



UCL en Woluwe, ce 24 juin 2009

Professeur Pierre Gianello  
Madame Marie-Theresa Schmidburg  
Madame Anne-Marie Champagne

Cc : Madame Hubinon  
Madame Méan  
Professeur Cornette

### **Concerne : rapport d'un an d'activités, bourse nutrition en Gériatrie de Liaison**

Il y a un an, notre équipe de Gériatrie de Liaison a eu le grand plaisir de se voir octroyer une bourse de la **fondation Saint-Luc** afin d'améliorer la nutrition des personnes âgées lors de l'hospitalisation, puis au lieu de vie. C'est une **bourse ISEI** qui fut offerte par Madame Anne-Marie Champagne à deux anciens étudiants de l'ISEI : Dorothee Bridoux, diététicienne spécialisée en gériatrie, et Sylvain Lepage, infirmier.

Pour rappel, la **Gériatrie de Liaison** est une équipe au bénéfice des patients âgés fragiles et des équipes soignantes des cliniques universitaires St-Luc. Elle a ainsi pour rôle de conseiller ces équipes soignantes en proposant des plans de soins cohérents pour les patients âgés durant leur hospitalisation, mais aussi après l'hospitalisation.

Elle aide également le patient et sa famille à s'orienter dans un projet de vie réaliste.

### **La Gériatrie de Liaison s'investit dans la création d'un carnet alimentaire destiné à nos aînés**

Nous nous sentons particulièrement concernés par la **problématique alimentaire** chez les personnes âgées. En effet, l'importance de l'alimentation, chez nos aînés, est bien souvent sous-estimée et les conséquences d'une malnutrition fréquemment méconnues. Ces personnes âgées fragiles sont généralement dénutries ou à risque de dénutrition.

Différents facteurs peuvent être responsables d'une sous-alimentation : une inappétence, un dégoût pour la viande ou d'autres aliments, des problèmes de mastication ou de déglutition, un niveau socio-économique bas, des problèmes de mobilité, un isolement social,...

Afin d'essayer de **prévenir le risque de dénutrition** à l'hôpital puis au lieu de vie, l'équipe de Gériatrie de Liaison désirait mettre en place un projet nutritionnel que vous avez soutenu financièrement. Tout au long de cette année académique 2008-2009, nous avons géré avec prudence la somme reçue (cfr les deux précédents rapports intermédiaires).

Ce projet repose sur la **création d'un carnet alimentaire** destiné et adapté aux personnes âgées à profil gériatrique et à leur entourage, afin de les sensibiliser à l'importance d'une alimentation saine, équilibrée et suffisamment calorique dans leur vie de tous les jours.

Notre équipe a ainsi accueilli dans le cadre d'un travail de fin d'études, une étudiante en diététique de l'institut Paul Lambin, Coralie Hoffman. Cette dernière, encadrée de ses promoteurs, Dorothee Bridoux diététicienne et Benoit Boland gériatre coordinateur de l'équipe de Liaison, a créé et mis en forme ce carnet alimentaire.

Nous désirions que ce carnet alimentaire accompagne le patient au lieu de vie. C'est pourquoi, il a été réalisé dans un format **adapté aux réalités des personnes âgées fragiles**. Il se voulait manipulable et transportable. Une attention particulière a été accordée à la facilité de compréhension et à la lisibilité du contenu.

Le carnet fut conçu sous forme de fiches : elles sont assemblées dans une farde à rabat et reliées par un anneau. Le choix de cet anneau permet de confectionner à chaque fois un **carnet individualisé** reprenant les mesures diététiques spécifiques à chaque patient et tenant compte des réalités de chaque personne (réalités sociales, fonctionnelles, cérébrales, gustatives, sensorielles...).

Les fiches associent les principes d'une alimentation équilibrée pour la personne âgée aux moyens à mettre en œuvre pour lutter contre les risques de dénutrition.

