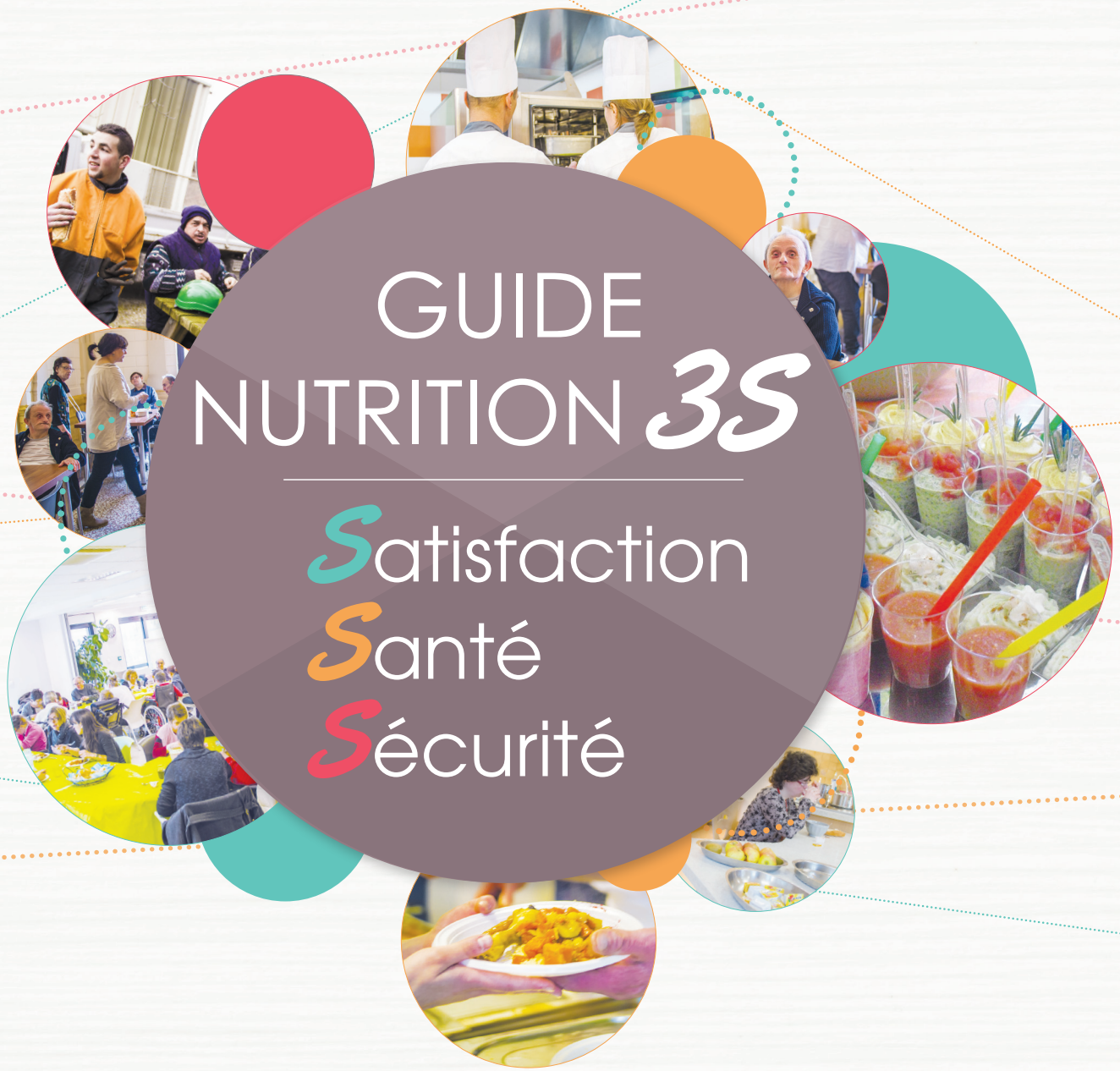
groupe

adapei LOIRE
association départementale
des amis et parents de personnes
déficientes intellectuelles

**UNE NOUVELLE APPROCHE DE LA RESTAURATION
AU SERVICE DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP**



GUIDE NUTRITION 3S

Satisfaction
Santé
Sécurité

À l'usage des personnes accompagnées, des familles
et des professionnels du secteur médico-social



groupe ec6

audit,
diagnostic,
évaluation,
formation &
accompagnement.

Accompagnement des projets en Restauration et nutrition des personnes en situation de handicap

Quelques indicateurs :

- Un coût repas fabriqué < 4,36€ TTC
- Une réduction des déchets alimentaires à 20%
- Une réduction sensible du taux de dénutrition en foyer et MAS

www.ec6.fr
contact@ec6.fr
03 85 38 20 02

Evaluer, assister et former :

• ec6 évalue et propose des solutions pour accompagner la prise de décision des décideurs,

• ec6 assiste les équipes dans la conduite des projets jusqu'à la mise en œuvre sur le terrain,

• ec6 forme les personnels d'accompagnement, les moniteurs, les professionnels de restauration et les travailleurs handicapés



Comment ?



• Diagnostic sur mesure en restauration et conduite d'actions correctives.
• Evaluation de la performance nutritionnelle.
• Aide à la prise de décision stratégique sur l'organisation de la fabrication des repas.
• Accompagnement dans le choix du prestataire.
• Assistance dans la mise en œuvre d'activité en ESAT pour les travailleurs handicapés.
• Accompagnement des projets de conception de cuisines centrales.
• Formations et expertises en organisation de production de repas.
• Formation des éducateurs et moniteurs en maîtrise de la sécurité alimentaire.
• Formation adaptée pour les travailleurs handicapés pour les techniques culinaires.

Pour

• *Conjuguer nutrition, partage et plaisir de se restaurer.*

• *Inscrire la restauration dans les valeurs humaines et de respect des institutions.*



PRÉFACE

La restauration collective des établissements médico sociaux est à la croisée des chemins.

Le taux de dénutrition* des personnes accueillies, la masse d'aliments présentés et non consommés**, l'impact sur la qualité et l'espérance de vie des usagers et résidents, le coût majeur pour la collectivité de la carence de prise en charge alimentaire attestent de la faillite des organisations actuelles et soulignent la nécessité de changer d'approche.

Il faut mettre fin à la dénutrition et au gâchis !

Longtemps traitée comme une restauration collective standardisée, la prise en charge alimentaire des personnes atteintes de déficit intellectuel doit être abordée de manière spécifique.

Il est nécessaire que les professionnels chargés de concevoir, fabriquer et distribuer les repas maîtrisent les notions de nutrition humaine et les impacts majeurs de chaque pathologie sur le mode alimentaire.

La conception des repas, leur fabrication et le mode de service doivent être réalisés en intégrant les contraintes alimentaires techniques et physiologiques des pathologies prises en charge.

Le Groupe ec6 a eu le plaisir d'accompagner le projet 3S de l'A.D.A.P.E.I. de la Loire ; projet ambitieux qui révolutionne la restauration des usagers et vise à améliorer la santé au travers d'une alimentation plaisir.

Pour la première fois sont réunies dans un même guide une description précise et pragmatique des bonnes pratiques pour concevoir et produire des repas pour l'ensemble des consommateurs.

Fruit du travail de nombreux professionnels de l'A.D.A.P.E.I. de la Loire, passionnés par le projet institutionnel 3S, ce recueil de bonnes pratiques vous guidera vers une restauration adaptée aux enjeux de prise en charge de vos hôtes.

La restauration en établissement médico sociaux n'est pas une restauration collective !

Elle doit être abordée sous la forme d'une addition de prises en charge alimentaires spécifiques adaptées pour que s'alimenter soit un plaisir et un support à une bonne santé pour grandir, vivre et vieillir dans les meilleures conditions possibles.

Eric COMMELIN
Directeur du Groupe ec6

* (de 50 % à 70 % pour certains types de prises en charge)
** Près de 37 % de déchets alimentaires en moyenne en France en restauration des établissements de santé
*** La dénutrition lié aux déficits d'apport protéino énergétique en institution génère une dépense de 1.2 milliards d'€ chaque année en France.

Le Groupe ec6 accompagne les mutations majeures de la restauration santé. Le guide fait suite aux guides rédigés ou accompagnés par les experts ec6 :

- Guide prise en charge hôtelière des patients en fin de vie – Presses de l'EHESP
- Guide Gérer un Comité de Liaison Alimentation Nutrition à l'hôpital – Guide MeaH
- Guide de bonnes pratiques en restauration hospitalière – Guide Meah
- Guide alimentation Alzheimer, s'adapter au quotidien – Presses de l'EHESP
- Guide Restauration et Nutrition des séniors en EHPAD & SSR – EHPAD Magazine

Ces guides sont disponibles sur www.ec6groupe.com

EDITO



La stratégie d'accompagnement des personnes handicapées au sein de l'A.D.A.P.E.I. de Loire s'appuie sur un certain nombre de convictions qui nourrissent le projet de l'Association :

- Un suivi personnalisé et partagé entre de multiples acteurs afin de faciliter le parcours de vie,
- Une évaluation constante des besoins spécifiques de l'usager à partir d'une caractérisation (classification) de la population accueillie,
- Une exigence globale de qualité et de bientraitance, notamment dans le domaine de la nutrition-restauration.

La réflexion menée par un groupe d'experts autour du besoin institutionnel constitue, en effet, le point de départ d'une relation nouvelle avec les professionnels de la restauration : il s'agit désormais d'apporter à chaque usager ce dont il a besoin dans sa propre singularité, en fonction de son projet de vie et de son handicap.

La qualité nutritionnelle de la prestation de restauration ainsi définie nous paraît constituer, de surcroît, un élément précieux et incontournable du projet de la personne et un outil managérial essentiel reposant sur un travail transdisciplinaire.

Rolland CORTOT

Directeur Général de l'A.D.A.P.E.I. de la Loire

EDITO



MANGER AVEC PLAISIR POUR MIEUX SE NOURRIR

Le projet de restauration "3S" (Satisfaction, Santé, Sécurité) de l'A.D.A.P.E.I. de la Loire ambitionne, entre autres, d'améliorer la qualité gustative des repas dans un contexte de restauration collective.

Les différentes contraintes organisationnelles et sanitaires ont pu induire une offre alimentaire restreinte. En mettant en œuvre les connaissances et les techniques de restauration disponibles, notre projet prétend offrir une cuisine de qualité, diversifiée et adaptée aux spécificités nutritionnelles de chaque personne accueillie.

Manger est un plaisir qui se cultive dès le plus jeune âge. L'éducation au goût doit prendre en compte la multitude des spécificités inhérentes à la diversité des handicaps et troubles associés : l'altération de la perception du goût, l'hypo ou l'hyper activité, les difficultés de mastication, de déglutition...

Les bonnes habitudes alimentaires acquises et conservées tout au long de la vie participent à la bonne santé.

Il convient de soigner la présentation des assiettes et l'environnement restauration. La convivialité, la participation des personnes accueillies, la variété et le choix dans les menus proposés, les repas festifs, contribuent à recréer dans l'établissement la dimension affective d'un repas familial.

La réussite du projet de restauration "3S" dépend de l'implication de chaque acteur concerné : la personne accueillie, sa famille, les professionnels de l'accompagnement et de la restauration, l'association.

Antoine ROBERT

Président de l'A.D.A.P.E.I. de la Loire

ON PEUT ASSURER **9 MILLIONS** DE PERSONNES ET **N'OUBLIER PERSONNE**

—

AG2R LA MONDIALE est un groupe de protection sociale, acteur complet de l'assurance de personnes, au service de tous les Français, quels que soient leur situation professionnelle et leur âge.
C'est pourquoi nous investissons 100 % de nos résultats au bénéfice de nos assurés et développons ainsi de nouvelles garanties, des services plus personnalisés, et de nouveaux produits.
Et parce que nous ne voulons oublier personne, nous renforçons notre action sociale auprès des plus fragiles.

