



Dénutrition:

suivi et prise en soins
de la personne âgée
à domicile

Afin de faciliter la lecture, la recherche d'informations selon les professionnels* intervenant auprès de personnes âgées à risque de dénutrition ou dénutries, un code de couleur vous est proposé :



Tout intervenant à proximité de personnes âgées à risque de dénutrition ou dénutries (professionnel ou pas)



Infirmier



Diététicien



Médecin, chirurgien-dentiste



Ergothérapeute, logopédiste



Travailleurs sociaux



ASSC

* Par souci de lisibilité, la forme masculine est utilisée dans l'ensemble de ce guide pour désigner les fonctions et métiers féminins et masculins.

Editeur

Institution genevoise de maintien à domicile ([imad](#))

Auteurs

Catherine Busnel, Stéphanie Chochoy, Stéphane Coffre, Laura Mastromauro, Tamara Del-Tatto, Marie-José Walter

Responsable du projet

Catherine Busnel

Images

Fotolia

Mise en page

ekze.ch

Remerciements

- La Haute école de santé de Genève, filières Nutrition et diététique et Soins infirmiers
- Les quatre équipes de maintien à domicile [imad](#) : Pâquis, Veyrier, Vernier-Châtelaine, Jonction
- À l'ensemble des collaborateurs [imad](#) qui ont participé à l'élaboration de ce guide et au service communication

Réviseurs/validations académiques

Nous remercions tout particulièrement les personnes ci-dessous pour leur relecture attentive des différentes parties de ce document et les propositions faites :

- Isabelle Carrard (Haute école de santé de Genève, filière Nutrition et diététique)
- Pasqualina Riggillo (Haute école de santé de Genève, filière Nutrition et diététique)
- Raphaël Reinert (Haute école de santé de Genève, filière Nutrition et diététique)
- Sebastian Probst (Haute école de santé de Genève, filière Soins infirmiers)

Référence bibliographique

- Busnel C. et al. (2017). Dénutrition : suivi et prise en soins de la personne âgée à domicile. Genève : institution genevoise de maintien à domicile

Table des matières

Avant-propos	●	5
Introduction	●	7
Etat des lieux de la dénutrition	●	9
Quelques chiffres au sujet de la dénutrition		10
Les facteurs contributifs		11
Les facteurs de risque		11
Les modifications physiques, psychologiques et environnementales liées au vieillissement		12
Les conséquences de la dénutrition		13
Les besoins	●	15
Les acteurs	●	19
Du repérage aux actions	●	23
1. Repérage	●	25
2. Dépistage	● ● ● ● ●	26
3. Evaluations	● ● ● ● ● ● ●	27
4. Actions	●	30
Les différentes formes d'alimentation		33
Nutrition orale	●	34
Finger food ou « manger mains »	●	36
Nutrition entérale (soin spécifique gestion médicale et infirmière)	● ●	37
Nutrition parentérale (soin spécifique gestion médicale et infirmière)	● ●	38
Approches ciblées et cas spécifiques		39
Dénutrition et santé buccodentaire	●	40
Dénutrition et troubles cognitifs	●	42
Dénutrition et dysphagie	● ●	44
Dénutrition et cicatrisation	●	45
Dénutrition et proches aidants	●	46
Check-list itinéraire dénutrition	●	47
Conclusion	●	49

ANNEXES

Annexe 1: Equation de Chumlea		53
Annexe 2: Dépistage par MNA-Short Form		54
Annexe 3: Evaluation MNA		55
Annexe 4: Journal alimentaire imad		56
Annexe 5: OHAT version française (Oral Health Assessment Tool)		57
Annexe 6: Entretien motivationnel (échelle motivationnelle)		58
Annexe 7: Echelle de Blandford		59
Annexe 8: Echelle de comportement alimentaire (Eating Behavior Scale)		60
Annexe 9: Echelle de Braden et de Waterlow		61
Annexe 10: Echelle de pénibilité/fardeau de Zarit: Evaluation proche aidant		63
Annexe 11: Check list dénutrition		64
Lexique, bibliographie et adresses utiles		67



Avant-propos



Avant-propos

Vieillir en bonne santé est un objectif recherché par tous. Avec une population vieillissante en forte croissance et désirant plus que tout vivre à domicile, la promotion de la santé et la prévention sont des piliers du maintien à domicile.

À partir des données issues du RAI-HC et des recherches scientifiques liées au risque de dénutrition de la personne âgée, **imad** a développé un partenariat avec les Hôpitaux universitaires de Genève et la Haute école de santé de Genève pour réaliser une étude sur la dénutrition de la personne âgée à domicile. Cette étude a obtenu des résultats encourageants en démontrant que la prévention personnalisée de proximité est un facteur de réussite dans ce domaine.

imad a pérennisé cette expérience en mettant en place un itinéraire clinique en lien avec la dénutrition et en mettant ce guide à disposition des professionnels du maintien à domicile et de leurs partenaires.

Ce support permet de mobiliser de nouvelles connaissances, d'autres ressources et d'adapter les prises en soins au contexte domiciliaire. Cette initiative s'inscrit d'ailleurs dans la stratégie alimentaire suisse 2013-2016 (Office fédéral de la santé publique, 2012) et dans le cadre du concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030 (Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé, 2016).

L'alimentation est une nécessité vitale, c'est un plaisir et un soin. Agir dans ce domaine exige de travailler sur la motivation de la personne âgée et de son entourage. Les changements physiologiques, psychologiques et environnementaux liés au vieillissement doivent également être pris en compte, afin de modifier le regard de chacun et ainsi permettre des prises en soins optimales.

Cela passe en tout premier lieu par le dépistage, l'évaluation globale et spécifique de la dénutrition ainsi que par la mobilisation de l'ensemble des acteurs gravitant autour de la personne âgée, entre autres les professionnels de l'aide et des soins, les proches aidants et les médecins.

Soucieux de lutter sur cet axe majeur du déclin fonctionnel et de la fragilité de la personne âgée, **imad** souhaite contribuer à une prise en charge optimisée et personnalisée des problèmes de nutrition, au travers d'actions coordonnées et en interprofessionnalité.

Vous remerciant par avance pour votre engagement et votre contribution.

Marie Da Roxa
Directrice générale

Olivier Perrier-Gros-Claude
Directeur des opérations



Introduction



Introduction

La personne âgée présente un risque élevé de perte de masse et de force musculaire susceptible d'augmenter son risque de chute et d'induire une perte d'autonomie fonctionnelle conséquente (Rolland & Vellas, 2009). La perte d'appétit est un signal important dont les différentes causes (maladies aiguës, polyopathologies, accidents, facteurs environnementaux, facteurs psychologiques) peuvent contribuer à un déséquilibre nutritionnel et, à long terme, à une dénutrition.

La dénutrition est une inadéquation entre les besoins métaboliques et les apports nutritionnels ayant pour conséquence une modification de la composition corporelle. La dénutrition s'installe lors de la présence de pathologies inflammatoires ou dégénératives liées à des conditions environnementales défavorables ou à des difficultés psychosociales.

L'impact négatif de la dénutrition sur la morbidité et la mortalité est reconnu. Elle augmente la susceptibilité aux infections, retarde la cicatrisation, augmente la fréquence des ulcères de décubitus, peut exercer des effets délétères sur la fonction cardiaque et respiratoire.

Une mobilisation de l'ensemble des professionnels est nécessaire pour proposer une prise en soins adaptée et personnalisée afin d'éviter que la personne âgée ne se retrouve dans la spirale de la dénutrition.



Etat des lieux de la dénutrition

Quelques chiffres au sujet de la dénutrition

Dans les pays occidentaux, la dénutrition touche une partie importante de la population et plus particulièrement les personnes âgées (Guigoz, Lauque, & Vellas, 2002). Un patient sur cinq arrive à l'hôpital avec des signes de dénutrition. Ce constat est fait en Suisse où l'offre alimentaire est riche et variée (Office fédéral de la santé publique, 2012).

Dans les pays occidentaux, la prévalence de la dénutrition (HAS 2007) est de :

- 5 à 10% chez les personnes âgées vivant à domicile
- 15 à 38% chez les personnes âgées vivant en institution
- 30 à 70% chez les personnes âgées hospitalisées

En Suisse, la prévalence de la dénutrition (Imoberdorf, Rühlin, Beerli, & Ballmer, 2014) des personnes hospitalisées est de :

- 11% chez les 45-64 ans
- 22% chez les 65-84 ans
- 28% chez les plus de 84 ans

Groupe étudié			Lieu de l'enquête	Carence ou risque de carence alimentaire (fréquence en %)
Nombre de personnes	Age moyen	Description du groupe étudié		
32'837	< 45 ans: 8% 45-64 ans: 11% 65-84 ans: 22% > 85 ans: 28%	Hospitalisation	7 hôpitaux de Suisse alémanique	20% avec risque de carence alimentaire ou présentant une carence importante
430	63 ans	Hospitalisation	Hôpital cantonal des Grisons	20% avec risque de carence alimentaire 10% présentant une carence
115	84,6 ans	Etablissements de soins	Foyers et établissements de soins dans la région de St-Gall	16,9% présentant une carence
129	76 ans	Soins à domicile	Neuchâtel	39,5% avec risque de carence alimentaire ou présentant une carence importante
78	86 ans	Femmes vivant dans un foyer sans maladie menaçant l'existence	11 établissements de soins dans la région de Lausanne	58% avec risque de carence alimentaire 15% présentant une carence

Fréquence des carences alimentaires en Suisse (données recueillies entre 2003 et 2010, Office fédéral de la santé publique, 2012).

Selon l'étude réalisée à imad en 2014 (Busnel et al., 2015)

473	81 ans	Soins à domicile	imad Genève	8,24% dénutris 33,8% à risque de dénutrition
-----	--------	------------------	-------------	---

Les facteurs contributifs

Parmi les facteurs contributifs au développement de la **dénutrition**, nous trouvons :

- le **vieillesse** des fonctions physiologiques
- la **diminution des apports** nutritionnels (perte d'appétit, diminution de la capacité à se nourrir, manque de nourriture)
- la **diminution de l'absorption de nutriments** (liés à des problèmes médicaux ou chirurgicaux du système digestif)
- l'**augmentation des besoins** lors des maladies et des traitements
- l'**augmentation des pertes** (vomissements, diarrhées, stomie).

Les facteurs de risque

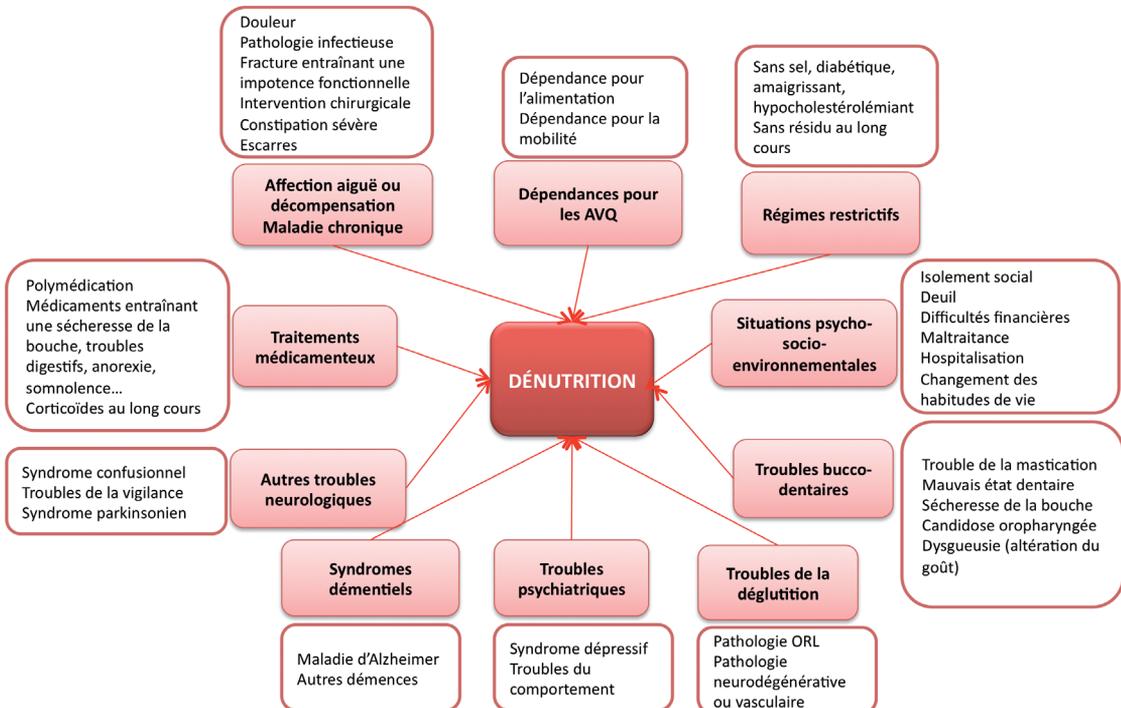
Les facteurs de risque plus spécifiques sans lien avec l'âge sont :

- les insuffisances chroniques et sévères : cardiaques, respiratoires, rénales ou hépatiques
- les maladies digestives à l'origine de mal digestion et/ou de malabsorption
- l'alcoolisme chronique
- les maladies infectieuses ou inflammatoires chroniques
- les cancers.

Les facteurs qui influencent la longévité sont la nutrition, le mode de vie, l'environnement, la génétique, entre autres.

