

**Troubles de la nutrition  
dans la maladie d'ALZHEIMER :  
Approche comportementale**

## **Méthode de travail :**

Un groupe de travail consacré à l'approche comportementale dans les troubles de la nutrition au cours de la maladie d'ALZHEIMER s'est formé le 20 décembre 2005.

Dans les troubles comportementaux en lien avec l'alimentation chez la population choisie, nous avons décidé de ne pas travailler par types de démences ou par stades car nous avons estimé que bon nombre de comportements pouvaient être retrouvés dans plusieurs types de démences, comme à différents stades des maladies, chaque cas étant particulier.

Les termes de « démence », « sénile » peuvent souvent choquer l'entourage de la personne, qui y voit une connotation de folie. Le terme de « maladie d'Alzheimer » est alors plus accepté car plus rassurant et déculpabilisant pour les proches.

Ainsi, en expliquant d'emblée que tous les troubles du comportement sont dus à une maladie neurologique dégénérative à ce jour incurable mais que l'on peut cependant prendre en soin le malade, le regard sur le patient (celui qui souffre) peut alors être plus empathique.

Notre travail est centré sur le travail en EHPAD ou en accueil de jour nous avons donc exclus les stades légers qui sont pris en charge par d'autres structures.

La problématique principale concerne ici les états démentiels où les troubles du comportement gênent la prise alimentaire.

Nous avons également exclus de ce travail les troubles de la déglutition qui pourraient faire l'objet d'un travail à part sous la responsabilité d'orthophonistes dont c'est le domaine de compétence et d'expertise.

Sur le plan pratique, nous avons décidé de nous réunir toujours le même jour le mardi après-midi, à la même heure, de 14H30 à 16H30, au même endroit, à la maison de retraite de la **FMP résidence BOTTARD à Montigny les Corneilles.**

Cette unité de temps et de lieu limitant les oublis ou les erreurs.

Entre le 20 décembre 2005 et le 24 avril 2007, nous avons fait 8 réunions soit environ une réunion tous les 2 mois, la fréquentation a été de 7 personnes par réunion sauf les 7 mars 2006, 8 participants et le 13 juin 2006, 13 participants.

L'intérêt de la composition du groupe de travail est une grande interdisciplinarité. Beaucoup de spécialités professionnelles concernées dans la prise en charge des patients atteints par la MALADIE d'ALZHEIMER (MA) ou des démences apparentées sont représentés. Cette composition marque la nécessité, toujours aussi importante dans ce type de pathologie, d'avoir une approche globale et pluridisciplinaire pour améliorer les solutions proposées pour la prise en charge optimale des patients atteints par une MA

Par ordre alphabétique on peut citer, aide soignante, AMP, cuisinier, diététicienne, directeur d'établissement, gériatre, infirmière, kinésithérapeute, psychologue.

Dans son évolution au cours du temps ce groupe est resté ouvert, chacun y apportant à la fois ses connaissances et ses expériences mais surtout son questionnement par rapport à son vécu professionnel et à ses propres attentes.

En particulier, il faut noter l'arrivée en juin 2006 de l'équipe de LUZARCHES qui ouvrait un accueil de jour qui nous a pratiquement à la fois apporté et retiré des solutions rapidement mises en pratique en ce lieu.

C'est à partir de faits réels rencontrés quotidiennement dans nos établissements hébergeant ces populations et par des actions concrètes et pratiques nous avons cherché à établir des propositions de conduites à tenir dans la prise en charge des comportements liés à l'alimentation, chez les personnes âgées atteintes de démences (Alzheimer et apparentées).

## Première partie :

### Comportements anormaux dans la MA entraînant des troubles de l'alimentation :

- a- agressivité
- b- angoisse
- c- opposition : refus de s'alimenter, le patient repousse la main de l'aidant, ferme sa bouche, recrache
- d- agitation psychomotrice : hyperactivité, déambulation, errance, difficulté à faire asseoir suffisamment de temps la personne pour qu'elle puisse manger en quantité suffisante par rapport à ses dépenses qui amène une trop grande dépense d'énergie par rapport aux calories prises. (a)
- e- apraxie : perte de l'autonomie à manger seul
- f- troubles moteurs : dyskinésie, chorée... (mouvements involontaires mettant en difficulté la mise en bouche des aliments) et sources d'une grande dépense d'énergie.
- g- agnosie : ne fait plus la différence entre les aliments et des objets de la vie quotidienne (mange les dominos, du papier, ses excréments mais ne mange pas les haricots dans son assiette, par exemple), ne reconnaît plus l'utilité des instruments liés à l'alimentation (ne sait plus se servir de ses couverts)
- h- refus de s'alimenter en lien avec la présence ou l'absence de telle ou telle personne : personnel, famille, autres résidents ayant des comportements « écoeurant », par exemple la personne bave, joue avec le dentier, tousse, crache la nourriture...
- i- affections somatiques : troubles du transit, nausées, mycoses, trouble de la déglutition, troubles de l'hydratation qui influencent les envies et les capacités de la personne à s'alimenter, liste non exhaustive
- j- prise de médicaments : trop de cachets pris avant le repas, cachets plus eau avalée pour les faire passer, peuvent diminuer la sensation de faim. Le goût des cachets peut suffire à écoeurer et à ce qu'ils ne veuillent plus manger ensuite, trop gênés par ce goût qui reste.
- k- les hospitalisations externes entraînent une perte des repères, une augmentation de la désorientation temporo-spatiale, une agnosie des personnes, générant angoisse, agressivité, agitation pouvant s'exprimer par des troubles de l'alimentation
- l- état de dépression qui peut entraîner des troubles de l'appétit avec anorexie, boulimie, hyperphagie, pouvant aboutir à un syndrome de glissement ; la personne ne mange plus ou ne boit plus pour mourir le plus rapidement possible, on peut assimiler cela à un état mélancolique.
- m- repli sur soi, adaptabilité sociale : le fait de manger au restaurant (en public) ou dans sa chambre peut jouer sur la prise d'aliments, par exemple, peur d'être vue en train de

mal manger, peur d'être critiqué ou au contraire exaspéré, écoeuré par les autres qui mangent salement...