Pour en savoir plus : **www.ag2rlamondiale.fr**

GIE AG2R - membre du groupe AG2R LA MONDIALE - 35, boulevard Brune 75014 Paris 433 719 812 RCS Paris

AG2R LA MONDIALE

le contraire de seul au monde

PRÉVOYANCE
SANTÉ
ÉPARGNE
RETRAITE
ENGAGEMENT SOCIAL

SOMMAIRE

8 TABLEAU DE SYNTHÈSE

9 TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES APPORTS NUTRITIONNELS

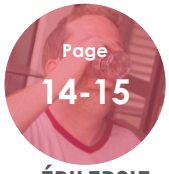
FICHES PATHOLOGIES



ENFANT POLYHANDICAPÉ



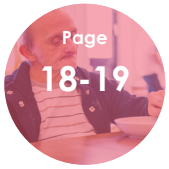
AUTISME



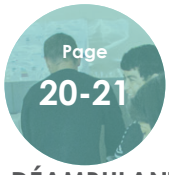
ÉPILEPSIE



TRISOMIE 21



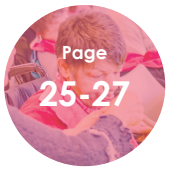
PERSONNE TRISOMIQUE 21 ÂGÉE



DÉAMBULANT, HYPERACTIVITÉ AGITATION

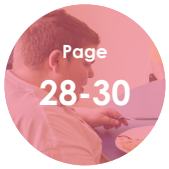


PERSONNE POLYHANDICAPÉE ADULTE



PERSONNE POLYHANDICAPÉE ÂGÉE

FICHES ACCOMPAGNEMENTS SPÉCIFIQUES



NEUROLEPTIQUE



TRAVAILLEURS HANDICAPÉS D'E.S.A.T. ET D'E.A. AVEC UNE ACTIVITÉ SINGULIÈRE



VIEILLISSEMENT, RETOUR D'HOSPITALISATION ET ANTICIPATION DES ACTES CHIRURGICAUX

36 ELÉMENTS D'ÉVALUATION DU STATUT NUTRITIONNEL

38 LES APPORTS ÉNERGÉTIQUES

42 MENUS PERSONNALISÉS

46 RÉGIMES ET TEXTURES

48 TEXTURES MODIFIÉES

49 BIBLIOGRAPHIE

50 GLOSSAIRE

51 REMERCIEMENTS

TABLEAU DE SYNTHÈSE

FAMILLE HOMOGÈNE PAR PATHOLOGIE	Enfants en maternelle	Enfants en classe élémentaire	Adolescents, adultes	Personnes âgées en institution
Enfants polyhandicapés	✔	✔		
Autisme	✔	✔	✔	
Epilepsie	✔	✔	✔	✔
Trisomie 21	✔	✔	✔	✔
Personnes trisomiques 21 âgées				✔
Déambulant – Hyperactivité - agitation	✔	✔	✔	✔
Personnes polyhandicapées adultes			✔	
Personnes polyhandicapées âgées				✔

ELÉMENTS D'ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE	Enfants en maternelle	Enfants en classe élémentaire	Adolescents, adultes	Personnes âgées en institution
Personnes handicapées prenant des neuroleptiques	✔	✔	✔	✔
Travailleurs handicapés sur des postes de fortes dépenses physiques			✔	
Vieillissement, retour d'hospitalisation et anticipation des actes chirurgicaux				✔

TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES APPORTS NUTRITIONNELS



Enfants

	Kcal ♂ H	Kcal ♀ F	Protéines	Calcium	Hydratation
4 ans	1338	1242	0.9 g / kg poids	700 mg	100 mL/kg
5 ans	1434	1362		700 mg	100 mL/kg
6 ans	1744	1601		700 mg	1 000 mL + 50 mL·kg
7 ans	1864	1720		900 mg	500 mL + 20 mL·kg
8 ans	1983	1840		900 mg	
9 ans	2103	1959		900 mg	
10 à 12 ans	2400	2300		1200 mg	
12 à 18 ans	3200	2600	0,8 à 0,9 / Kg poids	1200 mg	



Adultes

	2500	2000	0.8 g / kg poids	900 mg	1,5l/j
Travailleurs	2800	2300	0.8 g / kg poids	900 mg	1,5l/j



Personnes âgées

	2200	1700	1 g / kg poids	1200 mg	1,5l/j
Dénutris	30 à 40 kcal/kg/j		1,2 à 1,5 g/kg/J	1200 mg	1,5l/j

Validé par V. Vanwymelbecke - *Docteur en nutrition au C.H.R.U. de Dijon*



ENFANT POLYHANDICAPÉ

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DE LA PATHOLOGIE

Handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation (source Annexe XXIV ter décret n° 89-798 du 27 octobre 1989).

RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

Les 2 risques majeurs sont constitués par :

- Les fausses routes alimentaires.
- La dénutrition

CONSÉQUENCES DES RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

Les enfants sont volontiers dénutris à cause de problèmes liés à la pathologie (déglutition, troubles masticatoires, troubles digestifs, etc...).

On observe des cas inverses, exemple boulimie, avec surpoids nécessitant la mise en place de régimes limitant les apports.



PRISE EN CHARGE EN LIEN AVEC LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION PRÉCONISÉE

Les enfants sont pris en charge en I.M.E. en externat par tranche d'âge de 4 à 18 ans.

La dénutrition : elle est très répandue. La prise en charge est basée sur 2 niveaux :

- **Enrichissement des préparations :** La prise en charge de l'enrichissement se fait sur la base de prescription du médecin et de la diététicienne pour l'alimentation en I.M.E. et à domicile.
- **Gastrostomie :** La prise en charge nutritionnelle parentérale (gastrostomie) est un recours mais occasionne une résistance de la part de l'entourage. Le report du passage à ce type de prise en charge amplifie le problème de la dénutrition. Lorsque l'indication médicale, en concertation avec l'entourage, est posée, la mise en place doit être la plus précoce possible (intervention réversible et n'empêchant pas une alimentation par la bouche).

Fausse route : Pour pallier le risque majeur de fausse route alimentaire, l'alimentation est proposée sous forme de 3 niveaux de textures modifiées adaptées :

- Normal
- Mou, donc écrasable dans l'assiette
- Mixé, lisse sans grumeaux

Aide au repas : 2/3 des enfants ne sont pas autonomes et bénéficient d'une aide au repas. L'aliment constitue un élément essentiel de la prise en charge des enfants au niveau notamment de l'éducation (éducation au goût...).

Les personnels sont très investis (personnels de cuisine & éducateurs) dans la prise en charge des enfants. Le temps du repas est un moment essentiel qui revêt un rôle clé dans l'activité des personnels.

Les éducateurs accompagnent les enfants de manière plus ou moins poussée selon le niveau de dépendance des enfants.

Mise au point et suivi des menus : en I.M.E., le dispositif devrait être basé sur la présence d'une diététicienne et/ou d'un médecin nutritionniste, idéalement une fois par mois. Pour les enfants externes, il paraît illusoire de penser que les problèmes nutritionnels seront réglés entre 9 et 16 heures. Un travail de collaboration avec les familles est indispensable pour s'assurer d'un apport nutritionnel suffisant hors établissement.





© Crédit photo : EC6



AUTRES PRÉCISIONS

Pour les enfants ne présentant pas de statut nutritionnel défavorable, la prise en charge protéino-énergétique est normale (basée sur la population standard).

Les enfants polyhandicapés sont en grande majorité en fauteuil et le déficit d'activités de ceux-ci génère une minoration des besoins nutritionnels au niveau des rations caloriques (en l'absence de pathologies intercurrentes, neurodégénératives ou inflammatoires...).

L'activité physique est néanmoins nécessaire aux enfants polyhandicapés en fauteuil avec le soutien des équipes étayées par les paramédicaux.

Gestion transit : La prise en charge des questions de transit et d'évacuation de l'urine entre en ligne de compte dans la restauration et ce dans le cadre de l'institution et du domicile.

Les allergies alimentaires sont relativement rares.

Des ateliers cuisine peuvent être mis en place pour montrer aux parents comment mixer les produits.

Gestion interne et externe des indicateurs en lien avec la nutrition : Il serait important de placer les indicateurs au cœur de l'évaluation de la prise en charge nutritionnelle (I.M.C. et courbe de poids) pouvant ainsi constituer des indicateurs consensuels en interne (éducateurs, cuisiniers) et en externe (famille).



AUTISME

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DE LA PATHOLOGIE

L'Autisme correspond à un trouble neurobiologique d'origine génétique affectant le développement mental. Les symptômes apparaissent avant l'âge de 3 ans.

L'autisme présente une triade de symptômes associant des troubles :

- **de la socialisation**
- **de la communication**
- **du comportement**

Les personnes atteintes subissent une restriction des centres d'intérêt et 75 % des personnes atteintes d'autisme présentent un trouble mental associé.

Les formes d'autisme sont extrêmement larges impliquant une prise en charge individuelle.

L'autisme n'est pas systématiquement diagnostiqué surtout chez les adultes.

L'autisme est souvent associé à d'autres handicaps impliquant une prise en charge lourde et complexe.

Plus de 1 % de la population est touchée et la prévalence augmente avec le temps.

La prise en charge vise à apaiser psychiquement les personnes et les aider à progresser dans les différents symptômes.

RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

Le temps du repas constitue un moment complexe pour les personnes atteintes d'autisme : la difficulté générée par la **vie en collectivité** est souvent **insupportable** pour les autistes. Les **troubles du comportement** pendant les temps du repas sont fréquents. **Le choix du lieu, la dimension du collectif, les supports visuels, la répartition des tables dans l'espace constituent autant d'éléments impactant le confort lors du repas.** La complexité est liée aux particularités sensorielles des autistes, les 5 sens étant concernés lors du temps du repas.



CONSÉQUENCES DES RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

Les conséquences liées à une nutrition déficiente sont similaires à celle de la population standard.

Néanmoins, **dans le cas d'hyperactivité, d'une déambulation ou de gestes répétés, on trouve une surconsommation énergétique augmentant les besoins énergétiques de 20 à 30%.**

Concernant les micronutriments, des carences sont souvent retrouvées : déficit en magnésium, vitamine B6, calcium, oméga 3 mieux compensées par une alimentation enrichie plutôt que par un traitement.

Les intolérances au gluten et à la caséine sont à rechercher mais relativement rares.



PRISE EN CHARGE EN LIEN AVEC LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION PRÉCONISÉE

L'accompagnement est essentiel : il intègre le découpage des séquences de la vie quotidienne et permet de participer à l'apaisement de la personne pour que les actes se passent bien.

Temps du repas : Il est important car il constitue un centre d'intérêt majeur pour les personnes (surtout en cas de régression avancée). Ce temps représente un moment très attendu par toutes ces personnes. Afin d'apaiser leurs angoisses et leurs peurs de l'inattendu, le moment du repas de la personne autiste est ritualisé. Ce temps marquant la journée doit être prévu, programmé et annoncé. **Utilisation d'un emploi du temps visuel.**

Mais tout élément perturbateur peut rendre complexe ce temps important.

Environnement du repas : il doit être adapté en fonction de chaque cas, mais il doit bannir les grands moments collectifs. Le nombre de convives prenant leur repas ensemble pour les personnes est de 5 à 8.

Les grands réfectoires sont à bannir totalement pour les personnes autistes, comme pour la majorité des personnes atteintes de handicap mental.

L'environnement doit être calme, constitué de petits recoins (alcôves) pour se sentir protégé. Les personnes accompagnantes doivent peu parler, lentement, distinctement, en appuyant sur les mots importants. L'architecture des locaux est très importante et constitue un élément clé pour la qualité du temps repas (utilisation possible de claustras).

Il faut éviter les éléments perturbants visuels dans le champ visuel de la personne. Du fait de leur hypersensibilité à la lumière et aux couleurs, il est préférable de choisir des salles aux couleurs pastel, monochromes et subtilement éclairées.

RAPPORT À L'ALIMENTATION :

Aversion très intense pour certaines couleurs (idem pour les textures et le goût), qui sont semble-t-il, d'origine neurologique. On peut constater par exemple des enfants qui mangent des aliments monocolores ou une aversion pour une couleur en particulier.

Rapport à la notion de choix : les personnes sont incapables de faire un choix et sont sélectives par rapport aux éléments qu'elles connaissent. Ces personnes évitent les aliments nouveaux et restent souvent sur des aliments connus.

Les autistes sont très attentifs aux marques et emballages (ce qui peut générer un refus de produit en cas de changement de ceux-ci).

Modalités de prise en charge : La prise en charge alimentaire et nutritionnelle doit être abordée avec souplesse au cas par cas. **Les informations issues de la famille et des professionnels constituent une source d'information précieuse pour constituer l'offre alimentaire.** Cela constitue une base de départ qui peut être enrichie.

Toute personne présentant des troubles de l'alimentation doit bénéficier d'un bilan orthophonique.

Ce bilan doit être complété par un bilan ORL pour mesurer les contraintes.

Présentation des aliments : Pour certaines personnes **l'utilisation des plateaux pour le moment du repas est nécessaire** pour délimiter l'espace repas et proposer l'ensemble des plats en même temps. **L'ordre de prise alimentaire des plats importe peu.** Cette présentation en plateau est rassurante.



Fragmentation des repas : Certaines personnes devront se voir proposer des collations intermédiaires afin de compléter les apports nutritionnels.

Certains aliments pourvoyeurs de fausse route ne doivent pas être présentés, exemples :

- Fromage à pâte molle
- Madeleine
- Biscotte
- Pain pas assez cuit…

Régimes : Les régimes doivent être limités à des prescriptions médicales. La prescription des régimes hypocaloriques doit être abordée avec précautions. **Il faut éviter les régimes trop stricts à ce niveau-là pour éviter la frustration difficile à supporter par les personnes.**

On peut parfois pallier ces frustrations en augmentant la ration de légumes avec une légère restriction des féculents et des sucreries.

AUTRES PRÉCISIONS

Le recours à des psychotropes vient aggraver les troubles (sécheresse buccale, problème de dents et de gencives, etc.) qui ont un impact fort sur l'alimentation.



ÉPILEPSIE

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DE LA PATHOLOGIE

Il s'agit d'une prédisposition aux convulsions récurrentes. Cette affection neurologique se caractérise par une hyperactivité cérébrale paroxystique aboutissant à des décharges électriques dans une partie (crise partielle d'expression variable pouvant se traduire par des troubles moteurs, des troubles sensoriels et sensitifs, des troubles de la mémoire ou de la conscience) ou la totalité du cerveau (crises tonico-cloniques généralisées, absences).

RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

CAS PARTICULIER DE L'ÉPILEPSIE :

Un cercle vicieux : **la malnutrition favoriserait la survenue d'une crise d'épilepsie** ; les crises d'épilepsie ou **l'épilepsie seraient un cofacteur de malnutrition.**

Certains traitements de l'épilepsie sont impliqués dans une altération nutritionnelle.

Exemple : barbiturique (carence vitaminocalcique responsable de rachitisme chez l'enfant et d'ostéomalacie chez l'adulte).

Carence également possible en acide folique avec anémie mégaloblastique.

Autre exemple : l'épitomax® favorise la perte de poids.

Le traitement de l'épilepsie par l'alimentation (régime cétogénique) est un véritable traitement qui doit être indiqué par le neurologue seulement en cas d'échec d'association médicamenteuse (car il est compliqué et bien restrictif ; la plus grosse partie des calories provient des corps gras).

CONSÉQUENCES DES RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

De nombreuses études tant chez l'animal, que chez l'homme tendent à démontrer **le rôle de l'état nutritionnel dans la survenue de crises d'épilepsie** par des mécanismes qui restent mal connus lors de carences énergétiques et protéiques ou lors de déficit en sels minéraux, vitamines ou oligoéléments.