Dénutrition et causes possibles pour les personnes âgées

(Haute autorité de santé, 2007)



Les modifications physiques, psychologiques et environnementales liées au vieillissement

Altérations physiologiques et psychologiques	Maladies et problèmes de santé	Facteurs socio-environnementaux
<ul style="list-style-type: none"> altération du goût, diminution de l'odorat altération buccodentaire diminution de la capacité de mastication et de salivation diminution de l'appétit et de la sensation de soif modifications métaboliques (moindre contrôle du métabolisme du glucose, hyperglycémie d'après repas) modification du métabolisme des protéines (perte musculaire) modification du métabolisme du calcium et de la vitamine D (ostéoporose) augmentation du risque de déshydratation (altération de la fonction rénale et de la sensation de soif) troubles de la vue difficultés motrices altération de la mémoire et de l'attention souffrance psychologique (tristesse, deuil, sentiment de solitude, etc.) 	<p>Toute maladie somatique est anorexigène :</p> <ul style="list-style-type: none"> états inflammatoires, cancers infections, déshydratation, insuffisance cardiaque maladies neurocognitives maladie d'Alzheimer et troubles apparentés maladies neurologiques : maladie de Parkinson, par exemple maladies psychiques : dépression, troubles du comportement alimentaire, anorexie, entre autres maladies pulmonaires maladies digestives traitements médicamenteux au long cours polymédication au-delà de cinq médicaments effets secondaires ayant un lien avec l'alimentation : sécheresse de la bouche, dysgueusie (trouble de la perception normale du goût), troubles digestifs, somnolence, etc.) (voir tableau ci-dessous) 	<ul style="list-style-type: none"> isolement social fatigue, épuisement des proches environnement malveillant ou maltraitant habitudes, connaissances, croyances et représentations alimentaires régimes restrictifs difficultés financières barrières architecturales

Médicaments pouvant entraîner une perte de poids

Médicaments anorexigènes	<ul style="list-style-type: none"> Cardiovasculaires : digoxine, quinidine Gastro-intestinaux : cimétidine, interféron Psychiatriques : lithium, phénothiazines Antibiotiques Antinéoplasiques Antirhumatismaux : anti-inflammatoires non stéroïdiens Pulmonaires : théophylline Suppléments nutritionnels : fer, sel de potassium, excès de vitamine D
Médicaments entraînant une malabsorption	<ul style="list-style-type: none"> Laxatifs Cholestyramine Méthotrexate Colchicine Néomycine
Médicaments augmentant le métabolisme	<ul style="list-style-type: none"> Théophylline L-thyroxine en excès Triiodothyrosine en excès D-pseudo éphédrine
Médicaments et effets secondaires	<ul style="list-style-type: none"> Sécheresse buccale : ex. neuroleptiques et psychotropes Troubles digestifs, nausées : ex. morphiniques Modifications du goût : ex. diurétiques

Les prescriptions/renouvellements des médicaments présentés dans le tableau ci-contre sont à rediscuter avec le médecin traitant en cas de risque de dénutrition ou de dénutrition.

Le vieillissement n'est pas une cause de dénutrition. Cependant, l'âge entraîne des modifications physiologiques fragilisant la personne âgée vis-à-vis du risque de dénutrition et de déshydratation qui, associé à des maladies et à un environnement non favorable, peut avoir des conséquences importantes.

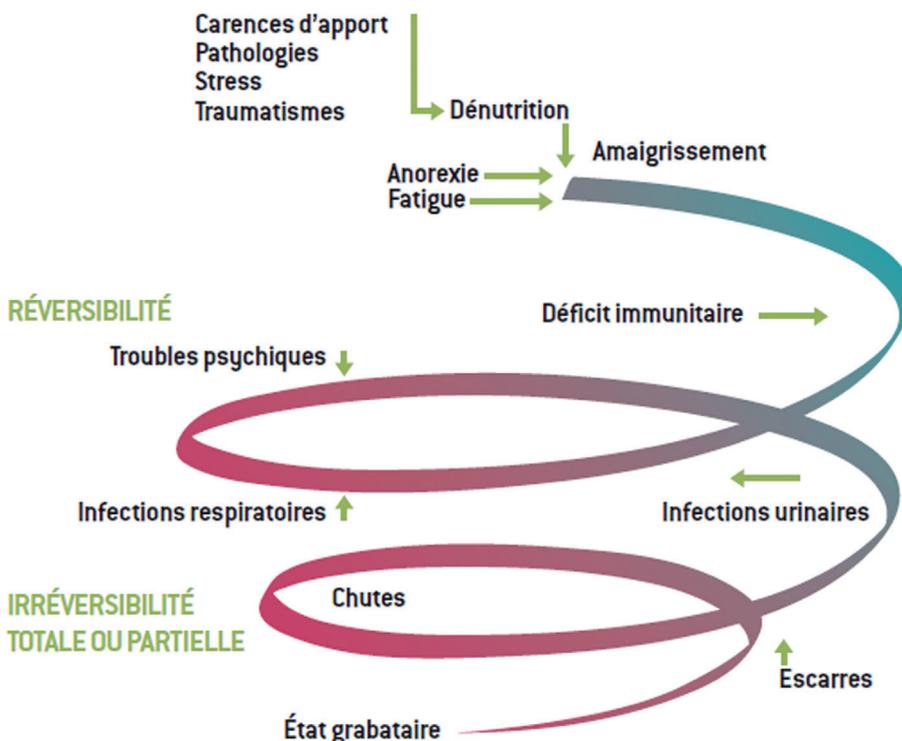
Le repérage et l'évaluation sont donc primordiaux. La mobilisation des compétences de l'ensemble des professionnels est essentielle.

Approche pluridisciplinaire

Chaque professionnel a un rôle indispensable dans la prise en soins de la personne dénutrie ou à risque : du repérage à l'évaluation jusqu'aux actions de proximité.

Les conséquences de la dénutrition

La spirale de la dénutrition



D'après le Dr Monique Ferry (1992).



Les besoins

La pyramide alimentaire



Pyramide alimentaire suisse pour les adultes (selon la Société suisse de nutrition, 2016).

Les apports nécessaires à la personne âgée/adulte et les besoins en alimentation

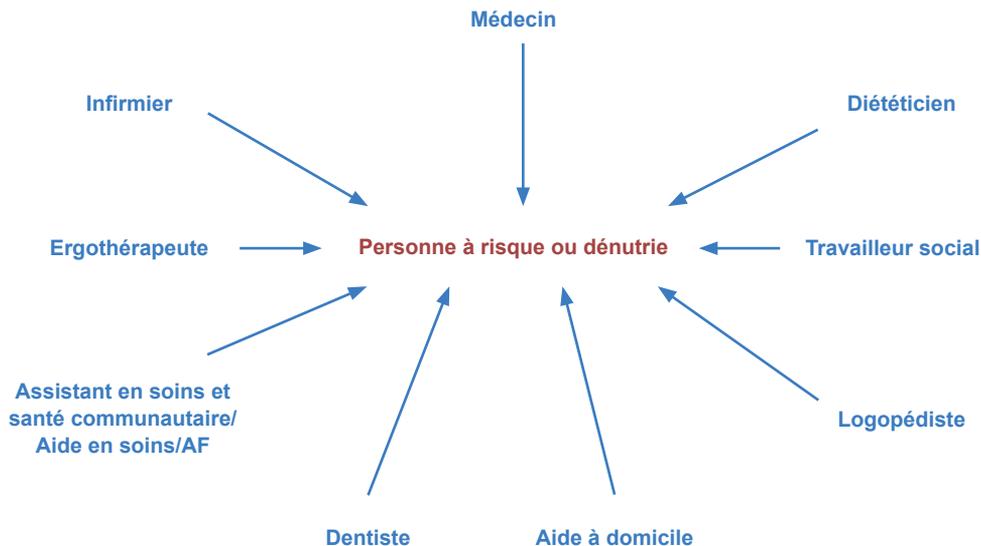
	Adultes de 19 à 64 ans	Personne âgée de plus de 65 ans
Apports énergétiques globaux en kcal		
• Homme	2'000 à 3'100	2'100 à 2'800
• Femme	1'700 à 2'500	1'700 à 2'100
Protéines en g/kg/j	0.8	0.8 à 1.2 à 1.5
Glucides en %	45 à 55	45 à 55
Lipides en %	30% des apports énergétiques	30% des apports énergétiques
Calcium en mg/j	1'000	1'000
Vitamine D en µg	20	20
Les apports hydriques en ml		
• Boisson	1'230	1'310
• Apport hydrique par aliments solides	740	680

Recommandations alimentaires pour adultes et personnes âgées selon les valeurs de référence DACH (2008) (Haute autorité de santé, 2007).



Les acteurs

Interventions



Dénutrition et rôle du diététicien

Le diététicien joue un rôle essentiel pour la détection et la prise en charge des personnes dénutries.

La prise en charge d'une personne dénutrie ou à risque de dénutrition débute par un bilan nutritionnel.

Le diététicien :

- effectue une anamnèse alimentaire
- évalue la consommation de la personne, le nombre de repas consommés, le contexte de la prise alimentaire, les difficultés éventuelles rencontrées (par exemple, problèmes de mastication, dysphagie, difficultés à se préparer des repas, etc.)
- évalue l'éventuelle perte pondérale : depuis quand, comment, pourquoi ?
- entreprend des actions d'information ou d'éducation
- négocie des changements avec le patient. Cette démarche peut se faire sur plusieurs

consultations. L'alimentation orale doit toujours être privilégiée. Il va s'agir par exemple d'augmenter le nombre de prises alimentaires en instaurant des collations entre les repas, et de lui apprendre à enrichir son alimentation en évitant d'en augmenter le volume en raison d'un état de satiété souvent très précoce.

- peut élaborer avec la personne/le proche aidant des idées de menus adaptés à son appétit et riches en protéines et en énergie. S'il y a des problèmes de mastication ou de déglutition, la texture des repas doit être adaptée.
- propose la participation à des repas communautaires afin de stimuler l'appétit : repas Autour d'une Table¹, repas dans les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA¹), repas dans les clubs des aînés, dans les foyers de jour
- peut également accompagner la personne dans un supermarché pour l'aider à choisir des aliments adaptés ; il peut l'aider à élaborer une liste de commissions ou préparer des repas simples avec elle.

¹ Prestations imad dans le canton de Genève.

Si ces conseils ne suffisent pas à permettre au patient d'augmenter suffisamment ses apports, des suppléments nutritifs oraux (SNO) peuvent être prescrits. En Suisse, un formulaire spécifique signé par le médecin permet leur prise en charge par l'assurance de base. Le diététicien peut se charger de cette démarche.

Si la prise en charge nutritionnelle orale s'avère insuffisante, la nutrition entérale sera envisagée. La nutrition parentérale est réservée à des situations spécifiques.

Dénutrition et rôle des professionnels de l'aide et des soins à domicile

Les prestations de l'aide et des soins (aide pratique, soins de base, soins préventifs, éducationnels, curatifs et palliatifs) tendent à maintenir ou restaurer l'autonomie de la personne en tenant compte des habitudes de vie et de l'environnement.

Tous les intervenants, aides à domicile, aides en soins, assistants en soins et santé

Une prescription médicale par un diététicien en libéral permet le remboursement de la prise en charge.

De la documentation **imad** est disponible, telle que :

- « Comment enrichir en protéines et en énergie les repas ? »
- « Quelles sont les différentes sources de protéines ? »
- « Info-santé : Plaisir et santé à la même table »

communautaire (ASSC), aides familiales, infirmiers sont des professionnels de proximité pouvant repérer, dépister, évaluer, conseiller, accompagner et orienter la personne et les proches aidants.

La coordination de l'ensemble des professionnels de l'aide et des soins et le travail en réseau sont des éléments essentiels dans la prise en compte des risques de dénutrition, des moyens et des compétences complémentaires à mobiliser.





Dénutrition et rôle de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute vise à maintenir ou restaurer les activités courantes de la vie quotidienne de manière autonome, efficace et sécurisée, tout en tenant compte des habitudes de vie des personnes ainsi que de leur environnement.

L'ergothérapeute peut intervenir sur les aspects suivants :

- évaluation et traitement du contrôle postural et du positionnement
- utilisation et enseignement de techniques d'alimentation ou de stratégies compensatoires, dont l'usage d'aides techniques telles que, par exemple, l'utilisation d'aide-mémoire écrits ou imagés

- entraînement cognitif et comportemental visant à faciliter l'autonomie à l'alimentation
- réadaptation à la préparation des repas et des activités liées à l'approvisionnement alimentaires (courses)
- établissement d'un processus de remotivation concernant l'alimentation.

Moyens techniques en lien avec la problématique de dénutrition :

- assiettes à rebord, tasses à grande anse, verres munis de pieds élevés, pailles, pipettes
- pince poignée à casserole
- antidérapant, assiettes à butées
- couverts adaptés, ustensiles à gros manches, couverts combinés (couteau, fourchette)
- chariot de course à quatre roues.



