

Symposium gériatrique
« Dénutrition de la personne âgée »
22 novembre 2018

LES DÉFIS DE L'ALIMENTATION CHEZ LES PATIENTS PRÉSENTANT UN VIEILLISSEMENT COGNITIF DIFFICILE

Delphine BLAISE
Neuropsychologue
Eric LECHANTEUR
Infirmier-chef du service de gériatrie

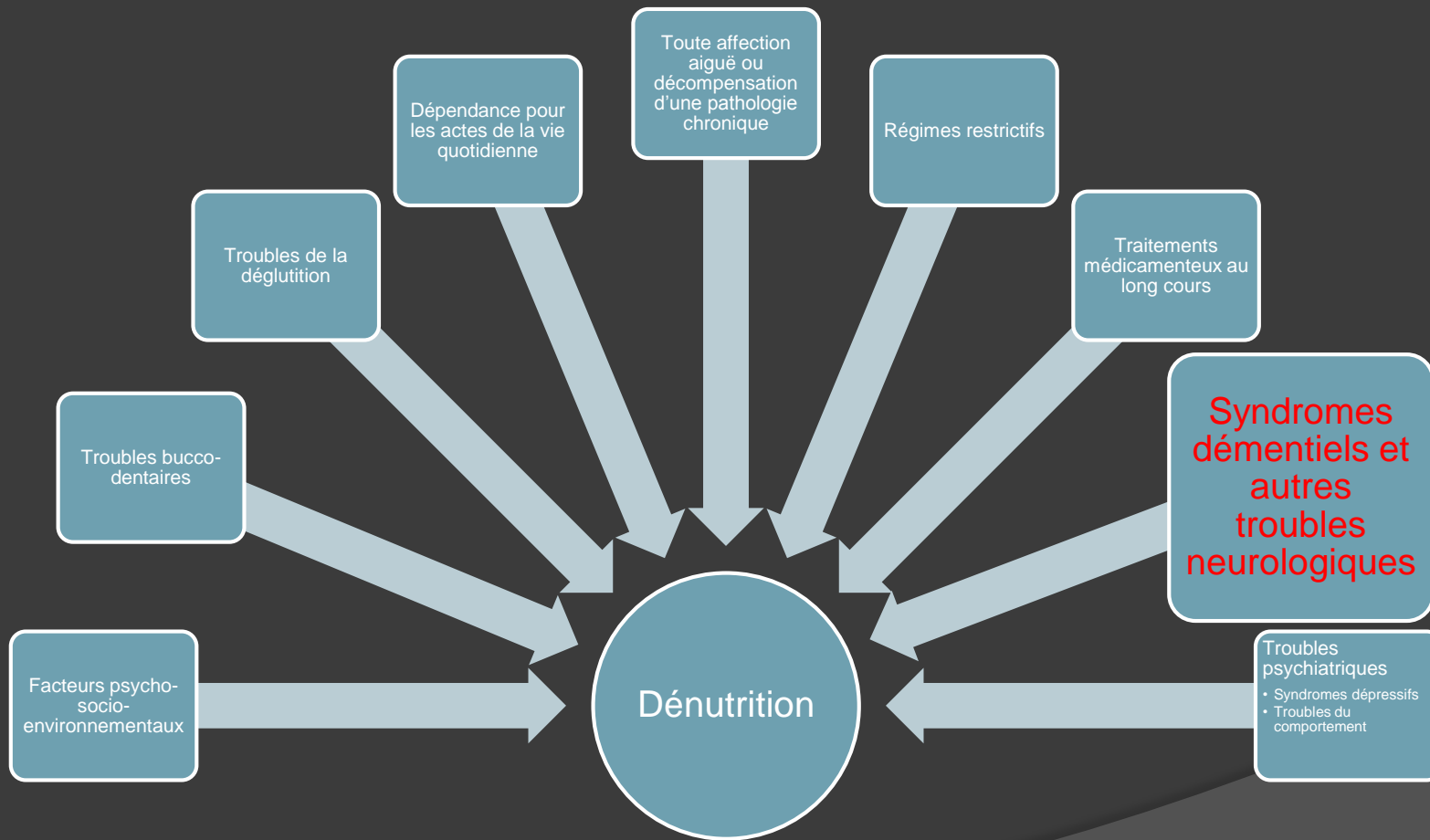
Plan de l'exposé (1)