Par ailleurs, les épilepsies pharmaco résistantes sont particulièrement à risque de dénutrition.

En dehors des facteurs génétiques ou lésionnels, des causes toxiques, médicamenteuses et métaboliques sont associées à l'épilepsie.

- **Toxiques :** l'alcool (lors d'abus ou du sevrage), la cocaïne, les amphétamines, le manganèse, les organophosphorés.
- **Métaboliques :** manque de sucre (hypoglycémie), de calcium (hypocalcémie), de sel (hyponatrémie), l'excès de sucre (hyperglycémie avec hyperosmolarité). Déficit en vitamine B (chez le nouveau-né).
- **Médicamenteux :** médicaments dits convulsivants.

PRISE EN CHARGE EN LIEN AVEC LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION PRÉCONISÉE

Aucun régime particulier n'est recommandé dans l'épilepsie. Il importe que ces patients suivent un **régime nutritif et équilibré** en faisant particulièrement attention à **prévenir les carences alimentaires** pouvant être à l'origine de crises. Exemple : **carence en vitamine D particulièrement fréquente dans nos foyers et à l'origine de déficit en calcium** (risque majoré par la prise de barbiturique). Il importe également de prévenir dans cette population tout risque d'hypoglycémie en assurant **un apport suffisant en sucres lents aux 3 principaux repas.**









AUTRES PRÉCISIONS

Eviter l'alcool, respecter le temps de sommeil, faire attention chez les patients photosensibles aux stimulations lumineuses intermittentes (écrans TV ou ordinateur défaillant…) mais aussi auditives (radio trop forte ou trop permanente).

- Eviter les dettes de sommeil (facteur favorisant les crises)
- Prévenir les risques domestiques par des moyens simples : mobilier sans arêtes, literie basse, système de sécurité pour l'arrivée d'eau chaude, les douches sont préférées aux bains. Parfois un casque de protection s'avère nécessaire
- Certains sports à risque sont interdits : alpinisme, plongée sous-marine, sports mécaniques, deltaplane….Les baignades en piscine sont autorisées si le résidant est accompagné et sous couvert d'une surveillance, lorsque les crises sont maîtrisées

En cas d'accentuation des crises comitiales, il ne faut pas se contenter de faire adapter le traitement par le neurologue traitant. Il convient de rechercher systématiquement un état infectieux et/ou un déséquilibre nutritionnel : perte de poids, régime non équilibré, carence vitaminique en oligoélément, hypoglycémie (mesure d'une glycémie capillaire surtout si une crise survient en fin de nuit ou avant l'heure d'un repas).



TRISOMIE 21

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DE LA PATHOLOGIE

Anomalie génétique concernant la paire de chromosomes 21 qui possède 3 chromosomes au lieu de 2. Déficience intellectuelle légère à moyenne avec dans la plupart des cas une diminution du tonus musculaire et dans la moitié des cas une malformation cardiaque. L'acquisition motrice et l'accès au langage ainsi qu'à la parole sont souvent retardés. Les personnes peuvent garder des difficultés de parole et de langage toute leur vie malgré un assez bon niveau de compréhension.

RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

Au niveau dentaire (agénésie = absence de dents, dents mal positionnées, éruption anarchique et souvent plus tardive des dents…).

Tendance forte à la perte précoce des dents qui peut être prévenue ou retardée par une bonne hygiène dentaire dès l'enfance. L'appareillage dentaire est difficile à mettre en place car trop souvent mal accepté.

Au niveau buccal : l'hypotonie de la langue (fausse macroglossie), difficultés à latéraliser la langue lors de la mastication, la mise en place de la mastication tardive voire la persistance d'une succion-déglutition infantile, participent aux difficultés à mastiquer.

Hypothyroïdie fréquente : thyroïde fonctionnant insuffisamment et entraînant une prise de poids en l'absence de traitement. Il faut surveiller la fonction thyroïdienne tous les un ou deux ans par une prise de sang pour ne pas retarder une prise en charge thérapeutique.

Intolérance alimentaire : l'intolérance au gluten (ou maladie cœliaque) est plus fréquente que dans la population ordinaire. Ce n'est pas une allergie alimentaire, aucun accident grave ne se produira si l'on donne du gluten aux personnes intolérantes. Cependant, chez ces personnes, il est impératif qu'elles aient, si cela est prescrit médicalement, un régime sans gluten strict, car le gluten détruit peu à peu leur muqueuse intestinale. Cela entraîne une perturbation des échanges entre le bol alimentaire et le sang : d'où carences en vitamines et en nutriments, avec déficits en tous genres et possibles conséquences physiques, métaboliques et même psychiques.

Problèmes de surpoids plus fréquents dans cette population : parmi les raisons, les problèmes décrits ci-dessus mais aussi la sédentarité et l'insuffisance d'exercice physique.

CONSÉQUENCES DES RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

Troubles masticatoires : mastication insuffisante liée à l'hypotonie et aux problèmes buccodentaires. Le déficit masticatoire devant être compensé par une texture adaptée, il faut tenir compte des troubles liés à la macroglossie relative. La modification du mode de mastication peut occasionner des fausses routes, c'est un problème d'éducation et donc d'habitude.

La peur de la fausse route peut se traduire par une attitude sélective sur les aliments qui peut générer des difficultés au moment des repas (les personnes se protègent en refusant les aliments difficiles pour elles).

Certains aliments comportant à la fois une phase solide et une phase liquide (ex : chocolat dont la texture est modifiée pendant la mastication) peuvent aussi être plus difficiles à gérer en bouche pour ces personnes.

L'hypotonie globale et linguale, les problèmes dentaires, les difficultés de mastication peuvent générer des comportements alimentaires de type boulimie du fait d'un temps trop rapide de passage des aliments en bouche : impression de non satiété et d'avoir toujours faim.

L'hypotonie favorise une mauvaise position de la tête et du cou lors de l'alimentation (solide et liquide) : tête rejetée en arrière, lordose cervicale, ce qui majore le risque de fausse route.

Les menus doivent être équilibrés pour pallier la tendance peut-être naturelle à prendre du poids.

Les problèmes de thyroïde : Une prise en charge médicamenteuse de substitution prévient une prise de poids supplémentaire.

L'intolérance au gluten : Il sera parfois nécessaire de prévoir des productions de repas sans gluten, sur prescription médicale.

La carence vitaminique : les difficultés décrites font que l'alimentation est souvent pauvre en fruits et crudités avec un risque accru de déficit en vitamines. Le manque d'exposition au soleil et la sédentarité provoquent une carence en vitamine D.

Le vieillissement est majoritairement plus précoce que dans la population standard (cf. fiche suivante).

PRISE EN CHARGE EN LIEN AVEC LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION PRÉCONISÉE



Pour parer aux difficultés à mastiquer, et en fonction de chaque individu, les repas peuvent être proposés sous forme de produits à texture hachée ou facile à mastiquer plutôt que mixée.
Ce point peut néanmoins être compensé par une alimentation adaptée ne comprenant pas d'aliments complexes à mastiquer (compote de fruit au lieu de pomme crue...).

Si un problème survient, il est important de proposer à tout âge un bilan orthophonique et une rééducation pour améliorer la mastication et la déglutition.

Les régimes doivent être prescrits médicalement et être plutôt hypolipidiques, hyperprotidiques que hypocaloriques car il y a un risque de dénutrition en micronutriments. Un accompagnement psychologique est nécessaire pour éviter les phénomènes de " yoyo ". Il faut aussi penser à augmenter l'activité physique et à travailler sur la mastication (rééducation). Les personnes ayant un régime ne doivent pas être mises à part.

On fera attention à l'installation et à la position de la tête et du cou lors de la mastication et de la déglutition pour manger et boire.

AUTRES PRÉCISIONS

Les besoins nutritionnels standards peuvent être appliqués. Penser à l'évolution vers une prise en charge nutritionnelle "senior" plus tôt dans le parcours de vie (peut intervenir à partir de 40 ans).

L'aliment en tant que support d'activité et d'intérêt : L'évolution de l'état de santé des personnes atteintes de trisomie 21 est fortement impactée par le développement d'activité (physique notamment). La nourriture constitue un support de vie important pour les usagers d'où une certaine tendance à la boulimie qui implique une alimentation plutôt hypolipidique, sans trop. Les activités ludiques, éducatives et les évènements autour des aliments et de la nourriture peuvent constituer des motivations importantes pour obtenir la participation des personnes.

Prévoir l'éducation nutritionnelle : Il serait souhaitable d'intégrer dans le programme restauration une phase de sensibilisation et d'éducation des usagers et des familles à l'équilibre alimentaire au travers d'outils adaptés, en prenant soin de vérifier ce qui a été compris pour que les messages donnés ne génèrent pas de nouveaux comportements alimentaires aberrants.

Préserver le plaisir de manger, la convivialité et l'aspect festif : arts de la table, présentation, implication des usagers dans la présentation, ce qui se passe autour du repas, donner le choix, autant que faire se peut, entre deux aliments ...



PERSONNE TRISOMIQUE 21 ÂGÉE

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DE LA PATHOLOGIE

Définition : La trisomie 21 est une aberration chromosomique avec présence d'un chromosome 21 surnuméraire. Actuellement, l'espérance de vie d'une personne trisomique est de 55 ans (9 ans en 1929). 14% atteignent 60 ans. En France le nombre de personnes trisomiques 21 est de 50 000 (avec 300 à 500 naissances par an). Le doyen a 78 ans. Le risque de développer une maladie d'Alzheimer et/ou une démence est 5 fois plus élevé, à âge égal, que dans la population générale. En effet, la maladie d'Alzheimer est une surcharge intra cérébrale de protéine ßeta amyloïde. Or, le chromosome 21 code pour la synthèse de l'APP (Amyloïd Précursor Protéin) qui est le précurseur de la protéine ßeta amyloïde. La personne trisomique 21, par la présence de ces 3 chromosomes, est donc surchargée prématurément par rapport à la population générale en APP. Notons que 90% des personnes trisomiques 21 démentes présentent des crises d'épilepsie.

RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

Troubles des fonctions oro-faciales :

Structures osseuses spécifiques : brachycéphalie à occiput plat, sous-développement de l'étage moyen de la face, endognathie maxillaire avec propulsion mandibulaire.

Parties molles spécifiques : amygdales et végétations adénoïdes volumineuses, langue hypotonique, plicaturée et de gros volume, lèvres petites et commissures tombantes.

Dents présentant des anomalies de nombre, de structures et d'éruption (agénésie des incisives latérales, des deuxièmes prémolaires permanentes et des dents de sagesse).

Hypotonie des muscles orbiculaires et zygomatiques avec bouche souvent entrouverte.

Fausses routes :

Lors de la prise de repas ou de boissons, souvent à distance des repas par stase alimentaire en bouche, par défaut de déglutition de la salive ou en complication d'un reflux gastro œsophagien.

Celles-ci sont majorées par l'avancée en âge, l'hypotonie, la perte des repères et de la concentration lors des repas.

CONSÉQUENCES DES RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

Liées aux malformations oro faciales :

Ventilation buccale, difficultés de succion et de déglutition avec mauvais apprentissage de la prise alimentaire. Difficultés de mastication et des phonations par hypotonie de la langue, des lèvres et des muscles masticatoires. Stase alimentaire buccale fréquente par malposition dentaire, faible motricité buccale et absence de mouvements spontanés d'auto nettoyage avec la langue et les lèvres. Caries et parodontites fréquentes, sources de douleur et de mauvaise mastication.

Les fausses routes :

La toux, lors de la prise alimentaire, doit les faire suspecter. Elles sont possibles à distance des repas.

Elles génèrent des surinfections broncho pulmonaires avec risques de pneumopathie et de difficultés respiratoires aigües ou chroniques. Elles constituent la cause la plus importante de décès chez la personne trisomique de plus de 40 ans.

Notons que les fausses routes sont majorées par les malformations oro faciales et les troubles démentiels (perte de l'utilisation des couverts, gloutonnerie…).

La dénutrition :

Par refus alimentaire, sélection des aliments, anorexie et dénutrition endogène accompagnant les états inflammatoires.

PRISE EN CHARGE EN LIEN AVEC LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION PRÉCONISÉE

Un bilan de déglutition doit être établi systématiquement par une orthophoniste lors de l'apparition des premières fausses routes ou dès qu'elles sont suspectées.

- **Accompagnement systématique de tous les repas** (éducateur à table avec le résidant).
- **Travail pluridisciplinaire indispensable** (cuisine - éducatif - médical).
- **Préconisation au niveau de l'hydratation :** présentation systématique et régulière de la boisson.
- **Incitation à une activité physique adaptée à moduler suivant l'état général.**
- **Faire du repas un moment agréable** (petit groupe, veiller au bruit, présentation des aliments, vaisselle adaptée).
- **Penser aux mixés "maison"** (le goût se dégrade vite) avec la consistance de pâte lisse.
- **Se méfier des aliments avec phases différentes** (pain mouillé, mixé granuleux, riz, pâte à tarte ...) ou des aliments collants (mie de pain, pain au lait).
- **Ne pas oublier que les repas mixés sont en déficit glucidique** (pas de pain sauf si le pain mixé sert de liant).
- **Compenser par un apport glucidique** supplémentaire de préférence avec des sucres lents.
- **Veiller à la boisson :** plutôt froide et gazeuse ou chaude et menton collé au thorax pour favoriser la déglutition.
- **Ne pas hésiter à utiliser des épaississants pour les liquides** (à consistance de compotée) en prenant en compte le surplus calorique (souvent les préparations sont à base d'amidon).
- **Terminer le repas par une prise de liquide** pour nettoyer la bouche et éviter la stase alimentaire buccale.





© Crédit photo : EC6



AUTRES PRÉCISIONS

Chez la personne trisomique âgée, la balance entre les facteurs favorisant la prise de poids et ceux de la dénutrition évolue.

