Promouvoir le bien-être nutritionnel dans l'accueil de la personne âgée

Recommandations à l'intention des membres de l'EAN

Guide pour l'orchestration du parcours nutritionnel
dans les structures d'accueil pour personnes âgées

www.ean.care

EUROPEAN AGEING NETWORK

2021

Promouvoir le bien-être nutritionnel dans l'accueil de la personne âgée
Recommandations à l'intention des membres de l'EAN
Guide pour l'orchestration du parcours nutritionnel dans les structures d'accueil pour personnes âgées

(C) 2021, RÉSEAU EUROPÉEN DU VIEILLISSEMENT

ISBN: 978-80-88361-19-0

Publisher:
Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
Vančurova 2904, 390 01 Tábor
Czech Republic
www.apsscr.cz

Table des matières

Avant-propos	4
RÉSEAU EUROPÉEN DU VIEILLISSEMENT	6
Introduction	8
Les dimensions sociales de l'alimentation	12
Les dimensions culturelles du soin nutritionnel	16
Les arguments en faveur du bien-être nutritionnel	20
Considérations cliniques et lignes directrices	24
Thérapie nutritionnelle en soins palliatifs	38
Rôles et responsabilités	42
Liste des abréviations	46

AVANT-PROPOS

L'une des principales missions de l'European Aging Network (EAN) est de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées. La nutrition en est une dimension importante de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées et une bonne nutrition participe globalement de la qualité de vie liée à la santé.

Il est donc important non seulement d'avoir conscience de cette réalité et d'intégrer la nutrition comme un élément à part entière de l'approche complexe de la prise en charge de la personne âgée, mais aussi de partager les exemples de bonnes pratiques, connaissances, recommandations et solutions innovantes.

L'EAN a mandaté des experts en nutrition partout en Europe pour former un groupe de travail Nutrition et rédiger un document ainsi que des lignes directrices susceptibles de servir d'outil et d'assistant au quotidien dans une démarche de promotion d'un soin nutritionnel optimal.

Le fruit de ce travail, réuni ici, n'aurait pas pu voir le jour sans l'implication de nos partenaires et membres, et sans la contribution de tous les experts qui ont travaillé pendant plus d'un an sur ce document.

Nous espérons que ce support aidera les acteurs des soins de longue de durée à remplir leur mission essentielle : offrir aux personnes âgées une belle qualité de vie, dans la dignité, la joie et le bonheur.

Dr Jiří Horecký, MBA
Président

RÉSEAU EUROPÉEN DU VIEILLISSEMENT

Le Réseau européen du vieillissement (EAN) regroupe **plus de 10 000 prestataires de soins sur le continent européen**. Les membres représentent tous les types d'organisations et d'individus actifs pour les personnes âgées et tous les types de propriété, y compris les organisations à but lucratif, à but non lucratif et gouvernementales. Leur vision et leur mission consistent à améliorer la qualité de vie des personnes âgées et à les aider pour que chaque jour soit un jour meilleur en leur fournissant un logement, des services et des soins de haute qualité.

10.000 PRESTATAIRES

Le Réseau européen du vieillissement (EAN) est présent dans 25 pays européens. L'EAHSA étant bien représentée dans le nord-ouest de l'Europe et l'E.D.E. dans le sud-est, cette combinaison fait du Réseau européen du vieillissement une organisation véritablement paneuropéenne. L'EAN n'est pas seule à poursuivre sa vision, ses valeurs et sa mission. Elle est affiliée au Global Ageing Network (GAN), un réseau mondial dont le siège est situé à Washington D.C. L'EAN et le GAN rassemblent des experts du monde entier, mènent des initiatives de sensibilisation et offrent un espace pour les idées innovantes en matière de soins aux personnes âgées. Ils ouvrent la voie à l'amélioration des meilleures pratiques en matière de soins pour personnes âgées, afin que les personnes âgées du monde entier puissent vivre en meilleure santé, être plus fortes et mener une vie plus indépendante.

25 PAYS EUROPÉENS

Les membres du Réseau européen du vieillissement (EAN) sont au service de plus d'un million de personnes âgées en Europe. La longévité est l'une des plus grandes réalisations des sociétés modernes. Les Européens vivent plus longtemps que jamais et cette tendance devrait se poursuivre grâce aux progrès médicaux sans précédent et à l'amélioration du niveau de vie. D'ici 2020, un quart des Européens auront plus de 60 ans. Combinée à un faible taux de natalité, cette situation nécessitera des changements importants dans la structure de la société européenne, qui auront des répercussions sur notre économie, nos systèmes de sécurité sociale et de soins de santé, le marché du travail et beaucoup d'autres domaines de notre vie.

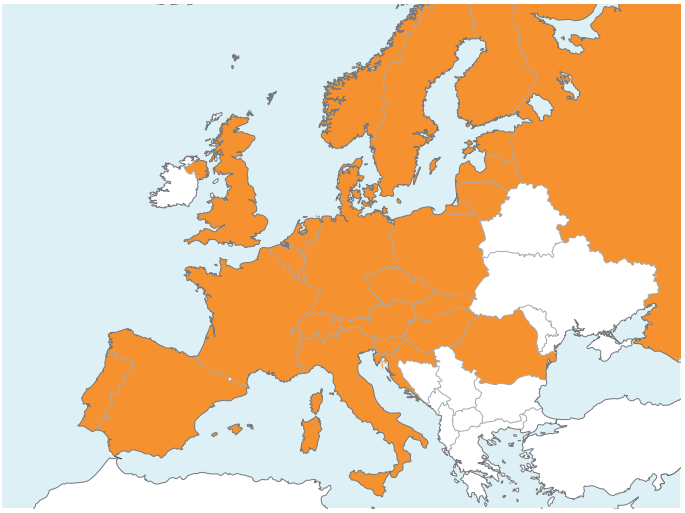
1 MILLION DE PERSONNES ÂGÉES ACCOMPAGNÉES

www.ean.care

EUROPEAN AGEING NETWORK

En tant que professionnels, nous cherchons à améliorer la qualité des soins et l'accompagnement. Les référentiels de formation communs, les visites et les observations réciproques, les congrès et les symposiums favorisent le professionnalisme des établissements et services de soins et une meilleure compréhension des différentes formes de soins et d'accompagnement. Créer des conditions humaines de vie et de travail dans nos structures est la vision à laquelle nous aspirons tous au sein de l'EAN.

Autriche
Belgique
Croatie
République tchèque
Estonie
Finlande
France
Allemagne
Grande-Bretagne
Hongrie
Italie
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Pays-Bas
Norvège
Pologne
Portugal
Roumanie
Fédération de Russie
Slovénie
Slovaquie
Espagne
Suède
Suisse



INTRODUCTION

Le groupe de travail Nutrition de l'EAN a été formé pour élaborer des lignes directrices relatives aux soins nutritionnels dans les établissements d'accueil pour personnes âgées. Ces recommandations se focalisent sur le parcours nutritionnel dans la prise en charge de la personne âgée et regroupent des principes clés, procédures et processus, bonnes pratiques, exemples et solutions. Les présentes lignes directrices font la promotion du bien-être nutritionnel. Elles devraient être utiles aux directeurs, personnels soignants et hôteliers, cuisiniers dans les établissements pour personnes âgées, et alimenter les discussions sur les façons de stimuler l'appétit au bénéfice des résidents.

Le groupe de travail s'est intéressé à de nombreux aspects de la question de la nutrition et a fondé ses avis et suggestions sur des discussions concernant :

- La question de la malnutrition des personnes âgées dans les structures d'accueil : bilan sur la problématique, prévalence (en particulier dans les structures d'accueil pour personnes âgées (résidences, résidences autonomie, résidences services), politiques et systèmes de labellisation en place, bonnes pratiques.
- Les différents aspects pertinents de la malnutrition des personnes âgées : quelles sont les causes de la malnutrition chez les personnes âgées, quels sont les facteurs déterminants, à qui incombe la responsabilité d'identifier les solutions pour lutter contre la malnutrition.
- Les meilleures façons de traiter la question de la malnutrition, pour les personnes âgées et les professionnels : exemples de bonnes pratiques, innovations, nouvelle alimentation, hébergement, culture et usage, disponibilité, dimensions économiques, etc.
- Conseiller sur la manière d'éveiller les consciences sur ce problème et mettre en œuvre des solutions à tous les niveaux.

DE LA MALNUTRITION AU BIEN-ÊTRE NUTRITIONNEL

Chaque fois qu'une personne n'a pas un apport alimentaire suffisant ou adéquat, la malnutrition guette. Dans le présent rapport, la malnutrition se définit comme les déficiences, excès ou déséquilibres dans l'apport en énergie et/ou nutriments d'une personne. Le terme malnutrition recouvre deux grands groupes de conditions. D'une part, il y a le surpoids, l'obésité et les maladies chroniques

liées à l'alimentation (comme les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les diabètes et les cancers). L'autre catégorie regroupe les cas de « dénutrition », notamment les retards de développement (rapport taille/âge insuffisant), l'émaciation (rapport poids/taille insuffisant), l'insuffisance pondérale (rapport poids/âge insuffisant) et les carences ou déficiences en micronutriments (carences en vitamines et minéraux importants). Les personnes âgées sont tout particulièrement vulnérables à la malnutrition. Elles manquent de force pour s'alimenter ou n'ont tout simplement pas d'appétit.

L'ambition du groupe de travail est de contribuer à la lutte contre la malnutrition et de jeter les bases du bien-être nutritionnel : un équilibre optimal entre aspects nutritionnels, médicaux, économiques, culturels et organisationnels pour aider les personnes âgées à être et à se sentir bien dans une structure d'accueil spécialisée, en proposant des préparations culinaires et des boissons appropriées et une approche individualisée comme point de départ. Ce rapport n'entend néanmoins pas s'intéresser exclusivement aux aspects biomédicaux de l'alimentation ; il se penche également sur d'autres disciplines pertinentes pour une bonne nutrition. Outre un chapitre consacré aux aspects médicaux et cliniques, ce rapport aborde la question des coûts économiques et avantages, les aspects socioculturels liés à l'alimentation et au fait d'apprécier la nourriture, ainsi que les rôles et responsabilités au sein des structures d'accueil pour personnes âgées. Un chapitre séparé est consacré aux soins nutritionnels palliatifs.

Un constat se dégage clairement des discussions et recherches que nous avons pu avoir et entreprendre : une bonne nutrition passe par une prise de conscience de la problématique de la malnutrition et par une approche pluridisciplinaire.

MÉTHODOLOGIE

Le groupe de travail a entamé ses travaux en février 2020, juste avant le début de la pandémie de COVID-19. Après une seule réunion en présentiel, toutes les sessions de travail et discussions suivantes ont eu lieu en ligne. Ce mode de fonctionnement n'a pas nui à la productivité du groupe.

