

Du repas « douleur » au repas « plaisir »

Mme GAILLARD

Approche pluridisciplinaire de l'alimentation mixée

1. Introduction

Quand l'alimentation devient source de souffrance, d'appréhension, de rejet, l'état de santé général de la personne dépendante à domicile en pâtit. Elle peut conduire à un amaigrissement important qui altère les fonctions internes et la vie sociale : c'est la dénutrition.

Afin de pallier, de remédier et surtout de prévenir la dénutrition, les aliments présentés et consommés se doivent de respecter certains critères.

A travers cet exposé seront abordés les pivots de l'alimentation mixée pour maintenir et entretenir une alimentation de qualité.

2. Le rôle de la texture

L'alimentation orale mixée en soins palliatifs à domicile est destinée aux personnes ayant des problèmes de :

- Mastication
- Déglutition
- Fausses routes

Les personnes âgées, handicapées et ayant des pathologies lourdes sont concernées par une alimentation texturée.

Voici quelques exemples, non exhaustifs, entraînant une prise alimentaire lisse :

	Troubles de la commande	Atteinte physique anatomique
Personnes âgées	Affection neurologique (parkinson, paralysie des Paires Crâniens IX & X, ...)	Édentation, diverticule de Zenker
Personnes handicapées	Affection neurologique (traumatisme crânien, ..)	Troubles de la sensibilité / motricité (Accident Vasculaire Cérébral hémisphérique ou du tronc cérébral, ...)
Pathologies lourdes	Affection neurologique (Sclérose Latérale Amyotrophique, Sclérose En Plaques, myopathies ...)	Radiothérapie/ mutilation due à une chirurgie des voies aéro-digestives supérieures

On notera cependant la limite incertaine entre pathologies lourdes et handicaps, favorisée par une multiplication des symptômes.

3. Le respect des qualités organoleptiques

Manger est un **acte volontaire** qui, bien que lié aux besoins physiologiques, dépend avant tout de l'état psychologique.

Psychologiquement, la répétition des fausses routes, des irritations lors de la déglutition, la perte de goût engendré par l'âge ou une polymédication, l'édendation, les nausées/ vomissements dus à une radiothérapie, sont des évènements qui dissuadent de se nourrir correctement et suffisamment.

Physiologiquement, la faim se déclenche avant la prise alimentaire. La pensée, l'odeur, la couleur des aliments vont déclencher la phase céphalique préparant l'estomac à recevoir les premiers ingesta par sécrétion d'insuline et d'hormones gastro-intestinales. Une fois en bouche, une alimentation **savoureuse** va stimuler l'appétit et entraîner une prise alimentaire d'autant plus importante que le plat est apprécié.

Intervient ici l'hédonisme, variable individuelle mais entretenue par la variété alimentaire, caractéristique de la tradition culinaire française.

La variété permet le maintien des apports nutritionnels, éliminant la lassitude source de dénutrition par baisse d'apports alimentaires.

La stimulation des sens ,couleur, présentation, odeur, goût des aliments et la variété du régime alimentaire sont des facteurs déterminants pour stimuler l'appétit et provoquer la faim.

4. Les apports nutritionnels

Les conséquences d'une alimentation inappropriée ou inappétente sont :

- la perte de poids, partie apparente de la dénutrition,
- la déshydratation,
- les infections.

Quelques repères en terme d'apports énergétiques:

- Une personne en activité moyenne a des besoins énergétiques de 1800 / 2000 Kcal - variable selon l'intensité de l'activité, le sexe.
- Idéalement, les apports doivent être répartis de la manière suivante :
 - 55 % de glucides
 - 15% de protéines
 - 30% de lipides

Contrairement aux idées reçues, les **personnes âgées** ont des besoins énergétiques identiques à ceux des adultes en activité moyenne. Bien qu'ayant une activité physique moindre, ils dépensent plus d'énergie pour assimiler les nutriments. Cette assimilation est, par ailleurs, moins efficace.

Pour **certains handicaps ou pathologies lourdes**, les apports énergétiques et nutritionnels sont modifiés :

- ils peuvent être augmentés en cas d'épisodes infectieux, de stress péri-opératoires,
- ils peuvent être modifiés selon la pathologie.

Prenons un exemple concret :

Il faut au minimum 1600 Kcal/ jour pour une **personne âgée**, avec un apport protéinique de 1g / Kg poids/ jour. En cas d'infection, de stress post-opératoire, les apports peuvent être augmentés de 35Kcal/ Kg poids/ jour.

Si cette personne éprouve des difficultés d'alimentation il est indispensable :

- D'adapter la texture des aliments à son état,
- De renforcer ses apports à l'aide de compléments nutritionnels hyperprotéinés pour éviter une fonte musculaire trop importante.

