

	RECOMMANDATIONS RÉGIONALES COVID-19 <i>PERIODE DE DECONFINEMENT</i>	Création Date : 14/05/2020
		Validation technique Direction Métier (DA) Date : 14/05/2020
		Approbation Cellule Doctrines Date : 15/05/2020
		Validation CRAPS Date : 18/05/2020
		Version : 1 Date : 18/05/2020
COVID-19 074	Prise en charge nutritionnelle et mobilisation physique en EHPAD : aspects pratiques.	Type de diffusion : Usage interne ARS Diffusion partenaires externes Mise en ligne internet
Toutes les doctrines régionales sont consultables sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante		

PRÉAMBULE

Cette présente doctrine est le résultat de la collaboration menée entre :

- Agence Régionale de Santé Ile-de-France
- Pr Agathe Raynaud-Simon, Fédération Française de Nutrition, Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme, Collectif de lutte contre la dénutrition, Groupe des experts en Nutrition de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie.
- Dr Olivier Drunat, Chef du service Gériatrie à orientation psychiatrique - Hôpital gériatrique Bretonneau, Président de la collégiale de Gériatrie de l'APHP
- Dr Xavier de La Cochetière, Médecin coordonnateur à Maison Ferrari – Ordre de Malte France
- Jean Luc VALENTI, conseiller technique service restauration du CASVP
- Isabelle BOTTAI et Catherine ORAIN, diététiciennes au CASVP
- Le SYNERPA
- La FEHAP

L'épidémie Covid-19 a menacé l'équilibre nutritionnel des résidents des EHPAD pendant le confinement, en particulier pour certains d'entre eux au moment de l'infection et en période de convalescence. Les risques concernent particulièrement ceux qui présentent une obésité et/ou une dénutrition. En cette période de déconfinement progressif des EHPAD la surveillance nutritionnelle doit être rapprochée et la prise en charge de la dénutrition doit être réalisée précocement. Par ailleurs, la reprise progressive d'une mobilisation des résidents est indispensable.

OBJET : Prise en charge du risque nutritionnel et mobilisation physique des résidents des EHPAD

Les risques nutritionnels sont liés à la décompensation des pathologies chroniques, à la diminution de la mobilité, à la moindre disponibilité des aidants et à l'isolement social et affectif des résidents.

Le danger est la perte de poids et la perte de fonction musculaire, qui seront difficiles à récupérer par la suite.

La dénutrition a une valeur pronostique péjorative hors Covid et dans le cas de l'infection Covid, elle doit encore plus être prévenue, à défaut dépistée et prise en charge précocement.

Le confinement des EHPAD et la sédentarité en découlant ont pu avoir comme corollaire une fragilisation des résidents :

- ayant une pathologie chronique, dont la décompensation possible suite à un défaut de suivi peut majorer la dénutrition ;
- ayant une obésité, ces derniers déjà particulièrement fragiles face au Covid-19 peuvent avoir une prise de poids liée à la sédentarité et à une alimentation déséquilibrée ;
- ayant antérieurement un statut nutritionnel correct ou précaire, mais victime du confinement par manque de stimulation d'une perte de poids liée à une dénutrition avec fonte musculaire et troubles de la mobilité ;
- ayant eu une infection par le COVID-19. Cette maladie s'accompagne de difficultés à s'alimenter, en particulier en cas de difficulté à respirer. Les difficultés à s'alimenter en post-COVID sont également étroitement liées à des troubles de la mastication et de la déglutition.

Pendant cette phase de confinement, les résidents ont été fragilisés psychologiquement avec parfois un sentiment d'inutilité, d'autodépréciation, de repliement sur soi et de tristesse. Beaucoup d'entre eux ont pu perdre cet élan vital, auquel s'est ajouté un manque d'appétit. De ce fait, tous les résidents en EHPAD ou une grande majorité sont en situation de dénutrition ou à risque de dénutrition. Ils doivent bénéficier d'une surveillance pondérale ainsi que leurs ingestas et avoir accès à une alimentation hyperénergétique et hyperprotidique par enrichissement des repas et compléments nutritionnels oraux.

Par ailleurs, cette démarche de prévention de la dénutrition doit s'accompagner d'une mobilisation physique des résidents, à la fois progressive et adaptée à l'état de santé de chacun et à la situation sanitaire de l'EHPAD. Le bon état nutritionnel et des capacités physiques (autant que psychologiques) sont des facteurs déterminants d'une bonne sortie de cette période de confinement.

1. Une implication de tous les professionnels de l'EHPAD

La lutte contre la dénutrition et la revalidation des résidents est un axe primordial sur lequel le COPIL EHPAD « déconfinement » hebdomadaire doit travailler et qui doit comporter :

1.1. Volet organisationnel

1.1.1. Les professionnels

L'implication de l'ensemble de l'équipe de l'EHPAD, du directeur en passant par le médecin coordonnateur, l'IDEC, les IDE, les AS, les ASH (agents de service hôtelier) mais aussi les agents de cuisine est indispensable à l'atteinte du double objectif : le plaisir des repas et l'apport nutritionnel adapté. Pour ce faire, les missions de chaque professionnel doivent être bien définies. Ces missions doivent englober la surveillance et l'analyse des poids, des ingestas, les modalités d'enrichissements en protéines des rations alimentaires, l'adaptation des collations aux goûts et habitudes des résidents... (Cf annexe I)

Il est important que les équipes de soins, d'hôtellerie et l'équipe de cuisine fassent un retour, au minimum quotidien, sur le ressenti des résidents et la qualité des prises de repas.

