



Diplôme d'Établissement
« Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »

Promotion : **2009-2010**

LE REPAS EN EHPAD
ENTRE FONCTION LOGISTIQUE
ET TEMOIN D'UNE PRESTATION ADAPTÉE
L'ARBITRAGE ET LA RÉPONSE DU DIRECTEUR

GERALDINE BOUTOLLEAU

Responsables pédagogiques :
Karine LEFEUVRE-DARNAJOU,
Professeur au département SHS-
CS et
Christelle ROUTELOUS,
Professeur à l'Institut du
Management, EHESP
Responsable de l'atelier
mémoire :
Karine CHAUVIN

Remerciements

Ce travail, réalisé dans le cadre de la validation du Diplôme d'Établissement « directeur d'Établissement Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes et droits des usagers », fut pour un moment clé dans ma construction identitaire.

Aussi je tiens particulièrement à remercier :

- Mme Emmanuelle RICART qui m'a permis l'accessibilité à ce cursus,
- Mme Stéphanie CAZAMAJOUR pour son accompagnement tout au long de ce travail
- Mme Nathalie TROQUEREAU pour la qualité de son écoute et l'intérêt porté à ma réflexion
- Mme Karine CHAUVIN qui, par son suivi, m'a permis de mieux circonscrire ce sujet,

Mais aussi :

- mes proches et collègues de travail et de promotion et notamment :
- Philippe BOUTOLLEAU mon époux, David C., Valérie G., Geneviève D., Pascal B., Bertrand R., Sylvie P., Martine B.M., Yves J. pour leur soutien, leurs encouragements et leur présence précieuse.

Sommaire

<u>Introduction</u>	p 01
<u>CHAPITRE I</u> – Constat de l'existant et données générales	p 02
1.1 Un établissement hybride à vocation sanitaire et médico-social.....	P 02
1.2 Une fonction production culinaire sur site à repenser.....	p 03
1.3 Cadre législatif et réglementaire	p 03
1.3.1 Restauration collective : une normalisation contraignante.....	p 03
1.3.2 Droits des usagers et nutrition. Quels liens ?	p 04
1.4 Les besoins nutritionnels spécifiques de la personne âgée.....	p 04
1.4.1 La dénutrition du sujet âgé : un problème de santé publique.....	p 04
1.4.2 Une gestion des risques spécifique et complexe.....	p 05
1.5 Eléments de réflexion issus de l'enquête de satisfaction de 2008 dans l'établissement et de l'évaluation des pratiques professionnelles réalisée sur le thème de la dénutrition.....	p 06
1.6 Le repas : comment et pourquoi en faire un moment privilégié dans la vie en institution ?.....	p 07
1.7 Le questionnaire	p 07
<u>CHAPITRE II</u> – Phase exploratoire	p 08
2.1 Méthodologie.....	p 08
2.2 Des soignants désireux d'optimiser la prestation sur le plaisir procuré au résident et sur le versant organisationnel.....	p 09

2.3	Des attentes des usagers et de leurs proches centrées sur la qualité des mets, la convivialité et le temps accordé aux repas.....	p 10
2.4	La position du personnel d'encadrement : auto évaluation et Propositions.....	p 10
2.5	La position du responsable de cuisine.....	p 11
2.6	Les apports de l'observation.....	p 12
2.7	Les leviers mobilisables.....	p 13
<u>CHAPITRE III – Fonction restauration : les propositions.....</u>		p 14
3.1	Les grands axes de la politique.....	P 14
3.2	Stratégie et modalités de mise en œuvre	p 15
3.2.1	Le partage d'une même définition de la place du repas en EHPAD.....	p 15
3.2.2	La formalisation d'un engagement.....	P 15
3.2.3	La création d'un collectif et d'une fonctionnalité transversale.....	p 16
3.2.4	Le repas : une prestation adaptée et le témoin d'une attention Particulière.....	p 17
3.2.5	Adéquation de la charge en soins et du présentéisme soignant	p 17
3.2.6	L'espace repas.....	p 18
3.2.7	La place des proches.....	p 18
<u>Conclusion.....</u>		p 19

Liste des sigles utilisés

AS : Aide Soignant

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CUI : Contrat Unique d'Insertion

CLAN : Comité de Liaison Alimentation Nutrition

CVS : Conseil de la Vie Sociale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GCSMS : Groupement de coopération sanitaire et médico- social

HACCP: Hazard Analysis Critical Control Point

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle

MPE : malnutrition protéino-énergétique

PCA : Post Cure en Alcoologie

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

SMAF : Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Ce n'est que depuis quelques années que l'on a pris conscience des interactions entre le bien vivre et le bien manger ainsi qu'entre le vieillissement et la nutrition.

En effet, les études épidémiologiques montrent notamment à quel point les personnes âgées ont d'autant plus de chance de vieillir en bonne santé que leur statut nutritionnel est satisfaisant.

Si ce constat permet de décliner une éducation spécifique chez le sujet vieillissant, destinée à la fois à diversifier son alimentation et à lutter contre l'effet néfaste du pléthore, avec l'avance en âge, on a également pris conscience que les risques nutritionnels se situent principalement au niveau des carences.

Ainsi, la malnutrition protéino-énergétique avec son cortège de risques devient un risque prépondérant en termes de santé publique.

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D) se veulent des lieux de vie ou les accompagnements et les prestations offertes s'individualisent, se personnalisent, ou l'espace et le temps permettent un mode de vie agréable et sécurisant pour les résidents tout en étant valorisant pour les familles. Le projet de vie et de soins a pour objectifs le maintien et/ou l'amélioration de la qualité de vie, de la santé, de l'autonomie et de l'accompagnement en fin de vie.

Pour le directeur, il paraît donc nécessaire de s'intéresser aux besoins nutritionnels spécifiques des personnes âgées hébergées, et de rester vigilant au risque de dénutrition, mais aussi de réfléchir globalement à la place de la fonction « restauration » au sein d'une structure hébergeant des personnes âgées dépendantes.