**Du repérage
aux actions**

Logigramme et dénutrition : du repérage aux actions

ETAPES	COMMENT ?	PAR QUI ?
1. Repérage	<ul style="list-style-type: none"> Observation de signes tels que que : <ul style="list-style-type: none"> Perte d'appétit Perte de poids sans raison Fatigue Changement dans les comportements alimentaires 	<ul style="list-style-type: none"> Personne soignée Proche aidant Tout professionnel : <ul style="list-style-type: none"> Médecin Infirmier ASSC Aide en soins Aide à domicile Diététicien Ergothérapeute Dentiste Logopédiste Travailleur social

SI OUI

2. Dépistage	Poids taille, IMC MNA-SF ¹	<ul style="list-style-type: none"> Médecin Infirmier ASSC Diététicien
---------------------	--	---

Si MNA-SF ≥ 12
Bas risque

Si MNA-SF entre 8 et 11
À risque de dénutrition

Si MNA-SF ≤ 7
Dénutri

Si à risque de dénutrition ou si dénutri

3. Evaluations	<ul style="list-style-type: none"> Evaluation globale et spécifique Recherche des facteurs étiologiques Observations cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> Médecin Infirmier Diététicien Dentiste Ergothérapeute Travailleur social
4. Actions	<ul style="list-style-type: none"> Prise en soins pluridisciplinaire Mobilisation de l'ensemble des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> Tout professionnel : <ul style="list-style-type: none"> Médecin Infirmier ASSC Aide en soins Aide à domicile Diététicien Ergothérapeute Dentiste Logopédiste Travailleur social

¹ Voir annexe 3.

1. Repérage

Le repérage est l'action de détecter, d'identifier des personnes âgées à risque de dénutrition. C'est la première étape qui permettra d'évaluer plus globalement et plus spécifiquement la personne âgée.

Qui repère ?

Toutes les personnes intervenant à proximité des personnes âgées peuvent repérer des modifications physiques, des comportements alimentaires et des habitudes de vie. Par exemple : livreur de repas, professionnel de l'aide et des soins, proche aidant.

Etapes	Comment ?	Par qui ?
Repérage	Observation de signes tels que : <ul style="list-style-type: none">• Perte d'appétit• Perte de poids sans raison• Fatigue• Changement dans les comportements alimentaires	<ul style="list-style-type: none">• Personne soignée• Proche aidant• Tout professionnel de l'aide et des soins

De quelle manière ?

Par exemple, en :

- étant à l'écoute de la personne / du proche aidant (plainte, fatigue inhabituelle, perte d'appétit)
- observant l'état du réfrigérateur, la liste des courses, la fréquence des achats alimentaires, le changement des habitudes alimentaires
- observant l'amplitude des habits.

Tous ces éléments doivent faire l'objet d'un dépistage et d'une évaluation ciblée par l'infirmier et/ou par le médecin traitant.

2. Dépistage

Selon l'organisation mondiale de la santé (Wilson JMP, G., & 1968), « le dépistage est l'identification présomptive d'une maladie ou d'anomalies non reconnues au moyen de tests, d'examen et autres méthodes pouvant être appliquées rapidement [...] Il n'a pas pour objet de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles

les résultats sont positifs ou douteux, doivent être renvoyées vers leur médecin pour un diagnostic et, si besoin est, un traitement ».

Qui dépiste ?

Infirmier, ASSC, diététicien, médecin.

De quelle manière ?

Mesures cliniques		
Indicateurs	Outils	Valeurs
Poids	Balance	<ul style="list-style-type: none"> • Perte pondérale • Risque de dénutrition : si perte entre 5 et 10% • Dénutrition : si perte entre 10 et 19% • Dénutrition sévère si perte > 20%
Taille	Toise debout Distance talon-genou ¹	Pour les personnes étant dans l'incapacité de se tenir debout, la taille peut être estimée et calculée selon la formule de Chumlea (Chumlea, Roche, & Steinbaugh, 1985) en prenant en compte la distance talon-genou (TG): <ul style="list-style-type: none"> • pour les hommes : $(2,02 \times TG) - (0,04 \times \text{âge}) + 64,19$ • pour les femmes : $(1,83 \times TG) - (0,24 \times \text{âge}) + 84,88$
IMC ou BMI	Poids/Taille ² (kg/m ²)	Dénutrition si IMC : <ul style="list-style-type: none"> • personnes âgées de plus de 65 ans < 21 • adultes < 18.5

Dépistage spécifique	Précisions
Dépistage avec MNA-SF² par les infirmiers et/ou diététiciens	Le MNA-SF est un outil d'évaluation validé pour le dépistage de la dénutrition chez la personne âgée (Rubenstein, Harker, Salvà, Guigoz, & Vellas, 2001). Le MNA-SF est une hétéro-évaluation réalisée par les infirmiers et les diététiciens . Il est préconisé de le réaliser lors de chaque évaluation / réévaluation. Le MNA-SF comporte six questions pour un total de quatorze points. Selon le score obtenu, il permet ainsi d'identifier trois axes d'actions possibles : à bas risque (score de 12 à 14), à risque (score de 8 à 11) et dénutrition avérée (score inférieur ou égal à 7). Selon les résultats obtenus, un diagnostic nutritionnel doit être établi par des professionnels formés (médecin, diététicien).

Chez la personne âgée, la perte de poids involontaire entraîne une perte de muscle et peut la fragiliser par une diminution de la force,

une altération de la marche et un risque de chute augmenté.

¹ Voir annexe 1.

² Voir annexe 2.

3. Evaluations

L'évaluation du risque de dénutrition et/ou de la dénutrition doit être réalisée de manière globale et spécifique afin de pouvoir déterminer par la suite des actions personnalisées.

Qui évalue globalement ?

Infirmier, diététicien, médecin.



De quelle manière ?

Evaluation globale	Précisions
RAI-HC¹ et analyse des alarmes déclenchées	Le RAI-HC avec le déclenchement des alarmes est une bonne base pour identifier les personnes présentant des risques directs de dénutrition, de chutes et de douleurs ² ainsi que les facteurs de risque associés (capacités fonctionnelles, performance cognitive, fonction sociale, mauvaise santé autodéclarée, entre autres) (Bocock, Keller, & Brauer, 2008). Les personnes âgées dénutries ou à risque (avec un IMC<21) ont en moyenne plus d'alarmes déclenchées que les autres personnes recevant des soins, quel que soit leur âge et quel que soit leur IMC (+1).

Evaluation spécifique	Anamnèse selon le modèle de Voyer (Voyer, 2011)	
PQRSTUI	Questions	Exemples
P comme • Provoquer • Pallier	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui provoque cette perte de poids/ cette dénutrition ? Quelle en est la cause ? La personne est-elle capable de : <ul style="list-style-type: none"> faire ses courses/se déplacer se préparer ses repas se servir se nourrir se rappeler se motiver apprécier/déguster son repas ? 	<ul style="list-style-type: none"> Maladie aiguë ou chronique Infection Problèmes de nature digestive et éliminatoire (dysphagie, nausées, vomissements) Perte du goût, de l'odorat Isolement social Changement de comportements
Q comme • Qualité • Quantité	<ul style="list-style-type: none"> Quelles sont les manifestations de cette perte de poids/cette dénutrition ? En quelle quantité ? 	<ul style="list-style-type: none"> Perte d'appétit Valeur pondérale diminuée Estimation de l'appétit, alimentation, hydratation
R comme • Région		Problèmes buccodentaires
S comme • Signes et symptômes	<ul style="list-style-type: none"> Quelles en sont les manifestations ? Existe-t-il d'autres plaintes ? 	<ul style="list-style-type: none"> Douleurs Diarrhées ou constipation
T comme • Temps et intermittence	<ul style="list-style-type: none"> Depuis quand ? À quel moment la perte de poids est-elle apparue ? Est-ce récent ? 	Suite à une intervention chirurgicale, à une chute
U comme « understanding » (perception ou compréhension qu'a le patient/proche aidant du problème)	<ul style="list-style-type: none"> Que signifie cette situation pour la personne à risque de dénutrition ou dénutrie ? Que signifie cette situation pour le proche aidant ? Comment perçoivent-ils le problème ? Peuvent-ils expliciter la gravité du symptôme ? 	
Impact	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les signes sur la qualité de vie ? Comment le symptôme nuit-il à la personne, au proche aidant ? 	Quelles activités la personne avait-elle auparavant et qu'elle ne peut plus avoir ?

1 Resident Assessment Instrument Home Care.

2 Etude menée à **Imad** auprès de clients âgés de plus de 65 ans recevant des soins.

Tableau des différentes évaluations spécifiques

Qui évalue spécifiquement ?

Médecin, infirmier, diététicien, ergothérapeute, assistant social.

Evaluations	Précisions
Evaluation diététique et évaluation MNA (version longue) 	L'utilisation du journal alimentaire ¹ permet d'évaluer spécifiquement les aliments ingérés – quantitativement et qualitativement (ingestas) – ainsi que les apports hydriques. Cependant, il peut être effectivement difficile d'estimer les apports alimentaires et caloriques chez les personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Aussi, cette évaluation alimentaire doit être intégrée à une consultation diététique avec les proches aidants et à la réalisation du MNA par un diététicien.
Evaluation ergothérapeutique 	Cette évaluation permet d'évaluer les ressources et les difficultés du client, afin de mettre en place des objectifs de rééducation en lien avec la préhension, la force, la mobilité, l'équilibre, les aspects cognitifs ainsi que des moyens auxiliaires.
Evaluation bucco-dentaire 	La santé buccodentaire a un lien direct avec les risques de dénutrition et joue également un rôle dans les fonctions cognitives. (Prince, M (2014). La grille OHAT (Chalmers, King, Spencer, Wright, & Carter, 2005) ² prend en considération l'état des lèvres, de la langue, des gencives, des muqueuses, de la salive, des dents naturelles, des prothèses, de l'hygiène buccale, des douleurs. Elle permet l'orientation de la personne vers son médecin traitant et/ou dentiste.
Evaluation médicale/ biologique 	Seul le médecin traitant peut compléter le diagnostic de dénutrition avec des critères biologiques (par exemple : taux d'albuminémie, CRP).
Evaluation/ entretien motivationnel/ éducationnel³ 	Cet outil est un soutien à l'entretien, qui permet au professionnel de mesurer la motivation de la personne et de s'appuyer sur ces éléments pour : <ul style="list-style-type: none"> • connaître les représentations de la personne soignée et de son proche aidant au sujet de l'alimentation et de la dénutrition. Les représentations peuvent être des freins ou des tremplins à une compréhension plus rationnelle de la réalité. <i>Exemples: Quelles sont les représentations du patient au sujet de l'alimentation et des risques associés? Quelles sont celles du proche aidant? Quelle est son/leur histoire de vie? Quelle connaissance en a-t-il/en ont-ils? Connaît-il les risques?</i> • identifier la motivation de la personne soignée/du proche aidant face au changement • déterminer la relation de partenariat et poser des objectifs ciblés pour un maintien ou une amélioration de l'état de santé. L'ensemble de ces éléments permettront au soignant de comprendre la personne soignée/le proche aidant et le regard qu'ils portent sur la problématique de l'alimentation et de la dénutrition et les accompagner vers un changement de comportement.
Evaluation sociale/ financière 	Cette évaluation est effectuée par un travailleur social (exemple : allocation pour impotence). Orientation possible vers une assistante sociale, Pro Senectute, Office cantonal des assurances sociales.

1 Voir annexe 4.

2 Voir annexe 5.

3 Voir annexe 6.

Elaboration des objectifs de prise en charge spécifique

Les différentes évaluations permettent de clarifier:

- les **problèmes** (de santé de la personne âgée)
- les **risques** (de santé physique, de comportement, liés à l'entourage/proche aidant)
- les **zones d'ombre** à explorer
- les **ressources** (de la personne et de son entourage/proche aidant).

La détermination de ces quatre axes permet à la personne âgée dénutrie ou à risque/au proche aidant de définir plus précisément le(s) problème(s) nutritionnel(s) et d'élaborer des objectifs et des actions ciblées.

Les motifs d'aide et de soins liés à la problématique de la nutrition, et plus particulièrement au risque de dénutrition et/ou à la dénutrition (selon la classification des diagnostics infirmiers ANADI/NANDA international 2012-2014) sont:



Motifs d'intervention	Définitions
Nausées	Sensation subjective survenue, par vague, ressentie dans la gorge, l'épigastre ou l'abdomen et pouvant entraîner l'envie ou l'urgence de vomir
Risque de déséquilibre glycémique	Risque de variation de la concentration de glucose sanguin par rapport à la limite normale
Alimentation déficiente	Apport nutritionnel inférieur aux besoins métaboliques
Motivation à améliorer son alimentation	Habitudes alimentaires permettant de satisfaire les besoins métaboliques et pouvant être renforcées
Atteinte de la muqueuse buccale	Rupture des couches tissulaires au niveau des lèvres et de la cavité buccale
Dentition altérée	Interruption du développement, de l'éruption dentaire ou de l'intégrité structurelle de chaque dent
Troubles de la déglutition	Dysfonctionnement du mécanisme de déglutition associé à un déficit structural ou fonctionnel de la bouche, du pharynx ou de l'œsophage
Risque d'altération de la fonction hépatique	Risque de dysfonctionnement du foie qui peut compromettre la santé

4. Actions

Qui intervient ?

Tout professionnel selon ses compétences.

Diététicien, médecin, infirmier, ASSC, aide en soins, aide à domicile, travailleur social, ergothérapeute, dentiste, logopédiste, proche aidant.