Voici quelques **thèmes choisis** et développés dans les fiches diététiques :

- *Bien manger... En toute sérénité.*
- *Manger de tout pour ne manquer de rien.*
- *Que dois-je trouver dans mon frigo ?*
- *L'hydratation, boire 10 fois par jour.*
- *Mes conseils diététiques.*
- *L'évolution de mon poids.*
- *La constipation....Que faire ?*
- *Les techniques d'enrichissement pour petit appétit ?*
- *Les compléments alimentaires.*
- *Boire devient difficile ? Les boissons épaissies.*
- *Mastiquer devient difficile ? Les menus moulus et mixés.*
- *Avaler devient difficile ? Quel type de texture puis-je consommer ?*

Après avoir confectionné ce carnet alimentaire, nous l'avons **testé sur le terrain**. Pour ce faire, Coralie Hoffman a rencontré, dans le temps imparti pour son travail de fin d'études, 20 patients pris en charge par notre équipe et qui nécessitaient une approche nutritionnelle. Elle leur a remis le carnet et a pu évaluer de façon qualitative son utilisation et sa compréhension un mois après leur sortie de l'hôpital grâce à un contact téléphonique auprès du patient lui-même ou de son entourage.

### **Description du groupe test** (Annexe 1 : Tableau Description de la population participant au test)

Des octogénaires, vivant à domicile. Parmi ces 20 patients, 15 étaient des femmes, proportion attendue chez les personnes de 75 ans et plus. L'âge moyen était de  $83 \pm 4.4$  ans (médiane 83 ans). Tous vivaient à domicile, seuls pour les deux-tiers, alors que trois-quarts y bénéficiaient d'aides régulières. Tous prenaient plusieurs médicaments chaque jour au domicile (moyenne :  $6 \pm 3$ ).

Sur le plan fonctionnel et gériatrique, près de la moitié (11/20) de ces personnes avaient à l'admission à l'hôpital un profil de fragilité, défini par un score ISAR  $\geq 3/6$ .

En ce qui concerne spécifiquement l'alimentation, 90% des patients étaient au domicile indépendants pour la préparation (échelle de Lawton) et la prise des repas (échelle de Katz).

Des troubles perturbant la bonne alimentation. Considérant les capacités et les limites de ces personnes âgées en rapport possible avec l'alimentation, il est intéressant de constater que parmi notre échantillon, 55% présentaient des troubles cognitifs lors de leur hospitalisation (selon un test MMSE  $< 25/30$ ) dont 15 % d'entre eux avaient un déclin cognitif connu, de type démence. De plus, 25% des patients avaient d'importants problèmes de vue. Chez de telles personnes, nous avons inclus l'entourage lors de la remise du carnet alimentaire.

De plus, 40% présentaient une inappétence habituelle, 25% des troubles buccaux et 10% des difficultés de déglutition pouvant gêner l'alimentation.

Au total, 70% présentaient un ou plusieurs troubles pouvant interférer avec leur alimentation (vision, cognition, appétit, bouche, déglutition).

Evaluation nutritionnelle. Nous avons pris en compte chez chacun des 20 patients, différents paramètres dont l'enquête de perte de poids, les mesures anthropométriques (Body Masse Index BMI et Tour de mi-bras) et des mesures sanguines (albumine, de préalbumine et de CRP).

- A l'enquête, la moitié de nos patients rapportaient avoir une perte récente et significative de poids (- 2 kg en 1 mois ou - 4 kg en 6 mois).
- A l'examen clinique, le BMI moyen de notre population était de  $24,2 \pm 4,1 \text{ kg/m}^2$ . Quatre patients (20%) avaient un BMI très bas ( $< 21 \text{ kg/m}^2$ ) tandis que quatre autres (20%) avaient un BMI limite (21 à  $23 \text{ kg/m}^2$ ). En ce qui concerne le tour de mi bras, la moyenne était de  $25 \pm 4 \text{ cm}$ , alors que la moitié de ces vingt personnes âgées se trouvaient sous le seuil des 24 cm.
- Des marqueurs biologiques ont pu être obtenus chez 15 de ces 20 patients.  
(Annexe 2 : Les données biologiques des 20 patients)

Trois quarts (11/15) présentaient un taux d'albumine en dessous de la norme établie de 3,5g/dl. La préalbumine, mesurée chez 9 personnes, étaient basse ( $< 20 \text{ mg/dl}$ ) chez la plupart (8/9). Cependant, en tenant compte du taux de la CRP qui indique la présence d'une situation inflammatoire ( $\text{CRP} > 1 \text{ mg/dl}$ ), nous constatons que l'albuminémie était faible (moyenne 3 g/dl) chez les 4 patients sans élévation de la CRP (moyenne 0.52 mg/dl). Les deux paramètres (CRP et Albumine) n'étaient pas corrélés.