On parle de **dénutrition** quand la perte de poids est supérieure à 5% du poids habituel chez l'adulte ou une stagnation pondérale sur une période de 6 mois chez l'enfant.

La dénutrition est engendré par deux phénomènes :

- des apports alimentaires insuffisants, par entre autre des problèmes de texture des aliments,
- un hypercatabolisme, d'origine pathologique.

Les causes de la dénutrition sont pluri-factorielles :

- **Origines psychologiques** : isolement affectif, état dépressif, environnement défavorable, ...
- **Origines physiologiques** : perte du goût, de l'odorat, de la vision.

- **Origines iatrogènes** : polymédication,
- **Origines pathologiques** : troubles bucco-dentaires, toutes les pathologies digestives, infectieuses, inflammatoires, métaboliques, néoplasiques et neurologiques accompagnées de troubles de la déglutition.

Les conséquences de la dénutrition sont :

- Une **malnutrition protéino-énergétique** (risques de chutes augmentés par fonte de la masse musculaire, sarcopénie, asthénie),
- Une **carence en micro et macro-nutriments**, ayant des effets secondaires (risques infectieux augmentés, troubles de la parole, démence, ...)

Une alimentation respectée tant en **qualité** qu'en **quantité** est essentielle pour maintenir des apports nutritionnels adéquats avec les dépenses corporelles et ainsi éviter la dénutrition.

Cette dernière s'installe très souvent insidieusement entraînant la personne dans un **cercle vicieux** où, tour à tour, carences et malnutrition protéino-énergétique engendrent fractures, baisse des défenses immunitaires, qui elles-mêmes favorisent l'apparition d'infections, aggravant la dénutrition.

Au final, la personne en soins palliatifs à domicile perd le peu de confort et de qualité de vie qu'il lui restait, la médicalisation et les soins s'intensifient à domicile ou en établissement hospitalier, au meilleur des cas.

5. Le repas : rôle social et préparation

Dans le cadre des soins palliatifs à domicile, le repas est un **élément central de la journée, rythmant la vie de la personne dépendante**. Hautement symbolique et culturel dans la société française, il est **l'un des derniers repères accessibles à la personne en perte d'autonomie**.

Les repas peuvent engendrer l'appréhension, le rejet car synonymes de souffrance. Déglutir, mastiquer deviennent un combat pour la personne en soins palliatifs.

Avoir du temps pour le repas, positionner sa tête/ son corps convenablement, être accompagné lors des prises alimentaires, recevoir une texture adaptée et bénéficier d'une variété alimentaire sont indispensables afin d'éveiller et de garder l'appétit.

La douleur Les soins palliatifs

Tout doit être mis en œuvre pour soulager la douleur ressentie lors de l'absorption du repas, pour essayer de procurer bien-être et plaisir à la personne à domicile.

L'entourage doit alors s'adapter ce qui demande un investissement très important de sa part.

En effet, les repas mixés sont une charge contraignante pour l'entourage car :

- la variété alimentaire et la présentation des plats nécessitent un déploiement d'énergie, de temps et d'ingéniosité,
- la multiplication bactériologique est accentuée dans les aliments mixés : elle impose une consommation immédiate sans rupture thermique,
- l'évaluation des apports nutritionnels, corrélation des apports et des besoins, requiert un minimum de connaissances et repères visuels.

L'élaboration délicate d'un repas mixé accapare beaucoup de temps et retentit sur la vie quotidienne engendrant fatigue et stress à l'entourage.

Les difficultés majeures de la préparation culinaire mixée sont :

- d'obtenir une texture lisse sans morceaux, pour éviter les fausses routes,
- de respecter les apports nutritionnels de la personne pour maintenir son niveau physique,
- de conserver les saveurs des aliments, dénaturés par des traitements thermiques successifs les rendant anorexigènes,
- de réaliser des préparations se rapprochant le plus de nos repères alimentaires.

De nombreuses solutions maisons existent :

- potage enrichi avec de l'œuf, de la viande cuite,
- les veloutés et purées de légumes,
- viande ou poisson mixés, nécessitant un support liquide pour le mixage,
- certaines céréales, vermicelles, semoule, tapioca,
- les produits laitiers : fromages fondus, crèmes anglaises, flans, lait aromatisé ...
- les fruits : jus, compotes, milk-shake,
- les produits du commerce.

Finalement, les **préparations culinaires domestiques** sont réalisables mais le temps passé à les cuisiner étant conséquent, les familles ou malades reviennent toujours à la cuisson des mêmes aliments entraînant alors une **monotonie alimentaire source de carences**.