- n- capacité à ressentir la faim, le besoin de manger et boire, à se souvenir qu'il a déjà pris ou non son repas
- o- perturbation du goût, voire agueusie : quand il existe des carences en sels minéraux, oligoéléments mais aussi en lien avec l'hygiène dentaire, la pose des dentiers, occultant le palais. Changement de préférence de goût (sucré, salé...) par rapport à avant, fixation sur un goût particulier avec refus de manger avec d'autres goûts (souvent préférence pour le sucré) et monotonie dans l'alimentation (veut toujours le même plat) ou deviennent difficiles quant à la présentation, variété et consistance des plats
- p- l'alcoolisme chronique a des effets sur l'alimentation et le comportement
- q- vitesse de prise des aliments par la personne : trop vite peut entraîner des vomissements, des troubles de la déglutition, trop lentement peut entraîner une sensation de satiété trop rapide par rapport à la quantité avalée.
- r- adaptation au mode de fonctionnement de chacun : quand il faut avoir le temps, la patience, la compréhension pour chaque personne âgée et qu'on ne les a pas forcément...
- s- l'hétérogénéité des pathologies, de leurs évolutions et des âges peut entraîner incompréhension, inadaptation, asocialité chez les résidents, entre eux
- t- environnement, ambiance : clarté, propreté, décoration, bruit, agitation...
- u- le comportement de l'entourage, l'infantilisation du parent par l'entourage ou le personnel génère une perte d'autonomie du point de vue :
  - de la motricité, dont la capacité de manger et de boire seul
  - de la capacité à exprimer ses désirs et à faire des choix en conséquence, quoi manger, préférences
  - de prendre des initiatives, vouloir manger autre chose aujourd'hui, changer.

## **Deuxième partie :**

### **Actions utiles à mettre en place en réponse aux comportements répertoriés :**

#### **Mesures générales :**

Nous avons d'abord mis l'accent, sur le fait que l'équilibre nutritionnel qu'on pouvait encore rechercher à des stades moins avancés n'était plus le but principal ici.

Pour le suivi nutritionnel simple, la prise mensuelle du poids de chaque résidant est sans doute le meilleur outil de surveillance. Il doit être vu par le médecin traitant et ou le médecin coordonnateur, au mieux chaque mois. Les marqueurs biologiques en dehors de circonstances particulières ne sont souvent pas essentiels en surveillance systématique rapprochée.

Des grilles d'évaluation de l'état nutritionnel peuvent permettre d'objectiver des troubles mais sont d'usage plus difficile selon leur durée d'utilisation et l'implication possible du personnel.

En effet, à ces stades modérément sévères à sévères de la maladie, il faut surtout chercher à apporter du plaisir par rapport aux habitudes et plaisirs antérieurs ou en fonction des nouveaux plaisirs acquis des résidants atteints de MA Sur le plan des habitudes alimentaires il faut savoir que le plus souvent le goût évolue vers le plaisir du sucré bien qu'il faille l'adapter ensuite individuellement Toujours penser à repérer les aliments plaisirs et à les noter dans le dossier de vie du résidant, ne jamais oublier que si certains goûts restent fixes d'autres peuvent évoluer. (o)

Lors de la visite de pré admission, il est important de déjà évoquer les goûts alimentaires du futur résidant même si on sait qu'ensuite il faudra affiner ce travail et noter les évolutions une fois la personne admise.

Selon les personnes, il faudra varier ou au contraire ritualiser et toujours donner la même chose pour favoriser la prise alimentaire. (r)

A titre d'exemple un participant évoquait le cas d'un résidant qui avait vécu 3 ans en n'acceptant de manger que du café au lait et des tartines tout au long de la journée et qui refusait toute autre forme d'alimentation alors qu'antérieurement il n'appréciait pas ce type d'aliments. (o)

De ce fait, bien souvent, c'est le plat principal qui n'est pas pris, il faut savoir dans ce cas que 2 boîtes de compléments alimentaires par jour couvrent les besoins protéiques journaliers équivalent à une portion de viande, même s'ils ne couvrent pas les besoins énergétiques (caloriques) de la journée.

De même au niveau de la cuisine il est possible d'enrichir les potages par exemple avec de la crème, du gruyère ou des poudres de suppléments protidiques.

Au petit déjeuner l'avantage des bouillies est de pouvoir apporter du lait en même temps, un gâteau casse croûte type REM apporte 40 calories, la quantité peut varier de 2 à 5, on peut y rajouter 2 sucres, du lait, du beurre et pourquoi pas de la confiture, il faut aussi penser aux petits beurres qui sont très appréciés des personnes âgées. Les biscuits que l'on peut manger tout en déambulant sont pratiques.

Ainsi les équipes doivent s'adapter aux troubles du comportement y compris alimentaires des déments ALZHEIMER, non l'inverse.

C'est à elles d'expliquer aux familles (u) que les patients atteints de MA ne peuvent être « raisonnés » et que de ce fait, il ne sert à rien de se mettre en souffrance :

- s'ils refusent de manger un type d'aliment, ou au contraire s'ils sont hyperphagiques. Après l'entrée en maison de retraite, avant les phases avancées ou les déments auront tendance à se dénourrir, il n'est pas rare qu'on assiste après l'admission en EHPAD à une prise de poids du résidant, souvent liée à une baisse de l'activité physique et à la prise plus régulière des repas (oublis à domicile).
- Pour les familles, sur un plan pratique, cela oblige parfois à racheter une garde robe à leur parent avec un coût induit parfois mal accepté et source de tensions. Pourtant, étant donné la dénutrition qui guette les malades d'ALZHEIMER en phase avancée, il n'est pas question de les faire maigrir sauf cas très particuliers exceptionnels, par exemple diabète avec complication grave, rétinopathie risquant de conduire à la cécité, artérite risquant de conduire à une amputation, et ceci à courte échéance.
- Si le patient refuse telle ou telle personne pour s'occupe d'eux (h), ce qui peut d'ailleurs varier d'un jour à l'autre ou d'un moment à l'autre dans la même journée. (c)

C'est donc aux équipes d'être à l'écoute des demandes et non à elles ou aux familles de vouloir imposer leurs propres désirs ou frustrations car tout type de modification du comportement est souvent traumatisante pour l'aidant principal et les autres proches, y compris les modifications du comportement alimentaire. (u)

Pour retarder l'amaigrissement, des ateliers goût et odorat sont pratiqués en concertation avec les animateurs, la cuisine, les AS et AMP, le personnel de service (et autres sans exclusive), les familles...

Ils permettent souvent de conserver ou d'améliorer l'envie et donc la qualité de vie et la vie même. Il faut sans cesse favoriser la continuité et la multidisciplinarité dans le soin au sens large du terme, c'est-à-dire la prise en soins du résidant accueilli.