Dans un contexte de syndrome neurodégénératif lié à la démence, le risque de dénutrition passe au premier plan.

L'accompagnement devra être adapté à chacun et repensé périodiquement suivant l'évolution.



DÉAMBULANT HYPERACTIVITÉ AGITATION

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DE LA PATHOLOGIE

Ces troubles psychomoteurs s'expriment par des symptômes moteurs mais ils traduisent une excitation psychique.

Ils peuvent se manifester par des déambulations, des mouvements brutaux et incoordonnés, des manifestations d'auto ou d'hétéro agressivité, des agitations verbales (voix forte, parole précipitée, cris). Ce peut être également des actes inutiles ou absurdes, très ritualisés que le sujet ne peut pas s'empêcher d'accomplir (compulsion envahissante, troubles obsessionnels compulsifs).

Cas particulier : le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : un enfant hyperactif est un enfant dont l'activité motrice est augmentée et désordonnée, accompagnée d'impulsivité, de réactions agressives et de troubles de l'attention.

RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

Lorsque les troubles psychomoteurs sont durables, ils s'accompagnent d'une augmentation du métabolisme basal et donc des dépenses énergétiques.

Le temps du repas peut être perturbé par l'excitation psychomotrice.

L'appétit peut être influencé par les troubles ou le traitement (exemple : la prise de Méthylphénidate Ritaline ® utilisé pour traiter l'enfant hyperactif freine l'appétit).

CONSÉQUENCES DES RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

Risque de dénutrition par hyper catabolisme lié à l'augmentation de l'activité physique et parfois à la baisse de la prise alimentaire en lien avec les troubles du comportement et/ou avec la prise médicamenteuse.





PRISE EN CHARGE EN LIEN AVEC LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION PRÉCONISÉE

Il est important de traiter les comorbidités psychiatriques constamment présentes dans ce type de trouble sans oublier le traitement psychosocial (trouble anxieux, manie, délire, confusion mentale, démence, trouble obsessionnel compulsif, hyperactivité...).

Cette population est en général particulièrement sensible aux stimuli extérieurs. Il est recommandé de les installer dans des endroits calmes au moment des repas. On peut aussi créer une ambiance de détente (musiques douces, lumières non agressives...).

Les recommandations alimentaires se recoupent avec ce que l'on a dit pour les patients dénutris. Pour cette population, il est particulièrement important de privilégier l'alimentation "plaisir" tout en proposant une alimentation équilibrée et variée voire même légèrement hyper protidique avec des aliments riches en vitamines. Si besoin des collations nutritives peuvent être proposées.



PERSONNE POLYHANDICAPÉE ADULTE

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DE LA PATHOLOGIE

Le polyhandicap se définit comme un handicap grave à expressions multiples associant toujours une déficience motrice et une déficience intellectuelle sévère ou profonde entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.

Ces résidants sont souvent en fauteuil roulant, manquant d'activités physiques, communiquant peu et ayant besoin d'une assistance pour tous les actes de la vie ordinaire.

L'épilepsie est présente dans la moitié des cas.

RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

Grande prévalence de la dénutrition (entre 40% et 50%) en lien avec des causes multiples. Le plus souvent, augmentation des besoins énergétiques pouvant être liés aux contractions musculaires involontaires, à la spasticité, à l'athétose, aux déambulations, balancements et autres stéréotypies, parfois en lien avec une maladie intercurrente (insuffisances respiratoires ou une infection pulmonaire chronique qui retentissent sur l'appétit et l'état nutritionnel) ou une épilepsie déséquilibrée.



© Crédit photo : EC6

CONSÉQUENCES DES RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

- Grande fréquence de carence en vitamine C par manque d'apport et/ou favorisée par certains traitements.
- Grande fréquence d'ostéoporose chez l'adulte polyhandicapé (manque d'appuis en fauteuil roulant), consécutive à certains traitements (antiépileptiques), vie en institution responsable d'un manque d'exposition au soleil et donc de carence en vitamine D.
- Troubles digestifs également extrêmement fréquents :
  - le reflux Gastro Œsophagien (R.G.O. : remontée de liquide gastrique dans l'œsophage)
  - la constipation (traitements psychotropes, sédentarité)
  - la dilatation gastrique (estomac atone, rempli d'air)
- Atteinte neurologique associée au polyhandicap souvent à l'origine de facteurs favorisant le risque de fausses routes en lien avec des troubles de la mastication et de la déglutition :
  - troubles praxiques (difficulté pour se servir, manger, mâcher ou avaler)
  - troubles de la posture (hyperextension de la nuque, position allongée)

- troubles des fonctions intellectuelles (vigilance, compréhension, concentration…)
- troubles du comportement (agitation, repas pris trop rapidement avec grand risque, alors, de RGO, ou trop lentement…)

Mauvais état buccodentaire (hygiène inefficace, malformations, bruxisme, ventilation buccale exclusive avec pour conséquences : douleurs, infections parodontales, troubles du comportement…).

Et bien d'autres facteurs : déficience musculaire, difficulté respiratoire (réduisant le temps d'apnée nécessaire à la déglutition), iatrogénie médicamenteuse, fatigue, somnolence (accompagnant les épisodes infectieux).

Aversions alimentaires d'origine sensorielle se manifestant par des "haut-le-cœur": réflexe nauséeux, "recrachage", grimace… Il s'agit d'une sélectivité constante sur les goûts, les textures et les températures avec le plus souvent pour les personnes polyhandicapées, une préférence pour le sucré, l'onctueux et le tiède : cela restreint le répertoire alimentaire avec risques de carence.

PRISE EN CHARGE EN LIEN AVEC LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION PRÉCONISÉE

Essayer dès que l'on repère qu'une personne a des besoins énergétiques importants, d'enrichir d'emblée son alimentation en augmentant la ration en protéine mais aussi en glucide et en lipide (les protéines ont besoin d'énergie pour être utilisées par l'organisme).

Quatre facteurs corrélés à la nutrition (les plus pertinents sur le plan statistique) ont été extraits d'un test de dépistage adapté au polyhandicap appelé CPMST afin d'évaluer le risque de dénutrition *www. adimc74.org/images/association/…/benigni.pdf* :

- Poids inférieur à 40 kg (**10 points**)
- Position assise à table impossible ou inconfortable (**4 points**)
- Nécessité d'aide partielle ou totale pour se nourrir (**4 points**)
- Suspicions de R.G.O. (**3 points**)

Score = 0	**Risque faible**
Score entre 3 et 10	**Risque modéré**
Score ≥ à 10	**Risque élevé**

Score maximum 21 points

Repérer les signes d'alerte des troubles de la déglutition :

- Toux ou apnée (cyanose) lors de la déglutition (noter si avec salive, liquide ou solide, ou les deux ; noter si en début ou en fin de repas)
- Bavage, crachats et salive excessive (car non déglutie)
- Raclement de gorge fréquent
- Angoisse au moment du repas (peur de s'étouffer)
- Refus alimentaire, stockage des aliments sous les joues, élection ou exclusion de certains aliments, allongement du temps de repas
- Infections respiratoires à répétition
- Amaigrissement ou déshydratation inexpliqués

Quand les troubles de la déglutition et/ou de la mastication imposent une alimentation mixée, travailler avec les équipes de cuisine sur la qualité et la présentation des repas en texture modifiée

Pour couvrir les besoins en vitamine C, proposer deux crudités par jour (fruits ou légumes quelle que soit la texture, mais crus, car la vitamine C est altérée par la cuisson).

Pour lutter contre l'ostéoporose, monter jusqu'à 4 produits laitiers par jour et supplémentation systématique en vitamine D (lait, laitage, mousse de fromage, smoothies à base de laitage…). En plus de la supplémentation vitamino-calcique, discuter un traitement spécifique de l'ostéoporose type biphosphonate.

Expert référent : ***Docteur TARDY***

AUTRES PRÉCISIONS

➥ En cas de R.G.O. :

- surélever le haut du lit. Lit médicalisé de préférence pour pouvoir surélever les genoux afin d'éviter la compression de l'abdomen
- adapter les textures
- proposer un traitement d'épreuve : si les symptômes persistants peuvent évoquer un R.G.O. (troubles du sommeil, "bavage", mains dans la bouche, rhinorrhée, gêne pharyngée, toux, asthme) ne pas hésiter à introduire un antiacide, inhibiteur de pompe à protons (IPP) à dose efficace comme traitement d'épreuve

➥ Pour prévenir la constipation :

- donner à tous un régime riche en fibres
- augmenter la ration hydrique (potages, crudités, légumes verts, légumineuses, compotes de pruneaux)
- favoriser la mobilisation active ou passive, massages abdominaux

➥ Pour les aversions alimentaires d'origine sensorielle, une désensibilisation est possible (décrite par C. Senez http://urpsmla.org/IMG/pdf_C.SENEZ_-_Le_Syndrome_de_dysoralite_sensorielle.pdf). Elle repose sur des massages répétés des gencives et sur la langue afin de provoquer une "habituation".

➥ Recommandations de prise en charge pour les troubles de la déglutition :

Position du résidant :

- assis
- buste droit ou légèrement en arrière (maxi 30°)
- menton fléchi sur la poitrine (interdire tête en arrière, tablette ou coussin peuvent aider)

Position de l'aidant :

- assis au même niveau voire plus bas pour éviter au résidant de lever la tête.

Environnement :

- cadre plaisant
- calme et absence de distraction (télévision et radio éteintes)
- latence de 5 à 10 secondes entre deux bouchées

Adaptation des textures et des aliments :

- privilégier les aliments et les boissons stimulant la sensibilité endo-buccale : sel, poivre, acide, boissons pétillantes ou aromatisées, températures franches (froid, chaud)
- interdire l'eau à température ambiante
- éviter les aliments trop fibreux (salade) ou graines (riz, couscous) ou à texture très collante (purée compacte)

➥ Si fatigabilité : toux en fin de repas ou après un certain nombre de bouchées, diminuer les quantités et fractionner les repas.

➥ Si nécessaire, enrichissement nutritionnel avec du jaune d'œuf, crème de beurre, fromage râpé…

➥ Si nécessaire, boissons épaissies et/ou gélifiées et aliments hachés ou mixés plus ou moins finement.





PERSONNE POLYHANDICAPÉE ÂGÉE

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DE LA PATHOLOGIE

Personne présentant un handicap grave, à expressions multiples, chez laquelle un handicap mental sévère ou profond et une déficience motrice sont associés à la même cause (circulaire n° 89-19 du 30.10.89). Au vieillissement s'ajoutent des surhandicaps qui du fait des atteintes cérébrales initiales ne trouvent que difficilement une compensation. Notons, également, l'importance des malformations associées et des déformations acquises par manque d'utilisation d'une chaîne motrice.

RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

EN LIEN AVEC LE POLYHANDICAP

- Les troubles de la déglutition avec fausses routes sont soit d'origines alimentaires, soit dus à la salive ou liquide de R.G.O.
  Ils sont fréquents et sévères et liés soit à :
  - la cérébro lésion : lésion neurologique centrale avec troubles de la régulation tonique et de la coordination motrice (au niveau global et périphérique) des effecteurs pharyngo buccaux
  - des troubles associés (atteintes sensorielles, trouble de la personnalité, trouble du comportement, épilepsie)
  - des troubles dentaires ou orthodontiques
  - une malformation oropharyngée (macroglossie, malformation du palais)
- La dénutrition.
- Les variations du poids.

EN LIEN AVEC LE VIEILLISSEMENT

- La sarcopénie.
- La baisse des neuromédiateurs orexigènes (neuropeptide y et ghréline) avec modification de la sensation de soif et de faim.
- L'altération des capacités digestives (ulcère gastro duodénal, gastrite chronique, insuffisance pancréatique exocrine, baisse de l'absorption de la vitamine D).
- L'altération de la tolérance au glucose (par baisse de la sécrétion d'insuline et résistance périphérique à l'insuline).
- Problème d'hydratation avec baisse de la masse hydrique corporelle totale.
- Ostéoporose.
- Dysthyroïdie.
- Troubles des sens (par modification du goût, de la vision, de l'odorat).

EN LIEN AVEC L'ASSOCIATION DU POLYHANDICAP ET DE L'AVANCÉE EN ÂGE

C'est le grand chapitre de la iatrogénie avec prises multiples de médicaments divers, souvent sur le long terme et la multiplication exponentielle des effets secondaires (sècheresse de la bouche, diarrhées, constipation, dysgueusie, atteinte hépatique, somnolence, hypotonie, chute, etc.).

Deux grandes classes thérapeutiques fréquemment utilisées :

- Antiépileptique avec hypotonie, modification des enzymes hépatiques et carence vitamino calcique.
- Neuroleptique avec hyposiallorrhée, constipation, troubles orthodontiques, somnolence, perturbation de l'alimentation et du cycle glycémique et risque majoré d'un adénome hypophysaire.

Expert référent : ***Docteur FOUGEROUSE***

CONSÉQUENCES DES RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

- Les troubles de la déglutition :
  - Fausse route, source de surhandicap (pneumopathie, insuffisance respiratoire, septicémie, décès)
  - Dénutrition par évitement de l'alimentation qui devient douloureuse et anxiogène (tant pour le patient que pour le personnel)
- La dénutrition :
  - Sarcopénie : c'est la fonte musculaire par l'utilisation du muscle comme source d'acide aminé pour resynthétiser des protéines nouvelles lorsque l'apport est insuffisant ou que les besoins augmentent (maladie intercurrente, agitation, fièvre)
  - L'hypotonie avec le risque de chute
  - La fatigue et la baisse de l'activité physique (qui entraîne aussi une fonte musculaire) et des troubles de la régulation du poids
  - Perte ou prise de poids par compensation du déficit protéique par les glucides ou les lipides
- L'ostéoporose : avec le risque de fractures, soit spontanées, soit lors de chutes.
- Le diabète.
- La déshydratation.
- L'hypothyroïdie : avec l'hypotonie, les troubles de la régulation thermique, les problèmes métaboliques, la constipation et la dépression.

