit)

- Perte de poids :
 - $\geq 5\%$ en un mois ou
 - $\geq 10\%$ en 6 mois ou
 - $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant la maladie
- $IMC < 18.5\text{kg/m}^2$
- Réduction quantifiée de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire



Critère étiologique (un seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire : $\geq 50\%$ pendant plus d'une semaine ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques
 - Absorption réduite (malabsorption/maldigestion)
- Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou chronique évolutive, pathologie maligne évolutive

Si les critères de dénutrition phénotypiques et étiologiques sont réunis, on peut ensuite qualifier la sévérité de la dénutrition (<70ans)

Dénutrition modérée (un seul critère suffit)

- $17 < \text{IMC} < 18.5 \text{kg/m}^2$
 - Perte de poids :
 - $\geq 5\%$ en un mois ou
 - $\geq 10\%$ en 6 mois ou
 - $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant la maladie
- $30 < \text{Albuminémie} < 35 \text{g/L}$

Dénutrition sévère (un seul critère suffit)

- $\text{IMC} < 17 \text{kg/m}^2$
 - Perte de poids :
 - ∅ $\geq 10\%$ en un mois ou
 - ∅ $\geq 15\%$ en 6 mois ou
 - ∅ $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant la maladie
- $\text{Albuminémie} \leq 30 \text{g/L}$

Les critères retenus pour le dépistage de la dénutrition chez l'adulte ≥ 70 ans

Recommandations HAS 2021 (adulte ≥ 70 ans) : Présence d'au moins 1 critère phénotypique ET 1 critère étiologique

Critère phénotypique (un seul critère suffit)

- Perte de poids :
 - $\geq 5\%$ en un mois ou
 - $\geq 10\%$ en 6 mois ou
 - $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant la maladie
- IMC $< 22\text{kg/m}^2$
- Sarcopénie confirmée par une réduction quantifiée de la masse musculaire et de la fonction musculaire



Critère étiologique (un seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire : $\geq 50\%$ pendant plus d'une semaine ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques
 - Absorption réduite (malabsorption/maldigestion)
- Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou chronique évolutive, pathologie maligne évolutive

Si les critères de dénutrition phénotypiques et étiologiques sont réunis, on peut ensuite qualifier la sévérité de la dénutrition (≥ 70 ans)

Dénutrition modérée (un seul critère suffit)

- $20 < \text{IMC} < 22\text{kg/m}^2$
 - Perte de poids :
 - $\geq 5\%$ en un mois ou
 - $\geq 10\%$ en 6 mois ou
 - $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant la maladie
- Albuminémie $> 30\text{g/L}$

Dénutrition sévère (un seul critère suffit)

- $\text{IMC} < 17\text{kg/m}^2$
 - Perte de poids :
 - Ø $\geq 10\%$ en un mois ou
 - Ø $\geq 15\%$ en 6 mois ou
 - Ø $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant la maladie
- Albuminémie $\leq 30\text{g/L}$



Le M.N.A-SF[®] : Mini Nutritionnal Assessment Short-Form (patient > 70 ans)

- **MNA réduit (6 items) :**
 - **Normal si $\geq 12/14$**
 - **Si ≤ 11 , possibilité de malnutrition**
- **N'est pas un élément diagnostic de la dénutrition mais permet d'avoir un aperçu sur le risque de dénutrition du patient**

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

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

C Motricité

0 = au lit ou au fauteuil

1 = autonome à l'intérieur

2 = sort du domicile

D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?

0 = oui 2 = non

E Problèmes neuropsychologiques

0 = démence ou dépression sévère

1 = démence leve

2 = pas de problème psychologique

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

Score de dépistage

(sous-total max. 14 points)

12-14 points:

8-11 points:

0-7 points:

état nutritionnel normal
à risque de dénutrition
dénutrition avérée

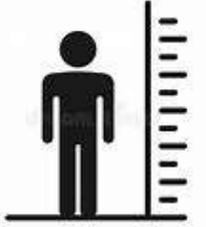
OBJECTIF : comprendre le rôle de chacun dans la prise en charge pluridisciplinaire

PROTOCOLE DE DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA DÉNUTRITION



Référence Kaliweb : I SOIN 036 V A

- **Mesure de poids et de la taille, avec calcul de l'IMC à l'entrée du patient (maximum dans les 24h à 48h).**
- **Evaluation biologique par le médecin**
- **Si dénutrition, prise en charge par la diététicienne pour enrichissements et/ou CNO (sur prescription médicale)**
- **MEP feuille de surveillance alimentaire en cas de dénutrition sévère sur prescription médicale**
- **Réévaluation du poids :**
 - **1 fois par semaine en médecine et chirurgie**
 - **1 fois tous les 15 jours en SSR et psychiatrie**
 - **1 fois par mois en EHPAD et USLD**





Les rôles de l'infirmier dans le dépistage et la prise en charge de la dénutrition

- **Recueil d'informations***
- **Outils évaluant le risque nutritionnel (ingesta, IMC)**
- **Repérage des situations à risque**
- **Marqueurs biologiques**
- **Transmissions d'informations**
- **Mesures anthropométriques**
- **Connaissance du protocole**
- **Observations***





Les rôles de l'aide-soignant dans le dépistage et la prise en charge de la dénutrition

- **Recueil d'informations*** (bilan entrée)
- **Outils évaluant le risque nutritionnel (ingesta, IMC)**
- **Repérage des situations à risque**
- **Transmissions d'informations**
- **Mesures anthropométriques**
- **Observations***





Le recueil d'informations

Il se réalise auprès de la personne soignée et/ou de son entourage.

Il concerne les habitudes alimentaires de la personne (goûts ou aversions alimentaires, textures alimentaires, alimentation spécifique) mais aussi sur l'historique du poids (perte de poids récente) et l'évolution de l'appétit de la personne soignée.



Les observations



- **Changements des fonctions corporelles** : asthénie, apathie, diminution des forces musculaires, diminution des capacités physiques
- **Etat bucco-dentaire** : mauvaise dentition, appareil dentaire non adapté, présence de mycose, d'aphtes, de sécheresse...
- **Comportement de la personne soignée au moment du repas** : attitude, aspect relationnel...
- **Tenue du patient** : vêtements « amples », cran de ceinture
- **Consommation du plateau repas** : totalité, $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$
- **Surveillance des ingesta** : sur 3 jours ou plus (prescription médicale)
- **Refus alimentaire = urgence** : discussion en équipe pluridisciplinaire

OBJECTIF : comprendre le rôle de chacun dans la prise en charge pluridisciplinaire

LE SUJET ÂGÉ



Pourquoi la personne âgée est-elle à risque de dénutrition ?



A VOUS DE JOUER...

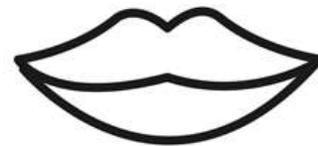


- **Causes liées à l'environnement : isolement social, deuils, difficultés financières**
- **Causes liées au vieillissement :**
 - **Perte d'autonomie**
 - **Troubles bucco-dentaires**
 - **Troubles de la déglutition**
 - **Troubles de la marche**
 - **Troubles des membres supérieurs**
 - **Détérioration des fonctions cognitives**
 - **Déficits sensoriels**
 - **Modification de l'appareil digestif**
 - **Anorexie**
 - **Majoration des traitements médicamenteux**





- **Perte d'autonomie**
 - **Sujet en institution dépendant de la qualité et de la quantité de personnel soignant**
 - **Pathologie neurologique (accident vasculaire cérébral, Parkinson)**
 - **Pathologie ostéo-articulaire (coxarthrose invalidante)**
- **Troubles bucco-dentaires**
 - **Appareillage mal adapté**
 - **Dents non remplacées**
 - **Diminution du flux salivaire**
 - **Candidose oro-pharyngée**





- **Troubles de la déglutition**

- **Post accidents cardio-vasculaires**
- **Pathologies ORL**
- **Maladies neurologiques**
- **Démence**
- **Maladies psychiatriques**

- **Troubles de la marche**

- **Liés à la sarcopénie (fonte musculaire)**
- **Difficulté des possibilités d'approvisionnement**
- **Difficulté à réaliser les actes de la vie quotidienne**
- **Diminution de l'exercice physique**
- **Troubles neurologiques**





- **Troubles des membres supérieurs**
 - **Déficit moteur, tremblements, handicap**
 - **Difficulté à manipuler les aliments dans l'assiette**
 - **Difficulté à porter la nourriture à sa bouche**
 - **Difficulté à la préparation culinaire**
- **Détérioration des fonctions cognitives**
 - **Détérioration intellectuelle : désorientation dans le temps, perte de goût, perte des praxies nécessaires à la confection des repas**
 - **Maladie d'Alzheimer : dysfonctionnement cérébral dans la régulation du poids, perte d'autonomie pour manger, oubli la prise du repas**





- **Déficits sensoriels**



- **Modification du goût : le seuil de perception est augmenté avec l'âge pour les saveurs sucrée et salée.**
- **Modification de l'odorat : la diminution de l'odorat débute très tôt (dès l'âge de 20 ans).**

- **Tube digestif**

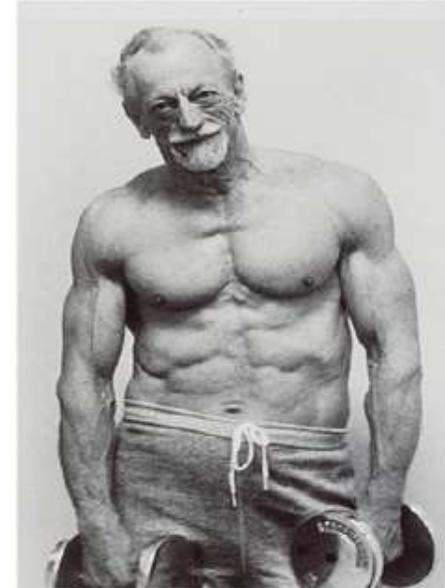
- **Atrophie de la muqueuse gastrique, augmentation du pH : mal digestion**
- **Diminution de la sécrétion pancréatique : mal digestion**
- **Retard d'absorption des aliments : malabsorption alimentaire**