De manière générale un modèle trop restrictif et trop protecteur est inhibant pour une personne qui n'a plus envie de rien faire y compris de manger. (u)

Une solution proposée pour favoriser la diversité de la prise alimentaire consiste en tables thérapeutiques (inverse du service plateau), une table ayant uniquement les entrées puis une fois tout débarrassé, les plats de résistance, et enfin après avoir de nouveau tout débarrassé, le fromage et les desserts. Ceci est assimilable au service à l'assiette qui doit être autant que faire se peut favorisé. Cela est rendu plus difficile le soir dans beaucoup d'établissements où le personnel est moins nombreux, à titre d'exemple deux agents pour 30 résidants avec en règle générale un plateau le soir pour les plus dépendants. (r)

Des expériences, dans certains établissements, sont menées avec des écoles pour un travail sur le goût, lors de la semaine nationale du goût par exemple.

Des thèmes culinaires ou des repas à thèmes reviennent périodiquement...

L'idéal dans les menus proposés est de pouvoir offrir un menu type avec des constantes et des possibilités de remplacement. Les changements demandés représentent de 10 à 25% des cas en fonction des établissements. Pour certains EHPAD, comme ZEMGOR où il y a beaucoup de personnes d'origine russe, on adapte les menus à la culture d'origine.

Le plan type mensuel est ou non supervisé par une diététicienne en fonction des établissements, la plupart des établissements présents au groupe de travail ont une « commission menus » qui fonctionne.

L'individualisation du menu pour chaque résidant serait souhaitée mais ceci se heurte à des contraintes économiques et autres possibilités pratiques de l'institution. De même, l'idéal serait de servir le premier repas dès 8H et le dernier pour 20H mais les contraintes horaires du personnel et leur nombre insuffisant, le soir en particulier, permet souvent au mieux des horaires 7H30-19H.

En dehors des heures de repas, il est important pour les déambulants qui ne restent pas à table de pouvoir leur proposer des aliments en dehors des horaires de repas, par exemple, des sandwiches, des fruits frais, des biscuits.

Pour les sandwiches, il faut préférer du pain de mie tendre et pas épais, d'une part pour les personnes qui du fait de problèmes dentaires ne peuvent plus croquer, d'autre part pour éviter les fausses routes. En effet, les trop grosses bouchées pâteuses sont dangereuses, risque majeur de fausse route.

Cette solution est sans doute préférable à celle qui consiste à attacher les gens le temps du repas comme cela peut encore se voir dans certains établissements.

Il ne faut effectivement pas oublier que la décharge motrice des déambulants leur permet de diminuer leur angoisse et il faut sans cesse travailler sur l'environnement (t) et aussi sur les activités de détente avant les repas pour qu'ils soient plus calmes, les troubles du comportement alimentaire n'étant qu'une partie de l'ensemble des troubles du comportement du malade d'ALZHEIMER. (a, b, c, d, f)

L'élément crucial est la possibilité ou non de prendre son temps, car bien des résidants pourraient tout manger si on pouvait leur laisser le temps de le faire, ce qui pour des raisons pratiques et de manque de personnel n'est malheureusement pas toujours le cas. (q, r)

Forcer ne sert à rien sinon à augmenter l'agressivité, il faut au contraire parler à la personne atteinte de démence, lui expliquer ce qu'on fait, ce qu'on lui donne.

En agissant ainsi, on la rassure et, en acceptant son refus on lui permet d'exister et de ne pas être résumée à un objet de soin de l'équipe soignante (terme encore une fois pris dans son sens le plus large).

Sur le plan comportemental des équipes, ne jamais oublier que le toucher thérapeutique est rassurant, qu'il faut dans le laps de temps consacré prendre son temps, ne pas affronter, accepter le refus, ne pas le vivre comme un échec.

Il faut gérer l'environnement pour le rendre le plus calme possible et la création d'unités ALZHEIMER spécialisées peut également être une solution possible pour améliorer l'ensemble des troubles du comportement y compris alimentaires, cela mériterait d'être évalué par des études.

Il est fondamental de travailler cela avec tous les professionnels au contact des patients ALZHEIMER, un refus ne doit jamais être interprété comme un échec ou une frustration par un soignant, ou interprété sur le mode affectif, comme : « il est méchant ». (u)

Il faut être apte à s'adapter et former les équipes à accepter ce qui ne nous apparaît pas comme « normal » aux autres âges de la vie et sans cesse rappeler aux familles et aux équipes l'évolution progressive inéluctable vers une plus grande dépendance liée à des lésions neurologiques dégénératives anatomiques.

Il faut sans cesse penser à déculpabiliser les proches, ce n'est pas de leur faute mais c'est bien la maladie qui est responsable des troubles qui gênent la vie sociale des malades.

C'est tout l'intérêt d'avoir des projets individualisés de soin et de vie qui se complètent.

Une autre chose est parfois difficile à faire entendre mais qui est inscrite dans la vie même est que quoi que l'on fasse, un jour ou l'autre le résidant devra mourir quand même...

Ceci ne doit en aucune manière nous servir d'excuse pour ne pas faire au mieux notre travail, au contraire...

Pour le temps qu'il nous reste chacun à vivre, nous nous devons de faire au mieux de nos possibilités individuelles pour vivre et aider les autres à vivre au mieux de ce que leur dépendance leur permet encore, sans en faire les objets de notre bon vouloir.

La notion d'appétit, au sens large, c'est-à-dire sur l'appétit de la vie et des envies qui peuvent encore à cet âge et malgré les pathologies ou les dépendances motiver pour vivre.

Au-delà même, au bout de la vie, quand les personnes refusent de manger sans qu'il y ait de pathologie somatique curable qui puisse l'expliquer, problème dentaire, infection, mycose. (i) Dans la plupart des cas, il n'y a pas de sens à prolonger artificiellement leur vie contre leur volonté exprimée par un refus systématique de manger (1).

Dans ces cas, la pose d'une sonde naso-gastrique ou de gastrostomie qu'ils veulent arracher si on ne leur attache pas les mains constitue alors une forme d'acharnement thérapeutique maintenant dénommé obstination déraisonnable injustifiée.

En fait, nous craignons qu'ils ne meurent de faim alors qu'eux expriment souvent ainsi leur volonté de ne plus vivre.

Evidemment il faut alors tenter de les prendre en charge comme des déprimés pour essayer de leur redonner l'envie de manger donc de vivre mais ce n'est pas en les forçant et en les niant un peu plus ainsi qu'on peut être efficace (1).