- ⦿ Les pathologies neurodégénératives : Un des facteurs de risque de la dénutrition
- ⦿ Démographie des pathologies neurodégénératives
- ⦿ Dénutrition et vieillissement cognitif difficile
- ⦿ Hypothèses d'étiologies pour la dénutrition chez les patients présentant un VCD
- ⦿ Troubles cognitifs dans le VCD entraînant un risque de dénutrition
- ⦿ Les perturbations sensorielles dans le VCD

Plan de l'exposé (2)

- ⊙ Manger : Un plaisir oublié?
- ⊙ Les grands principes dans l'alimentation des patients présentant un VCD
- ⊙ Pistes d'action
- ⊙ Les troubles du comportement alimentaire dans les VCD
 - Le « manger-main »
- ⊙ Alimentation et évolution de la pathologie neurodégénérative
 - Le cas particulier de la nutrition artificielle
- ⊙ Bibliographie


Les pathologies neurodégénératives : Un des facteurs de risque de la dénutrition



Démographie des pathologies neurodégénératives

- 10% de la population des 65 ans et plus
- 26% des 85 ans et plus
- 35% des 90 ans et plus!
- 172.000 cas de démence en 2010 (65 ans et plus)
 - ➔ 251.000 en 2030?
 - 350.000 en 2050 ???

Dénutrition et vieillissement cognitif difficile : Quelques points-clés (1)

- ⦿ Altération du statut nutritionnel = trait commun des pathologies neurodégénératives (déjà observé par Aloïs Alzheimer)
 - Perte de poids progressive, fonte préférentielle de la masse grasse chez une grande majorité des patients
 - ⦿ Survenance de complications de la maladie
 - Patients qui se fragilisent encore plus
 - Résistance moindre aux infections
 - Perte accrue de l'indépendance
 - ⦿ Accroissement du fardeau ressenti par les aidants (professionnels/proches)
- 

Dénutrition et vieillissement cognitif difficile : Quelques points-clés (2)

- ⦿ La perte de poids et/ou la dénutrition peuvent précéder le diagnostic de pathologie neurodégénérative (Barrett-Connor et al., 1996)
- ⦿ La perte de poids ne concerne pas seulement les stades avancés de la pathologie neurodégénérative (Cronin-Stubbs, 1997)
 - 30% à 40% des patients à un stade précoce
 - 50% des patients avec VCD vivant en institution (tous stades de la maladie confondus)
- ⦿ Le risque de perte de poids augmente avec la sévérité de la maladie. Cette perte de poids représente un facteur de risque de mortalité (White et al., 1998)

Dénutrition et vieillissement cognitif difficile : Quelques points-clés (3)

En début d'évolution :

- ◎ 35 à 40% des malades présentent un ou plusieurs épisode(s) d'anorexie
 - Risque de dénutrition et ses conséquences
- ◎ 15 à 20% des malades présentent un ou plusieurs épisode(s) de boulimie
 - Risque de diminution de la mobilité en raison de la prise de poids

Hypothèses d'étiologies pour la dénutrition chez les patients présentant un VCD (1)

- Déficits cognitifs multiples
- Troubles psychiatriques/comportementaux associés
- Perturbations sensorielles accrues
- Risque accru de fausses déglutitions
- Iatrogénie (E.S. des anti-cholinestérasiques)
- Majoration des dépenses énergétiques (agitation, stress, déambulations)

Hypothèses d'étiologies pour la dénutrition chez les patients présentant un VCD (2)

Mais aussi...

- ⊙ Perturbations neuroendocriniennes (diminution du taux de certains neurotransmetteurs comme le neuropeptide Y)?
- ⊙ Atrophie corticale (cortex médio-temporal, impliqué dans le comportement alimentaire et les processus de mémoire)?

Aucune hypothèse satisfaisante à elle seule

→ Intrication probable des différents facteurs !