A la croisée des chemins entre une simple fonction logistique et un élément témoignant et signant une prestation adaptée au résident accueilli, la restauration collective dans un lieu de vie est à envisager dans le cadre de multiples contraintes :

- Permettre une participation à une prise en soin individualisée et de qualité intégrant la prévention des risques (risque de dénutrition, fausses routes...)
- Répondre à la sécurité alimentaire
- Participer au plaisir de manger et être moteur d'interaction sociale et de convivialité
- Permettre au sujet d'exprimer son choix et de respecter ses habitudes de vie
- Intégrer une logique de gestion (gestion des stocks, moindre coût...)

A ce niveau de la réflexion on comprend pourquoi il est important de réaliser un travail spécifique pour chaque directeur d'établissement, dans le cadre d'une marge de liberté certes circonscrite par la réglementation et les contraintes budgétaires, mais réelle.

Comment intégrer la fonction restauration dans un politique d'établissement d'individualisation de la prise en soins et d'optimisation de ses prestations ?

Quelle stratégie adopter pour que « le bien vivre » en institution s'ancre dans le « bien manger » ? Quelles réponses opérationnelles ? Comment maintenir le plaisir de manger ?

Dans un premier temps, nous présenterons l'E.H.P.A.D. dans son contexte actuel puis les contraintes réglementaires sur ce thème. Pour circonscrire les enjeux nous ferons le point sur les particularités et spécificités des besoins nutritionnels de la personne âgée et donc des éléments d'une gestion des risques opérante. Enfin de manière à objectiver la problématique, nous réaliserons une phase exploratoire à l'aide d'une enquête auprès des résidents, de leurs proches, de l'équipe soignante et du responsable des cuisines.

Par ailleurs, nous analyserons les données issues d'observations.

Dans un troisième temps, nous proposerons la formalisation d'un projet spécifique de l'établissement sur ce thème.

Entre politique d'établissement et stratégie, entre besoin physiologique et symbolique redonnons au repas une place centrale, dans le cadre d'un échange signant une attention particulière envers nos aînés.

CHAPITRE I – Constat de l'existant et données générales

1.1 Un établissement hybride à vocation sanitaire et médico-social

Dans ce bassin girondin, à vocation principalement viticole, les impacts des différentes politiques en terme de planification sanitaire et offre de soins, associées à l'évolution démographique du bassin de santé, ainsi que le vieillissement de la population, ont amené le centre hospitalier à axer principalement son offre de soins autour de la personne âgée, en direction commune avec le centre hospitalier le plus proche.

Le secteur sanitaire : un service d'urgences, un service de médecine polyvalente gériatrique de 35 lits, 45 lits de Soins de suite et de réadaptation (SSR polyvalents), 15 lits de Post Cure Alcoologie (PCA), un plateau technique avec une Pharmacie à usage intérieur (PUI), un service radiologique, un service de consultations.

Le Secteur médico-social : on dénombre dans le cadre des conventions tripartites seconde génération signées en 2009 :

➤ 188 lits d'EHPAD répartis sur 4 pavillons distincts, 60 lits d'USLD redéfinis, intégrant une unité « Alzheimer » en attente de labellisation UHR de 14 lits.

➤ 45 places de Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

1.2 Une fonction production culinaire à repenser

Actuellement, existence d'une cuisine centrale vieillissante sur site ayant un avis de « non-conformité moyenne » des services vétérinaires qui préconisent une reconstruction ou restructuration architecturale. La production s'effectue en liaison chaude.

Un travail a été amorcé depuis janvier 2010 de manière à envisager le devenir.

L'annexe 1 regroupe les résultats de cet audit et les différentes solutions envisageables avec en corollaire une étude de coût et les impacts organisationnels et sociaux des différentes solutions. A ce jour aucun arbitrage n'a été réalisé, le choix entre la solution d'une sous-traitance ou une reconstruction sur site n'est pas arrêtée.

Par ailleurs, en terme d'instance consultative sur ce thème, au niveau de l'établissement, existence d'une commission de restauration regroupant le responsable des cuisines, les services économiques, les cadres de santé des différents secteurs de soin, les représentants de chaque service (aides soignants (AS) ou agents des services hospitaliers (ASH) selon les secteurs), la diététicienne (présente à 50% sur la structure, 40% dédié au secteur médico-social), 2 médecins. Aucune représentativité des résidents hébergés à ce jour.

1.3 Cadre législatif et réglementaire

1.3.1 Restauration collective = une normalisation contraignante

La restauration collective est soumise à des contraintes normatives.

La réglementation européenne (règlement européen 178/2002, 852/2004, 853/2004) ainsi que la note de service 2005/8026 sur la traçabilité visent à homogénéiser les pratiques à l'échelon de la communauté européenne avec comme objectif de garantir la sécurité alimentaire.

Un travail a été réalisé en 2008 sur l'ensemble de la structure en reprenant une analyse des dangers selon la méthode HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) sur l'ensemble du processus de manière à permettre de circonscrire tous les risques en lien avec la sécurité alimentaire de la production (cuisine centrale) jusqu'au service au résident.

Un livret d'office a été réalisé, il regroupe l'ensemble des bonnes pratiques organisationnelles et opérationnelles (tableau analyse des dangers) (liste des recommandations) destiné aux agents effectuant la livraison des repas et aux soignants

effectuant la réception et la distribution des repas. Ce travail nécessaire est exclusivement centré sur un objectif de sécurité alimentaire.

Ce dernier mis en place en septembre 2008 est en voie d'évaluation (connaissance - observance) sur la structure.

1.3.2 Droits des usagers et nutrition. Quels liens ?

La loi de 2 janvier 2002 rénovant l'action médico-sociale pose les fondements des droits des usagers de nos institutions, notamment le droit à une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité adapté à son âge et ses besoins et au respect de ses choix et de sa volonté.