Il vaut mieux toujours proposer le peu qu'ils accepteront de prendre avec plaisir que de leur imposer ce qui n'augmentera pas forcément leur espérance de vie mais qui à coup sûr altérera profondément leur qualité de vie résiduelle. (u)

## **Le respect des normes d'hygiène alimentaire en collectivité :**

Bien évidemment, quand cela a un sens, il faut respecter au mieux les contraintes alimentaires réglementaires (règles HACCP) mais, en fin de vie surtout, il faut savoir gérer les exceptions et rester humains dans nos raisonnements, oublier la règle et faire plaisir.

A titre d'exemple, dans un établissement, il avait été refusé à une dame mourante son dernier souhait alimentaire, manger deux œufs au plat avec un coup de rouge...

Pour le coup de rouge, pas de problème, mais la cuisine avait prétexté que, réglementairement, selon les normes de sécurité alimentaire pour les œufs, cela pouvait être dangereux pour sa santé. Elle était en fin de vie et devait décéder 48H après de sa pathologie principale... Cela n'avait donc aucun sens.

A l'inverse, des mesures simples permettent souvent, tout en respectant des normes correctes d'hygiène, de répondre aux besoins spécifiques des déambulants (d).

Par exemple, pour les collations à préparer pour les ALZHEIMER, il est important d'avoir un réfrigérateur dédié dans le service.

Le cuisinier rappelle ici qu'il ne faut pas plus de deux heures entre la remise des plats par la cuisine et leur absorption par le résidant sauf si le plat est filmé avec un plastique alimentaire.

Dans ce cas, il peut être gardé au réfrigérateur mais devra être jeté le lendemain s'il n'a pas été consommé dans les 24H.

Il faut donc penser à mettre une étiquette avec la date et l'heure d'arrivée sur le plat.

En effet, devant un patient qui refuse de manger au moment théorique du repas et dont on sait que passé ce moment d'opposition il pourra manger plus tard, il faut prévoir d'avoir de quoi donner en dehors du moment des repas tout en respectant les règles d'hygiène alimentaire en collectivité.

Comme déjà cité plus haut, sur le plan du respect des impératifs d'hygiène alimentaires, il faut simplement que les sandwiches préparés pour les déambulants soient recouverts de film plastique avec la date de leur préparation, et gardés au réfrigérateur pour les conserver la journée de fabrication en jetant le lendemain ce qui n'aura pas été consommé.

### **Formation, prise en charge psychologique des équipes, rythmes de travail :**

Personne ne nie que le travail soit très éprouvant non seulement physiquement mais aussi psychologiquement pour les équipes. De ce fait, elles doivent être accompagnées, par des formations certes, mais aussi par des groupes de paroles dirigés par des psychologues pour atténuer les tensions et les souffrances des soignants. (r)

L'accent doit être mis sur la formation et l'information des personnels.

En effet, on est passé des maisons de retraite aux EHPAD, avec une aggravation de la charge de travail liée à l'aggravation des dépendances mais surtout des troubles du comportement qui usent psychologiquement les équipes non préparées et non formées à la prise en charge de ce type de résidents.

Il faut favoriser les formations en interne pour limiter le renouvellement déjà important des équipes, nuisible à la qualité de la prise en charge des résidents.

Beaucoup de « conflits » sont en effet consécutifs aux troubles oppositionnels et aux oublis qu'il faut à l'inverse savoir utiliser à son profit pour lors d'une opposition, passer à autre chose et revenir après 5 minutes où le trouble aura peut être disparu et sera oublié...

C'est sans doute le refus et la violence oppositionnelle du résident qui sont les plus difficiles à gérer pour les équipes. (a, c)

Pour les équipes, des groupes de parole animés par un psychologue de préférence indépendant de lien hiérarchique avec la maison de retraite sont importants.

En effet, les personnels doivent pouvoir exprimer leur plainte sans crainte d'être jugés ou sanctionnés, que cette plainte soit objectivement fondée ou non, tel n'est pas le problème. L'important est que les équipes puissent abaisser le niveau de souffrance professionnelle ressentie ou de l'impression de non reconnaissance, parfois, de leur travail.

C'est pourquoi il est important que les cadres d'un établissement ne participent pas à ces groupes de parole et que nul dans le groupe ne soit ressenti comme l'informateur, l'espion potentiel de la direction.

Si tel est le cas, un tel groupe perd beaucoup d son intérêt car il est important de pouvoir manifester sans honte ses difficultés face aux troubles comportementaux des déments ALZHEIMER.

Ceci ne signifie pas que les cadres ne puissent pas avoir besoin de tels groupes de paroles pour diminuer leur propre tension mais ces groupes de paroles doivent alors avoir lieu à part, peut être même faire l'objet d'entretiens individuels...

Sur le plan des rythmes de travail, des établissements ont des personnels qui travaillent sur 10 ou 12 heures en continu, par exemple à CHARS, aux parentèles, dans leurs unités ALZHEIMER.

Pour ce type de résidents une équipe la plus stable possible sur la base du volontariat, au mieux, est préférable. Pourtant ceci reste un vœu pieu dans bien des établissements, du fait d'une part de la faiblesse des ratios de personnel et à l'absentéisme parfois considérable.

**L'addiction en particulier alcoolique peut poser problème en institution :**

Il faut trouver la frontière entre tolérance de l'addiction (p) que la personne ne souhaite pas cesser et respect social des autres résidants en fonction des conduites anormales que peuvent provoquer une ivresse ou une imprégnation alcoolique excessive au sein de l'établissement.

Comme souvent dans ces cas il faut sensibiliser les familles au fait que nous ne cherchons pas à les punir mais qu'il n'est pas bon qu'ils ramènent en cachette du vin ou de l'alcool dans l'établissement, de même pour les amis et autres proches...

L'alcoolisme non sevré et caché étant encore plus difficile à prendre en charge y compris au sein d'un EHPAD.

En effet, c'est ensuite aux équipes soignantes de gérer l'agressivité, les malaises « inexplicables » et autres soucis liés à la consommation excessive d'alcool.

Ainsi la restriction joue t'elle surtout par rapport au comportement social anarchique que peut entraîner l'addiction alcoolique. L'excès commence quand l'interaction avec les autres devient toujours négative. Sur le plan personnel elle favorise de plus la dénutrition du résidant atteint.