Actions et pistes d'actions pluridisciplinaires selon les résultats du MNA-SF

Actions de prévention si bas risque de dénutrition (MNA-FS ≥ 12)		
Infirmier	Diététicien	Ergothérapeute
<ul style="list-style-type: none"> • Information • Sensibilisation à la problématique et ses risques • Prévention hygiène buccodentaire • Observation et documentation • Partenariat avec le médecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation/Evaluation • Propositions • Education nutritionnelle • Idées de menus 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation • Flyers spécifiques matériel • Adaptation de l'environnement • Rééducation motrice • Activités spécifiques

Actions de prévention, éducatives, curatives si à risque de dénutrition (MNA-FS entre 11 et 8)		
Infirmier	Diététicien	Ergothérapeute
<ul style="list-style-type: none"> • Partenariat avec le médecin • Prévention • Observation • Soutien, conseil à la personne et au proche aidant • Evaluation : de l'ingestas (journal alimentaire), problème de déglutition, état buccodentaire, risque de chute, douleurs • Contrôle du poids • Préparation/Assistance lors des repas • Livraison de repas • Proposition de consultations spécifiques : dentiste, logopédiste, physiothérapeute • Coordination colloque de réseau et approche pluridisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation/Evaluation • Information • Proposition de repas à domicile, repas «Autour d'une table» • Idées de menus • Adaptation et enrichissement des repas (fractionner l'alimentation, enrichir en protéines, adapter la texture) • Education nutritionnelle • Analyse des ingestas 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation/Evaluation : <ul style="list-style-type: none"> - des ressources et des difficultés de la personne (préhension, force, mobilité, équilibre, cognition et renforcement de la confiance en soi) - du domicile et des barrières • Information • Propositions de matériel spécifique • Adaptation de l'environnement • Rééducation motrice • Activités spécifiques

Informier, sensibiliser, expliquer les risques/conséquences, valoriser, diversifier les approches, partager, donner des astuces, manger avec plaisir, favoriser l'autonomie



Actions curatives, palliatives si dénutrition avérée (MNA-FS≤7)

Infirmier	Diététicien	Ergothérapeute
<ul style="list-style-type: none"> • Information immédiate au médecin • Partenariat avec le médecin traitant: évaluation des causes et conséquences • Observations/Suivi : <ul style="list-style-type: none"> - appétit, poids, évaluation des ingestas, (journal alimentaire) - nausées - problèmes de déglutition, fausse route - OMI, mobilité, risque de chute - douleur. • Coordination colloque de réseau et approche pluridisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation/Evaluation • Informations • Proposition de repas à domicile, repas «Autour d'une table» • Idées de menus • Alimentation fractionnée et enrichie • Elaboration d'idées de menus, liste de commissions • Suppléments nutritionnels oraux • Education nutritionnelle • Analyse des ingestas 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation/Evaluation : <ul style="list-style-type: none"> - des ressources et des difficultés de la personne (préhension, force, mobilité, équilibre, cognition et renforcement de la confiance en soi) - du domicile et des barrières • Information • Propositions de matériel spécifique • Adaptation de l'environnement • Rééducation motrice • Activités spécifiques

Informier, sensibiliser, expliquer les risques/conséquences, valoriser, diversifier les approches, partager, donner des astuces, manger avec plaisir, favoriser l'autonomie

Actions complémentaires de proximité pour les professionnels de l'aide et des soins (ASSC, aide en soins, aide familiale, aide à domicile)

ASSC	ASOI/AF	AD
<ul style="list-style-type: none"> • Information au client • Information immédiate à l'infirmière • Observations/Suivi : <ul style="list-style-type: none"> - appétit, poids, évaluation des ingestas, suivi, remplissage journal alimentaire - nausées, problème de déglutition, fausse route - mobilité, risque de chute, taille des vêtements, préparation des repas, liste des courses, contenu du frigo, comportements et habitudes alimentaires - hygiène buccodentaire. • Aide au repas • Aide à manger/s'alimenter 	<ul style="list-style-type: none"> • Information au client • Information immédiate à l'infirmière référente • Observation/suivi : <ul style="list-style-type: none"> - appétit, problème de déglutition, fausse route, mobilité, risque de chutes, taille des vêtements, liste des courses, contenu du frigo, comportements et habitudes alimentaires - aide au repas - aide à manger/s'alimenter - remplissage du journal alimentaire - hygiène buccodentaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation du contenu du frigo • Elaboration liste des courses • Courses • Préparation des repas

Informier, sensibiliser, expliquer les risques/conséquences, valoriser, diversifier les approches, partager, donner des astuces, manger avec plaisir, favoriser l'autonomie



**Les différentes
formes d'alimentation**

Alimentation orale, entérale et parentérale

Nutrition orale

Aliments riches en protéines : 15g et + / 100g

Les viandes

Le **jambon**, la **viande séchée**

Les poissons

Les **fromages à pâte dure**

Les **fromages à pâte molle**

La charcuterie

Les **fruits oléagineux** (amandes, cacahuètes grillées, graines de tournesol, noix)

+ SNO = **supplément nutritif oral** (exemples : Protein Ressource®, Fortimel®, Ensure®, entre autres)

Aliments moyennement riches en protéines : 5 à 15g / 100g

Les œufs

Le tofu

Les **légumineuses** cuits (lentilles, pois-chiches, haricots blancs, etc.)

Les yaourts et le blanc battu

Les flans

Le **pain**, les **céréales au petit-déjeuner**, les **petits-pois cuits**

Aliments peu riches en protéines : 0 à 5g / 100g

Le lait

Les **féculents** cuits (pâtes, riz, pommes de terre, polenta, blé, millet, etc.)

Les sucreries / confiseries

Les boissons lactées

Les glaces

Les pâtisseries

Les boissons

Les légumes

Les fruits

Les **huiles** et les **graisses végétales**

Le **sucre** de table

- 1) Pour enrichir les préparations en **protéines**, il est conseillé de :
 - ajouter
 - du lait écrémé en poudre dans le lait, les soupes, les sauces, les crèmes, les flans, la purée de pomme de terre, les yaourts
 - des morceaux de viande, du jambon, du poisson, du fromage, des œufs durs, dans les soupes, les plats de légumes, les pâtes, le riz, etc.
 - du fromage râpé dans les sauces, sur les légumes, les pâtes, dans le potage, etc.
 - un œuf entier cuit dans les salades ou battu dans une purée
 - des fruits oléagineux (noix, noisettes, amandes moulues) dans les yaourts et les entremets, du beurre de cacahuète ou de la purée d'amande sur le pain.
 - ajouter
 - du beurre, de la margarine ou de l'huile dans les soupes, sur le pain, sur les légumes, dans les pâtes, le riz, la purée
 - de la crème dans les sauces, le potage, les compotes ou sous forme fouettée sur les desserts
 - du lait à la place de l'eau pour la cuisson des pommes de terre, des céréales, des soupes en sachet à diluer
 - utiliser du sucre, du miel, du chocolat en poudre selon les préférences
 - préparations riches : lait de poule, crème budwig (céréales, fromage blanc, fruits (la préparation peut être aussi mixée)
 - des fruits oléagineux (noix, noisettes, amandes moulues) dans les yaourts et les entremets, du beurre de cacahuète ou de la purée d'amande sur le pain.
- 2) Pour enrichir les préparations en **énergie**, il est conseillé de :
 - augmenter le nombre de repas
 - rehausser les saveurs

Exemple d'assiette optimale en cas d'appétit diminué (selon la Société suisse de nutrition)



Exemple d'assiette optimale avec 5 repas (selon la Société suisse de nutrition)



« Finger food » ou « manger mains »

Certaines personnes peuvent avoir de la peine à utiliser des couverts. Afin de maintenir leur autonomie, prévenir un état de dénutrition et parfois leur redonner le goût de s'alimenter,

Exemples d'aliments :

Bâtonnets de légumes, tomates cerises, feuilles d'endive ou de laitue iceberg, terrines de légumes, légumes cuits en morceaux, cornichons, cubes de fromage, quartiers d'œufs durs, omelette ou tortilla coupée, grosses crevettes, viande séchée, poulet froid, boulettes de viande, chipolatas, tranches de cervelas, mini sandwichs, canapés garnis, minis pâtés en croûte, petits vol-au-vent, quiche ou pizza coupée, beignets, croquettes, falafels, sushis, grosses coquillettes ou rigatonis, pommes frites, fruits secs et oléagineux, fruits frais coupés en dés, biscuits, cakes en dés, etc.

le « manger mains » ou « finger food » peut leur être proposé. Les aliments sont présentés sous une forme pouvant être saisie avec les doigts.



Il faut être attentif à l'équilibre alimentaire et à respecter les goûts et préférences de la personne. Les aliments peuvent être servis à table au moment du repas, mais peuvent également être placés à différents endroits du logement, là où la personne déambule, afin de l'inciter à manger.

Attention à l'hygiène, les aliments crus ou fragiles (mayonnaise, poisson, viande, charcuterie, etc.) ne doivent pas être laissés hors réfrigération plus de 30 minutes.

Compléments/suppléments nutritionnels oraux

Des suppléments nutritifs oraux (SNO) peuvent être prescrits. Un formulaire spécifique signé par le médecin permet leur prise en charge par l'assurance de base en Suisse. Le diététicien peut se charger de cette démarche (cf. p 20).

Il existe différents types de compléments nutritionnels hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques avec différentes textures (par exemple : crème, potage, liquide). Il est important de prendre en compte le goût de la personne et les difficultés liées à des troubles de la déglutition.

En pratique, ces SNO doivent être pris en dehors des repas et ne doivent pas se substituer à un repas.



Une grande variété de produits et d'arômes !

Nutrition entérale

(soin spécifique gestion médicale et infirmière)



La **nutrition entérale** est une méthode de substitution à l'alimentation orale permettant d'apporter tous les nutriments nécessaires à l'organisme afin d'atteindre et de préserver un état nutritionnel correspondant aux besoins et aux caractéristiques du patient. Elle se fait par sonde introduite dans le tube digestif, par voie nasale ou par l'intermédiaire d'une stomie digestive (gastrostomie, gastrostomie percutanée (PEG) ou jéjunostomie).

Les indications : sur prescription médicale

- En continu ou en discontinu.
- Pour hydratation, nutrition partielle ou complète lors de :
 - dénutrition
 - apports nutritifs insuffisants
 - anomalies du tube digestif
 - troubles de la déglutition
 - interventions chirurgicales et/ou d'affections sur l'appareil digestif

Contre-indications :

- occlusions intestinales
- diarrhées sévères
- pancréatites aiguës
- hémorragies digestives sévères

Le tableau ci-dessous indique quelques problèmes qui peuvent survenir et les mesures correspondantes à prendre.

Problèmes	Causes possibles	Interventions/Conseils
Vomissements, maux de ventre, nausées, sensation de réplétion, bronchoaspiration	<ul style="list-style-type: none">• Sonde mal placée ou déplacée (sonde nasogastrique)• Apport trop rapide• Quantité excessive par repas	<ul style="list-style-type: none">• Vérifier l'emplacement de la sonde• Ralentir le débit de la pompe• Diminuer le volume de la nutrition entérale (avec l'accord du médecin traitant)• Privilégier la position semi-assise ou assise lors de l'administration
Diarrhées (production de selles liquides plus de 3-4 fois par jour lors d'une alimentation par sonde)	<ul style="list-style-type: none">• Apport trop rapide• Produit trop froid• Produit ou set d'application contaminé par des bactéries• Infection intestinale (gastro-entérite)	<ul style="list-style-type: none">• Ralentir le débit• Utiliser le produit nutritif à température ambiante• Observer une hygiène stricte du matériel et de l'alimentation• Éviter l'exposition du produit au soleil durant l'infusion
Constipation (une réduction du volume et de la fréquence des selles est normale en cas d'alimentation entérale)	<ul style="list-style-type: none">• Apport insuffisant de liquide• Absence de fibres• Autres raisons médicales	<ul style="list-style-type: none">• Ajouter de l'eau en plus de l'alimentation• Utiliser produit avec fibres• Consulter le médecin traitant

L'éducation de la personne porteuse d'une sonde ainsi que du proche aidant fait partie intégrante du soin. Elle contribue à la prévention des complications et à l'amélioration de la qualité de vie au moyen d'informations, de conseils, d'apprentissages, de soutien

psychologique. Dans la mesure du possible, l'autonomie doit être encouragée et favorisée par un programme éducatif structuré.

L'éducation inclut l'évaluation des capacités de la personne et prend en compte le proche aidant dans la gestion des soins.

Nutrition parentérale (soin spécifique gestion médicale et infirmière)



La **nutrition parentérale** ou nutrition par voie veineuse consiste en l'administration, exclusive ou non, par cathéter vasculaire de préférence central, d'une solution d'acides aminés, de glucose avec ou sans lipides, d'électrolytes, d'oligo-éléments et de vitamines. Elle est prescrite dans le but de corriger ou prévenir la dénutrition des patients. L'alimentation parentérale peut être administrée de manière continue ou cyclique.

Les indications : sur prescription médicale

- En continu ou cyclique
- Dénutrition secondaire (cancer, mucoviscidose)
- Mise au repos de l'intestin
- Insuffisance intestinale sévère aiguë ou chronique
- Support pré ou post-chirurgical

Pas de contre-indications

Surveillance à domicile

- Poids
- Bilan hydro-urinaire journalier
- Mesure des paramètres vitaux : température, fréquences cardiaques, respiratoires et tension artérielle
- Voie veineuse locale et matériel utilisé
- Vérification du débit qui doit rester le plus constant possible (selon le % de glucose de l'alimentation parentérale, les variations de débit, même faibles, peuvent être mal tolérées).



