

PERSONNES AGEES et REGIMES ALIMENTAIRES RESTRICTIFS

Les régimes alimentaires restrictifs chez la personne âgée sont fréquemment rencontrés.

Il faut différencier d'une part les régimes mis en places pour une pathologie aiguë, régimes indispensables et de courte durée, d'autre part les régimes mis en places pour des pathologies chroniques et de longue durée.

Dans la majorité des cas, les régimes au long cours sont abusifs chez la personne âgée.

Les risques de ce type de régime et de leur durée sont essentiellement : des carences spécifiques, une dénutrition protéino-énergétique et une augmentation de la morbi-mortalité.

Ils sont source de fragilisation de la personne âgée qui est également exposée à d'autres risques nutritionnels : physique, psychologique, économique et social.

L'effet des régimes sur l'état nutritionnel de la personne âgée est d'autant plus grave que souvent celle-ci est fort scrupuleuse et respectueuse de son application, voire parfois de manière obsessionnelle.

Il reste qu'évaluer le rapport bénéfice-risque de l'introduction d'un régime chez la personne âgée peut être difficile.

QUELS SONT LES RISQUES DES REGIMES RESTRICTIFS AU LONG COURS CHEZ LA PERSONNE AGEE

Les différentes situations

- Régimes instaurés en période aiguë d'une maladie et maintenus par la suite : l'indication a cessé mais le régime n'a pas été arrêté
- Régimes auto administrés : par choix personnel, idées fausses, croyances religieuses, traditions culturelles, présumées intolérances ou allergies alimentaires...
- Régimes poursuivis depuis un âge plus jeune
- Régime introduit récemment

Les risques des régimes restrictifs

- Anorexie
- Altération de l'état nutritionnel
- Dénutrition protéino énergétique
- sarcopénie
- ostéoporose fracturaire
- carences en micronutriments
- désinvestissement psychologique, isolement social
- diminution de la qualité de vie
- fragilisation
- augmentation des maladies et de la mortalité

QUELS MECANISMES OU FACTEURS SPECIFIQUES CHEZ LA PERSONNE AGEE ?

Vieillessement des fonctions nutritionnelles

- vieillessement de l'odorat et du goût : pertes d'appétit
- ralentissement du transit : inconfort digestif

...

Modifications des différents métabolismes

-Moindre stockage du glycogène au niveau musculaire, retard de sécrétion d'insuline et résistance périphérique

-Augmentation cholestérol total et diminution du HDL, liées à des modifications de la composition corporelle.

-Au niveau des protides, il n'y a pas de modification de l'anabolisme et du catabolisme protidiques au niveau des muscles, mais au niveau de l'organisme entier, il existe chez l'homme une diminution de l'anabolisme protidique à la suite d'un repas protéiné. Chez le sujet âgé, le catabolisme protidique musculaire nocturne peut être diminué si l'on diminue la ration protidique du repas du soir. Ces modifications pourraient expliquer la sarcopénie.

Besoins énergétiques

Ils ne diminuent pas chez la *personne âgée en bonne santé*, sont comparables à ceux de l'adulte et doivent être augmentés en cas d'activité physique importante.

Chez les *sujets âgés fragiles*, la diminution spontanée de la consommation alimentaire n'est pas toujours perçue par le sujet âgé et quand elle l'est, elle est toujours justifiée par le sujet âgé lui-même comme adapté à la réduction de ses activités. Mais en réalité la réduction alimentaire dépasse le plus souvent de beaucoup la réduction des besoins et aboutit en quelques années à des situations de carence et dénutrition. C'est également après un certain temps de réduction modérée des apports que surviennent des modifications importantes de la consommation alimentaire, notamment des rejets alimentaires. Alors apparaissent de véritables désordres métaboliques

Quant aux *sujets âgés malades*, bien souvent une fragilisation majeure est présente difficilement réversible, dans un contexte de polyopathie. Les personnes âgées en établissement gériatrique, doivent être considérées et sont (le plus souvent) des personnes âgées malades, polyopathologiques. Les personnes âgées malades sont en état d'hypercatabolisme lié à leur pathologie, déclenché par le système immunitaire et entraînant une activation des cellules spécialisées dans les mécanismes de défense contre les agressions et/ou les mécanisme de réparation tissulaire, et d'autre part une mobilisation des réserves nutritionnelles de l'organisme pour fournir à ces cellules les nutriments dont elles ont besoin. Cette mobilisation des réserves nutritionnelles, à cause des troubles métabolique du vieillissement, ne peut être reconstituée ad integrum après guérison. Il s'ensuit une diminution progressive des réserves nutritionnelles, jusqu'à épuisement des réserves. L'hypercatabolisme entraîne par ailleurs une réorganisation complète des métabolismes de l'organisme, qui s'ajoutant à celles du vieillissement, entraînent des troubles métaboliques importants au cours des maladies : diabète transitoire, fonte musculaire, osseux
Les phases de convalescence post pathologie aiguë permettent de reconstituer les réserves nutritionnelles. Ces phases sont estimées à trois ou quatre fois la durée de la phase aiguë.

Dysrégulation des stratégies adaptatives nutritionnelles chez la personne âgée

Il est observé une incapacité à adapter sa consommation alimentaire aux variations de la consommation antérieure. Cette dysrégulation s'observe à court et long termes. Celle ci a pour conséquence insidieusement et inconsciemment la mise en place de subcarences progressives.

Ainsi une personne âgée soumise à un régime restrictif, quand celui-ci est interrompu, n'aura pas le réflexe que l'on observe chez les personnes plus jeunes, de majorer spontanément et temporairement sa prise alimentaire pour compenser et reconstituer ses réserves nutritionnelles.

ATTITUDES DECISIONNELLES

- avant tout : évaluation nutritionnelle
- évaluation gériatrique (autonomie phys, psych, fragilité, vulnérabilité,...)
- espérance de vie
- comorbidités
- traitements associés
- contexte économique et social

Permettent d'évaluer Bénéfice et Risque avant de débiter un régime.

EXEMPLES de REGIMES ABUSIFS CHEZ LA PERSONNE AGEE

Exemples de régimes abusifs (HAS 2007) (Traité de nutrition de la personne âgée, Velas,...) et à risque de dénutrition:

- régime hypocalorique pour maigrir avant pose d'une prothèse, régime hypocalorique au delà de 80 ans
- régime sans sel, très anorexigène, prolongé au delà du nécessaire c'est à dire au stade de l'insuffisance cardiaque aiguë
- régime sans fibres pour colopathie fonctionnelle
- le régime hypocholestérolémiant n'a pas de place chez la personne âgée de plus de 75 ans
- régime diabétique draconien non justifié, régime diabétique non validé au delà de 80 ans.

Attention car le régime peut être mis en place par la personne âgée elle même.

CONCLUSION

Un régime doit être évalué en termes de bénéfice et risque pour la personne âgée avant d'être prescrit.

S'il est nécessaire, il doit toujours être très limité dans le temps.

Il doit être prescrit médicalement, dans une situation précise, et rapidement réévalué.