- **Majoration des traitements médicamenteux**

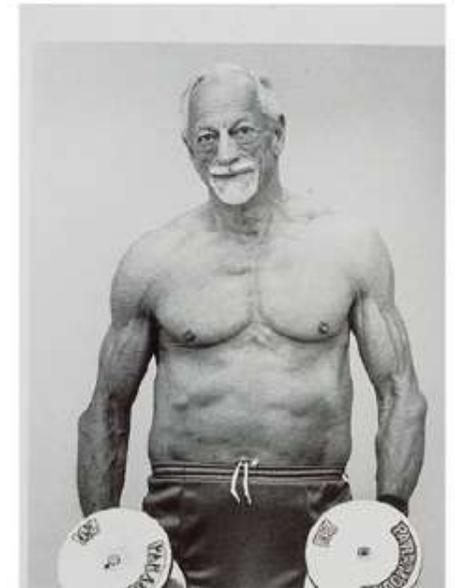


La sarcopénie

- **Définition : perte progressive et élevée de la masse, de la force et de la fonction musculaires au cours du vieillissement**
- **Causes multifactorielles : mode de vie, activité physique, modification hormonales, alimentation, modification du métabolisme**
- **Conséquence : augmente le risque de chutes et de dépendance, diminue la qualité de vie, augmente le risque de mortalité**
- **Actions à mettre en place : maintien de l'activité physique et alimentation adaptée**



67 ans



79 ans

Le cas particulier de la « fin de vie »



Objectif de la prise en charge nutritionnelle à préciser en équipe pluridisciplinaire dans le projet de soin

Attention : l'alimentation « a jeun » est soumise à une prescription médicale

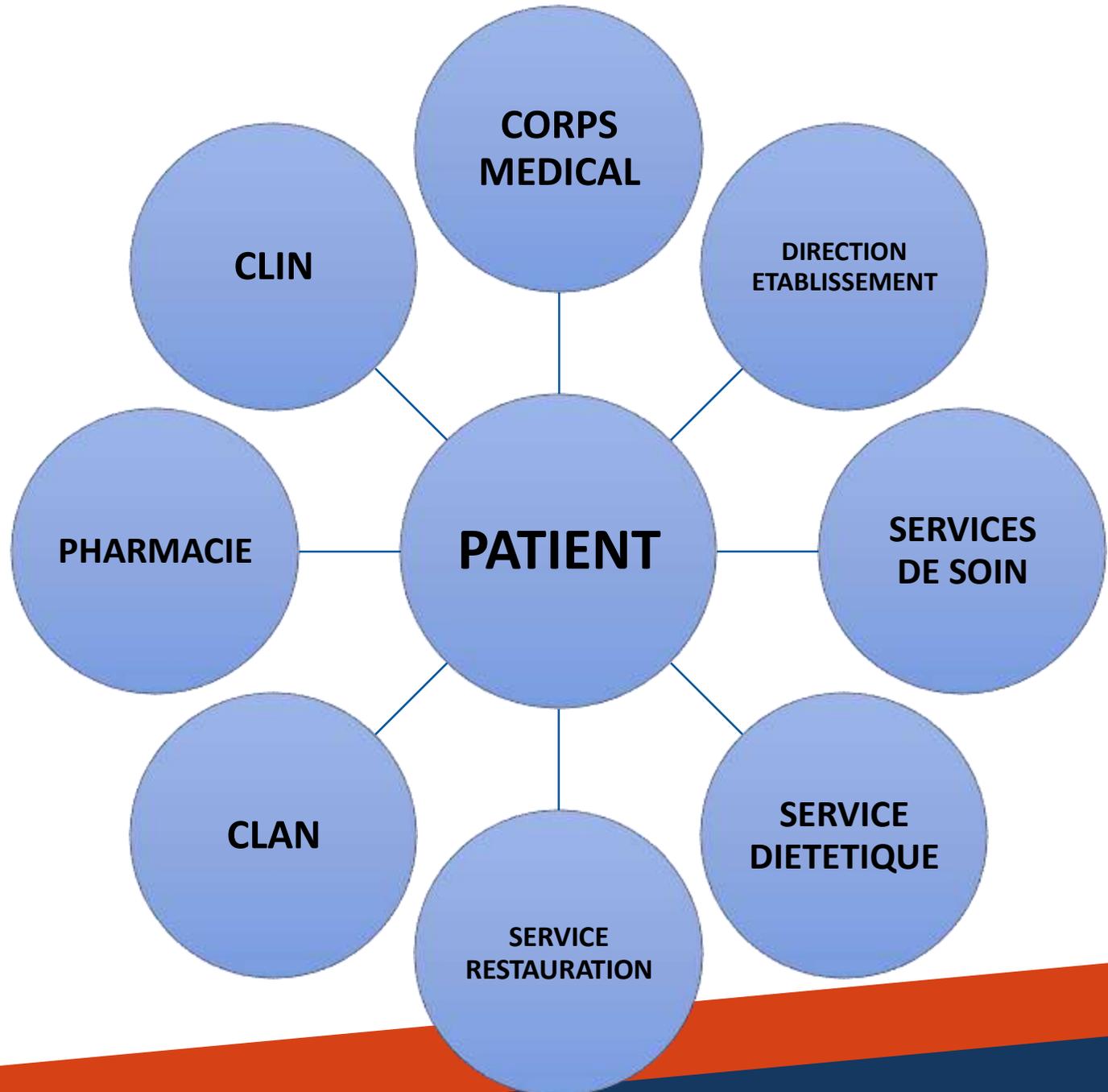
OBJECTIF : comprendre le rôle de chacun dans la prise en charge pluridisciplinaire