Troubles cognitifs dans le VCD entraînant un risque de dénutrition

- Troubles mnésiques (oubli des horaires de repas, oubli de manger, oubli parfois du sentiment même de faim ou de satiété)
- Troubles praxiques (gestuelle pour découper, porter à la bouche, utiliser les couverts)
- Troubles gnosiques (reconnaissance des objets, des aliments voire des goûts ou des odeurs)
- Troubles dits « frontaux » (orchestration d'un repas avec plusieurs temps de cuisson différents, adaptation à un contexte de prise alimentaire non optimal)
- Troubles langagiers (expression d'un besoin ou d'un souhait alimentaire, voire d'un inconfort ou d'une douleur)
- Troubles attentionnels (allongement de la durée du repas, distractibilité, fatigabilité)

Les perturbations sensorielles dans le VCD

- ◎ Encore accrues par rapport à celles normalement présentes dans la sénescence
 - L'olfaction
 - Atteinte importante (sensibilité, discrimination et surtout reconnaissance et identification) et ce, dès les premiers stades de la maladie (Nordin & Murphy, 2002)
 - Activation moindre de certaines zones cérébrales impliquées dans le traitement des odeurs (cortex piriforme, orbito-frontal)
 - Le goût
 - Evolution des préférences gustatives pouvant aller à l'encontre des habitudes alimentaires de toute une vie → ce qui peut dérouter les proches! (Ikeda et coll., 2002)
 - Attrait pour les produits sucrés (derniers récepteurs du goût à être amoindris + notion de réconfort, de sécurité?)
 - Il s'agit de s'adapter aux modifications du goût tout en préservant un équilibre alimentaire

Manger : Un plaisir oublié? (1)

- ◎ La mémoire joue un rôle fondamental dans l'appréciation des aliments
 - Le répertoire alimentaire résume les expériences culinaires (préférences, dégoûts, habitudes et comportement) et se construit à partir de l'identité de la personne (sexe, âge), de ses origines et habitudes nationales et régionales (les crêpes en Bretagne), de sa religion, des facteurs socio-culturels (maïs, pain gris), de l'empreinte familiale (horaires, manières de table, rituels) et des rencontres alimentaires (voyages, séjours, etc.) voire de l'ouverture aux cultures culinaires (le couscous, étranger à la mémoire gustative de beaucoup de patients)

Manger : Un plaisir oublié? (2)

- Mais l'appréciation du repas dépend de la façon dont le patient perçoit le repas soit :
 - A travers les propriétés physicochimiques du plat (sucré, salé, amer, etc.) → perception dirigée par les stimuli (bottom-up)
 - A travers la représentation du plat en mémoire chez ce sujet (tarte de maman) → perception dirigée par les concepts (top-down), intégrant les propriétés liées au sujet et liées à l'aliment
- Chez les sujets avec VCD, les 2 types de processus sont modifiés
 - La reconnaissance alimentaire faisant appel aux voies associatives de la mémoire étant altérées, les préférences alimentaires et la relation avec la nourriture peuvent en être impactées



Manger : Un plaisir oublié? (3)

- ⦿ Autant de pistes à disposition pour tenter de décoder le comportement de chaque individu tout en guidant l'attitude à adopter dans certaines situations
- ⦿ A partir du moment où les aidants ne soupçonnent pas les particularités du contexte de vie des personnes dont ils prennent soin, quiproquos et incompréhensions peuvent voir le jour

Les grands principes dans l'alimentation des patients présentant un VCD

- ⦿ Favoriser la prise alimentaire du patient et éviter ainsi la dénutrition
- ⦿ Maintenir l'indépendance et prévenir la dépendance du patient
- ⦿ Maintenir un contexte relationnel satisfaisant pour le patient
- ⦿ Susciter/maintenir l'envie, le plaisir et le désir de manger
- ⦿ Limiter l'apparition des troubles du comportement durant les temps de repas

Pistes d'action : Les bases (valable pour toute personne accueillie en institution)

- Hygiène bucco-dentaire
- Alimentation équilibrée variée et adaptée
- Favoriser le plaisir de manger et la convivialité
 - Respecter les goûts, réticences et habitudes alimentaires (préférences et aversions, habitudes horaires, etc.)
 - Installation confortable (positionnement, douleur, besoins physiologiques)
 - Aides humaines et/ou techniques
- Favoriser l'activité physique : Bouger! (cas spécifique de la contention)

Pistes d'action : Spécificités dans les cas de VCD

- ⊙ **Vigilance accrue car**
 - Difficultés des patients à exprimer leurs plaintes, notamment du fait de troubles de la communication verbale (douleur, inconfort, envie d'uriner, mets qui n'est pas apprécié)
 - Tout événement récent, même « anodin », peut représenter un stress pour la personne du fait de sa vulnérabilité et déclencher un trouble comportemental, notamment alimentaire
- ⊙ **Principe fondamental : « Aidez-moi à faire seul » dans le respect, la dignité, l'indépendance et le libre-choix**