**Approches ciblées
et cas spécifiques**

Dénutrition et santé buccodentaire

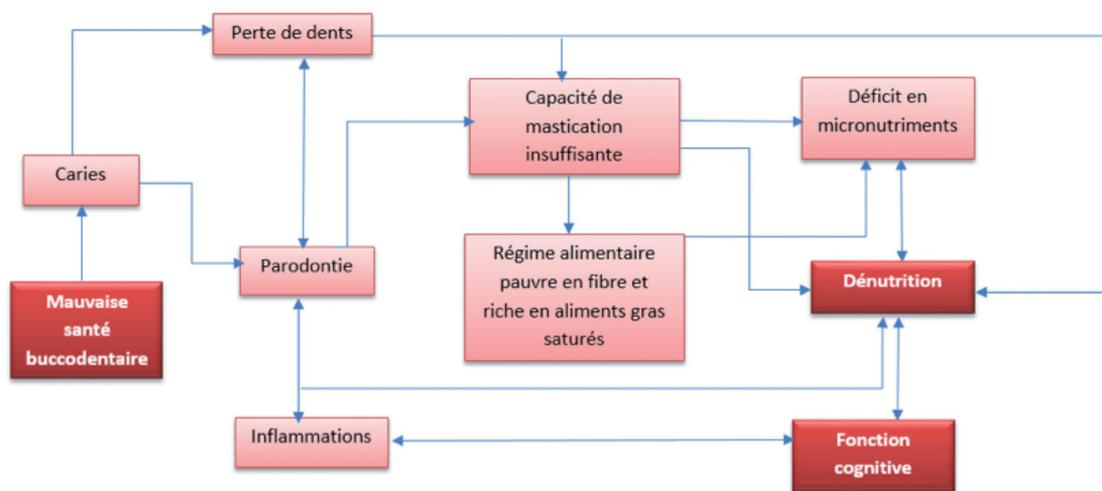
Une mauvaise santé buccodentaire a des répercussions sur l'état de santé général et peut avoir des conséquences médicales importantes pour la personne âgée fragile, ayant des pathologies chroniques (cardio-vasculaires, diabète, respiratoires) et dont les risques infectieux élevés peuvent entraîner le décès, par exemple, en cas de pneumonie (Sjogren, Nilsson et al. 2008).

L'augmentation des caries, l'apparition des plaques buccodentaires, l'inflammation de la gencive, du parodonte, la perte de dents, les dents cassées, les caries non traitées, la mauvaise adaptation des prothèses, les

soins d'hygiène buccodentaires insuffisants, la réduction salivaire, les effets secondaires de la polymédication, le dessèchement des muqueuses buccales sont autant de facteurs de risque pour la personne âgée (Baumgartner, Schimmel et al. 2015).

Le confort oral ainsi qu'une bonne mastication sont des prérequis à une bonne nutrition. Dans le cas contraire, cela peut engendrer un risque nutritionnel (Wu, Cheung et al. 2017).

Ces problèmes sont beaucoup plus fréquents chez les personnes atteintes de démences (Jones, Lavalle et al. 1993).



Les différents liens entre la santé buccodentaire, la dénutrition et la fonction cognitive (adapté de Prince, M., Albanese, E., Guerchet, M., & Prina, M. (2014). *Nutrition and dementia*. In A. s. D. International (Ed.).

Les problèmes buccodentaires sont très souvent dus à une mauvaise hygiène buccale et nécessitent donc toute l'attention de l'ensemble des professionnels de l'aide et des soins.

Les soins d'hygiène buccale font partie intégrante des mesures de base dans la prise en charge de la personne en perte d'autonomie.

Pistes d'action et de réflexion

- **Evaluer régulièrement l'état bucco-dentaire** (Oral health assessment tool).
- **Orienter pour une évaluation spécifique** par un dentiste, un hygiéniste dentaire.
- **Éliminer les débris alimentaires** pour limiter les pathologies infectieuses.
- **Accompagner la personne dans la réalisation au quotidien de ses soins d'hygiène buccodentaire** par un brossage des dents (brosse à dents manuelle souple, brosse électrique).
- **Nettoyer les prothèses dentaires** (brossage mécanique avec une brosse à prothèse et du savon à PH neutre); utiliser, en complément et si besoin, des comprimés effervescents.
- **Utiliser des dentifrices fluorés, du fil interdentaire, un racloir à langue.**
- **Favoriser une bonne hydratation.**
- **Stimuler la production de salive** (chewing-gum).
- **Utiliser si besoin des produits pour remplacer la salive** (gel humectant, spray).



Dénutrition et troubles cognitifs

Les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'un trouble apparenté présentent un risque élevé de dénutrition. Le risque de perte de poids augmente avec la sévérité de la maladie d'Alzheimer. C'est un facteur de risque de mortalité (White, Peiper, Schmader, & Fillembaum, 1996) (White et al, Jags, 1998). Mais, la perte de poids ne concerne pas seulement les stades sévères de démence (Cronin-Stubbs et al., 1997).

Les troubles de la mémoire entraînent :

- des difficultés de concentration
- une désorientation dans le temps

ayant pour conséquences :

- des difficultés à gérer les achats alimentaires, à gérer un budget
- des risques dans la préparation et l'organisation des repas
- des oublis de s'alimenter même en cas de portage de repas
- des difficultés dans la gestion des dates de péremption des produits alimentaires.

Les personnes avec des troubles cognitifs débutants ont souvent une préférence pour les aliments sucrés. Elles peuvent également présenter des formes de boulimie ou de comportements sélectifs pour certains aliments. Les personnes atteintes de troubles cognitifs aux stades avancés peuvent présenter :

- des comportements de déambulation et d'hallucination avec des difficultés à rester assises lors des repas, augmentant leurs dépenses énergétiques
- des difficultés de concentration
- des difficultés à reconnaître les aliments et à utiliser des couverts. Le risque d'ingérer des produits non comestibles peut se présenter (ex. savon, plantes)
- des refus de s'alimenter à cause d'un inconfort ou de douleurs causées par différentes étiologies (exemples : dentaires, digestives)
- risques de fausses routes.

Pistes d'action et de réflexion

- **Evaluer les différentes causes possibles de la dénutrition et des troubles cognitifs** au moyen de l'Echelle de Blandford¹, Eating Behavior Scale

(Tully, Matrakas, Muir, & Musallam, 1997 - échelle de comportement alimentaire), évaluer leur évolution, leur incidence sur le quotidien, en observant, documentant, en partenariat avec les proches aidants, les professionnels de l'aide et des soins et le médecin traitant; faire appel à l'ergothérapeute, le diététicien.

- **Recueillir, comprendre et respecter les habitudes alimentaires**: observer la personne atteinte, partager avec elle, utiliser le journal alimentaire. Echanger et instaurer un partenariat actif avec le proche aidant et le réseau. Faire appel au diététicien, à l'ergothérapeute et à l'infirmier spécialiste clinique, si besoin.

- **Accompagner le proche aidant et la personne atteinte de troubles cognitifs en**:

- favorisant les promenades pour ouvrir l'appétit
- organisant les repas à heures fixes
- associant la personne atteinte à la préparation du repas (tâches simples)
- proposant des plats préférés
- prévoyant davantage de desserts
- laissant suffisamment de temps à la personne pour manger tranquillement, dans le calme, sans distraction (enlever ce qui est superflu et source

de distraction de la table; éteindre la télévision et bien éclairer la table; éviter les nappes et les assiettes avec des dessins très colorés qui peuvent distraire la personne)

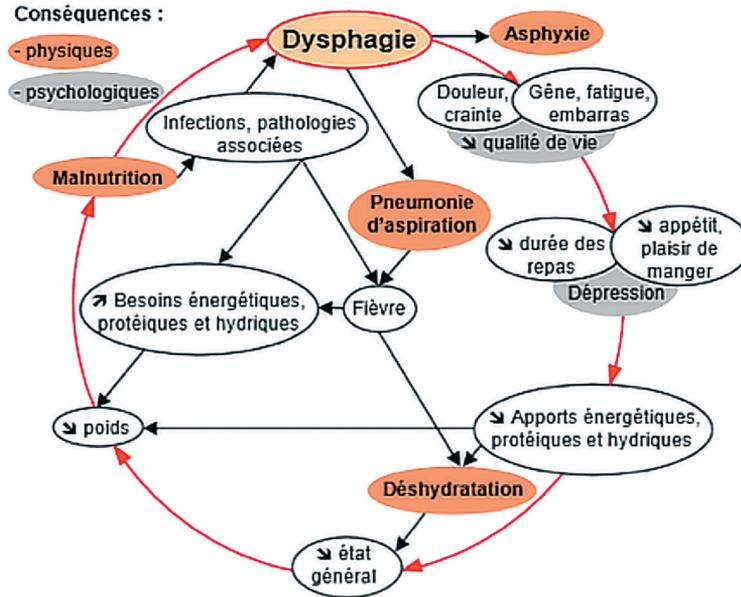
- conseillant une alimentation plus calorique pour les personnes déambulantes
- ne présentant qu'un seul plat à la fois, en donnant des petits morceaux, en lui laissant le temps d'avaler, en l'encourageant à bien mâcher et à boire à petites gorgées; en expliquant ce que la personne doit faire et, si nécessaire, la guider pour la première bouchée
- favorisant le « finger foods » ou « manger-mains » (aliments pouvant être mangés avec les doigts)
- mettant des aliments à grignoter à portée de main entre les repas ainsi que des boissons préférées; en lui offrant régulièrement à boire ou à manger; en augmentant le nombre de collations
- en cas de boulimie de la personne présentant des troubles cognitifs, opter pour de petites portions peu caloriques; ranger les aliments hors de sa vue, l'inciter à bouger et à s'occuper avec des activités (Association

Alzheimer Suisse, 2009).

1 Voir annexe 7.

Dénutrition et dysphagie

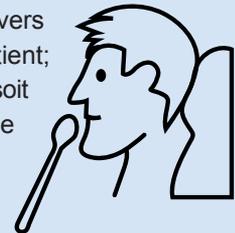
Le cercle vicieux de la dysphagie



S. Garo et coli, mai 2005

Pistes d'action et de réflexion

- **Evaluations spécifiques** : évaluation des différentes causes possibles et évaluation spécifique.
- **Eviter les aliments** avec des graines, des céréales, fibreux, de petite taille, gluants, entraînant des fausses routes et des complications (pneumonie par inhalation, asphyxie) et une déshydratation.
- **Adapter la texture du repas et des boissons**, alimentation hyper énergétique.
- **Favoriser** des aliments tels que des bouillies, avec ou sans semoule, des produits alimentaires gélifiants.
- **Adopter les postures lors des repas** (position du corps et de la tête) :
 - le but est de protéger l'entrée des voies respiratoires en baissant la tête et en rentrant le menton sur la poitrine.
- la position du corps doit être le plus possible assise et le tronc plutôt droit (un coussin placé derrière le dos et une tablette pour s'accouder peuvent aider)
- chaque personne étant différente, la posture est à adapter selon les recommandations des logopédistes
- la position du soignant est essentielle : il doit être à la hauteur de la personne et approcher le verre ou la fourchette vers la bouche du patient; il doit se placer soit face à la personne soit sur le côté, mais toujours plus bas que son visage
- enseigner au proche aidant les postures à adopter.



Dénutrition et cicatrisation

(Braden & Bergstrom, 1994; Langer & Fink, 2014) (Quain & Khardori, 2015)

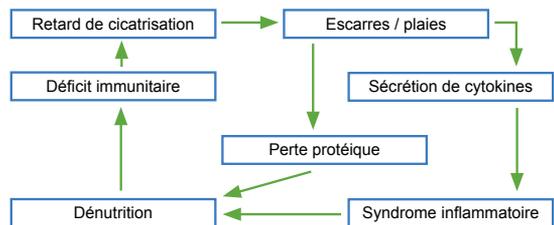
La cicatrisation des plaies chroniques (escarres, ulcères) nécessite des apports nutritionnels suffisants, quotidiens et équilibrés car :

- les **protéines** favorisent la cicatrisation et la régénération tissulaire; elles améliorent les fonctions immunitaires
- les **glucides** fournissent l'énergie nécessaire au métabolisme; la reconstruction tissulaire nécessite un complément d'apport énergétique
- les **lipides** permettent la formation des membranes cellulaires, améliorent la qualité de la peau et évitent la sécheresse cutanée, la desquamation fine, dermite séborrhéique
- les **vitamines** et les sels minéraux jouent un rôle dans:
 - A: renouvellement de la peau et élasticité
 - B: hydratation de la peau
 - C: synthèse du collagène

- D: particulièrement chez les brûlés, car la vitamine D est synthétisée au niveau de la peau
- E: propriétés anti-oxydantes.

La dénutrition retarde la cicatrisation et augmente le risque infectieux.

La dénutrition et l'immobilisation sont deux principaux facteurs indépendants prédictifs de la survenue des escarres.