Des dangers existent en terme d'apports nutritionnels par difficulté d'obtention de la texture lisse. La **dilution des aliments** - simple, rapide donc tentante - a des effets pervers réduisant les apports nutritionnels et énergétiques sans réduction du volume absorbé.

Les **compléments alimentaires** devant être des appoints deviennent des repas qui conduisent à des états cachectiques préoccupants par lassitude de consommation.

Quelque soit la solution optée, la **dénutrition est toujours latente** en cas de problèmes masticatoires et de déglutition. Il convient donc de trouver des solutions alliant à la fois saveurs, variété et praticité pour les personnes en soins palliatifs et leur entourage.

6. L'adaptation d'un industriel aux besoins des personnes à domicile

Suite à leur expérience dans le milieu hospitalier, **Les Repas Santé** ont décidé de mettre en place un **service de livraison à domicile de repas cuisinés mixés** pour accompagner les personnes ayant des problèmes de mastication, déglutition et fausses routes.

Nutrition Saveurs répond aux différents points exposés auparavant :

- la **texture** des plats proposés est adaptée : mixée, lisse sans morceaux,
- les **qualités organoleptiques** des aliments sont respectées grâce au procédé de fabrication : odeur, couleur et goût sont conservés par le système de cuisson sous-vide,
- la **diversité** des recettes permet une **variété** des menus non négligeable : un pack Nutrition Saveurs se compose de 18 barquettes (6 entrées, 6 plats et 6 légumes), issus de la **cuisine traditionnelle**,
- les **apports nutritionnels** : un repas apporte en moyenne 404 Kcal, hors dessert, avec un apport protéique de 21 grammes,
- la **qualité bactériologique** maîtrisée, le site de production, agréé CEE, est sous la norme ISO 9002 et le transport des denrées qualifiées,
- **l'autonomie facilitée** :
 - service à domicile en collaboration avec un transporteur express,
 - préparation au micro-ondes ou au bain-marie puis opercule facilement pelable minimisant les manipulations,
- la **conservation assurée** : la Durée Limite de Consommation des recettes sont au minimum de 15 jours à réception à domicile

Nutrition Saveurs apporte un **confort de vie** à la fois :

- pour la **personne dépendante** en lui procurant le **plaisir de manger** des plats savoureux et équilibrés,
- pour l'**entourage** en le déchargeant, de temps à autre, de la lourde **tâche de préparation** des repas.

Nutrition Saveurs se détermine comme une **aide ponctuelle**, se substituant occasionnellement aux « repas maison ».

Il **contribue à l'évitement de la dénutrition** chez la personne en soins palliatifs en :

- stimulant son appétit par les qualités organoleptiques des plats,
- élargissant la palette alimentaire donc en multipliant les sources des apports nutritionnels.

7. Conclusion

En définitive, le repas reste un des derniers plaisirs accessibles à la personne en soins palliatifs à domicile . Faire que son alimentation mixée reste un moment privilégiée tout en garantissant des apports nutritionnels adaptés est possible et obligatoire de la part de son entourage.

Aujourd'hui des industriels de l'agro-alimentaires s'adaptent pour satisfaire aux besoins spécifiques de ces personnes.

La réussite d'une telle entreprise n'est réalisable que si chacun prend conscience de l'importance de l'alimentation dans l'état de santé général et œuvre en sa direction.

Les réseaux de maintien à domicile incluant la notion de partenariat avec les entreprises doivent continuer à se développer pour le bien-être de la personne dépendante à domicile.

Bibliographie

F. Campas (2000) - Parkinson et prise en charge nutritionnelle - Décideurs santé : n°29 : 32.

I. Forestier (2000) - Anorexie : une réalité quotidienne - Professions santé infirmière - Avril.

Repère myoline (1999) - Enrichir l'alimentation orale - AFM - Avril.

J. Lacau St Guily (2000) - Déglutition précautionneuse, précaire, impossible. - la revue du généraliste et de la gériatrie - n° 63 : 114-116.

J. Lacau St Guily (2000) - Troubles de la déglutition en gériatrie. Le point de vue de l'ORL - la revue du généraliste et de la gériatrie - n° 63 : 130-131.

Pichard Cl., Girod V., Kruseman M. (1996) - Alimentation orale lors de la maladie : un défi thérapeutique - Méd. Et Hyg.- n°54 : 857-865.

Varille V., Paulus J., Navarro J. (2000) - les troubles de la déglutition : l'adaptation alimentaire et les problèmes nutritionnels - la revue du généraliste et de la gériatrie - n° 63 : 140-142.