Pistes d'action : L'environnement du repas

- ⦿ Une pièce bien éclairée
 - L'utilisation de miroirs ou l'installation face à des baies vitrées pourra perturber certaines personnes du fait de la perception de reflets de lumière ou surtout de leur propre image « animée »
- ⦿ L'absence d'interférence sonore (lave-vaisselle, radio, tv, etc.) pour ne pas solliciter des fonctions attentionnelles déjà amoindries
 - Autre distracteur (visuel) : nappes et serviettes à motifs
- ⦿ Une ambiance olfactive agréable
 - Peut contribuer à inciter les personnes indécises à passer à table (l'odeur du café et du pain grillé le matin, des plats qui mijotent ou des gâteaux qui cuisent...)
 - Certaines odeurs fortes et non-alimentaires peuvent entraver l'appétit (produits ménagers, désinfectants, etc.)
- ⦿ Des horaires réguliers
- ⦿ Veiller à ce que la personne ne soit pas dérangée pendant son repas, par des soins ou des visites. Eviter les déplacements intempestifs

Pistes d'action : Le plan et le dressage de table

- ⦿ Le plan de table permet à chacun de retrouver sa place définie et réservée. C'est un signe de reconnaissance et d'appartenance fort
- ⦿ « Assortir » les voisins de table en fonction des affinités, de l'état d'avancement de la maladie et des éventuels troubles du comportement
- ⦿ Pour préserver l'indépendance et la dignité de la personne, il s'agit de ritualiser les repas en dressant la table avec ce qui a du sens pour chacun (la serviette fétiche, un verre d'eau déjà rempli, etc.)
 - A un certain stade de la maladie, simplification progressive de la table, en n'y disposant que ce qui est nécessaire et ne prête pas à confusion ou à embarras (le verre d'eau déjà rempli plutôt que la bouteille et le verre vide)
 - A un moment, il sera peut-être plus simple de présenter les couverts au fur et à mesure en fonction du mets servi (par exemple, la grande cuiller avec la soupe, puis la fourchette et le couteau avec le plat de résistance)

Pistes d'action : Le déroulement du repas

- Le déroulement classique des repas avec plusieurs composantes (potage, plat, dessert) mérite d'être maintenu
 - Présentation des plats les uns après les autres, en laissant à chacun le temps de manger à son rythme
 - Laisser à la personne le temps de manger augmente de 25% les apports alimentaires!



Pistes d'action : L'adaptation des aidants (1)

- ⊙ La convivialité, c'est partager un moment, des mets mais aussi des mots. La communication fait partie intégrante de l'intérêt du repas
 - N'aider si possible qu'une seule personne à la fois et lui donner toute son attention (conversations entre collègues)
- ⊙ Il est donc primordial d'adapter notre façon de parler au patient qui nous fait face :
 - Se présenter
 - Présenter le menu et le valoriser (aider à reconnaître l'odeur, la saveur, la texture, la température, etc.)
 - S'enquérir de l'appétit du patient
 - Employer des mots simples (sans infantilisation) et des phrases courtes
 - Ne délivrer qu'une information à la fois
 - Questions fermées (oui-non) plutôt qu'ouvertes
 - Parler relativement lentement
 - Verbaliser ce que le patient doit faire tout en accompagnant son mouvement pour lui permettre de retrouver les réflexes gestuels

Pistes d'action : L'adaptation des aidants (2)

- ◎ **Positionnement et communication non verbale**
 - Employer les bonnes intonations (douceur et respect)
 - Chercher le contact visuel pour capter l'attention
 - Surveiller son langage non-verbal (mimiques, attitudes du corps)
 - S'asseoir à la hauteur du patient; se mettre face au résident et préférer l'angle de la table si possible pour libérer le champ visuel et apporter une aide efficace mais discrète
 - Adopter une posture d'ouverture et d'écoute
 - Rester attentif aux réactions et mimiques
 - Parler avant d'établir un contact corporel et éviter de toucher d'emblée le visage (sentiment d'agression)

Pistes d'action : L'adaptation des aidants

(3)

- La maladie va progressivement faire perdre les règles « de bienséance », tout en imposant parallèlement la nécessité d'être aidé
- Afin que l'intervention d'un tiers ne soit pas perçue comme dégradante, il s'agira de :
 - Faciliter les gestes devenus difficiles en anticipant discrètement l'aide (ouvrir préalablement les opercules, placer les couverts à portée de main, etc.);
 - Respecter la capacité à « faire seul » et ne pas risquer d'humilier la personne en agissant à table, au vu et au su et tous (découpe préalable des aliments pour faciliter leur préhension)
 - Proposer des aliments et des textures adaptées aux capacités et aux besoins
 - S'organiser pour laisser la personne manger seule sans crainte qu'elle ne se tache ou salisse ce qui l'entoure



La chaleur humaine, les sourires et les paroles aident à tolérer la dépendance!