PRÉVENTION



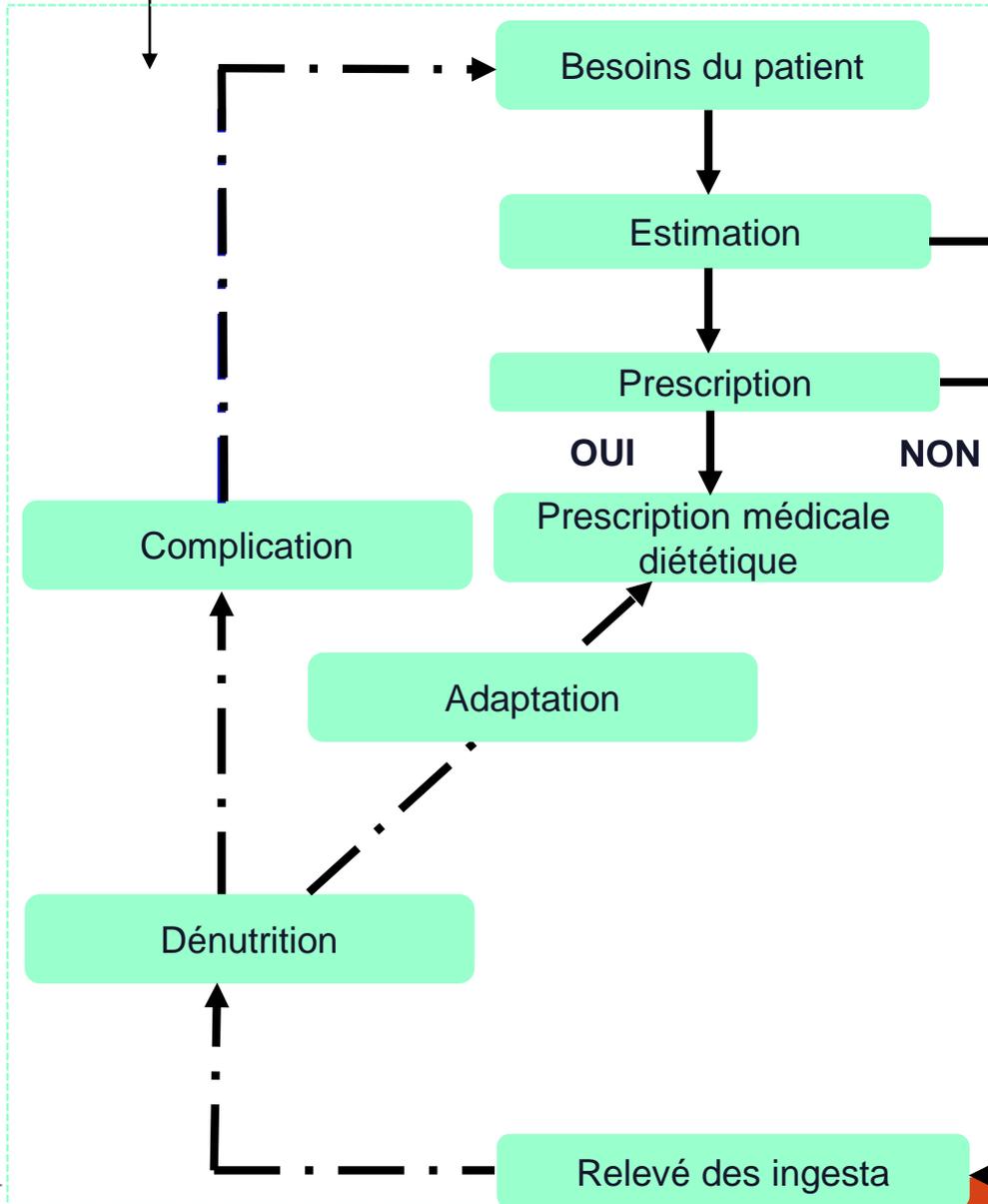


Une approche commune et transversale

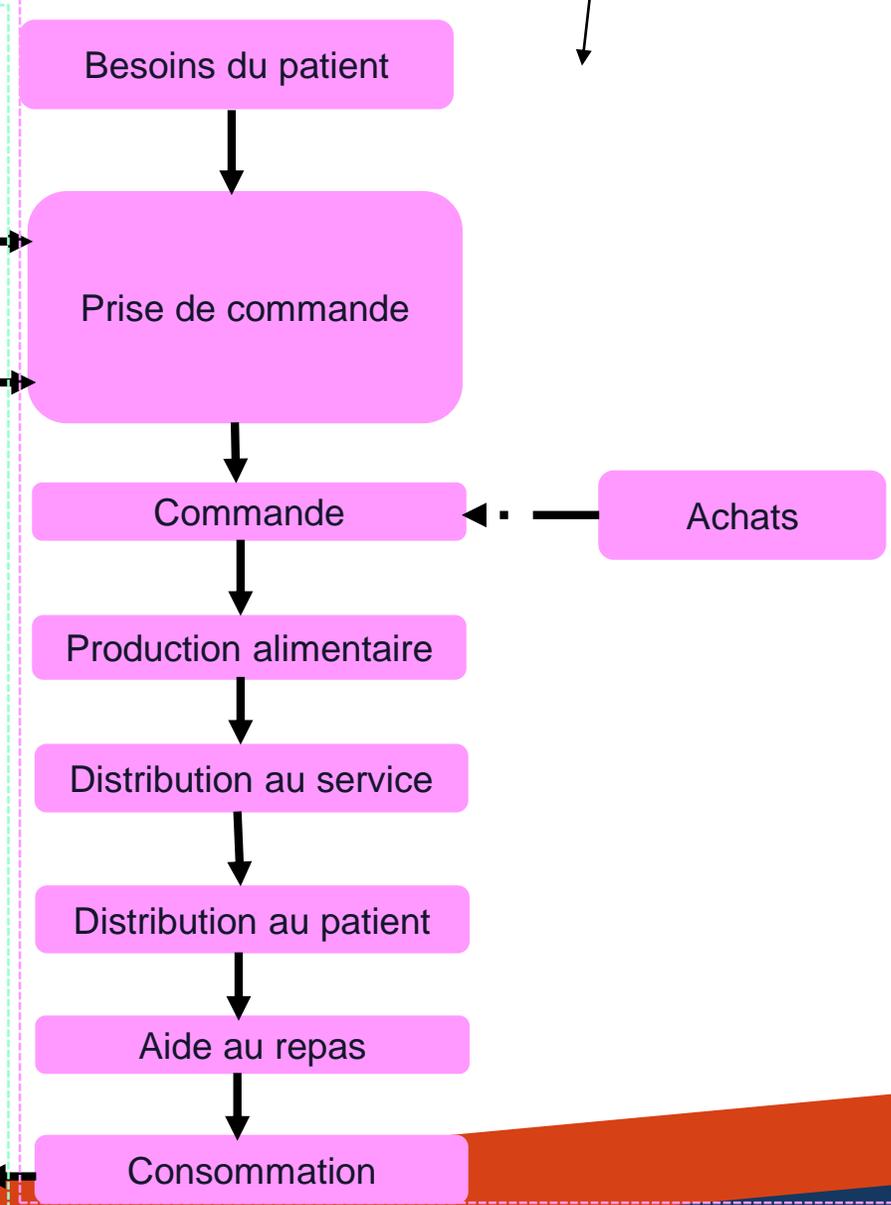




Périmètre du soin



Périmètre de la restauration





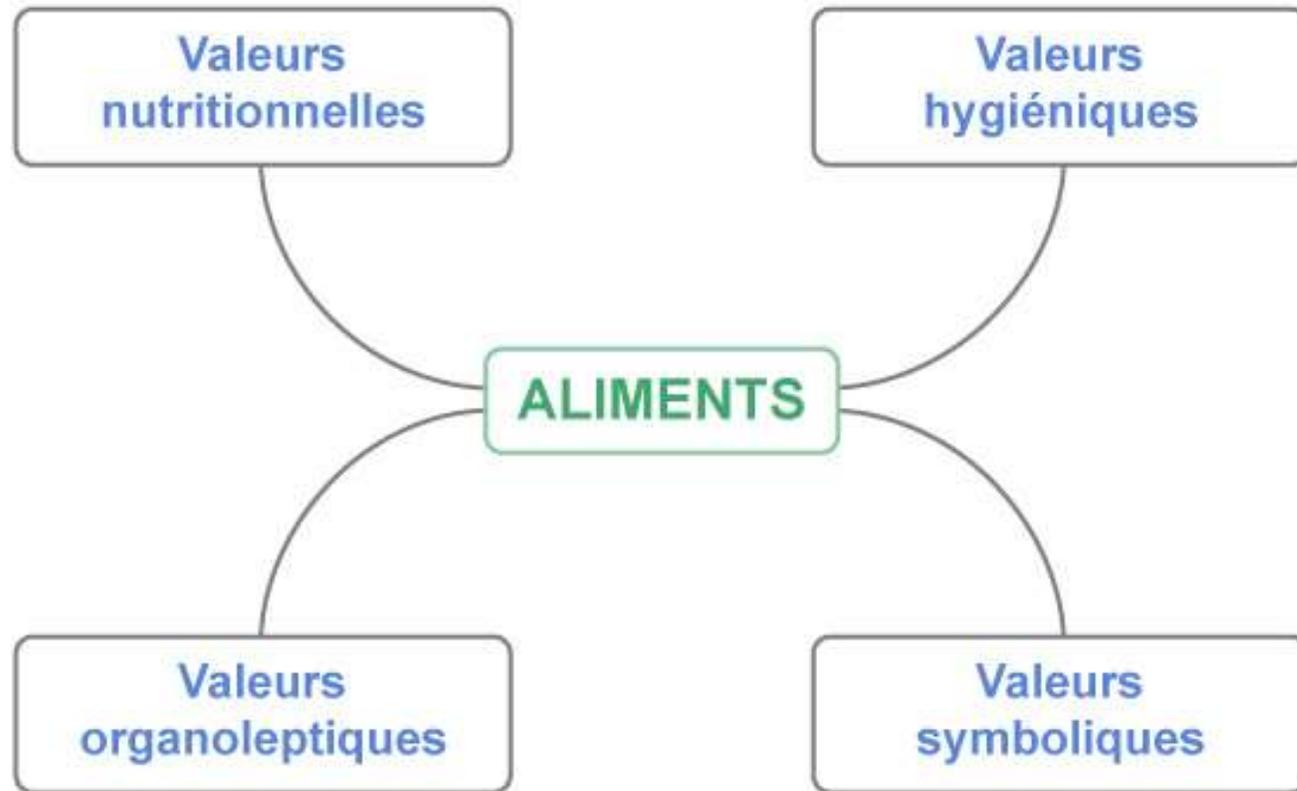
L'alimentation et le repas

**Un moyen de prévention
pour le bien-portant**

**Un soin à part entière
pour la personne soignée**



Les principales qualités contenues dans un aliment





Le repas, un temps fort

- **La convivialité**
- **La couverture des besoins nutritionnels**
- **L'action thérapeutique**
- **Le respect de l'hygiène (réglementation)**





Le respect de la règle des 4S :

Santé : couverture des besoins, action thérapeutique, équilibre nutritionnel des menus

Service : organisation du repas, facilité d'usage des produits

Satisfaction : qualité et diversité des denrées et maîtrise de l'environnement

Sécurité : besoin d'hygiène, contrôle des produits proposés aux patients

Les horaires et la durée du repas

- **Horaires des repas conseillés :**

Petit déjeuner : 7h30 à 8h30

Déjeuner : 12h - 12h30

Goûter : 15h30 - 16h

Dîner : 19h

Durée : minimum 30 minutes



- **L'environnement et le plaisir de la table**

- **En salle à manger : mettre une nappe, des assiettes de couleur, décorer la table**
- **En chambre seule : débarrasser l'adaptable de tout objet non adapté (crachoir, urinoir...)**

La présentation du repas

- **S'assurer que la commande est conforme à la prescription médicale et/ou diététique (alimentation spécifique et textures)**
- **Prendre connaissance du contenu du repas afin de l'annoncer au patient**
- **Disposer le plateau pour faciliter la prise du repas**
- **S'assurer de l'adéquation des couverts avec les aliments**
- **Ouvrir les opercules**
- **Découper les aliments qui le nécessitent, en petits morceaux**
- **Ne pas mettre les traitements directement dans le plat ou le dessert**



L'environnement doit être favorable pour manger en toute tranquillité : éviter les soins pendant le repas

OBJECTIF : être capable de repérer les cas de dénutrition et adopter la bonne stratégie thérapeutique

PRISE EN CHARGE DIÉTÉTIQUE





a) Besoins nutritionnels

Les besoins énergétiques sont supérieurs à ceux de patients ayant une activité physique identique

**35 à 40
Kcal/kg/jour**

NIVEAU D'AGRESSION	FACTEURS DE CORRECTION
Post opératoire	DER x 1,1 (x 1 si sujet alité)
Fractures	DER x 1,1 à 1,3 (x 1,2 si sujet en ambulatoire hospitalisé)
Fièvre (température > 37°)	DER x 1,13
Infection sévère	DER x 1,3 à 1,6 (x 1,4 si activité légère)
Brûlures	DER x 1,5 à 2



Il existe un lien étroit entre métabolisme protéique et énergétique.

Protéines :

1,5 à 2g/kg/jour

Un apport énergétique glucidique minimal est indispensable à l'obtention d'un gain azoté

Glucides :

55 à 60% de l'énergie

Apport 3 fois > celui des protéines



L'hydratation

Boire, encore et encore...

Avant tout faire boire : jus de fruits, tisanes, thé, café, bouillons, eaux plates ou gazeuses fraîches.



En cas de troubles de la déglutition, les eaux gélifiées ont leur place.



Les eaux gélifiées ne sont pas des concentrées d'eau !



A VOUS DE JOUER...

Combien y a-t-il d'eau dans les aliments suivants ?

1 verre eau ou de lait = ? mL

1 bol de potage = ? mL

1 yaourt = ? mL

1 compote = ? mL

1 eau gélifiée = ? mL





Manger de l'eau !