Ceci n'est qu'une impression clinique mais les 2 médecins présents ont constaté qu'ils avaient peu de patients présentant une maladie d'ALZHEIMER ayant une addiction à l'alcool même lorsqu'ils en avaient présenté une auparavant ou que la démence est d'origine alcoolique.

Le problème a été soulevé car dans certains endroits on donne du vin plus de la bière plus de l'apéritif...

Si effectivement il faut favoriser une bonne qualité de vie et ne pas interdire la prise de vin ou d'autres boissons alcoolisées, de l'ordre d'un quart voire d'un demi litre de vin par jour ou quantité totale d'alcool équivalente, il est clair qu'il ne faut pas encourager l'alcoolisme a fortiori chez certains des résidants qui chutent ou qui sont agressifs quand ils ont trop bu.

Sur le plan pratique, ¼ de vin étant admis par repas et par personne, à la sortie de cuisine il est bon de ne pas laisser traîner les bouteilles sur les tables, quand le service se fait au verre par les hôteliers, les bouteilles ne restent pas non plus sans surveillance sur les tables, les bouteilles entamées sont systématiquement récupérées.

### **Les régimes particuliers :**

Partant du problème de l'addiction nous avons également évoqué le cas des personnes qui ne veulent pas abandonner un régime particulier, sans sel, diabétique strict, alors que la règle gériatrique est plutôt de ne pas mettre en place de régime trop sévère et si besoin de compenser par exemple pour le sel par un peu plus de FUROSEMIDE, pour le sucre par un TT antidiabétique qu'on adapte aux glycémies.

Pour des traitements particuliers comme les AVK, qui doivent conduire à surveiller la prise de certains aliments, il est sans doute préférable de faire l'INR un peu plus souvent que de contraindre une personne âgée à un régime souvent difficile à mettre en place et à faire respecter.

Pour les personnes en excès de poids, le rapport à la nourriture est souvent particulier avec souvent la volonté de combler un vide intérieur, on est en présence d'une nourriture médicament utilisé comme antidépresseur.

L'excès se définit alors par rapport à la tolérance de la personne de sa propre image et de sa volonté de vivre avec soutien psychologique adapté.

La limite que l'on peut poser pour la prise excessive de poids est lorsqu'elle entraîne des douleurs importantes du squelette ou qu'elle finit par rendre la personne incapable de bouger seule, on est alors en droit d'essayer de faire cesser la prise de poids même si on ne cherche pas à faire maigrir.

La nutrition se définit effectivement aussi en fonction de l'énergie que procurent les aliments pour permettre de bouger et de maintenir le mouvement.

### **Les repas avec la famille dans l'établissement :**

A propos des apports extérieurs des familles en dehors des problèmes d'alcool, il est bon d'emblée d'aller vers la transparence, une relation de confiance entre les familles et l'établissement est nécessaire pour que le règlement intérieur soit respecté, pour cela il faut qu'il soit compris donc expliqué.

Si une famille souhaite apporter un repas et manger avec leur parent institutionnalisé, cela doit être possible mais s'il y a des restes, la famille doit au mieux les jeter ou les rapporter chez eux.

Si des plats contiennent de la mayonnaise ou de la crème pâtissière par exemple, les restes devront être systématiquement jetés.

Il faut favoriser l'accueil des familles pour les repas dans un lieu donné de l'établissement, si possible privatif avec droit de regard de l'établissement pour que les consignes élémentaires de sécurité alimentaire soient respectées comme vu plus haut.

Quand certains goûts particuliers s'expriment, une marque particulière de camembert ou autre produit périssable, il vaut mieux le favoriser dans un moment convivial où la consommation peut se faire en une fois toujours dans l'optique de ne pas avoir à gérer de restes.

On peut éditer un document type précisant les droits et devoirs des parties en rappelant les règles qui régissent les établissements, les familles engageant par écrit leur responsabilité en cas de problème alimentaire consécutif à une préparation non fabriquée par la cuisine de l'établissement. Cela n'a pas de grande valeur légale mais permet au moins de contractualiser les choses dans l'esprit des familles par rapport aux droits et aux devoirs.

Sur le plan de la convivialité, si une famille offre un gâteau ou une part de gâteau à un membre du personnel celui-ci peut ou non accepter sous sa seule responsabilité.

## **Les conditions pratiques du repas :**

### **Etape préliminaire, la préparation du résidant :**

Les conditions du bien manger commencent avant le repas par la préparation du résidant.

Il faut se préoccuper des afférentations. A-t-il ses lunettes ? A-t-il mis son appareil auditif ?

A-t-il peur de tomber en allant au restaurant ? Est-il bien chaussé ? Doit-on l'accompagner ou non ? Est-il allé aux toilettes avant de se rendre au repas ? S'est-il lavé les mains ? A-t-il son appareil dentaire, est-il bien fixé ?

Plus on sera en mesure de répondre individuellement à chacune de ces questions et à bien d'autres, meilleure sera la prise en charge ultérieure pour le repas.

Se rappeler que chez un dément tout est à redire plusieurs fois et qu'il faut l'exprimer verbalement calmement en devant fréquemment se répéter : l'heure du repas, le lieu, avec qui il mange...

Il est important ensuite d'avoir repéré les rituels, de connaître au mieux les habitudes antérieures de vie pour l'installation à table.

Dans le lieu du repas il faut supprimer les bruits parasites envahissants susceptibles d'aggraver les troubles du comportement, ceci est valable pour la télé qui devrait être systématiquement éteinte au moment des repas, la distraction qu'elle engendre pouvant même favoriser les fausses routes.

On préférera un fond sonore musical doux, apaisant, plus propice à se détendre et à manger. Sur le plan pratique de la sonorisation, il vaut mieux prévoir plusieurs sources, si possible par liaison sans fil, afin de ne pas avoir un volume sonore trop fort, enceintes fixées solidement aux murs pour réduire le risque de disparition intempestive, problème des vols en collectivité.

Il faut également que le lieu du repas soit bien éclairé pour que le résidant voit ce qu'il y a dans son assiette. (t)

Pour les déambulants il faut se situer dans un lieu qui leur permette de se lever facilement en dérangeant au minimum les autres convives, la déambulation chez les déments leur permettant de diminuer leur niveau d'angoisse, l'idéal étant d'avoir un espace de déambulation autour du lieu habituel de repas. Pour mémoire il existe une liste d'aliments pouvant être facilement mangés debout, ceci est particulièrement adapté aux déments déambulants qui ont toutes les peines du monde à s'asseoir plus de quelques secondes avant de redémarrer de plus belle.

