

La prise en soin diététique d'une personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés.

DÉFINITION

Selon la HAS, la maladie d'Alzheimer est une « démence » correspondant à la définition médicale : trouble de la mémoire et de l'idéation, suffisamment important pour retentir sur la vie quotidienne, associé à un autre trouble des fonctions cognitives (langage, praxies, gnosies etc.). Il n'implique pas que le patient ait des troubles du comportement (même s'ils peuvent accompagner, voire précéder, les troubles cognitifs). Le patient doit être aidé ou supervisé, au moins pour les activités les plus élaborées. La perte d'autonomie des patients qualifiés de « déments » n'est pas nécessairement sévère au début de la maladie et pendant plusieurs années. Il existe différents stades de la maladie déterminés par le MMS (Mini Mental State) : stades léger, modéré et sévère.

CHAMP D'APPLICATION

Personnes atteintes de démence de type Alzheimer, démence vasculaire, démence à Corps de Lewy.

Autres démences : démence fronto-temporale, atrophie focale, démence sémantique, démence cortico-basale, paralysie supra nucléaire progressive, maladie de Parkinson, etc.

Étiologie - Épidémiologie

En France, la démence de type Alzheimer est la plus fréquente avec environ 1 million de personnes touchées par cette maladie ; suivie par les démences vasculaires puis les autres démences.

On estime qu'environ 250 000 cas/an sont diagnostiqués.

La maladie d'Alzheimer est multi factorielle :

- l'âge : en 2020, prévalence d'environ 8% après 65 ans ; probablement 30% après 85 ans.
- les facteurs de risque vasculaire (HTA, diabète, hypercholestérolémie, etc.).
- la génétique : il s'agit du gène de l'apolipoprotéine E, et existence d'un facteur génétique familial.

La prise en soin diététique d'une personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés.

POUR EN SAVOIR PLUS

Références valides

- Recommandation de la HAS « Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées » Mars 2008.
- Rapport AFSSA n°2008-279 « Evaluation des besoins nutritionnels chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies ».

Bibliographie

1. *Ferry M., Alix E., Broker P., Constans T., Lesourd B., Mischlich D., Pfitzenmeyer P., Vellas B. Nutrition de la personne âgée. Masson, 3ème édition*
2. *Hébuterne X., Alix E., Raynaud-Simon A., Vellas B. Traité de nutrition de la personne âgée. Springer, 1ère édition*
3. *Fondation LEENARDS. Manger-mains, Nouvelle texture pour nouvelle indépendance. Editions Arpège 2003*
4. *Nocent C. Prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée démente en USLD. Information Diététique 2007 ; 4*
5. *Clément C., Le Corre D., Le Gall M-C. Etat nutritionnel du patient âgé atteint d'un syndrome démentiel : intérêt de la prise en charge de l'aidant*
6. *Revue francophone de gériatrie et gérontologie 2008 ; tome 15 ; 148*

Sites

www.has-sante.fr
www.plan-alzheimer.gouv.fr
www.francealzheimer.org

Outils référencés

- Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé « Guide nutrition à partir de 55 ans ».
- « Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées » INPES

LES AUTEURS

- Cécile BETON
- Catherine CLEMENT
- Marie-Christine LE GALL
- Carole NOCENT

Mise en forme Décembre 2024

CPSAT (Commission Parcours de Soins et Activités Thérapeutiques) :

Lydia De Azevedo, Sophie Birades, Gaëlle Ledioron, Régine Protin, Delphine Wauthy

La prise en soin diététique d'une personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés.

INITIALISATION DE LA DÉMARCHE PAR

- une prescription médicale et/ou un protocole validé
- la demande de la personne et/ou de l'entourage

BILAN DIÉTÉTIQUE

Cible les éléments pertinents du recueil de données, de l'évaluation qualitative et/ou quantitative des consommations et des représentations et compétences d'auto-soin de la personne et de l'aidant pour formaliser un diagnostic diététique.

Recueil de données d'informations générales et spécifiques

Cliniques et biologiques

Évolution du poids, IMC, transit intestinal

Bilan biologique (Albumine, Pré albumine, Vitamine B9, B12, etc.)

MNA

Hygiène bucco dentaire (prothèse adaptée, mycose, etc.)

Environnement social/familial

En présence de l'aidant.

Étude des troubles du comportement alimentaire (échelle de Blandford) : apraxie, hyperphagie, refus, mange debout, sélectionne ou trie les aliments, dégoûts, anorexie, oublie de s'alimenter, troubles de la déglutition, etc.