Directeur	Dans le cadre du COPIL déconfinement, il décline les objectifs nutritionnels et de mobilisation physique du projet d'établissement et s'assure des moyens mis à disposition (RH, matériels, organisationnels).
Médecin coordonnateur avec le Médecin traitant	En charge du renforcement de la prise en charge nutritionnelle du résident, il fixe les objectifs nutritionnels et de mobilisation physique, les objectifs de surveillance et de repérage, il recherche les facteurs de risques, établit un diagnostic et réalise les prescriptions.
Infirmier coordonnateur	Il organise les surveillances, met en pratique les actions, s'assure de la bonne compréhension des messages, contrôle la bonne réalisation des missions de chacun, met en place une sensibilisation aux troubles de la déglutition et aux soins bucco-dentaires.
Masseurs-Kinésithérapeutes	Ils assurent les actes de revalidation prescrits, et fixent les objectifs de mobilisation avec le médecin coordonnateur ou le médecin traitant.
Infirmiers	Ils recueillent et surveillent les informations, supervisent la surveillance des poids, adaptent les objectifs nutritionnels avec les AS et les cuisiniers, veillent à la bonne mobilisation des résidents repérage des troubles de la déglutition.
Aides-soignants	Ils installent les résidents, surveillent le poids et la bonne ingestion des repas, aident à la prise des repas notamment chez les résidents à fausse route, surveillent les troubles de la déglutition.
Agents de services hôteliers	Ils participent activement aux temps de restauration : service à table, débarrassage, présence auprès des résidents, alerte sur la quantité des ingestas).
Agents de cuisine Cuisiniers	Ils enrichissent les repas, adaptent les menus aux goûts des résidents et à la saison, travaillent sur l'appétence et la présentation des plats, mettent à disposition les collations et adaptent les textures et le couvert en lien avec la cadre de santé ou l'infirmier coordonnateur.

Les éducateurs sportifs spécialisés, issus de la filière STAPS, en fonction de la phase du déconfinement, sous réserve d'une décision favorable du COFIL EHPAD et du respect des gestes et mesures barrières, peuvent intervenir en EHPAD pour des actions de mobilisation en petits groupes et en lien avec les objectifs définis par les kinésithérapeutes et les médecins.

Les activités en petit groupe sont recommandés en extérieur en respectant les mesures de distanciation physique.

1.1.2. Le repas : un moment privilégié

- Le temps des repas doit être un moment privilégié et redevenir le moment de convivialité quotidien. Il faut en majorer le temps, multiplier les collations, personnaliser aux goûts et aux capacités (texture, quantité, présentation) de chaque résident, et être inventif.
- Les repas à thème sont à utiliser car ils peuvent rythmer le calendrier et faciliter les repères temporels.
- Le couvert doit être soigné, que le repas soit pris sur un plateau ou à une table.
- Les collations doivent être bien présentées et accessibles.

1.2. Volet formation et collaboration

Il comporte :

- une sensibilisation de l'équipe de cuisine au contexte épidémiologique, aux effets du confinement et également aux objectifs du programme nutritionnel
- une formation alimentation conjointe avec les soignants et les cuisiniers :
 - sur les besoins nutritionnels habituels et ceux spécifiques aux infections par le COVID-19
 - sur les apports nutritionnels des aliments
 - sur le repérage du risque de dénutrition : [http://www.evaluation-nutrition.fr/tl_files/evalin/fichiers/exemples/\[17\]-lien-FICHE%2011-MNA-FNORS.pdf](http://www.evaluation-nutrition.fr/tl_files/evalin/fichiers/exemples/[17]-lien-FICHE%2011-MNA-FNORS.pdf)
- une participation du cuisinier aux réunions d'équipe sur les sujets de prise en charge nutritionnelle
- une formation des soignants par le médecin coordonnateur et/ou le kinésithérapeute à l'aide à la mobilisation
- une formation bucco-dentaire et aux troubles de la déglutition, cf. la formation proposée par l'OMEDIT : <http://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2020/03/PRESENTATION-FORMATION-DEGLUTITION-VF.pdf>

Les professionnels ayant suivi une formation nutrition ou ayant reçu une certification nutrition par l'ARS IDF, doivent contribuer à la sensibilisation de l'ensemble de l'équipe afin d'obtenir leur adhésion aux objectifs nutritionnels et de les aider à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

1.3. Un volet encadrement

Le volet encadrement par le médecin, l'IDEC et les IDE est primordial aussi bien pour veiller au suivi des poids et des différents éléments d'alerte d'une dénutrition mais aussi pour identifier les différents facteurs de dénutrition.

En cas d'absence du médecin coordonnateur, le médecin référent Covid ainsi que les médecins traitants doivent être mobilisés sur le sujet de la dénutrition et de la mobilisation physique.

2. Le repérage du risque nutritionnel

La lutte contre la dénutrition est primordiale en ce contexte d'épidémie COVID-19 :

- elle se traduit par une perte de poids involontaire.
- elle diminue la force musculaire et la mobilité.
- elle fragilise, diminue les défenses naturelles et augmente le risque d'infection.
- elle augmente les complications médicales et chirurgicales et ralentit la guérison d'une maladie curable.

L'équilibre nutritionnel des résidents est indispensable pour leur santé physique mais aussi très lié à leur plaisir à vivre ou celui de l'assiette. La nutrition est corrélée au bien manger, à la convivialité, et en EHPAD à l'aide alimentaire qu'apporte une tierce personne.

Les résidents ont été particulièrement fragilisés pendant la première phase de l'épidémie COVID. Ils ont souvent perdu leur élan vital, et ont parfois perdu leur appétit antérieur. Le repérage d'un risque nutritionnel doit donc être une préoccupation quotidienne. (Cf. annexe II)

• **Suivi des ingestas** : une méthode simple est d'observer les assiettes des résidents en fin de repas, ce qu'ils n'ont pas pu manger en fonction du type d'aliments et la quantité restante. Un document synthétique de traçabilité des ingestas peut être mis en place pour chaque résident et après chaque repas (ex. technique d'un cercle divisé en quatre quadrants) et des prises de boissons, comparable à la traçabilité de l'hydratation en période de canicule. (Cf annexe III)

• **Suivi de l'IMC et de la perte de poids**, critères phénotypiques de dénutrition. Pour le calcul de l'IMC, si la taille n'a pas été précédemment mesurée, utiliser la taille déclarée ou la taille notée sur la carte d'identité.

Suivi du poids des résidents:

⇒ 2 fois par mois, pendant toute l'épidémie COVID.

⇒ 1 fois par semaine, pour les résidents COVID+, en confinement mais aussi pour les résidents considérés comme fragilisés et à risque de dénutrition.

