VISage
Vienne Santé Gérontologie
http://www.gerontologie-vienne.fr

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n° 129 – Août 2014

Troubles du comportement alimentaire « par défaut » chez la personne âgée

Les troubles des conduites alimentaires par défaut chez la personne âgée souvent polypathologique interrogent sur un trouble organique ou une problématique psychique. Une distinction doit être faite entre anorexie, perte d'appétit et refus alimentaire.

Aspects psychosociaux de l'alimentation.

Physiologiquement, elle répond à des besoins énergétiques, au plaisir de manger, au plaisir du partage, de communiquer. Mais avec l'âge, les repas partagés sont souvent plus rares (éloignement / éclatement géographique des familles, veuvage..) et la solitude a tendance à altérer l'investissement pour l'alimentaire. Peuvent se surajouter des problèmes financiers, des difficultés à se mobiliser. Au fil du temps les repas deviennent de plus en plus frugaux, pour se transformer en grignotage. Il sera alors important de remettre en place « la convivialité » de ce temps, en collaboration avec un réseau de professionnels (courses, préparation du repas …). Les possibilités d'identification des aliments peuvent s'amenuiser avec l'âge, les capacités olfacto-gustatives pouvant se dégrader, mais on le rencontre aussi dans les altérations cognitives évoluées. Certains sujets âgés ont aussi des préoccupations exagérées pour les règles hygiéno-diététiques.

La perte d'appétit :

C'est un symptôme d'appel de nombreuses **pathologies somatiques**, qui viennent accentuer des symptômes physiologiques chez la personne âgée (altération du goût …). Il peut s'agir de **pathologies chroniques** : les pathologies digestives (cancer, gastrites, ulcères), la douleur, les pathologies infectieuses, ou métaboliques, les pathologies neurologiques (troubles de déglutition post AVC, maladie de Parkinson). Il faut également penser aux problèmes bucco-dentaires (candidoses oro-pharyngées, dentiers mal adaptés, sécheresse buccale qu'elle soit d'origine iatrogène ou pathologique),

Dans les troubles **psychiques** (anxiété et dépression / perte du plaisir de manger, et satiété plus rapide), la diminution de l'appétence peut être secondaire à une diminution de l'activité physique ou à une somatisation se traduisant par des troubles digestifs, où domine la constipation.

Dans la pathologie démentielle, en particulier la maladie d'Alzheimer, la perte d'appétit est d'origine plurifactorielle : perte d'autonomie, dépression, besoins métaboliques plus importants en raison des troubles du comportement, (déambulation..) et aussi troubles du comportement alimentaire. L'échelle de Blandford (1998), permet d'identifier plusieurs groupes de troubles du comportement alimentaire : comportement de résistance, comportements sélectifs, dyspraxie et agnosie, troubles cognitifs et attentionnels, incoordination orale neuromusculaire, dysphagie oropharyngienne, et liste des actions à mettre en place en fonction du trouble. Au stade sévère, il y a une atteinte des centres intervenant dans la déglutition.

A tous ces troubles peuvent se surajouter d'autres causes qui complexifient l'analyse et la prise en charge :

- l'**isolement** : les difficultés pour s'approvisionner (aggravé par un état cognitif altéré..), le manque de stimulation, le confinement au domicile du fait des troubles de mémoire, qui peuvent aussi être aggravés par la dépression.
- **les causes iatrogènes :** certains médicaments, soit par effets directs, soit par effet adverse (antidépresseurs sérotoninergiques), et la polymédication. Les psychotropes entrainent une hyposialie, qui entraine une diminution du goût.

Le refus alimentaire

C'est une action volontaire, le sujet luttant contre l'acte de manger. Il s'y associe une agitation, surtout au moment des repas.

On recherchera en premier un cause somatique : gêne à la déglutition, une dysphagie, une douleur ORL ou œsophagienne, puis une cause psychique: conflits soignants/patient, dépression, croyance délirante (l'idée d'empoisonnement ou conviction hypochondriaque). Il peut être aussi un moyen d'exercer une pression sur l'entourage et un appel à prendre en considération.

Le comportement alimentaire aberrant

Le plus souvent observé au cours des démences, le sujet âgé mange des objets pris ou non pour des aliments comestibles (ex : savon…). La difficulté sera de faire la part de ce qui peut être du à une agnosie visuelle (difficulté ou impossibilité de reconnaître les éléments de l'environnement par la vision), symptôme intriqué chez le sujet dément à des troubles des conduites sociales, des troubles dysexécutifs, (mésusage des couverts) des stéréotypies (attitudes, tics, gestes, phrases), des troubles attentionnels, et aussi des préférences alimentaires (s'il peut verbaliser).

En conclusion, l'alimentation, par son aspect humain et compassionnel, est l'essence même de l'acte de soin. Pour l'entourage (familial ou soignant), la vision d'une personne « mourant de faim» entraine une souffrance et de la culpabilité, aboutissant parfois à des comportements de lutte, où à l'inverse, d'évitement. Il est donc nécessaire d'expliquer les symptômes, et de trouver des solutions « consensuelles » et éthiques, mettant en avant les intérêts du patient.

Docteur Anne-Marie AMMEUX

Références bibliographiques :
1. Guide pratique de psychogériatrie Jean-Pierre Clément et Nicolas Darthout
2. Nutrition de la personne âgée. M. Ferry,
3. MOBIQUAL, Fiche pratique Alimentation et maladie d'Alzheimer (n° 5), à télécharger sur le site www.mobiqual.org , rubrique « se procurer les outils »

Prochaine Réunion Pluridisciplinaire de Concertation et de Formation :
Mercredi 1er octobre en soirée, à l'internat de l'hôpital de Vienne, avec pour thème :
« Insuffisance cardiaque : suivi coordonné à domicile chez la personne âgée. Expérience du Réseau VISage