PRISE EN CHARGE EN LIEN AVEC LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION PRÉCONISÉE

- Bilan de déglutition systématique par une orthophoniste lors de l'apparition des premières fausses routes.
- Surveillance systématique de tous les repas (éducateur à table avec le résidant).
- Prise en charge pluridisciplinaire indispensable (cuisine - éducatif - médical).
- Institutionnalisation de la boisson (présentation systématique et à heures fixes de boisson).
- Enrichissement des repas plutôt que double ration protéique (lait en poudre dans les laitages, gruyère râpé dans les plats, œufs dans la purée, lait concentré dans les gratins...).
- Notons que la double ration protéique ou le complément alimentaire protéiné sont souvent sources d'anorexie par accélération de la sensation de satiété.
- La pose d'une gastrostomie peut être envisagée pour passer un cap difficile si nécessaire après concertation.



PRÉCONISATIONS EN TERMES D'APPORT SUR 24 HEURES :

Rétablir une activité physique.

Faire du repas un moment agréable (petit groupe, veiller au bruit, présentation des aliments, vaisselle adaptée).

- Recours aux mixés "maison" (le goût se dégrade vite) avec la consistance de pâte lisse.
- Se méfier des aliments avec phases différentes (pain mouillé, mixé granuleux) ou des aliments collants (mie de pain, pain au lait).
- Ne pas oublier que les repas mixés sont en déficit glucidique (pas de pain sauf si le pain mixé sert de liant).
- Compenser par un apport glucidique supplémentaire.
- Veiller à la boisson : plutôt froide et gazeuse ou chaude et menton collé au thorax.
- Ne pas hésiter à utiliser des épaississants pour les liquides (à consistance de compotée) en prenant en compte le surplus calorique (souvent les préparations sont à base d'amidon).
- L'I.M.C. cible est entre 23 et 27 (pour faire face à une pathologie intercurrente).
- L'apport calorique doit être de 30 à 36 kcal/kg/jour et toujours supérieur à 1500 kcal.
- Apport de 1,2 à 1,5/kg de protéine par jour à distribuer surtout en début de journée (petit déjeuner et déjeuner) avec repas du soir assez consistant car le jeûne nocturne peut être mal supporté (hypoglycémie nocturne neurotoxique et/ou épileptogène).
- 1,5 l de boisson par jour (à monter à 2 l par jour en cas de fièvre ou de canicule).

Le jeûne nocturne doit être inférieur à 12 heures.

Pour faire face au jeûne nocturne le dernier repas doit apporter des glucides complexes.

- 1200 mg de calories/jour
- 4 produits laitiers/jour
- Supplémentation en vitamine D

Une vigilance accrue doit être mise en place si un des paramètres suivants apparaît :

- Prise alimentaire quotidienne inférieure à 1500 calories
- Si perte de poids supérieure à 5% en 1 mois
- Si perte de poids supérieure à 10 % en 6 mois
- I.M.C. inférieur à 21
- Albumine inférieure à 30 g/l
- Pré albumine inférieure à 150 mg/l
- Prot C réactive supérieure à 20 mg/l
- Prot orosomucoïde supérieure à 1,2 g/l
- MNA global inférieur à 17



Respecter 3 à 4 heures entre chaque prise alimentaire.

AUTRES PRÉCISIONS

La personne polyhandicapée âgée n'est pas assimilable à une personne âgée ordinaire.
Le passage long en institution fait que les notions d'alimentation affectives (habitudes et rituels familiaux) sont souvent absentes ou perdues.
Actuellement, en institution, plus de 50 % de nos résidants sont dénutris.
Les fausses routes et leurs conséquences respiratoires sont la première cause de mortalité.

En rappel, un adulte de 75 kg a besoin de 90 à 100 g de protéines par jour.

- 100 g de steak apportent 20 g de protéines
- 1 œuf 12 g
- 100 g de poisson 20 g
- 100 g de camembert 24 g

L'apport de protéines dans nos institutions est-il suffisant ?



NEUROLEPTIQUE

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DE LA SPÉCIFICITÉ

Les neuroleptiques ou antipsychotiques sont des médicaments actifs sur le psychisme. Ils sont utilisés plus particulièrement dans le traitement des psychoses, notamment la schizophrénie. Ils agissent au niveau de la transmission dopaminergique (action principalement antagoniste).

Cependant, leurs propriétés sont multiples avec une intensité variable selon les molécules :

- Création d'un état d'indifférence psychomotrice (passivité, indifférence affective)
- Sédatif (calmant l'agitation et l'excitation)
- Anti délirant (diminuant ou supprimant les idées délirantes et les hallucinations)
- Réduction progressive des troubles psychotiques aigus ou chroniques
- Désinhibiteur (combattant un excès de passivité)
- Pour certains produits, l'effet psychique passe au second plan au profit d'autres effets, par exemple :
  - induction d'anesthésie en réanimation (coma provoqué)
  - effet antitussif (contre la toux)
  - effet antiémétisant (les médicaments utilisés habituellement contre les nausées et les vomissements sont des neuroleptiques cachés avec les mêmes risques d'effets secondaires)
  - effet antiprurigineux

Ces multiples propriétés expliquent leurs nombreuses indications :

- Etats psychotiques aigus et chroniques (schizophrénie et trouble délirant)
- Maladie maniacodépressive (traitement de l'épisode maniaque + prévention des récidives d'un trouble bipolaire)
- Etat d'agitation, d'agressivité majeure, d'automutilation, d'impulsivité ou de stéréotypies sévères
- Episode dépressif majeur (avec agitation ou accompagné de confusion mentale ou de délire)
- Trouble du comportement sévère chez des patients présentant un trouble autistique ou autre handicap mental
- Traitement de courte durée pour des états anxieux et des manifestations psychosomatiques
- Mouvements anormaux (chorée, syndrome de Gilles de la Tourette)
- Algies intenses et rebelles



© Crédit photo : EC6

RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

Même s'il existe une variabilité de réponse interindividuelle importante face à la même médication, globalement **les neuroleptiques favorisent la prise de poids** ou peuvent entraîner parfois une véritable boulimie.

Selon le neuroleptique **la prise de poids moyenne peut varier de 5 à 20 kg.**

Mécanismes de prise de poids sous neuroleptique :
L'inhibition des récepteurs à la sérotonine bloque l'action anorexigène de la sérotonine.
Action possible sur les hormones périphériques régulant l'appétit (ghréline augmentée ou stable, PYY diminué avec olanzepine).
Si l'on compare les différences d'affinité des neuroleptiques pour bloquer les récepteurs histaminergiques H1, on constate que leur affinité est corrélée à la prise de poids.

Il en résulte une **augmentation de l'appétit avec grignotage et pulsion pour les produits sucrés et/ou gras.**

Autres effets indésirables retrouvés pouvant aggraver le risque nutritionnel :

- La somnolence, la sédation restreignent l'activité physique et donc les dépenses énergétiques. **La sédentarité** qui en résulte **favorise la prise alimentaire.**
- Sur le plan métabolique, il y a un risque augmenté d'hyperlipidémies et de diabète, ce qui, associé à la prise de poids **augmente l'incidence des maladies cardio-vasculaires.**
- Par leurs **effets sur le système nerveux autonome**, les neuroleptiques favorisent : l'hypotension orthostatique, la tachycardie, la sécheresse buccale, la constipation, le ralentissement de la vidange gastrique, le risque de rétention urinaire (prostatisme), le glaucome ainsi que des troubles de l'accommodation visuelle, une aggravation du risque de pathologie bucco-dentaire, de RGO, de fausses routes, de malaise avec chute et cause de mal-être... **Ces effets indésirables anticholinergiques, lorsqu'ils existent, peuvent réduire l'appétit.**

Grande fréquence des signes extra pyramidaux avec la prise de neuroleptique :

- **Les dyskinésies précoces** (dystonies aiguës) avec souvent akathisie (impossibilité de garder une position : déambulation impérieuse, piétinement forcé ou impossibilité de rester assis...) **impactent l'équilibre énergétique (hyper catabolisme).**
- Les dyskinésies tardives : dyskinésies de type "facio-linguo-masticateur". On peut rencontrer des troubles de la déglutition avec risque de fausses routes et de pneumopathie d'inhalation ou d'étouffement par blocage d'un aliment dans les voies aériennes supérieures.
- Syndrome parkinsonien.

Autres effets indésirables :

- Hyperprolactinémie (responsable d'aménorrhée secondaire et de galactorrhée chez la femme et de gynécomastie chez l'homme)
- Abaissement du seuil épileptogène (épilepsie = précaution d'emploi)
- Confusion
- Risque de torsade de pointe (allongement de QT, ECG systématique à l'instauration du traitement)
- Agranulocytose (diminution des globules blancs)
- Syndrome malin des neuroleptiques (hyperthermie, rigidité extrapyramidale, collapsus cardiovasculaire, rare mais risque vital).

CONSÉQUENCES DES RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

Conséquences psychologiques de la prise de poids sous neuroleptiques :

- Des **perturbations de l'image du corps** (rejet de ce corps que l'on trouve laid)
- Une **mésestime de soi, des sentiments d'exclusion et d'incompréhension** qui s'ajoutent à ceux liés au handicap mental (favorisée par l'intolérance sociale et parfois médicale entourant le handicap mental et l'obésité)
- Un **état dépressif** peut en résulter ou être la conséquence d'un **régime trop restrictif**
- La **sédation et la prise de poids** ainsi que les croyances du patient handicapé et celles de son entourage sont causes d'une **mauvaise observance des prescriptions**

Toutes ces conséquences peuvent être des **vecteurs de surhandicap** pour les usagers déficients intellectuels ou polyhandicapés.

Les **troubles du comportement** alimentaire (boulimie, hyperphagie prandiale, restriction alimentaire) sont des **comorbidités fréquentes.**

Conséquences physiques en lien avec la prise de poids et la prise de neuroleptiques :

- Syndrome métabolique, diabète, maladie cardiaque, risque thromboembolique, accident vasculaire cérébral...

Retenons toutefois que l'incidence des **états de dénutrition est élevée chez les résidants reçus dans nos F.A.M et M.A.S** y compris chez ceux qui sont traités avec des neuroleptiques. **Ces patients présentent souvent des comorbidités** (pathologies bucco-dentaires, digestives, neurologiques, épilepsie, psychiatrique, déambulation, anorexie liée à la dépression, aversion alimentaire, refus alimentaire, iatrogénie médicamenteuse... **Pouvant expliquer ces états nutritionnels déficitaires.**

PRISE EN CHARGE EN LIEN AVEC LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION PRÉCONISÉE

Perdre du poids s'avère être une tâche particulièrement difficile. C'est pourquoi prévenir ou minimiser le risque de prise de poids est la meilleure façon de gérer le problème. Pour évaluer ce risque, il faut, avant de prescrire rechercher les antécédents personnels et familiaux : d'obésité (ou de surpoids), de dyslipidémie, de diabète, de maladie cardio-vasculaire, de troubles du comportement alimentaire…

Le choix du traitement psychotrope se fera en fonction du niveau de risque ainsi que de l'état nutritionnel et métabolique initial. Attention, la notion de prise de poids est parfois relative par rapport au bénéfice d'un traitement neuroleptique. Il est difficile d'anticiper la prise de poids qui est variable selon les individus.

En cas d'évolution pondérale et métabolique négative sous traitement neuroleptique :

On recherchera et **corrigera les erreurs alimentaires et les anomalies hormonales ou métaboliques** (régime diabétique, hypocholestérolémiant…) éviter le grignotage entre les repas, éviter de sauter le petit déjeuner et de manger la nuit, analyser le nombre de pertes de contrôle…

On **incitera à une activité physique régulière** à faire quelles que soient les aptitudes physiques de la personne : mobilisation passive si nécessaire.

On **évaluera**, en l'absence d'erreur hygiéno-diététique, **la possibilité de modifier le traitement psychotrope.** Rediscuter la nécessité d'un traitement neuroleptique. Si nécessaire, choix d'un neuroleptique ayant moins d'impact sur la prise de poids, (idem pour les traitements psychotropes, associés réputés, pour favoriser la prise de poids), antihistaminique (hydroxyzine = Atarax®), antidépresseur (Paroxétine = Déroxat® parmi les IRS, le plus associé à une prise de poids). De même on recherchera le traitement le moins sédatif possible pour favoriser les interactions sociales et l'activité physique.

Si justifié, discuter l'intérêt d'un régime hypocalorique : réduire la taille des portions et/ou la valeur énergétique des aliments proposés.

mutuelle intégrance
L'esprit de solidarité



LA MUTUELLE INTÉGRANCE S'ENGAGE POUR LA PRÉVENTION NUTRITIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Depuis bientôt 35 ans, la Mutuelle Intégrance en conformité avec ses valeurs, agit résolument en faveur des personnes handicapées. Créée par des acteurs engagés, La Mutuelle Intégrance propose des solutions adaptées en Santé, Prévoyance, Épargne et Assistance, aux personnes handicapées ou âgées, à leur famille et aux professionnels du secteur médico-social.

"**Parce que nous considérons que la prévention fait partie de nos missions, la Mutuelle Intégrance soutient déjà des projets pour une meilleure santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap mental. C'est donc tout naturellement, que nous avons choisi de nous associer à l'A.D.A.P.E.I. de La Loire pour l'édition du guide**

GUIDE NUTRITION 3S • Satisfaction • Santé • Sécurité

L'amélioration de l'état nutritionnel des personnes handicapées constitue, en ce début de XXIe siècle, un enjeu majeur pour les politiques de santé publique menées en France. Nous pensons qu'une nutrition satisfaisante est un facteur clé de protection de la santé des plus fragiles. Il nous paraît donc important de sensibiliser et d'informer l'ensemble des structures du médico-social sur les bonnes pratiques en matière nutritionnelle des personnes handicapées."