Si on bloque la déambulation, on est contre productif, car on voit croître l'opposition et le refus et donc les difficultés alimentaires avec diminution de la prise alimentaire totale. Il ne faut jamais oublier que face à une personne atteinte de maladie d'ALZHEIMER, ce sera toujours au soignant de s'adapter à lui et non l'inverse car de part sa pathologie neurologique, cette personne n'est plus, par définition, « raisonnable ».

A ce sujet, il faudrait relancer l'idée de repas thérapeutiques ou le personnel pourrait se mêler aux résidants pour manger sans que cela ne relève de l'exceptionnel. Mais faute de personnel en nombre suffisant cela ne paraît pas à ce jour réalisable.

La place de chacun au niveau du repas doit tenir compte des affinités entre les personnes, (h, m, n, q, r, s) le plan de table ne doit pas être modifié de manière intempestive par un tel ou un tel mais réfléchi et accepté en équipe pluri disciplinaire, le cadre de santé étant ensuite le mieux placé pour le faire respecter ou être à l'initiative de sa modification quand nécessaire, toujours après une réunion d'équipe. Même en l'absence de problèmes, le plan de table doit être un élément de réflexion régulier de l'équipe.

Il est préférable de nommer le lieu du repas salle à manger ou restaurant plutôt que cantine...

Le cheminement vers ce lieu sera favorisé par des pictogrammes bien visibles ainsi que par le rappel du nom du lieu écrit au dessus de ces pictogrammes.

Lors de l'accompagnement de la personne quand il est nécessaire, il faut prévoir des haltes possibles, des sièges, un salon, pour ne pas épuiser physiquement une personne avant d'aller manger, à l'inverse, un effort adapté ouvrirait plutôt l'appétit...

La complémentarité du travail kinésithérapeute aide soignante pour le maintien de la marche est à ce niveau essentielle.

Si la personne doit être amenée en fauteuil roulant, tant que le transfert est possible, il est préférable que la personne mange assise sur un siège normal.

La hauteur des tables et le type du mobilier doivent être adaptés aux handicaps éventuels. Si possible, préférer les tables rondes à pied central pour les fauteuils roulants.

Il faut en permanence veiller à la bonne intégration du résidant, à songer à ses difficultés initiales à l'arrivée dans l'établissement puis au fur et à mesure de l'évolution de sa maladie.

Il faut les rappeler sans cesse aux équipes et à la famille du résidant dont les demandes sont parfois décalées par rapport à la pathologie principale source de tous les troubles du comportement et qui elle est, à ce jour incurable.

Tout est affaire ensuite de situation locale et de positionnement :

Positionnement des lieux de repas dans l'établissement, positionnement d'un lieu de déambulation possible par rapport à ces lieux de repas, dans le lieu du repas positionnement de chacun dans un lieu pratique pour lui mais aussi pour les autres.

Par exemple, il faut installer les plus lents en premier et les plus éloignés de l'entrée de la salle.

Positionnement ensuite des différents éléments sur la table de manière répétitive, repères visuels précis, couleurs des serviettes, des nappes.

A ce sujet, il est préférable d'utiliser des serviettes en tissu faciles à entretenir plutôt que des bavoirs en plastique en rouleaux, forcément infantilisans et qui donnent une image négative supplémentaire aux malades ALZHEIMER à un stade sévère de leur maladie.

Pour les personnes ne supportant aucun vêtement il vaut mieux utiliser une chemise coton ouverte facile à changer et à laver après le repas.

C'est un des éléments fondamentaux lors de l'entrée, il faut un trousseau très conséquent à prévoir pour les familles car comme nous le savons une personne atteinte de maladie d'ALZHEIMER aura souvent besoin d'être changée plusieurs fois par jour et avec la rotation du linge ceci peut être source de conflit avec les familles si cela n'est pas expliqué d'emblée.

Pour les places à table l'idéal est de pouvoir laisser des places vides à plusieurs tables pour certains déambulants qui ont du mal à se fixer alors que d'autres au contraire sont très attachés à leur place.

Ceci peut être source de conflit mais malheureusement, faute de place disponible, ceci n'est pas toujours possible dans de nombreux établissements. (h, m, s, t)

Ainsi le plan de table doit-il être le plus stable dans le temps dans la mesure du possible pour créer des repères en sachant qu'on aura toujours, et au jour le jour, à gérer de nombreuses exceptions.

Une certaine spécialisation des tables, personnes à stimuler et personnes à aider complètement est souvent bénéfique au climat d'apaisement au cours du repas. Ceci est souvent constaté par les aides soignantes et les AMP.

Le mélange entre patients présentant une MA et personnes plus valides est souvent très mal accepté par ces derniers qui peuvent être féroces, au moins en paroles, avec les patients atteints de MA. (s)

Dans de grands espaces la délimitation par des piliers, des claustras, est parfois utile mais elle n'est pas systématiquement ressentie comme un plus en fonction des lieux et des équipes soignantes.

A titre d'exemple, l'accueil de jour de LUZARCHES, au début de son fonctionnement, prend des résidents des autres services de la maison de retraite pour le repas. Trois soignants prennent ainsi en charge, un petit nombre de résidents. Avec ce surcroît de disponibilité, les résidents sont beaucoup plus participatifs et autonomes qu'à l'habitude.

Ceci confirme les moyens essentiels à mettre en place pour une meilleure prise en charge :

- Un espace adapté sur le plan architectural permettant la déambulation autour du lieu de repas (t)
- Un personnel en nombre suffisant et formé (q, r)

Un moindre cloisonnement horaire dans les tâches à accomplir dans la journée pour le personnel d'un accueil de jour, par rapport à un EHPAD classique, permet souvent avec plus de possibilité de liberté pour les patients atteints de MA de voir diminuer leurs troubles du comportement.

## **L'étape du repas proprement dite :**

Au moment du repas, on a constaté que trop souvent, faute de place ou de temps, de nombreux agents avaient tendance à donner à manger debout.

Pourtant, assis, placés à hauteur de la personne, il est souvent plus facile pour les patients de manger plus sereinement et pour le personnel d'avoir moins mal au dos et d'être plus reposé.

Ceci est moins fatigant donc moins stressant pour les équipes et permet une meilleure prise en charge individualisée quand cela est possible.

