PRIX CIGAL 2014

Remis le 29 janvier 2014

à

Mme Marianne SIMON

JJJ. Tissot « le veau gras », musée des Beaux-Arts de Nantes

Numéro IBSSN : 978-2-9555397-0-5

[Numéro EAN : 9782955539705]

M. Benoît Hamon, Ministre délégué chargé de l'économie sociale et solidaire et de la consommation, a remis ce premier prix de la collection CIGALADES à Mme SIMON à l'occasion du Colloque du 29 janvier 2014 : « L'économie sociale et solidaire : quelle dynamique ? » qui se déroulait sous son haut patronage.

Le président du Jury chargé d'examiner les mémoires était M. Jacques FOURNIER, Conseiller d'Etat honoraire, Président d'Honneur de la SNCF et de Gaz de France et Président d'Honneur de CIRIEC France.

Le colloque a été organisé par le CIRIEC France, GALILEE.SP et AD-PA.

https://associationgalilee.wordpress.com/ ***http://www.ad-pa.fr/***

GALILÉE.SP
les fonctions publiques
au cœur de l'innovation

CIRIEC FRANCE
www.ciriec-france.org/

AD-PA
Les personnes agées - Les directeurs

CIRIEC-France est la branche française de l'organisation non gouvernementale « CIRIEC ». Cette association a pour objet la promotion de la réflexion et de l'action pour le développement des initiatives d'économie publique, sociale et coopérative.

L'association GALILEE.SP est un groupe de réflexion composé de hauts fonctionnaires et de dirigeants des trois fonctions publiques de l'Etat, des collectivités territoriales et des opérateurs publics et de fonctionnaires étrangers, qui se donne pour objet d'étudier les conditions d'évolution et de mise en œuvre du service public du XXI° siècle, d'adaptation de ses structures, de leur fonctionnement et leur gestion avec la participation des fonctionnaires et agents des services publics aux grands enjeux de notre époque.

L'AD-PA est une association qui regroupe les directeurs de services à domicile, de coordinations et d'établissements pour personnes âgées. Elle souhaite sensibiliser la société française et les Pouvoirs Publics sur l'approfondissement nécessaire de la solidarité à l'égard des personnes âgées fragilisées, favoriser leur expression, comme celle de leurs familles et des professionnels, accompagner ces derniers dans leurs actions au quotidien, promouvoir une réflexion globale en matière de gérontologie, participer à l'évolution de l'accompagnement des personnes âgées fragilisées en facilitant la circulation de l'information au sein de la profession et de ses partenaires, montrer que les services à domicile, les établissements et les coordinations pour personnes âgées sont innovants dans leurs pratiques quotidiennes d'accompagnement et de soins.

Le colloque et la remise du prix CIGALADES a aussi été permise grâce au soutien de leurs partenaires :

MFP MUTUALITE FONCTION PUBLIQUE

+X BANQUE POPULAIRE
LA BANQUE QUI DONNE ENVIE D'AGIR

ofi Asset Management

MUTUELLE ET PROFESSIONNELLE MGEFI

BFM BANQUE FRANÇAISE MUTUALISTE
PROFESSION BANQUIER VOCATION SOLIDARITÉ

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

Promotion : **2011-2012**

Date du Jury : **décembre 2012**

Lutter contre la dénutrition des personnes âgées :

L'exemple du Pôle de gérontologie clinique du CHU de Nantes

Marianne SIMON

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Coudrier, directrice générale du CHU, d'avoir accepté ma demande de stage et de m'avoir fait confiance tout au long de ces huit mois.

Je remercie très chaleureusement ma maître de stage, Madame Bitaud, directrice du Pôle de gérontologie clinique, pour sa disponibilité, sa gentillesse, ses conseils qui m'ont donné confiance. Je suis ravie de m'être vue confier des missions très intéressantes grâce auxquelles j'ai pu découvrir plusieurs facettes du métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.

Je suis également très reconnaissante envers l'ensemble de l'équipe du Pôle de gérontologie clinique, dont j'ai apprécié la gentillesse et la disponibilité : Bérangère, Radija, Claire, Catherine, Sophie et l'ensemble des cadres de santé du Pôle. Un grand merci à Patrick Javel, cadre supérieur de santé, avec qui j'ai travaillé, avec grand plaisir, notamment sur le projet PASA. Merci au Docteur Ould Aoudia, chef de Pôle, et au Professeur Berrut, qui se sont montrés très disponibles. Merci à Pierre Carpentier, assistant de gestion, pour son accompagnement, notamment pour la mise en page de ce mémoire.

Je remercie aussi Marlène Cieslik, pilote de la MAIA, qui a pris son poste en 2012, après sa formation à l'EHESP. Merci infiniment pour ta gentillesse, tes bons conseils et ta présence.

Enfin, je remercie les personnes qui m'ont accompagnée lors de la rédaction de ce mémoire, tout particulièrement Lénaëlle, ma sœur.

S o m m a i r e

Introduction 1

1 Les enjeux protéiformes liés à la dénutrition des personnes âgées 5

1.1 Le « cercle infernal de la dénutrition » et ses conséquences 5

1.1.1 Le dépistage de la dénutrition 5

1.1.2 Une réalité multifactorielle difficile à appréhender 6

1.1.3 Les conséquences de la dénutrition 7

1.2 La fonction accordée à l'alimentation en institution sanitaire et médico-sociale 9

1.2.1 Un besoin physiologique qui s'inscrit, le plus souvent, dans une prise en charge médicale 9

1.2.2 La dimension identitaire de l'alimentation à l'aune des contraintes liées à l'entrée en institution 10

1.2.3 La dimension symbolique de l'alimentation : vers la promotion du plaisir de manger ? 12

1.3 L'inscription des établissements dans un contexte contraint 13

1.3.1 L'existence de recommandations et de normes plus ou moins contraignantes 13

1.3.2 L'exigence d'amélioration continue de la qualité des soins et de l'accompagnement des personnes âgées 15

1.3.3 Les contraintes financières et organisationnelles 16

2 Le dépistage et la prise en charge de la dénutrition au sein du pôle de gérontologie clinique du CHU de Nantes 19

2.1 Présentation du pôle de gérontologie clinique du CHU de Nantes 19

2.1.1 Une palette de soins gériatriques, répondant à l'évolution des besoins 19

2.1.2 L'ambition du pôle de gérontologie clinique 20

2.1.3 Le fonctionnement de la restauration 22

2.2 L'alimentation des personnes âgées au pôle de gérontologie clinique 23

2.2.1 Le repas dans la prise en charge des personnes âgées 23

2.2.2 L'alimentation des personnes âgées : un objet non identifié par le personnel médico-soignant 24

2.2.3 La prise en charge nutritionnelle des personnes âgées et ses limites 26

2.3 Les outils de lutte contre la dénutrition des personnes âgées 29

2.3.1 La constitution d'un circuit du dépistage de la dénutrition 29

2.3.2 Le développement et la structuration de compétences 31

2.3.3 La prise en charge médicale de la dénutrition et ses limites 33

3 Du traitement médical de la dénutrition à la promotion d'une « alimentation plaisir » : les préconisations pour améliorer le statut nutritionnel des personnes âgées 36

3.1 Repenser la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées 36

3.1.1 Faire du repas un moment de plaisir, source de lien social 36

3.1.2 Adapter l'organisation existante aux besoins des personnes âgées 39

3.1.3 Faire du repas un soin à part entière 41

3.2 Favoriser un changement de culture dans la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées 43

3.2.1 Promouvoir une démarche concertée et pluri-professionnelle à travers un management renouvelé 43

3.2.2 Améliorer les connaissances et les compétences nutritionnelles des soignants 45

3.3 Expérimenter une prise en charge innovante au sein du PASA : le « picoré » et le « savouré » 47

3.3.1 Le concept de plats Picorés et Savourés : s'approprier la démarche 47

3.3.2 Expérimenter le Picoré-Savouré au sein du PASA : une première étape 49

3.3.3 Les préconisations pour la réussite du projet 50

Conclusion 53

Bibliographie 56

Liste des annexes I

Liste des sigles utilisés

ANAP : agence nationale d'appui à la performance
ARS : agence régionale de santé
CCR : centre de conditionnement des repas
CHU : centre hospitalier universitaire
CLAN : comité de liaison alimentation nutrition
CME : comité médical d'établissement
CNA : comité national de l'alimentation
CNO: compléments nutritionnels oraux
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMSP : équipe mobile de soins palliatifs
FNADEPA : fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées
HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point
IPAQSS : indicateurs pour l'amélioration de la qualité des soins de santé
LPPR : liste des produits et prestations remboursables
MNA: mini nutritionnel assessment
PASA : pôle d'activités et de soins adaptés
HAS : haute autorité de santé
PASA : pôle d'activité et de soins adaptés
PNA : programme national pour l'alimentation
PNNS : programme national nutrition santé
PUI : pharmacie à usage intérieure
SIM : service d'information médicale du CHU
SROMS : schéma régional de l'offre médico-sociale
SSR : soins de suite et de réadaptation
T2A : tarification à l'activité
UCC : unité cognitivo comportementale
UHR : unité d'hébergement renforcée
UCP : unité centrale de production
USLDR : unité de soins de longues durées redéfinis

Introduction

« Le plaisir de la table est de tous les âges, de toutes les conditions, de tous les pays et de tous les jours. Il peut s'associer à tous les autres plaisirs et reste le dernier pour nous consoler de leur perte ». Cet aphorisme que l'on doit au magistrat et gastronome Jean-Anthelme Brillat-Savarin[1] témoigne de l'importance que revêt l'acte de manger, à tout âge, et au-delà même de la fonction première qui est de nourrir le corps. Si manger est un acte vital, indispensable au bon fonctionnement de l'organisme, il procure également du plaisir. C'est ce levier que j'ai choisi de mobiliser comme moyen de prévention de la dénutrition du sujet âgé et de prise en charge d'une dénutrition modérée.

Les personnes âgées constituent un segment de la population qui entretient un rapport complexe à l'alimentation. En situation de perte d'autonomie, elles ne sont parfois plus en capacité de préparer elles-mêmes leurs repas, voire de manger seule. Les pathologies dont elles souffrent (troubles intestinaux, dentition, défaut de vision, perte du goût, démences…) perturbent les prises alimentaires. D'autres facteurs, comme la solitude, sont également à l'origine de la diminution des apports. Pourtant, leurs besoins augmentent, notamment quand elles présentent des troubles du comportement, entraînant des déambulations, ou en cas de maladie aiguë, qui augmente le métabolisme basal. Cette inadéquation entre les apports et les besoins entretient la *« spirale infernale de la dénutrition[2] ».*

La dénutrition est considérée comme l'un des risques nutritionnels majeurs des personnes âgées de plus de 70/75 ans. Elle correspond à un déficit d'apports nutritionnels par rapport aux réserves énergétiques, associant une perte de poids supérieure à 10% en moins de six mois à une diminution de la masse corporelle totale, en particulier aux dépends de la masse musculaire, avec un retentissement sur l'autonomie fonctionnelle ou la survenue de conséquences pathologiques[3].

Un certain nombre d'études épidémiologiques ont mis en exergue l'état de dénutrition de nombreuses personnes âgées hospitalisées ou hébergées en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Ainsi, 60% des personnes âgées hospitalisées en établissement de court séjour seraient dénutries[4]. En maison de retraite, elles seraient 45%. Une autre étude montre que 50% des plus de 60 ans auraient des apports en calcium inférieurs aux besoins nutritionnels moyens[5].

---

[1] (1755-1826)
[2] FERRY M., ALIX E. : *Nutrition de la personne âgée*, Masson, 3ème édition, 2007, page 10.
[3] Ibid., page 93.
[4] Enquête AP-HP, Energie 4+, 2003.
[5] INCA 2, 2006-2007.

Ces chiffres peuvent sembler éloignés de la représentation commune que l'on se fait du vieil âge. Nous n'avons pas le sentiment de rencontrer autant de personnes âgées maigres. Cet étonnement traduit une idée reçue, à savoir l'association entre dénutrition et maigreur. Or, comme le dit le médecin responsable de l'équipe d'assistance nutritionnelle du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes, *« on peut être gros et dénutri puisque la dénutrition renvoie également à un déficit d'apports en protéines, en minéraux, en vitamines, qui se traduit dans le taux d'albumine ».* Une personne dénutrie peut également ne pas perdre de poids, à cause des œdèmes[6]. La dénutrition peut donc être cachée, ce qui constitue une des raisons de l'émergence tardive de ce qui est devenue aujourd'hui une priorité de santé publique.

De fait, les gestionnaires de centres hospitaliers et d'établissements médico-sociaux se saisissent de plus en plus de cette problématique, à la faveur de l'incitation à la création d'un Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) dans chaque hôpital ou de la généralisation des indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS), parmi lesquels figure le dépistage des troubles nutritionnels. Dans le secteur médico-social, un décret sorti le 30 janvier 2012 rend obligatoire, à horizon 2013, le respect de critères précis en termes de qualité et d'adaptation des repas aux besoins et préférences des personnes âgée. L'attention croissante portée à la personne dans son individualité, notamment depuis la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, explique également la montée en charge de mesures concrètes à l'échelle des établissements.

Au cours de mon travail de recherche, certains professionnels de santé ont manifesté leur étonnement à ce qu'un élève-directeur s'intéresse à cette problématique, considérée comme d'ordre médical. Pourtant, la lutte contre la dénutrition des personnes âgées s'inscrit, à mon sens, dans les missions d'un directeur d'établissement de santé ou médico-social. Au-delà de l'incitation, voire de l'obligation à agir en réponse à l'évolution de la législation et à l'émergence de recommandations de bonnes pratiques en la matière, cette dimension est essentielle en termes de qualité de la prise en charge des personnes âgées en établissement de court ou de long séjour. De plus, la dénutrition a des répercussions financières et organisationnelles, en allongeant la durée des séjours dans le secteur sanitaire et en alourdissant la « charge en soin » du personnel soignant, notamment en EHPAD. La prévention et la prise en charge de la dénutrition impliquent une réflexion sur l'organisation médico-soignante qu'il revient au directeur de coordonner, avant d'en valider les préconisations. Le directeur doit impulser une démarche concertée favorisant une

[6] FERRY M., Nutrition et dénutrition des personnes âgées, 5 mai 2011, disponible sur internet : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Nutrition_denutrition_des_PA.pdf

dynamique de changement. Enfin, la prise en charge de la dénutrition renvoie à des préoccupations éthiques, appelant un positionnement stratégique de la Direction.

Mon travail s'articule autour de la problématique suivante :

➔ **Comment améliorer le dépistage, la prise en charge et la prévention de la dénutrition des patients et résidents âgés du Pôle de gérontologie clinique ?**

Grâce à mes lectures sur le sujet, aux entretiens et aux observations que j'ai pu faire au sein du Pôle de gérontologie clinique et dans un autre EHPAD, j'ai choisi de mobiliser le levier de l'amélioration de l'alimentation, comme moyen de lutte contre la dénutrition des personnes âgées. Ce parti-pris m'a amenée à me poser deux questions :

→ **Comment passer d'une prise en charge médicale et curative de la dénutrition à une démarche d'amélioration de la prestation restauration, au travers de la promotion du « plaisir de manger » ?**

→ **Comment adapter la restauration aux besoins et envies des personnes âgées, notamment les personnes souffrant de démences, tout en prenant en compte les contraintes de l'Unité Centrale de Production (UCP) du CHU ?**

Sur le plan méthodologique, j'ai lu plusieurs documents[7] afin de me constituer une culture sur le sujet. J'ai également mené des **entretiens** avec des « personnes ressources » du CHU de Nantes[8]. Il s'agit **d'entretiens semi-directifs**, à partir d'une grille de questions[9]. J'ai fait de **l'observation directe** dans les services pour me rendre compte de l'organisation effective du travail entre les soignants, de la fréquence du recueil du poids et des « ingesta », de la façon dont se passent les repas et les collations, de la réception des plateaux à leur desserte, en passant par le temps du repas. J'en ai profité pour interroger, de façon informelle, le personnel. J'ai également participé à des réunions, notamment aux transmissions ou aux réunions « projet de vie », pour mesurer la place de la nutrition dans les soins et le projet de vie individualisé (PVI) du résident.

Dans un objectif de recueil de bonnes pratiques, j'ai contacté un établissement du département qui s'est engagé dans une démarche aboutie de prévention et de prise en charge de la dénutrition, en mettant en place une alimentation « Picorée » et « Savourée » pour une partie des résidents. J'ai également participé, avec deux infirmières du pôle, au colloque organisé par la Fédération Nationale des Associations de Directeurs

[7] *Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), Plans Nationaux Nutrition Santé successifs (PNNS), rapports, livres et articles écrits par des spécialistes de la question.*
[8] Cf. annexe 1
[9] Cf. annexe 3

d'Etablissements et services pour Personnes Agées (FNADEPA), le 7 février 2012, sur le thème « *Bien manger pour bien vieillir – Pourquoi et comment (r)éveiller le plaisir des papilles et redonner du goût aux années* ».

Par ailleurs, je me suis investie au sein de deux groupes de travail[10] : un premier déjà existant au sein du Pôle, à savoir la cellule qualité nutrition ; le second que j'ai constitué et animé, le temps de mon stage, afin de lancer l'expérimentation de plats Picorés et Savourés au sein du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

Dans un premier temps, j'ai donc souhaité analyser les enjeux liés à la dénutrition des personnes âgées et qui justifient que la direction d'un établissement sanitaire et médico-social se saisisse de cette problématique devenue une priorité des pouvoirs publics (1.)
Avant d'envisager des pistes d'amélioration de l'existant et d'innovation, notamment à destination des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée (3.), il m'a semblé important de faire un état des lieux des modalités de dépistage et de prise en charge de la dénutrition au sein du pôle de gérontologie clinique, afin de repérer les limites, mais également les ressources qu'ils sera possible de mobiliser (2.)

[10] Cf. Annexe 2

1 Les enjeux protéiformes liés à la dénutrition des personnes âgées

La dénutrition des personnes âgées est une réalité dont les causes, à l'origine d'une spirale infernale, et les conséquences interrogent la place accordée à l'alimentation en institution. Face à l'ampleur du phénomène, les directeurs d'établissements sont incités à mettre en place une politique nutritionnelle, incluant la prévention, le dépistage, la prise en charge de la dénutrition. Mais ils agissent dans un contexte contraint.

1.1 Le « cercle infernal de la dénutrition » et ses conséquences

La dénutrition est à la fois une conséquence d'un état de santé général déjà dégradé et un « terreau » facilitant la survenue de diverses pathologies ou aggravant ces dernières. D'où l'intérêt d'appréhender l'ampleur du phénomène, son fonctionnement, ses conséquences. Et de dépister la dénutrition.

1.1.1 Le dépistage de la dénutrition

1.1.1.1 Les critères de la dénutrition protéino-énergétique chez le sujet âgé

Chez la personne âgée[11], il est surtout question de dénutrition protéino-énergétique, qui résulte d'un « *déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme* », entraînant des « *pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des fonctionnements fonctionnels délétères*[12] ». En raison de la modification du métabolisme, la personne âgée compense un manque d'apports en puisant dans ses réserves lipidiques et glucidiques, mais surtout dans ses réserves protéiques. De plus, elle réduit naturellement sa consommation de produits carnés, riches en protéines, par manque d'envie et de capacité de mastication.

La Haute Autorité de Santé (HAS) indique dans une recommandation[13] que l'indice de masse corporelle (poids/taille²) en-dessous duquel il y a dénutrition est de 21 pour une personne âgée. Les autres critères sont : une perte de poids supérieure ou égale à 5% en un mois ou supérieure ou égale à 10% en moins de 6 mois ; un taux d'albumine inférieur à 35g/l, qui permet de diagnostiquer une dénutrition protéino-énergétique[14]; un MNA global inférieur à 17. Le Mini Nutritional Assessment (MNA) est un test d'évaluation de l'état nutritionnel qui comporte des questions axées sur l'évolution pondérale, les prises

[11] La HAS considère une personne comme étant âgée, à partir de 70 ans. Age à partir duquel elle retient des indicateurs différents pour diagnostiquer la dénutrition, relativement aux sujets âgés de 18 à 69 ans.
[12] ANAP, 2011, *Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux : les textures modifiées, mode d'emploi*, p 40.
[13] HAS, synthèse des recommandations professionnelles, *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*, disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf
[14] En l'absence de syndrome inflammatoire, lequel influe sur le taux d'albumine.

alimentaires, le degré d'autonomie pour manger, les capacités de motricité, la présence de problèmes neuropsychologiques, le nombre de médicaments, la présence de plaies cutanées, de maladie aiguë, les perceptions de la personne âgée… Un état de dénutrition sévère correspond à une perte de poids supérieure ou égale à 10% en un mois ou à 15% en six mois ; à un IMC inférieur à 18 et à une albuminémie inférieur à 30g/l. La présence d'un seul de ces quatre critères suffit à caractériser un état de dénutrition.

Le diagnostic est établi par un médecin. Il implique le dépistage de la dénutrition, lequel incombe au personnel médical, mais aussi soignant, qui doit peser la personne âgée pour contrôler l'évolution du poids et surveiller les prises alimentaires lors des repas. Pour confirmer le diagnostic, le médecin peut prescrire un dosage de l'albumine. La HAS recommande un dépistage de la dénutrition chaque semaine, en cas d'hospitalisation, au moins une fois par mois en établissement de long séjour ou en soins de suite et de réadaptation[15].