Grande fréquence de la problématique nutritionnelle : 70%. Après avoir analysé ces différents critères, nous avons diagnostiqué 10 patients (50%) à risque de dénutrition et 4 (20%) avec dénutrition présente.

Conseils pour améliorer la nutrition. Lors de l'explication du plan nutritionnel recommandé pour le domicile, nous avons observé que chez 85% (17/20) des personnes ayant reçu nos conseils et le carnet alimentaire, nous avons insisté sur l'importance d'une majoration de l'apport hydrique quotidien et chez également 85% (17/20) d'entre elles sur une rééquilibrage de l'alimentation. De plus, chez 35% (7/20), un enrichissement des préparations a été conseillé et chez 40% (8/20), nous avons préconisé la prise d'un ou plusieurs compléments alimentaires par jour.

Suivi au domicile, un mois après la sortie de St-Luc. Un mois après la sortie de l'hôpital, les patients ont été contactés. De ces interviews téléphoniques, il ressort une tendance positive de l'utilisation du carnet alimentaire et de sa compréhension au lieu de vie.  
(Annexe 3 : Résultats de la phase test)

- Parmi nos 20 patients, un est décédé durant son séjour à l'hôpital. Ce qui nous amène à analyser les résultats de 19 personnes. Nos interviews téléphoniques ont duré en moyenne 8 minutes. Parmi les 19 personnes contactées, 6 étaient des membres de l'entourage d'un patient en troubles cognitifs importants (enfant, voisin et petit enfant).
- Nous observons que 84% (16/19), patients et entourage confondus, se souviennent du carnet alimentaire. Chez 3 d'entre eux (2 patients et 1 membre de l'entourage) qui ne s'en rappelaient pas, l'interview a été clôturée.
- Parmi les 16 personnes se rappelant le carnet, nous avons vérifié si celles-ci se souvenaient des conseils alimentaires personnalisés expliqués lors de leur hospitalisation. A cette question, nous constatons que 70% d'entre elles (11/16) s'en souvenaient et savaient nous les citer (sans consulter le carnet).
- Concernant la forme du carnet alimentaire, la lisibilité, la compréhension et la manipulation : parmi les 16 personnes, toutes nous ont répondu que le carnet était agréable à lire, bien expliqué et facilement compréhensible.
- Nous leur avons également demandé qui utilisait le carnet. Si l'entourage a été impliqué, c'est lui qui l'utilise pour la personne âgée concernée. Dans tous les autres cas, c'est le patient lui-même qui utilise bien son carnet. Nous remarquons également que certains ont aussi impliqué eux-mêmes leur entourage ; le (la) voisine, le(s) enfant(s), le (la) conjoint(e).
- De plus, nous nous sommes attardés sur la fréquence d'utilisation du carnet alimentaire. Nous observons que 50% des personnes interrogées disent l'avoir utilisé une fois par mois soit une fois

depuis leur retour au lieu de vie. Six personnes (37,5%) disent s'en être servies 1 fois par semaine tandis que deux personnes ont répondu l'avoir consulté plus d'une fois par semaine.

- Nous nous sommes intéressés à ceux qui avaient amélioré leur alimentation grâce au carnet alimentaire. Nous observons que 13 des 16 patients (81%) disent avoir fait plus attention à leur alimentation et avoir changé leurs habitudes nutritionnelles au quotidien.
- Nous leur avons demandé s'ils avaient des suggestions à proposer pour améliorer le carnet et tous nous ont répondu par la négative.
- Nous avons également posé deux questions supplémentaires sur le fond.  
La première pour savoir s'ils auraient aimé obtenir plus d'informations sur un sujet en particulier. Dix personnes sur seize y ont répondu et toutes nous ont signalé que non. D'après eux, aucune information ne devait être ajoutée.