Ce qui limite cette prise en charge est encore souvent le manque de place et de personnel en sachant qu'il y a souvent plus de personnel au repas du midi qu'au repas du soir. (r)

Pour le repérage par des codes de couleurs ou autres repères présents sur la table, l'équipe de LUZARCHES l'a expérimenté à l'accueil de jour, peu après la précédente réunion, avec un certain succès dont résidents et personnel sont satisfaits.

On a évoqué le fait de mettre en plus d'un pictogramme le nom des résidents par place afin de pouvoir recadrer sans agressivité ceux qui ne s'assoient pas où il faut, pour éviter les conflits avec les autres comme rappelé plus haut.

Sur le plan pratique pendant le déroulement du repas, il a été rappelé qu'il faut accepter que certains mangent avec les doigts ou salement en en mettant partout autour de l'assiette, simplement il faut penser à protéger largement la table et les habits ainsi que les voisins de table.

Dans la mesure du possible on essaie de rester dans la structure classique d'un repas, entrée, plat principal, dessert, mais on sait que tout sera possible.

L'important est que la ration prise soit la plus adaptée possible pour retarder la perte de poids. Pour nous résumer le plus important est qu'ils mangent sans avoir à recourir à du forçage à la cuiller ou pire à une sonde gastrique contre leur volonté.

Il faut toujours avoir à l'esprit qu'il faut apporter du plaisir sinon le soin à un malade atteint d'ALZHEIMER perdrait son sens même.

On rappelle ici l'exemple d'une dame à qui on peut donner la totalité de son repas à condition qu'elle ait une cuillerée de compote de pommes entre chaque bouchée d'un autre aliment.

Si on essaie de garder les ustensiles habituels, couteau, fourchette, cuiller, longtemps, il faut savoir que certains n'accepteront plus de manger qu'au verre ou au bol voire avec les doigts.

C'est aux équipes de s'adapter. Si un résident casse son verre à chaque repas il n'est pas alors maltraitant de lui donner un verre en plastique. La répétition du même geste, les éclats de verre potentiellement dangereux pour la personne, ses voisins ou le personnel, le temps nécessaire à nettoyer et ramasser, tout est toujours question d'adaptation et d'arbitrage.

Aucun dogmatisme ne peut être accepté il faut toujours s'adapter, être le plus pratique, le plus simple et le moins agressif possible dans toutes nos attitudes.

## **Expériences locales et préparation d'ateliers :**

La résidence ZEMGOR a ouvert un accueil de jour dans son établissement fin août 2006.  
LUZARCHES a officiellement ouvert le sien en septembre 2006.  
A MARINES, une unité de 16 lits ALZHEIMER a ouvert fin 2006 début 2007.

A ZEMGOR, il existait déjà une cuisine dans le lieu qui a été choisi pour installer le local de l'accueil de jour, le service cuisine ne participe pas aux activités type atelier cuisine au sein de l'accueil de jour, et livre simplement les repas du midi pour les personnes accueillies.

Il s'agit d'un mode d'organisation propre à l'établissement où les rapports sont bons, au sein de l'établissement, entre les cuisines et les services de soins.

A la clinique d'ENNERY, il existe une cuisine diététique pour la prise en charge des problèmes d'obésité et de surpoids mais pas pour le moment dans le cadre de la prise en charge des patients porteurs d'une MA.

En Alsace, une expérience d'appartements thérapeutiques pour patients porteurs de MA avait été tentée mais elle avait dû être suspendue suite à de nombreuses plaintes des voisins.

Il n'est effectivement pas toujours facile de créer une unité ALZHEIMER dans un bâtiment pré existant, celui-ci n'étant pas apte sur le plan architectural à accueillir ce type de public, en particulier espaces possibles de déambulation.

Les Aides Médico Psychologiques (AMP) sont un excellent relais entre l'animation et le soin. Il est en effet important d'avoir une bonne transversalité pour associer toutes les compétences ou même différents types d'activité.

Par exemple on peut associer cuisine et création d'une œuvre picturale (peinture comestible) ou une sculpture en pâtisserie, à manger ensuite, après avoir réalisé des photos ou une vidéo de l'événement mais aussi, au cours d'un atelier cuisine, ergothérapeute, psychomotricien ou kinésithérapeute peuvent travailler les praxies avec les personnes présentes pour l'atelier.

En dehors du problème spécifique des ateliers cuisine, il est noté la difficulté pour certains établissements de réaliser une « commission menus » régulière où participent activement des résidents, beaucoup refusent d'y participer, c'est ce qui se passe par exemple à MONTIGNY.

A FONTENAY EN PARISIS, pour favoriser la participation des résidents à la commission menus, ceux-ci tournent régulièrement d'un mois sur l'autre.

Le menu peut également être proposé par un résident une fois par semaine, avec un nouveau résident qui fasse sa proposition la semaine suivante et ainsi de suite.

L'atelier cuisine peut aussi s'articuler avec le travail de la mémoire sur les saveurs des aliments où être le prétexte de découverte de nouveautés. Par exemple, à MONTIGNY, un boulanger fait du pain au BEAUJOLAIS et à bien d'autres saveurs originales que les résidents prennent plaisir à goûter.

Sur le plan de la qualité gustative, la liaison chaude est sans doute préférable quand elle est possible à la liaison froide et plus conviviale dans la présentation souvent. Sur le plan pratique, ce sont les périodes de refroidissement et de remise en température qui posent le plus de problèmes.

Un atelier se fera en liaison chaude, le nombre de personnes accueillies dans l'atelier dépendra de l'importance de l'atteinte de celles-ci.

Le nombre de personnel pour s'en occuper devra également être plus important en fonction de l'atteinte cognitive et des praxies.

Sur le plan pratique, quand cela est possible, l'atelier commence par faire les commissions aux magasins ou au marché.

Quand cela est possible et à la condition d'obtenir les autorisations requises, on peut associer la culture d'herbes aromatiques ou de plans de tomate (si on a un jardin thérapeutique), à l'atelier cuisine par exemple.

Si ce sont les personnes qui cultivent, qui préparent et consomment, cela ne pose, a priori, pas de problème.

Pour la traçabilité, on peut garder les emballages des produits achetés et utilisés pour la préparation jusqu'au lendemain avant de les jeter (en cas d'intoxication alimentaire).

Ceci n'est évidemment pas possible pour les fruits et légumes.

Il n'y a pas de plat témoin car on est sur une préparation « familiale » pour un petit nombre de résidents qui consomment eux-mêmes ce qu'ils fabriquent. Comme à l'accoutumée, pour assurer une sécurité optimale tout doit être consommé sur place dans la journée, tous les restes jetés.