1.1.1.2 La prévalence de la dénutrition et son évolution

La dénutrition des personnes âgées est devenue une priorité de santé publique, suite à la parution d'études épidémiologiques qui ont mis en avant un taux important de dénutrition au domicile et en institution[16].

La tendance est identique au sein Pôle de gérontologie clinique, avec une augmentation du taux de personnes âgées dénutries. Les statistiques réalisées grâce au logiciel ARGOSS à partir des coupes Pathos[17], montrent qu'au 31/12/2011, 41.3% des résidents d'EHPAD et d'USLD étaient codés en dénutrition-maigreur. Ils étaient 34.23% en 2010 et 28.5% en 2009. Cependant, il convient de mentionner deux biais principaux compliquant l'interprétation de ces chiffres. Tout d'abord, certaines personnes âgées sont dénutries avant d'entrer en institution et leur état de santé s'améliore rapidement grâce à la prise en charge dont elles bénéficient. De plus, l'augmentation du taux de dénutrition peut également s'expliquer par l'amélioration du dépistage de la dénutrition et de son codage par les praticiens.

1.1.2 Une réalité multifactorielle difficile à appréhender

1.1.2.1 Une augmentation des dépenses caloriques

D'après le responsable de l'équipe d'assistance nutritionnelle du CHU de Nantes, la dénutrition des personnes âgées s'explique par une augmentation des dépenses due : à la

[15] ANAES, service des recommandations professionnelles, septembre 2003, *Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés*, p 10.
[16] Cf. introduction, pages 2 et 3.
[17] Le modèle PATHOS est un système d'information, élaboré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées.

survenue de pathologies multi viscérales et de maladies aiguës entraînant une augmentation du métabolisme ; à une récupération lente liée à un épuisement progressif des réserves ; à la fonte musculaire inhérente au vieillissement ; aux troubles du comportement comme la déambulation dans le cadre de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. Cette augmentation des dépenses caloriques est d'autant plus source de dénutrition qu'elle s'accompagne très souvent d'une baisse des apports alimentaires oraux.

1.1.2.2 Une diminution des apports nutritionnels

Quant aux facteurs explicatifs de la réduction des apports, Martine Perron évoque *« une perte d'appétit liée à l'âge ou à certaines maladies », « une altération du goût », « une denture déficiente », « des difficultés à déglutir*[18] ». Un médecin du CHU insiste également sur la surconsommation de médicaments qui, lorsqu'ils sont pris au début du repas, coupent l'appétit des personnes âgées. Une diététicienne du Pôle de gérontologie clinique constate le suivi de régimes alimentaires qui n'ont plus lieu d'être. Parmi les autres raisons, il convient de citer l'anorexie consécutive notamment à la maladie d'Alzheimer ou apparentée et l'inadaptation des repas aux besoins et envies des personnes âgées. Une diététicienne note également la prégnance de tabous alimentaires qui induisent une restriction volontaire. Ainsi, de nombreuses personnes âgées, ou leurs familles, sont persuadés qu'il ne *« faut pas manger trop le soir »*, qu'il ne *« faut pas s'alimenter entre les repas »*, que le *« pain fait grossir »*, *« qu'un repas très léger suffit le soir »*, *« qu'il n'y a pas besoin de manger quand on ne bouge pas beaucoup »*.

Le recensement des raisons à l'origine d'une augmentation des besoins et d'une diminution de l'alimentation est une étape préalable importante parce qu'il permet de classer ces éléments en deux catégories : ceux sur lesquels il semble difficile d'avoir une prise, comme l'augmentation du métabolisme liée à une pathologie associée, la fonte musculaire ou encore la perte de goût, et les éléments sur lesquels il est possible d'agir, tels le choix des aliments, la prescription de médicaments ou de régimes, les tabous alimentaires. En effet, la dénutrition ne doit pas être perçue comme une fatalité, notamment au regard des conséquences qu'elle engendre.

1.1.3 Les conséquences de la dénutrition

1.1.3.1 Une aggravation de l'état de santé général

La dénutrition a des conséquences sur l'état de santé général des personnes âgées, à commencer par l'augmentation du risque de chute, d'infection, d'apparition d'escarres ou

[18] PERRON Martine, *Oser proposer une autre alimentation aux personnes âgées fragilisées : avec des concepts de plats « Picorés » et « Savourés »*, Chronique Sociale, 2012, p 20.

l'aggravation du pronostic des maladies, dont la maladie d'Alzheimer[19]. La dénutrition « *représente avec les troubles psycho-comportementaux et les troubles de la marche l'une des principales complications de la maladie (...) La survenue d'une perte de poids supérieure ou égale à 5% en un an serait un facteur prédictif de mortalité chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer* »[20].

En parlant de « *spirale infernale de la dénutrition* », Monique Ferry décrit le cercle vicieux qui s'auto-entretient entre les causes et les conséquences physiologiques de la dénutrition. En effet, comme évoqué ci-dessus, la dénutrition peut être le fruit de pathologies déjà existantes ou d'une santé générale fragile ; mais en affaiblissant davantage la personne âgée, elle complique son rétablissement, voire elle fait le lit d'une aggravation de l'état de santé général de la personne âgée. Et une personne très affaiblie s'alimente encore moins… D'où la nécessité de diagnostiquer à temps la dénutrition et de la prendre en charge rapidement par des moyens adaptés.

1.1.3.2 Une augmentation de la charge de travail pour les équipes soignantes

Les personnes dénutries sont des personnes âgées qui s'alimentent peu ou difficilement. Le personnel soignant met donc davantage de temps à les faire manger. De plus, la dénutrition occasionne une perte croissante d'autonomie, nécessitant un accompagnement paramédical important pour les soins d'hygiène. La médicalisation augmente la charge en soins et le temps passé par les soignants auprès de la personne âgée. Quel que soit le lieu de prise en charge, hôpital ou EHPAD, la présence de personnes âgées dénutries accroît la charge de travail du personnel soignant, avec un risque de fatigue accru, de démotivation, et donc d'arrêts de travail plus fréquents. A noter également le risque de maltraitance, découlant du climat de tension et d'agressivité généré par le refus de personnes âgées de s'alimenter ou la lenteur avec laquelle elles le font. Au regard de l'importance d'entretenir la motivation du personnel, la prévention et la prise de la charge de la dénutrition constituent un enjeu majeur, à l'échelle d'un établissement.

1.1.3.3 Un coût financier à l'échelle d'un établissement

A l'heure de la raréfaction des ressources publiques, la dénutrition occasionne une augmentation des dépenses. En effet, dans les unités de médecine accueillant les patients âgés, elle conduit à une augmentation de la durée du séjour, freinant la rotation des lits, valorisée dans le cadre de la Tarification à l'Activité (T2A) à laquelle sont soumis les établissements de santé. Cependant, le codage de la dénutrition est également une source de recettes pour l'établissement.

[19] Cf. colloque de la FNADEPA du 7 février 2012, intervention du Professeur Darmaun, médecin gastroentérologue au CHU de Nantes.
[20] Laboratoire Janssen-Cilag, phase 5, mai 2009, *La maladie d'Alzheimer, syndromes apparentés.*

En EHPAD, la consommation de compléments nutritionnels oraux (CNO) est importante. Or, depuis un arrêté du 2 décembre 2009[21], les CNO ne sont plus achetés par chaque résident, puis remboursés par la Sécurité Sociale. Leur coût est désormais pris en charge, dans le cadre de la Liste des Produits et Prestations Remboursées (LPPR), par un forfait calculé en fonction du nombre de résidents. Ce forfait sert à financer les besoins en location ou en vente de matériel médical, dont les CNO. Donc, plus il y a de résidents à consommer des CNO, plus leur consommation pèse sur le budget.

Par ailleurs, la question du coût des aliments non consommés et donc jetés se pose avec acuité et mérite réflexion, en sus des considérations éthiques liées au gaspillage qui en découle.

L'intérêt de prévenir la dénutrition, de la dépister et de la traiter dès les premiers signes appelle une réflexion sur la fonction accordée à l'alimentation en institution.

1.2 La fonction accordée à l'alimentation en institution sanitaire et médico-sociale

L'examen des fonctions de l'alimentation est un enjeu crucial, notamment au regard de la problématique nutritionnelle en institution accueillant des personnes âgées.

1.2.1 Un besoin physiologique qui s'inscrit, le plus souvent, dans une prise en charge médicale

1.2.1.1 Se nourrir : un besoin vital

Comme le rappelle Jean-Pierre Corbeau, professeur de sociologie à l'Université de Tours, « *manger est un acte biologique nécessaire* »[22]. Et ce quel que soit l'âge de l'individu. Il s'agit d'ailleurs, au sens de Maslow, d'un besoin physiologique situé en bas de la « *hiérarchie des besoins fondamentaux* », au même titre que boire, dormir, respirer, se reproduire[23]. Il conditionne la réalisation des autres besoins, à savoir le besoin de sécurité, matérialisé par le travail, la santé, la propriété ; le besoin d'appartenance, au travers de l'amour, de l'amitié, de la sexualité ; le besoin d'estime et enfin l'accomplissement personnel, qui s'exprime par la créativité, la capacité à résoudre des problèmes, à se positionner par rapport à la morale. L'alimentation a donc, par essence, une dimension importante.

[21] République Française, arrêté du 2 décembre 2009 relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des nutriments pour supplémentation orale, JO n°0284 du 8 décembre 2009, p. 21182, disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021394117
[22] CORBEAU J-P., Les dimensions symboliques de l'alimentation en milieu hospitalier, disponible sur : http://www.chru-strasbourg.fr/Hus/HTML/clan/pdf/LESDIMENSIONSSYMBOLIQUESDEL.pdf
[23] Maslow A., 1943, *A theory of human motivation*, Psychological Review, n°50, p 18 à 22.

Contrairement à une idée reçue, la personne âgée, qui ne souffre pas de pathologie particulière, a les mêmes besoins qu'un adulte jeune. D'après le CLAN du CHU de Nantes, elle doit consommer entre 1800 et 2000 calories par jour, en fonction de son degré d'activité physique. Ses apports en protéines, glucides, lipides doivent être également du même ordre que pour le sujet jeune.

1.2.1.2 La personne âgée : un sujet fragile, aux besoins spécifiques

L'alimentation des personnes âgées requiert toutefois une attention particulière, en raison de leur état de santé, souvent fragile. Cela va de soi à l'hôpital où les personnes sont prises en charge en raison d'une pathologie particulière. Le constat vaut également pour les résidents en EHPAD, où le degré de dépendance va croissant.

Ainsi, l'alimentation de la personne âgée doit s'adapter aux multi-pathologies dont elles souffrent : « *troubles de la déglutition, problèmes dentaires, troubles digestifs, baisse de la vue, diminution du goût, fragilité osseuse, pathologies aiguës entraînant une impossibilité fonctionnelle à s'alimenter normalement ou une perte d'appétit, pathologies interdisant la consommation de certains aliments*[24] ».

Il convient donc de proposer aux personnes âgées une prise en charge nutritionnelle adaptée. Si la personne déambule ou souffre d'une pathologie aiguë entraînant une augmentation du métabolisme, les besoins en calories et en protéines sont augmentés. Par ailleurs, l'apport en calcium doit être supérieur à celui de l'adulte, ce qui implique la consommation d'au moins quatre produits laitiers par jour. Il peut également être nécessaire de majorer les apports en fibres et en eau.

Le recours à des textures lisses, mixées, moulinées, voire à des compléments nutritionnels oraux ou à une alimentation entérale, ainsi que la prescription de régimes diabétique, sans sel, sans résidus, sans gluten, peut s'avérer nécessaire. Enfin, la personne âgée, fragilisée, est davantage sensible aux toxi-infections alimentaires, impliquant une vigilance des acteurs concernés, quant au suivi des normes HACCP.

1.2.2 La dimension identitaire de l'alimentation à l'aune des contraintes liées à l'entrée en institution

1.2.2.1 Le processus de « socialisation alimentaire »

La socialisation décrit le « *processus d'intégration d'un individu à une société donnée ou à un groupe particulier par l'intériorisation des modes de penser, de sentir, d'agir, autrement dit*

[24] ANAP, 2011, *Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux : les textures modifiées, mode d'emploi*, p 17 à 19.

des modèles culturels propres à cette société ou à ce groupe[25] ». Cela passe par l'intériorisation et l'apprentissage de normes, de valeurs, d'habitudes de vie, mais est aussi le fruit d'interactions sociales. Ce processus s'applique également à l'alimentation, laquelle a une dimension identitaire et sociale, au-delà de la seule fonction de nourrir le corps. En effet, comme l'a expliqué le sociologue Philippe Cardon, lors du Colloque organisé par la FNADEPA, *« l'alimentation est un support identitaire (« dis-moi ce que tu manges et je te dirai qui tu es » pour reprendre Bria Savarin) et un marqueur social (« dis-moi qui tu es, je te dirai ce que tu manges »).*

Autrement dit, les goûts alimentaires sont socialement déterminés autant qu'ils servent à se distinguer d'autrui. Philippe Cardon identifie six déterminants sociaux qui permettent d'expliquer la variabilité des préférences alimentaires. Il s'agit de l'effet de génération, de la région d'habitation, de l'origine sociale, de l'âge, de la structure du ménage et du sexe. Pour Jean-Pierre Corbeau, ces déterminants nourrissent « *trois formes de répertoire*[26] » : « *le répertoire du comestible* », « *le répertoire culinaire* » (les préférences), le « *répertoire gastronomique* » (le classement des préférences). Ces répertoires peuvent évoluer avec l'âge, mais sont propres à chaque individu. Ainsi, il est important d'avoir en tête la diversité des préférences alimentaires pour comprendre la rupture, d'un point de vue psychique et sociale, consécutive à l'entrée en institution.

1.2.2.2 L'entrée en institution et l'imposition d'une offre collective

L'entrée en institution marque une rupture pour les personnes âgées qui doivent abandonner les habitudes et préférences alimentaires pour s'adapter à l'offre de l'établissement qui les accueille. Il peut en découler, en raison de l'éloignement de leur « *patrimoine culinaire* », un sentiment de perte d'identité.

Philippe Cardon parle de « *dépendance alimentaire* » pour décrire le fait que la personne ne prépare plus elle-même ses repas mais dépend d'une tierce personne : cuisinier, et parfois aide-soignant pour l'accompagner lors de la prise du repas. Cette perte d'autonomie dans la préparation du repas, dans le choix des aliments et dans la prise du repas, peut être mal vécue par les personnes âgées, surtout si elles possèdent encore des capacités physiques et/ou cognitives. De plus, les plats proposés ne correspondent pas forcément à leurs goûts. Le choix n'est pas non plus aussi large qu'à leur domicile, où elles consommaient des aliments qu'elles aimaient.

[25] CUCHE Denys, *La notion de culture dans les sciences sociales*, La Découverte, 2001, p 47.
[26] CORBEAU J-P., *Les dimensions symboliques de l'alimentation en milieu hospitalier*, disponible sur internet : http://www.chru-strasbourg.fr/Hus/HTML/clan/pdf/LESDIMENSIONSSYMBOLIQUESDEL.pdf

Enfin, l'environnement diffère de celui du domicile. Les personnes âgées ne choisissent pas toujours leurs voisins de table. Or, la dimension sociale du repas participe de l'envie de manger. « *Une personne peut dire que ça n'est pas bon, en se référant non pas au contenu de l'assiette mais à l'ambiance, au cadre* », assure Philippe Cardon.
Ainsi, cette rupture peut entraîner une diminution des apports oraux, constituant un risque de dénutrition. D'où l'intérêt de surveiller les prises alimentaires des personnes âgées, les premières semaines suivant leur arrivée, afin de déceler d'éventuelles insuffisances.

1.2.3 La dimension symbolique de l'alimentation : vers la promotion du plaisir de manger ?

1.2.3.1 Les représentations de l'alimentation au fil du temps

La fonction accordée à l'alimentation en institution est le fruit de représentations qui ont évolué au fil du temps. L'analyse par Jean-Pierre Corbeau des « *dimensions symboliques de l'alimentation en milieu hospitalier* »[27] permet de comprendre les réticences à valoriser le « plaisir » dans l'alimentation. Ainsi, au cours du temps, l'alimentation a subi le poids de différentes influences : la religion, tout d'abord, avec son corollaire l'ascétisme et donc l'absence de plaisir ; la morale sociale, ensuite, associée à l'idée que la nourriture doit « *s'accorder à la condition sociale des patients* » ; l'idéologie scientifique, enfin, qui valorise l'hygiénisme, la sécurité, le diététiquement correct. Jean-Pierre Corbeau appelle de ses vœux l'entrée dans une quatrième période qui valoriserait le « *mangeur pluriel* ». Cette expression renvoie aux notions de service et de plaisir, et donc à la dimension affective, identitaire et hédoniste qu'il convient d'associer à l'alimentation en institution.

1.2.3.2 La quête du plaisir dans l'acte de manger : la mémoire du goût

Michelle Le Barzic, sociologue, met en avant la notion de plaisir, en pointant du doigt les effets pervers du « diététiquement correct » : « *la science de la nutrition n'est pas loin de tuer le plaisir de manger*[28] ». Dans ses recommandations, le Conseil National de l'Alimentation (CNA) rappelle la nécessaire *« préservation du plaisir de manger*[29] *»*. Le plaisir de manger est également lié au pouvoir évocateur des aliments consommés. Par exemple, le topinambour et la pomme de terre rappellent la culture des champs; les plats mijotés les fêtes de villages. Les boissons chaudes ont un côté réconfortant, qui accompagne l'acte alimentaire[30].

[27] Ibid.
[28] Le BARZIC Michelle : *La meilleure façon de manger*, Odile Jacob, 1998.
[29] ANAP, 2011, *Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux : les textures modifiées, mode d'emploi*, p 45.
[30] Ibid., p 18.

Par ailleurs, la dimension multi-sensorielle participe du plaisir de manger. Lors du colloque de la FNADEPA, Gilles Moineau, président de l'Institut national des métiers de bouche, a évoqué la « *culture des sens* ». Selon lui, ils doivent être mis en éveil au moment du repas en jouant sur les couleurs, les saveurs, les senteurs, les textures, les volumes.

Enfin, le plaisir de manger est lié à la satisfaction de partager ensemble un repas. La « *commensalité* », comme le dit Philippe Cardon, est à prendre en compte en institution, particulièrement en EHPAD, où les résidents, accompagnés sur une plus ou moins longue durée, peuvent nouer des liens d'amitié avec d'autres personnes âgées. Ainsi, susciter le plaisir de manger est un réel levier d'action pour prévenir la dénutrition, voire prendre en charge une dénutrition légère.

Il semble donc que des leviers d'actions existent pour permettre un rapprochement entre les besoins des personnes âgées et le positionnement des établissements quant à la fonction accordée à l'alimentation. L'implication croissante des acteurs nationaux et locaux peut favoriser cette évolution positive.

1.3 L'inscription des établissements dans un contexte contraint

Les établissements s'inscrivent dans un contexte qui délimite et oriente leur politique institutionnelle en termes de prévention, de dépistage et de prise en charge de la dénutrition.

1.3.1 L'existence de recommandations et de normes plus ou moins contraignantes

1.3.1.1 La coexistence de recommandations de bonnes pratiques…

Les pouvoirs publics, notamment le Ministère de la santé, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), la HAS ont multiplié les recommandations nutritionnelles pour la personne âgée. Les Programmes Nationaux Nutrition Santé (PNNS) 1 (2001-2005), 2 (2006-2012), 3 (2011-2015) consacrent tous un volet à la nutrition de la personne âgée. Le PNNS 3, par exemple, s'est donné comme objectif un « *dépistage et une prise en charge précoce de la dénutrition des personnes âgées en établissement de santé et médico-social* », « *le développement d'actions de communication envers les aidants et les professionnels* », « *la promotion de la santé bucco-dentaire*[31] ». Le Plan National pour l'Alimentation (PNA)[32], sorti en 2011, promeut, pour les personnes hospitalisées et les personnes âgées en institution, le plaisir de manger. Les plans Alzheimer 2008-2012 et Grand Age 2007-2012 se sont aussi fait écho de cette problématique.

[31] Ministère de la santé, PNNS 3, disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
[32] Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire, Programme National pour l'Alimentation, février 2011.

Des guides ont été édictés : guide de nutrition à partir de 55 ans, guide de nutrition pour les aidants des personnes âgées fragilisées, livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé.

Par ailleurs, la circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS) du 22 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé[33] recommande la création d'un Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN), instance pluri-professionnelle chargée de faire des avis ou des propositions pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des malades et la qualité de la restauration. Les CLAN sont aujourd'hui constitués dans tous les CHU et dans beaucoup de centres hospitaliers. En unité de long séjour, beaucoup d'EHPAD ont mis en place des commissions de restauration ou commissions de menus, suite à la recommandation du CNA.

Il convient de préciser que, depuis un arrêt du Conseil d'état du 12 janvier 2005, les recommandations de bonnes pratiques peuvent être opposables[34]. Dans les faits, leur valeur juridique reste en-deçà de celle des textes réglementaires.