1 verre eau ou de lait = 150ml

1 bol de potage = 300ml

1 yaourt = 100ml

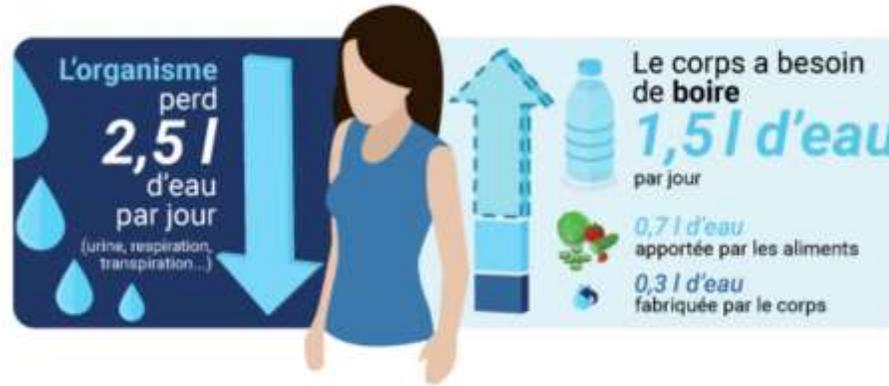
1 compote = 80ml

1 eau gélifiée = 120ml



Notre corps contient
60% d'eau

Poumons 83%	Coeur 73%
Muscles 79%	Foie 71%
Sang 79%	Peau 64%
Reins 79%	Os 31%
Cerveau 73%	



EAU :
35 à 45 ml/kg/jour

*apportée moitié/moitié
par boissons et aliments*

Les repères de consommation pour l'adulte et la **personne âgée fragile**



3 par jour

3 à 4 par jour



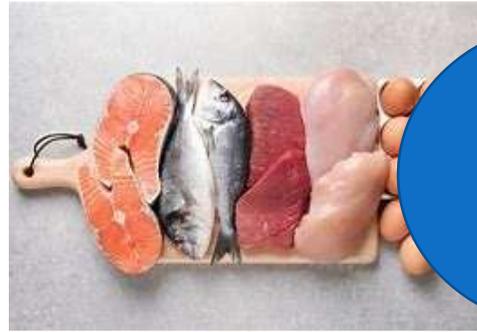
5 portions par jour minimum

5 portions par jour minimum



A chaque repas et selon appétit

A chaque repas et selon appétit



1 à 2 portions par jour

2 portions par jour



A limiter

Sans en abuser



A limiter

Sans en abuser



1L à 1,5L par jour



Attention aux « régimes » restrictifs

- Pas de « régimes » stricts au long cours chez la personne âgée

- Si une alimentation spécifique est justifiée, il est nécessaire de la réévaluer à brève échéance

Ne pas manger trop ni trop peu mais manger mieux en préservant le plaisir de manger.



RÉGIMES RESTRICTIFS ET DÉNUTRITION, QUELLES RECOMMANDATIONS ?

Les régimes restrictifs cherchent à **diminuer ou éliminer certains types d'aliments** (voire de nutriments) dans un but :



Il existe aussi d'autres régimes pratiqués sans avis médical relevant de croyances : jeûne thérapeutique, régime cétogène, régime détox, etc.



 En fonction des populations,
aucun régime restrictif n'est sans danger :



- ➔ **Insuffisance d'apport en calories** et de nombreux micronutriments
- ➔ **Perte de masse maigre** (musculaire) en plus de la **masse grasse**

➔ **DES RISQUES DE SARCOPÉNIE ET DE DÉNUTRITION**

Pour éviter ces risques, privilégiez
des **apports alimentaires adaptés**
et une **activité physique régulière**.

Sources :
ANSES, 2010. HAS 2007 et 2021. NACRe, 2017.

**Pour tout régime restrictif, il est essentiel d'être
suivi par un spécialiste.**



L'alimentation orale



Avant tout, il faut la privilégier en :

- **utilisant les aliments à forte densité calorique et hyper protidiques**
- **l'adaptant et/ou la modifiant**
- **fractionnant : augmenter le nombre de prises alimentaires**



Adaptations

MESURES CORRECTIVES	DEFINITIONS ET INDICATIONS
Alimentation à texture modifiée	Texture normal mou, hachée, moulinée ,mixée et/ou boissons épaissies <u>Indications</u> : troubles de la mastication, troubles de la déglutition, dysphagie œsophagienne
Alimentation fractionnée	3 repas (petit-déjeuner, déjeuner, dîner) et ajout de collations 10h, 16h et soirée (éviter une période de jeûne nocturne > 12h) <u>Indications</u> : personne âgée, petits appétits, suites de chirurgie digestives (œsophage, estomac, pancréas)
Alimentation enrichie	Augmentation des apports protéiques et/ou calorique des plats sans en augmenter le volume (poudre de lait, œuf, jambon, crème, fromage fondu ou râpé...) <u>Indications</u> : personne âgée, petits appétits
Compléments nutritionnels oraux	Préparations nutritives permettant un apport énergétique et/ou protéique important sous un volume restreint



b) Modalités d'enrichissement des repas

Poudre de lait Lait concentré entier		3 cuillères à soupe (20g) = 8g de protéines
Poudre de protéines (1 à 3 cuillères à soupe/j)		1 cuillère à soupe (5g) dans 150ml de liquide ou 150ml de purée = 5g de protéines
Fromage râpé Fromage fondu type crème de gruyère		2àg de gruyère = 5g de protéines 1 crème de gruyère (30g) = 4g de protéines
Œufs		1 jaune d'œuf = 3 g de protéines
Crème fraîche épaisse		1 cuillère à soupe (25g) = 80 calories
Beurre fondu, huile		1 cuillère à soupe (10g) = 75 à 90 calories



c) Nutrition orale et compléments

**Si les besoins ne sont pas couverts,
utiliser des compléments nutritionnels.**

Le complément ne peut remplacer l'aliment.

**Complémentation nutritionnelle orale (CNO) : produits
prescrits par le médecin (arrêté du 20 Septembre 2000) dans le
cadre d'une alimentation orale insuffisante afin de maintenir ou
restaurer un apport nutritionnel satisfaisant.**



- **CNO : quand et comment ?**
- **Besoins énergétiques et/ou protidiques non couverts par l'alimentation**
- **Pas « à la place du repas »**
- **Donner à distance du repas au moins 1h30 avant ou après un repas**
- **Varié les textures et les arômes (si possible) afin d'éviter la lassitude et le dégoût.**
- **Consommer les CNO sucrés très frais mais certains peuvent être réchauffés.**
- **Conserver à température ambiante si operculés sinon, à consommer dans les 2h après ouverture.**



- **Intégrer les CNO dans le schéma thérapeutique du patient en expliquant au patient les bénéfices qu'il peut en tirer**
- **Prescrire les CNO le plus précocement possible sans attendre une dénutrition sévère**
- **Les CNO doivent apporter au minimum 30g de protéines ou 400Kcal/jour et au maximum 80g de protéines ou 1000 kcal/jour**
- **Poursuivre les CNO tant que les apports spontanés ne sont quantitativement et qualitativement pas satisfaisants**
- **Remboursement total ou partiel par la sécurité sociale en fonction de la pathologie (partiel : dénutrition avec un seul critère ; total : mucoviscidose, dénutrition seule ou associée (VIH, cancer, maladies neuromusculaires), ...)**



- **Différents types de CNO existent :**
 - **Complément hypercalorique** : pour les patients ayant un apport calorique insuffisant.
 - **Complément hyperprotidique** : pour les patients ne consommant peu ou pas de viandes, poissons, œufs. Produit isocalorique.
 - **Complément hypercalorique et hyperprotidique** : association des deux situations.
 - **Complément sans lactose** : pour les patients intolérants au lactose ou maladies digestives sévères.





DEGUSTATION CNO ET ENRICHISSEMENT COMPOTE/LAITAGE : à vous de jouer!

Suivi et traçabilité



La diététicienne vérifie :

- **le poids et l'IMC (fréquence en fonction des services et du degré de dénutrition)**
- **les ingesta**
- **la tolérance**
- **le dosage de l'albumine ou de la pré-albumine pour évaluer l'efficacité de la prise en charge nutritionnelle (fréquence à déterminer selon les cas)**

La diététicienne trace dans le dossier du patient le suivi diététique avec les actions mises en place.

L'aide-soignant trace dans le dossier du patient la prise des compléments nutritionnels en indiquant, en cas de non prise, la raison (examen, refus, dégoût d'un parfum, ...).



d) Comparaison enrichissements traditionnels et CNO

- **Texture Normale**

Petit-déjeuner :

Boisson lactée sucrée

Petit pain

Beurre

Confiture

Déjeuner/Dîner :

HO/Potage

VPO

Légumes/Féculents

Fromage/Laitage

Fruit

Pain

Apport calorique : 1900 à 2000kcal

Apport protidique : 77 à 80g de protéines



- **Texture Normale avec enrichissements traditionnels**

Petit déjeuner + 1 laitage sucré	Protéines + 5g P	Kcalories + 115 kcal
Déjeuner + fromage râpé (20g) + laitage sucré	+ 5g P + 5g P	+ 75 kcal + 115 kcal
Diner Potage enrichi + fromage (30g)	+ 5g P + 8g P	+ 20 kcal + 104 kcal
+ Collation 16h Laitage sucré et compote	+ 5g P	+ 115 kcal + 85 kcal
Total suppléments	+ 33g P	+ 630 Kcal
Total journalier	100g à 110g P	2500 à 2600 Kcal



- **Texture Normale avec CNO**

<u>Petit-déjeuner ou</u> <u>Collation 16h:</u> + 1 crème HP/HC	Protéines + 12g P	Kcalories + 165 kcal
<u>Déjeuner:</u> + 1 Fresubin 2Kcal	+ 20g P	+ 400 kcal
<u>Diner:</u> + 1 crème HP/HC	+12g P	+ 165 kcal
Total CNO	+44g P	+ 730 kcal
Total journalier	121 à 124g P	2600 à 2700 kcal



- **Texture Moulinée**

Petit-déjeuner :

Boisson lactée sucrée

Pain de mie

Beurre

Confiture

Déjeuner/Dîner :

HO mixée/Potage

VPO haché fin

Purée

Laitage

Compote

Pain de mie

Apport calorique : 1800kcal

Apport protidique : 68g de protéines

- **Texture moulinée avec enrichissements traditionnels**

<u>Petit déjeuner:</u> + lait ½ écrémé(150ml) Ou + 1 laitage	Protides + 5g P + 5g P	Kcalories + 72,5 kcal + 115 kcal
<u>Midi et soir:</u> Purée légumes + 1 beurre +1càs poudre protéines	+ 10g P	+ 166 kcal
<u>Soir:</u> Potage +1 fromage fondu	+ 4g P	+ 67 kcal
<u>Goûter:</u> + 1 laitage sucré	+ 5g P	+ 115 kcal
<u>Soirée:</u> 1 verre de lait ½ écrémé	+ 5g P	+ 72,5 kcal
Total suppléments	+ 34g P	+ 608 kcal
Total journalier	+ 102g P	+ 2408 kcal



- **Texture moulinée avec CNO**

<u>Goûter:</u> + Energy drink neutre café à tiédir	Protéines +11.2g P	Kcalories +300 Kcal
<u>Midi:</u> + 1 crème HP/HC	+ 12g P	+ 165 kcal
<u>Soir:</u> +1 crème Fortimel	+12g P	+ 200 kcal
Total CNO	+ 35.2 g P	+ 665 Kcal
Total journalier	+103g P	+ 2450 à 2600Kcal