Le choix des recettes et du type de participation se fait en fonction de l'atteinte des différents participants à l'atelier.

Plus les personnes sont atteintes plus il faudra choisir une recette simple, facile à exécuter sur le plan pratique. Si besoin, il faut adapter le matériel.

Un accueil de jour peut en effet accueillir des patients d'un stade modéré à sévère à la condition qu'ils n'aient pas de conduite agressive envers les autres et qu'ils ne soient pas à un stade de grabatisation.

La texture du repas peut varier en fonction du cadre. Des personnes atteintes de MA font plus d'effort quand leur famille est présente ou quand ils participent à un atelier pour manger avec des morceaux alors que d'habitude ils ont un régime haché voire mixé.

Il faut faire attention aux éventuelles allergies alimentaires des participants aux ateliers et exclure les aliments impliqués, ceci est rare à ces âges.

Certains aliments sont plus appréciés que d'autres, la pâtisserie étant sans doute la spécialité culinaire la plus appréciée et facile à faire.

Il est important de déterminer le menu en collaboration avec les participants à l'atelier.

La prise de vin ou d'apéritif dépendra des habitudes de vie antérieures, ce qu'il faut éviter ce sont les troubles du comportement ou les malaises qui pourraient survenir en cas d'excès alcoolique.

Il est évoqué la possibilité de faire un atelier restaurant avec apéritif, repas, dessert et café mais des difficultés de gestion sont possibles en particulier quand il y a trop de diversités de choix « à la carte ». Ceci pourrait déjà être fait de manière exceptionnelle une fois par an au cours d'un repas à thème par exemple.

En fonction du type d'ateliers certains seront réguliers pour favoriser les repères dans le temps et l'espace et garder des habitudes de vie régulière, d'autres plus exceptionnels pourront associer plus de monde avec un caractère festif.

Sur le plan des locaux, il faut sécuriser les sources de chaleur (plaques de cuisson), l'électricité (prises), les placards contenant les produits d'entretien par exemple.

L'animation des séances se fait sous la responsabilité d'une AS ou d'une AMP, en l'absence d'ergothérapeute ou de diététicienne, après accord du médecin coordonnateur et du responsable de l'accueil.

### **Déroulement type d'un atelier cuisine à l'EHPAD de LUZARCHES :**

Les patients choisissent le menu avec l'équipe pluridisciplinaire, en fonction de leur envie et de l'époque de l'année.

Cela permet un repère dans le temps (légumes de saisons), un travail de mémoire (souvenir des recettes) et un échange entre eux pour élaborer les différentes recettes.

Le jour même, quelques résidents se rendent au supermarché pour faire une partie des achats. Nous leur laissons chercher les rayons, choisir légumes et aliments... Le contact avec l'extérieur est ainsi préservé, et ils retrouvent des gestes et des plaisirs de la vie quotidienne, la valeur de l'argent....

Pendant ce temps là un autre groupe a commencé la préparation du repas. Nous lisons les recettes, et répartissons les tâches, autour du petit café de 10h.

De nouveau lors de ces préparatifs, la mémoire est stimulée par l'intermédiaire du goût, des odeurs, des textures, car les cuisiniers goutent les plats aux différents stades de la confection. A cette occasion, l'aspect pratique est également travaillé.

Ce sont également les résidents qui dressent la table, de façon esthétique avec pliage de serviette et objets décoratifs sur un thème en rapport avec le menu. Cette activité qui peut nous paraître simple, leur demande de la concentration car elle met en jeu notamment l'organisation spatiale, qui pose souvent problème pour cette population.

Cet aspect esthétique est important car il contribue à la mise en appétit, il est toujours plus agréable de s'installer devant une table bien présentée.

Une fois que chacun a choisi sa place, le repas commence par un petit apéritif, tradition que les patients apprécient particulièrement car il est indissociable des repas de fête.

L'appétit est aiguisé par le fait d'avoir conçu soi même les plats et par leurs présentations. On observe que des personnes ne mangeant que haché voire même mixé, retrouvent le goût pour

des aliments entiers. Cela parce qu'ils peuvent aller à leur rythme tout en discutant avec les personnes, dont les soignants, qui sont attablés autour d'eux.

Les résidents sont beaucoup moins assistés lors de ces repas, et retrouvent des gestes oubliés, par mimétisme et grâce à la convivialité ambiante.

Cette atmosphère presque familiale favorise les confidences, on en apprend beaucoup sur les histoires de vie et sur les petits soucis de tous les jours.

Cette journée se termine par un petit café et la corvée de vaisselle, qui n'en est pas une ici, car certains résidents souhaitent s'y joindre pour prolonger le plaisir d'être ensemble.

## **Conclusion générale :**

Le but de ce groupe de travail a donc été, en partant des expériences de tous les participants, d'identifier le maximum de comportements pouvant poser problème aux soignants pour prendre en charge les troubles de l'alimentation des personnes atteintes d'une MA.

Partant de ces troubles identifiés, nous avons évoqués les solutions pratiques qui nous paraissaient le mieux adaptées pour y faire face. Sur un plan pratique, chaque trouble a été affecté d'une lettre (a, b, c...) qui apparaît dans le texte des solutions aux différents troubles évoqués.

Il ne s'agit pas d'un document à caractère scientifique, de ce fait la bibliographie est peu importante.

Cependant, les participants à ce groupe de travail ont pu dans leurs propres établissements appliquer avec succès bon nombre de ces méthodes. Nous souhaitons maintenant que les autres établissements du RGIEVO et d'autres puissent accéder à ce travail, d'abord pour en tirer profit comme bon leur semblera, ensuite, s'ils le souhaitent pour l'enrichir de leurs remarques et de leurs propres expériences.

**Sources de formation et d'information :**

Certains laboratoires pharmaceutiques qui vendent des médicaments prescrits dans la MA ont des supports pédagogiques pour aider à la formation des équipes. A titre d'exemple non exhaustif et sans publicité aucune, EISAI présente un DVD consacré à l'alimentation dans la MA, SANOFI AVENTIS, un autre consacré à l'aide au repas en gériatrie dans un DVD sur le NURSING, toute autre source pour compléter cette liste sera la bienvenue.

L'INPES, office gouvernemental, édite également des fascicules sur la nutrition dont un sur la nutrition de la personne âgée.

Bibliographie succincte :

Tableaux de 2 articles :       « Nutrition et maladie d'Alzheimer »  
  « La maladie d'Alzheimer et ses conséquences nutritionnelles. »