Ces items sont repris dans la charte de la personne accueillie (article 2 et 4). Par ailleurs, il est spécifié dans l'article 7 de cette même charte le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire.

1.4 Les besoins nutritionnels spécifiques de la personne âgée

1.4.1 La dénutrition du sujet âgé : un problème de santé publique

Les risques nutritionnels chez le sujet âgé sont principalement en lien avec un problème de carence des appétits. La malnutrition protéino-énergétique (MPE) et les fractures liées à l'ostéoporose en sont les exemples les plus fréquents et préoccupants en terme de santé publique.

La loi de santé publique du 9 août 2004 ainsi que les plans et programmes nationaux (plan national nutrition santé, programme bien vieillir) posent le cadre réglementaire de la prévention et du dépistage des carences nutritionnelles.

Un rapport annexé au projet de loi précise les objectifs pour cinq ans, ainsi que les principaux plans d'actions prévus. Trois de ces objectifs concernent spécifiquement la santé des personnes âgées, parmi lesquels la réduction de 20 % du nombre des personnes de plus de 70 ans dénutries d'ici à 2008. L'indicateur prévu pour évaluer la dénutrition est le taux d'albumine sérique.

Un document complémentaire a été publié en juillet 2005 sur les indicateurs de suivi de l'atteinte des objectifs du rapport annexé.

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) a été effectivement lancé le 31 janvier 2001 pour une durée de cinq ans (2001-2005).

L'apport principal de PNNS 2001-2005 concernant le sujet âgé aura été le

développement d'outils de dépistage et de formation.

1.4.2 Une gestion des risques spécifique et complexe

Les risques nutritionnels sont complexes chez les personnes âgées.

Les personnes âgées constituent un sous-groupe de population présentant des risques nutritionnels spécifiques en raison des changements physiologiques de sénescence, des modifications du contexte psychosocial et d'une plus haute prévalence de la maladie et de la sédentarité (1).

Il est également influencé par des changements d'ordre sensoriel, physique, physiologique, psychologique ou matériel. Le processus de vieillissement influe ainsi sur les différentes étapes de la prise alimentaire (préhension, ingestion, mastication, déglutition, digestion, absorption et élimination). Il faut aussi distinguer les problèmes nutritionnels liés aux maladies chroniques ou aiguës des modifications physiologiques.

Les facteurs favorisant la dénutrition sont nombreux (2).

Il s'agit en premier lieu de facteurs physiologiques liés au vieillissement : incapacité à réguler son appétit lors d'un stress alimentaire, anorexie post-prandiale plus longue, diminution des sécrétions salivaires, diminution du goût, de l'odorat, de la sensation de soif.

D'autre part, des facteurs physiologiques liés aux maladies interviennent, avec une augmentation des besoins nutritionnels en rapport avec les hyper catabolismes non compensés. De plus, l'altération de la dentition, un mauvais état gingival, les troubles de la déglutition, ainsi que les modifications de l'appétit associées à la prise de médicaments empêchent une alimentation normale.

Il existe donc des **facteurs fonctionnels** : restriction de l'activité physique, perte de mobilité liée à des pathologies diverses (douleurs, rhumatismes, handicap), à des modifications de l'humeur ou des capacités mentales.

Les personnes âgées présentant un syndrome démentiel ont des difficultés à se concentrer sur une tâche et en particulier celle des repas (perte de mémoire, désorientation, indifférence vis-à-vis de l'alimentation et défaut de jugement) (3)

Des **facteurs sociaux** (isolement...).

Les **facteurs psychologiques**, liés aux habitudes alimentaires, à l'imprégnation de la culture locale, aux erreurs et croyances alimentaires.

¹ Avis n°53 du CNA sur les besoins alimentaires de s personnes âgées et leurs contraintes spécifiques, 15 décembre 2005

² Alix E., Ferry M., Mischlich D., Brocker P., Constant T., Lesourd B., Pfitzenmeyer P., Vellas B., Couty E., Nutrition de la personne âgée, chapitre n°17, Edition Masson, 2002

³ Lauque S., Guyonnet S., Nourhashemi F., Guigoz Y., Albarède J.L., Vellas B., le statut nutritionnel des personnes âgées vivant en maison de retraite : étude comparative en cas de démence ou non, la revue de gériatrie, 24(2), février 1999

Par ailleurs, les dépressions sont fréquentes en gériatrie et presque constantes à l'entrée en institution.

Au regard du rôle primordial de l'alimentation des résidents hébergés, le guide des bonnes pratiques en EHPAD propose un ensemble de réponses les plus adaptées en terme de prestation hôtelière et réponse soignante en lien avec le niveau de dépendance et d'appétence et attire l'attention du lecteur sur les réponses potentiellement délétères (**annexe 1**).

1.5 Eléments de réflexion issus de l'enquête de satisfaction de 2008 dans l'établissement et de l'E.P.P. réalisée sur le thème de la dénutrition

Dans le cadre de la politique qualité de l'établissement une enquête de satisfaction avait été réalisée en 2008, sur l'ensemble du secteur médico- social.

Cette enquête réalisée auprès de l'ensemble des résidents aidés de leurs proches, avait permis de réaliser un constat de l'existant.

Comme l'illustre le focus restauration au niveau de **l'annexe 2**, la fonction restauration dans sa structuration actuelle ne semble pas correspondre pleinement aux attentes des usagers (17,7 % peu satisfaits, 1,6 % non satisfaits).

Les éléments révélés dysfonctionnels et/ou perfectibles sont les suivants :

- Variété des plats proposés,
- Température des plats au moment du service,
- Qualité organoleptique des plats proposés,
- Qualité des mets au moment du service (fruits pas assez mûrs, viande trop dure, trop sèche...).

Mais aussi d'autres éléments sont mis en exergue dans les commentaires des familles et/ou résidents :

- Insuffisance des aides aux repas pour les plus dépendants,
- Respect du choix de menus par le résident pas toujours effectif,
- Exiguïté de certaines salles à manger,
- Plan de table parfois préjudiciable à la convivialité,
- Goûter pauvres (gâteaux secs proposés exclusivement) dans certains services.