Les bases pour les chapitres ont été posées à l'occasion de discussions et recherches préalables menées par différents groupes de membres. Ensemble, ils ont proposé le contenu pour alimenter les différents chapitres de ce rapport. Toutes les parties séparées ont ensuite fait l'objet d'une révision et d'échanges de la part de tous les membres, puis ont été compilées pour former ce document commun.

LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail Nutrition de l'EAN a réuni les experts suivants:

AGNETA HÖRNELL
Professeur, nutritionniste, Institut för kostvetenskap, Umeå Universitet, Suède

AMALIA TSAGARI
Nutritionniste clinicienne, KAT General Hospital / Conférencière en nutrition clinique, Aegean College / Responsable du réseau (ESDN) Older Adults de l'EFAD, Athènes, Grèce

BARBARA TROESCH
Responsable scientifique, Science de la nutrition et Promotion de la nutrition médicale et pharma, DSM Nutritional Products, Kaiseraugst, Suisse

BIRGIT MATITSCHKA
Nutritionniste et Chef de projet,
Food Solutions Senior Market, SODEXO DE/AT/CH

HELENA HALBWACHS
Responsable de la qualité des soins CZ/HR/SI, Groupe SeneCura, Autriche
Conférencière senior Soins et gérontologie sociale, Alma Mater Europaea-ECM, Slovénie

IVANA PRAŽANOVÁ
RD, Directrice - Czech Alliance for Nutrition Care

JIŘÍ HORECKÝ
Président de l'EAN

LAURE CLOAREC BLANCHARD
Directrice de la Politique de Santé et de Soins, Adef Résidences, FNAQPA, France

MALIN SKINNARS JOSEFSSON
Nutritionniste en restauration collective, Département des études alimentaires, Nutrition & Diététique, Université d'Uppsala, Suède

MARCEL SMEETS
Consultant exécutif UE de l'EAN et Administrateur de l'European Nutrition for Health Alliance (ENHA)

SUSANNE BAYER
Nutritionniste au « Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser », déléguée du « Lebenswelt Heim – Bundesverband », Vienne, Autriche

REMERCIEMENTS

L'EAN souhaite remercier tous les membres du groupe de travail pour leurs précieuses contributions et leur coopération très appréciée. Grâce au Secrétariat de l'EAN, tous ces volontaires ont pu se rencontrer, échanger et travailler ensemble. Nous adressons tout spécialement notre reconnaissance et nos remerciements à DSM, qui a accepté de nous accompagner dans la logistique et l'organisation des réunions du groupe.

LES DIMENSIONS SOCIALES DE L'ALIMENTATION

Les repas partagent un caractère universel : ce sont des moments qui donnent du sens aux interactions sociales. La commensalité, i.e. la pratique de partager le moment du repas, revêt une dimension sociale qui constitue l'une des caractéristiques essentielles de l'alimentation. Nous préférons ainsi manger en compagnie et le repas de famille est considéré comme l'archétype de la commensalité. La constellation d'une famille peut toutefois évoluer au cours d'une vie et le resserrement de la cellule familiale peut se traduire par un recul de la commensalité.

UNE EXPÉRIENCE AGRÉABLE

L'isolement social et la solitude subjective des personnes âgées ont été identifiés comme des facteurs de risque propices à la malnutrition : les personnes âgées ont tendance à moins s'alimenter lorsqu'elles mangent seules. La littérature souligne l'importance pour les femmes à la retraite de préparer, cuisiner et servir des repas (c'était d'ailleurs traditionnellement la tâche dévolue à bien des femmes des générations précédentes). Les travaux de recherche ont montré que le sens profond de cette tâche était de faire quelque chose pour les autres. Ainsi, pour les femmes veuves, toute la signification de faire la cuisine et de partager le moment du repas avait disparu et le risque d'un apport nutritionnel carencé était donc évident. Il est avéré que, chez les personnes âgées, manger à plusieurs plutôt que seul se traduit par une augmentation de la prise alimentaire. L'augmentation de l'apport alimentaire est également déterminée par le degré de familiarité du groupe rassemblé autour du repas : manger avec des amis alimente un sentiment de communauté et permet au groupe d'évoluer d'une manière qui corresponde à ses besoins et désirs.

Des aspects culturels individuels, comme les us et coutumes, peuvent jouer un rôle important dans la détermination des qualités sociales des besoins et désirs liés aux repas. Ainsi, les aspects culturels sont susceptibles d'affecter non seulement la constellation sociale au sein de laquelle un individu préfère manger, mais aussi la manière de servir les aliments. Une étude sur la signification des moments des repas pour les personnes âgées et professionnels des soins de santé a montré que les repas étaient, à certaines exceptions près, perçus comme des expériences agréables. Les professionnels de santé ont également souligné que le caractère social des repas l'emportait même sur l'aspect nutritionnel en termes d'importance.

CONSEILS POUR LA MISE EN PRATIQUE ET ORGANISATION

- Prendre attentivement en compte les préférences personnelles de chaque résident en termes de socialisation autour du repas
- Éviter tout isolement social non voulu au moment des repas
- Mettre en place des routines bien rodées autour des repas afin d'en faire des moments de plaisir
- Considérer le repas comme l'une des facettes de la prise en charge, l'utiliser comme une ressource pour créer un environnement social positif
- Les repas pris en commun doivent être abordés comme une part essentielle du soin à la personne âgée
- Former de manière régulière le personnel à se montrer attentif à la dimension sociale
- Utiliser du mobilier qui favorise la formation de groupes flexibles de commensaux
- Proposer des cours de cuisine ou organiser des clubs de cuisine pour les personnes âgées autonomes vivant seules, afin de rompre avec l'isolement social et à des fins pédagogiques
- Proposer des points de rencontre et des actions préventives qui impliquent les personnes âgées dans des activités sociales

UN EXEMPLE INTÉRESSANT EN SUÈDE

Une petite commune a voulu mettre fin à l'isolement social des personnes âgées au moment des repas. L'idée était de leur trouver des « compagnons de repas ». À son lancement, le projet a suscité un vif intérêt au sein de la communauté et beaucoup d'habitants se sont volontairement proposés pour remplir ce rôle de « compagnons de repas ». Les personnes âgées en revanche n'ont pas manifesté le même empressement. Il s'est avéré que l'absence de relation établie faisait obstacle : les personnes âgées ne voyaient pas l'intérêt de manger avec un étranger ou une étrangère. Mais l'histoire a connu une fin heureuse : une fois que les « compagnons » ont pu apprendre à se connaître, le projet a été un beau succès.

RÉFÉRENCES DOCUMENTAIRES

Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen. Fit im Alter (Pages 29-30) / DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung), (2025)

Weight increase in patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care / Mamhidir, A.G. Karlsson, (2007)

Health Effect of Improved Meal Ambiance in a Dutch Nursing Home: A 1-Year Intervention Study / Mathey M.F. (2001)

Nursing home standards / CANR (California Advocates for nursing home reform) (2008)

National Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland (2016)

Promoting mealtime function in people with dementia: A systematic review of studies undertaken in residential aged care / D. Fetherstonhaugh, (2019)

Wissenschaftliche Aufbereitung für Empfehlungen "Ernährung im Aller in verschiedenen Lebenssituationen" (Page 93) / Bundesministerium für Gesundheit Österreich, (2013)

ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics (Page 10), Clinical Nutriton (2018)

Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (Pages 87-90), / DNQP, (2017)

Boulos, C., Salameh, P., and Barberger-Gateau, P. (2017) Social isolation and risk for malnutrition among older people. Geriatr Gerontol Int, 17: 286– 294. doi: 10.1111/ggi.12711.

Boyer, K., Orpin, P. and King, A.C. (2016). 'I come for the friendship': Why social eating matters. Australasian Journal on Ageing, 35: E29-E31. doi:10.1111/ajag.12285

Cheng, S.-L., Olsen, W., Southerton, D. and Warde, A., (2007), The changing practice of eating: evidence from UK time diaries, The British Journal of Sociology, 58 (1): 39–61.

Martin, C.T., Kayser-Jones, J., Stotts, N., Porter, C. and Froelicher, E.S. (2005), Factors Contributing to Low Weight in Community-Living Older Adults. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 17: 425-431. doi:10.1111/j.1745-7599.2005.00073.x

McHugh, J., Lee, O., Lawlor, B., and Brennan, S. (2015) The meaning of mealtimes: social and nutritional needs identified among older adults attending day services and by healthcare professionals, Int J Geriatr Psychiatry, 30, 325– 329, doi: 10.1002/gps.4248.

Ruddock, H.K., Brunstrom, M.J., Vartanian, R.L., Higgs, S. A systematic review and meta-analysis of the social facilitation of eating, The American Journal of Clinical Nutrition, Volume 110, Issue 4, October 2019, Pages 842–861, https://doi-org.ezproxy.its.uu.se/10.1093/ajcn/nqz155

Sidenvall, B., Nydahl, M., & Fjellström, C. (2000). The meal as a Gift—The meaning of cooking among retired women. Journal of Applied Gerontology, 19(4), 405-423. doi:10.1177/073346480001900403

Sobal, J., Bove, C.F. and Rauschenbach, B.S., (2002), Commensal careers at entry into marriage: establishing commensal units and managing commensal circles, The Sociological Review, 50 (3): 378–397.

Sobal J, Nelson MK (2003) Commensal eating patterns: A community study. Appetite 41(2): 181–190

LES DIMENSIONS CULTURELLES DU SOIN NUTRITIONNEL

C'est un fait : l'être humain a besoin d'eau et de nourriture pour assurer sa survie. Toutefois, au fil des millions d'années de l'évolution humaine, nous avons développé des visions et des habitudes extrêmement variées autour de cette réalité, toutes influencées par notre environnement culturel. Les choix alimentaires peuvent différer d'une culture à l'autre en fonction de la géographie, des normes culturelles et religieuses ou encore des philosophies de la médecine. D'autres facteurs comme le statut socio-économique, le sexe, l'âge, l'éducation, l'emploi, la personnalité et les goûts peuvent ajouter de la diversité à ces environnements culturels déjà multiples.

Cette diversité se reflète dans la société, chez nos aînés, et donc dans les structures d'accueil pour les personnes âgées. Cette réalité est tout particulièrement importante à intégrer dans une démarche de soins nutritionnels, car les habitudes ne peuvent pas être changées facilement et sous la contrainte. Assimiler l'ancrage fort des habitudes alimentaires est essentiel dans le service aux personnes âgées souffrant de troubles cognitifs, qui peuvent ne pas être en mesure de communiquer leurs préférences alimentaires culturelles spécifiques. Une bonne connaissance et une bonne compréhension des besoins nutritionnels individuels et des préférences alimentaires sont impératives pour assurer un soin nutritionnel optimal.