1.3.1.2 … et de règles coercitives

Tout d'abord, les établissements sont soumis au respect des normes HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) pour leurs activités de production, d'acheminement et de distribution des repas. « *L'HACCP est un système qui identifie, évalue et maîtrise les dangers significatifs au regard de la sécurité des aliments (NF V01-002)*[35] ». Basée sur sept principes, la mise en place de l'HACCP se fait en suivant une séquence logique de douze étapes, dont l'analyse des dangers (biologiques, chimiques, physiques) et la détermination des points critiques pour leur maîtrise.

Par ailleurs, depuis le 30 janvier 2012, un tournant a été pris avec la parution d'un décret sur « *la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration en EHPAD*[36] ». Ce texte, qui entrera en vigueur le 1er juillet 2013, fixe des exigences en termes de variété de plats, avec le choix entre 4 ou 5 plats à chaque déjeuner ou dîner ; de taille de portions et de fréquence des repas permettant, au besoin, de proposer des portions réduites,

[33] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, circulaire du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé, disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-16/a0161475.htm

[34] Droit médical, Le Piège des bonnes pratiques médicales, disponible sur internet : http://droit-medical.com/perspectives/la-forme/36-pieges-bonnes-pratiques-medicales

[35] Livret d'accueil service restauration CHU Nantes, 17/06/2011.

[36] République Française, décret du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements de santé, JO n°2012-143 du 31 janvier 2012.

mais plus souvent dans la journée. Les plats devront également varier régulièrement et être adaptés aux goûts et aux éventuels handicaps des personnes âgées.

En rendant obligatoire le respect d'indicateurs pour l'alimentation des personnes âgées, ce décret témoigne de l'enjeu que représentent pour les pouvoirs publics, la lutte contre la dénutrition des personnes âgées. Selon la taille, la localisation (rurale/urbaine), le type d'établissement (autonome/rattaché à un établissement de santé), la culture de l'établissement, l'intérêt jusqu'alors accordé à cette question, le défi sera plus ou moins facile à relever.

1.3.2 L'exigence d'amélioration continue de la qualité des soins et de l'accompagnement des personnes âgées

1.3.2.1 Le développement d'indicateurs de la qualité du dépistage et de la prise en charge nutritionnelle

Dans le secteur sanitaire, la HAS a généralisé, en 2007, les Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS), parmi lesquels figurent le dépistage des troubles nutritionnels (suivi du poids) en Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique (SSR)[37]. Le respect ou non de ces indicateurs sert de base de discussion lors de la visite des experts pour la certification des établissements de santé.

En EHPAD, la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale[38], dans le but d'améliorer la qualité de l'accompagnement en EHPAD, a rendu obligatoire la réalisation d'une évaluation interne et d'une évaluation externe, en vue du renouvellement de la convention tripartite. Un des outils pour la réalisation de l'évaluation interne est la grille Angélique[39] validée par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Elle recense plusieurs thèmes dont l'un dédié à la nutrition et à la restauration, avec des items et questions associées sur le repas, la nutrition et le recueil du poids. La réalisation de ces évaluations et leurs résultats conditionnent le renouvellement de l'autorisation.

1.3.2.2 Les politiques volontaristes des tutelles et l'implication croissante des directeurs d'établissements

Par ailleurs, les Agences Régionales de Santé (ARS) et les Conseils généraux inscrivent la lutte contre la dénutrition des personnes âgées dans leurs politiques d'amélioration de la

[37] Une fois par an, 80 dossiers de patients sont tirés au sort pour être examinés à l'aune de différents indicateurs de qualité. Ces indicateurs servent de base de discussion lors des visites des experts pour la certification des établissements de santé.
[38] République Française, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JO n°2 du 3 janvier 2002.
[39] Ministère de l'emploi et de la solidarité, *Améliorer la qualité en EHPAD*, disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/outil_auto_eval.pdf

qualité. Ainsi, l'ARS des Pays de la Loire a rappelé au cours d'une réunion « qualité-efficience[40] » que la lutte contre la dénutrition des personnes âgées, le suivi bucco-dentaire, la sensibilisation et la formation des professionnels des EHPAD, sont « *des axes prioritaires dans le cadre de l'objectif de promotion de la culture de la qualité et de la gestion des risques* », inscrit dans le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS). Les établissements devront proposer un bilan bucco-dentaire à tous les nouveaux arrivants. Ils pourront bénéficier de partenariats avec les chirurgiens-dentistes de la région. En Franche-Comté, l'ARS s'est montrée très prescriptive en fixant, en 2011, une « *démarche à mettre en œuvre pour le dépistage de la dénutrition en EHPAD*[41] ».

A l'échelon opérationnel, les directeurs d'établissements s'intéressent, de façon croissante, à la lutte contre la dénutrition des personnes âgées. Ainsi, les participants étaient nombreux au colloque de la FNADEPA organisé, en février, sur le thème « *Bien Manger pour bien vieillir* ». Ils ont témoigné de leur désir de s'inscrire dans une démarche effective d'amélioration de la situation nutritionnelle des résidents d'EHPAD. C'est un élément de contexte qui justifie qu'une dynamique positive s'installe autour de cette question.

1.3.3 Les contraintes financières et organisationnelles

1.3.3.1 Des budgets restreints

La volonté de proposer aux personnes âgées une prise en charge nutritionnelle de qualité se heurte à des « *contraintes financières et organisationnelles*[42] ». En effet, la restriction des moyens financiers et le mécanisme de convergence, auquel sont soumis de nombreux établissements publics dont le CHU de Nantes, les conduisent à limiter les ratios de personnels ainsi que les investissements. L'aménagement des salles de restauration, l'acquisition d'équipements complémentaires pour améliorer la prise en charge nutritionnelle ne sont pas toujours réalisables. Il convient donc de privilégier les améliorations à coûts limités. Mais, il en va aussi de la responsabilité du directeur que de trouver le juste équilibre entre la satisfaction des besoins nutritionnels, l'aspect gastronomique, le respect du budget, de l'hygiène et de la traçabilité des produits.

1.3.3.2 Vers une organisation au service de la personne âgée ?

Sur le plan organisationnel, Martine Perron constate que de nombreux établissements fonctionnent sur un « *mode routinier* » et s'interrogent peu sur les marges de manœuvre

[40] Il s'agit de la réunion « qualité-efficience » du mardi 12 juin, faculté de médecine de Nantes.
[41] Agence régionale de santé Franche-Comté, 2011, *Aide à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée*, disponible sur : http://ars.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/Manifestations/2ReuniondepartementaleEhpad_Depistage_denutrition_MPClairet.pdf.
[42] PERRON Martine : *Oser proposer une autre alimentation aux personnes âgées fragilisées, Avec des concepts de plats « Picorés » et « Savourés »*, Chronique sociale, 2012, p 21.

disponibles pour optimiser la prise en charge[43]. Comment organiser différemment les soins dispensés aux personnes âgées pour valoriser davantage l'accompagnement au moment du repas ? S'il est difficile de faire du « cas par cas », il peut être intéressant de réfléchir aux modalités envisageables de personnalisation de la prise en charge. Les établissements sont également confrontés au cloisonnement des fonctions. La restauration fonctionne trop souvent de façon parallèle aux soins, alors que les deux prestations peuvent contribuer au « prendre soin », c'est-à-dire à l'accompagnement global de la personne âgée.

L'action des directeurs d'établissements sanitaires et médico-sociaux s'inscrit donc dans un contexte à la fois contraint et incitatif.
Les enjeux liés à la dénutrition de la personne âgée, hospitalisée ou hébergée, renvoient à trois dimensions : le mécanisme physiologique de la dénutrition et, donc l'importance de son dépistage, au regard des conséquences engendrées ; la fonction de l'alimentation en EHPAD qui constitue un levier à mobiliser ; la nécessité pour les acteurs concernés de s'inscrire dans un cadre contraint.

[43] Martine Perron, *Oser proposer une autre alimentation aux personnes âgées fragilisées : avec des concepts de plats « Picorés » et « Savourés »*, Chronique Sociale, 2012, p 21.

2 Le dépistage et la prise en charge de la dénutrition au sein du pôle de gérontologie clinique du CHU de Nantes

Après avoir présenté les grands enjeux liés à la dénutrition des personnes âgées, nous dresserons ici un état des lieux des pratiques qui ont cours au pôle de gérontologie clinique du CHU de Nantes concernant le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées. Le but étant d'identifier des limites au fonctionnement actuel, mais également les points forts qu'il est possible de mobiliser.

2.1 Présentation du pôle de gérontologie clinique du CHU de Nantes

Au regard de la particularité du pôle de gérontologie clinique en tant que « pôle d'un CHU », j'ai souhaité détailler les différents types de prise en charge existants, l'ambition du Pôle de gérontologie clinique, ainsi que l'organisation de la restauration. Ces éléments permettent d'expliquer certains constats et sont à prendre en compte pour l'élaboration des leviers d'action.

2.1.1 Une palette de soins gériatriques, répondant à l'évolution des besoins

2.1.1.1 Un pôle hospitalier développé

Le Pôle de gérontologie clinique regroupe :

➔ Des unités de court séjour :

-L'hôpital Bellier dispose de 36 lits de médecine polyvalente gériatrique et de 64 lits de soins de suite et de réadaptation ;
-La Maison Pirmil possède 24 lits de soins de suite et de réadaptation ;
-L'hôpital Nord Laënnec héberge une unité de 30 lits de médecine aiguë gériatrique ;

➔ Le Centre Ambulatoire Nantais de Gérontologie Clinique (CANGC)

Situé à Bellier et inauguré en 2010, il possède 5 places d'hôpital de jour en médecine, 25 places d'hôpital de jour en psychogériatrie, 5 places d'hôpital de jour en SSR. Il propose également des consultations en médecine gériatrique, en psychiatrie, en neurologie, en ophtalmologie, en diabétologie, en nutrition ainsi que des consultations mémoire et douleur.

2.1.1.2 Une offre élargie pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes

Le CHU a souhaité développer son offre en direction des personnes âgées dépendantes, notamment des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, en proposant :

➔ Des unités de long séjour :

-La Maison Pirmil, située à St-Jacques, regroupe 160 lits d'Unités de Soins de Longue Durée (USLD) ;

-L'EHPAD de la Seilleraye, situé sur la commune de Carquefou, est doté de 192 lits ;

-L'EHPAD de Beauséjour, situé au Nord de Nantes, dispose de 100 lits, dont 12 d'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC). D'ici 2013, une Unité d'Hébergement Renforcée[44] (UHR) doit voir le jour.

➔ Un accompagnement spécifique pour les personnes souffrant de démences :

Dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, le pôle a répondu à un appel à projet pour la mise en place d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) à l'EHPAD de la Seilleraye. Cette unité dispose de quatorze places pour des résidents de l'EHPAD, souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, et présentant des troubles du comportement modérés. Elle fonctionne du lundi au vendredi, ainsi qu'un week-end par mois, de 10 h à 17 h. Les résidents pourront fréquenter le PASA un ou plusieurs jour(s) par semaine, ce qui permettra à davantage de résidents que les quatorze places du PASA de bénéficier de cette prise en charge. Un axe important du projet de soin du PASA concerne l'amélioration du statut nutritionnel des résidents grâce à une alimentation adaptée à leurs besoins et à la mise en place d'ateliers de cuisine thérapeutique.

2.1.2 L'ambition du pôle de gérontologie clinique

2.1.2.1 Devenir un pôle majeur de la prise en charge des personnes âgées

Cet objectif, affiché dans le projet d'établissement 2003-2007, s'est concrétisé par :

- la constitution, en 2002, d'un « pôle d'expertise gérontologique » avec la création de 100 lits d'hospitalisation supplémentaires et de locaux de consultation, sur le site de Bellier.
- le développement des soins de longue durée avec l'inauguration de l'EHPAD de Beauséjour en 1999 et la transformation de l'hôpital de la Seilleraye en EHPAD, en 2008.
- la fusion de l'hôpital Bellier, établissement public autonome, avec le CHU de Nantes, en 2010. En intégrant le CHU, le pôle de soins gériatriques devient le pôle de gérontologie clinique, et par là-même un pôle parmi d'autres. La fusion lui donne les moyens de se développer, en acquérant notamment une dimension universitaire. Le pôle bénéficie également de l'expertise des services techniques et logistiques du CHU, dont l'Unité Centrale de Production (UCP), située à St-Jacques, impliquant la fin de la préparation des repas sur le site de Bellier.

[44] L'UHR, mesure du Plan Alzheimer, accueillera 12 résidents souffrant de démences et présentant des troubles du comportement sévères.

- la création d'unités dédiées aux résidents ou patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012.
- l'ambition de porter des projets innovants et de développer la recherche. Pour cela, le Pôle bénéficie de la création, en 2010, du Gérontopôle, structure pluridisciplinaire de recherche et d'expertise, unique en France, portée par le CHU de Nantes, l'université de Nantes et la Région Pays-de-Loire, et dirigée par le Professeur Berrut, gériatre au sein du Pôle et chef de Pôle, à compter de 2013.

2.1.2.2 Les freins constatés

L'ambition du Pôle de gérontologie clinique, appuyée par les moyens humains, logistiques, et organisationnels dont il dispose, constitue un atout pour la mise en place de projets innovants, par exemple en lien avec l'alimentation des personnes âgées. Pour y parvenir, le Pôle devra dépasser certaines limites :

➔ la prégnance de la culture hospitalière en EHPAD

La fusion de l'hôpital Bellier avec le CHU, d'une part, l'installation d'unités d'EHPAD dans l'ex hôpital de La Seilleraye, d'autre part, contribuent au maintien d'une culture hospitalière forte. J'ai constaté que les médecins et soignants utilisent fréquemment le terme de « patient ». L'aménagement de certains espaces renvoie également à un fonctionnement hospitalier, de la même façon que l'application stricte de certaines règles (HACCP). Cette culture se heurte à la volonté, encouragée par les pouvoirs publics, de faire des EHPAD des lieux de vie plutôt que des unités de soin. Cette évolution apparaît pourtant indispensable, notamment pour l'évolution de la prise en charge nutritionnelle des résidents. Comme nous le verrons dans un prochain développement, l'alimentation, sous son versant diététique, supplante encore l'alimentation « plaisir ».

➔ la gestion de projets transversaux à l'épreuve de la disparité des prises en charge

Le pôle de gérontologie propose l'intégralité de la palette des prises en charge de la filière gériatrique. Cependant, la diversité des types de prise en charge et la dispersion géographique des établissements complexifient la conduite de projets transversaux.
La dénutrition ne peut être abordée de la même façon selon que l'on accueille, pour une courte durée, des personnes âgées souffrant de pathologies aiguës ou que l'on prenne en charge, sur une longue durée, des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer. De plus, la dispersion des sites complique l'organisation de réunions sur des projets transversaux. Les soignants n'ont pas toujours la possibilité de se libérer de leur poste.

Deux questions méritent donc d'être soulevées : quelles limites poser à la diversité des pratiques au sein d'un même pôle ? Comment permettre l'implication des soignants au sein de projets transversaux ?

2.1.3 Le fonctionnement de la restauration

2.1.3.1 L'unité centrale de production du CHU : quelle implication pour le pôle ?

Le CHU dispose d'une Unité Centrale de Production (UCP), située à St-Jacques, qui fonctionne en liaison froide. Cette unité assure la production, l'assemblage des plateaux[45] et la distribution de l'ensemble des repas pour les différents sites du CHU, dont l'hôpital Bellier, la maison Pirmil et les deux EHPAD. Cela représente environ 12 000 repas par jour et 170 services desservis. L'UCP, sous l'égide du responsable de la production en lien avec des qualiticiens et diététiciennes, propose des repas adaptés aux besoins nutritionnels spécifiques des patients en fonction de leurs typologies (enfants, personnes âgées…) et pathologies (allergies, diabétiques, hypercalorique…). La centralisation de la production nécessite un circuit structuré, de la commande individuelle des repas à leur distribution en passant par la production et la livraison. En raison du nombre important de repas fabriqués, le responsable de production n'hésite pas à parler de « *processus industriel* ». Ce processus s'accommode difficilement de demandes particulières émanant d'un pôle ou d'un service : « *nous avons déjà plusieurs profils alimentaires et types de régimes, qui répondent de façon satisfaisante aux besoins, il nous est difficile d'individualiser davantage l'offre* », indique le responsable de production. Des Centres de Conditionnements des Repas (CCR) ainsi que des cuisine-relais existent sur certains sites, dont l'hôpital Bellier et les EHPAD du Pôle.

2.1.3.2 Les cuisine-relais : un équipement sous-utilisé ?

L'hôpital Bellier dispose d'un CCR et d'une cuisine-relais qui fonctionnent avec six agents Equivalents Temps Plein. Le CCR permet l'assemblage des plateaux servis aux patients de l'hôpital Bellier, avec un reconditionnement préalable des plats à l'assiette. Les soupes, servies aux personnes âgées, sont préparées sur place. Il s'agit d'une spécificité de l'hôpital Bellier.

Avant la fusion avec le CHU, Bellier avait ses propres cuisines. Le personnel de cuisine connaissait les besoins des personnes âgées et pouvait s'y adapter. Le responsable du site avait suivi une formation sur l'alimentation des personnes âgées, notamment sur les textures modifiées et le « manger-main ». Suite à la fusion, il a été décidé que les cuisines de Bellier n'assureraient plus d'activité de production, en raison notamment de la vétusté de certains

[45] L'assemblage peut se faire sur certains sites, comme à Bellier, qui dispose d'un Centre de Conditionnement des Repas.

équipements et de la nécessité de répondre à l'évolution de la réglementation en termes d'hygiène et de sécurité.

Concernant les EHPAD, ils disposent de cuisine-relais, qui servent uniquement au fonctionnement du self pour le personnel. Elles sont livrées directement par l'UCP. Un agent est présent à temps plein sur chaque EHPAD.
Le contexte dans lequel s'inscrit le Pôle explique certaines orientations stratégiques ainsi que les « modes de faire » et représentations à l'œuvre chez les soignants.

2.2 L'alimentation des personnes âgées au pôle de gérontologie clinique

L'alimentation est un levier important que j'ai choisi de mobiliser pour lutter contre la dénutrition des personnes âgées. J'ai donc analysé les modalités de prise de repas, le vécu du repas par les personnes âgées, la perception qu'en ont les soignants, avant de me pencher sur la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées.

2.2.1 Le repas dans la prise en charge des personnes âgées

2.2.1.1 Le cadre du repas

En médecine, les patients prennent leur repas en chambre. Une diététicienne m'a indiqué que « *la question de la prise du repas en salle à manger est souvent évoquée par les médecins et cadre, mais cela semble poser des problèmes d'organisation en termes de temps pour les AS et ASHQ* ».

En EHPAD, le cadre dans lequel se prennent les repas mérite d'être analysé avec acuité, au regard de la durée de séjour des résidents. Lorsque leur état de santé le permet, les résidents prennent leur repas en salle à manger. Chaque résident dispose d'une place « attitré », ce qui permet au personnel de commencer à disposer les plateaux-repas juste avant le début du repas. Les résidents ne sont pas placés par affinité, ni en fonction de leurs capacités cognitives. J'ai noté qu'à une même table se trouvaient une personne peu loquace, une personne très affable et une personne désorientée qui poussait régulièrement des cris, suscitant l'exaspération, voire l'agacement des autres personnes de la tablée. Les résidents les plus dépendants physiquement sont regroupés sur une même table, où ils sont accompagnés par une aide-soignante pour la prise de leur repas.

L'aménagement de la salle ne me paraît pas optimisé pour mettre en appétit les personnes âgées. Ainsi, les tables n'ont pas de nappe ; le lieu n'est pas particulièrement décoré. Or, ces éléments sont de nature à conférer une dimension plus « hôtelière » à la prise du repas, se différenciant par là-même d'un fonctionnement hospitalier.

2.2.1.2 Le « temps du repas » : un moment attendu ou redouté par les personnes âgées

Le repas est un moment attendu par les personnes âgées, particulièrement en EHPAD, car il rythme leurs journées. « *Certaines personnes âgées sont déjà dans la salle à manger, trente minutes avant l'heure du repas*, affirme une intendante. *Je les comprends, c'est souvent un des seuls plaisirs qu'il leur reste* ». Les personnes âgées attendent le repas avec impatience et elles font preuve de peu de patience à table. J'ai noté de l'agacement, voire de l'agressivité de la part de certaines personnes, si elles ne sont pas servies assez rapidement. Certaines mangent très vite l'intégralité de leurs repas. D'autres terminent rapidement leur plateau, mais n'en consomment que la moitié. Parfois, le dessert est pris avant le plat… Beaucoup souhaitent regagner leur chambre sitôt le repas terminé.

Pour d'autres personnes âgées, le repas semble être une épreuve de force. N'ayant peu ou pas d'appétit, souffrant d'une perte plus ou moins importante de repères, elles ne mangent pas spontanément et peuvent rester stoïques devant leur plateau. Un soignant intervient généralement pour « faire manger » la personne, sans beaucoup de succès. « *Ces personnes qui refusent de manger souffrent, très souvent, de la maladie d'Alzheimer*, indique une intendante. *Elles sont très angoissées au moment du repas* ». Leur plateau-repas est principalement constitué d'aliments mixés ou moulinés peu appétissants, de desserts qui rencontrent davantage de succès, et d'un complément alimentaire, mis de côté pour la collation.