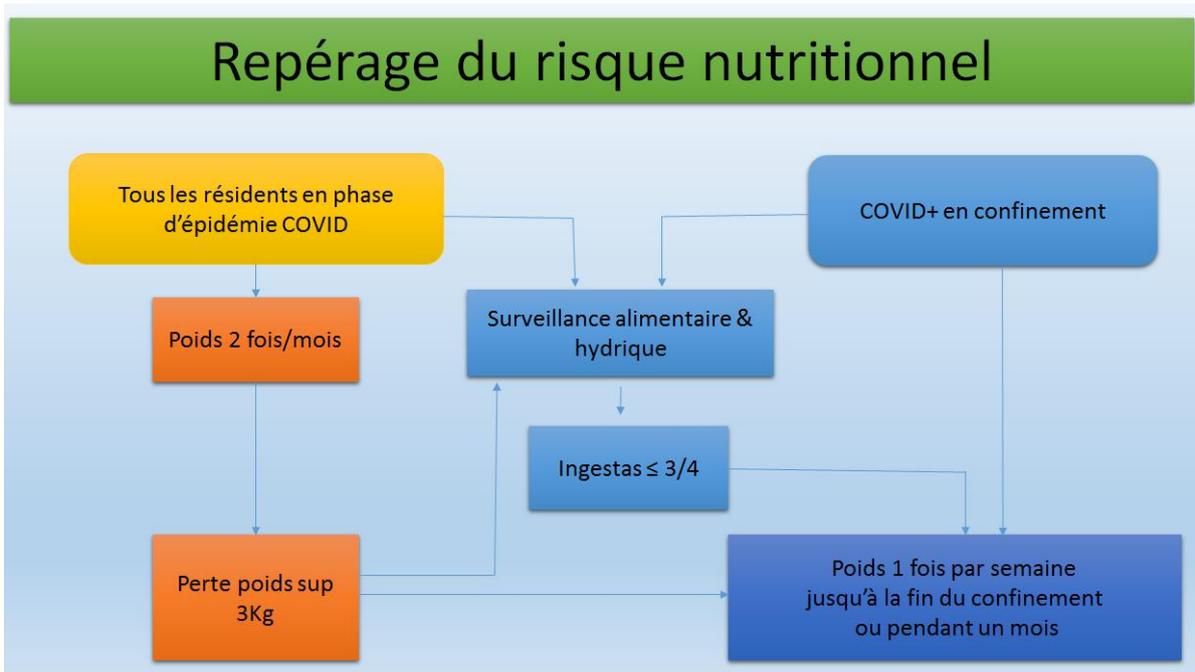
Critères de dénutrition (HAS 2007) :

IMC < 21

ou **perte de poids** ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois

ou **albuminémie** < 35 g/l

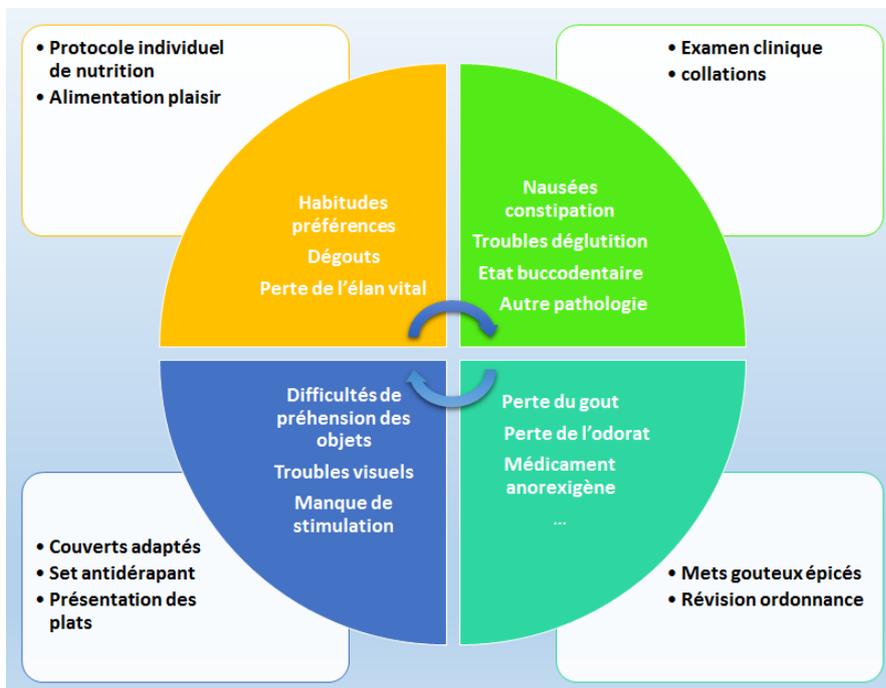
ou **MNA-SF** ≤ 7



3. La prise en charge nutritionnelle et physique

La prise en charge nutritionnelle vise à maintenir un poids stable.

Il convient en premier lieu de rechercher les différents facteurs pouvant être à l'origine ou venant majorer la dénutrition ou le risque nutritionnel. (cf. annexe IV)



En pratique :

3.1. Si le poids surveillé toutes les deux semaines est stable

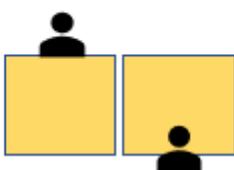
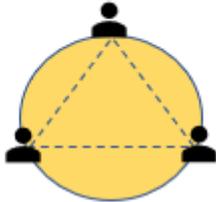
a) S'assurer d'apports protéiques suffisants : (cf. annexe V)

Apports protéiques d'au moins 1g de protéines/kg/jour, soit :
 2 portions de viande / œufs ou poisson par jour (portions ≥ 100 g)
 ET 4 portions de laitages par jour

b) Veiller à la bonne prise des repas :

- Respecter les conditions habituelles (équilibre alimentaire, textures,...)
- Mettre en place une « alimentation thérapeutique » uniquement sur prescription médicale
- Maintenir les repères temporels et de plaisirs : collations, viennoiseries le dimanche, etc.
- Alimentation en chambre pour les résidents covid +,
- Alimentation en salle de restauration ou salon d'étage, avec respect des distances de sécurité, limité à 10 personnes y compris avec les soignants, ou toute initiative permettant une prise de repas conviviale (cf. photo ci-dessous : Maison Ferrari, Ordre de Malte France).
- Présentation attentionnée de la table ou du plateau repas.

Exemple de tableau pour accompagner la répartition des résidents dans les espaces de restauration (Direction Médicale et Soins France Seniors Korian - SYNERPA) :

Type de table	Carrée	Rectangulaire	Ronde
Dimensions standard	80 cm x 80 cm	140 cm x 80 cm	120 cm (diamètre)
Nombre de convives en temps normal	2	4	6
Nombre de convives pendant la pandémie	1	2	3
Installations pandémie		A  B 	
Distance entre les convives (installation pandémie)	110 cm si ou plus si on éloigne les tables	140 cm (A) ou 100 cm (B)	110 cm



3.2. En cas de perte de poids > 3 kg par rapport au poids de référence (1 mois ou 6 mois auparavant)

Le risque de dénutrition existe, que la personne âgée soit obèse, de poids normal ou maigre : l'objectif est de stabiliser le poids¹.