UN PERSONNEL AUX COMPÉTENCES CULTURELLES CONFIRMÉES

Les établissements d'accueil sont des structures de plus en plus diversifiées, non seulement du point de vue des résidents, mais aussi du point de vue du personnel. Les professionnels sociaux et de soin qui travaillent dans ces structures doivent justifier de solides compétences culturelles pour dépasser de manière efficace les barrières des diverses habitudes culturelles, croyances religieuses, origines ethniques et langues.

La compétence culturelle peut être définie comme un ensemble harmonieux de comportements, d'attitudes et de politiques qui se retrouvent dans un système, ou parmi des individus, pour permettre un fonctionnement efficace de ce système ou ces individus dans une situation transculturelle. Dans le domaine de la nutrition et de la diététique, la compétence implique de s'atteler à s'informer sur différentes cultures et à développer une flexibilité dans son approche, en

ayant à sa disposition une palette d'interventions possibles.

QUELQUES CONSEILS DE MISE EN PRATIQUE

La compétence culturelle est perçue comme l'un des défis les plus importants à relever pour garantir une nutrition optimale dans les structures pour personnes âgées. Il s'agit d'un processus d'apprentissage continu, fondé sur la connaissance de soi et l'autoréflexion critique. Plusieurs axes sont essentiels pour développer la compétence culturelle du personnel :

- Garder l'esprit ouvert aux différents points de vue culturels, religieux et individuels sur la nutrition ;
- Fournir des évaluations nutritionnelles détaillées, y compris sur les aspects culturels de la nutrition, et impliquer la famille et les amis si nécessaire ;
- Planifier des interventions nutritionnelles tenant compte du contexte culturel, des habitudes et des croyances des résidents.

La compétence culturelle n'est pas seulement une question de personnel. C'est aussi un facteur important à intégrer au niveau organisationnel. Pour permettre au personnel de développer sa compétence culturelle, les structures de prise en charge des personnes âgées doivent :

- Garantir une philosophie, des politiques et des procédures qui aident et encouragent le personnel à agir et réagir d'une manière compétente d'un point de vue culturel ;
- Organiser des formations régulières, des programmes pédagogiques et des activités d'autoréflexion sur les questions culturelles pour le personnel multidisciplinaire ;
- Évaluer et gérer le degré de compétence culturelle organisationnelle à l'aide de l'un des outils d'auto-évaluation standardisés.

UN EXEMPLE INTÉRESSANT EN AUTRICHE

Dans une résidence autrichienne, une femme d'origine turque souffrant de démence modérée avait commencé à refuser ses repas et à accuser une sérieuse perte de poids. À cause de sa pathologie, elle n'était pas en mesure de verbaliser les raisons de son refus de s'alimenter ni d'exprimer une quelconque préférence alimentaire. C'était en plein milieu de la crise du COVID et les mesures de confinement national interdisaient les visites dans les structures d'accueil pour personnes âgées.

Lors de son point hebdomadaire, l'équipe avait discuté de cette situation alarmante et conclu que la résidente avait perdu l'appétit parce qu'elle était triste de ne plus voir sa famille. Mais plus tard, une infirmière s'est souvenue qu'avant le confinement, ses proches lui apportaient souvent des plats faits maison. Tenant compte de ses origines, certains membres turcs du personnel lui ont apporté leurs propres plats faits maison. Cette dame a recommencé à s'alimenter, et sans la moindre hésitation. La résidence disposant de sa propre cuisine et préparant les repas sur place, le personnel et le chef cuisinier ont réfléchi aux ajustements possibles dans la préparation des repas pour cette résidente en particulier.

RÉFÉRENCES DOCUMENTAIRES

Cai, D.Y., 2016. A concept analysis of cultural competence. International Journal of Nursing Sciences, 3(3), pp.268-273.

Campinha-Bacote, J., 2002. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. Journal of transcultural nursing, 13(3), pp.181-184.

Cross, T.L., Bazron B.J., Dennis K.W., and Isaacs M.,R., 1989. Towards a culturally competent system of care. Monograph. Washington DC: CASSP Technical Assistance center.

Curry, K.R., 2000. Multicultural competence in dietetics and nutrition. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 100(10), p.1142.

Hallpike, B., 2008. Promoting good nutrition in patients with dementia. Nursing Standard, 22(29).

Helman, C. G., 2007. Culture, health and illness. London, UK: Hodder Arnold.

Hofstede, G., 2011. Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. Online readings in psychology and culture 2 (1), 8, p. 3-26.

Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., Clifford, A., 2018. Cultural Competence in Health: A review of evidence. Singapore: SpringerBriefs in Public Health.

Moffat, T. and Prowse, T. eds., 2010. Human diet and nutrition in biocultural perspective: past meets present (Vol. 5). Berghahn Books.

Parker, V.A. and Geron, S.M., 2007. Cultural competence in nursing homes: Issues and implications for education. Gerontology & Geriatrics Education, 28(2), pp.37-54.

Purnell, L. D., 2012. Transcultural health care: A culturally competent approach. Philadelphia: FA Davis Company.

Reddy, S. and Anitha, M., 2015. Culture and its influence on nutrition and oral health. Biomedical & Pharmacology Journal, 8(SpecialOct), p.613-620

LES ARGUMENTS EN FAVEUR DU BIEN-ÊTRE NUTRITIONNEL

La nutrition ne se résume pas au simple fait de cuisiner et de manger. Elle revêt également une dimension économique. Une alimentation saine a un coût et peut donc avoir des implications budgétaires. La malnutrition a un effet délétère sur la santé, et donc sur les budgets santé. Une bonne nutrition, au contraire, peut ouvrir la voie à des économies induites par le maintien d'un bon état de santé. Les éléments qui plaident en faveur d'une nutrition optimale dans les structures d'accueil pour personnes âgées sont multiples. Une bonne nutrition n'est pas qu'une question de quantité : il s'agit d'atteindre un équilibre optimal entre qualité, quantité et adaptation aux individualités.

LES COÛTS DE LA MALNUTRITION

Alors qu'on estime à 5 % la part de la population générale qui souffre de malnutrition, ce taux atteint environ 30 % dans les établissements d'accueil pour personnes âgées. Les travaux de recherche révèlent que les coûts totaux imputables à ce groupe sont considérablement plus élevés que ceux liés aux résidents bien nourris. Prenons un exemple : la malnutrition peut entraîner une sarcopénie, causant une perte de masse et force musculaires, et donc provoquer un plus grand nombre de chutes, de fractures et d'invalidités. Une multiplication des consultations chez le généraliste, des hospitalisations et des traitements sont les principaux postes de coûts pour la catégorie des résidents souffrant de malnutrition. Ces surcoûts induits par la malnutrition représentent un poids considérable pour le secteur de la prise en charge des personnes âgées.

LE SOIN NUTRITIONNEL VU COMME UN INVESTISSEMENT

La prévention de la malnutrition dans les structures d'accueil pour personnes âgées peut être abordée comme un investissement. Une nutrition optimale, s'inscrivant dans un mode de vie sain, réduit le risque de développer de nombreuses pathologies liées à l'alimentation, comme l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Il a été démontré que les mesures prises pour réduire la malnutrition, comme les compléments alimentaires, entraînent une baisse du nombre d'hospitalisations et de consultations médicales.

Les travaux de recherche sur le rapport coûts-bénéfices et sur la rentabilité des soins nutritionnels sont assez peu nombreux. Une étude montre que, pour chaque euro dépensé en

consultations diététiques, la société engrange un retour qui oscille entre 14 € et 63 €. Une autre étude rapporte un retour sur investissement pour les patients âgés souffrant de malnutrition de 120 à 190 %.

ÉVITER LE GASPILLAGE ALIMENTAIRE

Investir dans une bonne alimentation est une chose ; éviter le gaspillage alimentaire en est une autre. Selon l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), un tiers de la production alimentaire mondiale à destination de la consommation humaine est gaspillé chaque année. Le secteur de l'hébergement et de la restauration jette à lui seul 920 000 tonnes de denrées alimentaires chaque année, dont 75 % sont encore propres à la consommation.

Le secteur de l'accompagnement des personnes âgées pourrait lui aussi engager un changement d'habitudes. Le gaspillage alimentaire semble assez répandu dans ce secteur. Environ 40 % des denrées alimentaires achetées, essentiellement des légumes, finissent à la poubelle dans les hôpitaux et établissements d'accueil pour personnes âgées. Ce phénomène trouve plusieurs explications. Outre une anticipation défaillante des besoins et un excès de précautions par crainte de ne pas commander des quantités suffisantes, les assiettes de présentation semblent être l'une des principales sources de gaspillage. Des études ont montré que le budget de ces assiettes de présentation pouvait atteindre 20 000 € par résidence en moyenne. Remplacer les assiettes de présentation par des photos de haute qualité, par exemple, laisserait le loisir aux résidents de voir les repas proposés. Les erreurs sur les commandes de repas sont une autre explication. Les commandes prises à la table sont parfois mal transmises au personnel en cuisine. Transcription manuscrite, mauvaise interprétation, allergies et préférences alimentaires mal consignées : autant d'inexactitudes qui peuvent amener à servir au résident un plat qu'il n'a pas demandé, qu'il ne veut pas manger, voire qu'il ne peut pas manger.

LIMITATION DU GASPILLAGE ALIMENTAIRE

- Il est possible de limiter le gaspillage alimentaire par petites étapes organisationnelles, par exemple en élargissant la gamme et en misant sur une offre alimentaire de meilleure qualité. Il est aussi possible de faire des économies si les résidents n'ont à commander leurs repas que juste avant de manger. Les études montrent que dans ce type de configuration, les gens ne commandent que précisément ce dont ils ont envie, en termes de goût et de taille des portions. Dresser un inventaire précis et le tenir à jour peut aider à avoir une meilleure idée des stocks nécessaires. Et enfin, repenser les portions pourrait

permettre de constater qu'une différenciation dans la taille des portions proposées pourrait mieux répondre aux besoins et envies des résidents.