2.2.2 L'alimentation des personnes âgées : un objet non identifié par le personnel médico-soignant

2.2.2.1 L'alimentation : un champ désinvesti et dévalorisé par les soignants

J'ai retiré de mes temps d'observations et de mes entretiens que les soignants s'investissent peu au moment du repas. En EHPAD, je n'ai pas vu d'infirmière assister à une partie du repas ou aider à la prise du repas dans la salle à manger. L'intendante est présente avec deux ASHQ et deux aides-soignantes pour accompagner une vingtaine de résidents. Les ASHQ aident au repas des résidents n'ayant pas de troubles de la déglutition. Une aide-soignante accompagne les autres résidents[46]. J'ai observé qu'une ASHQ a donné le dessert à une résidente avant l'entrée, en le justifiant, auprès d'elle, par le fait que le plat était trop chaud.

[46] Une ASHQ n'a pas le droit de « faire manger » une personne présentant des troubles de déglutition.

Dans les services d'hospitalisation, les patients prennent leur repas en chambre[47]. La diététicienne m'a indiqué avoir constaté que « *certains soignants déposent le plateau-repas sans prendre le temps de dire à voix haute l'intitulé des différents plats, ce qui pourtant ne prendrait pas plus de temps et pourrait ouvrir l'appétit* ». Il lui est également arrivé de retrouver des plateaux non consommés parce que les barquettes n'avaient pas été ouvertes. La personne âgée n'avait pas voulu ou pas pensé le faire. Enfin, les soignants suivent très peu de formations en lien avec l'alimentation et la dénutrition des personnes âgées, traduisant un désintérêt pour le temps du repas.

Concernant les raisons de ce désinvestissement, les soignants mettent en avant le facteur « temps ». Ils ont aussi le sentiment que l'alimentation ne relève pas du soin à proprement parlé. Pour eux, il s'agit d'une tâche « *dévalorisante* ». Une enquête menée à l'EHPAD de la Seilleraye, au moment de mon stage, par un étudiant en Master a révélé que l'acte que les soignants « du matin » appréhendent le plus, en prenant leur poste, est la préparation des biscottes. «*C'est fastidieux et tout le monde peut le faire* ». Quelques soignants et un médecin soulignent l'idée de fatalité quant à la dénutrition des personnes âgées : « *elles ne veulent pas manger donc elles se dénutrissent,* explique un soignant*. On ne peut pas les nourrir de force* ». D'autres soignants évoquent leur propre dégoût face aux plats mixés ou moulinés, ou se disent résignés : « *les plats qu'on leur propose ne leur donnent pas envie de manger » ; « ils prendraient volontiers des smoothies, apprécieraient de manger des plats qu'ils ont préparé eux-mêmes ou qui leur rappellent leur enfance, mais à cause des règles d'hygiène, ce n'est pas possible* ».

2.2.2.2 Un manque de connaissance des agents

Concernant la connaissance des besoins nutritionnels des personnes âgées, 47.6 % des soignants du pôle ayant répondu au questionnaire distribué dans le cadre de la cellule qualité nutrition[48] estiment que les personnes âgées ont besoin de 2 à 3 produits laitiers par jour, alors que leurs besoins sont de 3 à 4. Ils sont aussi 43.7 % à penser que les besoins nutritionnels diminuent avec l'âge, alors qu'ils sont équivalents (30.5% des soignants l'ont noté). En revanche, les agents ont raison en affirmant, à 67 %, qu'un dîner composé d'un potage et d'un laitage est insuffisant.

Le CHU a créé des profils alimentaires pour les personnes âgées : le senior 1 et le senior 2[49]. Les réponses au questionnaire ont montré que les agents ne connaissent pas bien le contenu des profils. L'une des questions, volontairement « ouverte », demandait de citer les

[47] Cela peut arriver également en EHPAD, lorsque l'état de santé de la personne l'exige.
[48] Cf. Annexe 4
[49] Cf. section 2.2.3.1

sept régimes les plus fréquemment utilisés. 16.1 % de soignants ont cité le « normal » qui n'a pas vocation à être prescrit en gériatrie. Le senior 2, fréquemment utilisé, n'a été cité qu'à 6 %. Par ailleurs, au regard de la variété des termes employés, les soignants semblent mal maîtriser l'éventail des profils disponibles, leur nom et leur contenu. Une diététicienne regrette des « *associations trop fréquentes entre des profils incompatibles* ». Les échanges avec les agents m'ont permis de comprendre que, pour beaucoup d'entre eux, le choix d'un profil et d'un régime relève systématiquement d'une prescription médicale, donc ils s'y intéressent peu.

2.2.2.3 La nutrition : le parent pauvre de la médecine

L'alimentation des personnes âgées, et au-delà la nutrition, souffre d'un manque de connaissances et d'intérêt de la part du corps médical. En EHPAD, un médecin parle de « *fatalité* » pour évoquer la dénutrition des personnes âgées. En médecine et soins de suite et de réadaptation, j'ai noté une connaissance plus importante des médecins de la problématique nutritionnelle des personnes âgées, en raison d'une sensibilité personnelle des praticiens pour la nutrition[50]. Une des médecins du service de médecine m'a confié que la « *nutrition reste le parent pauvre de la médecine, vraisemblablement parce qu'elle nécessite peu de compétences techniques* ». Pour certains médecins, comme pour certains soignants, l'alimentation relève davantage de l'hôtellerie. La nutrition était jusqu'alors peu enseignée en faculté de médecine. Cependant, le médecin note une « *évolution encourageante, en tout cas au CHU de Nantes, depuis la création de l'unité de nutrition clinique qui intervient à la faculté de médecine, et la diffusion des travaux du CLAN* ».

2.2.3 La prise en charge nutritionnelle des personnes âgées et ses limites

2.2.3.1 Des profils alimentaires spécifiques…

Le CHU de Nantes dispose de deux profils spécifiques pour les personnes âgées : le « senior 1 » et le « senior 2[51] ». Il s'agit de mieux répondre aux besoins des personnes âgées sur le plan nutritionnel, à leurs préférences ainsi qu'à leurs capacités à mastiquer. Le profil « normal »[52] n'existe pas en gérontologie, mais le senior 1 s'en rapproche. Ces deux profils se caractérisent par des apports nutritionnels normo caloriques, des apports calciques augmentés, la présence d'un goûter dans l'après-midi et un dîner adapté. Le dîner du senior 1 est composé d'un potage, d'une protéine/légumes/féculents ou d'un plat complet (gratin, tarte salé, galette…), d'un produit laitier, d'un dessert et de pain. Le dîner du senior 2 est constitué d'un potage, d'un fromage, d'un laitage enrichi, d'un dessert et de pain. Le choix

[50] Plusieurs médecins de MPG et SSR font partie de la cellule qualité « nutrition » du Pôle.
[51] Le senior 1 existe depuis très longtemps. En revanche, le senior 2 a été créé en 2004, à la demande des intendantes, au moment de l'informatisation de la prise de commande des repas.
[52] Il s'agit du menu servi, par défaut, à tous les patients hospitalisés au CHU de Nantes.

des profils[53] n'est pas soumis à prescription médicale. Il peut donc se faire à l'initiative d'un soignant, grâce à l'outil de commande des repas.

Outre les profils alimentaires, les patients et résidents peuvent se voir prescrire des régimes thérapeutiques. Il existe quatre textures (*le mouliné[54], le mixé, le mixé lisse, le mixé liquide*) dont bénéficient fréquemment les personnes âgées. Une prescription médicale peut également être établie pour un régime hypercalorique, en cas de dénutrition par exemple, un régime sans sel, un régime sans fibre, un régime hypo-lipidique, un régime diabétique… La diététicienne peut personnaliser des régimes, en rajoutant des collations ou en supprimant des aliments, ce qui permet une relative flexibilité dans la composition des menus.

2.2.3.2 … mais des repas pas toujours adaptés aux besoins et préférences des personnes âgées

« *Beaucoup de personnes âgées apprécient de manger un potage et un laitage enrichi, le soir* », précise une diététicienne du pôle. Cependant, les repas, notamment le déjeuner, ne sont pas toujours adaptés aux préférences des personnes âgées. En effet, les menus du profil senior 1 et senior 2 sont généralement calqués sur le menu du profil normal, avec des adaptations. L'UCP n'est pas en capacité de diversifier davantage ses préparations, pour des raisons organisationnelles et financières. « *Parfois, on leur sert du poulet, or c'est difficile à manger, voire dangereux car il y a des petits os* », notent les soignants. Et d'ajouter : « *les personnes âgées peinent à avaler la semoule et le riz qui leur sont souvent servis* ». « *Les quantités sont bien trop importantes*, témoignent d'autres agents. *C'est incroyable ce que nous jetons tous les jours* ». Les personnes âgées se plaignent également des sauces « *servies en trop grande quantité, d'où un écœurement* ».

Par ailleurs, ces profils comprennent l'ajout d'un produit laitier le matin (par rapport au petit-déjeuner standard) mais ne prévoient pas d'autres spécificités pour le petit-déjeuner. « *Pourtant, c'est le repas le plus apprécié et le plus consommé par les personnes âgées*, assure une diététicienne. *Elles ont faim car le petit-déjeuner est servi tard par rapport au dîner, qui lui est pris très tôt.* »

Le choix des plats servis en texture modifiée est limité, donc les mêmes plats reviennent, générant une lassitude. Si le respect des besoins nutritionnels est garanti, ces textures ne sont pas toujours appétissantes. La notion de « plaisir » n'est donc pas au rendez-vous.

[53] Il existe également le profil « haché » en sus des profils senior 1 et senior 2.

[54] La texture mouliné a également vu le jour en 2004, afin d'éviter le recours systématique à la texture mixée, moins appréciée.

Concernant le cas particulier des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, les profils senior 1 et 2 n'apparaissent pas adaptés. J'ai constaté que les personnes qui se montrent le plus agressives et le moins patientes sont celles qui souffrent de démences. Elles consomment également très peu les plats proposés, à l'exception des produits sucrés. Elles prennent la nourriture avec leurs mains, la jettent par terre, salissent leurs vêtements.

2.2.3.3 Les limites de l'organisation soignante

L'organisation soignante désigne l'ensemble des tâches qui incombent aux différents soignants, et la façon dont elles sont organisées, afin d'optimiser la prise en charge des patients et des résidents.

Concernant la collation, 46 % des agents affirment la distribuer systématiquement, comme prévu dans le cadre des profils senior 1 et 2 ; mais 41 % des agents disent le faire uniquement après prescription du médecin ou diététicienne. La collation est donnée « dans l'après-midi », à 93.8 %, contre 11.4 % « à la demande » et 8.3 % « dans la soirée ». La question de la durée du jeûne nocturne[55] n'est donc pas intégrée dans la réflexion des médecins et des soignants.

Depuis 2004, la prise de commande des repas est informatisée au CHU, et se fait grâce à l'outil « Pocket ». Or, le « Pocket » n'est pas toujours utilisé à bon escient. Normalement, les ASHQ doivent soumettre, la veille, le menu du lendemain aux personnes âgées hospitalisées ou hébergées, afin de remplacer un plat qui ne serait pas apprécié. Cette démarche est mieux réalisée en médecine qu'en EHPAD. Par ailleurs, en EHPAD, une feuille de préférence alimentaire doit être remplie à l'entrée de la personne âgée. Une règle qui n'est pas toujours respectée. Peu de feuilles de préférences alimentaires figurent dans les dossiers de soins. Pourtant, ces dispositifs sont de nature à optimiser la consommation des repas, en prenant en compte les goûts des personnes âgées.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise à plat des effectifs au CHU, le Pôle de gérontologie clinique a revu l'organisation soignante, en avril 2012. L'option retenue a été celle de la partition des tâches entre les aides-soignantes et les ASHQ, avec comme objectif un recentrage sur les cœurs de métier. L'aide-soignante s'est vue confier la réalisation des toilettes et d'autres soins paramédicaux, comme l'aide au repas des personnes souffrant de troubles de la déglutition. Les fonctions hôtelières, dont la préparation du petit déjeuner, ainsi que l'aide au repas des personnes ne présentant pas de troubles de la déglutition, sont

[55] HAS, synthèse des recommandations professionnelles, *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*, disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf

désormais du ressort de l'ASHQ, en lien avec l'intendante. Les ASHQ indiquent avoir mal vécu cette évolution car elles n'ont pas reçu de formation spécifique à la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées : « *nous ne sommes pas formées pour faire face aux difficultés ou au refus des résidents à s'alimenter* ». Le rôle de l'intendante, en EHPAD, a également été modifié. Une intendante indique « *n'avoir plus suffisamment de temps à consacrer à l'observation des personnes âgées au moment des repas, au service à table, car d'autres tâches nous incombent désormais, comme l'entretien des locaux* ». Elles participaient auparavant à la commission des menus à St-Jacques qui était l'occasion de relayer les besoins et préférences des personnes âgées, ce qu'elles affirment n'avoir plus le temps de faire.

2.3 Les outils de lutte contre la dénutrition des personnes âgées

Je me suis intéressée aux outils de lutte contre la dénutrition déjà existants, à savoir la constitution d'un circuit de dépistage de la dénutrition, le développement et la structuration de compétences, et enfin, l'élaboration d'une stratégie de réponse médicale à la dénutrition des personnes âgées. Ces dispositifs, s'ils présentent des limites, constituent des points d'ancrage sur lesquels il est possible de s'appuyer pour améliorer l'existant et « innover ».

2.3.1 La constitution d'un circuit du dépistage de la dénutrition

2.3.1.1 L'incitation au codage de la dénutrition

Le dépistage de la dénutrition fait partie des IPAQSS. L'atteinte -ou non- des cibles pour chaque indicateur sert de base de discussion lors de la visite de certification, laquelle conditionne le renouvellement de l'autorisation. La HAS a défini les modalités de codage de la dénutrition dans un guide méthodologique PMSI MCO de 2010. Celles-ci ont été reprises par le Service d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique du CHU (le SIM) qui a réalisé un document présentant le contexte et les codes présents. Pour les patients de plus de 70 ans, le diagnostic de dénutrition est posé, en fonction de l'IMC, de la perte de poids et du taux d'albumine. Un indicateur anormal pour un seul de ces trois critères suffit pour poser le diagnostic.

Au CHU, les nouveaux praticiens hospitaliers sont formés au codage et sensibilisés à l'importance d'un juste codage par le SIM du CHU. En effet, la dénutrition est une comorbidité associée qui peut doubler la valorisation d'un séjour. Il existe trois niveaux de sévérité associés à trois codes différents[56]. La cotation de la dénutrition, comme comorbidité associée, est donc source de ressources financières pour l'établissement.

[56] E43 pour la malnutrition protéino-énergétique grave ; E44.0 pour la malnutrition protéino-énergétique modérée ; E44.1 pour la malnutrition protéino-énergétique légère.

En EHPAD, la dotation en soins est déterminée grâce à l'outil Pathos, qui permet de calculer un Pathos Moyen Pondéré, et donc une dotation financière correspondant à la moyenne de la charge en soins requis pour l'ensemble des résidents de l'établissement. « *Pathos prend en compte de façon privilégiée le repérage et la cotation de la dénutrition* », affirme le chef du Pôle de gérontologie clinique du CHU de Nantes.

A l'échelle du Pôle, les médecins se voient fréquemment rappeler l'importance de ce codage par le médecin chef de Pôle, au cours des staffs médicaux. Mais, pour le médecin chargé du codage de la dénutrition au SIM « *le codage en lui-même est simple, puisque fonction de critères établis ; c'est le dépistage qui pose parfois problème* ».

2.3.1.2 La création d'outils institutionnels pour améliorer le dépistage

Le codage de la dénutrition implique, en amont, son dépistage. Pour améliorer le dépistage, le CLAN contribue à l'élaboration d'outils de dépistage de la dénutrition, comme le flyer intitulé *« Dépister la dénutrition du patient adulte »*. Ce document, format livre de poche, présente l'intérêt d'être logeable dans une poche de tenue de travail. Il s'adresse aux médecins, infirmiers, aides-soignants… Il répond, de façon synthétique et accessible, à quatre questions : comment ? Pourquoi ? Par qui ? A quel moment ? A l'intérieur, se trouve une table permettant de déterminer l'IMC d'un patient en fonction de la taille et du poids. Le verso retrace les différentes étapes, comme la pesée, le calcul de l'IMC, l'évaluation de la perte de poids, l'enquête alimentaire ; puis la marche à suivre si ces indicateurs laissent présager un risque de dénutrition : alerter le médecin pour doser l'albumine, surveiller le poids régulièrement, coder la dénutrition. Ce document peut également être utilisé pour dépister la dénutrition chez les résidents, en EHPAD.

Il existe également un mode opératoire intitulé « *Dépistage de la dénutrition chez la personne âgée de plus de 70 ans et mesures correctrices* ». Il a été réalisé à l'initiative du Pôle ostéo-articulaire donc concerne prioritairement les personnes âgées qui vont subir une opération.

Il n'existe pas de protocole spécifique au Pôle de gérontologie clinique pour le dépistage de la dénutrition. Néanmoins, le Pôle a rédigé un mode opératoire sur « l'évaluation de l'état bucco-dentaire », lequel est un des facteurs favorisant la dénutrition.

2.3.1.3 L'effectivité du dépistage au sein du pôle de gérontologie clinique

Les services de médecine du Pôle de Gérontologie Clinique ont un taux de codage de la dénutrition supérieur au reste du CHU (38% contre 4% sur l'ensemble du CHU). Deux facteurs peuvent expliquer ce taux supérieur, outre la pertinence du dépistage : les personnes âgées sont davantage dénutries que d'autres types de patients, d'une part, et le

codage de la dénutrition n'est valorisé financièrement qu'à compter de deux jours d'hospitalisation, ce qui est fréquemment le cas des sujets âgés, d'autre part.

Dans les unités de médecine, le dépistage de la dénutrition est réalisé à l'arrivée d'un patient. Au cours de l'hospitalisation, le suivi du poids est systématique, notamment par la diététicienne, qui est à temps plein sur l'hôpital Bellier. Lors des réunions de synthèse, j'ai constaté qu'elle rappelle pour chaque patient « à risque » l'évolution du poids et de la consommation alimentaire. Elle veille également à ce que le recueil du poids figure sur une fiche, dans le dossier de soin.

A la question portant sur la fréquence des pesées, 39.6% des soignants affirment peser les personnes une fois par mois, 37.9% une fois par semaine, 14.3% une fois tous les deux mois. Si la pesée hebdomadaire est effective en unité d'hospitalisation, la pesée mensuelle n'est pas la règle en EHPAD. Les perceptions des professionnels à ce sujet varient. Au sein d'un EHPAD, la cadre de santé m'a informé que les résidents sont pesés « *une fois par mois au mieux, une fois tous les deux mois sinon* », quand la diététicienne intervenant sur ce site m'a assuré qu'ils sont pesés « *systématiquement une fois par trimestre et entre-temps, à la demande du médecin* ». Un des médecins indique que « *le suivi du poids tous les deux mois, on n'y arrive pas* ». L'examen de dix dossiers de soins me laisse penser que le suivi du poids est plutôt réalisé tous les deux mois.

Concernant le suivi des prises alimentaires, quand une prescription de suivi des ingesta est établie par un médecin ou la diététicienne, les agents ne la remplissent pas de façon exhaustive. Une diététicienne intervenant dans un EHPAD l'explique par un « *manque de temps, de volonté et de formation des ASHQ* », mais également parce que « *ce n'est pas toujours la même personne qui sert et dessert les résidents* ». Un point de vue confirmé par les soignants que j'ai rencontrés en EHPAD. Certains m'ont confié « *manquer de temps* », « *oublier* », ou encore « *ne pas voir l'intérêt de suivre le poids de personnes en fin de vie* ». La moindre effectivité du dépistage en EHPAD peut s'expliquer par l'absence d'un temps de diététicienne défini, cette dernière intervenant uniquement sur prescription médicale. En 2011, les EHPAD et USLD réunis ont ainsi bénéficié de 1.8 ETP de diététicienne.

2.3.2 Le développement et la structuration de compétences

2.3.2.1 Les supports « CHU » en lien avec la nutrition

Concernant le dépistage et la prise en charge de la dénutrition, le Pôle de gérontologie clinique peut s'appuyer sur les « ressources » CHU pour relayer certains besoins, bénéficier de conseils et d'accompagnement adaptés aux besoins des personnes âgées. Le CLAN est une instance, pluri-professionnelle, à laquelle participent, outre le directeur des achats et le

responsable de la restauration, la directrice du Pôle de gérontologie clinique et un ou deux médecins du pôle. Comme le souligne le président du CLAN du CHU, « *le CLAN est le garant de la bonne organisation de l'alimentation, au travers l'analyse de l'existant, la définition et le suivi d'objectifs d'intervention, l'organisation et la formation continue spécifique, la surveillance et l'évaluation des actions entreprises* ».

L'équipe mobile d'assistance nutritionnelle peut intervenir dans les unités du pôle, afin de conseiller les médecins et les soignants confrontés à un patient ou un résident présentant une situation nutritionnelle complexe.

Enfin, le CHU dispose d'un pôle diététique, positionné de façon transversale à l'ensemble des pôles de l'offre de soin. Des diététiciennes travaillent à temps plein ou effectuent des vacations dans les différents pôles, dont le Pôle de gérontologique clinique, qui bénéficie d'un ETP de diététicienne sur l'hôpital Bellier et de vacations, sur prescription médicale, sur les autres sites. Ces professionnels organisent, en lien avec le médecin et les équipes, le suivi du poids et des prises alimentaires des personnes âgées « à risque de dénutrition ». Elles peuvent adapter les repas aux besoins et préférences des personnes âgées. Lors de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du mois de mai, il a été évoqué le projet de confier aux diététiciennes le codage de la dénutrition pour les patients hospitalisés, afin de pallier le manque de temps des médecins. Le service diététique réalise également des supports papier, notamment sur la dénutrition, à l'image du document « *la dénutrition, c'est quoi ?* ». Ces documents se veulent accessibles à des soignants « non-avertis ».