Il convient alors de :

- signaler la perte de poids au médecin : recherche de la (ou des) cause(s) à prendre en charge
- mettre en place une alimentation hyperénergétique (35 kcal/kg/j) et hyperprotidique (1,2 – 1,5 g de protéines/kg/jour) : cf. annexes VIII et IX : protocole individuel de nutrition + recettes

(cf. annexes VI, VII, VIII et IX)

3 repas par jour + une ou deux collations entre les repas y compris la nuit

Enrichissement de l'alimentation en cuisine en fonction de l'objectif thérapeutique principal :

- **Hyperprotidique** = poudre de lait, œuf ou jambon, poudre de protéines...
- **Hyperénergétique** = crème fraîche, fromage râpé, huile, beurre,

¹ *Questions de Nutrition Clinique de la personne âgée*. Coordinateurs A. Raynaud-Simon – D. Quilliot – Comité éducationnel et de pratique clinique de la SFNCM, SFNCM édition 2019. Chapitre « *Quelle prise en charge diététique proposer ?* » par M.-F. Vaillant et S. Walrand

Exemple de recettes salées enrichies

Recette	État initial	État enrichi
Potage de légumes	50 kcal	280 kcal
	1g protéines	13g protéines
Purée mousseline	190 kcal	500 kcal
	4g protéines	14g protéines

SFNCM, Epidémie virale Covis-19, Fiche pratique à l'attention des soignants

- Ne pas restreindre inutilement l'alimentation : **moduler ou arrêter les régimes** sans sel et diabétiques, avec l'accord du médecin. Il n'y a pas d'indication à restreindre l'alimentation en matières grasses chez des personnes âgées institutionnalisées qui ont perdu du poids.
- Apporter des Compléments nutritionnels oraux (CNO) : s'ils sont prescrits, ils doivent apporter au moins 400 kcal et 30 g de protéines par jour. L'enrichissement des repas par l'alimentation normale et prescription de CNO ne s'opposent pas, ils se complètent, selon les capacités d'alimentation et les goûts de la personne. Le recours au CNO ne doit pas être un substitut systématique des collations ou des repas.
- Laisser à la portée du résident des aliments faciles à manger et conforme aux procédures HACCP.
- Adapter les textures en fonction des capacités de mastication et de déglutition.
- Aider à l'alimentation avec précautions d'hygiène comprenant la température.
- Prévoir des sets de table antidérapants, contrastés par rapport aux assiettes pour les personnes malvoyantes, mais aussi des couverts et des assiettes ergonomiques ou plus pratiques. Une assiette creuse est plus facile pour prendre les aliments, un verre à bord large est préconisé en cas de troubles de la déglutition.
- Bien positionner le résident lors des repas en veillant à ce que sa tête soit penchée en avant.
- Dresser un joli couvert même si la personne déjeune en chambre. Essayer de lui préserver des interactions sociales.
- Veiller à ce que la durée du jeûne nocturne soit inférieure à 12 heures (proposition et accès facile aux collations nocturnes).

4. Mobilisation physique des résidents par les professionnels

4.1. Évaluer les capacités physiques

Il convient :

- d'évaluer les capacités de transfert et de déplacement dans la chambre des résidents et pour ceux qui le peuvent dans les parties communes de l'établissement.
- de repérer le ralentissement à la marche et les troubles de l'équilibre
- et de réaliser si possible des tests « get up and go ».

4.2. Mobiliser les résidents

« *Garder des muscles* » est indispensable, c'est pourquoi, les personnes âgées doivent être mobilisées quotidiennement. A ce titre, il est recommandé d'effectuer la mise au fauteuil tous les jours, d'accompagner si possible une marche de quelques pas et d'aider à se lever plusieurs fois par jour.

Des activités peuvent être réalisées éventuellement en chambre, par exemple 2 à 3 séances par semaine². Les mouvements de musculation douce pour augmenter la force musculaire sont encouragés : 8 à 10 exercices de 10 à 15 répétitions. Par exemple : se lever d'une chaise, se mettre sur la pointe des pieds, lever les bras au ciel et se pencher sur le côté.

Des séances de kinésithérapie peuvent être prescrites pour mobilisation passive en phase d'alitement ou pour revalidation. Un bilan initial par le kinésithérapeute doit alors être réalisé afin de déterminer le nombre de séances.

Pour assurer cette mobilisation, on pourra également s'appuyer sur les ergothérapeutes et/ou psychomotriciens en fonction des professionnels présents et disponibles dans l'établissement.

4.3. Restaurer l'image de soi des résidents

Il ne faut pas négliger l'importance de l'estime de soi et de l'image du corps comme facteurs de remotivation des résidents :

- entretien d'une bonne image de soi par l'habillement, la coiffure, le maquillage...
- préparation du résident pour le moment du repas qui, ne l'oublions pas, est un moment avant tout convivial.

² Voir notamment le programme post-Covid-19 du livret de réadaptation pour le retour à domicile de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (APHP) téléchargeable à l'adresse URL suivante :

<http://pitieosalpetriere.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/58/files/2020/04/Réadaptation-post-COVID.pdf>

5. La prise en charge nutritionnelle spécifique à l'infection COVID-19

5.1. Pendant l'infection COVID-19

L'infection COVID-19 s'accompagne d'une diminution précoce et particulièrement sévère des apports alimentaires. Ceci est expliqué par les troubles respiratoires (dyspnée, toux, hypoxie) et le syndrome inflammatoire qui peut être majoré au 7 – 10^{èmes} jour de l'infection. Le stress psychologique et les troubles du goût et de l'odorat peuvent majorer l'anorexie. La diminution des apports protéiques, l'inflammation et l'immobilisation conduisent à une fonte musculaire et une asthénie le plus souvent majeures.

Lors de l'infection COVID-19, la décompensation de pathologies chroniques associées aggrave encore le risque nutritionnel.