Par ailleurs, une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) menée sur le secteur USLD en 2008 illustre également des carences en termes de dépistage des patients à risque de dénutrition et de la réévaluation régulière des goûts des résidents hébergés (**annexe 2**).

1.6 Le repas : comment et pourquoi en faire un moment privilégié dans la vie en institution ?

Des nourritures terrestres aux nourritures affectives, l'acte alimentaire qu'il soit réalisé seul ou dans le cadre d'un collectif, est à envisager dans toute sa complexité. « L'acte alimentaire satisfait tout à la fois des besoins nutritionnels, relationnels et symboliques. Interdépendantes, ces différentes fonctions ont un rôle homéostatique au sens large : santé, bien-être, équilibre du sujet au sein de son environnement. Chacune de ces trois fonctions est essentielle et aucune n'est suffisante. » (4).

Comme le stipule cette citation le repas dans sa complexité répond aux besoins physiologiques mais aussi psychiques du sujet hébergé et véhicule une symbolique à ne pas négliger.

Dans son ouvrage « la symbolique des repas dans la communauté, » Jean Claude SAGNE soutient lui la thèse suivante « le repas reflète et reproduit tous les échanges dans la vie de la communauté ».

Redéfinir collectivement le rôle du repas au niveau d'un EHPAD nous permet donc de proposer une réponse permettant de ne pas réduire ce moment à une prestation purement logistique ou destinée à répondre aux seuls besoins physiologiques de manière théorique.

Observer le repas tel qu'il est organisé en institution et utiliser ces observations comme une grille de lecture (reflet) des échanges dans la communauté « soignant – soigné », est à mon sens une démarche permettant de mûrir les capacités réflexives des différents acteurs et de mettre en perspective les objectifs énoncés, les valeurs sous tendues et l'opérationnalité de terrain.

1.7 Le questionnement

A ce stade de la réflexion, nous pouvons donc faire le constat suivant :

- L'établissement dont dépend les deux EHPAD, est amené à repenser sa fonction « production culinaire » dans le cadre d'une « non-conformité moyenne » de sa cuisine centrale.
- Les travaux et réflexions antérieurs n'ont jamais abordé les différences potentielles entre les besoins des personnes hospitalisés dans le secteur sanitaire et les résidents hébergés.

⁴ Traité de nutrition clinique de l'adulte, A. Basdevant, M. Laville, E. Lerebours, Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 2001.

- En terme de formalisation et d'évaluation des pratiques, seuls les aspects sécuritaires de la fonction restauration (livret d'office) ont été abordés.
- l'organisation actuelle ne répond pas aux exigences qualitatives en lien avec les bonnes pratiques en EHPAD (EPP dénutrition, questionnaire de satisfaction).

De manière à compléter ce constat de l'existant, et à ce niveau de la réflexion, il nous paraît pertinent pour orienter notre réponse managériale, de nous interroger sur les points suivants :

- Quelle définition et quelles attentes du repas en EHPAD ont les différents acteurs concernés, résidents, familles, soignants, cuisiniers ?
- L'équipe soignante considère t-elle et utilise t-elle le moment du repas pour travailler sur la convivialité et le plaisir de manger ? quelle place laissons-nous aux familles pour ce moment crucial dans la vie des résidents ?
- Pourquoi l'organisation actuelle des secteurs d'hébergement autour de la prestation repas laisse perdurer des carences en terme :
 - de recueil et respect des goûts et choix des résidents,
 - de respect de l'équilibre alimentaire,
 - de prévention de la dénutrition.
- Qu'en est-il exactement de l'opérationnalité de l'aide aux résidents les plus dépendants, modalités, temps disponible ? Utilisons-nous vraiment ce temps pour travailler sur l'interaction sociale et le maintien des capacités restantes ?
- Comment se servir de ce temps de vie quotidienne pour répondre au mieux au respect des droits et attentes des usagers ?

CHAPITRE II – Phase exploratoire

2.1 Méthodologie

Pour circonscrire la phase exploratoire, nous avons choisi de réaliser les entretiens semi directifs au niveau de l'intégralité du secteur EHPAD. Sur le secteur USLD seule l'unité sécurisée pour patients ALZHEIMER, d'une capacité de 14 places, a été retenue.

Les grilles d'entretien sont visualisables en **annexe 3**, ces entretiens sont destinés à recueillir les attentes, suggestions et remarques des résidents, familles et soignants. Grille d'exploitation en **annexe 4**.

2.2 Des soignants désireux d'optimiser la prestation sur le plaisir procuré au résident et sur le versant organisationnel

D'une manière générale, tous les soignants interrogés (12 dont 2 infirmières, 4 aides soignants, 4 agents des services hospitaliers) ou sollicités lors de cette démarche se sont montrés intéressés et désireux d'optimiser la prestation repas, en argumentant leur réponse de manière spontanée et authentique, avec une terminologie qui intègre en premier lieu l'objectif de procurer **du plaisir**.

« C'est le seul plaisir qui leur reste pour beaucoup » « C'est un moment très important pour eux » « Ils attendent le repas avec impatience et en parlent toute la journée ».

Mais très vite sont abordés les points nécessitant une amélioration. Les items en termes **d'attentes et/ou de suggestions** sont les suivants :

- « Nous n'avons pas la possibilité de servir un repas en différé. Impossible actuellement en liaison chaude au-delà de 13 H pour midi et 19 H pour le soir, ce qui nous pose un problème pour les résidents qui sortent avec leur proches, ou dans le cadre d'un rendez vous médical par exemple ».

- Nombre de personnes soignantes disponibles au moment des repas inférieur aux besoins inhérents à l'aide aux repas pour les personnes dépendantes. 2 pavillons particulièrement en déficit :Azalées (midi, soir) – Mimosas (soir).

