



Résidents d'EHPAD atteints de maladie neurodégénérative évoluée: Quelle alimentation pour quelle qualité de vie?

Dr Véronique Treussier-Ravaud- Dr Eric Dumas

Le Verger des Balans- Centre de soins en psychogériatrie



Résidents en EHPAD

- 728 000 personnes fréquentent un établissement pour personnes âgées
- 10% des plus de 75 ans, 30% des plus de 90 ans
- 80% sont en EHPAD dont 4% en hébergement temporaire ou en accueil de jour
- Moyenne d'âge qui augmente 87,5 ans soit 1 an de plus sur les quatre dernières années
- Une dépendance qui augmente (80% de GIR 1 à 4) et sur étude du Cercle Aquitain Alzheimer 100%

Drees juillet 2017



Résidents en EHPAD

- 25 % des résidents sont arrivés dans l'année
- 30% des admis de l'année quitteront l'établissement dans l'année, souvent parce que décédés
- 260 000 résidents souffrent d'une pathologie neurodégénérative mais plus si projection de PAQUID (probablement 60 à 80% de résidents atteints à différents stades)
- Eventail large de pathologies (MA, DLFT, DV, DCL, DP, pathologies plus rares...) → qui propulsent des patients jeunes en institution



Patient dément

- C'est une personne
- Atteinte d'une maladie chronique neuro-dégénérative qui associe:
 - Troubles mnésiques,
 - Aphasie, apraxie, agnosie
- Retentissant sur la vie quotidienne et sociale
- Entraînant une perte d'autonomie
- Évoluant vers la dépendance et la mort



Cas clinique

- Mme P. Claudine 72 ans
- Antécédent d'HTA, de diabète de type 2 et de DLFT fluente (démence sémantique)
- Traitement par antihypertenseur, antiagrégant, bêta bloquant, AAll, biguanide, statine, neuroleptique
- Admise depuis unité protégée pour idées délirantes, agitation, dysphorie, anxiété, désinhibition, irritabilité, comportement moteur aberrant et troubles du sommeil



- Anorexie quasi-totale à l'admission avec plainte douloureuse abdominale
- Bilan biologique retrouve anémie ferriprive
- Réflexion en équipe et avec famille en essayant d'associer le plus possible la patiente → décision de fibro/colo
- Découverte d'une tumeur de la charnière rectosigmoïdienne (adénocarcinome lieberkuhnien de bas grade)
- Bilan d'extension négatif
- Avis chirurgical n'assure pas l'absence de stomie en post op qui ne serait pas gérable sur le plan comportemental → abstention



- Sur le plan cognitif

- Modification de la prise en soin médicamenteuse avec arrêt antidiabétique, statine, antiagrégant, bêta bloquant et modification NL
- Proposition d'activités thérapeutiques: jardin, temps individuel, soin de beauté et repas thérapeutique où elle accepte de venir
- Reprise progressive d'une alimentation plaisir puis plus conséquente
- Reprise de poids et amélioration de la qualité de vie, diminution des troubles psycho-comportementaux et arrêt des NL



- Patient dément en institution nécessite une prise en soin médico-psycho-sociale
- Le soin regroupe:
 - - l'évaluation et le suivi de l'état somatique
 - - l'évaluation et le suivi de l'état cognitif (pose d'un diagnostic avec impact différent selon l'étiologie: MA, DLFT, DCL...)
 - - le traitement de la pathologie cognitive et des troubles psychocomportementaux, basé sur les thérapeutiques médicamenteuses et surtout non médicamenteuses (soin psycho-relationnel dans le cadre d'activité de sociothérapie)



- L'alimentation est au cœur de ses différentes problématiques
 - - alimentation « somatique »
 - - alimentation « thérapeutique »
 - - alimentation « psycho-relationnelle »
 - - alimentation « conviviale »

Donc nécessité de faire partie intégrante d'un projet de soin global porté par une équipe pluridisciplinaire convaincue (médecins, IDE, AS/AMP, ASH, paramédicaux, psychologue, équipe de direction, cuisine)



- Evolution de la pathologie neurodégénérative:
- -→ augmentation de la consommation protéique
- -→ fonte musculaire
- -→ fragilité, risque de chute, altération de la qualité de vie
- ← évaluation régulière de l'état nutritionnel
- ← augmentation des apports protéiques (en préférant enrichissement que complémentation) après réflexion incluant diététicienne et équipe



- Nécessité d'un apport calorique suffisant
- Intérêt des régimes:
 - - diabétique (Hbe A1c supérieure à 7,5% chez le dément)
 - - de l'insuffisant cardiaque ?
 - - de l'insuffisant coronarien?
 - - de l'insuffisant rénal? Du dialysé?
 - - du porteur de stomie?
- Nécessité d'une collaboration avec la diététicienne pour évaluer la nécessité de régimes « rigides », la nécessité de surveillance des apports (rôle du suivi trimestriel) et privilégier la notion de plaisir.



- Dimension psychothérapique du repas thérapeutique
 - car améliore l'humeur
 - car améliore les troubles du comportement
 - car l'application des activités concerne toute l'équipe



Repas thérapeutique

- Ne se limite pas à la prise de nourriture
- Évalue les capacités à s'alimenter
- Entretient les gestes quotidiens
- Vérifie l'apport nutritionnel
- Fait reconnaître les aliments
- Apporte convivialité et plaisir d'un repas pris en commun



Repas thérapeutique

- Participation de toute l'équipe
- Préparation des plans de table
- Service dans un plat pour susciter les discussions
- Soignants aident à la prise des repas, au service tout en mangeant
- Laisse faire ce qui est toujours possible tout en veillant à ne pas mettre en échec



Repas thérapeutique

- Possibilité de « manger-main »
- Permet d'évaluer les troubles:
 - praxique
 - gnosique
 - de compréhension
 - angoisse



- Elaboration du repas
- Notamment lors du manger main avec regard des autres résidents moins malades
- Lien avec le jardin thérapeutique
- Sorties conviviales à l'extérieur malgré la sévérité des troubles (pique-nique ou restaurant)
- Repas familiaux
- Repas de fêtes
- Matin café/Ateliers casse-croûte



Troubles de la déglutition

- Nécessité de les évaluer
- Nécessité d'en connaître l'étiologie
- Nécessité de s'adapter
- Nécessité de maintenir la qualité de vie et le plaisir



- L'alimentation doit continuer à allier vie, convivialité et plaisir
- La qualité de vie doit rester l'objectif prioritaire et la quantité de vie ne doit pas devenir un enjeu,

Merci de votre attention