La deuxième question concernait l'utilisation des fiches ; utilisent-ils une fiche plus régulièrement que les autres ? Cette question a été posée aux deux personnes qui étaient volontaires pour continuer l'entretien téléphonique. Pour ces deux personnes, la fiche utilisée correspond à leur principal problème nutritionnel relevé lors de leur hospitalisation. Pour l'un, il s'agissait d'une restriction hydrique à 1l à l'hôpital et le patient n'osait plus boire. Pour l'autre il s'agissait d'un problème de constipation. Nous en avons discuté avec eux, lors de leur séjour à l'hôpital, et nous leur avons proposé des mesures alimentaires concrètes afin d'améliorer leur quotidien. Nous constatons chez ces deux patients que nos conseils ont été suivis et pris en compte dans leurs habitudes de tous les jours.

## Discussion

Notre groupe test n'avait pas pour but de monter une amélioration réelle du statut nutritionnel des patients âgés fragiles retournés à leur domicile. Pour ce faire, il faudrait réaliser une telle étude clinique à moyen et à long termes, avec des mesures quantitatives objectives.

Nous pensons avoir atteint notre but en ce qui concerne des **améliorations d'habitudes alimentaires**. Si ces changements ne devenaient non plus des contraintes mais des habitudes quotidiennes, nous arriverions sans doute à moyen terme à améliorer le statut nutritionnel de ces personnes âgées à profil gériatrique.

D'après les avis positifs reçus lors des interviews téléphoniques, nous pouvons considérer qu'il y a une réelle **demande de l'entourage** pour aider les aînés dans leur alimentation de tous les jours.

La mise en page définitive et l'**impression du carnet alimentaire** seront réalisées par le Centre Audio-Visuel des Cliniques Universitaires Saint-Luc durant l'été 2009, à plus grand échelle (500 exemplaires). En effet, les fonds obtenus par votre Fondation et la tendance positive de l'utilisation de ce carnet nous motivent à étendre la distribution de ce carnet fin 2009 aux quatre pôles de la Gériatrie hospitalière, c'est-à-dire : la Gériatrie de Liaison, la Gériatrie aiguë, la Gériatrie sub-aiguë située à l'institut Albert-Elisabeth et l'hôpital de jour Gériatrique.

Essentiellement, ce projet qui se poursuit et s'étend vise avant tout à apporter une approche humaine et individualisée aux personnes âgées hospitalisées dans nos cliniques, à leur proposer des solutions concrètes dans le domaine fondamental de la bonne alimentation, afin de contribuer à l'amélioration de leur quotidien, et - nous l'espérons - de leur qualité et leur plaisirs de vie.

*Annexes : exemplaire du carnet alimentaire, version pré-finale(printemps 2009)*

Dorothee Bridoux  
Diététicienne  
Boursière ISEI

Sylvain Lepage  
Infirmier-Ressource  
Boursier ISEI

Benoit Boland  
Gérialre  
Coordonateur Liaison G

# Annexe 1 : Population participant au test

Tableau : Description de la population participant au test

NUM	SEX	AGE	ISAR	DOMI	SEUL	AIDES	Médec	Lawton	L.repas	Katz	K.mang.ind	K.repas
code	F1;M0	ans	0 - 6	1:oui	1:oui	1: oui	n=	x / 7	DEP:1	x / 24	Ind.1-> Dép.4	DEP.1
1	1	79	3	1	1	1	10	6	0	6	1	0
2	1	83	4	1	0	1	7	1	1	12	2	1
3	1	83	3	1	1	1	6	4	0	7	1	0
4	1	84	1	1	1	1	9	7	0	6	1	0
5	1	82	2	1	0	1	3	5	1	6	1	0
6	0	89	3	1	0	1	7	1	1	7	1	0
7	1	87	2	1	1	1	7	5	0	7	1	0
8	1	86	4	1	0	1	4	1	1	16	2	1
9	1	77	2	1	1	0	2	6	0	6	1	0
10	0	87	4	1	1	1	2	2	1	15	1	0
11	1	79	4	1	0	1	4	1	1	7	1	0
12	1	86	5	1	1	1	6	3	0	7	1	0
13	1	84	0	1	1	1	2	6	0	6	1	0
14	0	75	3	1	0	1	5	5	1	10	1	0
15	1	77	2	1	0	0	4	6	0	6	1	0
16	1	84	4	1	1	1	6	1	1	10	1	0
17	0	91	3	1	1	1	12	7	0	11	1	0
18	0	88	1	1	1	0	8	7	1	6	1	0
19	1	81	2	1	1	0	8	7	0	6	1	0
20	1	78	1	1	1	0	1	6	0	6	1	0
Somme	15	1660	53	20	13	15	113	87	9	163	22	2
Moyennes	0,75	83	2,65	1	0,65	0,75	5,65	4,35	0,45	8,15	1,1	0,1
écart-type	0,444	4,449	1,309	0	0,489	0,444	2,943	2,368	0,51	3,133	0,308	0,3078
Médiane	1	83,5	3	1	1	1	6	5	0	7	1	0
%	75			100	65	75			45		90	10