- Un membre de l'équipe soignante est affecté aux tâches logistiques au dépend de l'aide aux résidents du temps dédié au repas.

- En terme de qualité des mets, nous constatons que les viandes sont souvent trop sèches et les fruits pas assez mûrs.

- La vaisselle détenue est disparate et ne nous permet pas de dresser de jolies tables, parfois elle est insuffisante aux besoins (petites cuillères).

- « Le vecteur de commande (vecteur papier) n'est pas ergonomique et ne nous permet pas de contrôler le choix du résident au moment du service, ce dernier est donc re-sollicité au moment du repas, le problème se pose pour les résidents qui ont des troubles de la mémoire et qui nous répondent différemment le jour du service que lors de la commande des repas 48h plus tôt, cela désorganise le service et perturbe pour tout le monde ».

- En terme de rapports avec la cuisine : existence d'une réponse systématique et positive pour les demandes ponctuelles, mais la multiplicité des interlocuteurs est difficile à gérer pour la régulation des problèmes quotidiens.

2.3 Des attentes des usagers et de leurs proches centrées sur la qualité des mets, la convivialité et le temps accordé aux repas.

D'une manière générale, les résidents trouvent la prestation relativement satisfaisante mais non régulière (8 résidents sur les 10 interrogés), tous sont centrés en premier lieu sur la qualité des mets (les premières réponses aux questions nous renvoient au menu des jours passés en commentant les points forts et les points faibles) secondairement sur l'organisation du repas.

- Commentaires en termes de qualité des mets nécessitant une optimisation : (Viande trop sèche, trop dure, soupe pas assez épaisse parfois, fruits pas assez murs trop souvent, mets inexistantes et pourtant désirés : frites, œufs au plat).

- Plans de table non conviviaux parfois : « personnes désorientées avec personnes saines d'esprit », « tout le monde est mélangé. » « Que voulez vous que je dise à ces personnes ? Tout le monde n'a pas la même éducation ».

- Disparité des organisations « Cela dépend des filles ».

- Repas du soir plus rapide : personnel stressé. « Elles sont fatiguées, elles ont beaucoup de travail ». « Repas du midi plus agréable, on a plus le temps ».

- Pour recueillir l'avis des proches, 5 personnes particulièrement présents au sein de l'institution furent interrogées, on retrouve au travers de leur remarques leurs préoccupations en lien avec la qualité et l'adaptation de l'aide au repas et le respect du choix du résident.

- Aide aux plus dépendants, « quand je suis là, je vois que certains résidents n'arrivent pas à manger, mais les filles sont déjà occupées, il y a des familles qui pourraient aider, certains ne viennent jamais... ».

- Menus non affichés « l'affichage n'est pas régulier, c'est dommage, cela les aideraient à se souvenir pour certains ».

- Choix non respectés ou non sollicités systématiquement « cela dépend des aides soignants présents, certains demandent d'autres non ».

- Plans de table non propices à la convivialité « Ma mère ne peut parler à personne, ses voisines sont toutes très atteintes ».

2.4 La position du personnel d'encadrement : auto évaluation et propositions

Pour les médecins coordonnateurs sur le thème de l'alimentation il leur paraît pertinent de travailler sur :

- Le dépistage et la lutte contre la dénutrition qui reste à optimiser,

- Le travail sur le recueil et respect des goûts,
- L'équilibre des apports alimentaires (rythme / répartition dans la journée),
- La nécessité d'un respect des prescriptions en termes de texture et de compléments alimentaires, « il serait nécessaire de travailler sur les transmissions, certains aides soignants ne semblent pas informés des prescriptions en temps réel ».

La diététicienne, en lien avec les médecins coordonnateurs, s'implique dans le dépistage des risques et dans le diagnostic de la dénutrition tout comme le recueil des goûts dans le processus d'admission.

Par ailleurs, soucieuse de garder le plaisir de manger pour les résidents, elle conduit un essai sur des desserts enrichis, permettant une autre réponse que le complément alimentaire proposé dans la maison : « Fortimel ».

Pour les deux cadres de santé, la diversité des pratiques en termes de réponse au résident pour la prestation repas est plurifactorielle :

- Non ergonomie des outils de travail : commande des menus manuelle, dossier du résident non informatisé ne permettant pas de réaliser des tableaux récapitulatifs ou regroupement de données.
- Une nécessité de repenser les organisations de travail et le présentisme des soignants au moment des repas en lien avec l'augmentation du niveau de la dépendance des résidents accueillis.
- Un concept de projet de vie et de soin individualisé encore un peu théorique pour certains soignants, malgré le plan de formation conduit sur ce secteur depuis 2 ans.

2.5 La position du responsable de cuisine

Le responsable des cuisines centrales, après avoir formulé les difficultés managériales rencontrées à l'heure actuelle en lien avec l'incertitude du devenir (maintien sur site ou délocalisation), se montre très sensible à la nécessité de construire un scénario particulier pour l'EHPAD et se montre même force de proposition.

Les problèmes de fonctionnement actuels sont :

- Une production en liaison chaude dans un établissement pavillonnaire, et avec des chariots de transport vieillissants qui amènent un vrai préjudice sur la qualité organoleptique (dessèchement, viandes dures),
 - un équipement en central vieillissant qui limite la palette de la production,
 - une équipe frileuse et anxieuse au regard du climat social avec une augmentation de l'absentéisme et donc de vraies difficultés managériales au quotidien,
 - un vecteur de communication pas du tout ergonomique, mal renseigné par les soignants et nécessitant un travail de retranscription et de vérification des totaux,

- une absence de référent par pavillon sur le thème de la restauration et donc une difficulté à résoudre les problèmes quotidiens avec une multitude de postures et/ou de demandes et/ou de réponses,
- une gestion très imprécise des commandes et donc génératrice de gaspillage. (Ex : résidents prévus sortants pour une sortie au restaurant non défalqués de la commande en interne),
- des commandes incohérentes au regard du menu proposé,
- une gestion des approvisionnements à optimiser pour une augmentation de la fluidité de production.