MUTUELLE INTEGRANCE
N° gratuit : 0 800 10 30 14
Site : www.integrance.fr



TRAVAILLEURS HANDICAPÉS D'E.S.A.T. ET D'E.A. AVEC UNE ACTIVITÉ SINGULIÈRE

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DE LA SPÉCIFICITÉ

Individus dès 18 ans (avec ou sans pathologies associées) dont l'activité nécessite une dépense énergétique et physique supérieure du fait du type de travail réalisé (intensité ou contraintes environnementales).

- **Entretien des espaces verts**
- **Fabrications avec manipulations lourdes**
- **Rythmes parfois plus élevés lors de mise à disposition en entreprise extérieure**
- **Environnement contraignant (forte température, conditions hivernales, station debout prolongée, décalage horaire de l'activité…)**

RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

- Apport énergétique mal adapté à l'activité : apport énergétique supérieur ou inférieur à la dépense réelle du travailleur handicapé ou répartition de la charge énergétique inadaptée au temps de l'activité (petit déjeuner, déjeuner, collation).
- Déshydratation pour les travailleurs handicapés dû au coût énergétique d'effort et d'environnement.
- Trouble du transit intestinal par une alimentation déséquilibrée par rapport au mode de repas (ration faible en fibres alimentaires).
- Lassitude et manque d'appétit du fait de la monotonie des repas en cas de pique-niques trop fréquents.

CONSÉQUENCES DES RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

CONSÉQUENCE D'UN MANQUE D'APPORT :

- Perte de poids.
- Dénutrition.
- Déséquilibre alimentaire, par compensation, avec des produits gras et sucrés au détriment de produits céréaliers (indispensables dans ce cas précis).
- Fatigue, inattention, somnolence, malaises liés à l'hypoglycémie, baisse de compétence et risque d'accident par manque de vigilance.

CONSÉQUENCES DE LA DÉSHYDRATATION :

- Maux de tête, vertiges dus à une baisse de la tension artérielle, nausées, vomissements peuvent survenir. En l'absence de réhydratation, les cellules cérébrales étant particulièrement sensibles à la déshydratation, une confusion, des convulsions et des troubles de la conscience peuvent apparaître.

CONSÉQUENCES DE MAUVAISES HABITUDES ALIMENTAIRES :

- Prise de poids.
- Difficulté pour se mouvoir.
- Syndrome métabolique.
- Si diabète, conséquences possibles sur les yeux, les reins, les pieds, les nerfs, risques cardiovasculaires…

CONSÉQUENCES D'UNE MAUVAISE ADAPTATION ALIMENTAIRE :

Constipation par manque d'hydratation et de fibres alimentaires.



PRISE EN CHARGE EN LIEN AVEC LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION PRÉCONISÉE

TRAVAILLEURS DE FORCE :

Grammage renforcé notamment en glucides complexes, répartition de la charge énergétique adaptée au temps de l'activité (horaires décalés) quel que soit le lieu de prise du repas (ESAT ou EA, pique-nique, achat extérieur, restaurant…). Apport contrôlé en matière grasse et sucre rapide.

TRAVAILLEURS EN HORAIRES DÉCALÉS :

Collation du matin ou de l'après-midi, (sandwich, biscuits, fruits frais ou compotes à boire, boissons chaudes ou froides) à distance des repas (environ 2 heures).

TRAVAILLEURS EN EXTÉRIEUR :

Pique-niques variés (formule sandwichs ou formule salades), collations du matin ou de l'après-midi, boissons chaudes ou froides, recours à un traiteur local et/ou, occasionnellement restaurants proches du chantier.

TRAVAILLEURS EN MILIEU RÉFRIGÉRÉ :

Le froid entraînant une dépense énergétique importante, les préconisations sont identiques à celles du travailleur de force. Prévoir des boissons chaudes à disposition.

TRAVAILLEURS EN MILIEU SEC ET CHAUD :

Le chaud ne génère pas de dépense énergétique systématique. Les dispositions dépendent de l'activité en elle-même. Prévoir des boissons chaudes ou fraîches à disposition.

Modalités de prise en charge : aborder le sujet avec une démarche de communication adaptée, maîtriser la communication dans une visée d'efficacité nutritionnelle en lien avec tous les accompagnants, éviter les discours et les régimes trop restrictifs générateurs de frustration, voir de stress.

S'hydrater avant, pendant et après l'effort.

AUTRES PRÉCISIONS

S'équiper d'outils adaptés : pour les pique-niques, prévoir un conditionnement adapté pour respecter le maintien en température.

Adapter les horaires de l'activité en fonction des périodes (heures chaudes / heures fraîches).

Porter une attention particulière à l'environnement du repas ou de la collation, et travailler sur la convivialité de ces temps de pause.

Préconiser un suivi nutritionnel personnalisé en cas de besoin.



VIEILLISSEMENT, RETOUR D'HOSPITALISATION ET ANTICIPATION DES ACTES CHIRURGICAUX

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DE LA SPÉCIFICITÉ

La convalescence après une pathologie aiguë ou après une intervention chirurgicale est une période charnière importante en terme de nutrition chez les personnes fragilisées ou vieillissantes.

L'intervention chirurgicale et/ou l'hospitalisation prolongée aggravent le statut nutritionnel, par le jeûne pré et postopératoire, le stress inflammatoire et la douleur.

Les apports alimentaires en postopératoire sont le plus souvent insuffisants pour couvrir les besoins. Cette situation est d'autant plus grave lorsque l'état nutritionnel est précaire avant toute hospitalisation, soit parce qu'il existe une situation précaire au domicile, soit que la perspective de l'opération inquiète.

La période de convalescence peut être quantifiée en multipliant par trois à quatre la phase aigüe.

RISQUES LIÉS À LA NUTRITION

L'hyper catabolisme lié au syndrome inflammatoire, à l'anorexie et à l'agression que constitue l'intervention chirurgicale, ainsi que la douleur et les éventuelles complications liées aux traitements induisent le plus fréquemment une perte de poids chez les personnes handicapées âgées, qui se traduit par une perte de masse musculaire. Chez les personnes handicapées âgées, il existe une lente érosion de cette masse musculaire rendant la réponse au stress (opératoire ou autre) moins efficace et plus prolongée.

La dénutrition aggrave le pronostic en postopératoire des personnes fragilisées ou vieillissantes et personnes handicapées âgées présentant une chirurgie orthopédique, avec une augmentation du risque de décès et de complications.



PRISE EN CHARGE EN LIEN AVEC LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION PRÉCONISÉE

- Proposer une alimentation enrichie pour anticiper la dégradation du statut nutritionnel en cas de chirurgie programmée, quelle qu'elle soit, comme recommandé par la HAS, notamment pour les opérations digestives.
- Evaluer ou réévaluer le statut nutritionnel au détour d'un épisode médical ou chirurgical aigu chez les personnes handicapées fragilisées, même si l'événement ne paraît pas majeur.
- Prise en charge de la douleur car effet anorexigène.
- Surveiller les prises alimentaires et en assurer le suivi en tenant compte du coût énergétique de l'opération.
- Proposer une part supplémentaire si besoin.
- Proposer une alimentation attractive pour donner envie aux personnes qui n'ont pas faim.
- Proposer des repas fractionnés en cas de fatigabilité.
- Recours en cas de nécessité aux compléments nutritionnels oraux.
- Un statut nutritionnel préservé permettrait d'améliorer le pronostic des malades.



ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION DU STATUT NUTRITIONNEL

Docteur TARDY

Pour une bonne évaluation nutritionnelle, il est nécessaire de confronter les données cliniques (interrogatoire et examen clinique) et biologiques.

Cas particuliers :

Pour le dépistage d'un état de dénutrition chez les personnes vieillissantes, il est possible d'utiliser le questionnaire M.N.A. à 6 items (appétit, perte pondérale, I.M.C., motricité, maladie aiguë ou stress psychologique, maladie neuro-psychiatrique). Si le score est inférieur à 12, passer à une évaluation plus complète : M.N.A. à 23 items.

Pour la population polyhandicapée, on rappelle la pertinence du test CP-MST si il y a un risque de dénutrition.

MÉTHODES ANTHROPOMÉTRIQUES

Poids : Geste simple. Sa valeur doit être interprétée en fonction de l'état d'hydratation (œdème ou déshydratation) et du poids antérieur.

I.M.C. : L'Indice de Masse Corporelle, à partir du poids et de la taille permet d'estimer la corpulence d'une personne. L'I.M.C. est calculé en divisant le poids en kg par la taille au carré.

Le pourcentage d'amaigrissement

Perte de poids (%)= [(poids habituel-poids actuel)/poids habituel] x100

Pour les enfants : Les courbes de poids et de corpulences (I.M.C.) (garçon, fille) permettent de repérer les déséquilibres nutritionnels. D'où la nécessité d'un suivi régulier du poids en essayant d'avoir également une mesure de taille la plus fiable possible pour calculer l'I.M.C.

Pour les adultes :

Poids idéal estimé à partir de la Taille en cm selon la formule de LORENTZ :

Homme = (T-100) - (T-150/4)

Femme = (T-100) - (T-150/2)

Interprétation de l'I.M.C. selon L'O.M.S.

I.M.C. (kg/m²)	Interprétation
Moins de 16	Dénutrition sévère
De 16 à 18	Dénutrition
De 18 à 21	Maigreur
De 21 à 25	Corpulence normale
De 25 à 30	Surpoids
De 30 à 40	Obésité modérée à sévère
Plus de 40	Obésité morbide ou massive

Dénutrition :

- **Si I.M.C. inférieur à 18** (21 pour le résidant vieillissant)
- **Si perte de poids supérieure ou égale à 2 kg ou à 5% du poids initial** en un mois (sévère si supérieure à 10%)
- **Si perte de poids supérieure ou égale à 4 kg ou à 10% du poids initial** en six mois (si supérieure à 25% le pronostic vital est engagé)

Autres paramètres :
Circonférence musculaire brachiale (reflet de la masse musculaire), épaisseur du pli cutané tricipital (détermination de la masse grasse), périmètre abdominal (obésité androïde si supérieure à 88 cm chez la femme et à 102 cm chez l'homme).

MÉTHODES BIOLOGIQUES

Marqueurs indicateurs pronostiqués chez le patient dénutri :

- **Albumine, orosomucoïde, C.R.P.**
- **Taux de lymphocytes (<1500). La dénutrition diminue l'immunité cellulaire et favorise les infections.**
- **Pronostic Inflammatory and nutritional Index : P.I.N.I.**
- **Nutritional Risk Index : N.R.I.**

Albumine, pré-albumine

Le taux d'albumine sérique est le marqueur biologique de dénutrition chronique le plus simple même s'il est non spécifique. La pré-albumine est un facteur plus réactif (baisse rapide au cours des dénutritions et inflammations). La pré-albumine permet le suivi de la renutrition.

Dénutrition modérée	30 ≤ albumine < 35g/l	150 ≤ pré albumine < 220 mg/l
Dénutrition sévère	25 ≤ albumine < 30g/l	100 ≤ pré albumine< 150mg/l
Dénutrition profonde	albumine < 25g/l	pré albumine < 100mg/l

Les protéines de l'inflammation sont indispensables pour interpréter les valeurs de l'albumine. La C-Réactive-Protein (C.R.P.) permet de mesurer l'inflammation aiguë (demi-vie 12 heures), alors que l'orosomucoïde permet d'évaluer l'inflammation chronique (demi-vie 8 jours). Leur augmentation signe un syndrome inflammatoire qui entraîne un hypercatabolisme avec une dénutrition endogène

Pronostic Inflammatory and nutritional Index :

P.I.N.I. = C.R.P. (mg/L) x orosomucoïde (mg/l)/albumine(g/l) x préalbumine (mg/l)

1 < P.I.N.I ≤ 10	Risque faible
10 < P.I.N.I ≤ 20	Risque modéré
20 < P.I.N.I ≤ 30	Risque de complications
30 < P.I.N.I	Risque vital

Nutritional Risk Index :

NRI = (1,519 x albumine g/l) + 41,7(poids actuel/poids habituel)

N.R.I. > 97.5	Absence de dénutrition
97,5 > N.R.I. > 83,5	Dénutrition modérée
83,5 > N.R.I.	Dénutrition sévère

Autres perturbations biologiques :
Chez les sujets en surpoids, les marqueurs biologiques du syndrome métabolique seront recherchés : augmentation du taux des graisses dans le sang (cholestérol, triglycéride), élévation du sucre (hyperglycémie). En cas de dénutrition on éliminera les carences (fer, sels minéraux, vitamines...). Ces perturbations biologiques sont variables d'un individu à l'autre et non spécifiques.

LES APPORTS ÉNERGÉTIQUES

Les apports d'énergie sont exprimés en kilocalories (kcal) ou en kilojoules (kJ): 1 kcal = 4.18 kJ
L'alimentation a pour but de compenser les pertes énergétiques de l'organisme qui sont:

- les dépenses liées au métabolisme de base
- les dépenses liées à la thermorégulation
- les dépenses liées à la digestion
- les dépenses liées au travail musculaire
- les dépenses liées à la croissance, à la gestation et à l'allaitement

Le poids est un bon indicateur de la justesse des apports énergétiques.

LES PROTIDES

LE RÔLE

constituant fondamental des tissus vivants (muscles, peau, os, dents, cheveux, hormones, anticorps, enzymes, ...)

LES APPORTS CONSEILLÉS

12 à 15% de l'apport énergétique total, avec un minimum de 50g par jour chez l'adulte

L'APPORT CALORIQUE

4 kcal par gramme de protide

LA DIGESTION

- action des enzymes digestives (estomac, pancréas, intestin)
- passage dans la circulation sanguine
- élimination de l'excédent (urée).