Pistes d'action : L'adaptation des aidants (4)

- ◎ Il nous faudra accepter et tolérer, par exemple, le fait que la personne :
 - Mange dans l'ordre qui lui convient (par exemple, le dessert en entrée) ou procède à des associations ou des mélanges inattendus
 - Apprécie de manger des aliments qu'elle semblait détester

Pistes d'action : L'adaptation des aidants (5)

⦿ Le maître-mot : Adaptabilité!

- Exemple : Chez une patiente qui passe la matinée à réclamer son petit-déjeuner (qu'elle a bel et bien déjà reçu), on peut envisager pour l'apaiser de ne plus débarrasser le bol et de le laisser dans la chambre

Les troubles du comportement alimentaire dans le VCD

- ◉ Variables (délai d'apparition, manifestations)
- ◉ S'accentueront systématiquement au fil du temps, rendant la prise alimentaire de plus en plus difficile
- ◉ 2 échelles pour les repérer
 - Echelle de comportement alimentaire (Eating Behavior Scale ou échelle de Tully)
 - Echelle de Blandford



Plus facile de contrecarrer les troubles quand on sait ce qu'il se passe!

Echelle de Tully

Échelle de Tully Eating Behaviour Scale (EBS)	
Capable de manger tout seul ?	
- il est indépendant	3
- il a besoin d'être stimulé verbalement	2
- il a besoin d'aide	1
- il est totalement dépendant	0
Capable de maintenir son attention pendant le repas ?	
- il est indépendant	3
- il a besoin d'être stimulé verbalement	2
- il a besoin d'aide	1
- il est totalement dépendant	0
Capable de repérer les aliments dans son assiette ?	
- il est indépendant	3
- il a besoin d'être stimulé verbalement	2
- il a besoin d'aide	1
- il est totalement dépendant	0
Capable d'utiliser les couverts à bon escient ?	
- il est indépendant	3
- il a besoin d'être stimulé verbalement	2
- il a besoin d'aide	1
- il est totalement dépendant	0
Capable de mordre, mâcher avaler sans faire de fausses routes ?	
- il est indépendant	3
- il a besoin d'être stimulé verbalement	2
- il a besoin d'aide	1
- il est totalement dépendant	0
Capable de terminer son repas ?	
- il est indépendant	3
- il a besoin d'être stimulé verbalement	2
- il a besoin d'aide	1
- il est totalement dépendant	0
TOTAL	_____
Tully M.W., Lambros Matakas K., Muir J., Musallam K., The Eating Behaviour Scale, Journal of Gerontological, juillet 1997	