En terme de propositions

Indépendamment de la décision sur le maintien sur site et/ou la délocalisation, le passage à la liaison froide est à ce jour acté et cela nécessitera un accompagnement et des besoins en formation très importants et un tutorat des secteurs soignants (après la formation initiale) par un référent des cuisines.

De plus, la nécessité d'avoir un membre de l'équipe des cuisines référent EHPAD apparaît pour lui être une nécessité. Ce dernier pourrait être impliqué au plus près des événements festifs et des différentes animations proposées sur le secteur tout comme le suivi au quotidien.

En conclusion, le cuisinier se propose de réfléchir sur une fiche de poste spécifique de ce référent EHPAD qui aurait trois missions principales :

- référent EHPAD,
- assumer l'accompagnement des équipes et les modifications de pratiques,
- « cuisinier spectacle » itinérant pour des prestations particulières à définir.

2.6 Les apports de l'observation

D'une manière globale, les observations réalisées (**grille en annexe 3**) au moment du repas furent riches d'enseignement dans la mesure où l'on retrouve un certain nombre d'éléments dysfonctionnels cités précédemment et notamment :

- Des forces en présence ne correspondant pas aux besoins : Ex : pavillon azalées : repas du soir 3 soignants présents pour 60 résidents dont 9 nécessitant une aide totale et 14 une aide partielle et devant réaliser service du repas, aide aux résidents et tâches logistiques en 1h45.
- Des ajustements à la marge pour optimiser le temps disponible au dépend du travail sur les capacités restantes (viande coupée avant le service et présentée avec les légumes systématiquement eux même coupés ou écrasés). A noter par exemple « le

scénario couteau », en effet, parfois le non positionnement de l'intégralité des couverts pour certains résidents avec une approche ou trop sécuritaire « Il risque de se blesser », ou non pertinente dans le cadre des capacités restantes, « nous lui préparons son assiette, cela va plus vite » - « nous lui coupons sa viande » et ostensiblement plus économe en terme de vaisselle à traiter secondairement.

- Un repas du soir plus heurté en terme de rythme avec des résidents plus agacés, des soignants moins enclin aux propositions de substitution devant les refus alimentaires et alternant tâches logistiques et aide aux repas.

D'autres éléments furent également mis à jour et notamment :

- La multiplicité des pratiques sur la réponse à la déambulation.

C'est au niveau du secteur ALZHEIMER que ce constat fût effectué, avec une réponse soit en terme de ré-acheminement systématique à table, voire parfois une mise en place d'une contention passive : table bloquée devant le fauteuil, ou au contraire une proposition de tartine de fromage, beurrée, de fruits ou de gâteau sucré (seuls mets disponibles dans le service) dans le cadre d'un échec à la proposition d'un repositionnement à table.

- Existence d'un téléviseur dans la majorité des salles à manger, non fonctionnel au moment des repas (éteint ou son baissé) donc non préjudiciable aux échanges.

- Des salles à manger non adaptées sur 3 secteurs AZALEES, LILAS, PICASSO (trop exigües pour le nombre de personnes à mobilité réduite), un problème de confort auditif aux AZALEES en lien avec le nombre de résidents accueillis dans celle-ci.

2.7 Les leviers mobilisables

Dans le contexte des réflexions menées au sein de cet établissement, dans le cadre de l'optimisation d'une logique de territoire, un projet de création d'une communauté hospitalière de territoire, avec le centre hospitalier le plus proximal, avec lequel il existe déjà une direction commune est en voie de structuration.

Cette dernière regroupera :

- Un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens sur les fonctions logistiques, intéressant la production culinaire qui devrait permettre à terme d'optimiser la politique d'achats et de pouvoir bénéficier de compétences techniques spécifiques (ingénieur) inexistante à l'heure actuelle sur site et pourtant nécessaire dans le cadre de modifications de la fonction production et un passage à une liaison froide vraisemblable.

- Un groupement de coopération sanitaire et médico social (GCSMS) regroupant l'EHPAD concerné et deux autre EHPAD, dont un des objets est de permettre une informatisation du dossier du résident d'ici 2012 et la mise en commun de moyens

humains et/ou logistiques permettant la mise en adéquation des prestations proposées avec les standards qualités.

Par ailleurs, comme vu précédemment une dynamique interne est mobilisable, et notamment l'implication des médecins coordonnateurs, des cadres de santé, des psychologues, de l'ergothérapeute et de la diététicienne.

De plus, existence :

- D'attentes en termes d'outils de liaison facilitateurs et d'une meilleure communication entre la cuisine et les services soignants.
- D'une prise de conscience du travail à réaliser sur l'optimisation de la personnalisation de la prise en soins et le respect du choix du résident.

CHAPITRE III – Fonction restauration : les propositions

3.1 Les grands axes de la politique

- Création d'une culture commune du prendre soin au travers du repas. Retravailler le projet d'établissement spécifique à l'EHPAD avec un chapitre « Le repas dans notre EHPAD ».
- Formalisation d'un engagement de l'établissement sur la réponse institutionnelle personnalisée au travers du repas. Formalisation du process d'admission et plan d'action en lien avec l'EPP (dépistage de la dénutrition) avec le personnel soignant (projet de soins), et intégration d'une mention spécifique dans le contrat de séjour.
- Création d'un collectif « cuisinier – soignants » et d'outils de liaison facilitateurs : Informatisation de la commande, un référent spécifique en cuisine centrale pour les spécificités en lien avec l'EHPAD, des référents restauration dans les secteurs soignants et une réintégration du présentisme du cuisinier au sein des EHPAD.
- Renforcer l'implication des acteurs dans le cadre d'une prestation individualisée et adaptée au travers du repas (continuer la formation sur le projet de vie individualisé), intégrer une dynamique de pratiques réflexives avec le soutien des psychologues, de l'ergothérapeute, des cadres de proximité et des deux médecins coordonnateurs.
- Evaluation de la charge en soin au moment du repas et adaptation des ressources humaines : l'implication de l'encadrement soignant dans la réorganisation du travail.
- Adaptation des moyens logistiques et de l'architecture aux objectifs. Plan de réaménagement des salles à manger en terme de surface, d'équipement et/ou de

couverts ergonomiques en lien avec le personnel de rééducation (ergothérapeute et kinésithérapeute).