- **Texture mixée**

Petit-déjeuner :

Bouillie (250ml de lait et 30g de Blédine)

Déjeuner/Dîner :

Assiette de 300g (VPO et légumes mixés) + beurre

Laitage

Compote

Apport calorique : 1800kcal

Apport protidique : 60g de protéines



- **Texture mixée avec enrichissements traditionnels**

<u>Petit déjeuner:</u> Bouillie+1 s lait ½ écrémé et 1 beurre	Protéines + 4,5g P	Kcalories + 123 kcal
<u>Midi et Soir:</u> Mixé + fromage Fondu Laitage ou compote +1 s lait ½ écrémé	+ 4g x 2 = 8g P + 4,5g x 2 = 9g P	+ 67 kcal x 2 = 134 kcal + 58 kcal x 2 = 116 kcal
<u>*+ collation 16h :</u> 1 laitage sucré	+ 5g P	+ 115 kcal
<u>+Collation soirée:</u> 1 verre de lait ½ écrémé	+ 5g P	+ 72,5 kcal
Total suppléments	+31.5g P	+ 560,5 kcal
Total journalier	91.5g P	2360 kcal



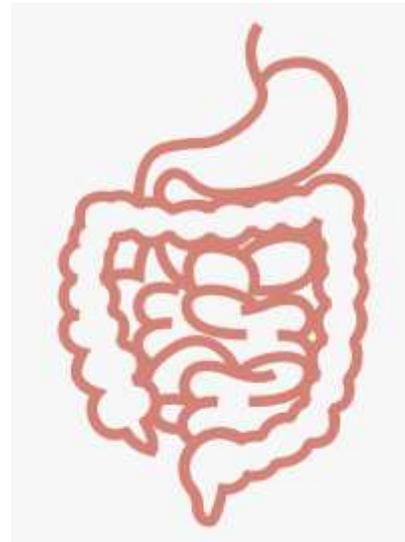
- **Texture mixée avec CNO**

<u>Goûter:</u>	Protéines	Kcalories
Energy drink 2 kcal Ou Fresubin Jucy	+20g P ou + 8g P	+ 400 kcal ou + 300 kcal
<u>Midi:</u> + 1 crème HP/HC	+ 12g P	+ 165 kcal
<u>Soir:</u> +1 crème Fortimel	+ 12g P	+ 200 kcal
Total CNO	+ 44 g P ou + 32g P	+ 765 kcal ou + 665 kcal
Total journalier	+ 104g P ou + 92 g P	+ 2565 kcal ou 2465 kcal



e) Nutrition entérale

**La nutrition entérale doit être préférée
à la nutrition parentérale dès lors que le tube digestif
est fonctionnel.**





Les indications générales

- **Alimentation orale insuffisante ou impossible pour couvrir de manière prolongée les besoins**
- **Dénutrition sévère**
- **Anorexie, dysphagie, troubles de la déglutition**
- **Agression chronique (inflammatoire, infectieuse, néoplasique...) induisant une augmentation chronique des besoins nutritionnels**
- **Pathologies digestives et/ou de l'absorption intestinale**



Les objectifs principaux

La NE n'est pas une agression mais un soin qui permet de :

- **Assurer la nutrition et/ou la renutrition**
- **Diminuer les complications et la mortalité**
- **Passer une phase difficile**
- **Comblent les déficits**
- **Améliorer la qualité de vie en récupérant un meilleur état clinique et général (moral, appétit)**
- **Diminuer l'angoisse de manger et de perdre du poids**
- **Retourner à domicile**



Les produits au GHSIF

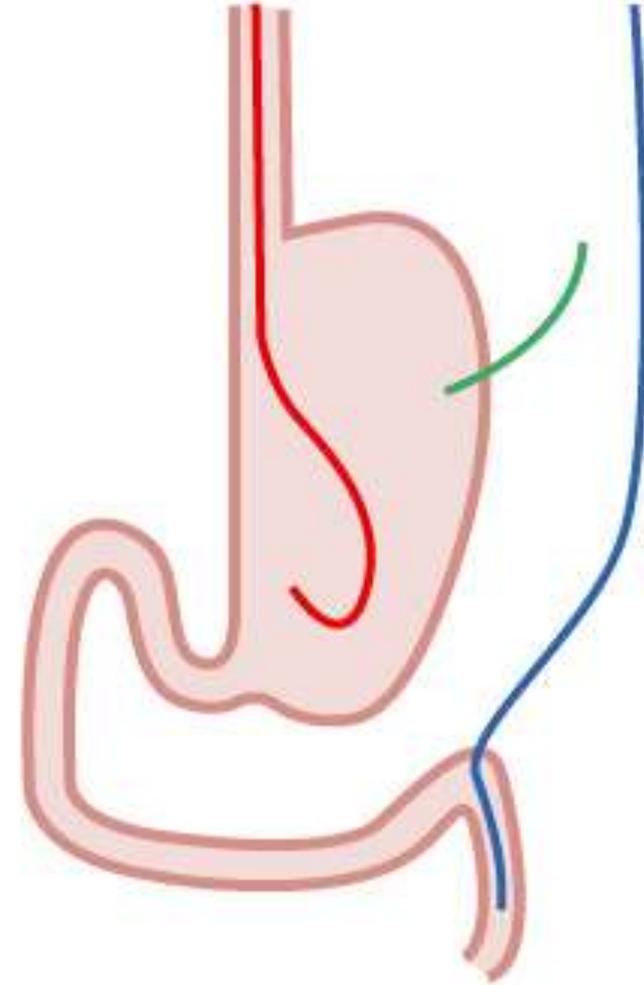


Les voies d'abord

Sondes nasogastriques
mise en place par voie nasale

Gastronomie
chirurgicale ou endoscopique

Jéjunostomies
chirurgicale; endoscopique





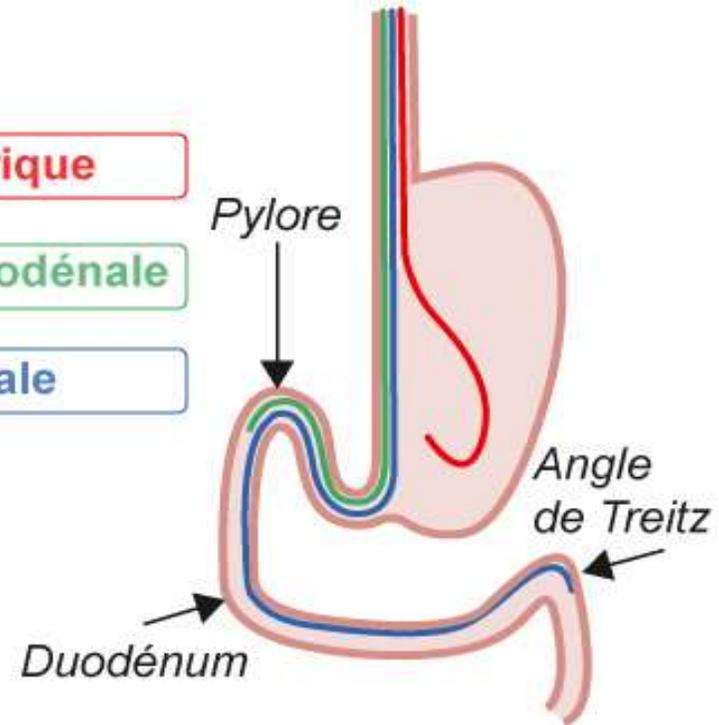
Les sondes

Lieu d'implantation

Estomac = naso-gastrique

Duodénum = naso-duodénale

Jéjunum = naso-jéjunale





La réalisation pratique : règles d'administration

L'administration de la solution se fait par pompe spécifique qui assure un débit plus constant et sécurise la procédure.

La NE peut être administrée :

- **de façon séquentielle (nocturne si alimentation orale ou diurne sur 12 à 14h)**
- **de façon continue sur 24h**
- **en bolus discontinu**

Quels conseils à donner en cas de ...



- **Faim : augmenter les apports**
- **Soif : passer de l'eau dans la sonde gastrique**
- **Diarrhées :**
 - **vérifier si la sonde n'est pas trop enfoncée**
 - **vérifier la propreté du matériel utilisé**
 - **vérifier la température du mélange (température ambiante)**
 - **ralentir le débit d'administration (en moyenne 1 poche de 500ml en 4h soit 125ml/h), fractionner le passage des nutriments**
 - **proposer au médecin un mélange nutritif adapté (exemple : GI Control)**



- **Constipation :**
 - **Augmenter les apports d'eau entre les repas**
 - **Utiliser un mélange avec fibres**
 - **Passer un peu de jus de fruit**
- **Vomissements :**
 - **Bien passer la nutrition en position assise**
 - **Vérifier si la sonde n'est pas déplacée**
 - **Passer le mélange plus lentement**
 - **Fractionner d'avantage les repas**
- **Pesanteur abdominale :**
 - **Ralentir la vitesse d'administration**
 - **Fractionner d'avantage**

CAS PRATIQUES :

à vous de jouer



Cas n°1



- **Mme A. 61 ans hospitalisée pour un ulcère de jambe surinfecté**
- **Asthénie depuis 4 mois**
- **Perte d'appétit ...**
- **Syndrome dépressif débutant**
- **Poids actuel = 64kg Taille = 1m65**
- **IMC = 23.5kg/m²**
- **...**
- **Albumine = 32g/l**
- **Mise au régime normal mais ne consomme que 2/3 des repas (≈ 1300kcal et 64g P)**



Quelles informations sont manquantes pour me permettre de diagnostiquer la dénutrition ?

Cas n°1

- Mme A. 61 ans hospitalisée pour un ulcère de jambe surinfecté
- Asthénie depuis 4 mois
- Perte d'appétit associée à une perte de poids de 4kg en 1 mois
- Syndrome dépressif débutant
- Poids actuel = 64kg Taille = 1m65
- Poids habituel = 68kg
- IMC = 23.5kg/m²
- Albumine = 32g/l
- Ne consomme que 2/3 des repas

La patiente est-elle dénutrie?



Quelles mesures mettriez-vous en place pour aider votre patiente ?