Echelle de Blandford

nutrition dénutrition SÉVERITÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE		OUTIL D'ÉVALUATION		PROMOTION DE L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES dans le cadre du programme Mésitas		6	
ÉCHELLE DE BLANDFORD Description des troubles du comportement alimentaire							
Nom :		Prénom :					
Date :		Sexe :	Âge :	Poids (kg) :	Taille (cm) :		
COMPORTEMENT DE RÉSISTANCE						OUI NON	
Détourne la tête à la vue de la cuillère						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repousse la nourriture ou la personne qui veut la nourrir						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Met les mains devant la bouche						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agrippe, frappe ou mord celui qui essaie de le nourrir						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crache ou jette la nourriture						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DYSPRAXIE ET AGNOSIE						OUI NON	
A besoin d'être cajolé pour manger						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise les doigts plutôt que la fourchette						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapable d'utiliser les couverts						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mélange et joue avec la nourriture plutôt que de l'avaler						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parle de façon continue pendant le repas de sorte qu'il ne s'alimente pas						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange des choses non comestibles (serviette...)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quitte la table et va marcher pendant les repas						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble ne pas reconnaître les aliments						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPORTEMENT SELECTIF						OUI NON	
A besoin de compléments nutritionnels spécifiques, sinon ne mange rien						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A besoin de compléments nutritionnels spécifiques, les goûte, se plaint, puis les refuse						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refuse de manger une grande variété d'aliments, et ne mange par exemple que du pain, des desserts						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne prend que des petites quantités de nourriture, puis ne mange plus, même si on le fait manger						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préfère les liquides (plus de 50% des apports)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refuse les solides mais accepte les liquides						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INCOORDINATION ORALE NEUROMUSCULAIRE						OUI NON	
N'ouvre pas la bouche spontanément quand on lui présente la nourriture						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plisse les lèvres, empêchant l'entrée de la nourriture						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ferme la bouche, serre les dents et les lèvres						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait des mouvements continus de la langue ou de la bouche qui empêchent l'ingestion des aliments						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accepte la nourriture puis la crache						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accepte la nourriture mais ne la mâche pas, et ne l'avale pas						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nourriture dégouline de la bouche						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FAUSSES ROUTES						OUI NON	
Tousse ou bien s'étouffe en mangeant						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Gargouillement" de la voix (voix humide)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPENDANCE ALIMENTAIRE						OUI NON	
Présente un problème du comportement alimentaire mais s'alimente seul						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A besoin d'être aidé de temps en temps pour s'alimenter						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne s'alimente que si on le fait manger						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÉCHELLE DE BLANDFORD
Description des troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire dans le VCD : Pratique (1)

◉ Le refus alimentaire

- S'adapter au patient et non le contraire; éviter de s'énerver, se fâcher, menacer, infantiliser ou forcer le patient à manger

Si possible, prendre quelques minutes pour souffler puis reposer le repas.

- Envisager des solutions rapides à certaines causes possibles : local surchauffé, habillement peu confortable, etc
- Envisager les causes nécessitant des solutions à plus long terme (état bucco-dentaire)
- Privilégier l'alimentation-plaisir

N.B. : Le refus, témoin ultime de la liberté de l'individu?
Volonté d'autodestruction ou désir de mort?

Les troubles du comportement alimentaire dans le VCD : Pratique (2)

⊙ Les déambulations

- Le patient se lève pendant le repas et part se promener. Il refuse de s'asseoir et ne mange pas. Il se fâche, crie et peut faire des gestes violents devant notre insistance
- Comment réagir?
 - Capter son attention
 - Disposer des aliments faciles à consommer sur son parcours
 - Ne pas le forcer à rester à table
 - Chercher une cause à ce comportement?
 - Favoriser le « manger-main »?

Les troubles du comportement alimentaire dans le VCD : Le « manger-main »

- ⦿ Initiative suisse
- ⦿ Objectif principal : Redonner de l'autonomie tout en favorisant le désir et le plaisir de manger!
- ⦿ Attention
 - D'abord essayer adaptation aides techniques
 - Pas chez patients qui ne sont plus capables de saisir les aliments ou de les porter à la bouche (rôle ergo)
 - Possible quand troubles de déglutition mais texture à adapter (rôle logo/diet) et repas à surveiller (stimuler prise alimentaire)
 - Hygiène des mains
 - Ne pas imposer mais expliquer et accompagner le patient, les soignants et les proches dans la découverte du concept
- ⦿ Mise à disposition d'aliments faciles à prendre avec les doigts → pour supprimer l'obstacle des couverts
 - Lors des repas
 - En dehors des repas : attention alors à l'hygiène (chaîne du froid) et aux troubles de la déglutition
- ⦿ Approche parfois mal acceptée (connotation de mauvaise éducation, de saleté et de régression mentale)
 - Education des soignants et des proches
 - Dans le cadre des VCD, prévenir la malnutrition par tous les moyens prime sur la bienséance!



Alimentation et évolution de la pathologie neurodégénérative (1)

- Précocement, difficultés à mobiliser son attention et à élaborer une stratégie pour arriver à un but

Plainte de l'entourage, qui ne comprend pas ce manque d'initiative (qui ne peut être imputé à un état dépressif), et encore moins que la personne soit capable de participer toutes les fois où elle est stimulée et guidée.



Explication : préservation tardive de la mémoire procédurale mais atteinte plus précoce des facultés à s'adapter à une nouvelle situation et à se concentrer

- A un stade avancé de la maladie, tendance à l'hyperoralité (risque d'ingestion d'objets non comestibles comme les bouchons des bouteilles, les serviettes en papier, la crème hydratante, etc.)