Mais des mesures stratégiques de plus grande ampleur peuvent également être envisagées. Voici quelques éléments inspirés des expériences de professionnels de la restauration et facteurs perçus comme faisant obstacle aux stratégies actuelles de réduction du gaspillage alimentaire :

- Revoir les attitudes et habitudes
- Améliorer la prise de conscience au sein des équipes
- Reconsidérer les priorités internes
- Revoir la collaboration et la communication avec et entre toutes les parties prenantes de l'offre de restauration
- Définir et prendre des responsabilités
- Revoir la planification et réfléchir à la flexibilité des portions
- Assurer un contrôle des routines

UN EXEMPLE INTÉRESSANT AUX PAYS-BAS

Une étude néerlandaise propose un point de vue intéressant sur les investissements dans les soins nutritionnels au sein des structures d'accueil pour personnes âgées :

Le budget nutritionnel normal dans le secteur néerlandais des établissements d'accueil est de 319 € millions par an;

Les coûts supplémentaires induits par la prise en charge des résidents à risque de malnutrition s'élèvent à 8 000 € par patient et à 10 000 € par résidant en état de malnutrition;

Les établissements d'accueil dépensent en moyenne 10 600 € par personne souffrant de malnutrition pour traiter les pathologies induites par cet état;

Le recours à la nutrition médicale pour les personnes âgées malades et souffrant de malnutrition offre des bénéfices nets de l'ordre de 1,43 € à 3,10 € par personne. Pour chaque euro investi dans le traitement d'une personne en état de malnutrition, la société dans son ensemble économise entre 1,90 € et 4,20 €.

RÉFÉRENCES DOCUMENTAIRES

O'Brien D., Malnutrition in the elderly, www.NHDmag.com July 2016 - Issue 116

Pedro Abizanda MD, PhD, Alan Sinclair MD, FRCP, Núria Barcons RDN, Luis Lizán MD, Leocadio Rodríguez-Mañas MD, PhD, Costs of Malnutrition in Institutionalized and Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review, JAMDA 17 (2016) 17e23

Judith M.M. Meijers, Ruud J.G. Halfens, Lisa Wilson, Jos M.G.A. Schols, Estimating the costs associated with malnutrition in Dutch nursing homes, Clinical Nutrition xxx (2011) 1e4

EFAD, Sustainable Health Through the Life Span - Nutrition as a Smart Investment for Europe, 2019

Freijer, K., Nutrition Economics Disease related malnutrition & the economic health care value of medical nutrition, Thesis, 2014

Delegate, Food waste in hospitals and care homes are critical, 2019

J. Snels, H. Soethoudt, Wageningen University & Research, White Paper – Food wastage in health care

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET LIGNES DIRECTRICES

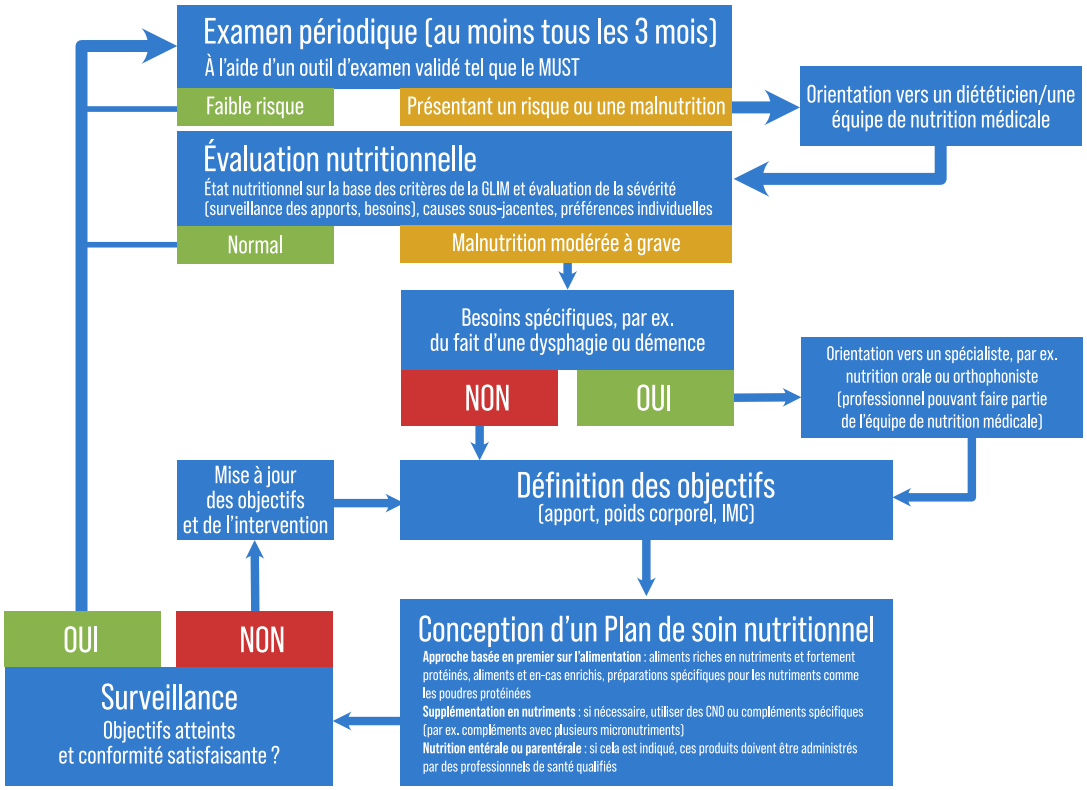
Chez la personne âgée, atteindre un apport adéquat en énergie et nutriments essentiels devient plus difficile du fait des changements intervenant au niveau de la physiologie gastro-intestinale, des taux d'hormones, du métabolisme, de la diminution de l'activité physique et d'une biodisponibilité plus faible de certains nutriments. La personne âgée est également plus susceptible de ne pas ingérer les quantités d'énergie et de nutriments essentiels nécessaires du fait de ce que nous appelons l'anorexie de la personne âgée.

Les taux de prévalence rapportés pour la malnutrition sont généralement inférieurs à 10 % chez les sujets âgés vivant de manière indépendante. Mais la prévalence de la malnutrition augmente à plus de 60 % pour les personnes âgées placées dans des centres de soins et de réadaptation. La malnutrition s'accompagne d'un risque plus élevé de fragilité, de sarcopénie, de chutes, de dépendance dans les activités du quotidien, d'admissions à l'hôpital et de séjours plus longs, avec une mauvaise cicatrisation des plaies et plus de complications, une mortalité plus élevée et une qualité de vie amoindrie. Il est donc important d'évaluer, de maintenir et, si nécessaire, de corriger l'état nutritionnel des personnes âgées dans les établissements pour personnes âgées.

EXAMEN NUTRITIONNEL, ÉVALUATION ET PLANIFICATION

La Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) définit la malnutrition comme un état de nutrition subaigüe ou chronique dans lequel une combinaison de divers degrés de dénutrition ou surnutrition et d'activité inflammatoire ont entraîné des changements dans la composition corporelle et une fonction réduite. Selon les critères de la GLIM, la malnutrition est confirmée si au moins un des critères phénotypiques (c.-à-d. perte de poids non volontaire, faible indice de masse corporelle ou réduction de la masse musculaire) et un des critères étiologiques (c.-à-d. réduction des apports alimentaires ou de l'assimilation, pathologie ou état inflammatoire) sont réunis.

Pour identifier les personnes âgées souffrant de malnutrition ou présentant un risque de malnutrition, la GLIM recommande des examens réguliers à l'aide d'un outil validé (voir l'exemple du MUST en Annexe). Cet examen doit, de préférence, être réalisé au minimum tous les trois mois pour les résidents de structures d'hébergement dans un état stable et au



moins une fois par an par leur médecin généraliste pour les personnes âgées vivant à domicile. Tout examen de la malnutrition retournant un résultat positif doit être suivi d'une évaluation systématique, d'une intervention individualisée, d'un suivi et de tout éventuel ajustement des interventions.

La nutrition clinique chez les personnes âgées vise à leur apporter les quantités adéquates d'énergie, de protéines, de micronutriments et de liquides afin de répondre à leurs besoins nutritionnels, et ainsi de maintenir ou d'améliorer leur état nutritionnel. Les restrictions alimentaires limitant les apports quotidiens peuvent se révéler nocives et doivent être évitées. Un poids corporel optimal est important pour la santé à long terme. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que, chez le sujet âgé, un Indice de masse corporelle (IMC) légèrement supérieur peut être bénéfique, car un IMC situé entre 23,0 et 29,9 est associé à une longévité optimale et que la plage généralement catégorisée comme du surpoids (25,0 à 29,9) n'est pas associée à des effets néfastes sur la santé.

La gestion de la nutrition doit prendre en compte toute une série de facteurs tels que les comorbidités et les désirs et préférences de la personne concernée. D'un point de vue clinique, il est préconisé de limiter les restrictions alimentaires chez les personnes âgées afin de réduire le risque de malnutrition et la perte connexe de masse maigre, ainsi que le déclin fonctionnel.

SYNTHÈSE DES BESOINS NUTRITIONNELS

Les recommandations suivantes, formulées par des comités d'experts, doivent servir de base pour établir un plan de soin nutritionnel individualisé, car il est impossible et/ou compliqué de définir les besoins nutritionnels de chaque individu. Leur transposition dans les plans d'alimentation individualisés requiert donc une étroite collaboration au sein de l'équipe de nutrition médicale pluridisciplinaire, ainsi qu'à l'échelle plus large de l'organisation de l'établissement de soins (cf. le chapitre sur les Rôles et responsabilités). La valeur de référence pour les apports en énergie chez les sujets âgés est de 30 kcal par kg de masse corporelle et par jour. Cette valeur doit être ajustée individuellement en fonction de l'état de nutrition, du niveau d'activité physique, des éventuelles pathologies et de la tolérance.

Les apports en protéines chez les personnes âgées doivent être au minimum de 1 g de protéines par kg de masse corporelle et par jour. Cette valeur doit être ajustée individuellement en fonction de l'état de nutrition, du niveau d'activité physique, des éventuelles pathologies et de la tolérance. Des apports quotidiens plus élevés ont été suggérés par plusieurs groupes d'experts pour maintenir les personnes âgées en bonne santé. En cas de pathologie, les besoins en protéines peuvent être encore plus importants, par ex. du fait d'une inflammation (y compris l'inflammaging), d'infections et de plaies, mais il est difficile d'évaluer dans quelle mesure. Nous disposons de peu de connaissances concernant les besoins en protéines des personnes âgées fragiles et malades. Les éléments scientifiques, issus d'essais cliniques par exemple, sont insuffisants à l'heure actuelle pour en déduire des valeurs concrètes. Des apports en protéines de l'ordre de 1,2 à 1,5 g par kg de masse corporelle et par jour ont été suggérés pour les personnes âgées souffrant de pathologies aigues ou chroniques, allant jusqu'à 2,0 g par kg de masse corporelle et par jour en cas de maladie grave, de blessure ou de malnutrition.