<http://www.escarre.fr/denuitrition/diagnostic/definition.php>

Pistes d'action et de réflexion

- **Evaluer** les différentes causes possibles.
- **Utiliser le MNA-SF et l'Échelle de Braden:**
 - la **perte pondérale** (5% en 1 mois, 10% en 6 mois)
 - les **capacités de la personne à s'alimenter**
 - le **calcul de l'IMC**
 - les **apports nutritionnels/ingestas, consultation diététicienne.**
- **Rechercher les signes de carences:** chute de cheveux, peau fine et sèche, desquamation, dermite séborrhéique, pétéchies, cheilite ulcéreuse au niveau des lèvres, langue oedématiée, lésions gingivodentaires, ongles déformés, striés, cassants.
- **Evaluation par le médecin traitant de l'albumine, préalbumine, CRP, épaisseur des plis cutanés.**
- **Peser régulièrement la personne** (1x/semaine).
- **Favoriser une alimentation hyper-énergétique et hyperprotidique par:**
 - enrichissement de l'alimentation par des suppléments de fromage, ricotta, œufs (omelettes ou au plat), viande, poisson, muesli, yaourt, lait entier, bière maltée, produits avec acide gras oméga 3
 - utilisation de suppléments nutritionnels oraux
 - recours à une nutrition entérale si besoin et sur prescription médicale.
- **Application des protocoles de cicatrisation.**

Dénutrition et proches aidants

Le proche aidant est un acteur essentiel dans le maintien à domicile de la personne aidée et plus particulièrement de la personne âgée. L'alimentation est un élément-clé du vieillissement réussi et a une place prépondérante dans le lien social. Au fil de la progression de la maladie, les proches aidants suppléent les incapacités de leur proche dans la gestion de l'alimentation (courses) mais ont très rarement des connaissances spécifiques dans le domaine (Kergoat & Presse., 2007).

De fait, les professionnels doivent considérer le proche aidant comme partenaire de soins quelle que soit la problématique de santé et l'intégrer dans les différentes phases de repérage, d'évaluation et de solutions à mettre en place pour lutter contre la dénutrition et les conséquences y relatives.

Le proche aidant peut aussi être lui-même une personne à risque de vulnérabilité; les nombreuses études réalisées le démontrent.

La mauvaise santé des proches aidants (stress, fatigue, isolement, entre autres) peut influencer leur vulnérabilité et leur qualité de vie (Pin, Spini, & Perrig-Chiello, 2015) et avoir un double impact, sur leur propre état de santé et aussi sur l'état de la personne aidée.

La réduction du «fardeau» perçu des aidants permettrait d'améliorer les apports alimentaires des patients et ainsi de limiter ou minimiser le risque de détérioration de leur état nutritionnel et de perte de poids¹.

Le «fardeau» du proche aidant (Hébert., Bravo., & Girouard, 1993) est prédicteur d'une perte de poids chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les différentes études ont démontré que le «fardeau» du proche aidant constitue un facteur de perte de poids chez les personnes démentes (Gillette-Guyonnet, Lauque, & Ousset, 2005).

Pistes d'action et de réflexion

- **Evaluation spécifique**: évaluation des différentes causes possibles et évaluation avec l'Echelle de pénibilité/fardeau de Zarit².
- **Evaluation de l'anamnèse des problèmes** alimentaires (perte d'appétit, fatigue, perte de poids, dépression) du proche aidant (absence de vaisselle, frigo vide, difficulté à faire les courses, à laisser son proche aidé seul, problèmes financiers et matériels, problème de santé du proche aidant).
- **Prise en considération** des représentations alimentaires du proche aidant et des besoins alimentaires quotidiens.
- **Evaluation du proche aidant** (Echelle de pénibilité de Zarit²).
- **Favoriser les moments de partage** lors des repas et un environnement propice (la satisfaction du repas dépend à 80% de l'environnement).
- **Favoriser le plaisir de manger.**
- **Proposer de l'aide pour élaborer des menus**, l'accompagner pour faire les courses; proposer une livraison de repas à domicile.

¹ <http://hdl.handle.net/1866/5482>.

² Voir annexe 10.

Check-list itinéraire dénutrition

Repérage fatigue inhabituelle modification des habitudes de vie

Dépistage perte d'appétit
 frigo vide
 habits trop grands
 isolement social
 absence de proches aidants

Si réponse positive,
orientation vers un professionnel
de santé pour **une évaluation**

Evaluation compréhension de la modification de l'état de santé
 régime alimentaire présent
 problème de **mastication/état buccodentaire/fausse route**
 poids actuel/poids de référence
identification du pourcentage de la perte de poids :
 < 5% entre 5 et 10% > 10%
 IMC/BMI ≤ 21 entre 21 et 25 ≥ 25
 MNA-SF score ≤ 7 → **information immédiate au médecin**
 entre 8 et 11 ≥ 12
 RAI-HC
 alarme nutrition alarme déshydratation alarme chute
 alarme douleur alarme cognition
 alarme médicaments psychotropes
 alarme AIVQ alarme escarre autre alarme déterminante
 Evaluation diététicienne (MNA version longue)
 Journal alimentaire sur 3 jours analyse des ingestas

Client/patient informé des risques et des solutions existants
 Proche aidant informé des risques et des solutions existants
 Médecin traitant informé des résultats de l'évaluation infirmière
 examen médical et biologique complémentaire prescrit
 Evaluation sociale
 Objectifs de prise en soins pluridisciplinaires établis:

**Si risque de dénutrition
ou dénutrition**
Information et détermination
**des objectifs et actions ciblés
et personnalisés avec le
médecin traitant**

Actions orientation vers d'autres professionnels de santé :
 médecin diététicien travailleur/assistant social
 ergothérapeute logopédiste dentiste
 physiothérapeute autre
 soutien/conseil/d'éducation : à préciser
 surveillance : à préciser
 livraison de repas, fréquence :
 faire les courses assistance lors des repas
 SNO nutrition entérale nutrition parentérale
 autres

**Evaluation des actions
et des objectifs**
Réévaluation globale
et spécifique

Informar, sensibiliser, expliquer les risques et conséquences, valoriser, diversifier les approches, accompagner, partager, donner des astuces, manger avec plaisir, favoriser l'autonomie



Conclusion



Conclusion

S'alimenter est un acte fondamental et vital qui, par excès ou faillite, peut avoir de graves répercussions sur la santé.

Dépister, c'est regarder différemment, c'est évaluer globalement et spécifiquement, en mobilisant l'ensemble des acteurs (professionnels, proches aidants, médecins), gravitant autour des personnes âgées dénutries ou à risque.

Agir ensemble est le meilleur moyen pour aider les personnes âgées à domicile et leurs proches pour un maintien à domicile de qualité.

L'alimentation est le meilleur des médicaments. Des solutions existent et la nutrition est l'affaire de tous.

Annexes



Annexes

Annexe 1	Equation de Chumlea
Annexe 2	Dépistage par MNA-Short Form
Annexe 3	Evaluation MNA
Annexe 4	Journal alimentaire imad
Annexe 5	« Oral Health Assessment Tool » (OHAT), version française
Annexe 6	Entretien motivationnel (échelle motivationnelle)
Annexe 7	Echelle de Blandford
Annexe 8	Echelle de comportement alimentaire (« Eating Behavior Scale »)
Annexe 9	Echelles de Braden et de Waterlow
Annexe 10	Echelle de pénibilité/fardeau de Zarit : évaluation proche aidant
Annexe 11	Check list itinéraire dénutrition

Annexe 1 : Equation de Chumlea

Comment déterminer la taille chez les personnes de 60 ans et plus à partir de la distance talon-genou ?

Le patient doit être couché sur le dos ou assis, le genou levé et formant un angle de 90° entre la jambe et la cuisse. Le pied fait également un angle de 90° avec la jambe. La partie gauche du calibre est placée sous le talon, la partie mobile au-dessus des condyles fémoraux. L'axe du calibre doit être parallèle à l'axe du tibia et une légère pression est effectuée afin de comprimer les tissus.

Age	Hommes									Femmes								
	60	65	70	75	80	85	90	95	100	60	65	70	75	80	85	90	95	100
41	145	144	144	144	144	144	143	143	143	146	144	144	142	141	140	138	137	136
42	147	146	146	146	146	146	145	145	145	147	146	146	144	143	141	140	139	138
43	149	148	148	148	148	148	147	147	147	149	148	148	146	144	143	142	141	140
44	151	150	150	150	150	150	149	149	149	151	150	150	147	146	145	144	143	141
45	153	152	152	152	152	152	151	151	151	153	152	152	149	148	147	146	144	143
46	155	155	154	154	154	154	154	153	153	155	153	153	151	150	149	147	146	145
47	157	157	156	156	156	156	156	155	155	156	155	155	153	152	150	149	148	147
48	159	159	158	158	158	158	158	157	157	158	157	157	155	154	152	151	150	149
49	161	161	160	160	160	160	160	159	159	160	159	159	157	155	154	153	152	150
50	163	163	162	162	162	162	162	161	161	162	161	161	158	157	156	155	154	152
51	165	165	164	164	164	164	164	163	163	164	163	163	160	159	158	157	155	154
52	167	167	166	166	166	166	166	165	165	166	164	164	162	161	160	158	157	156
53	169	169	168	168	168	168	168	167	167	167	166	166	164	163	161	160	159	158
54	171	171	170	170	170	170	170	169	169	169	168	168	166	165	163	162	161	160
55	173	173	172	172	172	172	172	171	171	171	170	170	168	166	165	164	163	162
56	175	175	175	174	174	174	174	174	173	173	172	172	169	168	167	166	165	163
57	177	177	177	176	176	176	176	176	175	175	174	174	171	170	169	168	167	165
58	179	179	179	178	178	178	178	178	177	177	175	175	173	172	171	169	168	167
59	181	181	181	180	180	180	180	180	179	178	177	177	175	174	172	171	170	169
60	183	183	183	182	182	182	182	182	181	180	179	179	177	175	174	173	172	171
61	185	185	185	184	184	184	184	184	183	182	181	181	179	177	176	175	174	173
62	187	187	187	186	186	186	186	186	185	184	183	183	180	179	178	177	176	174
63	189	189	189	188	188	188	188	188	187	186	185	184	182	181	180	179	177	176
64	191	191	191	190	190	190	190	190	189	188	186	186	184	183	181	180	180	178
65	193	193	193	192	192	192	192	192	192	189	188	188	186	185	183	182	181	180

Source : <http://www.sante-limousin.fr/public/reseaux-de-sante/linut1/outils/d0af783e4c1a7f08a7c94a296cda4a7e>

Annexe 2: Dépistage par MNA-Short Form



Mini Nutritional Assessment
MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

imad - Direction adjointe des prestations
Service des pratiques professionnelles

Mini Nutritional Assessment MNA® - SF

N° client :

Nom : Prénom: Sexe : Date :

Age : Poids (kg) : Taille (cm) : Hauteur du genou (cm) :

Temps (T1, T2,...) :

Répondez au questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points pur obtenir le score de dépistage (en complément de l'évaluation RAI-HC).

Dépistage

A. Le patient a-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?

- 0 = sévère baisse de l'alimentation
- 1 = légère baisse de l'alimentation
- 2 = pas de baisse de l'alimentation

B. Perte récente de poids (< 3 mois)

- 0 = perte de poids > 3kg
- 1 = ne sait pas
- 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
- 3 = pas de perte de poids

C. Motricité

- 0 = du lit au fauteuil
- 1 = autonome à l'intérieur
- 2 = sort du domicile

SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2.
MERCİ DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE

F2. Circonférence du mollet (CM) en cm

- 0 = CM < 31
- 3 = CM ≥ 31

D. Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?

0 = oui 2 = non

E. Problèmes neuropsychologiques

- 0 = démence ou dépression sévère
- 1 = démence ou dépression modérée
- 2 = pas de problème psychologique

F1. Indice de masse corporelle (IMC=poids/(taille)² en kg/m²)

- 0 = IMC < 19
- 1 = 19 ≤ IMC < 21
- 2 = 21 ≤ IMC < 23
- 3 = IMC ≥ 23

Remarques/Commentaires :

Score de dépistage (max. 14 points) : 12-14 points : état nutritionnel normal /

8-11 points : risque de malnutrition / 0-7 points : malnutrition

Score à relever dans observation donnée suivi et version papier à mettre dans le dossier résiduel.

Références : Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA – Its History and Challenges. J Nutr Helath 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 Geront 2001;56A:M366-377.
Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) Review of the Literature – What does it tell us? J Nutr Helath Aging 2006;10:466-487.
Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
© Société des Produits Nestlé, SA, Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Révision 2009, N672000 12/99 10M

Chaque item est codé entre 0 et 2 (2 = absence de problème, 1 = modification, 0 = problème).

Si score compris entre 12 et 14 inclus : état nutritionnel normal.

Si score compris entre 8 et 11 : risque de dénutrition, évaluation complémentaire à réaliser, consultation diététicienne et médicale à proposer.

Si score inférieur ou égal à 7 : problématique nutritionnelle, consultation médicale nécessaire.

Annexe 3: Evaluation MNA

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute



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

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 légère
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: état nutritionnel normal
8-11 points: à risque de dénutrition
0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?

1 = oui 0 = non

H Prend plus de 3 médicaments par jour ?

0 = oui 1 = non

I Escarres ou plaies cutanées ?

0 = oui 1 = non

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?

0 = 1 repas
1 = 2 repas
2 = 3 repas

K Consomme-t-il ?

- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui non
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui non
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille . oui non

0,0 = si 0 ou 1 oui
0,5 = si 2 oui
1,0 = si 3 oui

L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?

0 = non 1 = oui

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

N Manière de se nourrir

0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté

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

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

Q Circonférence brachiale (CB en cm)

0,0 = CB < 21
0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
1,0 = CB > 22

R Circonférence du mollet (CM en cm)

0 = CM < 31
1 = CM ≥ 31

Évaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

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

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, Salvaj A, Guigoz Y, Velhas 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.
Kaiser MJ, Bauer JM, Rasmach C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Annexe 5: « Oral Health Assessment Tool » (OHAT) (Chalmers, 2005)

Cette échelle permet d'identifier l'état de santé buccodentaire de la personne évaluée.