Tableau : Description de la population participant au test (suite 2)

NUM	tr VUE	DéclCg	Dépression	Inapp	Tr Bouche	Fdéglut	DIFF	MMSE	TrCg.susp.	PerteP	TMB	Poids	Tal- rot	taille	BMI	CRP	Alb	Préalb	Dénut	
code	1: oui	1:oui	1:oui	1:oui	1:oui	1:oui	n=	x / 30	1:oui (2kg/m)	1:oui	cm	kgs	cm	cm	kg/m <sup>2</sup>	mg/dl	g/dl	mg/dl	0 : non dénutri 1 : à risque 2 :dénutri	
1	1	0	0	1	0	1	3		1	0	28	74		170	25,6	4,1	1,6	13	1	
2	0	0	1	1	0	0	2	22	1	1	25	64		165	23,5	0,7	2,6	13	1	
3	1	0	1	1	1	0	4	27	0	0	23	67.6	50	162	25,8	0,6	2,4	26	1	
4	0	0	0	0	0	0	0		0	1	23	51		156	20,9	0,4	3		2	
5	0	1	0	1	0	0	2	18	1	0	31	82.6		175	26,9	3,3	2,6	14	1	
6	0	0	0	0	0	0	0	20	1	0	28	72		156	29,6				0	
7	0	0	0	0	0	0	0	27	0	0	23	68	45	153	29	18,5	3,4	13	0	
8	1	1	0	0	0	0	2	19	1	1	22	50	45	153	22,4				1	
9	0	0	0	1	0	0	1	23	1	0	26,5	67.7		177	21,6	1	4		0	
10	0	0	0	0	1	0	1	24	1	1	23,5	60	45	153	25,6	2,6	2,9	16	2	
11	0	0	1	1	1	0	3	20	1	1	26,5	58.9		165	21,6				1	
12	1	0	0	0	0	0	1	19	1	1	31	72		164	26,8	6	3,3	19	0	
13	0	0	0	0	0	0	0	27	0	1	17	36		150	16	3,8	2,6	10	2	
14	1	0	0	0	0	0	1	28	0	0	34	105		179	32,8	0,7	3,7		0	
15	0	0	0	0	1	0	1	27	0	1	26	55		165	20,2	3,7	3,2		1	
16	0	1	1	0	0	0	2	21	1	0	23	65	45	153	27,7				1	
17	0	0	0	1	1	1	3	29	0	0	23	70		171	23,9	1,8	3,8		1	
18	0	0	0	0	0	0	0	28	0	0	24	64		159	25,3				0	
19	0	0	0	1	0	0	1	27	0	1	23	49		148	22,4	3,3	3,4		1	
20	0	0	0	0	0	0	0	18	1	1	19	44		160	17,2	0,2	3,7	18	2	
Somme	5	3	4	8	5	2	27	424	11	10	499,5	999	230	3234	484,8	50,7	46,2	142	18	
Moyennes	0,25	0,15	0,2	0,4	0,25	0,1	1,35	23,56	0,55	0,5	24,98	62,44	46	161,7	24,24	3,38	3,08	15,78	0,9	
écart-type	0,444	0,366	0,41	0,503	0,444	0,308	1,226	3,959	0,51	0,513	4,057	15,9	2,236	9,194	4,128	4,521	0,643	4,738	0,718	
Médiane	0	0	0	0	0	0	1	23,5	1	0,5	23,75	64	45	161	24,6	2,6	3,2	14	1	
%	25	15	20	40	25	10	70		55	50									70	