3.2 Stratégie et modalités de mise en œuvre

3.2.1 Le partage d'une même définition de la place du repas en EHPAD

La création d'une culture commune est la base d'une démarche de projet qui impacte sur le fonctionnement quotidien de plusieurs professionnels. Un projet commun au secteur EHPAD/USLD est en voie de formalisation avec un groupe de pilotage, il est nécessaire de développer un axe spécifique restauration en proposant la structuration d'un sous groupe composé des référents restauration de chaque pavillon et du référent EHPAD des cuisines et du responsable, ainsi que de l'un des médecins coordonnateurs, des deux cadres de santé, de la diététicienne, le responsable des achats.

L'objectif N°1 : définir collectivement la place du repas de l' EHPAD.

Première définition actuellement proposée « Le repas, dans notre établissement, est conçu, pensé et réalisé dans un objectif de garantir la sécurité alimentaire pour tous mais aussi d'y intégrer au mieux les besoins et attentes spécifiques de chacun ».

L'objectif N°2 : décliner les objectifs opérationnels permettant d'améliorer la prestation sur le versant respect des droits, du choix des résidents et de la qualité organoleptique des mets proposés en attendant la délocalisation de la production ou une reconstruction sur site.

Par ailleurs, de manière à recueillir les attentes et les avis, deux représentants des familles et des résidents sont inclus dans la commission de restauration (1^{ère} participation en octobre 2010). De plus, une réflexion est menée pour la création d'un CLAN.

3.2.2 la formalisation d'un engagement

Dans le cadre du projet médical et de soins des secteurs EHPAD et USLD, un processus d'admission a été formalisé début 2010 ; il intègre :

- Le recueil des goûts et habitudes alimentaires par les soignants et calcul de l'indice de masse corporelle à l'admission (IMC).
- L'évaluation du risque de dénutrition, et des risques inhérents aux problématiques de fausse route ou nécessitant la prescription d'une texture particulière par la diététicienne et le médecin coordonnateur.

Par ailleurs, suite aux résultats de l'évaluation « Protocole prévention de la dénutrition », une session de formation action est programmée fin 2010 début 2011.

De plus, les médecins coordonnateurs proposent l'ajout d'une rubrique spécifique pour l'alimentation dans l'avenant personnalisé.

3.2.3 La création d'un collectif et d'une fonctionnalité transversale

De manière à répondre aux attentes des deux partenaires sur le versant optimisation des outils de liaison :

- Informatisation circuit commande avec recours informaticien du site (2011 – 2012),
- Nomination des référents restauration dans chaque pavillon (1 titulaire, 1 suppléant) fin 2010.

Missions et attributions du référent restauration (travaillées avec les cadres de santé)

- Interlocuteur privilégié pour le référent EHPAD des cuisines dans le cadre des demandes spécifiques et /ou de problèmes rencontrés,
 - Participation à la commission de restauration,
 - Personne ressource pour la mise en place de la liaison froide.
- Nomination d'un référent EHPAD au sein de la cuisine centrale (fin 2010).

Missions et attributions du référent EHPAD (travaillées avec le responsable des cuisines)

- Interlocuteur spécifique pour les soignants en terme de demande particulière, de commandes en lien avec les événements festifs (poste pâtisserie) et/ou les scénarii particuliers (repas de famille) et pour la régulation des dysfonctionnements quotidiens.
- Participation aux réunions C.V.S. (point restauration abordé systématiquement), à la commission des menus et à la commission d'animation. Fonction « cuisinier spectacle » à définir et à développer.
- Formation et accompagnement des soignants dans le cadre du passage vraisemblable à la liaison froide pour la réception des chariots / contrôle et le dressage des plats.
- Participation active lors des repas d'été et des repas à thème (1 à chaque changement de saison) et du dimanche savoureux en octobre.
- Semaine du goût : animation à l'initiative du cuisinier.

3.2.4 Le repas : une prestation adaptée et le témoin d'une attention particulière

A ce jour, la formation sur « construction d'un projet de soins et de vie individualisée » ne touche que 40 % de l'effectif total.

Pour permettre la systématisation d'une analyse des besoins et des attentes individuelles du résident, tout comme la nécessité de considérer le repas comme un moment fort pour travailler sur les capacités restantes, il faut faire de cette formation, un axe prioritaire pour atteindre un taux ≥ 80 %. Cette formation sera prioritaire sur le plan de formation 2011 – 2012. De plus il apparaît pertinent d'inscrire cet objectif comme un axe managérial fort, de manière à intégrer les cadres, médecins et personnels de rééducation sur cette thématique.

Objectifs opérationnels spécifiques :

- Recueils des goûts (processus d'admission + réévaluation tous les six mois),
- Surveillance hygiène et état dentaire (IDE / médecin coordonnateur) pendant le séjour (convention avec un dentiste à travailler),
- Dépistage de la dénutrition (processus d'admission « Diététicienne » + facteurs de risques « IDE et Médecin coordonnateur »),
- Descriptif de l'aide à apporter aux résidents :
 - Type de couverts } Aide soignant référent du résident +
 - Type d'aide } ergothérapeute si besoin
 - Texture }
 - Compléments alimentaires } médecin coordonnateur
- Feuille de liaison à l'office central pour relais des informations sur les textures et les régimes ainsi que les complémentations (en voie de finalisation par la diététicienne et une infirmière du secteur) (**Annexe 5**).