	Sain = 0	Modification = 1	Non sain = 2	Total
Lèvres	Lisses, roses, humides	Sèches, gercées, rougeur angulaire	Morsure, gonflées, ulcération, saignement angulaire	
Langue	Normale, humide, rugueuse, rose	Irrégulière, fissurée, rouge, dépôts	Ulcérations, gonflée	
Gencives, muqueuses	Lisses, roses, humides, aucun saignement	Sèches, brillantes, rugueuses, gonflées, blessure, ulcère sous prothétique	Gonflées, saignement, ulcération, zones rouges ou blanches, érythèmes sous prothétique	
Salive	Tissus humides, flux correct	Peu de salive, collante, sensation de bouche sèche exprimée par la personne	Muqueuse parcheminée et rouge, peu ou pas de salive, salive épaisse, sensation de bouche sèche exprimée par la personne	
Dents naturelles	Aucune carie, ni racine, ni dent cassée	1 à 3 caries, racines ou dents cassées, dents usées, abrasées	Plus de 4 caries, racines ou dents cassées. Moins de 4 dents présentes	
Prothèse	Prothèse adaptée et portée	Prothèse partiellement inadaptée Prothèse portée 1 à 2 heures par jour	Prothèse inadaptée, Prothèse non portée	
Hygiène buccale	Propre, aucun dépôt, absence de tartre sur les dents et les prothèses	Présence partielle de plaque, de dépôts, de tartre sur les dents ou les prothèses	Présence de plaque, dépôts, tartre sur la totalité des dents ou des prothèses	
Douleurs	Aucun signe de douleur	Signes douloureux exprimés et /ou comportementaux (mimique, mâchonnement, agressivité, refus de manger)	Signes douloureux objectifs (morsure, gonflement, dents cassées) et signes douloureux exprimés et/ou comportementaux (mimiques, mâchonnement, agressivité, refus de manger)	
Total				/16

Chaque item est codé entre 0 et 2 (0 = sain/absence de problème, 1 = modification, 2 = non sain/problème).

Si 0 < score < 4 : bouche saine.

Si 4 < score < 8 : bouche saine, mais surveillance nécessaire.

Si 8 < score < 10 : bouche avec état préoccupant, soins à envisager (consultation dentiste).

Si 12 < score < 16 : bouche pathologique nécessitant des soins, **intervention dentiste nécessaire**.

Annexe 6: Entretien motivationnel (échelle motivationnelle)

Cette échelle n'établit pas de score mais permet au professionnel de santé formé de donner à la personne aidée les éléments pour réfléchir à ses habitudes alimentaires, d'évoquer sa motivation à changer en explorant ses ambivalences, et d'énoncer ses motivations (Miller & Rollnick, 2006).

Est-ce **important** pour vous de changer d'habitudes alimentaires ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas important

Important

Etes-vous **confiant** de pouvoir changer d'habitudes alimentaires ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas de confiance

Beaucoup de confiance

Etes-vous **prêt** à commencer un changement d'habitudes alimentaires ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Peu prêt

Prêt

Annexe 7: Echelle de Blandford (Blandford, 1998)

(Echelle adaptée selon la Société française de gériatrie et gérontologie. Programme MobiQual).

Cet outil d'évaluation permet d'identifier les troubles du comportement alimentaire, qu'il s'agisse de résistances, de comportements sélectifs, de dyspraxies avec apraxie buccale et difficultés à tenir les couverts ou encore de dysphagies oro-pharyngiennes (incoordination orale neuromusculaire).



Echelle de Blandford : description des troubles du comportement alimentaire	oui	non
Comportement de résistance		
Détourne la tête à la vue de la cuillère		
Repousse la nourriture ou la personne qui veut le nourrir		
Met les mains dans la bouche		
Agrippe, frappe ou mord celui qui essaie de le nourrir		
Crache ou jette la nourriture		
Dyspraxie et agnosie		
A besoin d'être cajolé pour manger		
Utilise les doigts plutôt que la fourchette		
Incapable d'utiliser les couverts		
Mélange et joue avec la nourriture plutôt que de l'avaler		
Parle de façon continue pendant le repas de sorte qu'il ne s'alimente pas		
Mange des choses non comestibles (serviettes, par exemple)		
Quitte la table et va marcher pendant les repas		
Semble ne pas reconnaître les aliments		
Comportement sélectifs		
A besoin de compléments nutritionnels spécifiques, sinon ne mange rien		
A besoin de compléments nutritionnels spécifiques, les goûte, se plaint et les refuse		
Refuse de manger une grande variété d'aliments, et ne mange par exemple que du pain, des desserts		
Ne prend que de petites quantités de nourriture, puis ne mange plus, même si on le fait manger		
Préfère les liquides (plus de 50% des apports)		
Refuse les solides mais accepte les liquides		
Incoordination orale neuromusculaire		
N'ouvre pas la bouche spontanément quand on lui présente la nourriture		
Plisse les lèvres, empêchant l'entrée de la nourriture		
Ferme la bouche, serre les dents et les lèvres		
Fait des mouvements de la langue ou de la bouche qui empêchent l'ingestion des aliments		
Accepte la nourriture puis la crache		
Accepte la nourriture mais ne la mâche pas et ne l'avale pas		
La nourriture dégouline de la bouche		
Fausse route		
Tousse ou s'étouffe en mangeant		
« Gargouillement » de la voix (voix humide)		
Dépendance alimentaire		
Présente un problème de comportement alimentaire mais s'alimente seul		
A besoin d'être aidé de temps en temps pour s'alimenter		
Ne s'alimente que si on le fait manger		

Les résultats observés permettent de définir des stratégies, des actions personnalisées et spécifiques afin de favoriser l'alimentation de la personne âgée, en lien avec les proches aidants et les professionnels intervenant en proximité.

Annexe 8 : Echelle de comportement alimentaire (« Eating Behavior Scale »)

Cette échelle est utilisée pour estimer la capacité de la personne à se nourrir seule.

La personne est capable de :	Indépendant	Avec stimulation verbale	Avec assistance physique	Dépendant
1. débiter son repas	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. maintenir son attention	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. localiser tout son repas	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. utiliser des couverts	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. avaler, mâcher, déglutir sans toux	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. terminer son repas	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Total				

Chaque item est codé entre 0 et 3 (0 = dépendant, 1 = avec assistance physique, 2 = avec assistance verbale, 3 = indépendant).

Plus le score est bas, plus la personne est dépendante et nécessite une assistance lors du repas.

Annexe 9 : Echelle de Braden (Braden, 1994)

Cette échelle permet d'évaluer le risque que présente une personne de développer un escarre.

Sensibilité	Humidité	Activité
1. complètement limitée	1. constamment humide	1. confiné au lit
2. très limitée	2. très humide	2. confiné en chaise
3. légèrement limitée	3. parfois humide	3. marche parfois
4. pas de gêne	4. rarement humide	4. marche fréquemment
Mobilité	Nutrition	Frictions et frottements
1. totalement immobile	1. très pauvre	1. problème permanent
2. très limitée	2. probablement inadéquate	2. problème potentiel
3. légèrement limitée	3. correcte	3. pas de problème apparent
4. pas de limitation	4. excellente	
Score total		

Score de 6 à 23 : plus le score est bas, plus la personne est à risque.

≤ 7 : risque très élevé.

8 à 12 : risque élevé.

13 à 17 : risque modéré.

≥ 18 : risque bas.

Echelle de Waterlow (Waterlow, 1985)

Cette échelle permet d'évaluer le risque d'escarre.

Sexe et âge	Masse corporelle	Aspect visuel de la peau
1. masculin	0. IMC normal (18.5 à 24, entre 21 et 24 pour une personne de plus de 65 ans) 1. $25 \leq \text{IMC} < 30$ 2. obèse: $\text{IMC} \geq 30$ 3. $\text{IMC} < 18.5$ (< 21 pour une personne de plus de 65 ans)	0. saine
2. féminin		1. fine et grêle
		1. sèche/déshydratée
1. 14 à 49 ans		1. œdémateuse
2. 50 à 64 ans		2. décolorée
3. 65 à 74 ans		3. irritation cutanée/peau lésée
4. 75 à 80 ans		
5. 81 ans et plus		
Incontinence	Mobilité	Appétit
0. totale ou sonde urinaire	0. complète	0. normal
1. occasionnelle	1. agité	1. faible
2. urinaire ou fécale	2. apathique	2. alimentation par sonde gastrique uniquement
3. double	3. restreinte	3. à jeun ou anorexique
	4. immobile (traction, sédation)	
	5. patient grabataire, confiné dans son fauteuil	
Malnutrition des tissus	Déficiences neurologiques	Médicaments
8. cachexie terminale 5. déficience cardiaque 5. insuffisance vasculaire périphérique 2. anémie 1. tabagisme (> 5 cigarettes/jour)	4 à 6. accident vasculaire cérébral, neuropathie périphérique (diabète), déficit moteur et sensitif (paraplégie, sclérose en plaque...)	4. cytotoxiques, corticoïdes haute dose, anti-inflammatoires sur longue durée
Si score >10 : à risque Si score >15 : à haut risque Si score >20 : à très haut risque		Chirurgie/traumatisme
		5. orthopédie, partie inférieure, colonne 5. intervention > 2 heures

Annexe 10 : Echelle de pénibilité/fardeau de Zarit : évaluation proche aidant (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980)



À quelle fréquence vous arrive-t-il de :	Jamais 0	Rarement 1	Quelques fois 2	Assez souvent 3	Presque toujours 4
1. sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?					
2. sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?					
3. vous sentir tiraillé entre les besoins de votre parent et vos autres responsabilités familiales ou professionnelles ?					
4. vous sentir embarrassé par le(s) comportement(s) de votre parent ?					
5. vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?					
6. sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de votre famille ?					
7. avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?					
8. sentir que votre parent est dépendant de vous ?					
9. vous sentir tendu en présence de votre parent ?					
10. sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?					
11. sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?					
12. sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?					
13. vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?					
14. sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?					
15. sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos dépenses ?					
16. sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?					
17. sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?					
18. souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?					
19. sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?					
20. sentir que vous devriez donner de meilleurs soins à votre parent ?					
21. sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?					
22. en fin de compte, vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?					
Sous-Total					
Total					

Résultats

- Score inférieur à 20 indique une charge de travail faible ou nulle
- Score inférieur à 40 indique une charge de travail légère
- Score inférieur à 60 indique une charge de travail modérée
- Score supérieur à 60 indique une charge de travail importante

Annexe 11 : Check list itinéraire dénutrition



imad - Direction des opérations
Service des pratiques professionnelles

www.imad-ge.ch

Check-list itinéraire dénutrition

Nom :

Prénom :

N° client :

Eq :

Date :

Repérage Fatigue inhabituelle Modification des habitudes de vie

Dépistage Perte d'appétit Frigo vide Habits trop grands

Isolement social Absence de proches aidants

➤ Si réponse positive : Orientation vers un professionnel de santé pour **une évaluation**

Evaluation

Compréhension de la modification de l'état de santé

Régime alimentaire présent

Problème de mastication/état buccodentaire/fausse route

Poids actuel/Poids de référence :

identification du pourcentage de la perte de poids : <5% entre 5 et 10% >10%

IMC/BMI : ≤ 21 entre 21 et 25 ≥ 25

MNA-SF score ≤ 7 --> **information immédiate au médecin**

entre 8 et 11 ≥ 12

RAI-HC **alarme nutrition** alarme déshydratation alarme chute

alarme douleur alarme cognition alarme médicaments psychotropes

alarme AIVQ alarme escarre autre alarme déterminante

Evaluation diététicienne (MNA version longue)

Journal alimentaire sur 3 jours Analyse des ingestas

Client/patient informé des risques et des solutions existants

Proche aidant informé des risques et des solutions existants

Médecin traitant informé des résultats de l'évaluation infirmière

Evaluation sociale

Objectifs de prise en soins pluridisciplinaires établis :

➤ Si réponse risque de dénutrition ou dénutrition : Information et détermination **des objectifs et actions ciblés et personnalisés avec le médecin traitant**



Information :

- Client/patient informé** des risques et des solutions existants
- Proche aidant informé des risques et des solutions existants
- Médecin traitant informé** des résultats de l'évaluation infirmière
 - examen médical complémentaire prescrit
- Objectifs de prise en soins pluridisciplinaires** établis et définis :

Actions :

- Orientation vers d'autres professionnels de la santé :
 - médecin
 - diététicien travailleur/assistant social
 - ergothérapeute logopédiste dentiste
 - physiothérapeute autre :
- Soutien/conseil/d'éducation: à préciser
- Surveillance : à préciser
- Livraison de repas, fréquence :
- Faire les courses assistance lors des repas
- SNO nutrition entérale nutrition parentérale
- Autres :

Prévoir : **Evaluation des actions et des objectifs**. Réévaluation globale et spécifique MNA-SF à 3 mois

Informé, sensibiliser, expliquer les risques et conséquences, valoriser, diversifier les approches, accompagner, partager, donner des astuces, manger avec plaisir, favoriser l'autonomie

Remarques :

**Lexique,
bibliographie
et adresses utiles**

Lexique

Agnosie : Trouble de la reconnaissance des informations sensorielles, dû à une lésion localisée du cortex cérébral, sans atteinte des perceptions élémentaires. La personne ne reconnaît pas ce qu'elle voit, ce qu'elle entend ou ce qu'elle touche.