La maladie COVID-19 peut aggraver les troubles de la déglutition dont la perte du réflexe de déglutition car les personnes n'ont pas pu s'alimenter pendant une semaine, elles sont extrêmement fatiguées et en ont perdu l'habitude. Leur capacité de déglutition est moindre.

L'anosmie et l'agueusie sont aussi des facteurs de risque mais sont difficiles à identifier. Elles seraient passagères, de quelques jours à deux semaines.

Il est donc difficile de maintenir un statut nutritionnel stable pendant l'infection Covid symptomatique.

La prise en charge vise à limiter la perte de poids et la fonte musculaire. Elle repose sur une alimentation hyperénergétique et hyperprotidique (cf. ci-dessus). En cas d'anorexie sévère, les aliments protidiques doivent être privilégiés. Les prises alimentaires peuvent être fractionnées sur 24 h (collations quand le résident est capable de s'alimenter).

Il est également indispensable de surveiller l'hydratation des malades : la diminution des apports alimentaires et hydriques expose au risque de déshydratation.

La dénutrition étant corrélée à la sarcopénie, il ne suffit pas d'enrichir les apports alimentaires mais il faut aussi mobiliser les résidents.

5.2. Pendant la convalescence après l'infection COVID-19

Tout résident ayant été victime d'une infection COVID-19, et *a fortiori* s'il a été hospitalisé, présente un risque de dénutrition du fait du syndrome inflammatoire et de l'hypercatabolisme développé pendant l'infection. En outre, beaucoup de résidents hospitalisés pour Covid 19 étaient préalablement dénutris ou atteints de pathologies chroniques exposant à une sarcopénie sous-jacente. Il est donc essentiel de suivre, pour tous les résidents, l'évolution nutritionnelle après l'infection et ses conséquences fonctionnelles, afin d'identifier les résidents nécessitant une rééducation.

Il ne faut pas limiter l'alimentation mais accompagner la réalimentation pour éviter des syndromes métaboliques³.

L'objectif est la récupération nutritionnelle, musculaire et fonctionnelle. S'il y a eu perte de poids, il faut avoir pour objectif une reprise pondérale. La récupération de la fonction

³ Cf. SFNCM, Epidémie virale Covis-19, Fiche pratique à l'attention des soignants, Fiche n°12 : réévaluation à distance de l'hospitalisation, téléchargeable à l'adresse URL suivante : <https://www.sfncm.org/pratiques-et-recommandations/recommandations/fiches-covid-19>

musculaire repose sur une alimentation hyperénergétique et hyperprotidique (cf ci-dessus) et de l'activité physique adaptée.

La phase de convalescence est une phase critique pour la récupération de l'autonomie. C'est pendant cette période que la prise en charge nutritionnelle a le plus de chance d'être efficace, surtout si elle est accompagnée d'activité physique adaptée aux capacités du résident.

Au moment de la re-nutrition, pour prévenir le syndrome de renutrition inappropriée, il est important de :

- Surveiller le bilan biologique : ionogramme sanguin, phosphorémie, magnésémie, calcémie albuminémie (pour calcémie corrigée), glycémie, bilan hépatique complet
- Supplémenter systématiquement per os :
 - Phosphoneuros® : 50 gouttes x 3/j
 - Polyvitamines (type hydrosol®) : 50 gouttes/j
 - Vitamine B1 : 250 mg x 2/j
 - Magnésium 100 mg x 3/j
 - Et supplémentation en potassium si nécessaire

L'ordonnance peut être réalisée pour 15 jours depuis le J4/J5 de l'infection COVID-19 et peut être prolongée en fonction du bilan biologique et du suivi médical. Il peut y être associée une prescription de kinésithérapie pour le renforcement musculaire des membres inférieurs et le travail de l'équilibre physique.

Apporter un soutien psychologique aux résidents : tout mettre en œuvre pour être à l'écoute de souhaits des résidents, en cette période de post-COVID, de petites attentions peuvent être très bénéfiques pour le moral. Les soignants connaissent bien les résidents et sont souvent à l'initiative de telles attentions qui redonnent un élan vital. Un soutien psychologique par un psychologue apparaît également nécessaire. (Cf. *SFNCM, Epidémie virale Covis-19, Fiche pratique à l'attention des soignants, Fiche n°3 : prévention du syndrome de renutrition inappropriée des patients Covid-19*)

5.3.Prise en charge spécifique des personnes présentant une obésité (IMC ≥ 30)

Les résidents obèses présentent un excès de masse grasse et, surtout quand ils sont âgés, un déficit de masse musculaire, d'où les difficultés pour se mobiliser.

La dénutrition est définie chez les personnes âgées obèses par une perte de poids de 5 % en 1 mois ou 10 % en 6 mois.

En pratique, lorsqu'une personne âgée obèse perd ≥ 5 kg, le risque de dénutrition est présent.

L'obésité est un facteur de risque de forme sévère d'infection COVID-19. Cependant, la perte de poids n'est pas souhaitée chez une personne âgée obèse en période d'épidémie COVID-19. En effet, la perte de poids s'effectue principalement au détriment de la masse musculaire chez ces résidents peu mobiles, avec un risque de dénutrition, et par là-même d'aggravation du pronostic d'une infection COVID-19.

Le choix qui implique le moins de risque pour les personnes âgées obèses est donc le maintien d'un poids stable, en s'assurant d'une alimentation suffisamment riche en protéines et d'une mobilité ou d'une activité physique adaptée à ses capacités.

6. RESSOURCES EN LIGNE :

- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3179822/fr/pathologies-chroniques-et-risques-nutritionnels-en-ambulatoire
- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3181411/fr/patients-obeses-ou-denutris-prevenir-les-formes-graves-de-covid-19-tout-en-limitant-les-risques-lies-au-confinement
- <https://www.sfncm.org/1212-fiches-covid-19-a-telecharger>
- *Questions de Nutrition Clinique de la personne âgée*. Coordinateurs A. Raynaud-Simon, D. Quilliot et le comité éducationnel de la SFNCM. Edition SFNCM 2019.

ANNEXE I : Prise en charge nutritionnelle des personnes âgées en EHPAD pendant l'épidémie Covid-19

Aspects pratiques et répartition des rôles. Ehpad - Maison Ferrari Ordre de malte

La lutte contre la dénutrition est un acte prioritaire

La durée de l'aide aux repas est de 30 minutes (le résident n'est pas en capacité de prendre son repas en 10 minutes) grâce au renforcement du temps soignant aux repas par le directeur (mise à disposition de contrats courts, bénévoles formés...) et par des changements d'organisation et des délégations de tâches.