Un apport quotidien de 25 g de fibres est considéré comme adéquat pour un transit normal chez les adultes de tous âges et peut être pris comme valeur de référence pour les personnes âgées. Par conséquent, il est important que les choix de menus respectent cette recommandation afin de favoriser un transit intestinal normal. Pour les personnes alimentées par nutrition entérale, des produits contenant des fibres doivent être utilisés régulièrement, sauf si le transit intestinal est compromis.

Les apports en micronutriments, à condition qu'il n'existe aucun déficit spécifique, doivent être conformes aux recommandations nationales applicables pour la santé des personnes

âgées. Un apport adéquat en micronutriments est essentiel pour maintenir la masse/fonction osseuse et musculaire, et pour compenser les effets de l'âge sur le système immunitaire. La prévention de la malnutrition ou son traitement sont vus comme une mesure importante pour réduire les complications d'une éventuelle infection. Dans une déclaration récente, les experts de l'ESPEN ont ainsi recommandé de recourir à des compléments pour garantir un apport quotidien adéquat en vitamines et minéraux pour les groupes vulnérables face à la pandémie actuelle de COVID-19.

Dans une publication récente portant sur les nutriments favorisant un bon fonctionnement du système immunitaire en population générale, des recommandations supplémentaires avec un apport ≥200 mg par jour de vitamine C ont été formulées. Selon l'Institut Linus Pauling, un apport en vitamine C d'au moins 400 mg par jour peut se révéler particulièrement important pour les personnes âgées souffrant de pathologies liées à l'âge. Ces niveaux se situent encore largement dans la plage d'apports considérés comme étant sans danger par l'EFSA.

Selon les éléments dont nous disposons quant à l'effet compensatoire de la vitamine E sur les effets liés à l'âge pour le système immunitaire, il a été suggéré qu'il pourrait être nécessaire d'atteindre des apports allant jusqu'à 200 mg par jour de vitamine E pour obtenir une fonction immunitaire optimale chez le sujet âgé. Bien que cette valeur soit significativement supérieure aux recommandations actuelles, elle est encore largement inférieure au plafond haut de 1 000 mg par jour et peut être considérée comme sans danger.

MAINTIEN DE LA MASSE MUSCULAIRE ET OSSEUSE, PRÉVENTION DE L'OSTÉOPOROSE, DE LA SARCOPÉNIE ET DE LA FRAGILITÉ

Chez les personnes âgées, la perte de poids se fait généralement aux dépens de la masse musculaire et entraîne une diminution de la fonction physique. L'inactivité musculaire et les périodes d'alitement peuvent encore plus exacerber la dégradation de la masse musculaire et de la force. Le European Working Group on Sarcopenia in Older People définit la sarcopénie comme étant une pathologie progressive et généralisée des muscles squelettiques impliquant une perte accélérée de la masse et de la fonction musculaires.

Les inflammations chroniques légères liées à l'âge peuvent largement contribuer à la sarcopénie. Étant donné son potentiel à éliminer les inflammations, une supplémentation en DHA et EPA, des acides gras polyinsaturés à longue chaîne de la famille des oméga-3, peut aider à réduire la perte de masse musculaire liée à l'âge dans

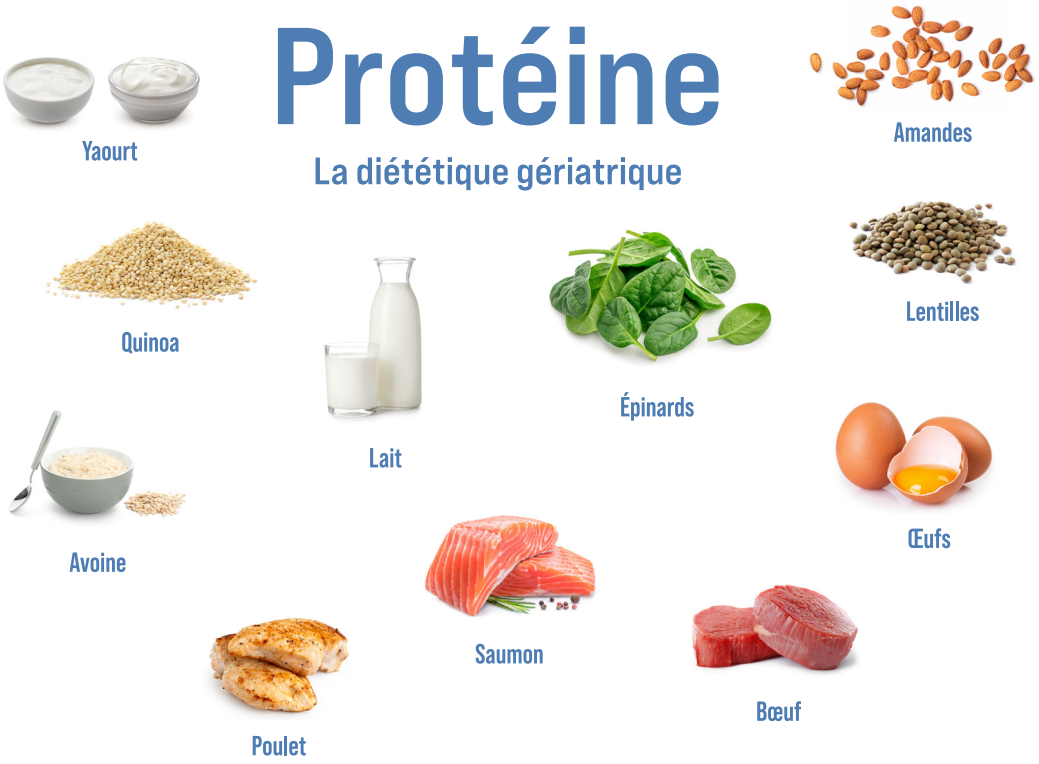
le cadre d'un régime de prise en charge complet, comprenant la nutrition et l'exercice physique. La synthèse endogène de l'EPA et du DHA est limitée chez la plupart des êtres humains et est influencée par divers facteurs, notamment l'âge, le sexe, la génétique et les pathologies. Par conséquent, un apport adéquat en DHA et EPA est important chez les personnes âgées, qui souffrent fréquemment d'insulinorésistance ou présentent d'autres facteurs qui limitent la synthèse endogène. Il est maintenant largement accepté qu'un apport de 250 à 500 mg d'EPA et DHA par jour est nécessaire pour une nutrition optimale, valeur qui se situe parfaitement dans la plage généralement considérée comme sans danger.

Il a aussi été montré qu'une supplémentation en vitamine D avait un effet bénéfique sur la force musculaire chez les personnes âgées. Il est également important de maintenir des os solides et, par conséquent, l'International Osteoporosis Foundation recommande un apport quotidien de l'ordre de 20 à 25 micrograms pour les personnes âgées de 60 ans ou plus. Cependant, la Société d'endocrinologie indique qu'un apport quotidien d'au moins 37,5 à 50 micrograms par jour de compléments de vitamine D pourrait être nécessaire pour atteindre des taux de vitamine D sérique adéquats. Cet apport en vitamine D recommandé est supérieur à la plupart des recommandations actuelles concernant l'apport quotidien (par ex. la valeur DACH pour les personnes de 65 ans ou plus est de 20 micrograms par jour), mais reste dans les limites considérées comme sans danger par l'EFSA. En plus des compléments en vitamine D, l'International Osteoporosis Foundation recommande un apport de 1 200 mg par jour de calcium pour conserver des os solides.

Il est important d'encourager les personnes âgées souffrant de malnutrition ou présentant un risque de malnutrition à rester actives physiquement et à faire de l'exercice afin de maintenir ou d'améliorer la masse et la fonction musculaires. Avant de mettre en place de l'exercice physique, l'état de santé et le niveau de performance physique de la personne doivent être évalués afin d'exclure toute contre-indication à la pratique de l'exercice et d'identifier le type d'exercice approprié, l'intensité et le niveau de départ.

PROGRAMMES ALIMENTAIRES

Pour atteindre les apports nécessaires, il est important de préparer un régime alimentaire riche en nutriments, mais les contraintes économiques sont souvent perçues comme un frein à la mise en place d'un tel régime. Les aliments riches en micronutriments sont généralement plus chers que les options riches en énergie. Cependant, le lait et les produits laitiers sont d'excellentes sources de calcium et de protéines. Ce sont, tout comme les haricots et les œufs,



des aliments de grande qualité disponibles à des prix raisonnables. De plus, les oranges ou carottes fraîches, mais aussi les légumes en conserve ou surgelés tels que les tomates ou petits pois, sont des options riches en nutriments à ajouter au régime alimentaire pour un prix raisonnable.

Idéalement, les apports en nutriments devraient être assurés par la consommation d'un régime alimentaire bien équilibré et diversifié. Mais cela reste un défi en population générale et les personnes âgées sont encore plus susceptibles de ne pas ingérer les quantités nécessaires d'énergie et de micronutriments en raison de l'anorexie de la personne âgée. Sans compter que les apports nécessaires pour certains nutriments spécifiques tels que la vitamine D et les acides gras polyinsaturés à longue chaîne de la famille des oméga-3 sont tels qu'il est peu probable qu'ils soient couverts par le régime alimentaire à lui seul, et encore plus chez les personnes âgées. Les aliments enrichis et compléments sont des moyens efficaces pour atteindre des apports adéquats en micronutriments et doivent être vus comme un moyen sûr et économique d'améliorer l'état nutritionnel des personnes âgées.

MODIFICATION DES ALIMENTS ET COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS ORAUX

Des aliments enrichis ainsi que des collations ou en-cas doivent être proposés aux personnes âgées présentant une malnutrition ou un risque de malnutrition afin d'atteindre des apports alimentaires adéquats. La fortification alimentaire, ou enrichissement alimentaire, permet d'augmenter la densité en énergie et protéines des

repas et boissons, par exemple en utilisant des ingrédients naturels comme de l'huile, de la crème, du beurre et des œufs, ou avec des préparations de nutriments spécifiques comme la maltodextrine et les poudres protéinées. Cela permet d'augmenter l'apport tout en consommant des quantités de nourriture équivalentes.

Les diététiciens et autres professionnels de santé déploient généralement un certain nombre de stratégies dans les programmes alimentaires afin d'améliorer les apports en énergie et nutriments des personnes âgées. Cela peut inclure des collations ou en-cas entre les repas, en particulier pour les personnes ayant des difficultés à tenir des couverts ou à rester à table.