Alimentation et évolution de la pathologie neurodégénérative (2)

- ⊙ Au dernier stade de la maladie
 - Des troubles majeurs du carrefour aérodigestif et des troubles de déglutition de plus en plus importants apparaissent
 - Des réflexes primitifs peuvent réapparaître (suction par exemple), qui peuvent être sources de dénutrition et à terme de troubles respiratoires
- ⊙ Abandon de l'objectif nutritionnel thérapeutique, notion d'alimentation-plaisir
 - Le cas particulier de l'alimentation artificielle

Le cas particulier de l'alimentation artificielle

- ⊙ Dernier recours après plan nutritionnel, substituts nutritifs oraux, etc
- ⊙ Indications limitées dans le cadre des VCD
 - « Passer un cap » ou pas (long terme)
 - Notion de consentement (Patient compétent? Directives anticipées? Personne de confiance? Concertation pluridisciplinaire?)
 - Pas de rapport bénéfice/risque favorable dans cette population
 - Complications
 - Morbi-mortalité
 - Qualité de vie
- ⊙ Refus de manger chez les patients avec VCD = parfois manière de refuser une vie devenue trop difficile...

« Ne plus voir l'alimentation des personnes atteintes de démence seulement à l'échelle nutritionnelle mais à l'échelle du repas, avec l'ensemble de ses composantes sociales, psychologiques et physiologiques. Tel est le défi de demain pour accompagner au mieux les malades et qu'ils retrouvent le plaisir de manger »

POUYET V., *Perception, préférences et consommation alimentaires chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, Cliniques 2013 ; 2(6) : 217-232.

Merci de votre attention!



Bibliographie (1)

- BARRETT-CONNOR et al., *Weight loss precedes dementia in community-dwelling older adults*, J Am Geriatr Soc, 1996.
- CHANG C.C. et ROBERTS B.L., *Feeding difficulty in older adults with dementia*, Journal of Clinical Nursing, n°17.
- FERRAND C., BAILLY N. (dir.), *L'alimentation chez les personnes âgées – Directives, souhaits, pratiques*. Editions Connaissances et savoirs, 2016.
- FERRY M. et ALIX E., *Nutrition de la personne âgée*, Paris, Masson, 2007.
- FERRY M. *Principales causes des perturbations du goût et de l'appétit chez les personnes âgées*, Rev Gériatr., 1992 ; 17 :525-32.
- FUKUNAGA A., UEMATSU H. et SUGIMOTO K., *Influences of aging on taste perception and oral somatic sensation*, J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2005; 60(1) : 109-13.
- HOB0, K., KAWASE J., TAMURA F., GROHER M., KIKUTANI T., & SUNAKAWA H. (2014). *Effects of the reappearance of primitive reflexes on eating function and prognosis*. *Geriatrics & Gerontology international*, 14(1), 190-197. Doi : 10.1111/ggi.12078.
- IDEKA M., BROWN J., HOLLAND A., FUKUHARA R. et HODJES J., *Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease*, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, n°73.

Bibliographie (2)

- KOVACS T., *Mechanims of olfactory dysfunction in aging and neurodegenerative disorders*, Ageing Research Reviews 2004; 3 : 215-32.
- Loi Belge sur les droits des patients, 2002.
- PELLEGRINO E., *Withholding and withdrawing treatments : Ethics at the Bedside*, Clin Neurosurg, 1989, 35, p.164-184.
- POUYET V. *Perception, préférences et consommation alimentaires chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*. Cliniques 2013 ; 2(6) : 217-232.
- RASCHILAS F., *Aging of the senses*, Soins Gériatol 2006; 57 : 14-5.
- RIO C., JEANNIER C., LEJEUNE H., NOAH M., AMIGON-WATERLOT S. et Dr SZEKELY C., *Alimentation et Alzheimer – S'adapter au quotidien. Guide pratique à l'usage des aidants à domicile et en institution*. Presses de l'EHESP, 2011.
- SCHIFFMAN S.S. et GATLIN C.A., *Clinical physiology of taste and smell*, Annual Review of Nutrition, n°13.
- WATSON R. et GREEN S.M., *Feeding and dementia : a systematic literature review*, Journal of Advanced Nursing, n°54.