Présence d'une personne au moment des repas, rythme et horaires.

Vécu de la maladie, croyances alimentaires, histoire de vie, culture.

Répercussions sur les activités de la vie quotidienne (échelle IADL : Instrumental Activities of Daily Living)

Présence de déambulation.

État de l'aidant (épuisement physique et psychologique, acceptation, etc.).

Données psychosociales

Évaluation des capacités physiques et intellectuelles.

Estimation des besoins

L'évaluation sera réalisée à partir des outils de référence. (cf. Fiche pratique « Besoin et apports nutritionnels », AFDN, 2018).

Évaluation des consommations et des habitudes alimentaires

Apports énergétiques, protidiques et hydratation.

Représentation et compétences d'auto-soins

Capacité à se prendre en charge : autonomie pour la réalisation des repas, courses, utilisation des appareils ménagers, gestion du réfrigérateur, planification des repas.

Capacité à utiliser les couverts.

Capacités de l'aidant. Déni ou acceptation, disponibilité, connaissance de la maladie, etc.

Évaluation du bénéfice risque concernant :

- le choix du mode d'alimentation et de la texture des repas (cf. Fiche « Textures », AFDN/SFNCM, 2022) ;
- le maintien des différentes alimentations thérapeutiques.

La prise en soin diététique d'une personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés.

DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Apports (excessifs, suffisants, insuffisants, inadaptés, incohérents, etc.) en nutriments (lipides, glucides), ou **Consommation** (excessive, suffisante, insuffisante, inadaptée, incohérente, etc.) en aliments (viandes, produits laitiers, etc) et en boissons par rapport aux normes, aux recommandations,

en lien avec des troubles du comportement (préhension, déambulation, détérioration cognitive), des troubles physiologiques (état dentaire, déglutition, etc.)

se manifestant par des signes visibles et/ou mesurables (poids, albumine, IMC, score de risque, etc.) et le besoin d'aide (partielle ou totale).

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Objectifs de soin diététique

Objectifs généraux

Préserver le plus possible la fonction alimentation et le plaisir de s'alimenter

Objectifs spécifiques

- Prévenir le risque de dénutrition et de déshydratation
- Maintenir ou corriger le poids et la masse musculaire (voir fiche dénutrition)
- Maintenir les capacités à boire et manger
- Favoriser la prise alimentaire per os
- Adapter rapidement la texture de l'alimentation en fonction de l'évolution de la pathologie
- Stimuler les capacités sensorielles et cognitives du patient

Objectifs éducatifs

- Savoir planifier et organiser des repas répondant aux besoins du patient, en présence ou non de l'aidant

Programme de soin diététique

Préconisations diététiques

- Répartition alimentaire équilibrée, adaptée aux goûts, aux habitudes et aux besoins de la personne et selon les ANC de la population concernée (AFSSA, HAS)
- Fractionnement, enrichissement de l'alimentation orale, présence de CNO
- Texture des repas

Planification des actions

- Tenir compte de l'évaluation du comportement alimentaire (échelle de Blandord) pour le choix et la planification de l'action
- Actions et informations nutritionnelles destinées à l'entourage familial / professionnel des patients

- Techniques pour enrichir l'alimentation et/ou adapter la texture qui peut évoluer d'un jour à l'autre (techniques culinaires, recettes, compléments nutritionnels oraux, etc)
- Hydratation suffisante et consistance adaptée.
- Mise en place d'aide technique (portage des repas, auxiliaire de vie pendant les repas, adaptation du matériel de cuisine, de repas, etc)
- Proposition de suppression des alimentations thérapeutiques anorexigènes et/ou abusives.
- Proposition d'intervention d'équipe pluridisciplinaire (ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, kinésithérapeute, etc)
- Proposition de formation du personnel intervenant et/ou de l'aidant
- Proposition de pesée hebdomadaire ou mensuelle

Évaluation et suivi du soin diététique

- Surveillance mensuelle du poids
- Albuminémie et pré albumine
- MNA
- Appétit, relevé des ingestas sur 3 jours ou 24h
- Surveillance de l'hydratation
- Présence de troubles de la déglutition
- Analyse comportementale du patient (implication, rejet, impatience, besoin de manger debout).
- Surveillance du transit
- Réévaluation du bénéfice / risque posé
- Compréhension et mise en pratique des conseils alimentaires donnés

La prise en soin diététique d'une personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés.

SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE

Résumé de soin diététique

- Réalisation d'une répartition alimentaire journalière et/ou de conseils alimentaires (épaississants, CNO, enrichissements, etc) avec l'aidant et le patient, en fonction du stade de la maladie
- Information auprès du patient ou de l'aidant sur la nécessité du besoin d'aide à domicile (portage de repas à domicile, auxiliaire de vie, présence d'un tiers au moment des repas, passages réguliers d'intervenants, etc)
- Proposition de prescription de CNO

Actions à conduire

Prise de contact éventuelle avec les Centres Locaux d'information et de Coordination (CLIC), les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), les Accueils de jour, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), les unités de Soins Longue Durée (USLD), les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Documents à remettre / à réaliser

- Livrets PNNS
- Équilibre alimentaire, programme de soin diététique personnalisé, menus et recettes agréables et adaptés aux préférences du patient
- Équivalences protidiques selon les goûts du patient
- Courriers aux professionnels impliqués dans le soin diététique

ANNEXE

Centres spécialisés

Centre Mémoire de Ressources et Recherche (CMRR) (se renseigner auprès des centres hospitaliers ou sur le site du plan Alzheimer)

Les consultations mémoires (se renseigner auprès des centres hospitaliers).

Associations de patients

France Alzheimer et maladies apparentées.

Glossaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hyper Tension Artérielle

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

IMC : Indice de Masse Corporelle

ANC : Apports Nutritionnels Conseillés

MMS : Mini Mental Score *

Praxies : fonctions de coordination et d'adaptation des mouvements volontaires de base dans le but d'accomplir une tâche donnée

Gnosies : reconnaissance d'un objet par l'intermédiaire de l'un des sens

CNO : Complément Nutritionnel Oral

AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé

MNA : Mini Nutritional Assessment

PNNS : Programme National Nutrition Santé

La prise en soin diététique d'une personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés.

Étude des troubles du comportement alimentaire chez l'Alzheimer Échelle de Blandford

NOM, Prénom :

Date de naissance :

Âge :

M.M.S. :

M.N.A. :

POIDS :

Date :

Non Oui

Dépendance fonctionnelle alimentaire :

1. A besoin d'aide de façon intermittente pour manger.
2. Ne se nourrit que lorsqu'on le fait manger.

Apraxie buccale de l'alimentation :

3. N'ouvre pas la bouche spontanément quand on lui présente la nourriture.
4. Fait des mouvements continus de la langue ou de la bouche qui empêchent l'ingestion des aliments.
5. La nourriture dégouline de la bouche.
6. Accepte la nourriture mais ne la mâche pas, et ne l'avale pas.
7. Serre les lèvres, empêchant l'entrée de la nourriture.
8. Ferme la bouche, serre les dents et les lèvres.
9. Accepte la nourriture puis la crache.

Comportement actif de résistance alimentaire :

10. Met ses mains devant sa bouche.
11. Repousse la nourriture ou l'intervenant.
12. Agrippe, frappe ou mord ceux qui essayent de le nourrir.
13. Crache ou jette la nourriture.
14. Détourne la tête de la nourriture.
- XX. Essai de faire disparaître la nourriture (WC, lavabo, etc.).

Comportement sélectif :

15. Refuse de manger une grande variété d'aliments et ne mange par exemple que du pain ou des desserts.
16. Refus les solides mais accepte les liquides.
17. Préfère les liquides (> 50 % des apports).
18. A besoin de compléments nutritionnels spécifiques ou sinon ne mange rien.
19. A besoin de compléments nutritionnels, les goûte, se plaint, puis les refuse.
20. Goûte son repas, grignote puis ne veut plus rien.

Dispraxie et troubles de l'attention :

21. A besoin d'être cajolé pour manger.
22. Mélange et joue avec la nourriture plutôt que de l'avaler.
23. Parle de façon continue pendant le repas de sorte qu'il ne s'alimente pas.
24. Quitte la table et va marcher pendant le repas.
25. Mange des choses non comestibles : serviette, etc.
26. Utilise ses doigts plutôt que la fourchette.

"L'Année Gériatrique 1996, Supplément Alzheimer"

Tableau III : Étude des troubles du comportement alimentaire chez l'Alzheimer (d'après Blandford et al.)

Cas clinique d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

INITIALISATION DE LA DÉMARCHE

Prescription médicale pour une prise en soin diététique chez une femme atteinte de la maladie d'Alzheimer, présentant une dénutrition modérée diagnostiquée et continuant à perdre du poids.

BILAN DIÉTÉTIQUE

En présence de son mari, qui est l'aidant principal.