Tableau : Description de la population participant au test (suite 3)

NUM	Plan Nut au Domicile				Reva	entour. impli
code	apport hydrique 1:oui	Rééqui - libré 1:oui	Repas enrichis 1:oui	Suppl Nut Oral 1:oui	1:oui	1:oui
1	1	0	1	1	0	0
2	0	0	1	0	0	1
3	1	0	0	1	0	0
4	1	1	1	1	1	0
5	1	1	0	0	0	1
6	1	1	0	0	0	1
7	1	1	0	0	1	0
8	1	1	0	1	1	1
9	1	1	0	0	0	1
10	1	1	0	1	1	1
11	1	1	1	0	1	1
12	1	1	0	0	0	0
13	0	1	1	1	1	0
14	1	1	0	0	1	0
15	1	1	0	0	0	0
16	0	1	1	0	1	1
17	1	1	0	1	0	0
18	1	1	0	0	0	0
19	1	1	0	0	0	0
20	1	1	1	1	1	1
<b>Somme</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
Moyennes	0,85	0,85	0,35	0,4	0,45	0,45
écart-type	0,3663	0,3663	0,4894	0,5026	0,51	0,51
Médiane	1	1	0	0	0	0
%	<b>85</b>	<b>85</b>	<b>35</b>	<b>40</b>	<b>45</b>	<b>45</b>

## Annexe 2 : Les données biologiques des 20 patients

Patients	CRP	Albumine	Préalbumine
code	< 1 mg/dl	> 3,5g/dl	> 20 mg/dl
1	4,1	1,6	13
2	0,7	2,6	13
3	0,6	2,4	26
4	0,4	3	
5	3,3	2,6	14
6			
7	18,5	3,4	13
8			
9	1	4	
10	2,6	2,9	16
11			
12	6	3,3	19
13	3,8	2,6	10
14	0,7	3,7	
15	3,7	3,2	
16			
17	1,8	3,8	
18			
19	3,3	3,4	
20	0,2	3,7	18
% dans les normes	30%	20%	5%
Données manquantes	25%	25%	55%

## Annexe 3 : Résultats de l'enquête téléphonique

Tableau n°18 : Résultats de la phase test

N° du pat.	Personne contactée	Durée interview	"souvenir" du Carnet	souvenir conseils (validé)	Lisible	Compré - hensible	Manipu - lable	Utilisé	Fréquence utilisation	Améliorat° Alimentat°	Suggest.	+ d'info	Fiches reçues
	1:pat. 0: entour.	min	1 : oui	1 : oui	1:oui 2: +/-	1:oui 2: +/-	1:oui 2: +/-	1:pat. 0 :entour.	1:1x/mois ; 2:1x/sem. 3:>1x/sem ; 4:ts les j.	1:oui	1:oui	oui:1	
2	0	7	1	1	1	1	1	0	2	1	0	0	/
3	1	12	1	1	1	1	1	1	2	1	0	0	bois
4	1	11	1	1	1	1	1	1	3	1	0	0	/
5	1	9	1	0	1	1	1	1	2	1	0	0	/
6	0	15	1	1	1	1	1	0	3	1	0	0	/
7	1	4	0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	0	4	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	/
9	1	7	1	1	1	1	1	1+0	1	1	0	/	/
10	1	12	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	Const
11	1	5	1	0	1	1	1	1	1	0	0	/	/
12	0	8	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	/
13	1	6	1	1	1	1	1	1	1	1	0	/	/
14	1	9	1	1	1	1	1	1+0	2	1	0	/	/
15	1	2	0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
16	0	2	0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
17	1	7	1	1	1	1	1	1	2	1	0	/	/
18	1	12	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	/
19	1	6	1	1	1	1	1	1	1	1	0	/	/
20	0	10	1	1	1	1	1	0	2	1	0	0	/
Somme	13	148	16	11	16	16	16	10	26	13	0	0	0
Moyenne		7,789474	0,842105	0,6875	1	1	1	0,571429	1,625	0,8125	0	0	
%			<b>84</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>63</b>		<b>81</b>			