- **Diagnostic de la dénutrition :**
 - **Perte de 6% de son poids en un mois = CRITERE PHENOTYPIQUE**
 - **Situation d'agression (ulcère) = CRITERE ETIOLOGIQUE**
=> DENUTRITION MODEREE
- **Mesures à mettre en place :**
 - **Mise en place d'une surveillance alimentaire**
 - **Adaptation des repas par rapport aux préférences alimentaires et aux capacités de la personne soignée**
 - **Enrichissement de l'alimentation**
 - **Surveillance du poids**
 - **Surveillance biologique (IDE)**
 - **Avertir le médecin => Prescription de compléments nutritionnels**



Cas n°2



- **Mme L. 46 ans hospitalisée pour une néoplasie pulmonaire**
- **ATCD cancer colique**
- **Syndrome dépressif**
- **Vit seule à domicile**
- **...**
- **Poids actuel = 51kg** **Taille = 1m71**
- **Poids habituel = 57kg**
- **...**
- **Albumine = 26.8g/l**
- **...**

Quelles informations sont manquantes pour me permettre de diagnostiquer la dénutrition ?

Cas n°2

- Mme L. 46 ans hospitalisée pour découverte d'un cancer pulmonaire
- ATCD cancer colique
- Syndrome dépressif
- Vit seule à domicile
- **Perte de 6kg en 6 mois**
- Poids actuel = 51kg Taille = 1m71
- Poids habituel = 57kg
- **IMC = 17.5kg/m²**
- Albumine = 26.8g/l
- **Ne consomme que 1/4 de ses repas depuis 10 jours**

La patiente est-elle dénutrie?



Quelles mesures mettriez-vous en place pour aider votre patiente ?



- **Diagnostic de la dénutrition :**
 - **IMC à 17.5kg/m^2 = CRITERE PHENOTYPIQUE**
 - **Réduction de plus de 50% de la prise alimentaire pendant plus d'une semaine = CRITERE ETIOLOGIQUE**
 - => DENUTRITION SEVERE (albuminémie $< 30\text{g/L}$)**
- **Mesures à mettre en place :**
 - **Mise en place d'une surveillance alimentaire**
 - **Adaptation des repas par rapport aux préférences alimentaires et aux capacités de la personne soignée**
 - **Enrichissement de l'alimentation**
 - **Surveillance du poids**
 - **Surveillance biologique (IDE)**
 - **Avertir le médecin : la patiente aura probablement la mise en place d'une alimentation entérale par SNG d'emblée car hypercatabolisme important.**
 - **Si refus NE : enrichissement et CNO +++**



Cas n°3



- **Mme B. 75 ans, début d'Alzheimer, escarre stade I**
- **Problème de dentition**
- **Suspicion de troubles de déglutition**
- **...**
- **Poids actuel = 48kg Taille = 1m62**
- **Poids habituel = 53kg**
- **...**
- **Score MNA = 4**
- **Albumine = 34g/l**
- **Apport estimé à 1200 kcal et 28g P**

Quelles informations sont manquantes pour me permettre de diagnostiquer la dénutrition ?

Cas n°3



- Mme B. 75 ans, début d'Alzheimer, escarre stade I
- Problème de dentition
- Suspicion de troubles de déglutition
- **Perte de 6kg en 1 mois soit 11% de son poids**
- Poids actuel = 48kg Taille = 1m62
- Poids habituel = 54kg
- **IMC = 18.2kg/m²**
- Score MNA = 4
- Albumine = 34g/l
- Apport estimé à 1200 kcal et 28g P

La patiente est-elle dénutrie?



Quelles mesures mettriez-vous en place pour aider votre patiente ?



- **Diagnostic de la dénutrition :**
 - Perte de plus de 11% de son poids en un mois = **CRITERE PHENOTYPIQUE**
 - Maladie d'Alzheimer, escarre = **CRITERE ETIOLOGIQUE**
=> **DENUTRITION SEVERE (IMC < 20kg/m²)**
- **Mesures à mettre en place :**
 - Mise en place d'une surveillance alimentaire
 - Adaptation de la texture alimentaire avec test de déglutition
 - Enrichissement de l'alimentation
 - Surveillance du poids
 - Surveillance biologique (IDE)
 - Avertir le médecin => Prescription de compléments nutritionnels

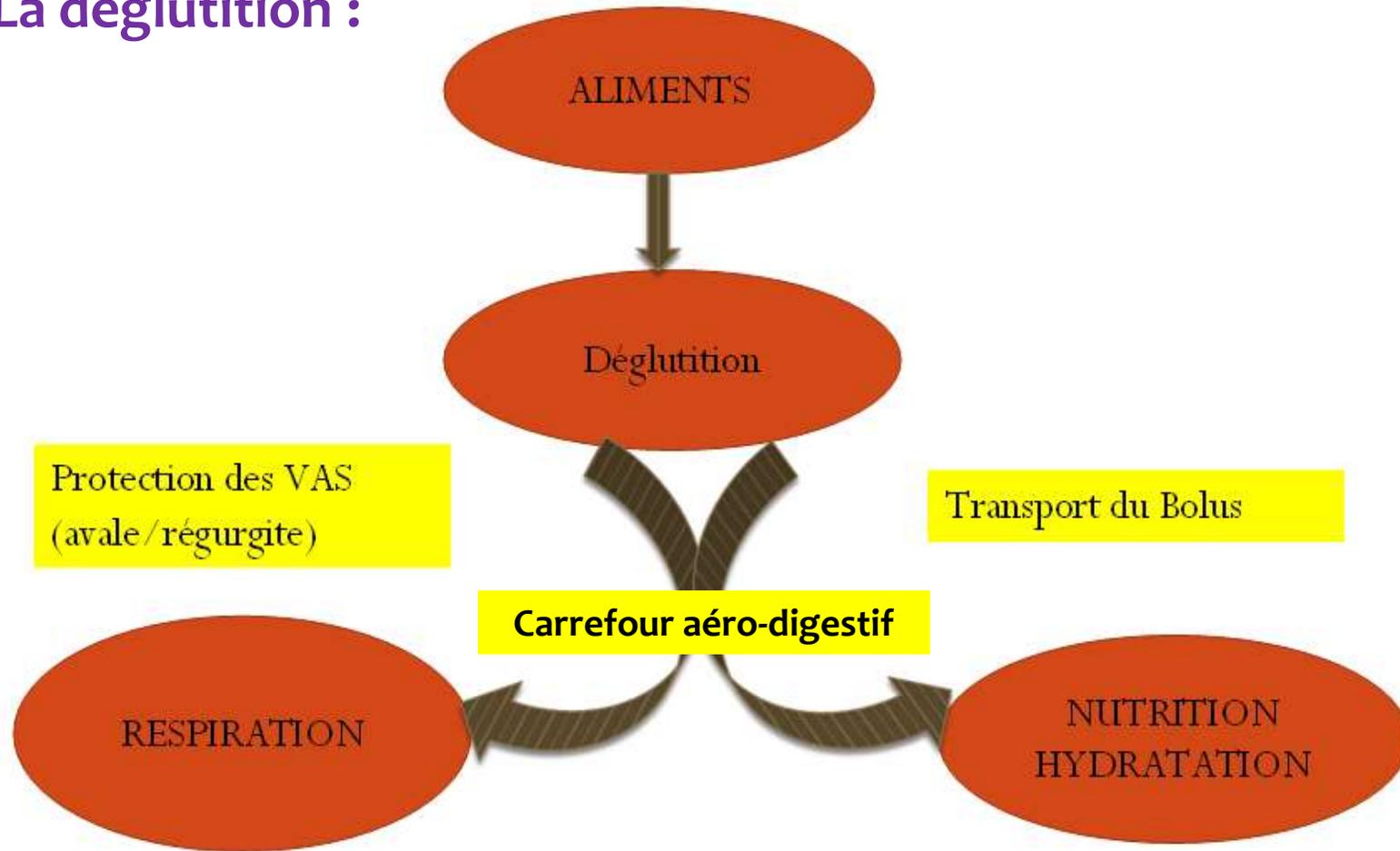
**OBJECTIF : être capable de respecter les bonnes pratiques pour la prise en charge
des troubles de la déglutition**

LES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION





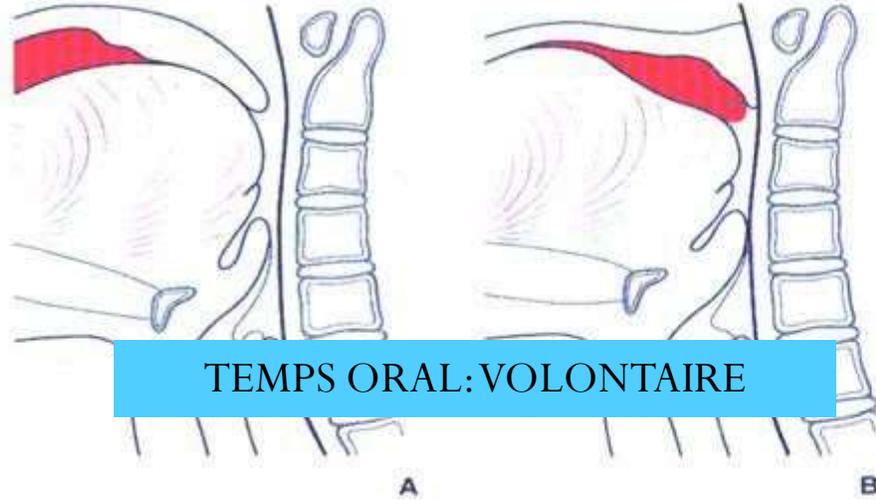
La déglutition :



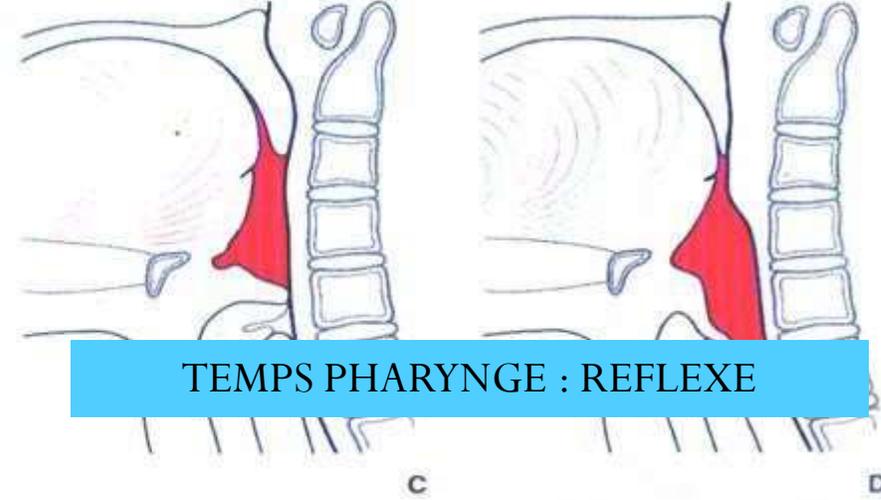
On déglutit en moyenne 2 000 fois par jour, soit 1,5 litre de salive quotidienne, soit environ une déglutition toutes les 5 minutes