2.3.2.2 La cellule qualité « nutrition » du pôle de gérontologie clinique : un groupe de réflexion

La cellule qualité « nutrition » du pôle de gérontologie clinique n'a pas vocation à suivre des patients et résidents. Animée par la diététicienne de l'hôpital Bellier, elle est un lieu d'échanges entre professionnels (médecins et soignants) du pôle afin de proposer un plan d'actions pour améliorer le dépistage et la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées. Elle se réunit une à deux fois par mois, selon les disponibilités de ses membres. Après un temps de veille, cette cellule qualité a été relancée en 2011. La lutte contre la dénutrition fait partie des axes retenus par la direction du Pôle, dans le cadre de la démarche qualité.

La cellule a ainsi coordonné la passation d'un questionnaire afin de réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques des soignants concernant le dépistage et la prise en charge nutritionnelle des patients et des résidents[57]. Elle travaille également à l'élaboration

[57] Cf. Annexe 4

de pistes d'amélioration de la prise en charge. Elle présentera ses premières préconisations, lors de la Journée du Pôle de gérontologie clinique, le 27 septembre 2012.

2.3.3 La prise en charge médicale de la dénutrition et ses limites

2.3.3.1 Une volonté affichée de fractionner et d'enrichir l'alimentation

Avant d'envisager des substituts de repas pour pallier l'insuffisance des apports alimentaires, d'autres stratégies sont recommandées par le Pôle diététique, et notamment par les diététiciennes du pôle de gérontologie clinique, dans le respect des recommandations de la HAS[58]. Il s'agit, tout d'abord, de fractionner les repas, en valorisant le petit-déjeuner et en proposant des collations pour compenser les manques des repas principaux. Ces collations doivent être composées de produits laitiers, de biscuits… Elles sont à prendre deux heures avant ou après un repas principal, dans la matinée, l'après-midi ou la soirée. Il est également possible de compléter les repas, en privilégiant les produits laitiers pour compenser l'insuffisance de consommation de viande, poisson, œufs. Si le produit laitier n'est pas consommé, il est recommandé de proposer du fromage ou une crème dessert, mais de ne pas le remplacer par une compote, qui n'a pas le même intérêt nutritionnel. L'idéal est de « *réaliser des échanges équivalents* ». Enfin, l'enrichissement des plats, avec l'ajout de beurre ou de fromage, peut être une solution afin d'augmenter l'apport en calories sans accroître le volume des plats. Ces stratégies, si elles sont défendues et diffusées par le service diététique sont peu appliquées dans les services. Certains soignants disent ne pas les connaître ; d'autres en ont eu connaissance mais avouent ne pas avoir le temps de les mettre en place, voire ne pas en mesurer l'intérêt.

2.3.3.2 L'utilisation importante de substituts de repas

L'utilisation de Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) est fréquente en unité d'hospitalisation, en unité de soins de longue durée et en EHPAD. Elle répond à une insuffisance des apports oraux et/ou à un état de dénutrition. Les compléments alimentaires sont prescrits par le médecin ou la diététicienne. Ils sont hypercaloriques et/ou hyperprotéinés, avec ou sans lactose, et apportent l'essentiel des vitamines et des minéraux dans un volume restreint. Ils ne doivent pas remplacer un repas mais être pris en complément du repas.

Les médecins et diététiciennes du pôle reconnaissent l'efficacité et l'intérêt des CNO. En hôpital de jour, la diététicienne organise d'ailleurs des séances de dégustation des CNO, en associant les proches des personnes âgées. Cependant, les compléments ne sont pas toujours consommés en totalité, car très rassasiants. Une diététicienne constate également qu'ils sont parfois distribués à intervalle rapproché des repas, avec pour conséquence une

[58] Ibid.

absence d'appétit au repas suivant, et donc une moindre consommation du repas. Enfin, une diététicienne et plusieurs médecins s'accordent à dire que les CNO sont trop utilisés, notamment en EHPAD. Selon elle, « *les soignants s'en servent pour gagner du temps au repas, puisqu'ils sont plus faciles à donner qu'un repas classique* ». Une diététicienne note que *« le recours aux CNO est trop souvent une réponse des soignants au manque d'effectifs, à un défaut d'organisation soignante et témoigne de l'absence de conception de l'alimentation comme un soin par les soignants ».*

Lorsque la personne âgée ne peut plus s'alimenter par voie orale, notamment en fin de vie, le recours à une nutrition entérale, voire parentérale, peut s'avérer nécessaire. Une nutrition entérale est une alimentation par sonde gastrique, à la différence de la nutrition parentérale qui s'effectue par perfusion intraveineuse. « *Ces deux modes d'alimentation permettent de passer une période difficile en apportant à l'organisme des macro- et micronutriments, mais ils doivent être utilisés en dernier recours* », explique le responsable de l'équipe d'assistance nutritionnelle. Cependant, le recours à une alimentation artificielle ne doit se faire que sous certaines conditions.

2.3.3.3 Les questions posées par l'alimentation dite « artificielle »

Le CHU de Nantes dispose d'une équipe mobile en soins palliatifs qui intervient, notamment en gériatrie, à la demande des équipes, de la personne prise en charge et/ou de sa famille. Elle est fréquemment confrontée au problème de l'alimentation artificielle. Pour le médecin responsable de l'EMSP, « *il faut toujours se demander pourquoi on souhaite alimenter cette personne* ». Et de préciser : « *dans une démarche palliative, il nous arrive de déconseiller le recours à une alimentation artificielle, si l'affection est non-curable, l'espérance de vie très courte ou si la personne est grabataire* ». En revanche, en cas de pathologie aiguë, la renutrition artificielle préalable ou consécutive à un traitement peut améliorer le pronostic de guérison. Cette question touche de près à l'éthique, car le recours à l'alimentation artificielle peut sauver la vie, mais également la prolonger de façon déraisonnable.

Pour le responsable de l'équipe d'assistance nutritionnelle, la question de la pertinence de l'alimentation artificielle se pose également pour les personnes âgées atteintes de démence. « *En cas de maladie d'Alzheimer, le recours à une nutrition artificielle est déconseillée, car les personnes âgées arrachent leur sonde* ». Selon lui, « *il vaut mieux préserver une alimentation orale adaptée pour éviter l'anorexie chronique* ».

Enfin, le recours à une alimentation artificielle exclusive prive la personne âgée du plaisir de manger, ce qui est un élément à mettre en balance dans la décision d'opter pour ce type

d’alimentation. « *Quand elle est encore capable de manger, je recommande de la laisser manger, même de façon déstructurée* », indique un médecin.

3 Du traitement médical de la dénutrition à la promotion d'une « alimentation plaisir » : les préconisations pour améliorer le statut nutritionnel des personnes âgées

Après un premier développement (1.) visant à cerner les enjeux et l'intérêt du sujet et une seconde partie (2.) dressant un état des lieux des atouts et des limites de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition au Pôle de gérontologie clinique du CHU de Nantes, ce troisième temps développe les préconisations auxquelles je suis parvenue, à l'issue de la réflexion menée en concertation avec l'équipe de direction, le personnel soignant et les responsables des services techniques.

Avant de détailler ces éléments de réponse, il m'a paru important de préciser le parti-pris qui a irrigué ces préconisations, à savoir la promotion du « plaisir de manger » plutôt qu'une réponse médicale à la dénutrition. Si ces préconisations sont compatibles avec une logique curative, elles présentent plus d'intérêt dans une optique préventive. Par ailleurs, elles ont davantage vocation à s'appliquer dans les EHPAD du pôle[59], où l'accompagnement se fait sur la durée, que dans les services de médecine ou de soins de suite et de réadaptation. Cependant, même dans ces services, il apparaît essentiel de proposer aux patients une alimentation plus adaptée à leurs besoins et de les sensibiliser, ainsi que leurs familles, aux risques de la dénutrition.

3.1 Repenser la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées

En redonnant une place centrale à l'alimentation en EHPAD, il est possible d'endiguer le cercle vicieux de la dénutrition, du moins pour une partie des résidents.

3.1.1 Faire du repas un moment de plaisir, source de lien social

3.1.1.1 Privilégier une alimentation orale personnalisée

Il apparaît essentiel, au regard des limites évoquées précédemment concernant le recours aux compléments alimentaires et à l'alimentation artificielle, de privilégier l'alimentation orale, tant que cela est possible.

Manger est une source de plaisir, qu'il faut susciter en adaptant l'alimentation aux besoins et aux préférences alimentaires des personnes âgées, dans le respect des contraintes inhérentes à la production alimentaire en institution. D'où la nécessité de systématiser le recueil des préférences alimentaires, à l'entrée en EHPAD, par exemple par le soignant

[59] Notamment, la préconisation sur les plats « Picorés » et « Savourés ».

référent pour le Projet de Vie Individualisé. Les soignants doivent également demander systématiquement la veille aux personnes âgées si le menu du jour leur convient, afin d'opérer un changement si le menu ne plaît pas.

Concrètement, cela implique de privilégier la notion de « plaisir de manger » à celle de « diététiquement correct » ainsi qu'à la dimension hygiéniste. L'évolution des fonctions gustatives amène certaines personnes âgées à préférer les aliments sucrés. D'autres apprécient de prendre des boissons lactées. La nourriture a également une dimension symbolique, parce qu'elle rappelle des souvenirs. Cette dimension guide les préférences alimentaires. Il convient, notamment en EHPAD où la notion de lieu de vie prévaut et où la prise en charge se fait sur le long terme, de les laisser libres de choisir ce qu'elles souhaitent manger. « *Il vaut mieux qu'une personne mange des biscuits entre deux repas plutôt qu'elle ne mange rien du tout* », m'a confié Martine Perron, lors de notre entrevue.

De plus, la personnalisation de l'alimentation s'inscrit dans l'esprit de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui promeut les projets de vie individualisés et, au-delà, la personnalisation de l'accompagnement de la personne âgée.

3.1.1.2 Favoriser la commensalité en développant les repas conviviaux et festifs

Cette dimension concerne principalement les EHPAD, où une salle à manger est généralement mise à disposition des résidents. En unité d'hospitalisation, l'état de santé des patients implique très souvent qu'ils prennent leurs repas en chambre. Le repas, pris en salle à manger, est indissociable de la notion de commensalité[60] et donc de convivialité, laquelle est mise en avant par plusieurs de mes interlocuteurs, dont des cuisiniers travaillant en EHPAD ou ayant eu à connaitre de cette problématique.

Le diagnostic a montré que le partage d'une même table par des personnes âgées ne présentant pas les mêmes profils générait de l'agacement, de la lassitude, voire de l'agressivité. Il est donc important de constituer des tablées avec des convives qui se ressemblent. « *Il ne s'agit pas de faire des clans, mais de donner aux personnes qui le peuvent la possibilité d'échanger, ou à défaut de ne pas se gêner mutuellement* », explique Martine Perron.

La commensalité passe également par l'association d'autres personnes au moment du repas. Le Pôle de gérontologie clinique bénéficie de la venue de bénévoles, notamment des Petits Frères des Pauvres, qui pourraient être sollicités pour le temps du repas. Il peut aussi être intéressant d'inviter les familles qui le souhaitent.

[60] Etymologiquement, la commensalité signifie « partager la table avec ».

La convivialité est également à l'œuvre lors de repas festifs. Les repas à thème[61] rencontrent un franc succès et méritent d'être développés. L'UCP dispose de denrées qu'il est possible de commander pour les préparer sur place, sous la responsabilité des soignants. Par exemple, les personnes âgées apprécient les « repas froids », en été. La préparation de pâtisseries et autres plats sucrés pour le goûter de l'après-midi, sous la responsabilité de l'encadrement soignant, peut être envisagée à une fréquence plus régulière. Les soignants et les résidents évoquent également le thème de la « cuisine d'antan » avec des légumes d'autrefois ou des plats comme la bouillie, le boudin, la poule au pot.

3.1.1.3 Solliciter les sens en jouant sur l'aménagement de la salle de restauration et l'amélioration du service

Le plaisir de manger passe par la sollicitation des sens. Gilles Moineau a rappelé, lors du colloque de la FNADEPA, l'intérêt de promouvoir la « *culture des sens* », à travers la règle des « *5 S* » : « *couleurs, saveurs, senteurs, textures et volumes* ». Plutôt que de servir les repas dans des assiettes blanches, de renverser les préparations mixées et moulinées à même l'assiette, voire de mélanger les textures modifiées ensemble, il convient de servir les plats dans des assiettes colorées, de mettre les textures modifiées dans d'autres contenants, telles les verrines ou ramequins, ou encore de rajouter des herbes et des épices pour relever les plats et leur donner un aspect visuel plus agréable. Les soignants, et le cuisinier, peuvent être sollicités pour réaliser ces présentations. Par ailleurs, de nombreux soignants suggèrent que les plats soient servis les uns après les autres, plutôt que de donner d'emblée un plateau entier.

La vue est un sens qui conditionne l'envie –ou non- de manger. D'où l'intérêt de travailler sur l'aménagement de la salle de restauration et de la table. Il est possible de réaliser quelques aménagements peu coûteux, qui donneraient un aspect moins « hospitalier » aux salles à manger des EHPAD. Par exemple, mettre des nappes sur les tables, décorer les salles de restauration lors d'une activité d'animation autour de différents thèmes, comme l'alimentation, les saisons, la nature… Cela permettrait aux personnes âgées de s'approprier le lieu, de s'y sentir davantage chez elles, et ainsi d'avoir envie d'y passer un moment.

Le plaisir de manger se situe aux confins de plusieurs paramètres sur lesquels il est possible d'influer. La pierre d'achoppement concerne avant tout l'organisation soignante et logistique, qu'il convient de repenser au prisme de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées.

[61] Par exemple, la Fête de la Sardine qui a lieu chaque année à Pirmil, au printemps, et qui rencontre un franc succès.

3.1.2 Adapter l'organisation existante aux besoins des personnes âgées

3.1.2.1 Organiser un audit pour évaluer les « ingesta » des personnes âgées

Afin de mettre en exergue l'inadéquation entre les préférences des personnes âgées et les repas proposés, je suggère l'organisation d'un audit. Le but étant d'évaluer les quantités consommées par rapport aux quantités servies.

L'audit peut être réalisé par un prestataire extérieur, choisi par un comité de pilotage[62], ou par un groupe de travail constitué de personnels de l'établissement : diététiciennes, techniciens, cuisiniers, soignants… Ces professionnels seraient détachés de leur poste pour cette mission.

Je propose de sélectionner deux unités d'hospitalisation ou de SSR et trois unités d'EHPAD. Une unité compte environ 20 lits. Ainsi, 24% des patients et 20% des résidents seront inclus dans cette étude. Le choix des unités se fera, d'une part, en fonction de la motivation de l'équipe médico-soignante pour la démarche ; d'autre part, de façon à ce que l'unité soit suffisamment représentative de la population fréquemment rencontrée en médecine et en EHPAD. Pendant un temps donné, incluant trois petits déjeuners, trois déjeuners et trois dîners, la consommation des repas sera comptabilisée. Un item (entrée, féculents, légumes, protéines, pain, laitage ou dessert, fruit) consommé dans son intégralité sera évalué à 4/4, aux trois quarts à ¾, à la moitié à 2/4, etc.

Cette étude quantitative peut se doubler d'une étude qualitative, incluant un volet d'interrogation des soignants et des personnes âgées sur leur appréciation des plats servis.

3.1.2.2 Améliorer l'existant : privilégier la densité calorique à la quantité

L'amélioration de l'existant n'implique pas de changement majeur d'organisation, mais une adaptation de l'organisation existante afin de la rendre plus efficiente. Plusieurs canaux peuvent être envisagés : réduire les quantités servies, fractionner les prises alimentaires, enrichir les plats.

La réduction des quantités sous-tend une modification du conditionnement des barquettes. Le conditionnement des barquettes est réalisé à l'UCP. Le calibrage des barquettes est le même pour l'ensemble des patients du CHU, à l'exception des enfants qui bénéficient d'un grammage moindre. Une réflexion mérite d'être menée, en lien avec l'UCP, afin d'envisager un grammage différent pour les personnes âgées. Ce grammage, moindre, pourrait être

[62] Incluant le directeur des achats, la directrice du pôle de gérontologie clinique, le responsable de la restauration, le cadre supérieur des diététiciennes et le cadre supérieur du pôle de gérontologie clinique.

inclus dans le profil senior 2, afin de ne pas restreindre d'office l'ensemble des personnes prises en charge au sein du pôle de gérontologie clinique.

La réduction des quantités servies va de pair avec l'augmentation de la densité calorique des plats. La réflexion engagée, au sein de la cellule qualité nutrition, sur l'enrichissement des potages, doit être poursuivie, afin d'aboutir à une recette intéressante sur les plans gustatif et nutritionnel. Il convient aussi de systématiser l'ajout de fromage râpé sur les plats qui s'y prêtent, de beurre avec le pain et dans la purée. Ces ajouts, intervenant au moment du repas, incombent au personnel présent au moment du repas. Il peut aussi être intéressant d'engager une réflexion, avec l'UCP, sur les modalités d'enrichissement des textures modifiées, dès l'étape de leur fabrication.

Enfin, il est nécessaire de repenser le fractionnement des prises alimentaires. La distribution de la collation de l'après-midi doit être systématique. Il est également judicieux de proposer une collation dans la soirée, sachant que le dîner est servi tôt et le petit-déjeuner tard. Cette collation permettrait de réduire le temps de jeûne qui ne doit pas, idéalement, dépasser 12 heures[63]. Les collations ont aussi vocation à être des moments de plaisir, en permettant aux personnes âgées de consommer des produits dont elles ont envie.

Réduire les quantités aux deux repas principaux et fractionner les prises alimentaires permet également d'augmenter les apports du petit-déjeuner, le repas le plus apprécié des personnes âgées. Celui-ci peut être enrichi en produit laitier, en produit céréalier comme la brioche, en aliments « plaisir » également, avec, par exemple, du chocolat, des biscuits.

3.1.2.3 Redonner aux cuisine-relais une fonction de production alimentaire

Les cuisine-relais des EHPAD et le CCR de l'hôpital Bellier peuvent être mis à contribution pour réaliser certaines préparations spécifiques pour le public senior. La politique retenue au sein du CHU est celle de la centralisation de la production alimentaire, mais la particularité de la prise en charge en EHPAD, d'une part, et l'existence de cuisine-relais, d'autre part, rendent pertinente l'idée d'une décentralisation de certaines tâches. Ce point a d'ailleurs été soulevé par les experts de l'ARS venus inspecter l'EHPAD de Beauséjour, en mai 2012. Ils se sont émus de la présence d'un cuisinier uniquement chargé de servir une vingtaine de repas au self du personnel.

[63] Recommandations du groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition, N005-J07, 4 mai 2007, p 16 à 19.

Les soignants ont mis en avant l'appétence des personnes âgées pour les plats d'autrefois (pot-au-feu, etc.) et les desserts « faits maison[64] » qui pourraient être réalisés directement sur place. Cela implique l'achat ou la remise aux normes de certains équipements afin d'être en capacité de réaliser ces préparations, dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité.

L'achat d'un mixer-blender, installé au sein des cuisine-relais, permettrait la préparation de smoothies, comme le souhaitent les diététiciennes et soignants du Pôle. Le smoothie est intéressant sur le plan nutritionnel et facile à consommer. Par ailleurs, le personnel de restauration présent sur les différents sites pourrait être sollicité pour former les soignants au dressage des assiettes. Il s'agit de mettre leur expertise au service de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées.

3.1.3 Faire du repas un soin à part entière

3.1.3.1 Intégrer l'alimentation dans la prise en charge globale de la personne âgée

L'alimentation n'est pas qu'une prestation hôtelière. Elle fait partie du soin et doit s'intégrer dans une prise en charge globale de la personne âgée. Ainsi, un temps suffisant doit être apporté à l'alimentation et au repas de la personne âgée. Un repas doit durer au moins quarante-cinq minutes[65]. Ce temps doit être modulé en fonction des besoins de chaque personne âgée. Si une aide humaine est nécessaire, les soignants doivent pouvoir se montrer disponibles.

Par ailleurs, je préconise de porter une attention particulière aux facteurs de risque de la dénutrition, tels les problèmes bucco-dentaires, la prise d'un nombre important de médicaments, le respect de régimes alimentaires stricts ou encore l'existence de pathologies sous-jacentes[66]. Il me semble important que les médecins réévaluent régulièrement la pertinence des médicaments et des régimes qu'ils prescrivent. Concernant les troubles bucco-dentaires, il convient de sensibiliser davantage les soignants à cette question et d'élaborer également un protocole pour la prise en charge de ces troubles[67].