Recueil de données d'informations générales et spécifiques

Mme R. de 70 ans, mariée, 2 enfants, ancienne institutrice, confuse, désorientée et très angoissée à son arrivée. Maladie évoluant depuis 8 ans ; épuisement familial et maintien à domicile compromis. Elle présente des incapacités vitales en lien avec sa démence de type Alzheimer, dont le stade est modéré.

Prothèse dentaire inadaptée à cause de l'amaigrissement.

Déambulation. Troubles praxiques et visuels. Troubles de l'équilibre et de la coordination. Aide à la prise du repas de texture normale.

Fausses routes aux liquides. Mari épuisé, comprenant l'évolution de la maladie, n'ayant pas identifié les fausses routes aux liquides, mais présent et participant au moment des repas.

Données cliniques et biologiques :

51,2 kg, 1,64 m, IMC = 19.

Perte de poids : 3 kg en 6 mois par rapport à son poids de forme

Albumine = 33,2 g/l. MNA = 18 / 30

Antécédents médicaux : HTA.

Traitements médicaux : neuroleptique, anticholinestérasique, anxiolytique.

Estimation des besoins

Apports énergétiques estimés à environ 2000 kcal, avec un apport minimum de 75 g de protéines.

Évaluation des consommations et des habitudes alimentaires

1400 kcal (soit 5825 kJ), 50 g de protéines, 65 g de lipides, 160 g de glucides, 500 mg de calcium, 500 ml d'eau.

Renseignements nutritionnels :

Alimentation thérapeutique hyposodée à 2 g de NaCl. Fait 3 repas et un goûter.

Appétit moyen et inappétence à la viande. Transit normal.

Représentation et compétences d'auto-soins

Utilisation de l'échelle de Blandford pour adapter les actions éducatives : mange seule mais repas préparés par l'époux, tendance à attraper les aliments avec les doigts, ne mange pas la viande.

Mari compliant et famille coopérante : à impliquer dans une démarche éducative.

Évaluation du bénéfice risque concernant le maintien de l'alimentation thérapeutique hyposodée.

DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Apports protéino-énergétiques et hydriques insuffisants par rapport aux recommandations

en lien avec des troubles de la déglutition et incapacité à se prendre en charge

se manifestant par une perte involontaire de 3 kg en 6 mois avec un IMC à 19 et une albumine à 33,2g/l et la nécessité d'une aide partielle aux repas.

Cas clinique d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Objectifs de soin diététique

Objectifs généraux

- Accroître le poids
- Améliorer l'autonomie

Objectifs spécifiques

- Améliorer l'état nutritionnel en augmentant les apports énergétiques et protidiques
- Adapter la texture des repas
- Adapter la consistance des boissons pour éviter les fausses routes
- Maintenir sa capacité à manger pour préserver son autonomie (ustensiles adaptés, ...)
- Encourager l'appétit

Programme de soin diététique

Préconisations diététiques

- Alimentation hypercalorique et hyperprotidique apportant 2000 kcal (soit 8360 kJ) et 75 g de protéines par jour
- Alimentation normo-sodée après évaluation du bénéfice risque de l'utilité de l'alimentation hyposodée avec le médecin
- Alimentation fractionnée en 3 repas et 2 collations, à texture modifiée (à cause de la prothèse inadaptée)
- Boissons épaissies

Planification des actions

- Alimentation enrichie et boissons épaissies
- Mise en place d'un relevé de consommation sur trois jours
- Adaptation du temps du repas
- Proposition d'un repas type « manger-mains »
- Information auprès de la famille et/ou des aidants sur les déficits praxiques et les besoins nutritionnels, explication du manger-mains
- Implication de l'entourage : pour le manger-mains, et pour l'adaptation de la consistance des liquides

Évaluation et suivi du soin diététique

- Pesée 1 fois par semaine et surveillance de la courbe de poids dans le dossier du patient, puis dans son carnet de liaison
- Surveillance de l'albuminémie et MNA à 1 mois.
- Calcul des ingestas sur 3 jours ou 24h
- Réévaluation de l'appétit et des fausses routes
- Surveillance journalière du transit

SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE

Résumé de soin diététique

Patiente prise en charge pour un état nutritionnel pouvant s'aggraver avec sa maladie d'Alzheimer

Information et éducation réalisées auprès de la famille et/ou des aidants sur les déficits praxiques et les besoins nutritionnels

Réalisation d'une répartition alimentaire avec son mari

Actions à conduire

Orienter vers l'intervention d'une aide ménagère aux moments des repas +/- le service de portage de repas à domicile

Contrôle du poids tous les 15 jours

Suivi diététique en hôpital de jour

Documents réalisés

Courrier au médecin traitant