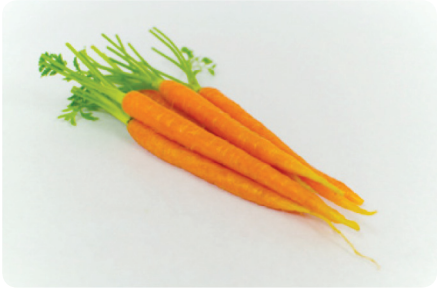
2 points de vigilance !

- végétarisme
- rôle des protides quand l'apport énergétique est insuffisant

LES PROTIDES: SOURCES ALIMENTAIRES



Origine animale



Origine végétale

LES APPORTS ÉNERGÉTIQUES

Données d'expertise ec6

LES LIPIDES

LE RÔLE
apport d'énergie et vecteur des vitamines liposolubles (A, D, E et K)

LES APPORTS CONSEILLÉS
30 à 35% de l'apport énergétique total

L'APPORT CALORIQUE
9 kcal par gramme de lipide

LA DIGESTION
- action des enzymes digestives (estomac, pancréas, vésicule biliaire)
- passage dans la circulation sanguine
- stockage de l'excédent (tissu adipeux)

2 points de vigilance !
- acides gras essentiels
- cholestérol

LES LIPIDES: SOURCES ALIMENTAIRES



Origine animale



Origine végétale

LES GLUCIDES

LE RÔLE
apport d'énergie mais différent de celui des lipides (vitesse d'utilisation)

LES APPORTS CONSEILLÉS
50 à 55% de l'apport énergétique total, avec un minimum de 150g par jour chez l'adulte

L'APPORT CALORIQUE
4 kcal par gramme de glucide

LA DIGESTION
- action des enzymes digestives (salive, pancréas, intestin)
- passage dans la circulation sanguine, glycémie
- stockage de l'excédent (foie et muscles)

1 point de vigilance !
- saccharose



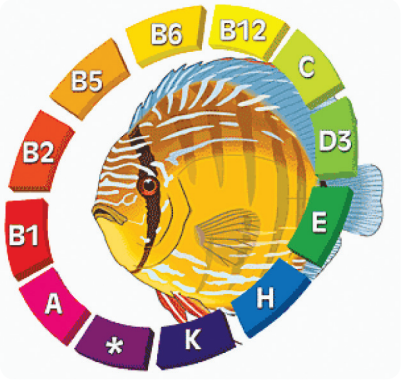
Glucides simples



Glucides complexes

LA DIGESTION

- Substances non synthétisées par l'organisme
- Fragiles face à l'air, la chaleur, la lumière
- Privilégier les cuissons courtes
- Préférer les légumes fraîchement cueillis, ou surgelés ou appertisés juste après la récolte
- 2 groupes : liposolubles et hydrosolubles



GROS PLAN SUR LE CALCIUM

LE RÔLE:

- Structure des os et des dents

LES BESOINS:

- 800 mg/jour chez l'adulte jeune
- 1200 mg/jour chez les enfants, adolescents, femmes enceintes ou allaitantes, personnes âgées



Données d'expertise ec6

CALCULEZ VOTRE APPORT CALCIQUE !

1 yaourt	160 mg de calcium
100g de fromage blanc	110 mg de calcium
1 verre de lait (100ml)	120 mg de calcium
1 bol de lait (250ml)	300 mg de calcium
30g fromage pâte cuite	300 mg de calcium
30g fromage type camembert	150 mg de calcium
1 portion de fromage fondu	30 mg de calcium
1 crème dessert	100 mg de calcium
25g sardines ou 100g crustacés	100 mg de calcium
1 litre d'Hépar ou Contrex	500 mg de calcium
1 orange	50 mg de calcium



MENUS PERSONNALISÉS

ENFANT POLYHANDICAPÉ

CONSÉQUENCES DU HANDICAP OU DU TRAITEMENT SUR L'ALIMENTATION DU RÉSIDANT/USAGER

- Fort risque de dénutrition = Régime hyperprotéiné (20 grammes/jour)
- Risque majeur de fausse route = Texture modifiée sans morceaux

Mousse de crudités

Cubes de volaille fondants en tajine
Purée de légumes tajine enrichie
Fine semoule de blé

Crème de fromage ou laitage sans morceaux

Purée de pommes pruneaux sans morceaux

AUTISME

CONSÉQUENCES DU HANDICAP OU DU TRAITEMENT SUR L'ALIMENTATION DU RÉSIDANT/USAGER

- Surconsommation énergétique = Régime hypercalorique (augmentation des rations féculent et sauce)
- Plateau et assiette monocolore
- Aliments et recettes connus

Salade d'endives

Tajine de poulet au citron (sauce +)
Semoule (grammage +)

Fromage et laitage

Pruneaux au thé

EPILEPSIE

CONSÉQUENCES DU HANDICAP OU DU TRAITEMENT SUR L'ALIMENTATION DU RÉSIDANT/USAGER

- Risque d'hypoglycémie = Repas équilibré avec présence de sucres lents
- Traitement médicamenteux = Absence d'alcool et excitants

Salade d'endives

Tajine de poulet au citron et ses légumes
Semoule

Fromage

Pruneaux au sirop

Données issues de la direction Qualité Nutrition Société Restalliance

MENUS PERSONNALISÉS



TRISOMIE 21

CONSÉQUENCES DU HANDICAP OU DU TRAITEMENT SUR L'ALIMENTATION DU RÉSIDANT/USAGER

- Problème de surpoids = menu normal équilibré pour éviter fringale et frustration
- Intolérance au gluten
- Problème de dentition = menu haché

*la semoule reste adaptée pour les textures modifiées dont la granulométrie est supérieure à 0,1 cm

Salade d' endives finement émincées

Tajine de poulet au citron et ses légumes
Semoule de maïs*

Fromage + (pain sans gluten)

Pruneaux au thé

PERSONNE TRISOMIQUE 21 ÂGÉE

CONSÉQUENCES DU HANDICAP OU DU TRAITEMENT SUR L'ALIMENTATION DU RÉSIDANT/USAGER

- Fort risque de dénutrition = Régime hyperprotéiné (20 grammes/jour)
- Difficultés de succion et de déglutition = Texture modifiée sans morceaux

Mousse de crudités

Cubes de volaille fondants en tajine
Purée de légumes tajine enrichie
Fine semoule de blé

Crème de fromage ou laitage sans morceaux

Purée de pommes pruneaux sans morceaux

DEAMBULANT HYPERACTIVITÉ AGITATION

CONSÉQUENCES DU HANDICAP OU DU TRAITEMENT SUR L'ALIMENTATION DU RÉSIDANT/USAGER

- Surconsommation énergétique = Régime hypercalorique (augmentation ration féculent, sauce)
- Fort risque de dénutrition = Régime hyperprotéiné (20 grammes/jour)

Salade d' endives et mimolette

Tajine de poulet au citron et ses légumes (sauce +)
Semoule (grammage +)

Fromage et laitage

Pruneaux au thé

Données issues de la direction Qualité Nutrition Société Restalliance

PERSONNE POLYHANDICAPÉE ADULTE

CONSÉQUENCES DU HANDICAP OU DU TRAITEMENT SUR L'ALIMENTATION DU RÉSIDANT/USAGER

- Fort risque de dénutrition =
Régime hyperprotéiné (20 grammes/jour)

- Traitement médicamenteux =
Repas riches en vitamines et calcium =
Texture modifiée sans morceaux

Mousse de crudités (œufs) (centrifugeuse)

Cubes de volaille fondants en tajine
Purée de légumes tajine enrichie
Fine semoule de blé

Crème de fromage et laitage sans morceaux

Purée de pommes pruneaux sans morceaux

PERSONNE POLYHANDICAPÉE ÂGÉE

CONSÉQUENCES DU HANDICAP OU DU TRAITEMENT SUR L'ALIMENTATION DU RÉSIDANT/USAGER

- Fort risque de dénutrition =
Régime hyperprotéiné (20 grammes/jour)

- Perte capacité absorption / diabète liée à l'âge
=
Repas riches en calcium et pauvre en sucres rapides
=
Texture modifiée sans morceaux

Mousse de crudités (œufs) (centrifugeuse)

Cubes de volaille fondants en tajine
Purée de légumes tajine enrichie
Fine semoule de blé

Crème de fromage et laitage sans morceaux

Purée de pommes pruneaux sans morceaux et sans sucres ajoutés

NEUROLEPTIQUE

CONSÉQUENCES DU HANDICAP OU DU TRAITEMENT SUR L'ALIMENTATION DU RÉSIDANT/USAGER

- Tendance à la prise de poids =
menu normal équilibré pour éviter fringale et frustration

- Traitement médicamenteux =
Sans alcool et sans excitants

Salade d'endives

Tajine de poulet au citron et ses légumes
Semoule

Fromage

Pruneaux au sirop

Données issues de la direction Qualité Nutrition Société Restalliance

MENUS PERSONNALISÉS

TRAVAILLEURS HANDICAPÉS E.S.A.T. ET E.A.

CONSÉQUENCES DU HANDICAP OU DU TRAITEMENT SUR L'ALIMENTATION DU RÉSIDANT/USAGER

- Activité physique importante ou conditions climatiques de travail = Menu équilibré et riche en sucres lents
- Collations adaptées aux horaires de travail et pauses
- Éducation nutritionnelle (éviter les grignotages en dehors des repas)

Salade d' endives

Tajine de poulet au citron et ses légumes
Semoule (grammage +)

Fromage (grammage + pain)

Pruneaux au thé

VIEILLISSEMENT ET RETOUR D'HOSPITALISATION

CONSÉQUENCES DU HANDICAP OU DU TRAITEMENT SUR L'ALIMENTATION DU RÉSIDANT/USAGER

- Hypercatabolisme et cicatrisation = Régime hyperprotéiné (20 grammes/jour)
- Repas attractif pour stimuler la faim

Salade d' endives et mimolette

Tajine de poulet au citron et ses légumes
Semoule

Fromage blanc

Pruneaux au thé

L'ensemble de ces menus ont été proposés par Laurence MICHAUD, Directrice Qualité Nutrition de la Société de Restauration RESTALLIANCE.



RÉGIMES ET TEXTURES

DIABÉTIQUE STANDARD

Menu sans sucre ajouté avec des quantités bien déterminées et régulières de glucides à chaque repas.
Peu de matières grasses saturées (animales) et sans matières grasses hydrogénées par prévention des maladies cardiovasculaires chez des patients particulièrement à risque.

BÉNÉFICIAIRES

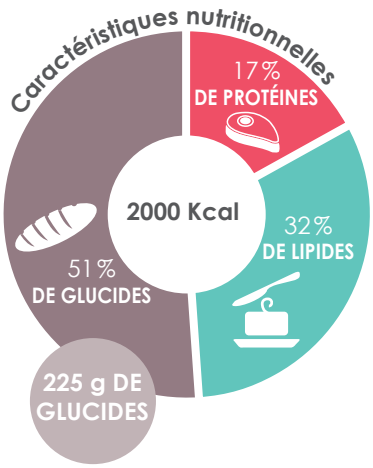
- **Usagers diabétiques (insulino-dépendants ou non insulino dépendants)**
- **Usagers nécessitant un apport régulier de glucides sur la journée (prescription médicale)**

DÉCLINAISONS

PETIT DÉJEUNER :
- boisson sans sucre
- 1 produit laitier y compris lait
- 3 tranches de pain ou 6 biscottes + 1 beurre

DÉJEUNER ET DÎNER :
- Hors d'œuvre légume + vinaigrette
- Viande ou équivalent protidique
- Légumes verts (150g) / Féculents 150 g
- 1 part de fromage ou 1 laitage nature (1 au déjeuner, l'autre au dîner)
- Fruit cru ou cuit sans sucre ajouté
- 1 tranche de pain

boissons chaudes sans sucre



SANS SEL

Menu cuisiné sans sel, sans plats cuisinés industriels, sans produits contenant naturellement du sel (charcuteries, fromages, conserves…).

BÉNÉFICIAIRES

Uniquement sur prescription médicale

DÉCLINAISONS

Même composition que le menu normal (avec crudités ou cuidités sans sel en hors d'œuvre).

Caractéristiques nutritionnelles
Menu normal avec 2g de sel maximum (correspondant à 800 mg de sodium déjà naturellement présent dans les aliments).



NB : La liste des régimes ci-dessus n'exclut pas la fourniture de régimes correspondant à des prises en charge spécifiques : couplage de régimes, couplage régimes/textures…
Définition synthétique des éléments techniques des plats texturés
Les textures modifiées préparées en grande majorité sont :
- La texture hachée
- La texture mixée

Ces 2 niveaux de texture pourront être enrichis par les textures :
- Produits traités par un masticateur (adaptation de la texture au moment du repas par le personnel d'accompagnement)
- Moulinée fin, moulinée et semi liquide telles que présentées ci-dessous

La texture moulinée ou hachée devra être traitée pour les viandes notamment au travers de la cuisson à juste température permettant aux fibres alimentaires de conserver tendreté et jutosité et pouvant être consommées par des personnes soumises à ce premier niveau de texturation

PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES RÉGIMES ET TEXTURES

Données d'expertise ec6

HYPOCALORIQUE

Menu sans sucre ajouté et pauvre en matières grasses (cuisiné sans matière grasse et limitant les aliments contenant naturellement beaucoup de matières grasses).

BÉNÉFICIAIRES
Personnes nécessitant un apport énergétique inférieur au menu normal

DÉCLINAISONS

PETIT DÉJEUNER :
- boisson sans sucre
- 1 produit laitier y compris lait
- 2 tranches de pain ou 4 biscottes + 1 beurre

DÉJEUNER ET DÎNER :
- Hors d'œuvre légume + vinaigrette.
- Viande maigre ou équivalent protidique maigre
- Légumes verts sans MG
- Fromage ou laitage nature (alternance midi et soir)
- Fruit cru ou cuit sans sucre ajouté
- 1 tranche de pain
- boissons chaudes sans sucre

Caractéristiques nutritionnelles
1600 KCal

MENU MOULINÉ

La viande est hachée, les légumes sont moulinés ; viande et légumes sont séparés dans l'assiette.