Au-delà et afin de systématiser le repérage des facteurs de risque de la dénutrition, il serait intéressant de constituer un groupe de travail médico-soignant (ou de solliciter la cellule qualité nutrition), pour élaborer un mode opératoire à appliquer face à une personne âgée qui s'alimente peu. Ce document recenserait les facteurs de risque, puis listerait les

[64] Il existe déjà des desserts « maison » dans le roulement des menus de l'UCP, mais la possibilité pour les cuisine-relais d'en fabriquer également permettrait d'en proposer davantage aux personnes âgées.
[65] Conseil National de l'Alimentation (CNA), avis n°53, 15 décembre 2005, p 18 à 22.
[66] ANAP, 2011, *Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux : les textures modifiées, mode d'emploi*, p 42-43.
[67] En complément du mode opératoire sur le dépistage des troubles bucco-dentaires, lequel et peu connu des soignants.

différentes étapes[68] à mettre en place pour améliorer la prise en charge nutritionnelle de la personne âgée.

3.1.3.2 Allier repas et activité ludique pour stimuler l'appétit, les capacités cognitives et fonctionnelles

La dimension soignante du repas s'exprime également au travers de sa capacité à stimuler les capacités cognitives et fonctionnelles de la personne âgée. J'ai eu connaissance, au cours de mon stage, de la mise à disposition par le fabricant de biscuits LU, d'un Kit ludique spécialement conçu pour les personnes âgées. Ce Kit mérite d'être utilisé dans le cadre des activités d'animation en EHPAD. J'ai sollicité le responsable de la restauration, qui m'avait parlé de ce kit, afin qu'il en commande plusieurs exemplaires pour les unités d'EHPAD et de soins de longue durée du pôle.

Concrètement, ce Kit contient des cartes représentant des biscuits LU commercialisés par le passé ; des cartes « saveurs » ; des cartes « textures », des cartes « couleurs », ainsi que des burettes « senteurs ». Des cartes « quizz » sur l'histoire des produis complètent le Kit, incitant les personnes âgées à se remémorer les temps-forts du fabriquant nantais, qui a marqué leur jeunesse. Il est également possible de commander les biscuits présentés sur les cartes, afin d'allier stimulation de l'appétit et stimulation des capacités cognitives et fonctionnelles.

3.1.3.3 Développer les repas thérapeutiques et les ateliers de cuisine thérapeutique

Pour optimiser les quantités consommées, je recommande le développement des repas thérapeutiques et des ateliers de cuisine thérapeutique, notamment pour les personnes âgées souffrant de démences. L'intérêt du repas thérapeutique réside dans l'accompagnement rapproché et personnalisé d'un nombre limité de patients ou de résidents lors du repas. Une attention particulière est apportée à l'aménagement des lieux et à la présentation des assiettes, ce qui renforce le plaisir de manger.

Le bénéfice du repas thérapeutique est augmenté quand il se double d'un atelier de cuisine thérapeutique, en amont. Lors de mon travail d'enquête, j'ai constaté que les personnes âgées apprécient de « mettre la main à la pâte ». Cette participation à la préparation du repas est stimulante, sur le plan fonctionnel et cognitif, à condition que les tâches soient adaptées à leurs capacités et ne les mettent pas en échec.

Concernant l'organisation des repas thérapeutiques et des ateliers de cuisine thérapeutique, je suggère la nomination de deux soignants « référents » par site, chargés de la coordination

[68] Suivi du poids, suivi des ingesta, adaptation de l'alimentation aux besoins et préférences, fractionnement des repas, enrichissement des plats, recours à des CNO, etc.

avec l'UCP pour la commande des denrées. Ces soignants seront formés par une équipe de l'UCP à la réglementation HACCP, à la conduite de recettes simples, ainsi qu'aux modalités de dressage des assiettes. La participation aux repas et aux ateliers de cuisine thérapeutique sera prescrite par le médecin. Un roulement sera organisé afin de permettre au plus grand nombre de personnes âgées de bénéficier de ces ateliers. Le repas thérapeutique et l'atelier de cuisine thérapeutique pourront accueillir une dizaine de personnes âgées. Les deux EHPAD du pôle disposent de cuisine où il est possible d'organiser ces ateliers. Les repas pourront être pris en salle à manger, dans un espace dédié, séparé du reste de la salle.

A l'issue de six mois de fonctionnement, un premier bilan sera établi. S'il est positif, une réflexion pourra être menée pour permettre à un plus grand nombre de personnes âgées de bénéficier du dispositif.

Donner une place centrale à l'alimentation dans la prise en charge des personnes âgées est un réel levier pour lutter contre la dénutrition. Cette évolution nécessite une prise de conscience du personnel soignant de l'importance de l'alimentation dans l'accompagnement des personnes âgées.

3.2 Favoriser un changement de culture dans la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées

Améliorer la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées, repérer les facteurs de risque et les premiers signes de dénutrition sous-tendent l'existence d'une culture médico-soignante sur le sujet.

3.2.1 Promouvoir une démarche concertée et pluri-professionnelle à travers un management renouvelé

3.2.1.1 Impulser le positionnement stratégique de la direction

Comme on l'a vu précédemment, la lutte contre la dénutrition nécessite un positionnement stratégique de la direction. En effet, une politique volontariste en la matière sous-tend une réflexion sur : les moyens financiers et humains nécessaires, l'organisation de travail des agents, la formation du personnel, l'organisation de la restauration, l'éthique et la fin de vie…
Il me semble important de formaliser une politique nutritionnelle de la personne âgée, associée à un plan d'actions. Trois axes seraient abordés : le premier sur la prévention, le second sur le dépistage, et le troisième, le plus développé au regard de la prévalence de la dénutrition au sein du Pôle, sur la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées. Dans ce troisième axe, il apparait pertinent d'insister sur le public des personnes âgées hébergées

en EHPAD, qui bénéficie d'un accompagnement sur une plus longue durée. Ce public est aussi particulièrement concerné par la dénutrition, notamment les résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée.

Le contenu de cette politique nutritionnelle, défini par un groupe de travail[69], sera soumis à la Direction générale du CHU. Il permettra au personnel de s'approprier les différents axes de cette politique et de mettre en œuvre les actions concrètes qui en découlent. Je préconise que les grandes lignes de cette politique nutritionnelle figurent dans le projet d'établissement du CHU, lesquelles seront reprises et détaillées dans le contrat de pôle, qui fixe, chaque année, les objectifs du Pôle de gérontologie clinique. A l'échelle soignante, la politique nutritionnelle sera déclinée dans le Projet de soin et le Projet de Vie Individualisé de résident.

Par ailleurs, il me semble pertinent que les questions de l'alimentation et de la dénutrition des personnes âgées figurent régulièrement à l'ordre du jour des instances du pôle, à savoir le Conseil de Pôle et le Conseil de la Vie Sociale. A l'échelle du CHU, la Commission Médicale d'Etablissement pourrait également engager le débat, afin de donner une plus grande visibilité à la question de la dénutrition des personnes âgées.

3.2.1.2 Améliorer l'implication des soignants

Impliquer les soignants dans la réflexion autant que dans l'action est, à mon sens, une condition essentielle pour les amener à changer leurs pratiques. Il convient de faire émerger une dynamique positive, en les associant aux groupes de travail existants ou à constituer[70].
Afin de leur permettre de s'investir pleinement au sein de ces groupes de travail, il est important de les détacher de leur poste pendant les créneaux de réunions et de garantir leur remplacement dans les services.

Il convient également d'améliorer leur implication dans la pratique quotidienne de leur métier. Ainsi, la fiche de poste doit comporter des compétences et des tâches concrètes en lien avec le dépistage de la dénutrition (*repérage des situations à risque de dénutrition, suivi des apports alimentaires*…), l'accompagnement de la personne âgée au moment du repas (*aide à la prise du repas, stimulation de la personne âgée, annonce de l'intitulé du menu, présentation des aliments dans l'assiette...*) L'effectivité des compétences et des tâches sera évaluée lors de l'évaluation annuelle menée par le cadre de santé de l'unité.

[69] Composé de la Direction administrative et médicale du pôle, de soignants, de médecins, de la diététicienne, d'un représentant de l'UCP.
[70] Groupe de travail chargé d'élaborer une politique nutritionnelle de la personne âgée, groupe de travail chargé d'évaluer les ingesta actuellement consommés par les personnes âgées du pôle, cellule qualité « nutrition ».

La prise d'initiatives des soignants gagnerait également à être encouragée et récompensée. Encouragée par les médecins et l'encadrement qui, lors des réunions de synthèse, peuvent favoriser la liberté de parole des soignants. De même, lors de l'entretien annuel d'évaluation, les cadres peuvent suggérer aux soignants intéressés de s'impliquer dans l'accompagnement nutritionnel des personnes âgées, en devenant référent pour le repas thérapeutique ou pour le PVI.

3.2.1.3 Créer les conditions d'adhésion des services de restauration

Pour susciter l'adhésion des services de restauration, il convient de les associer aux réflexions menées sur le sujet, notamment au sein des groupes de travail. Ils pourront ainsi faire part de leur expertise, de leurs contraintes[71], mais également des concessions qu'ils peuvent envisager. Il me semble également important de s'inscrire dans une démarche par étapes, afin de prévenir les résistances au changement. Des évolutions à court terme peuvent toutefois être proposées, quand cela est possible. Dans tous les cas, les actions envisagées doivent être analysées à l'aune de leur faisabilité par l'UCP.

Concernant la réglementation HACCP, il me semble possible de négocier pour obtenir davantage de souplesse, notamment pour les ateliers de cuisine thérapeutique, en insistant sur la responsabilité qui incombe alors à l'encadrement soignant. Il convient également de rappeler que la majorité des personnes âgées du Pôle ne sont pas des patients mais des résidents, souvent dénutris et en fin de vie. Ces arguments sont de nature à relativiser l'intérêt de certaines règles.

3.2.2 Améliorer les connaissances et les compétences nutritionnelles des soignants

3.2.2.1 Créer un support d'information adapté aux besoins des soignants, sur la dénutrition et les réponses à y apporter

Les indicateurs de la dénutrition étant différents pour le sujet âgé, il semble intéressant de réaliser un support spécifique pour ce public, sur le modèle retenu pour le document conçu à l'échelle du CHU et intitulé « Dépister la dénutrition du patient adulte ». Ce document, spécifique au Pôle de gérontologie clinique, recenserait, sur la 2ème page, les facteurs de risque de dénutrition et les besoins nutritionnels de la personne âgée ; sur la 3ème page, les profils et régimes existants et leurs modalités de prescription ; au verso, des conseils pratiques pour inciter la personne âgée à manger, avec un focus sur l'alimentation et le repas des personnes âgées souffrant de démences. Comme le souligne le responsable de l'équipe d'assistance nutritionnelle, « *l'intérêt des documents rédigés par et pour les soignants est largement supérieur aux recommandations édictées par les pouvoirs publics* ».

[71] Notamment, production à dimension « industrielle », respect de la réglementation HACCP.

Il me semble intéressant de solliciter la Direction de la Communication du CHU afin d'obtenir un soutien technique pour la réalisation du document, et de communiquer, via l'intranet, sur la réalisation de ce document.

Ce support sera distribué dans tous les services du Pôle. Il sera remis en mains propres aux nouveaux soignants par le cadre de leur unité et aux agents de l'équipe de suppléance par la cadre de santé de l'équipe de suppléance, à l'issue de leur recrutement.

3.2.2.2 Développer l'information et la formation des soignants

Il apparaît nécessaire d'institutionnaliser des temps d'échange, à intervalles réguliers, sur l'alimentation des personnes âgées et la dénutrition. Compte-tenu du peu de temps dont disposent les agents pour échanger sur leurs pratiques pendant leur service, il est judicieux de profiter de temps de réunion déjà existants pour aborder cette problématique. La réunion de synthèse, en médecine, qui a lieu deux fois par semaine, est un temps à investir pour aborder ce sujet, à raison d'une fois par semaine. En EHPAD, il est possible d'instaurer des « transmissions ciblées » sur le sujet, une fois tous les quinze jours. Le but est de favoriser le partage de savoirs, de pratiques, d'observations entre professionnels. Ces temps seront aussi l'occasion d'aborder les facteurs à risque de dénutrition, comme l'excès de médicaments, les problèmes de dentition ou les troubles de la déglutition. Ils permettront l'acquisition d'automatismes sur le sujet et favoriseront le développement d'une culture médico-soignante sur le sujet. Il est intéressant de mettre à profit des « temps-forts » dans la vie du Pôle pour informer sur le sujet. La journée du Pôle de gérontologie clinique, qui a lieu tous les deux ans en septembre, verra la cellule qualité nutrition présenter les travaux réalisés par le groupe, à savoir les résultats du questionnaire et une première ébauche d'un support d'information sur la prise en charge nutritionnelle, spécifique à la gériatrie.

De plus, la diffusion d'une culture médico-soignante sur la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées passe par le renforcement de la formation des soignants[72]. Certains médecins du Pôle, particulièrement investis sur le sujet, ont émis l'idée d'organiser, de façon ponctuelle, des cours du soir à destination des soignants volontaires. La formation des ASHQ sur les différents profils et régimes existants ainsi que sur les modalités d'utilisation du Pocket, qui concerne actuellement les nouveaux arrivants, doit pouvoir être accessible à l'ensemble des agents qui le souhaitent. Il convient également de rendre obligatoire le suivi de formations pour les soignants du Pôle, notamment pour les ASHQ, à raison d'une formation tous les trois ans.

[72] Conseil National de l'Alimentation (CNA), avis n°53, 15 décembre 2005, p 18 à 22.

3.2.2.3 Renforcer le temps de diététicienne sur les EHPAD du Pôle

Si une diététicienne travaille à plein temps à l'hôpital Bellier, il n'en va pas de même en EHPAD, où ces professionnels effectuent des vacations, en fonction des besoins, généralement sur prescription médicale[73]. Le recrutement d'une diététicienne à temps plein entre les EHPAD permettrait un meilleur suivi des résidents sur le plan nutritionnel. Mais surtout, ce professionnel serait chargé d'impulser des bonnes pratiques chez les soignants, comme le remplissage des fiches de suivi alimentaire, le contrôle effectif du poids des résidents une fois par mois. Elle aurait une fonction d'information et de formation des soignants, notamment lors des transmissions ciblées consacrées à l'alimentation et à la dénutrition. Le recrutement d'une diététicienne à temps plein représente un coût qu'il faut assumer, au regard de la prévalence de la dénutrition. Il convient de négocier ce recrutement, imputable à la section hébergement, lors du renouvellement de la convention tripartite. Le Pôle pourra être amené à arbitrer entres plusieurs prestations, qui relèvent également de la section hébergement.

Ainsi, la diffusion d'une culture médico-soignante autour de la nutrition de la personne âgée, au travers d'un management participatif et du renforcement de l'information et de la formation des soignants du Pôle, doit être une priorité. Il s'agit d'une condition sine qua non à la conduite de projets innovants.

3.3 Expérimenter une prise en charge innovante au sein du PASA : le « picoré » et le « savouré »

Un projet, plus ambitieux, mérite d'être expérimenté, au regard de l'augmentation du nombre de personnes âgées souffrant de démences et eu égard à l'ambition du Pôle de devenir une référence dans la prise en charge gérontologique.

3.3.1 Le concept de plats Picorés et Savourés : s'approprier la démarche

3.3.1.1 Le Picoré et le Savouré : une façon de réinventer les textures modifiées

Le concept de plats « picorés et savourés » a été inventé par Martine Perron, une infirmière qui exerça des fonctions de directrice d'EHPAD, avant d'embrasser une carrière de consultante. Elle a, pendant de longs mois, observé la prise des repas dans plusieurs EHPAD : attitude des personnes âgées, des soignants, du personnel de cuisine. Au cours de ces observations, elle a rencontré des cuisiniers désireux d'innover qu'elle a sollicités pour lancer son concept de plats picorés et savourés.

[73] Bien que la prescription médicale ne soit pas légalement obligatoire.

Ce concept s'inspire du « manger-main », une forme d'alimentation adoptée par un nombre croissant d'établissements de santé et médico-sociaux accueillant des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. Le « manger-main » est une « *alimentation normale, équilibrée, à texture modifiée, dont la forme et la consistance permettent d'être mangée avec les doigts*[74]. C'est un concept développé par le Professeur Charles Henri Rapin au sein d'une unité de gériatrie du canton de Genève (Suisse).

Martine Perron a rédigé un ouvrage[75] sur le sujet. Son concept de plats Picorés s'apparente au « manger-main ». Il s'agit de billes ou de bâtonnets de légumes, de petites saucisses cuites, de cake salé et sucré, de sandwich au pain de mie garnis, de tartines garnies, de crêpes et galettes fourrées, de nems, de frites, de beignets de légumes et de viande, de pain perdu… Quant aux préparations Savourées, elles ne doivent pas être mixées, mais hachées, afin de conserver les qualités gustatives et odorantes des plats. Elles sont servies dans des contenants en verre et transparents. Concrètement, il s'agit de mousses de légumes, de viande, de poisson ou de fruits, de purées, de flans, de crèmes, de smoothies, de soupes
Les résidents peuvent se voir prescrire le régime « Picoré » ou « Savouré » ou un mélange des deux.

3.3.1.2 Le public cible de la démarche

Le régime Picoré est adapté aux personnes souffrant de troubles cognitifs, aux personnes malvoyantes, à autonomie réduite, aux personnes « gloutonnes » ou s'alimentant très peu.
Le régime Savouré concerne plutôt les résidents présentant des risques de fausse route, ayant des difficultés à avaler ou présentant des troubles bucco-dentaires et les personnes trop fragilisées pour mâcher des aliments.

Ces régimes sont généralement prescrits aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, qui combinent plusieurs des indications mentionnées ci-dessus.

3.3.1.3 Les bénéfices escomptés

Les bénéfices escomptés embrassent des considérations médicales, organisationnelles et économiques. La motivation principale est l'amélioration du statut nutritionnel des résidents, mesurée, entre autres, par la prise de poids. Une prise de poids de 5 kg en trois semaines a été constatée, chez plusieurs résidents, dans un EHPAD ayant adopté ce concept. Une baisse de la tension au moment du repas est également attendue, les résidents n'étant pas mis en situation d'échec. Ils retrouvent « *un sentiment de compétence, au travers de la*

[74] Groupe de travail pluri-institutionnel ReNOVA-AROVAL, novembre 2003, disponible sur internet : http://www.aroval.net/promotions/classeur_alimentation_chap2003.pdf
[75] PERRON Martine : *Oser proposer une autre alimentation aux personnes âgées fragilisées : avec des concepts de plats « Picorés » et « Savourés »*, Chronique Sociale, 2012.

fonction alimentaire qui peut rester intacte jusqu'au bout[76] ». De plus, cette alimentation sollicite la réminiscence, la mémoire des émotions, et l'ambiance affective suscite l'envie de manger. Pour Martine Perron, l'objectif est d'instaurer un « *compromis entre la réponse aux besoins nutritionnels et le maintien du plaisir de la personne* ». Il en découle également une réduction du gaspillage alimentaire.

3.3.2 Expérimenter le Picoré-Savouré au sein du PASA : une première étape

3.3.2.1 Le lancement du projet

Suite à la lecture de l'ouvrage de Martine Perron, j'ai décidé de contacter un établissement de 80 lits qui a mis en œuvre son concept, afin d'organiser une rencontre[77] avec l'équipe de direction, de restauration et Martine Perron. Outre l'amélioration du statut nutritionnel des résidents et de l'ambiance au moment du repas, le cuisinier a insisté sur l'investissement modéré que représente l'achat de certains équipements, comme le mixer-blender. « *La diversification des régimes proposés n'a pas occasionné de surcroit majeur de travail*, a indiqué le cuisinier. *Il a surtout s'agit d'un changement d'organisation avec, par exemple le choix de légumes surgelés ne nécessitant pas d'épluchage. »*

Nous avons pu déguster des préparations Picorées et Savourées, salées et sucrées. Cette rencontre-dégustation a séduit l'ensemble des participants du Pôle et nous a convaincus d'expérimenter cette prise en charge. Bien que conscients de l'impossibilité de transposer, à l'échelle du CHU, un fonctionnement propre à une cuisine servant 80 résidents.

Le projet d'expérimentation au sein du PASA a été validé par le Comité de Liaison Alimentation Nutrition, le 2 mars 2012, puis par la Direction générale, le 3 mars 2012. Un groupe de travail a été constitué pour préparer l'expérimentation.

3.3.2.2 L'unité retenue pour l'expérimentation

Nous avons retenu, pour l'expérimentation, le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) de l'EHPAD de la Seilleraye, qui accueille des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, et présentant des troubles du comportement modérés. On retrouve, chez ces résidents, le panel des indications pour la prescription de ces profils. Le choix de cette unité pour l'expérimentation du concept se justifie également par le fait qu'elle accueillera un nombre relativement réduit de résidents, qui prendront uniquement leur repas de midi et leur goûter au sein de l'unité, ce qui limite les risques en cas de non-adhésion des résidents au

[76] La lettre de psychogériatrie, 2012, disponible sur : http://www.lettre-psychogeriatrie.com/wp-content/uploads/2012/04/34-M-Faure-A-propos-du-Manger-mains-dans-une-unit%C3%A9-des-soins-de-longue-dur%C3%A9e-_-travail-aupr%C3%A8s-de-lentourage.pdf

[77] Avec des médecins, diététicienne, infirmière du Pôle, nous avons été reçus le 30 mars 2012, pendant une demi-journée.

projet. Le changement, en termes d'organisation, est également limité, puisque circonscrit à cette unité. Par ailleurs, le taux d'encadrement dans l'unité est supérieur au taux habituel[78]. Les soignants retenus ont également manifesté un intérêt pour le projet. Enfin, l'unité dispose d'un lieu dédié, avec une cuisine et un office, facilitant certaines préparations.