La direction est mobilisée autour de ce thème majeur

- En appuyant toutes les actions proposées durant les réunions du personnel (hebdomadaire)
- En suscitant de la part de l'ensemble du personnel toutes les initiatives permettant d'améliorer les apports nutritionnels des résidents

Le Médecin coordonnateur avec l'appui des médecins traitants renforce la PEC nutritionnelle avec

- l'instauration et le suivi des pesées bimensuelles voire parfois hebdomadaires durant cette phase et des albuminémies
- l'adaptation des apports nutritionnels (coaching, HP, CNO) ou textures en fonction des données ci-dessus
- la communication des changements à l'IDEC, aux IDE et aux gouvernantes
- la recherche avec l'équipe médicale de toutes actions supplémentaires en cas de nouvelles dégradations nutritionnelles
- l'organisation de la remise en mouvement des résidents
- l'appui aux actions pour lutter contre l'impact du confinement (skype, promenades individuelles, visites famille...)
- des formations et des sensibilisations du personnel (soignant et hôtelier)

L'infirmière coordonnatrice

- ✓ S'assure de la bonne compréhension des messages et de la mise en pratique des actions prescrites
- ✓ Contrôle le bon remplissage des fiches de coaching et de la mise en place des actions de correction (changements de texture, moindre remplissage des assiettes, augmentation du sucré ou du salé...)
- ✓ Sensibilise quotidiennement les soignants à cette action
- ✓ Organise un point hebdomadairement avec les IDE et les AS

Les Infirmières

- S'assurent des pesées sur la base de tableaux donnés par le Med Co
- Dispatchent le travail de coaching organise le qui fait quoi entre les AS en les sensibilisant sur l'action, la méthode et la durée nécessaire
- Distribuent et collectent hebdomadairement les fiches de surveillance (affichées sur les portes en cas de confinement ou sur les chariots de soin)

- Vérifient quotidiennement leurs bons remplissages (lors de la distribution des médicaments)
- Contrôlent quelques plateaux à l'issue des repas quant à leur concordance avec les fiches de coaching
- Font un point à l'issue de leur roulement (2 à 3 jours) avec les AS et le notifient à l'IDEC

Aides-soignantes et agents hôteliers

- En cas de confinement en chambre, installent pour les repas, les résidents qui le souhaitent sur leur pas de porte avec un adaptable ou une petite table personnelle, sans oublier en fin de repas de leur proposer de les ramener dans leur chambre s'ils le souhaitent
- Surveillent la bonne ingestion des repas et remontent les noms des résidents aux apports insuffisants (alimentation et hydratation) ou les syndromes dépressifs
- Réalisent le travail de coaching, en respectant les bonnes pratiques (assises à la même hauteur, portions suscitant de l'appétit et non du dégoût, conversation empathique, serviettes adaptées...) et les goûts des résidents

Gouvernantes, psychologue, psychomotricienne avec l'ensemble des cadres ; Ils doivent être présents dans les couloirs aux deux moments cruciaux de la journée (déjeuner et dîner) afin de continuer à former, sensibiliser et aider les équipes de soins en ne manquant pas de donner l'exemple et de mettre la main à la pâte

ANNEXE II : Réévaluation de l'état nutritionnel et de la prise en charge nutritionnelle à distance de l'hospitalisation

- Voir fiche 12 : <https://www.sfncm.org/1212-fiches-covid-19-a-telecharger>

ANNEXE III : FICHES MOBIQUAL

SURVEILLANCE ALIMENTAIRE : que consomme vraiment la personne ?

Nom : _____ Prénoms : _____
Date : _____ Sexe : _____ Âge : _____ Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____

Date		Jour 1				Jour 2				Jour 3			
CONSOUMATION													
PETIT-DÉJEUNER	Café/thé	<input type="checkbox"/>											
	Lait	<input type="checkbox"/>											
	Pain/tarte/croûtes/beurres	<input type="checkbox"/>											
	Bouillie	<input type="checkbox"/>											
	SOIGNANT												
TYPE D'AIDE *													
COLLATION	Boisson	<input type="checkbox"/>											
	SOIGNANT												
	TYPE D'AIDE *												
DÉJEUNER	Entrée	<input type="checkbox"/>											
	Vente/poisson	<input type="checkbox"/>											
	Légumes	<input type="checkbox"/>											
	Fromage/litage	<input type="checkbox"/>											
	Dessert	<input type="checkbox"/>											
	Nombre de verres	<input type="checkbox"/>											
	SOIGNANT												
TYPE D'AIDE *													
GOÛTER	Goûter	<input type="checkbox"/>											
	SOIGNANT												
	TYPE D'AIDE *												
DÎNER	Potage	<input type="checkbox"/>											
	Vente/poisson	<input type="checkbox"/>											
	Légumes	<input type="checkbox"/>											
	Fromage/litage	<input type="checkbox"/>											
	Dessert	<input type="checkbox"/>											
	Nombre de verres	<input type="checkbox"/>											
	SOIGNANT												
TYPE D'AIDE *													

- Consommation de la totalité de la portion servie
- Consommation de plus de 50% de la portion servie
- Consommation de moins de 50% de la portion servie
- La personne n'a rien consommé de la portion servie

*TYPES D'AIDE :

- F = AIDE PARTIELLE (assistance, ouverture des conditionnements, couper le viande, trancher, etc.)
- T = AIDE TOTALE (assistance et faire manger)