Des compléments nutritionnels oraux (CNO) doivent être proposés aux personnes âgées présentant une malnutrition ou un risque de malnutrition avec des pathologies chroniques, lors d'une hospitalisation ou après. Ces compléments sont également utiles lorsque les conseils diététiques et la fortification alimentaire ne sont pas suffisants pour augmenter les apports quotidiens et atteindre les objectifs nutritionnels. Dans de tels cas, les CNO doivent apporter au minimum 400 kcal par jour, y compris 30 g ou plus de protéines par jour. Le type, le parfum, la texture et le moment de consommation doivent être adaptés aux goûts et à la capacité à manger de chaque personne. Les CNO doivent être administrés pendant au moins un mois et évalués sur une base mensuelle.

Pour les personnes présentant des signes de dysphagie oropharyngée ou des troubles de la mastication, les aliments à la texture modifiée et enrichis peuvent faire partie des stratégies de compensation pour assurer des apports alimentaires adéquats. Pour en savoir plus sur de telles stratégies, reportez-vous aux options de menu à la texture modifiée du Projet pour une standardisation internationale des textures adaptées à la dysphagie (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, ou IDDSI).

Les repas livrés aux personnes âgées à domicile présentant une malnutrition ou un risque de malnutrition doivent être riches en énergie et/ou inclure des repas supplémentaires afin d'assurer des apports adéquats.

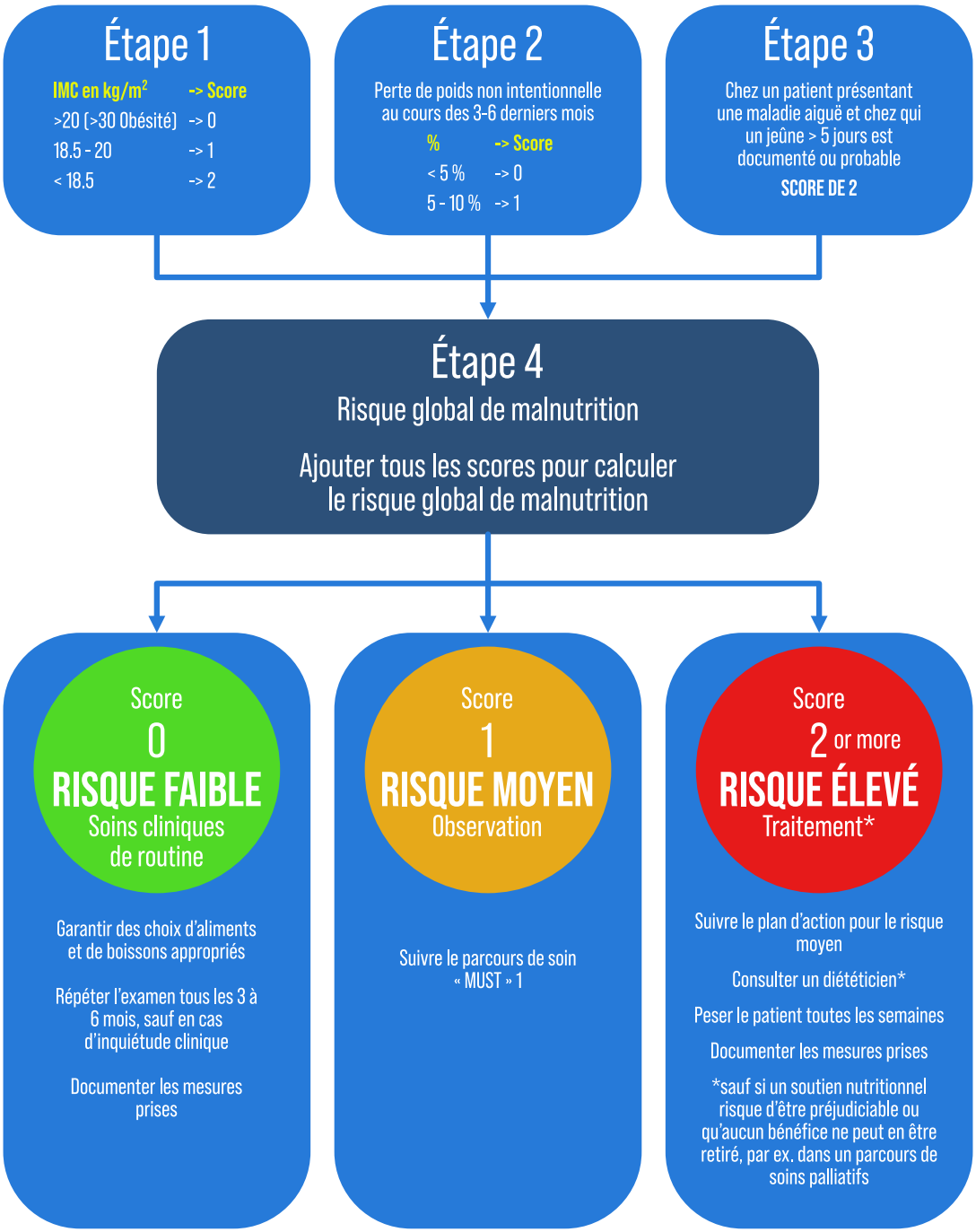
SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Intervention	Recommandations
Énergie	Environ 30 kcal par kg de masse corporelle et par jour, à ajuster en fonction de l'état nutritionnel individuel, du niveau d'activité physique, des éventuelles pathologies et de la tolérance
Protéines	Population générale en bonne santé ≥1 g par kg de masse corporelle et par jour Personnes âgées avec des pathologies sévères ou chroniques : 1,2 à 1,5 g par kg de masse corporelle et par jour En cas de pathologie grave, de blessure ou de malnutrition: jusqu'à 2 g par kg de masse corporelle et par jour
Fibres alimentaires	Des apports quotidiens de 25 g sont considérés comme adéquats
Vitamines et minéraux	Assurer des apports adéquats, de préférence via un régime alimentaire équilibré et riche en nutriments et, si nécessaire, via des CNO ou compléments
Vitamine C	Apports quotidiens d'au moins 200 mg par jour pour des personnes âgées en bonne santé
Vitamine D	Apports quotidiens de 20 à 25 µg par jour 50 µg par jour peuvent être nécessaires pour atteindre un état adéquat si les taux de vitamine D sérique sont bas
Vitamine E	Un apport complémentaire de 200 mg par jour est recommandé
Calcium	Apports quotidiens de 1 200 mg par jour
DHA et EPA	Apports quotidiens jusqu'à 500 mg par jour
Exercice physique	Exercice physique quotidien selon l'état de santé de l'individu et le niveau de performance physique

UN EXEMPLE INTÉRESSANT EN ALLEMAGNE

Il y a trois ans, une femme âgée de 80 ans a intégré un établissement d'hébergement. Un diabète sucré lui avait été diagnostiqué 10 ans plus tôt et jusque-là, elle était parvenue à gérer sa maladie par le biais de son régime alimentaire. Au bout de quelques mois, elle a commencé à présenter des difficultés de déglutition et un régime alimentaire avec modification de la texture lui a été prescrit. Elle a perdu 10 kg et a été diagnostiquée comme souffrant de malnutrition. Le personnel a donc décidé de lui proposer des aliments et en-cas enrichis d'une texture appropriée tout au long de la journée afin de lui permettre d'atteindre un apport alimentaire adéquat. Par ailleurs, il lui a été prescrit 2 CNO lui assurant un apport de 400 kcal et 30 g de protéines par jour. Le type, la texture, le parfum et le moment de consommation ont été adaptés aux besoins de la personne. Après un mois d'une évaluation quotidienne de sa consommation des CNO, elle a réussi à reprendre 1 kg. Il a été convenu de la poursuite d'une alimentation enrichie, des en-cas supplémentaires et des CNO, ainsi que d'une évaluation mensuelle du protocole de traitement de la malnutrition.

OUTIL "MUST"



Cet outil doit vous accompagner dans votre évaluation. En cas de doute, basez-vous sur votre jugement professionnel.

RÉFÉRENCES DOCUMENTAIRES

Rémond D, Shahar DR, Gille D, Pinto P, Kachal J, Peyron M-A, et al. Understanding the gastrointestinal tract of the elderly to develop dietary solutions that prevent malnutrition. Oncotarget. 2015;6(16):13858-98.

Landi F, Calvani R, Tosato M, Martone AM, Ortolani E, Savera G, et al. Anorexia of Aging: Risk Factors, Consequences, and Potential Treatments. Nutrients. 2016;8(2):69-.

Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. J Am Geriatr Soc. 2010;58(9):1734-8.

Cereda E, Pedrolli C, Klersy C, Bonardi C, Quarleri L, Cappello S, et al. Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA(®). Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2016;35(6):1282-90.

Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical Nutrition. 2019;38(1):10-47.

Keller H, de van der Schueren MAE, Jensen GL, Barazzoni R, Compher C, Correia M, et al. Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM): Guidance on Validation of the Operational Criteria for the Diagnosis of Protein-Energy Malnutrition in Adults. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2020;44(6):992-1003.

Van Bokhorst-de van der Schueren MA, Guaitoli PR, Jansma EP, de Vet HC. Nutrition screening tools: does one size fit all? A systematic review of screening tools for the hospital setting. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2014;33(1):39-58.

Cederholm T, Jensen GL, Correia M, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2019;38(1):1-9.

Porter Starr KN, Bales CW. Excessive Body Weight in Older Adults. Clinics in geriatric medicine. 2015;31(3):311-26.

Baum JI, Kim I-Y, Wolfe RR. Protein Consumption and the Elderly: What Is the Optimal Level of Intake? Nutrients. 2016;8(6):359.

Nowson C, O'Connell S. Protein Requirements and Recommendations for Older People: A Review. Nutrients. 2015;7(8):6874-99.

Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. Journal of the American Medical Directors Association. 2013;14(8):542-59.

Deutz NEP, Bauer JM, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bosy-Westphal A, et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. Clinical nutrition. 2014;33(6):929-36.

EFSA NDA Panel. Scientific opinion on Dietary Reference Values for carbohydrates and dietary fibre. EFSA Journal. 2010;8(3):1462.

Calder PC, Carr AC, Gombart AF, Eggersdorfer M. Optimal Nutritional Status for a Well-Functioning Immune System Is an Important Factor to Protect against Viral Infections. Nutrients. 2020;12(4):1181.

Barazzoni R, Bischoff SC, Breda J, Wickramasinghe K, Krznaric Z, Nitzan D, et al. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2020;39(6):1631-8.

Linus Pauling Institute. Linus Pauling Institute Recommendation Vitamin C 2020 [Available from: https://lpi.oregonstate.edu/mic/vitamins/vitamin-C.

Scientific Committee on Food, Scientific Panel on Dietetic Products NaA. Tolerable upper intake levels for vitamins and minerals. 2006.

Meydani SN, Lewis ED, Wu D. Perspective: Should Vitamin E Recommendations for Older Adults Be Increased? Adv Nutr. 2018;9(5):533-43.