Anorexie : Diminution ou arrêt de l'alimentation, par perte d'appétit ou refus de se nourrir. (Larousse).

Déglutition : Acte par lequel le bol alimentaire passe de la bouche dans l'œsophage puis dans l'estomac (Larousse).

Dénutrition : Déséquilibre entre la source de nutriments et d'énergie et les exigences du corps permettant d'assurer la croissance, l'entretien et les fonctions spécifiques (selon OMS).

Etat pathologique provoqué par le déséquilibre entre les besoins métaboliques et les apports nutritionnels avec pour conséquence une modification de la composition corporelle.

Elle peut être en lien avec une diminution des apports nutritionnels et/ou une augmentation des besoins métaboliques.

La dénutrition s'installe aussi lorsque le vieillissement s'accompagne de pathologies inflammatoires ou dégénératives liées à des conditions environnementales défavorables ou des difficultés psychologiques.

Dépistage : Processus qui consiste à repérer un état pathologique avant qu'il ne s'exprime par des symptômes fonctionnels. Selon l'OMS, le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests, d'exams ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue [...] Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Les personnes pour lesquelles les résultats sont

positifs ou douteux doivent être orientées vers leur médecin pour vérification du diagnostic et, si besoin est, pour la mise en place d'un traitement.

Dysgueusie : Trouble de la perception normale du goût.

Dysphagie : Trouble de la déglutition lié au passage des aliments de la bouche vers l'estomac (Larousse).

Dyspraxie : Altération de la capacité à exécuter de manière automatique des mouvements déterminés. Trouble cognitif spécifique qui affecte la planification des gestes volontaires, intentionnels.

Evaluation : Selon l'OMS « l'évaluation de la qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. L'évaluation de la qualité des soins est un ensemble de méthodes pour aider les professionnels à faire des choix à tous les niveaux des soins qu'il s'agisse de la décision diagnostique ou thérapeutique au lit du malade, ou de la décision d'investissement dans le cadre d'une politique hospitalière ».

Fragilité : La fragilité associée au vieillissement est un syndrome clinique traduisant une réduction multi-systémique des capacités physiologiques limitant l'adaptation au stress (SFGG société française de gériatrie et gérontologie).

Incidence/taux d'incidence : Nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période donnée – population incidente – par rapport à la population dont sont issus les cas (pendant cette même période) – population cible (Insee).



L'indice de masse corporelle (IMC): L'IMC (ou indice de Quételet) est un indice simple du poids par rapport à la taille communément employé pour la classification du déficit pondéral, du surpoids et de l'obésité chez l'adulte. Il se calcule en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres (kg/m²).

Ingestas: Matières alimentaires introduites dans l'organisme (Larousse).

Malnutrition: Elle se caractérise par une alimentation ne correspondant pas aux besoins de l'organisme, mal équilibrée en quantité et/ou en qualité. La malnutrition peut avoir de graves conséquences sur la santé entraînant parfois des pathologies mortelles. Elle est due soit à une sous-alimentation, soit à des excès (suralimentation d'aliments à faible teneur énergétique, saturés en sucres et en graisses) soit au déséquilibre de l'apport énergétique protéique et/ou nutritif.

Morbidité: Nombre d'individus atteints par une maladie dans une population donnée et pendant une période déterminée.

Mortalité: Rapport entre le nombre de décès et l'effectif moyen de la population dans un lieu donné et pendant une période déterminée (Larousse).

Nutrition entérale: Méthode de substitution de l'alimentation orale permettant d'apporter tous les nutriments nécessaires à l'organisme afin d'atteindre et de préserver un état nutritionnel correspondant aux besoins et aux caractéristiques du patient. Elle se fait par une sonde introduite dans le tube digestif par voie nasale ou par l'intermédiaire d'une stomie digestive (gastrostomie, gastrostomie percutanée (PEG) ou jéjunostomie) - voir: <http://www.hug-ge.ch/procedures-de-soins/nutrition-enterale#definition>

Nutrition parentérale ou nutrition par voie veineuse: L'alimentation, ou nutrition, parentérale est utile pour des malades chez qui les apports

alimentaires sont impossibles, insuffisants ou inefficaces par voie orale ou entérale (par voie digestive). Son efficacité est prouvée ou suggérée en gastro-entérologie, en réanimation et en chirurgie lourde. L'alimentation parentérale peut être complète ou non, exclusive ou non, de durée brève ou prolongée (Larousse médical).

Prévalence: Rapport du nombre de cas d'un trouble morbide à l'effectif total d'une population, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens à un moment ou pendant une période donnée (Larousse).

Prévention: Selon l'OMS, «la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps».

Il existe trois niveaux de prévention:

- **Primaire:** ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population (agir avant la maladie). Supprimer les facteurs de risque = **intervention en amont** (avant).
- **Secondaire:** ensemble des actes visant à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population (agir au début de la pathologie et éviter le développement). Détection précoce et traitement = **intervention pendant**.
- **Tertiaire:** ensemble des actes visant à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population (agir tout au long de la maladie en évitant les complications et les rechutes). Diminuer les complications = **intervention après**.

Repérage: Processus qui permet de détecter, d'identifier des personnes à risque.

Sarcopénie: Désigne une diminution de la masse musculaire, de la force musculaire et/ou de la performance musculaire associée à des troubles de la mobilité. La sarcopénie augmente avec l'âge et les complications sont les chutes, un état de fragilité, la perte d'autonomie (ex.: difficultés à se déplacer, à accomplir des activités de la vie quotidienne), la dépendance.



Bibliographie

- Baumgartner, W., et al. (2015). « Santé bucco-dentaire et soins dentaires chez la personne âgée en institution de dépendance. » *Swiss Dental Journal SSO* 125: 4.
- Blandford, G., & Watkins, L. (1998). Assessing abnormal feeding behavior in dementia: a taxonomy and initial findings. In: *Research and practice in Alzheimer's disease*. New York: Springer Publishing Company, 47-64.
- Bocock, M. A., Keller, H. H., & Brauer, P. M. (2008). Defining malnutrition risk for older home care clients. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 69(4), 171-176. doi:10.3148/69.4.2008.171.
- Bosshard Taroni, W., & Pralong, G. (2011). Détection du risque de malnutrition chez la personne âgée. *Revue médicale suisse*, 294, 1056-1057.
- Braden, B. J., & Bergstrom, N. (1994). Predictive validity of the Braden Scale for pressure sore risk in a nursing home population. *Research in Nursing & Health*, 17(6), 459-470.
- Busnel, C., Mastromauro, L., Chochoy, S., Dujoux, C., Walter, M.-J., & Del-Tatto, T. (2015). La dénutrition est l'affaire de tous. *Soins infirmiers*, 5, 71-72.
- Chalmers, J. M., King, P. L., Spencer, A. J., Wright, F. A., & Carter, K. D. (2005). The oral health assessment tool--validity and reliability. *Australian Dental Journal*, 50(3), 191-199.
- Chumlea, W. C., Roche, A. F., & Steinbaugh, M. L. (1985). Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33(2), 116-120.
- Cronin-Stubbs, D., Beckett, L. A., Scherr, P. A., Field, T. S., Chown, M. J., Pilgrim, D. M., . . . Evans, D. A. (1997). Weight loss in people with Alzheimer's disease: a prospective population based analysis. *British Medical Journal*. doi:DOI: 10.1136/bmj.314.7075.178.
- Ferry, M., Mischlich, D., Alix, E., Brocker, P., Constans, T., Lesourd, B., . . . Vellas, B. (2012). *Nutrition de la personne âgée* (Paris: Masson ed.).
- Gillette-Guyonnet, S., Lauque, S., & Ousset, P.-J. (2005). Nutrition et maladie d'Alzheimer. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du Vieillessement*, 3(Suppl.1), S35-S41.
- Guigoz, Y., Lauque, S., & Vellas, B. J. (2002). Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18(4), 737-757.
- Haute Autorité de Santé. (2007). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. *Recommandations*.
- Hébert., R., Bravo., G., & Girouard, D. (1993). Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments. *La Revue Canadienne du Vieillessement*, Volume 12,(Issue 3), pp. 324-337. doi: 10.1017/S0714980800013726.
- Imoberdorf, R., Rühlin, M., Beerli, A., & Ballmer, P. E. (2014). Malnutrition chez les personnes âgées. *Forum Médical Suisse*, 14(49), 932-936.
- Jones, J. A., et al. (1993). « Caries incidence in patients with dementia. » *Gerontology* 10(2): 76-82.
- Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009; 13:782-788.
- Kergoat, M.-J., & Presse., e. N. (2007). Problèmes nutritionnels chez les personnes âgées atteintes d'une démence de type Alzheimer: manifestations et stratégies thérapeutiques. *Réalités en nutrition*, 4, 21-26.
- Langer, G., & Fink, A. (2014). Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003216. doi: 10.1002/14651858.CD003216.pub2.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel: Aider la personne à engager le changement*. Paris: InterEditions.
- Nanda (2013) *Diagnostics infirmiers*. Nanda international, Ed. Elsevier Masson.



- Office fédéral de la santé publique. (2012). 6^e rapport sur la nutrition en Suisse.
- Pin, S., Spini, D., & Perrig-Chiello, P. (2015). Etudes sur les proches aidants et les professionnels de l'institution genevoise de maintien à domicile dans le canton de Genève- AGENEVA Care.
- Prince, M., et al. (2014). Nutrition-and-dementia: A review of available reseach. Londres, Royaume-Uni, Alzheimer Disease International.
- Quain, A. M., & Khardori, N. M. (2015). Nutrition in Wound Care Management: A Comprehensive Overview. *Wounds*, 27(12), 327-335.
- Reinert, R., Maupetit, C., Zermatten, C., Chappuis, S., Dudley-Martin, F., Busnel, C., & Gouabault, E. (2014). Dénutrition de la personne âgée: attitude des collaborateurs de l'institution genevoise de maintien à domicile. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 28(S1), 102-103. doi: 10.1016/S0985-0562(14)70709-5
- Rolland, Y., & Vellas, B. (2009). La sarcopénie. *Revue médicale interne*, 30, 150-160.
- Rubenstein, L. Z., Harker, J. O., Salvà, A., Guigoz, Y., & Vellas, B. (2001). Screening for undernutrition in geriatric practice: Developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF). *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(6), M366-M372. doi: 10.1093/gerona/56.6.M366.
- Association Alzheimer Suisse (2009). Alzheimer et alimentation, consulté le 23.05.2017, www.alz.ch/ju/index.php/problemes-specifiques.html
- Société Suisse de Nutrition (SSN). La pyramide alimentaire suisse, consulté le 23.05.2017, <http://www.sge-ssn.ch/fr/toi-et-moi/boire-et-manger/equilibre-alimentaire/pyramide-alimentaire-suisse/>
- Société Suisse de Nutrition (SSN). Assiette optimale, consulté le 23.05.2017, <http://www.sge-ssn.ch/fr/toi-et-moi/boire-et-manger/equilibre-alimentaire/assiette-optimale/>
- Sjogren, P., et al. (2008). « A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. » *Journal of American Geriatrics Society*, 56(11): 2124-2130.
- Tully, M. W., Matrakas, K. L., Muir, J., & Musallam, K. (1997). The Eating Behavior Scale. A simple method of assessing functional ability in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(7), 9-15; quiz 54-15.
- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné Montréal: ERPI.
- Waterlow, J. (1985). Pressure sores: a risk assessment card. *Nurs Times*, 81(48), 49-55.
- White, H., Peiper, C., Schmader, K., & Fillembaum, G. (1996). Weight change in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 1232-1234.
- Wilson JMP, G., J., & (1968). Principles and practices of screening for disease. World Health Organization. Public health papers, Geneva, Switzerland, number 39.
- Wu, L. L., et al. (2017). « Oral health indicators for risk of malnutrition in elders. » *The journal of nutrition, health & aging*: 1-8.
- Zarit, S., Reever, K., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of impaired elderly: corrolates of feeling of burden. *Gerontologist*, 20, 649-654.
- Société Suisse de Nutrition (SSN). Recommandations alimentaires pour adultes. L'alimentation de la personne âgée, consulté le 23.05.2017, <http://www.sge-ssn.ch/fr/science-et-recherche/denrees-alimentaires-et-nutriments/recommandations-nutritionnelles/valeurs-de-reference-dach/>
- Ecole de la dénutrition, consulté le 23.05.2017, <http://www.ecole-de-la-denuitration.com/denuitration-et-cancer/generalites/prise-en-charge-denuitration/>

Chaque jour de l'année, 24 h / 24, les professionnels imad interviennent dans le canton de Genève et une permanence téléphonique est assurée au 022 420 20 00, 7 jours sur 7.

Centre de maintien à domicile Carouge

Avenue Cardinal-Mermillod 36 - 1227 Carouge

T 022 420 20 11

Centre de maintien à domicile Pâquis

Rue de Lausanne 45-47a - 1201 Genève

T 022 420 20 12

Centre de maintien à domicile Eaux-vives

Rue des Vollandes 38 - 1207 Genève

T 022 420 20 13

Centre de maintien à domicile Onex

Route de Chancy 98 - 1213 Onex

T 022 420 20 14

Arcade imad

HUG - Bâtiment Gustave Julliard

Rue Alcide-Jentzer 17 - 1205 Genève

T 022 420 20 10



imad • Av. Cardinal-Mermillod 36
CP 1731 • 1227 Carouge
E-mail: info@imad-ge.ch

www.imad-ge.ch