SURVEILLANCE ALIMENTAIRE

ANNEXE IV : Échelle de Blandford

Étude des troubles du comportement alimentaire chez l'Alzheimer	
Échelle de Blandford	
NOM, Prénom :	Date de naissance :
Âge :	M.M.S. :
M.N.A. :	POIDS :
Date :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> OUI
Dépendance fonctionnelle alimentaire :	
1. A besoin d'aide de façon intermittente pour manger	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Ne se nourrit que lorsqu'on le fait manger	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Apraxie buccale de l'alimentation :	
3. N'ouvre pas la bouche spontanément quand on lui présente la nourriture	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Fait des mouvements continus de la langue ou de la bouche qui empêchent l'ingestion des aliments	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. La nourriture dégouline de la bouche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Accepte la nourriture mais ne la mâche pas, et ne l'avale pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Serre les lèvres, empêchant l'entrée de la nourriture	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Ferme la bouche, serre les dents et les lèvres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Accepte la nourriture puis la crache	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Comportement actif de résistance alimentaire :	
10. Met ses mains devant sa bouche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Repousse la nourriture ou l'intervenant	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Agrippe, frappe ou mord ceux qui essaient de le nourrir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Crache ou jette la nourriture	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Détourne la tête de la nourriture	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
XX. Essai de faire disparaître la nourriture (WC, lavabo...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Comportement sélectif :	
15. Refuse de manger une grande variété d'aliments et ne mange par exemple	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Refuse les solides mais accepte les liquides	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Préfère les liquides (> 50 % des apports)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. A besoin de compléments nutritionnels spécifiques ou sinon ne mange rien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. A besoin de compléments nutritionnels, les goûte, se plaint, puis les refuse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Goûte son repas, grignote puis ne veut plus rien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dispraxie et troubles de l'attention :	
21. A besoin d'être cajolé pour manger	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Mélange et joue avec la nourriture plutôt que de l'avaler	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Parle de façon continue pendant le repas de sorte qu'il ne s'alimente pas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24. Quitte la table et va marcher pendant le repas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25. Mange des choses non comestibles : serviette ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26. Utilise ses doigts plutôt que la fourchette	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
"L'Année Gérontologique 1996, Supplément Alzheimer" Tableau III : Étude des troubles du comportement alimentaire chez l'Alzheimer (d'après Blandford et al.)	

ANNEXE V : Prise en charge des malades âgés Covid-19+ à domicile, en EHPAD ou à l'hôpital

- Voir fiche 14 : <https://www.sfnm.org/1212-fiches-covid-19-a-telecharger>

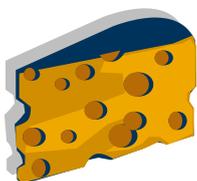
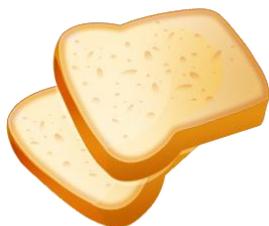
ANNEXE VI : repères nutritionnels

Plat enrichi ou aliment à associer au repas	Portion	Calories par portion	Protéines par portion
Huile	1 cuillère à soupe rase ou 10g	90 kcal	/
Beurre	Carré de 10g	75 kcal	/
Crème fraîche entière à 30%MG	1 cuillère à soupe ou 30g	90 kcal	/
Mayonnaise	1 cuillère à soupe ou 15g	100 kcal	/
Ajout de béchamel et gruyère dans des Légumes ou féculents	- Béchamel : 100 ml - Gruyère râpé : 20g	175 kcal	10g
Lait ½ écrémé en poudre	2 cuillères à soupe rases bombées	50 kcal	4g
Emmental entier ou râpé	20g ou 1 cuillère à soupe	75 kcal	6g
Dés de jambon ou de dinde	40g ou 1 tranche	40 kcal	8g
Fromage fondu type Vache qui rit	1 portion	40 kcal	2g
Saucisson sec	3 tranches de rosette = 30g	120 kcal	7g
Miettes de thon à l'huile	40g ou ½ petite boîte	100 kcal	6g
Œuf cuit dur ou dans une purée	1	80 kcal	7g
Lait concentré sucré	Berlingot de 30g ou 2 cuillères à soupe	70kcal	2,7g
Fromage blanc entier 8% MG + sucre	100g+10g	155 kcal	7g
Yaourt au lait entier + sucre	125g+10g	120 kcal	5g
Confiture	3 cuillères à café ou 30g	70 kcal	/
Miel	3 cuillères à café ou 25g	85 kcal	/
Crème de marron	30g	80 kcal	/
Chocolat en tablette	20g ou 4 petits carrés ou 1/5 ^e tablette de 100g	100 kcal	1,5g
Noix	Une dizaine de cerneaux = 20g	135 kcal	2,5g
Amandes	Une dizaine ou 10g	65 kcal	2g
Pruneaux secs	4 ou 45g	100 kcal	/
Abricots secs	4 ou 30g	80 kcal	/

ANNEXE VII : COMPOSITION DE LA COLLATION (DIURNE ET NOCTURNE) DESTINÉE AUX RÉSIDENTS



- 1 laitage + 1 fruit
- 1 laitage + 1 compote
- 1 laitage + 1 gâteau
- 1 laitage + 1 morceau de pain
- 1 fromage + 1 morceau de pain
- 1 fromage + 1 fruit
- 1 glace + 1 gâteau....



ANNEXE VIII : Protocole individuel de nutrition

Protocole individuel de nutrition

Nom et prénom du résident:

Date : _____

Unité _____

Medecin _____

Albuminémie

dosage le :

Diabète Insulinodépendant

Diabète non insulinodépendant

Poids : _____ le

		<i>Mixé</i>		<i>Haché</i>	<i>Normal</i>	<i>Epaissi</i>	Collation
		Matin	Collation 10h	Midi	Gouter	Soir	
Restauration	Yaourt 5g proteines						
	Fromage						
	Lait 1 bol 5G						
	Viande 10G						
	Poisson 10G						
	Œufs 2 gros œufs :10G						
	Féculents						
	Compote						
	Gateaux hyperproteine 2 parts 5G						
	Glaces 100g (vanille) 1,5g						
	Jus de fruit						
	Tisane						
	Eau pétillante						
Autres							

		Matin	Collation 10h	Midi	Gouter	Soir	Collation
		Compléments nutritionnels oraux	Poudre de Protéines nombre de cuillères et dans.....				
Crème protéinée							
Gâteaux protéiques							
Eau gélifiée							
Epaississant							

Durée de la prescription _____

Révision le _____

Signature du Médecin _____ Signature Infirmière _____

Les équivalences : 20 g de protéines =

100 g de viande = 100 g de poisson = 100 g d'abats = 100 g de volaille = 2 gros œufs = 1/2 litre de lait = 4 yaourts = 70 g de gruyère = 90 g de camembert = 180 g de fromage blanc

Aussi : Une dosette de protifar = 2,2 g de protéines.

Deux tranches de cake de 40 g = 5,37 g de protéines.