3.3.2.3 Les modalités concrètes de mise en œuvre

La proposition aux résidents du PASA de plats Picorés et Savourés nécessite, au préalable, de sélectionner les aliments afin d'établir un roulement de menus. Il convient également de déterminer des modalités de commande, d'acheminement et de distribution des repas.

Pour ce faire, j'ai pris contact avec l'ingénieur-responsable de la restauration à l'UCP afin de lancer un groupe de travail[79]. Au terme des réunions[80], le pôle diététique a présenté un premier roulement de menus, à partir de préparations déjà disponibles en interne à l'UCP, de produits surgelés et de produits « manger-main » fabriqués par des prestataires extérieurs. Par dérogation au fonctionnement habituel, il a été décidé que la commande des repas ne serait pas individuelle. Le PASA disposera d'une dotation, autrement dit de plats collectifs. Les soignants seront chargés de servir les résidents à l'assiette ou dans des verrines, en soignant la présentation. Par ailleurs, afin de permettre l'acheminent des plats, un chariot de remise en température spécifique a été commandé pour le PASA.

3.3.3 Les préconisations pour la réussite du projet

3.3.3.1 Susciter l'adhésion des soignants et des familles

Afin que l'expérience soit une réussite, il me semble nécessaire de sensibiliser les soignants, les autres résidents et les familles à l'intérêt de cette démarche, au travers de la formation pour les soignants et de l'organisation de temps d'échanges avec les familles. La place de l'entourage doit être valorisée. En effet, « *la culture occidentale, d'une part, et l'éducation reçue, d'autre part, suscitent une certaine réticence par rapport à cette technique, manger avec les doigts évoque parfois les notions de saleté, mauvaise éducation et régression au stade de l'enfance*[81] ».

L'adhésion des soignants est d'autant plus nécessaire que leur participation est requise pour la mise en œuvre du projet. Ils auront, en effet, à mettre au four certaines préparations, à dresser les assiettes, à solliciter les résidents lors du repas. Il sera également fait appel à

[78] Le PASA dispose de 3 ETP d'assistantes de soin en gérontologie, 0.5 ETP d'ergothérapeute, 0.5 ETP de psychomotricienne, 0.5 ETP de psychologue. Un médecin de l'EHPAD est « référent » pour le PASA.
[79] La composition du groupe de travail figure en annexe 2.
[80] Il s'est réuni à trois reprises, au cours de mon stage : les 12 avril, 30 mai et 14 juin.
[81] LAUNAZ A. : *Manger-main et pourquoi pas ?, Nouvelle texture pour nouvelle indépendance*, Arpège, Fondation Leenards, CH. Prilly, 2004, p.7-9.

leur imagination et à leur capacité d'initiatives pour envisager de nouveaux plats et préparations, notamment pour les ateliers de cuisine thérapeutique.

Concernant les familles, je propose de les inviter à participer à certains repas, afin de constater l'intérêt de ce concept pour l'alimentation de leurs proches. Elles pourront également goûter les plats, voire prendre le même repas que leurs parents, en prenant soin de commander leur repas, selon les modalités habituellement pratiquées au CHU.

3.3.3.2 Améliorer les modalités de mise en œuvre envisagées

La mise en œuvre d'un tel projet, bien qu'elle soit circonscrite, dans un premier temps, au PASA, s'accompagne de répercussions qu'il convient de prendre en compte. Concernant les modalités de commande des repas, les soignants doivent veiller à décommander, dans l'outil Pocket, les repas du midi des résidents fréquentant le PASA, pour éviter que les résidents du PASA reçoivent un plateau dans leur unité d'origine, le midi. Afin de limiter ces manipulations, sources d'erreurs, il me semble pertinent d'envisager la création d'un nouveau profil alimentaire à destination des personnes âgées : le profil Senior 3. Ce profil correspondrait à un déjeuner et à un diner adaptés, proposant des aliments à consommer avec les mains ou servis sous forme savourée. Ce profil serait accessible à toute personne âgée, prise en charge au sein du Pôle, répondant aux indications. La prise de commande des repas serait individualisée, à l'image des profils Senior 1 et 2. La création d'un profil supplémentaire m'apparaît être une condition au déploiement de ce concept à une échelle plus importante.

Par ailleurs, parmi les produits retenus pour l'élaboration d'un roulement de menus, figurent des produits surgelés. L'intérêt de ces produits réside, d'une part, dans leur facilité de préparation, notamment pour les soignants, tout en garantissant le respect des normes d'hygiène et de sécurité ; d'autre part, dans la gamme élargie de produits adaptés au mode Picoré (pommes noisettes, frites au four, quiches, nuggets, glaces, billes de melon, etc.).

Enfin, leur mode de conservation permet d'envisager une seule et unique livraison, en début de semaine. Cette utilisation de produits surgelés rend nécessaire le stockage dans un congélateur. L'office du PASA ne se prêtant pas à l'installation d'un congélateur, la solution la plus optimale consiste en l'utilisation du congélateur de la cuisine-relais, sous la responsabilité du cuisinier du site. Le cuisinier doit donc, à mon sens, être associé à ce projet, d'autant qu'il a reçu une formation au respect de la réglementation HACCP. Il est également le mieux placé pour épauler les soignants quant à la préparation des plats Picorés et Savourés : respect des normes d'hygiène, remise en assiette, dressage, utilisation des produits surgelés.

La formation du personnel du PASA, par des cuisiniers et qualiticiens de l'UCP, au dressage des assiettes et au respect des normes d'hygiène et de sécurité semble pertinente. Cette question a d'ailleurs été évoquée lors d'une réunion de travail.

3.3.3.3 Déterminer des modalités d'évaluation de l'expérimentation

Avant d'envisager d'étendre ce dispositif à d'autres unités du Pôle de gérontologie clinique, voire à tous les patients ou résidents dont l'état le nécessiterait, il me semble nécessaire d'évaluer l'expérimentation, à l'aune de l'évolution du statut nutritionnel des résidents. Pour ce faire, nous avons envisagé de rédiger un protocole de recherche local, sous la direction d'un gériatre du Pôle, directeur du Gérontopôle.

Ce protocole définit les modalités d'évaluation de l'étude, qui sera menée pendant un mois, à compter d'un mois après l'ouverture du PASA. Les résidents seront pesés à leur entrée et à leur sortie. Leur albumine sera également dosée. Différents critères de comorbidités, pouvant constituer un biais pour l'analyse des résultats, seront également pris en compte.
Dans un second temps, il conviendra d'élargir le champ de l'étude en incluant d'autres critères, tels la réduction des troubles du comportement en général et au moment du repas (cris, agitation, levers intempestifs), l'expression verbale et non-verbale de satisfaction, la diminution des troubles associés (déshydratation, chutes, escarres), la constatation d'une meilleure estime de soi, de la prise de plaisir à manger[82].

Un autre volet de l'étude pourrait concerner l'évaluation des ingesta consommés par les résidents du PASA, qui serait un bon indicateur de l'appétence des résidents pour les plats proposés. Les modalités d'évaluation seraient les mêmes que celles envisagées dans le cadre de l'audit, dont il a été question en 3.1.2.1. Ce volet supplémentaire permettrait de prouver l'existence d'un lien entre l'amélioration du statut nutritionnel, si elle est constatée, et l'augmentation des apports oraux.

Ainsi, l'expérimentation du « Picoré » et du « Savouré » au sein du PASA est une réponse aux difficultés à s'alimenter que connaissent les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs. Le lancement de ce projet, comme, au-delà, la nécessité de repenser la prise en charge nutritionnelle de la personne âgée, implique une évolution dans la culture médico-soignante. En ce sens, la direction doit faire de l'alimentation « plaisir » une stratégie de prévention et de lutte contre la dénutrition. ***Une synthèse des préconisations se trouve en annexe 5****.*

[82] ARS Centre, *Manger main, manger plaisir*, 2009, disponible sur internet : http://www.ars.centre.sante.fr/fileadmin/CENTRE/Internet_ARS/Qualite_et_performance/Gestion_du_risque/41/3_POWER_POINT_MANGER_MAINS.pdf

Conclusion

La lutte contre la dénutrition des personnes âgées est un sujet qui revêt, à mon sens, beaucoup d'intérêt pour un futur directeur ou directeur adjoint d'un établissement de santé ou médico-social. Il est, en effet, transversal à plusieurs fonctions (*médicale, soignante, diététique, logistique, éthique, stratégique*) et il répond à un objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge. Les pouvoirs publics en ont fait une priorité, au regard de l'importance de la prévalence de la dénutrition en institution, en multipliant les recommandations, plus ou moins contraignantes. Elaborer un plan d'actions en la matière n'est pas chose aisée pour un directeur qui doit mettre autour de la table des professionnels aux contraintes et aux représentations différentes, voire opposées, dans le but d'aboutir à un plan d'actions concerté et partagé.

J'ai réalisé mon diagnostic à partir d'observations sur le terrain, d'entretiens au sein du Pôle et du CHU, de « benchmarking », ainsi que de recherches documentaires. Le travail de recueil de données ne m'a pas posé de difficultés particulières. J'ai eu accès aux informations qui m'étaient nécessaires. J'ai eu la chance d'organiser une visite dans un EHPAD de la région ayant mis en œuvre le « manger-main » pour les personnes démentes. Concernant l'axe quantitatif de mon diagnostic, je me suis associée à la cellule qualité nutrition pour la rédaction, la passation et le traitement d'un questionnaire visant à objectiver les connaissances et les pratiques des soignants sur l'alimentation des personnes âgées et la prise en charge de la dénutrition. En effet, ce projet était déjà amorcé, au sein de la cellule qualité, lorsque j'ai débuté mon stage.

Ce travail d'enquête m'a permis de mettre en avant les points forts de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées et de la lutte contre la dénutrition au Pôle de gérontologie clinique, à savoir :

- La constitution, au niveau du CHU, d'un circuit de dépistage et de codage de la dénutrition, incitatif, et ayant fait ses preuves, particulièrement au sein du Pôle de gérontologie clinique.
- L'existence de profils alimentaires dédiés au public senior.
- La structuration de compétences, à visée clinique et réflexive : pôle diététique, CLAN, équipe d'assistance nutritionnelle, cellule qualité du pôle.
- La formalisation de recommandations sur le sujet, au travers de protocoles, modes opératoires, documents accessibles aux soignants.

J'ai également pu identifier certaines limites :

- La prégnance de la culture hospitalière qui s'exprime par l'importance accordée à la dimension hygiéniste et diététique de l'alimentation, au détriment de la notion

« d'alimentation plaisir ». Il en découle également une prise en charge médicale de la dénutrition, avec un recours important aux compléments nutritionnels oraux.
- Le « désinvestissement » des soignants, et dans une moindre mesure du corps médical, de ce champ de la prise en charge, considéré par beaucoup comme étant « en marge » des soins. Ce désintérêt, lié à différentes raisons[83], aboutit à un respect partiel des recommandations émises par le Pôle de gérontologie clinique, le pôle diététique et le CLAN sur le dépistage et la prévention de la dénutrition, ainsi que sur la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées.

Ce diagnostic m'a permis d'élaborer des préconisations, associées à différents niveaux de changement :
- Valoriser le temps du repas dans l'accompagnement des personnes âgées, en en faisant à la fois un moment de plaisir et un soin à part entière, et en adaptant l'organisation existante aux besoins et préférences des personnes âgées.
- Favoriser un changement de culture dans la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées, en élaborant une politique nutritionnelle associée à un plan d'actions et en sensibilisant le personnel médico-soignant à l'importance d'une bonne prise en charge nutritionnelle, par le biais de l'information et de la formation.
- Expérimenter une démarche innovante au proposant le Picoré et le Savouré aux résidents du PASA.

La première préconisation appelle un niveau de changement moindre, relativement à la troisième. La troisième, plus ambitieuse, concerne un public spécifique, les personnes souffrant de troubles cognitifs, dont la proportion augmente au sein du Pôle. Il revient à la Direction Générale d'arbitrer quant au niveau de changement souhaité, eu égard aux répercussions organisationnelles, notamment sur l'UCP, consécutives à la mise en œuvre du « Picoré » et du « Savouré ». Cette évolution m'apparaît être un défi à relever, dans la mesure où le Pôle de gérontologie clinique souhaite devenir un Pôle de référence dans l'accompagnement des personnes âgées. Cette ambition passe par le lancement de projets innovants. Si un surcoût est à prévoir dans un premier temps, lié à l'instauration d'une offre alimentaire supplémentaire ; la baisse du gaspillage et le moindre recours aux compléments nutritionnels oraux escomptés, devraient, dans un second temps, couvrir ce surcoût, voire permettre la réalisation d'économies, tout en améliorant la qualité de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées. D'autres effets positifs sont attendus, comme l'amélioration des conditions de travail pour les soignants, une plus grande autonomie des

[83] Manque de temps, tâche « dévalorisante », sentiment de fatalité quant à la dénutrition, repas vécu comme le « parent pauvre » de l'organisation soignante…

personnes âgées pour s'alimenter, le développement d'une expertise supplémentaire pour des soignants ou des cuisiniers désireux de s'associer au Picoré/Savouré.

A l'issu de ce travail, des questions émergent :
- Compte-tenu de l'augmentation de l'accueil de personnes âgées souffrant de démences, et du nombre important de places d'EHPAD relativement aux lits d'hospitalisation, faut-il privilégier une politique nutritionnelle adaptée à cette population, au risque d'être moins en capacité de répondre aux besoins des autres patients et résidents âgés ?
- Faire des EHPAD des lieux de vie implique de s'extraire de certaines règles liées au fonctionnement hospitalier, comme la réglementation très stricte en termes d'hygiène et de sécurité alimentaire : comment trouver le « juste milieu » entre un fonctionnement trop « hospitalier » et pas toujours adapté à un public de personnes très âgées, en fin de vie, et le nécessaire respect de règles en la matière étant donné la sensibilité des personnes âgées, fragilisées aux toxi-infections ?
- Faut-il revoir l'organisation du travail afin de confier, à l'ensemble des professionnels intervenant auprès du patient ou du résident âgé, des tâches en lien avec la prise en charge nutritionnelle ?

Outre l'intérêt personnel que je retire de ce mémoire, qui m'a donné l'occasion de rencontrer des professionnels exerçant des fonctions et métiers différents, j'en retiens plusieurs enseignements, dans la perspective de ma prise de poste :
- La nécessité d'associer des représentants de l'ensemble des métiers concernés et d'avancer à un rythme supportable par l'ensemble des partie-prenantes au projet.
- L'intérêt de s'inscrire dans des démarches innovantes, lesquelles permettent de donner un « souffle nouveau » au projet de soin et d'entretenir la motivation du personnel.
- L'obligation de promouvoir une amélioration continue de la qualité de l'accompagnement de la personne âgée, considérée comme une personne à part entière et non comme un objet de soin.
- L'importance de l'alimentation dans la prise en charge de la personne âgée, à la fois comme outil au service de la lutte contre la dénutrition, mais également comme pourvoyeur de plaisir, de souvenirs, de lien social… Ces différents éléments venant réduire le risque de dénutrition.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, circulaire du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé, disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-16/a0161475.htm
- République française, arrêté du 2 décembre 2009 relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des nutriments pour supplémentation orale,
- JO n°0284 du 8 décembre 2009, p. 21182, disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021394117
- Ministère de la santé, PNNS 3, disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
- République Française, décret du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements de santé, JO n°2012-143 du 31 janvier 2012.

Ouvrages

- BLANCHET A., GOTMAN A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Armand Colin, (coll. 128), 2nde édition, 128 p.
- CUCHE Denys, *La notion de culture dans les sciences sociales*, La Découverte, 2001, 122 p.
- FERRY M., ALIX E., *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, Masson, 3ème édition, 2007, 303 p.
- LAUNAZ A., *Manger-main et pourquoi pas ?, Nouvelle texture pour nouvelle indépendance*, Arpège, Fondation Leenards, CH. Prilly, 2004
- LE BARZIC M., *La meilleure façon de manger*, Odile Jacob, 1998, 282 p.
- PERRON Martine, *Oser proposer une autre alimentation aux personnes âgées fragilisées : avec des concepts de plats « Picorés » et « Savourés*, Chronique Sociale, 2012, 175 p.

Documents, guides

- ANAP, 2011, *Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux : les textures modifiées, mode d'emploi*, 114 p.
- Laboratoire Janssen-Cilag, 5 mai 2009, *La maladie d'Alzheimer, syndromes apparentés*.

Avis, recommandations, rapports d'évaluation

- Ministère de l'emploi et de la solidarité, juin 2000, *Améliorer la qualité en EHPAD, outil d'auto-évaluation*, disponible sur internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/outil_auto_eval.pdf
- Enquête AP-HP, Energie 4+, 2003.
- ANAES, service des recommandations professionnelles, septembre 2003, *Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés*.
- Conseil National de l'Alimentation, avis n°53, 15 décembre 2005, *Les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques*.
- HAS, avril 2007, *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*, disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf
- Recommandations du groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition, N005-J07, 4 mai 2007
- AFFSA, avis, 9 janvier 2009, *l'évaluation des besoins nutritionnels chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies afin de définir des références nutritionnelles permettant d'adapter leur prise en charge nutritionnelle* ».
- ANESM, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, février 2009, *L'accompagnement de personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*.
- IGAS, « Evaluation du PNSS 2006-2010 », chapitre 3-3, avril 2010.
- Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire, Programme National pour l'Alimentation, février 2011.
- Agence régionale de santé de Franche-Comté, 9 juin 2011, *Aide à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée* : http://ars.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/Manifestations/2ReuniondepartementaleEhpad_Depistage_denutrition_MP_Clairet.pdf

Mémoires

- GARCIA Claire, 2009, *L'alimentation : un support d'amélioration de la qualité de vie du résident en EHPAD,* mémoire pour l'EHESP, 62 p + XI.
- RABAULT Isabelle, 2008, *Comment mesurer et améliorer l'état nutritionnel en EHPAD ? L'exemple du Morbihan,* mémoire pour l'EHESP, 57 p + XXII.

Articles

- CORBEAU J-P., *Les dimensions symboliques de l'alimentation en milieu hospitalier*, disponible sur internet : http://www.chru-strasbourg.fr/Hus/HTML/clan/pdf/LESDIMENSIONSSYMBOLIQUESDEL.pdf
- FERRY M., Nutrition et dénutrition des personnes âgées, 5 mai 2011, disponible sur internet : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Nutrition_denutrition_des_PA.pdf
-MASLOW A., 1943, *A theory of human motivation*, Psychological Review, n°50.
- Droit médical, Le Piège des bonnes pratiques médicales, disponible sur internet : http://droit-medical.com/perspectives/la-forme/36-pieges-bonnes-pratiques-medicales
- Groupe de travail pluri-institutionnel ReNOVA-AROVAL, novembre 2003, disponible sur internet : http://www.aroval.net/promotions/classeur_alimentation_chap2003.pdf
- La lettre de psychogériatrie, 2012, disponible sur : http://www.lettre-psychogeriatrie.com/wp-content/uploads/2012/04/34-M-Faure-A-propos-du-Manger-mains-dans-une-unit%C3%A9-des-soins-de-longue-dur%C3%A9e-_-travail-aupr%C3%A8s-de-lentourage.pdf

Liste des annexes

Annexe 1 : les personnes enquêtées

Annexe 2 : les groupes de travail

Annexe 3 : les grilles d'entretien

Annexe 4 : le questionnaire aux soignants

Annexe 5 : synthèse des préconisations

Annexe 1 : les personnes enquêtées

Afin de mieux comprendre les représentations de la dénutrition des personnes âgées, les modalités de dépistage, de prévention et de prise en charge à l'œuvre au CHU de Nantes, j'ai rencontré, en entretien, les professionnels suivants :

➔ **Au sein du Pôle de gérontologie clinique :**
- La directrice du pôle
- Trois gériatres du Pôle dont le chef de Pôle et le directeur du Gérontopôle
- Le cadre supérieur de santé du Pôle
- Une cadre de santé
- Une Infirmière Diplômée d'Etat en EHPAD
- Une intendante en EHPAD
- Une aide-soignante en EHPAD
- Une ASH en EHPAD

➔ **Au sein du Pôle diététique du CHU :**
- La cadre supérieure des diététiciennes
- Deux diététiciennes

➔ **Au sein de l'équipe mobile de soins palliatifs :**
- Le médecin responsable
- Une infirmière

➔ **Au sein de l'équipe mobile d'assistance nutritionnelle :**
- Le médecin responsable

➔ **Au sein du Pôle Techniques et Logistiques :**
- L'ingénieur, responsable de la restauration

➔ **Au sein d'un autre EHPAD du département :**
- La directrice de l'EHPAD
- Le chef-cuisinier

Annexe 2 : les groupes de travail

➔ La cellule qualité « nutrition » du Pôle de gérontologie clinique

Le Pôle a relancé, en 2010, les « cellules qualité » dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Une cellule a été constituée sur le thème de la nutrition des personnes âgées. Ce groupe de travail réunit une diététicienne, trois médecins, deux cadres de santé et des soignants (IDE, AS, ASH). J'ai constaté qu'en pratique, peu de soignants y participent, en raison de difficultés à se libérer de leur poste afin de se rendre aux réunions. Les médecins sont également peu disponibles.
A l'occasion, d'autres professionnels, comme le responsable de la cuisine de l'hôpital Bellier ou la conseillère en hôtellerie sont invités à y participer.
Je me suis donc associée aux travaux de la cellule-qualité, notamment pour leur présenter la démarche de plats Picorés et Savourés au sein du PASA. Dans le cadre de cette cellule qualité, nous avons préparé un **questionnaire** à destination du personnel soignant, afin de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques en matière de nutrition. Les résultats ont été saisis sur Sphinx et ont été analysés par le Service d'Evaluation Médicale (SEME). Ils ont permis d'objectiver certains éléments déjà pointés, de prioriser les besoins et de justifier, auprès de la restauration, de la nécessité d'améliorer l'offre existante et d'innover. Ils seront présentés lors de la Journée du Pôle de gérontologie clinique, fin septembre, et viendront nourrir le plan d'action contre la dénutrition auquel travaille la cellule qualité.