Institute of Medicine. Dietary reference intakes of vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoids. Washington, DC: National Academic Press; 2000.

Newman AB, Lee JS, Visser M, Goodpaster BH, Kritchevsky SB, Tylavsky FA, et al. Weight change and the conservation of lean mass in old age: the Health, Aging and Body Composition Study. Am J Clin Nutr. 2005;82(4):872-8; quiz 915-6.

Ritchie CS, Locher JL, Roth DL, McVie T, Sawyer P, Allman R. Unintentional weight loss predicts decline in activities of daily living function and life-space mobility over 4 years among community-dwelling older adults. The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences. 2008;63(1):67-75.

Kortebein P, Ferrando A, Lombeida J, Wolfe R, Evans WJ. Effect of 10 days of bed rest on skeletal muscle in healthy older adults. JAMA. 2007;297(16):1772-4.

Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age and ageing. 2019;48(1):16-31.

Calder PC, Bosco N, Bourdet-Sicard R, Capuron L, Delzenne N, Doré J, et al. Health relevance of the modification of low grade inflammation in ageing (inflammageing) and the role of nutrition. Ageing Research Reviews. 2017;40:95-119.

Troesch B, Eggersdorfer M, Laviano A, Rolland Y, Smith AD, Warnke I, et al. Expert Opinion on Benefits of Long-Chain Omega-3 Fatty Acids (DHA and EPA) in Aging and Clinical Nutrition. Nutrients. 2020;12(9):2555.

Baker EJ, Miles EA, Burdge GC, Yaqoob P, Calder PC. Metabolism and functional effects of plant-derived omega-3 fatty acids in humans. Prog Lipid Res. 2016;64:30-56.

Food and Agricultural Organization. Fats and fatty acids in human nutrition- Report of an expert consultation. Rome: Food and Agricultural Organization,; 2010.

Chinese Nutrition Society. Chinese Dietary Reference Intakes Summary (2013). Beijing, China: People's Medical Publishing House; 2013.

Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements. Otten JJ, Hellwig JP, Meyers LD, editors. Washington, DC: The National Academies Press; 2006. 1344 p.

EFSA NDA Panel. Scientific opinion on the Tolerable Upper Intake Level of eicosapentaenoic acid (EPA), docosahexaenoic acid (DHA) and docosapentaenoic acid (DPA). EFSA Journal. 2012;10(7):1-48.

Beaudart C, Buckinx F, Rabenda V, Gillain S, Cavalier E, Slomian J, et al. The effects of vitamin D on skeletal muscle strength, muscle mass, and muscle power: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(11):4336-45.

International Osteoporsis Foundation. Calcium and vitamin D 2018 [cited 2020 November 9]. Available from: https://www.nof.org/patients/treatment/calciumvitamin-d/.

Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, Treatment, and Prevention of Vitamin D Deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011.

Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc. 2009;41(7):1510-30.

Blumberg J. Nutritional needs of seniors. J Am Coll Nutr. 1997;16(6):517-23.

Drewnowski A. Concept of a nutritious food: toward a nutrient density score. Am J Clin Nutr. 2005;82(4):721-32.

Drewnowski A, Darmon N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. Am J Clin Nutr. 2005;82(1 Suppl):265S-73S.

Drewnowski A. The contribution of milk and milk products to micronutrient density and affordability of the U.S. diet. J Am Coll Nutr. 2011;30(5 Suppl 1):422S-8S.

Darmon N, Darmon M, Maillot M, Drewnowski A. A Nutrient Density Standard for Vegetables and Fruits: Nutrients per Calorie and Nutrients per Unit Cost. Journal of the American Dietetic Association. 2005;105(12):1881-7.

Saternus R, Vogt T, Reichrath J. A Critical Appraisal of Strategies to Optimize Vitamin D Status in Germany, a Population with a Western Diet. Nutrients. 2019;11(11).

Fulgoni VL, Keast DR, Bailey RL, Dwyer J. Foods, Fortificants, and Supplements: Where Do Americans Get Their Nutrients? The Journal of Nutrition. 2011;141(10):1847-54.

The British Dietetic Association, The Food Services Specialist Group. The Nutrition and Hydration Digest. 2019.

THÉRAPIE NUTRITIONNELLE EN SOINS PALLIATIFS

La nutrition dans le parcours de soin des personnes âgées prend une nouvelle dimension à l'étape des soins palliatifs. Le début de cette dernière phase étant difficile à déterminer, le passage de soins nutritionnels assurant un support à la vie vers des soins visant le confort de vie reste discutable. La nutrition peut alors perdre sa fonction clinique et les lignes directrices pour la nutrition peuvent, par conséquent, évoluer.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les soins palliatifs comme une approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leurs familles confrontés aux problèmes liés à des pathologies graves, via la prévention et la prise en charge des souffrances grâce à une reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes (qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel). C'est une approche en faveur de la vie, qui vise à promouvoir et maintenir une qualité de vie optimale jusqu'au décès. En soins palliatifs, la mort est vue comme un processus normal, qui ne doit pas être accéléré, mais qui ne doit pas non plus être empêché ou prolongé.

DIFFÉRENTS POINTS DE VUE, DIFFÉRENTES OPINIONS

Particulièrement en médecine gériatrique, les patients souffrant de pathologies neurologiques ou cardiaques, de problèmes pulmonaires ou rénaux, ou d'autres pathologies, bénéficient de soins palliatifs. Mais qu'est-ce que cela signifie ? Bon nombre de maladies limitent la durée de vie et auront une issue évidente. La question qui se pose est de savoir quand cette issue devient évidente. Et donc, quand une intervention nutritionnelle spécifique est-elle pertinente ? Quels sont les objectifs et les besoins ? Nourrir la personne jusqu'à la fin ou ne pas intervenir ? Par conséquent, il est de la plus grande importance de se montrer critique et de réfléchir à la thématique des soins nutritionnels en phase palliative. Même si les opinions diffèrent, il est au moins évident que ce problème mérite que l'on s'y intéresse.

LE BIEN-ÊTRE COMME OBJECTIF PALLIATIF

Particulièrement en fin de vie, une nutrition appropriée peut contribuer à soulager le patient et à préserver sa qualité de vie. Les recommandations nutritionnelles en phase terminale diffèrent considérablement

de celles applicables dans les phases antérieures de la vie. La nutrition perd de son sens en tant qu'intervention visant au maintien de la vie et au support de la thérapie. Les interventions nutritionnelles dans la phase qui précède le décès requièrent une approche mûrement réfléchie et individualisée. L'objectif n'est plus alors de maintenir l'état nutritionnel et les fonctions, mais d'assurer confort et bien-être.

Dans la phase terminale de la vie, les personnes doivent être assistées pour manger ou boire tant qu'elles en sont capables ou qu'elles le souhaitent. Lorsqu'elles commencent graduellement à moins s'alimenter et s'hydrater, cela peut s'avérer difficile à accepter pour l'entourage. Une bonne communication entre le personnel et les proches, ainsi qu'un support psychosocial pour la personne en fin de vie et ses proches, sont d'une importance cruciale. À ce stade, le support nutritionnel peut n'avoir aucun bénéfice car la personne ne ressent bien souvent ni la faim ni la soif. De plus, les nutriments ne sont plus métabolisés comme à des stades antérieurs de la vie. Il est déconseillé de recourir à une nutrition artificielle et l'hydratation artificielle n'est conseillée que dans de rares cas. D'un autre côté, les personnes mourantes éprouvent souvent des symptômes d'inconfort, comme une sensation de sécheresse buccale, des nausées ou une atteinte du goût. Dans de tels cas, des mesures de soin peuvent permettre un soulagement, comme des soins des lèvres et de bouche.

La seule ambition dans la mise en place d'une intervention nutritionnelle en soins palliatifs doit être centrée sur le maintien du bien-être. Le respect est un aspect essentiel, tout comme le fait de comprendre que le soin nutritionnel curatif et palliatif va de pair avec un équilibre changeant selon l'état, les pathologies, les besoins et les demandes.

QUE FAIRE LORSQU'IL N'Y A PLUS RIEN À FAIRE ?

- Le délicat numéro d'équilibriste des soins nutritionnels au stade palliatif doit débuter avec l'ambition de préserver le bien-être. Mais qu'est-il possible de faire lorsqu'il n'y a plus rien à faire ? Les experts de la nutrition, dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire de soins palliatifs, peuvent s'appuyer sur les indicateurs suivants :
- Préservation de l'état nutritionnel de l'individu. L'objectif ne doit pas être d'atteindre un état nutritionnel parfait ou de couvrir les besoins calculés, mais de satisfaire les besoins effectifs et les souhaits des personnes concernées.
- Préservation de la qualité de vie individuelle et subjective. La communication entre la personne en fin de vie, le personnel et les proches est cruciale pour connaître et comprendre les be-

soins. Il convient d'encourager une communication ouverte entre toutes les personnes impliquées. Les actions et interventions doivent être planifiées et faire l'objet d'un dialogue.

- Respect de l'autonomie. Garantir et respecter le droit à l'autonomie de chaque personne lors de la planification des interventions nutritionnelles au stade palliatif, et répondre aux préférences personnelles concernant les demandes relatives à l'alimentation et aux boissons, tout en traitant les symptômes invalidants pour l'absorption d'aliments et de boissons.
- Se fier à l'expertise nutritionnelle. Se méfier des régimes qui ne sont pas étayés par des éléments probants ou qui n'apportent rien en termes de qualité de vie.
- Prévention et soins des escarres. La malnutrition a un impact négatif sur la qualité de vie et il est important de la traiter. Mais certains objectifs diététiques comme une glycémie optimale, un taux de cholestérol adéquat et d'autres paramètres métaboliques ne doivent plus entrer prioritairement en compte.
- Assistance consultative. Une équipe pluridisciplinaire de soins palliatifs peut fournir des conseils sur les alternatives pour répondre aux besoins nutritionnels, comme le traitement de la nausée, de la perte d'appétit, des problèmes de digestion et des troubles de la mastication et de la déglutition.
- Début et fin de la nutrition. Toujours chercher à obtenir des conseils et informations d'experts de la nutrition sur les décisions individuelles pour débuter, adapter ou mettre un terme à la nutrition entérale ou parentérale.
- Flexibilité. Il est important de se montrer ouverts aux besoins spécifiques et de soutenir le développement de réponses appropriées.
- Éducation et formation. L'expertise nutritionnelle évolue et progresse en continu. La nutrition dans le contexte palliatif doit faire partie de toute formation professionnelle.