ANNEXE IX : Livre de recettes



CENTRE
D'ACTION SOCIALE
VILLE DE PARIS

Pour le goûter

Les recettes :

Gâteau aux noix

1 kg de sucre

1 litre de blanc d'œufs (32 blancs)

1 kg de beurre

1 kg de farine

2 sachets de levure chimique

300 g de noix

Mélanger le tout et cuire à 170 degrés pendant 35 minutes

Cake au citron

1,4 kg de sucre

5 g de sel

1,080 kg de farine

Zestes de 12 citrons

Jus de 8 citrons

400 g de beurre clarifié

1 litre d'œuf

1 litre de crème épaisse

Mélanger le tout et cuire à 170 degrés pendant 35 minutes

Tarte au fromage blanc

Pâte Brisée

24 jaunes d'œufs

0,900 g de sucre

3 kg de fromage blanc

300 g de farine incorporée en pluie

1 litre de blanc d'œufs montés

Mélanger délicatement et cuire à 170 degrés pendant 40 minutes

Mousse fraises pour 6 personnes

250 g de fraises

200 g de mascarpone

12 g de sucre

Vanille

2 œufs

1/ Réduire les fraises en coulis

2/ mélanger au mascarpone

3/ Ajouter le sucre

4 séparer les blancs des jaunes d'œufs

Monter les blancs et mélanger délicatement à l'appareil .



Juliennes de carottes et céleris raves pour 4 personnes

150 g de carottes

150 g de céleri rave

Fromage blanc 100 g

Huile d'olive 30 g.

Sel et poivre



Cèleri rave râpée et tomates , olives et féta

300 g de céleri rave

2 tomates

60 g de Feta

Huile d'olive

Préparer une mayonnaise à la moutarde



Mousse d'avocat au thon pour 4 personnes

2 avocats

1 citron

100 g de fromage blanc

100 g de thon en boîte

Huile d'olive 20 g

Ciboulette PM

1/ mixer l'avocat

2/ mélanger une partie du thon avec l'avocat et le fromage blanc

Décorer ciboulettes et le reste du thon



Fiche technique : Terrine de légumes (pour les entrées)

Quantité : 3 terrines de légumes :

1 sac de 2,5 kg de légumes surgelés

1 kg de fromage blanc

150 g de gélatine bovine poudre

Sel/poivre/assaisonnement

Cuire les légumes au vapeur

Mixé et incorporer crème et gélatine fondue

Assaisonné

Dresser en terrine filmée et refroidir en cellule.



Fiche technique Mixé / haché de viande

Quantité : 4 terrines

1,5 kg de viande

1,5 kg d'œufs

1,5 kg de fromage blanc

Après mixage, verser en terrine filmée.

Cuisson en vapeur 1 h.

Idem pour les hachés. La viande sera hachée grossièrement au cutter.

Puis dans le cul de poule incorporer la crème et les œufs.

Cuisson en barquette filmée, vapeur 40 minutes.



Quelques recettes enrichies

Lait enrichi :

ajouter 100g de lait en poudre écrémé à 1 litre de lait, soit environ 1 cuillère à soupe (CàS) pour 100 ml de lait (1 petit verre)

Bouillie enrichie :

utiliser du lait enrichi pour sa préparation

Potage enrichi :

dans 250 ml de potage de légumes « maison » ou industriel, ajouter :

- beurre ou crème fraîche

et

- 40 g de jambon haché ou 30 g de viande mixée ou 2 jaunes d'œufs ou 15 à 20 g de gruyère râpé ou 2 crèmes de gruyère ou 20 g de lait en poudre écrémé (soit 2CàS) ou 10 g de protéines en poudre.

Béchamel enrichie :

utiliser du lait enrichi pour sa préparation ou ajouter un jaune d'œuf et 10 à 15 g de gruyère râpé.

Purée enrichie :

dans une portion de purée de pommes de terre ou de légumes ajouter beurre ou crème fraîche et 2 jaunes d'œuf ou 15 à 20 g de gruyère râpé ou 2 crèmes de gruyère ou 20 g de lait en poudre écrémé (2CàS) ou 10 g de protéines en poudre.

Produits laitiers enrichis :

aux laitages industriels (yaourts, petits-suisses, fromages blancs) ajouter 20 g de lait en poudre écrémé (2 CàS) ou 10 g de protéines en poudre.

Pour les préparations « maison » (entremets, crèmes aux œufs, riz ou semoule au lait) utiliser du lait enrichi (100 g de poudre de lait écrémé pour 1 l de lait).

Compote enrichie :

ajouter une CàS de crème fraîche et 20 g de lait en poudre écrémé (2 CàS) ou 10 g de protéines en poudre à 100 g de compote ou servir la compote avec un laitage nature.

Mousse à la banane enrichie :

mixer ensemble une banane citronnée avec 150 ml de lait, une cuillère à café de sucre, 2 cuillères à soupe de lait en poudre écrémé et une cuillère à soupe de crème fraîche.

Crème meunière au citron enrichie :

faire infuser un zeste de citron râpé dans 200ml de lait sucré (avec 10g de sucre). Réaliser une béchamel avec 7g de beurre, 10g de farine et le lait parfumé et filtré. Cuire environ 10 minutes. Hors du feu, ajouter quelques gouttes de jus de citron et 20g de lait en poudre écrémé (soit 2 CàS). Servir frais.

Régime hyper protéiné pour un repas mixe

Repas principaux :

- ajouter 2 fromages fondus (type vache qui rit dans l'entrée du jour ou dans le potage)
- ajouter 20g de gruyère râpé dans la purée du jour

Gouter :

- ajouter systématiquement un laitage (yaourt, fromage blanc, petit suisse, faisselle...) en complément du gouter classique

Enrichissements pour les repas mixés

Repas principaux :

- ajouter 2 fromages fondus (type vache qui rit dans l'entrée du jour ou dans le potage)
- ajouter 10g de beurre + 20g de gruyère râpé dans la purée du jour

Gouter :

- ajouter systématiquement un laitage (yaourt, fromage blanc, petit suisse, faisselle...) en complément du gouter classique

Enrichissements pour les repas entiers

Repas principaux :

- ajouter 20g de fromage (type dés d'emmental dans l'entrée du jour ou 2 fromages fondus dans le potage)
- ajouter 10g de beurre + 20g de gruyère râpé dans les légumes ou féculents du jour

Gouter :

- ajouter systématiquement un laitage (yaourt, fromage blanc, petit suisse, faisselle...) en complément du gouter classique