➔ Le groupe de travail à l'UCP pour l'expérimentation du Picoré-Savouré au sein du PASA

En parallèle à la cellule qualité « nutrition », j'ai mis en place un groupe de travail chargé de préparer l'expérimentation de plats Picorés et Savourés au sein du PASA de la Seilleraye. Ce groupe de travail regroupe le cadre supérieur du Pôle de gérontologie clinique, l'ingénieur responsable de la restauration à l'Unité Centrale de Production, la cadre des diététiciennes, une diététicienne de l'UCP, un technicien de l'UCP.

Je l'ai réuni à trois reprises pendant mon stage, afin de :

- déterminer les aliments et préparations qui composeront les menus : préparations produites par l'UCP/ disponibles chez des prestataires spécialisés dans le « manger-main »/ disponibles en surgelé ;
- valider les roulements de menus préparés par le Pôle diététique ;
- décider des modalités de conditionnement des Plats Picorés et Savourés (*individuel ou collectif*) et, en conséquence, des modalités de prise de commande (*commande individuelle ou dotation spécifique pour le PASA*) ainsi que du choix d'un chariot de remise en température des repas ;
- d'acter des modalités d'acheminement et de conservation de certaines préparations, comme les produits surgelés ;
- répartir les tâches et les responsabilités entre l'encadrement soignant et les soignants, d'une part, et l'UCP et les cuisiniers/techniciens, d'autre part ;
- se mettre d'accord sur le principe d'une formation des agents au respect des règles d'hygiène et de sécurité ainsi qu'au dressage des assiettes.

A l'issue de mon stage, le groupe de travail poursuit la réflexion engagée afin d'être en mesure de proposer cette expérimentation, dès l'ouverture du PASA prévue à la mi-septembre.

Annexe n°3 : grilles d'entretien

GRILLE D'ENTRETIEN « PERSONNEL SOIGNANT »

1. Pour vous, le repas fait-il partie du soin ?
2. Combien de temps, en moyenne, passez-vous avec un résident, après lui avoir apporté son plateau ?
3. Peut-on parler d'un désintérêt des soignants pour l'alimentation des personnes âgées ? Si oui, comment l'expliquer ?
4. Si manque de temps il y a, comment l'expliquer ?
5. Aimeriez-vous avoir davantage de temps à consacrer au repas ?
6. Pourquoi, selon vous, les personnes âgées s'alimentent peu ?
7. Les plats proposés vous semblent-ils adaptés à leurs besoins et à leurs envies ? des suggestions ?

GRILLE D'ENTRETIEN « DIETETICIENNE »

1. En quoi les profils senior 1 et senior 2 diffèrent-ils du profil « normal » ?
2. Ces profils répondent-ils aux besoins et envies des personnes âgées ?
3. Est-il possible de personnaliser l'alimentation des personnes âgées ?
4. Existe-t-il des fiches de suivi de l'alimentation ?
5. Faut-il privilégier le recours aux compléments nutritionnels oraux ?
6. Comment expliquer la prévalence de la dénutrition des personnes âgées ?
7. Quelles solutions voyez-vous pour améliorer le statut nutritionnel des patients et résidents âgés ?

GRILLE D'ENTRETIEN « MEDECINS »

1. A partir de quand parle-t-on de dénutrition pour une personne âgée ?
2. Pourquoi est-il difficile de repérer une personne âgée dénutrie ?
3. Comment une personne âgée se dénutrit ?
4. Quels sont les conséquences liées à la dénutrition des personnes âgées ?
5. Avez-vous fréquemment recours à l'alimentation entérale ou parentérale ?
6. Quelles sont les indications pour ce type d'alimentation ? Et les risques ?
7. Comment expliquez-vous que la nutrition soit, aujourd'hui encore, le parent pauvre de la médecine ?

Annexe 4 : questionnaire

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

POLE DE GERONTOLOGIE CLINIQUE

QUESTIONNAIRE ALIMENTATION NUTRITION

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la démarche qualité-risques-évaluation du Pôle de Gérontologie Clinique, un groupe de travail « Alimentation et Nutrition » a été créé afin de répondre aux recommandations de la Haute Autorité de Santé sur la nutrition chez la personne âgée. Nous souhaitons donc évaluer les connaissances et les pratiques professionnelles des services de gérontologie clinique afin de les améliorer, ainsi que le dépistage des troubles nutritionnels au sein de chaque filière du pôle, et de mieux coordonner les différents acteurs (soignants, médecins, diététiciennes, service restauration) au bénéfice du patient sur le thème de la nutrition.

Dans ce cadre nous vous proposons de participer à notre étude en répondant à ce questionnaire. Vos réponses seront utilisées uniquement dans le cadre de cette étude et resteront anonymes ; les informations quant à votre filière d'appartenance, votre métier et votre ancienneté nous permettront de mieux cibler les actions d'amélioration et de formation à mener.

La période de recueil s'étendra du 13/03/2012 au 27/03/2012.

Merci de remettre les questionnaires remplis à votre cadre de santé dès que possible dans cet intervalle.

1. **Identifier le service ou la filière où vous travaillez ?**
   - ☐ Médecine gériatrique aiguë (MPG, MAG)
   - ☐ Soins de suite gériatrique
   - ☐ Soins de longue durée
   - ☐ EHPAD

2. **En vieillissant les besoins nutritionnels**
   - ☐ Diminuent
   - ☐ Augmentent
   - ☐ Sont équivalents

3. **Les besoins de la personne âgée non malade ayant une activité modérée sont estimés à :**
   - ☐ Moins de 1800 calories/jour
   - ☐ Entre 1800 et 2000 calories
   - ☐ Plus de 2000 calories

4. **Pensez-vous que la dénutrition est grave chez une personne âgée ?**
   - ☐ Oui
   - ☐ Non

☐ Je ne sais pas

Si oui pourquoi ?

5. A quelle fréquence pesez-vous les personnes âgées dans votre service ?

☐ 1 fois par semaine
☐ 2 fois par mois
☐ 1 fois par mois
☐ 1 fois tous les deux mois
☐ Je ne sais pas

6. Parmi les régimes suivants quels sont ceux que vous utilisez le plus souvent ?

Classez les du plus fréquent (1) au moins fréquent (7)

☐ Senior 1
☐ Senior 2
☐ Senior 1 haché
☐ Senior 2 haché
☐ Mouliné
☐ Les mixés
☐ Hyper calorique
☐ Autres

7. Le régime senior 2 proposé au CHU de NANTES diffère du senior 1 car :

☐ Il ne propose pas de collation
☐ Les plats proposés aux déjeuners et aux dîners sont moins volumineux
☐ Le dîner du senior 2 propose 1 potage 2 produits laitiers 1 dessert et du pain
☐ Ce régime est moins calorique que le senior 1
☐ Ce régime est plus calorique que le Senior 1

8. Les personnes âgées devraient consommer dans la journée la valeur de :

☐1 à 2 produits laitiers par jour
☐2 à 3 produits laitiers
☐3à 4 produits laitiers
☐plus de 4 produits laitiers
☐ Je ne sais pas

9. Pour les personnes âgées non malades un dîner composé de « 1 potage de légumes et 1 laitage» est suffisant avant une bonne nuit d e sommeil

☐ Vrai
☐ Faux

10. Les personnes âgées (malades) ont besoin de consommer au moins une collation en plus des repas principaux :

☐Vrai
Pourquoi ?

☐Faux
Pourquoi ?

☐ Je ne sais pas

11. A Quel moment distribuez-vous la ou les collations ?

☐ Au milieu de la matinée
☐ Dans l'après midi

☐ Dans la soirée
☐ A la demande
☐ Pas de distribution

12. Quels aliments proposez-vous aux patients au moment des collations?

☐ Thé
☐ Café
☐ Chocolat au lait
☐ Jus de fruit
☐ Thé + biscuits
☐ Café + biscuits
☐ Chocolat au lait + biscuits
☐ Laitages variés (yaourt, fromage blanc, crème…)
☐ Compote
☐ Compléments hyper caloriques industriels
☐ Autres. :

13. Avez-vous des suggestions à formuler qui permettraient d'améliorer l'alimentation des patients au moment des repas et ou collations ?

Annexe 5 : synthèse des préconisations

*Repenser la prise en charge nutritionnelle des PA

FAIRE DU REPAS UN MOMENT DE PLAISIR, SOURCE DE LIEN SOCIAL

-Privilégier une alimentation orale personnalisée

-Adaptée aux besoins et aux préférences individuelles → feuille de préférence alimentaire, coordonnée par le référent PVI
-Alimentation plaisir > approche hygiéniste et diététique
-Dimension symbolique de l'alimentation

-Favoriser la commensalité et la convivialité

-Constituer des tablées avec des convives qui se ressemblent
-Solliciter les bénévoles et les familles pour accompagner les personnes âgées au moment du repas
-Développer les repas à thèmes, autour de plats d'autrefois

-Solliciter les sens, améliorer la présentation et le service

-Appliquer la règle des 5 « s » : couleurs, saveurs, senteurs, textures et volumes
-Utiliser des assiettes de couleurs, des verrines, mettre des nappes sur les tables, décorer la salle à manger, rajouter des herbes sur les plats
-Solliciter les soignants, l'animatrice et le cuisinier
-Servir les plats les uns après les autres

ADAPTER L'ORGANISATION EXISTANTE AUX BESOINS DE LA PA

-Organiser un audit pour évaluer les ingesta des PA

-Constituer un comité de pilotage
-Sélectionner des unités de soin (médecine/ EHPAD)
-étude quantitative + volet qualitatif facultatif

-Privilégier la densité calorique des plats

-Réduire les quantités → réflexion sur le conditionnement des barquettes, en lien avec l'UCP, dans le cadre du profil senior 2.

Les atouts de la prise en charge nutritionnelle au Pôle

***Des directions transversales sur lesquelles s'appuyer : Pôle technique et logistique (UCP), direction de la qualité**

***Des compétences et instances en nutrition** (Pôle diététique, CLAN, équipe d'assistance nutritionnelle)

***Une offre alimentaire spécifique pour les PA** : les profils senior 1 et 2

***Un circuit de dépistage de la dénutrition structuré**

***Des protocoles pour améliorer la prise en charge nutritionnelle et la lutte contre la dénutrition**

-Enrichissement des plats : potage + ajout fromage râpé et de beurre + réflexion avec l'UCP sur l'enrichissement des textures modifiées.
-Fractionner les apports : systématiser la collation à 22h pour réduire le jeûne nocturne + valoriser le petit-déjeuner, repas apprécié des PA.

-***Redonner aux cuisine-relais une fonction de production alimentaire*** :
-Plats d'autrefois, desserts « maison », smoothies, dressage des assiettes

FAIRE DU REPAS UN SOIN A PART ENTIERE

-Intégrer l'alimentation dans la prise en charge globale de la PA
-Un soin, qui doit durer 45 minutes en moyenne et être adapté aux besoins de chaque PA (aide humaine nécessaire)
-Etablir un mode opératoire pour optimiser la prise en charge des facteurs de risque de la dénutrition : problèmes bucco-dentaires, sur-médication, régimes alimentaires restrictifs, pathologies sous-jacentes
-Sensibiliser les médecins à la réévaluation régulière de la pertinence des prescriptions médicamenteuses et de régimes alimentaires

-Stimuler l'appétit, les capacités fonctionnelles et cognitives par le biais d'activités ludiques : le Kit LU

-Développer les repas thérapeutiques et les ateliers de cuisine thérapeutique
-Nomination de 2 soignants référents/ site, formés par l'UCP à la réglementation HACCP, au dressage des assiettes et chargés de la coordination avec l'UCP pour la commande des denrées.

Mais des freins…

-Une culture hospitalière …

-Une centralisation de la production alimentaire

-L'alimentation : un champ désinvesti et dévalorisé par les soignants et les médecins

-Un manque de connaissances des agents

-L'alimentation : peu valorisée dans l'organisation soignante

-Des eepas pas suffisamment adaptés aux besoins et préférences des PA

Favoriser un changement de culture dans la prise en charge nutritionnelle des PA

PROMOUVOIR UNE DEMARCHE CONCERTEE ET PLURI-PROFESSIONNELLE A TRAVERS UN MANAGEMENT RENOUVELE

-***Impulser le positionnement stratégique de la direction***

-Etablissement d'une politique nutritionnelle :
  -Prévention/dépistage/prise en charge
  -Axe sur les résidents en EHPAD, notamment les personnes souffrant de démences
-Faire figurer les grandes lignes de cette politique nutritionnelle dans le projet d'établissement du CHU, reprises et détaillées dans le Contrat de pôle, dans le projet de soin et le PVI
-Mettre la question de la nutrition des PA à l'ordre du jour des instances du Pôle (Conseil de Pôle, Conseil de la Vie Sociale) + CME

-***Améliorer l'implication des soignants***

-Les associer aux groupes de travail sur le sujet → les détacher de leur poste sur les temps de réunion
-Intégrer dans la fiche de poste des compétences et des missions en lien avec le dépistage de la dénutrition et l'accompagnement des PA au moment du repas. Compétences évaluées lors de l'évaluation annuelle
-Encourager la prise d'initiatives en la matière : soulever la question lors des réunions de synthèse

-***Créer les conditions d'adhésion des services de restauration***

-Les associer aux groupes de travail
-Privilégier une démarche par étapes pour prévenir les résistances au changement
-Critère de faisabilité→ quelles marges de manœuvre par rapport à la réglementation HACCP ?

Public visé par la démarche

***Principalement PA hébergées en EHPAD, sur une longue durée : optique préventive ou réponse à une dénutrition modérée**

***également, dans une optique préventive, PA hospitalisées court séjour ou en SSR, dans une optique préventive**

***Axe particulier pour les PA souffrant de démences : expérimenter le concept de « Picoré » et « Savouré**

AMELIORER LES CONNAISSANCES ET LES COMPETENCES NUTRITIONNELLES DES AGENTS

-Créer un support d'information adapté aux besoins des soignants

-Enoncer les facteurs de risques, les besoins nutritionnels de la PA, les profils et régimes existants, leurs modalités de prescription, ainsi que des conseils pratiques pour inciter la PA à manger, zoom sur l'alimentation des PA démentes. Format poche.

-Solliciter la Direction de la Communication pour aide technique + communiquer sur l'existence du support
-Distribuer le support dans les services du Pôle + remis en mains propres aux nouveaux agents par le cadre de santé

-Développer l'information et la formation des soignants

-Profiter des temps de réunions déjà existants : réunions de synthèse, en médecine/ transmissions en EHPAD en instaurant une transmission ciblée nutrition, une fois/quinzaine
-Mettre à profit les temps-forts dans la vie du Pôle pour en parler : Journée du Pôle de gérontologie clinique
-Organiser des cours du soir à destination des soignants volontaires
-Formation à l'utilisation du Pocket pour tous les soignants qui le souhaitent ou qui en ont besoin
-Rendre obligatoire le suivi de formation en lien avec la nutrition de la PA

-Renforcer le temps de diététicienne dans les EHPAD

-Une diététicienne à temps plein sur les EHPAD
-Meilleur suivi des résidents + diffuser bonnes pratiques aux soignants (suivi du poids, des ingesta)
-A renégocier lors du renouvellement de la convention tripartite.

Objectifs de la démarche

****S'inscrire dans la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale :***

-Individualisation de la prise en charge et amélioration de la qualité de l'accompagnement en EHPAD
-Faire des EHPAD des lieux de vie, et non des unités de soin

****Adapter l'alimentation aux besoins et aux préférences des personnes âgées :***

-Promouvoir la dimension identitaire, symbolique et « plaisir » de l'alimentation
-Réduire le gaspillage alimentaire

****Susciter l'appétit des PA***

****Susciter l'intérêt du personnel médical, soignant, de restauration pour l'alimentation des PA :***

-Créer une « culture » de la prise en charge nutritionnelle de la PA
-Inscrire l'alimentation dans un accompagnement global de la personne âgée

***Les préconisations* :**

***En transversal : favoriser un changement de culture**

***Améliorer l'existant : repas « plaisir »/ repas : un soin/ adapter l'organisation/**

***Expérimenter une prise en charge innovante pour un public spécifique**

*Expérimenter une prise en charge innovante au sein du PASA : Le concept de plats « picorés » et « savourés »

UNE REINVENTION DU « MANGER-MAIN » ET DES TEXTURES MODIFIES

-Public cible → personnes souffrant de démences + troubles consécutifs : gloutonnerie ou perte d'appétit, problèmes de déglutition, risque de fausse-route
-Bénéfices visés : gain de poids + amélioration statut nutritionnel + moins d'agressivité pendant le repas + meilleur confiance en eux + repas plaisir + moins d'aliments jetés

EXPERIMENTER AU SEIN DU PASA

-Lancement du projet : mars 2012
-Modalités de mise en œuvre :
-Sélection d'aliments : produits par l'UCP/ surgelés/ disponibles chez des prestataires spécialisés
-Établissement d'un roulement de menus
-Commande des repas : dotation unique
-Chariot de remise en température spécifique
-Participation des soignants à la remise en assiette

PRECONISATIONS POUR LA REUSSITE DU PROJET

-Susciter l'adhésion des soignants et des familles
-Formation et information des soignants
-Information des familles + les inviter à assister à certains repas/ prendre leur repas avec leur proche
-Améliorer les modalités de mise en œuvre
-Tendre vers la création d'un profil senior 3 correspondant au Picoré/Savouré pour permettre la commande individualisée et envisager un déploiement sur le reste du Pôle
-Associer le cuisinier de chaque cuisine-relais pour épauler les soignants quant à l'utilisation de produits surgelés, la préparation de certains plats, le dressage des assiettes, le respect des règles d'hygiène et de sécurité
-Déterminer les modalités d'évaluation de l'expérimentation
-Rédaction d'un protocole de recherche local, en lien avec le Gérontopôle pour évaluer le gain de poids des résidents, en fonction de critères de comorbidités
-Y adjoindre un volet sur l'évaluation de l'évolution des ingesta

SIMON	**Marianne**	**Décembre 2012**

DESSMS

Promotion 2011-2012

Lutter contre la dénutrition des personnes âgées : L'exemple du Pôle de gérontologie clinique du CHU Nantes

Résumé :

La lutte contre la dénutrition des personnes âgées est devenue une priorité des pouvoirs publics, en réponse à l'augmentation de la prévalence de la dénutrition des seniors. La dénutrition touche entre 40 et 60 % des personnes âgées prises en charge en institution.

Pour y remédier, le Pôle de gérontologie clinique s'appuie sur un circuit de dépistage et de codage de la dénutrition structuré à l'échelle du CHU, ainsi que sur l'existence de compétences et d'instances en lien avec la dénutrition. De plus, le public senior dispose d'une offre alimentaire spécifique, grâce à la création de « profils senior ».

Cependant, la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées, notamment en EHPAD, souffre de la prégnance de la culture hospitalière et d'une réponse « médicale » à la dénutrition. Par ailleurs, le personnel s'investit peu dans le champ nutritionnel par manque de temps, d'intérêt ou parce que l'organisation soignante l'y incite peu. Les professionnels regrettent également l'inadéquation entre l'alimentation proposée et les besoins et préférences des personnes âgées.

Améliorer le statut nutritionnel de la personne âgée implique de repenser l'alimentation des personnes âgées, en valorisant le « plaisir de manger » et en suscitant l'envie de manger. D'où la nécessité de privilégier une alimentation orale, personnalisée, fractionnée, ainsi que les repas conviviaux et festifs dans un cadre agréable. L'alimentation « plaisir » doit s'inscrire dans la prise en charge globale de la personne âgée. Le concept de plats « Picorés » et « Savourés » est adapté aux besoins des personnes âgées démentes. Il mérite d'être expérimenté au sein du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés de l'EHPAD de La Seilleraye.

Cette évolution nécessite un changement de culture. La direction peut l'impulser en formalisant une politique nutritionnelle de la personne âgée et un plan d'actions associé ainsi qu'en développant l'information et la formation des soignants. Les services de restauration, en optimisant leur organisation, ont les moyens de relever ce défi.

Mots clés :

Dénutrition des personnes âgées, dépistage, prévention, ingesta, politique nutritionnelle, alimentation « plaisir », Picoré, Savouré, cadre du repas, commensalité, convivialité, socialisation alimentaire, mémoire du goût, profils alimentaires, repas thérapeutique, compléments nutritionnels oraux.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.