DÉCLINAISONS

PETIT DÉJEUNER :
- boisson +/- lait +/- sucre
- 1 sachet de poudre lait ou autre produit laitier
- 1 produit céréalier + beurre et confiture (miel) +
- 1 verre de jus de fruit à teneur garantie en vitamine C

DÉJEUNER:
- Viande ou équivalent protidique mouliné
- Garniture moulinée
- Produit laitier (fromage à tartiner ou laitage)
- Laitage, entremet lacté, fruit cuit maison + boisson chaude

COLLATION 15 H
- 1 boisson + 1 produit laitier

DÎNER :
- Potage



Caractéristiques nutritionnelles
70 à 75 g de protéines
1200 mg de Calcium.

Caractéristiques nutritionnelles
2000 KCal

MENU MIXÉ

La texture est homogène (sans morceaux, sans grains), avec viande et légumes séparés.

DÉCLINAISONS

PETIT DÉJEUNER :
- boisson +/- lait +/- sucre
- 1 sachet de poudre lait ou autre produit laitier
- 1 produit céréalier + beurre et confiture (miel)
- 1 verre de jus de fruit à teneur garantie en vitamine C

DÉJEUNER:
- Viande et garniture
- Produit laitier (fromage à tartiner ou laitage)
- Dessert de texture lisse

+ (pain) et boisson chaude

COLLATION 15 H
- 1 boisson + 1 produit laitier

DÎNER :
- Potage
- Viande et garniture moulinés et mélangés
- Produit laitier (fromage à tartiner ou laitage)
- Dessert de texture lisse

+ (pain) et boisson chaude

Caractéristiques nutritionnelles
70 à 75 g de protéines
1200 mg de Calcium.

Caractéristiques nutritionnelles
2000 KCal

TEXTURES MODIFIÉES

Les textures modifiées préparées en grande majorité sont :

- **La texture hachée**
- **La texture mixée**

Ces 2 niveaux de texture peuvent être enrichis par les textures :

Produits traités par un masticateur (adaptation de la texture au moment du repas par le personnel d'accompagnement)

Moulinée fin, moulinée et semi liquide telles que présentées ci-dessous.

La texture moulinée ou hachée peut être traitée pour les viandes notamment au travers de la cuisson à juste température permettant aux fibres alimentaires de conserver tendreté et jutosité et pouvant être consommées par des personnes soumises à ce premier niveau de texturation.



TEXTURE HACHÉE
(granulométrie inférieure à 0,5 cm)



CUISSON À JUSTE TEMPÉRATURE



TEXTURE MOULINÉE FIN
(granulométrie inférieure à 0,3 cm)



TEXTURE MOULINÉE
(granulométrie inférieure à 0,2 cm)



TEXTURE MIXÉE
(granulométrie inférieure à 0,1 cm)



TEXTURE SEMI-LIQUIDE
(granulométrie 0)



MODIFICATION DE TEXTURES

Les autres textures peuvent être traitées par une cuisson adaptée et le recours à des équipements de modification de texture adaptée (Mixer Blixer Robot Coupe).

La texturation des aliments liquides (eaux gélifiées par exemple), ou des aliments solides peut être traitée par l'ajout d'agents de texture (excluant le recours à la gélatine).

BIBLIOGRAPHIE

LES RÉFÉRENTIELS : LES TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- Conseil national de l'alimentation, avis N° 53 sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques, 15 décembre 2005
- Ricourt C, mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé, 2002
- Haut comité de la Santé Publique. Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. Enjeux et propositions. In : Hercberg S, Tallec A, éd. Rennes : ENSP, Collection Avis et Rapports, 2000
- PNNS "la santé vient en mangeant". Le guide alimentation pour tous. INPES 2002 ; institut national de prévention et d'éducation à la santé
- PNNS2, 2ème programme national santé_2006–2010_Actions et Mesures, éd. Ministère de la Santé des Solidarités, septembre 2006
- PNNS 3
- Règlements CE et le "Paquet Hygiène" en application depuis le 1er janvier 2006
- Notes de services et avis DGAL, quant à l'application des règlements du paquet hygiène
- Conseil national de l'alimentation, avis sur l'entrée en vigueur des règlements CE et du Paquet Hygiène (avis N° 48 et 52)
- ANESM Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et des Services sociaux et médico-sociaux - recommandations des bonnes pratiques professionnelles *http://www.anesm.sante.gouv.fr/*

LES RECOMMANDATIONS

- Le portail de la formation sur la dénutrition 2007 (http ://www.dénutrition–formation.fr/)
- Apports nutritionnels conseillés pour la population française (ACN) 3ème éd. Paris : Tec et doc, Paris 2001
- GEMRCN ; Recommandation relative à la nutrition du 4 mai 2007, approuvé par la décision N° 2007–17 du 4 mai 2007 du Comité exécutif de l'OEAP, éd. Ministère de l'Economie des Finances et de l'Industrie
- Organisation de la fonction restauration à l'hôpital (retours d'expériences)–MeaH (Mission nationale d'Expertise d'Audit Hospitaliers)–édition Berger Levrault Octobre 2006 – ISBN 978–2–7013–1540–9
- Les apports Nutritionnels Conseillés (ANC) de l'AFSSA (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments)
- Portion Alimentaire – Manuel photo pour l'estimation des quantités–Su. Vi. Max . Polytechnica–Candia–ISBN 2–7178–4562–3

D'AUTRES RECOMMANDATIONS POUR ALLER PLUS LOIN

- Mallette MOBIQUAL – SFGG – CNSA –SFNEP–SFN–FFAMCO –FNAPAEF–2011
- Organisation de la fonction restauration à l'hôpital – Guide de bonnes pratiques organisationnelles–MeaH (Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers) – Edition Berger-Levrault 2008
- Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux : les textures modifiées : mode d'emploi – 2011
- Guide alimentation Alzheimer–Edition de l'EHESP mai 2011
- Cuisiner le plaisir : guide pour un service hôtelier adapté aux patients en fin de vie dans les établissements de santé – Edition EHESP– 2008

GLOSSAIRE

GLOSSAIRE MEDICAL

AGÉNÉSIE : arrêt du développement de certaines parties de l'embryon provoquant l'absence de formation totale ou partielle d'un tissu, d'un organe, d'une structure ou d'un membre.

AKATHISIE : incapacité de s'asseoir ou de rester assis, allongé ou immobile.

ATHÉTOSE : mouvement involontaire, in coordonné, de grandes amplitudes, lent et sinueux, affectant surtout les extrémités des membres et la face.

CATABOLISME : ensemble des réactions chimiques aboutissant à la dégradation des composés moléculaires puisés dans l'alimentation ou à défaut dans nos propres tissus (catabolisme musculaire) dans le but de générer de l'énergie.

CÉTOGÉNIQUE : qui concerne la cétogenèse ou la formation des corps cétoniques dans l'organisme. Le régime cétogènique (diète cétogène), utilisé pour traiter une épilepsie résistante aux traitements, est une alimentation riche en gras et restreinte considérablement en sucre (88% de lipides 10% de protéines et 2%de glucides).

DYSGUEUSIE : altération du goût.

DYSKINÉSIES : difficulté des mouvements quelle qu'en soit la cause. En neurologie, elles qualifient une activité motrice involontaire et incontrôlée parasitant principalement le mouvement volontaire et pouvant apparaître au repos. Les dyskinésies sont associées à la prise de certains traitements : L-Dopa, neuroleptiques.

DYSTHYROÏDIE : anomalie de la sécrétion thyroïdienne quantitative (hyper ou hypothyroïdie) ou qualitative.

ENDOGNATHIE : déformation de la mâchoire dans le sens transversal par étroitesse du maxillaire.

GHRÉLINE : hormone sécrétée par les cellules de l'estomac qui stimule l'appétit.

EPITOMAX ® TOPIRAMATE : antiépileptique indiqué dans le traitement des épilepsies partielles et des crises généralisées tonico – cloniques.

HYPERPHAGIE PRANDIALE : ingestion de trop grande quantité d'aliments au cours du repas.

HYPERPROLACTINÉMIE : sécrétion excessive d'une hormone, la prolactine, produite par la glande hypophysaire. Dans les conditions normales la prolactine permet chez la femme le déclenchement et le maintien de la lactation.

HYPOLIPIDIQUE, HYPERPROTIDIQUE (régime) : régime pauvre en graisse et riche en protéines.

HYPOSIALLORRHÉE : sécheresse buccale par insuffisance de sécrétion salivaire.

MACROGLOSSIE : terme médical utilisé pour définir une augmentation anormale du volume de la langue.

NEURO MÉDIATEURS OREXIGENES : substances chimiques assurant la transmission d'un neurone à l'autre, de messages capables de stimuler l'appétit.

NEUROPEPTIDE Y : neurotransmetteur peptidique constitué de 36 acides aminés puissant stimulant de l'appétit.

OSTÉOMALACIE : déminéralisation squelettique généralisée, par insuffisance de fixation phosphocalcique sur la trame osseuse. Les causes essentielles de cette maladie sont les carences solaires et vitaminiques (vitamine D).

SARCOPÉNIE : pathologie liée au vieillissement qui se caractérise par une diminution progressive de la masse musculaire, de la force musculaire et de la performance.

SIGLES

CP-MST : Test permettant le dépistage du risque de dénutrition de la personne polyhandicapée adulte CP-MST se reporter au lien internet : *http://www.orthoedition.com/DVD-IMC/pdf/Fiches%20Deglutition/Test%20CP-MST.pdf*

H.A.S. : Haute Autorité de Santé

I.M.C. : Indice de Masse Corporelle

M.N.A. : Mini Nutritonal Assesment. Echelle permettant d'évaluer l'état nutritionnel chez les personnes vieillissantes. M.N.A. se reporter au lien internet : http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/48_evaluation_de_l_039_etat_nutriti.pdf

R.G.O. : reflux gastro - oesophagien

E.S.A.T. : établissement et service d'aide par le travail (anciennement C.A.T.)

E.A. : Entreprise adaptée

REMERCIEMENTS

Le collectif des professionnels de l'A.D.A.P.E.I. de la Loire :

Annick KEROMNES	*Directrice de la Maison d'Accueil pour Personnes Handicapées Agées à Saint-Paul-en-Jarez*
Jean-Luc GRATALOUP	*Directeur de Complexe de la Maison d'Accueil Spécialisée Habilis à Chazelle sur Lyon et du Foyer d'Accueil Médicalisé Iris à Montbrison*
Damien FAVARD	*Directeur de Complexe de l'E.S.A.T. Ateliers de l'ONDAINE et de l'Entreprise Adaptée Cuisine Centrale l'Asprona au Chambon-Feugerolles*
Julie GODFRIN	*Directrice Adjointe de la M.A.P.H.A. à Saint Paul en Jarez et du Foyer de Vie de Valfleury*
Marie-Dominique PERRIN	*Directrice Adjointe de l'E.S.A.T. STEPHANOIS à Saint-Etienne*

Nous voulons tout d'abord exprimer notre reconnaissance à Monsieur Antoine ROBERT, Président de l'A.D.A.P.E.I. de la Loire, ainsi qu'à Rolland CORTOT, son Directeur Général, pour la confiance témoignée lors de la rédaction de ce guide.

Nous adressons nos remerciements au Groupe EC6 et tout spécialement à son Directeur, Eric COMMELIN, qui nous a accompagnés tout au long de cette démarche et nous a apporté son réseau d'experts, son soutien et sa propre expertise dans le domaine de la restauration et de la nutrition.

Nous tenons tout particulièrement à témoigner notre reconnaissance au Docteur Michel TARDY, médecin généraliste, membre du collectif, rédacteur, lecteur et correcteur qui par ses compétences, son expertise et son implication nous a beaucoup appris lors de ce travail.

Nous présentons nos remerciements, notre respect et notre gratitude aux experts pour leur implication dans l'élaboration des fiches de pathologies.

Docteur Daniel FOUGEROUSE, Médecin Psychiatre

Docteur Dominique FRASSATI, Médecin Psychiatre au C.H.S. Le VINATIER

Docteur Bénédicte de FREMINVILLE, Généticienne au C.H.U. de Saint-Etienne

Docteur Monique GAUTHERON, Médecin Généraliste

Professeur Vincent GAUTHERON, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Médecine Physique et de Réadaptation au C.H.U. de Saint-Etienne.

Professeur Bruno LESOURD, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Gériatrie au C.H.R.U. de Clermont-Ferrand.

Nous tenons à remercier ici tous ceux avec qui nous avons été en relation à l'occasion de la rédaction de ce guide.

Claire SULMONT ROSSE, Ingénieur de Recherche. I.N.R.A. de Dijon

Virginie VANWYMELBEKE, Docteur-Chercheur en Nutrition Humaine au C.H.R.U. de Dijon.

Isabelle PARMENTIER, Diététicienne Nutritionniste au C.H.R.U. de Lille et Présidente de l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes.

Valérie FORESTIER, Responsable de Secteur, Société Restalliance

Laurence MICHAUD, Directrice Qualité Nutrition, Société Restalliance

A.D.A.P.E.I. DE LA LOIRE
13 rue Grangeneuve
CS 50060
42002 ST ETIENNE cedex 1
www.adapei42.org
04 77 34 34 34

EC6
www.ec6groupe.com
Le Mont 71520 Saint Point
Tél. 03 85 38 20 02
contact@ec6.fr

Impression, création, imprimerie ISP
42210 Montrond-les-Bains,
04 77 94 50 08
imprimerie.isp@wanadoo.fr
Imprimé en mai 2014



ec6 partenaire du Guide 3S