RÉFÉRENCES DOCUMENTAIRES

WHO. 2020. WHO Definition of Palliative Care. https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ Accessed 11.10.2020

England, N.H.S., 2014. Leadership Alliance for the Care of Dying People. NHS England.

Carter, A.N., 2020. To What Extent Does Clinically Assisted Nutrition and Hydration Have a Role in the Care of Dying People?. Journal of Palliative Care, pp. 209-216.

Orrevall, Y., 2015. Nutritional support at the end of life. Nutrition, 31(4), pp.615-616.

Druml, C., Ballmer, P.E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A. and Bischoff, S.C., 2016. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clinical Nutrition, 35(3), pp.545-556.

Frühwald T., 2008. Frailty. in: Böhmer F., Füsgen, I.: Geriatrie. Der ältere Mensch mit seinen Besonderheiten, Böhlau Verlag.

Volkert D. 2015. Ernährung im Alter. Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston, pp. 155-161

Domkar, S. 2015. Ernährungstherapie in der palliativ Care. Die Rolle der Diaetologin/des Diaetologen im interdisziplinären Team. Masterthesis, FH Campus Wien.

Klarare, A., Hagelin, C., CJ, F., & Fossum, B. 2013. Team interactions in specialized palliative Care teams: a qualitative study. J Palliat Med, 16(9), pp. 1062–1069.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

La gestion du soin nutritionnel dans les structures d'accueil pour personnes âgées pose de multiples défis. Le chemin entre malnutrition et bien-être nutritionnel est long et chaotique, et implique de nombreux acteurs. La première étape consiste à élaborer une stratégie de promotion du bien-être nutritionnel. Il est ensuite important d'identifier et de mettre en place les rôles et responsabilités qui sont nécessaires à l'exécution de cette stratégie. Le bien-être nutritionnel dans la prise en charge de la personne âgée est un exercice pluridisciplinaire qui ne peut donner de bons résultats que si la théorie est correctement transposée dans la pratique. À cette fin, il est essentiel de bien définir les processus et les interfaces dans le travail, la collaboration et la communication au quotidien.

QUI FAIT QUOI ?

La responsabilité du bien-être nutritionnel n'incombe pas exclusivement aux chefs et cuisiniers. Mobiliser un diététicien ne suffit pas à faire fonctionner une équipe pluridisciplinaire. Le nombre de parties prenantes dépasse très largement ceux que l'on pourrait qualifier des « suspects habituels » :

LE DIRECTEUR

Les directeurs des structures d'accueil pour personnes âgées ont avant tout pour responsabilité de créer une culture et de développer une stratégie claire qui se focalise sur la nutrition comme un investissement et sur les effets d'une bonne nutrition sur la santé et le bien-être des résidents. Dans cette optique, il incombe à la direction de développer un environnement favorable, dans lequel tous les acteurs impliqués dans le soin nutritionnel peuvent appliquer la stratégie définie : gestion des services infirmiers, de la formation et des ressources humaines, des installations et de la qualité. La direction doit avoir conscience que le soin nutritionnel est une activité pluridisciplinaire et doit organiser les processus et la communication nécessaires en conséquence.

LE CUISINIER

Il incombe aux chefs et au personnel de cuisine de veiller à ce que toute l'offre de repas et de boissons réponde aux besoins et exigences des résidents. Des compétences expertes dans le domaine de la nutrition pour les personnes âgées et leurs besoins nutritionnels spécifiques sont donc requises. Bien sûr, les plats doivent avoir de bonnes qualités gustatives, donner

visuellement envie et être servis avec goût. Le personnel de cuisine n'est pas le premier maillon, mais il représente un élément crucial de la chaîne nutritionnelle qui doit être intégré dans la planification nutritionnelle, la préparation des plats et leur service. Avec un rôle essentiel à jouer dans la traduction de besoins, exigences et demandes en perpétuel changement en des propositions nutritionnelles concrètes et réalisables, le personnel de cuisine doit faire preuve de créativité et de flexibilité.

LES SERVICES DE RESTAURATION (EXTERNE)

Comme il y a peu de différences entre les services de restauration en interne et un prestataire externe qui livre les repas dans les structures, il est important que le contrat de fourniture de services sous-jacent délimite clairement les services et les responsabilités. Le service de restauration doit être perçu comme un partenaire du soin nutritionnel, et pas comme un simple fournisseur de denrées alimentaires. La communication entre le service de restauration, la direction de la structure d'accueil et le personnel en charge de la nutrition est essentielle.

LE DIÉTÉTICIEN-NUTRITIONNISTE

Expert des besoins et des possibilités nutritionnels, le diététicien joue le rôle de pivot entre les résidents et la cuisine, et celui de coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire. Les tâches qui lui incombent sont très variées : de l'élaboration et l'évaluation des protocoles nutritionnels à la garantie d'un service et d'une prise alimentaire adaptés. La participation à des discussions interdisciplinaires sur les patients et la préparation de cours de formation pour le personnel infirmier et le personnel de cuisine font également partie de ses attributions. Plusieurs années d'expérience professionnelle sont indispensables pour endosser ces responsabilités.

Certains pays font appel à des diététiciens en restauration collective : ils sont responsables des résidences au sein d'une municipalité, par exemple de la supervision de l'ensemble du personnel de cuisine, de la qualité des repas (nutrition, goût, qualité des produits, régimes, etc.), ainsi que des aspects économiques comme les achats, le budget, les équipements et le transport.

LE PERSONNEL INFIRMIER

Généralement au contact direct quotidien des résidents, le personnel infirmier et soignant est particulièrement bien placé pour jouer le rôle de « relais d'information » et signaler l'évolution des besoins et exigences. En fonction de ses qualifications, le personnel infirmer est responsable de l'examen régulier, de l'évaluation, de la planification, de l'exécution et du contrôle des soins infirmiers, ce qui recouvre divers aspects nutrition-

nels. Une coopération étroite avec des experts en nutrition et d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, et une application adéquate des procédures et des protocoles nutritionnels revêtent une importance vitale. Le personnel infirmier travaille aux côtés des résidents et est tenu d'appliquer correctement l'ensemble des procédures et des protocoles. Il est donc indispensable de mettre en place des formations régulières sur les divers aspects de la malnutrition.

LE THÉRAPEUTE

Les orthophonistes, les physiothérapeutes, les spécialistes des troubles du langage et autres thérapeutes jouent un rôle important dans la mesure où ils peuvent éclairer et conseiller l'équipe pluridisciplinaire sur des problématiques sous-jacentes expliquant les causes d'une baisse des capacités à s'alimenter et de la malnutrition.

LE MÉDECIN

Le personnel médical, comme le généraliste et le gérontologue, doit régulièrement suivre des protocoles d'évaluation de la malnutrition et informer l'équipe pluridisciplinaire de la résidence de toute modification et des problèmes de santé connexes des résidents.

LA « COMMISSION DE PRÉPARATION DES REPAS »

Certaines organisations ont mis en place une commission des repas ou un groupe de référence qui se fait le porte-parole des demandes ou exigences des résidents. Ces groupes, aux côtés du personnel de l'équipe pluridisciplinaire en charge de la nutrition, discutent et élaborent des menus spécifiques et apports nutritionnels qui répondent au mieux aux attentes et souhaits des résidents.

LE RÉSIDENT

Le résident lui-même doit être impliqué dans le processus nutritionnel et être informé aussi bien que possible de son état, des opportunités et des risques sur le plan nutritionnel, ainsi que des mesures prévues.

Les proches, la famille, les amis, les aidants naturels, les travailleurs sociaux et les bénévoles

Toutes les autres personnes accompagnant les résidents ont un rôle à jouer et des responsabilités en qualité de sources d'information sur leur état, leur ressenti, leurs demandes et leurs besoins ; elles doivent communiquer librement avec le personnel de la résidence.

UN EXEMPLE INTÉRESSANT EN ALLEMAGNE

Une équipe pluridisciplinaire dans une structure d'accueil avait évoqué la nécessité de proposer une boisson spéciale hypercalorique pour un résident souffrant de malnutrition. Le cuisinier, membre de l'équipe, a communiqué cette décision à son personnel de cuisine et l'a affichée sur le panneau d'information dans la cuisine. Les jours qui ont suivi, le personnel a préparé cette boisson spéciale à haute teneur en calories. Mais lors de la réunion d'équipe suivante, une infirmière s'est plainte que la boisson avait été oubliée. Que s'était-il passé ? Le personnel de cuisine avait étiqueté la boisson en apposant dessus une abréviation interne à la cuisine et l'avait déposée dans l'espace de vie. Le personnel de service n'avait pas identifié qu'il s'agissait de la boisson spéciale en question et l'avait donnée à un autre résident. Heureusement, à l'issue de la réunion d'équipe, le personnel a pu remonter à l'origine de l'erreur et, depuis, toutes les préparations spéciales sont identifiées avec le nom du résident et la composition exacte.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

IMC	Indice de masse corporelle
DACH	Allemagne-Autriche-Suisse
DHA	Acide docosahexaénoïque (un acide gras polyinsaturé à longue chaîne de la famille des oméga-3)
EAN	European Ageing Network, Réseau européen du vieillissement
EFSA	European Food Safety Authority, Autorité européenne de sécurité des aliments
EPA	Acide eicosapentaénoïque (un acide gras polyinsaturé à longue chaîne de la famille des oméga-3)
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, Société européenne de Nutrition Clinique et Métabolisme
GLIM	Global Leadership Initiative on Malnutrition
FAO	Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
CNO	Compléments nutritionnels oraux
IDDSI	International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, Projet pour une standardisation internationale des textures adaptées à la dysphagie
OMS	Organisation mondiale de la santé

SIÈGE DE L'EAN

EAN asbl
c/o Résidence Grande Duchesse Joséphine Charlotte
11, avenue Marie-Thérese
L-2132 Luxembourg

BUREAU DE L'EAN

Ing. Karel Vostrý
Executive Director

Na Pankráci 1618/30
CZ-140 00 Praha 4
Czech Republic

info@ean.care

www.ean.care

Promouvoir le bien-être nutritionnel dans l'accueil de la personne âgée
Recommandations à l'intention des membres de l'EAN
Guide pour l'orchestration du parcours nutritionnel
dans les structures d'accueil pour personnes âgées

(C) 2021, RÉSEAU EUROPÉEN DU VIEILLISSEMENT
ISBN: 978-80-88361-19-0

EUROPEAN AGEING NETWORK

www.ean.care

PARTNERS:

HARTMANN
Going further for health

sodexo
QUALITY OF LIFE SERVICES

arjo
with people in mind

EAN asbl
c/o Résidence Grande Duchesse Joséphine Charlotte
11, avenue Marie-Thérese
L-2132 Luxembourg

ISBN 978-80-88361-12-1