

## Ma grand-mère ne mange plus ! Que faire ? 1ère partie : Comprendre



Souvent, les termes « ne mange plus » sont utilisés pour qualifier le comportement d'une personne qui mange peu. Cette situation, fréquente au point de menacer toute personne âgée, peut précéder ou non l'absence totale d'alimentation.

Une question récurrente est bien celle-ci : « que faire ? ». D'autant plus qu'il s'agit d'une situation à forte connotation émotionnelle. Quand nous étions enfants, si l'on ne nous avait pas nourris, nous ne serions pas là. Le plus souvent, il s'agissait de notre mère.

La dette est donc immense, vitale, pas toujours consciente, rarement exprimée en ces termes. De surcroît, cette condition revêt une dimension de gravité : trop peu manger peut signifier que la fin est proche, tant notre corps a besoin d'aliments pour son fonctionnement et sa perpétuelle reconstruction.

**Faire, agir, c'est soulager un peu notre angoisse, que l'on soit famille ou soignant.** Paradoxalement perdurent des idées fausses selon lesquelles il est normal de moins manger ou de perdre du poids avec l'âge. Sans compter celle qui verrait dans la dénutrition une chance pour l'obèse âgé, projection déplacée de notre obsession collective.

**Je me propose d'aborder en premier lieu la question suivante : « que comprendre ? ».**

Les éventuelles réponses seront la condition nécessaire, le préalable à toute action potentiellement efficace, en tous cas correctement conduite. Comme la gériatrie serait trop facile si elle était simple, le déficit alimentaire sera presque toujours d'origine multifactorielle. Un survol de cette complexité ne peut pas être évité.

L'avance en âge en elle-même s'accompagne d'une altération du goût et de l'odorat ainsi que d'une diminution des sensations de faim et de soif. La satiété est plus rapide et plus durable. Un exercice physique comparable à celui d'un sujet jeune entraîne une dépense énergétique égale ou supérieure. Par ailleurs, une mauvaise régulation de l'appétit engendre une moindre reprise de poids après une perte pondérale récente. Les altérations dentaires sont encore trop souvent négligées et surtout mal anticipées. De banaux troubles de la vision obèrent l'appréciation des plats proposés. Des difficultés motrices peuvent compromettre l'accès aux éventuels petits commerces rescapés de la grande distribution. Un « régime », presque toujours indu, est peut-être coupable. De plus, toutes les maladies peuvent être à l'origine d'une diminution ou d'une absence d'alimentation. Ainsi, toute pathologie, médicale ou chirurgicale, par exemple toute infection sévère ou tout traumatisme s'accompagne de cette complication. Ceci est d'autant plus compréhensible que l'affection causale intéresse l'appareil bucco-dentaire et digestif dont l'intégrité est indispensable à cette fonction.

Les maladies affectant le système nerveux ou le psychisme ne sont pas en reste, telles que les accidents vasculaires cérébraux, la maladie de Parkinson, les démences (attention : sens médical du terme) ou la dépression.

Les mécanismes en sont variés, comprenant par exemple la démotivation, la régression, la perte du plaisir de manger, un tremblement, des troubles de la mastication ou encore ceux de la déglutition, des douleurs. En cas de pathologie aiguë, la dégradation des réserves de l'organisme (appelée « catabolisme » ou « dénutrition endogène » par les spécialistes) vient compléter l'anorexie (« dénutrition exogène » pour les spécialistes).

Les médicaments ne sont pas forcément innocents, seuls ou en nombre. Certains d'entre eux sont connus pour diminuer l'appétit.

La dépendance à un tiers pour les actes de la vie quotidienne crée une situation propice à la dénutrition et à la malnutrition. Ainsi, le contexte n'est pas indifférent : isolement, solitude, confinement, insuffisance de l'aide, faibles moyens financiers sont-ils possiblement à l'œuvre. Certains troubles du comportement, tels qu'une déambulation incessante, compromettent les prises alimentaires. Manger seul peut être démotivant. A l'inverse, la promiscuité n'est pas le gage d'un contexte favorable.

Le refus de manger peut aussi signifier le rejet d'une nouvelle dégradation de la santé ou même de l'établissement d'hébergement où l'on se retrouve. Nonobstant les efforts récents dans ce domaine et avec les précautions de courtoisie qui me sont coutumières, je suppose que les mets proposés dans les établissements de soins et d'hébergement sont plus ou moins attrayants. Sans parler de leur présentation ou de leur température. Leur correspondance avec les habitudes alimentaires de chaque convive peut être interrogée.

Vers la fin de leur vie, de nombreuses personnes âgées réduisent leur alimentation ou cessent de manger et de boire. Ceci sans fournir la moindre explication dans la grande majorité des cas ; soit qu'elles en soient incapables, soit qu'elles aient décidé que « le jeu n'en vaut plus la chandelle ». Tout commentaire semble trop laborieux, trop inducteur de souffrance pour leur entourage, en un mot : vain.

Pour employer un langage psychologique, ceci est « agi » sans justification explicite. Les familles sont alors en souffrance, culpabilisées par leur sentiment d'impuissance, par leur présence inconstante auprès de leur parent

ou encore par les sentiments générés par la mise en établissement. Un « placement » qui est vécu encore en 2015 comme une faute, un abandon répréhensible.

Dans les prochaines chroniques, je tenterai d'aborder les conséquences de la dénutrition, comment elle est évaluée et quelles sont les conduites à tenir dans les cas les plus habituels.