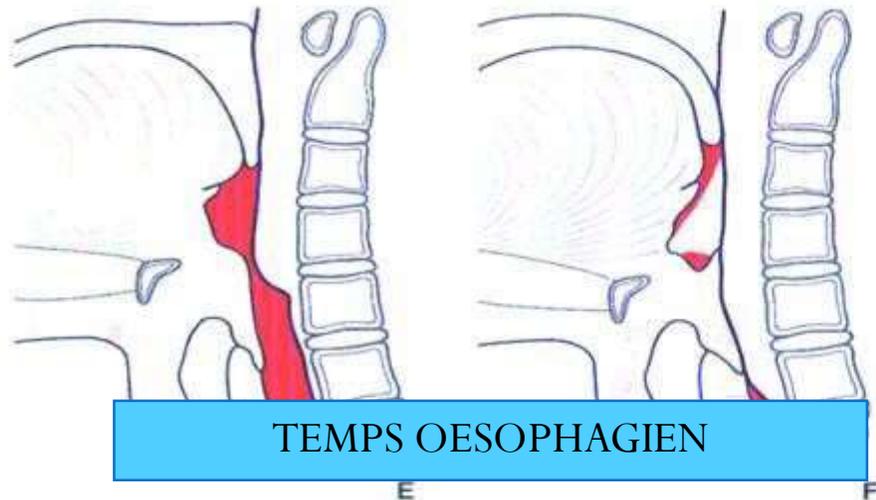
- Les phases de la déglutition



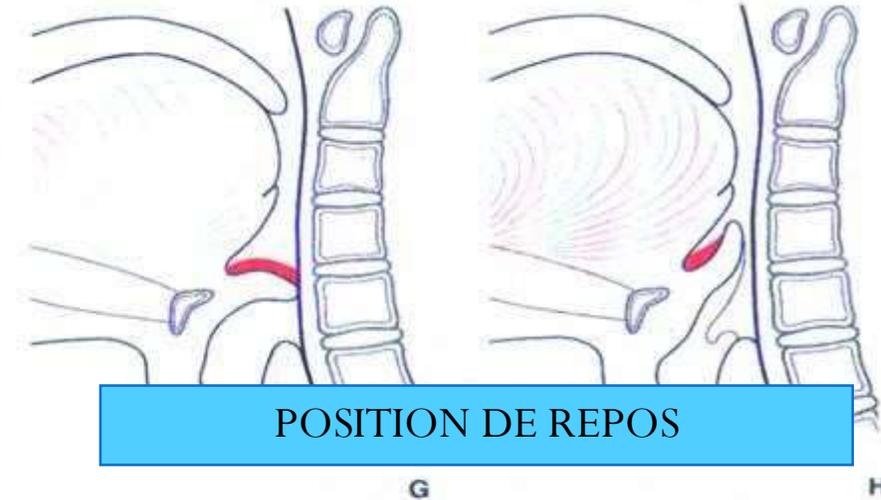
TEMPS ORAL: VOLONTAIRE



TEMPS PHARYNGE : REFLEXE



TEMPS OESOPHAGIEN



POSITION DE REPOS



- **La phase orale**

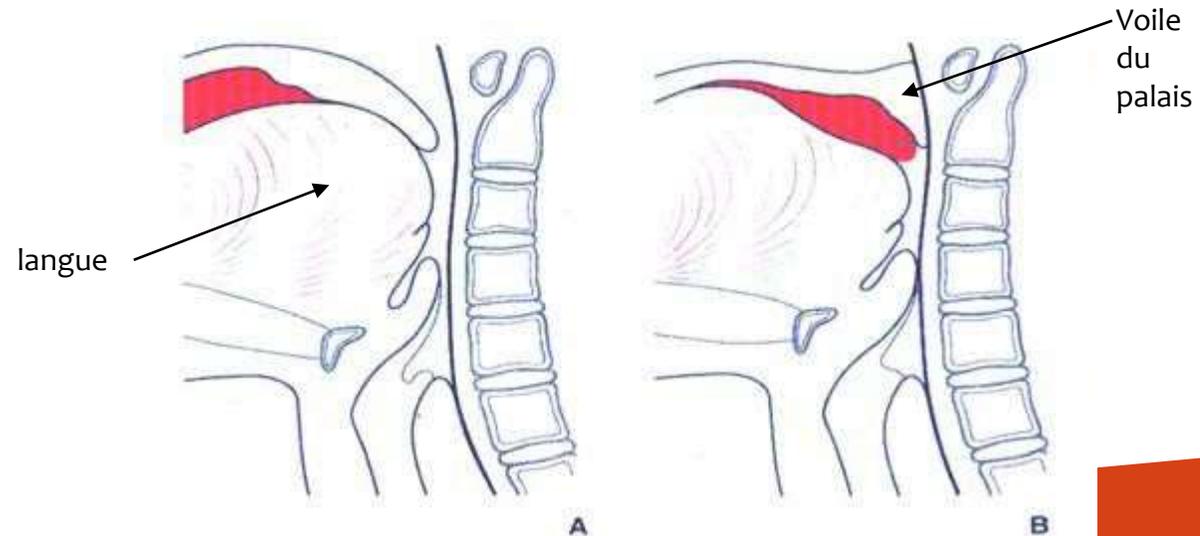
= la mise en bouche

A fermeture labiale

- mastication et insalivation

B récolte du bol alimentaire sur le dos de la langue et propulsion vers l'arrière

- **Le voile du palais s'élève → déclenchement du réflexe de déglutition**





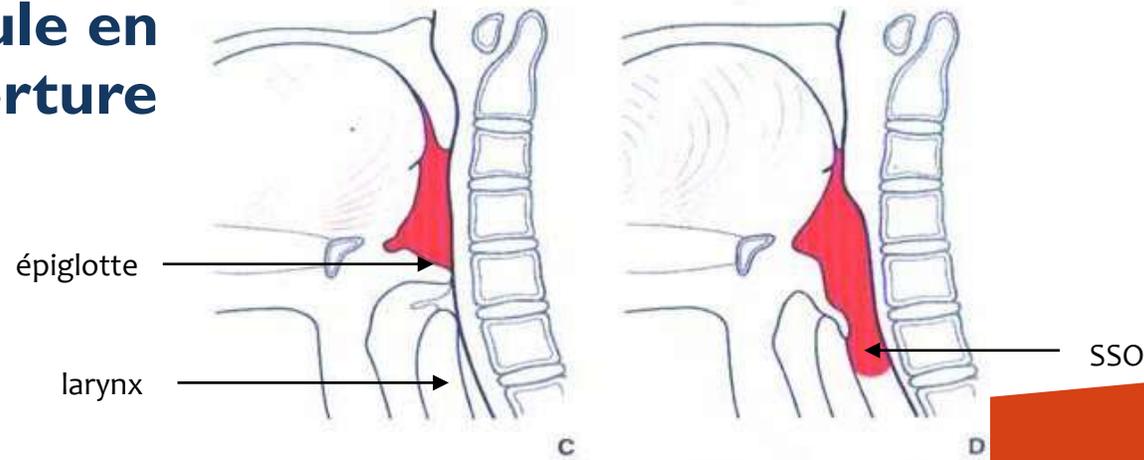
- **La phase pharyngée**

= **transport du bolus jusqu'au sphincter supérieur de l'œsophage (SSO)= automatique et rapide (1 à 2 sec)**

C **recul de la base de la langue et descente de l'épiglotte**

D **fermeture glottique = cordes vocales fermées= mise en apnée**

- **élévation et bascule en l'épiglotte → ouverture**

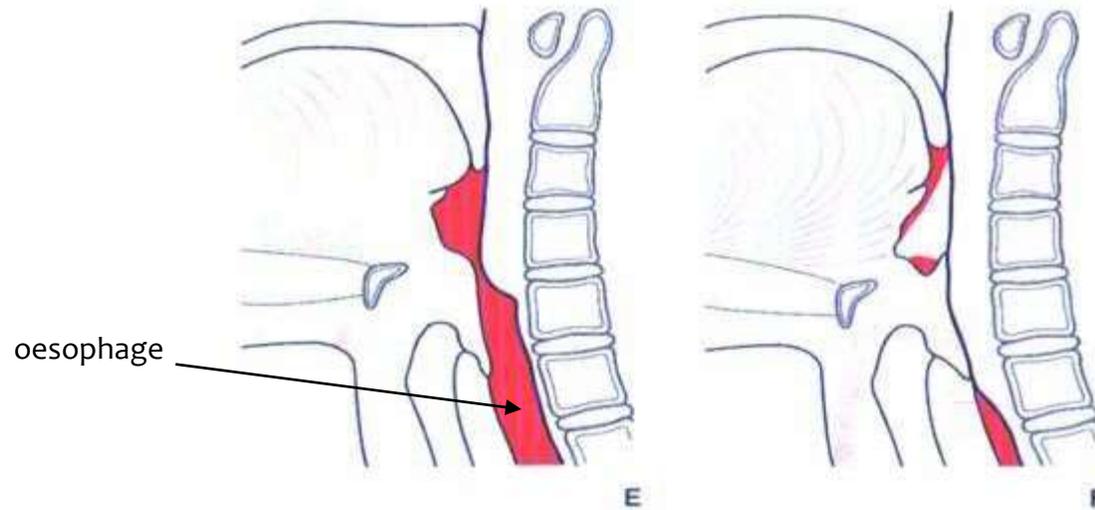




- **La phase œsophagienne**

Elle correspond :

- **à l'ouverture et la fermeture du sphincter supérieur de l'œsophage au péristaltisme. C'est-à-dire aux mouvements musculaires qui permettent la descente du bol alimentaire.**
- **Retour en position de repos et reprise inspiratoire**





- **Les troubles de la déglutition ou dysphagie**
= atteinte d'une ou plusieurs des phases de déglutition

I. Atteinte de la phase orale

ce que l'on peut observer:

- **Paralysie faciale → pression intrabuccale diminuée**
- **Résidus dans la bouche = trouble lingual**
- **Lenteur = défaut de déclenchement du réflexe de déglutition**
- **Bavage = incontinence labiale**
- **Réflexe de morsure et de succion = troubles neurologiques**



- **Les troubles de la déglutition ou dysphagie**
= atteinte d'une ou plusieurs des phases de déglutition

2. Atteinte de la phase pharyngée

ce que l'on peut observer:

- **Toux (même retardée)**
- **Raclément**
- **Voix mouillée**
- **Chute de la saturation**
- **Double déglutition**
- **Plainte d'aliments « coincés dans la gorge »**
- **Liquide dans les voies nasales (rare)**



Signes de fausse-route



- **Les troubles de la déglutition ou dysphagie**
= atteinte d'une ou plusieurs des phases de déglutition

3. Atteinte de la phase oesophagienne

ce que l'on peut observer:

- **Inconfort**
- **Régurgitation après les repas = patient trop allongé pendant le repas ou recouché trop vite (attendre au moins 30 min)**
- **Être encore plus vigilant quand alimentation entérale**



- **La fausse-route**
- = pénétration ou tentative de pénétration d'aliments, de liquides ou de salives dans le système respiratoire , pouvant causer étouffement ou infection**

3 types de fausse-route:

- **La fausse route primaire ou directe**
- **La fausse route secondaire = stases valléculaires**
- **La fausse route silencieuse**



- **Une prise en charge pluridisciplinaire**

= les troubles de la déglutition = enjeu vital = l'affaire de tous en matière de:

1. Dépistage

Voir protocole Dépistage et prise en charge des troubles de la déglutition I SOIN 011 sur Kaliweb

1. Rééducation- réadaptation

2. Information

3. Mise en place de conduites permettant leur réduction:

- **bonne installation au repas**
- **adaptation des textures**

= vigilance de tous les instants

OBJECTIF : être capable de respecter les bonnes pratiques pour la prise en charge des troubles de la déglutition

L'INSTALLATION AU REPAS



Les vidéos





- **l'adaptation de l'environnement**

- **Ambiance calme**

- **Prévoir les aides techniques nécessaires:**



- Disposer les plats au plus près de la personne et les proposer un par un si possible

- Matériel d'aspiration à disposition



- **L'installation de la personne**
 - **Appareils dentaires, si adaptés, en place**
 - **Voies aériennes dégagées**
 - **En position assise: bien régler l'adaptable, pieds au même niveau**
 - **Au lit ou au fauteuil, patient bien redressé**





- **Attitude de l'aidant pendant et après le repas**
 - **S'assurer de la bonne texture des plats (attention au petit déjeuner)**
 - **Médicamentation adaptée (utiliser les cupules)**
 - **Favoriser l'auto alimentation autant que possible en découpant les aliments, en ouvrant les opercules...**
 - **Privilégier les petites cuillérées**
 - **Respecter le rythme de la prise alimentaire de la personne**
 - **S'assurer que la bouche est vide entre chaque bouchée**
 - **Ne pas faire parler le patient qui mange ou le stopper si il parle de trop**

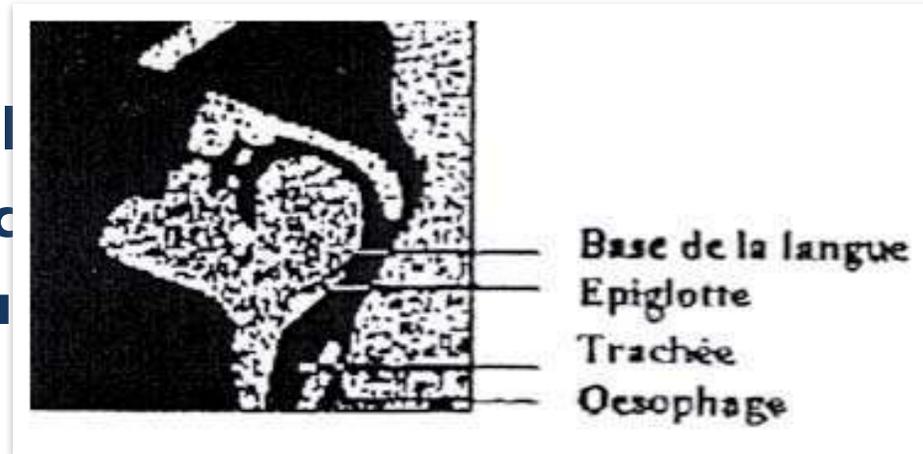
 - **A la fin du repas, faire racler la gorge et s'assurer que la bouche est vide**
 - **Assurer une hygiène bucco dentaire correcte**



Les consignes de positionnement de la tête

Hyperextension :
passage préférentiel
vers la trachée donc
risque de fausse rou

NON



voies



Menton vers la poitrine :
protection maximisée des
aériennes

OUI



Alimentation (ou repas différé)

SI :

- **TOUX +++ et systématique**
- **Vigilance faible**
- **Encombrement majeur**
- **Respiration non claire**

Le « à jeun » est une prescription médicale

OBJECTIF : être capable de respecter les bonnes pratiques pour la prise en charge des troubles de la déglutition

ADAPTATION DES TEXTURES





LES DIFFERENTES TEXTURES ALIMENTAIRES SITE MELUN

TEXTURE NORMALE (site de Melun)

Tous les aliments sont autorisés.

Pour les personnes âgées, elle correspond au **menu senior avec quelques adaptations demandées lors des commissions restauration.**

Par exemple pas de kiwi, boulgour, radis, fruits crus durs et certains légumes peu appréciés proposés par moitié avec des féculents (épinards, brocolis, ratatouille...), les grosses pâtes remplacées par des coquillettes.

Pour les patients Alzheimer sur Aubergé, éviction de toutes les herbes aromatiques.



- **TEXTURE NORMAL MOU (site de Melun)**

Les aliments trop durs sont remplacés par des aliments plus faciles à mastiquer ou à déglutir.

Par exemple :

- **les crudités dures sont remplacées par des tomates, betteraves cuites, haricots verts**
- **les viandes dures sont remplacées par des steak hachés avec la sauce du jour**
- **les fruits crus durs par des fruits cuits ou fruits au sirop.**



NB : Il y a possibilité de proposer en remplacement fixe la viande hachée du jour et de conserver les légumes normaux.

Toutefois s'il y a un problème de déglutition, certains aliments sont à éviter car ils présentent des risques majorés :

les graines (riz, semoule, petits pois...), le pain à remplacer par du pain de mie, les crudités râpées (carottes, céleri, betteraves crues), salade, tomates crues, aliments fibreux (endive, haricot vert, poireaux..)



TEXTURE MOULINEE (site de Melun)

Elle est composée de viande ou poisson hachés et de légumes en purée présentés séparément.

L'entrée est mixée le midi et le soir figure le potage.

Les desserts se composent d'un laitage et d'une compote.

Le pain de mie remplace le pain.



TEXTURE MIXEE (site de Melun)

Elle correspond à un mélange hyperprotidique de viande + purée + légumes verts en assiette individuelle de 300g.

La texture est lisse.

Les desserts sont un laitage sans morceaux (pas de riz au lait, semoule au lait, yaourt avec morceaux de fruits..) et une compote.

Attention en cas de troubles de déglutition aux liquides, ne pas proposer de texture mixte comme le flan nappé avec du caramel.



LES DIFFERENTES TEXTURES ALIMENTAIRES SITE BRIE-COMTE-ROBERT

TEXTURE NORMALE (site de Brie-Comte-Robert)

Tous les aliments sont autorisés sauf les fruits et légumes trop durs (pomme, radis).



TEXTURE HACHEE (site de Brie-Comte-Robert)

La viande est servie hachée.

Le pain est remplacé par du pain de mie.

Il y a la possibilité de remplacer l'accompagnement du jour par de la purée.

Il y a la possibilité de remplacer le fromage par un laitage et le dessert du jour par un dessert mixé (compote, crème dessert, etc.).

TEXTURE MIXEE (site de Brie-Comte-Robert)



L'entrée est mixée.

Le plat principal est mixé (aliment protidique + accompagnement mélangés) : il peut être présenter sous la forme d'une barquette de 300g ou de 180g (hyperprotidique hypercalorique)

La texture est lisse.

Les desserts sont un laitage sans morceaux et un dessert sans morceaux (pas de riz au lait, yaourt avec morceaux de fruits..).

Attention en cas de troubles de déglutition aux liquides, ne pas proposer de texture mixte comme le flan nappé avec du caramel.



Les liquides

Ils se composent d'eau ou de boissons pétillantes ou gélifiées.

Il est également possible d'épaissir n'importe quel liquide avec de la poudre épaississante.

(voir fiche technique Poudre épaississante FDIET 001A)

Texture épaisse +/- fluide selon les indications des professionnels ayant réalisé le test de déglutition.

(Voir protocole Dépistage et prise en charge des troubles de la déglutition / SOIN 011 sur Kaliweb)

Par ailleurs, on peut aussi jouer sur la température (glacé ou chaud) pour faciliter le réflexe de la déglutition, en fonction de la personne.



CONFECTION D'UNE EAU GELIFIEE : à vous de jouer!

CONCLUSION



La dénutrition est une affaire d'équipe!



Pour aller plus loin :



Pour un mode de vie plus équilibré, commencez par

Augmenter ↗	Aller vers ↗	Réduire ↘
 Les fruits et légumes	 Le pain complet ou aux céréales, les pâtes, la semoule et le riz complets	 L'alcool
 Les légumes secs : lentilles, haricots, pois chiches, etc.	 Les poissons gras et maigres en alternance	 Les produits sucrés et les boissons sucrées
 Les fruits à coque : noix, noisettes, amandes non salées, etc.	 L'huile de colza, de noix, d'olive	 Les produits salés
 Le fait maison	 Une consommation de produits laitiers suffisante mais limitée	 La charcuterie
 L'activité physique	 Les aliments de saison et les aliments produits localement	 La viande : porc, bœuf, veau, mouton, agneau, abats
	 Les aliments bio	 Les produits avec un Nutri-Score D et E Le temps passé assis

Chaque petit pas compte et finit par faire une grande différence

MANGERBOUGER.FR



A VOUS DE JOUER...

**QUIZ DE FIN
DE SEANCE**



**Questionnaire de
satisfaction**

**Evaluation
de formation**