3.2.5 Adéquation charge en soins et du présentéisme soignant

- Nécessité de réaliser une évaluation de la charge en soins et une réorganisation des postes de travail et du présentéisme soignant au moment du repas avec l'encadrement soignant – Année 2011 outil à déterminer (outil SMAFF).
- Emploi d'un agent d'hôtellerie (CUI) (tâches : vaisselle, mise en place du couvert, entretien des chariots de transport, 1 par bâtiment pour recentrer le soignant sur aide et service). Essai à l'heure actuelle sur le secteur des AZALEES depuis début octobre.
- Par ailleurs pour permettre une effectivité du respect du choix des résidents et le maintien de la sollicitation du résident, nomination d'un agent d'hôtellerie par jour sur

effectif présent et par plage horaire de jour (responsable commandes et réceptions et garant du principe de sollicitation et de l'affichage du menu du jour).

3.2.6 L'espace repas

Au regard des observations, trois pavillons sont particulièrement défavorisés sur l'agencement spatial (trop exigu en fonction du nombre de résidents en fauteuil) : le Pavillon Picasso (24 lits), le Pavillon Azalées (60 lits), le Pavillon Lilas (60 lits) (Lilas blancs : 30 lits / Lilas Mauves : 30 lits).

Pavillons Azalées et Picasso : projet de reconstruction à venir, regroupant ces deux pavillons (nécessité de voir pour solutions intermédiaires) :

- Positionnement des tables
 - Répartition spatiale
 - Agencement à la marge
- } avec ergothérapeute et kinésithérapeute
} ayant des compétences en ergonomie

Pavillon Lilas : projet architectural à envisager pour agrandissement des deux salles à manger (extension sur jardin),

- Etude de faisabilité en 2011. Retenu pour 2012 ?

3.2.7 La place des proches

- Rôle des proches dans le processus d'admission :

La période d'intégration d'un résident étant fixé dans notre EHPAD à 15 jours, il est important pendant ce délai de travailler à l'intégration des familles dans ce processus d'admission en les associant par un questionnaire sur les habitudes alimentaires, les goûts ou dégoûts ainsi que les allergies éventuelles (questionnaire travaillé en ce moment par les référents restauration), de leur proposer d'amener des desserts, fruits maisons ou confitures permettant d'atténuer les pertes en terme de plaisirs gustatifs d'antan. Par ailleurs les animatrices lors d'atelier cuisine peuvent reprendre dans le contexte circonscrit par la sécurité alimentaire des recettes maison, d'où l'intérêt de rendre lisible ces ateliers et de solliciter les familles pour une participation active, comme dans le cadre du jardin thérapeutique.

- Aide aux repas pendant le séjour :

Les résidents hébergés dans notre EHPAD ont en moyenne 84 ans, leurs conjoints, proches et enfants sont en majorité en cessation d'activité ou ayant une activité dans une exploitation agricole, leur présence au moment des repas est donc souvent possible au regard de leur emploi du temps mais effectivement très peu réalisée. Cela demande une stratégie de communication sur le thème à réfléchir dans le cadre du groupe de travail.

- Repas partagé et renforcement des liens familiaux :

Actuellement il existe un repas annuel intitulé « DIMANCHE SAVOUREUX », en octobre ou il est proposé un repas festif avec l'ensemble des proches et familles des résidents qui demande un gros travail de préparation et d'organisation (300 à 350 personnes pour le repas du midi au lieu de 188 habituellement sur l'EHPAD). Ce repas est très apprécié mais paraît difficilement reproductible sur l'année, néanmoins la proposition de petits repas familiaux pour des événements particuliers pourrait être optimisée car sur l'année 2010 seuls deux repas ont été organisés sur ce principe. Cela demande, en impliquant soignants et animatrices, de réfléchir sur une forme de communication opérante et sur des ajouts à réaliser sur le livret d'accueil et la présentation du service.

Conclusion

Travailler sur la prestation repas dans l'EHPAD ou j'exerce a été pour moi à l'origine d'une vraie réflexion éthique sur la posture d'un dirigeant et un travail assez intimiste sur mes propres valeurs. Cela m'a permis de me distancer de ma seule posture managériale et de mettre en perspective les différents positionnements et attentes des prestataires comme des bénéficiaires avec, malgré un constat d'améliorations nécessaires, une vraie volonté de respecter l'autre.

Petit établissement en voie de restructuration, niché au sein d'une campagne verdoyante, entouré de vignobles et de bastides renommés, j'ai rencontré une vraie richesse au sein de ces murs où seul l'humain apparaît précieux, et où l'humilité des différents interlocuteurs nous renvoie aux fondamentaux.

Aussi, de manière à répondre le plus pertinemment aux attentes des usagers, et de fédérer les acteurs dans le cadre d'un vrai partenariat, je propose une démarche projet dont les principes sont les suivants :

- Transversalité,
- Actions définies en lien avec les professionnels de terrain, donc pragmatisme,
- Volonté d'intégrer tous les acteurs,
- Un suivi des actions et une évaluation.

Seule cette approche par la démarche projet permet le maintien d'un collectif opérant et une implication professionnelle ancrée sur le sens des actions au quotidien.

Reste au manager le lourd mandat de mettre en place une organisation qui vise à mettre en cohérence le projet élaboré, les objectifs définis et les collaborateurs pour les développer.

Dans chaque organisation, quatre pôles sont indissociables : **la mission** (accueillir des personnes âgées dépendantes et leur proposer une prise en charge individualisée donc adaptée et personnalisée en respectant leur choix et volontés), **les individus avec leur qualification, l'équipe** que ceux-ci forment et **les actions**. Pour le directeur, il est

nécessaire de rechercher un équilibre entre les quatre pôles et d'entretenir un sentiment d'appartenance à une culture et à un projet.

Cette animation de ces quatre pôles ne peut être effective que si la parole circule et que si tout est mis en œuvre pour permettre une connectique entre ces derniers.

Quand l'organisation devient « malade », la maltraitance en est son corollaire. Pour initialiser une culture de bientraitance dans un EHPAD, il est à mon sens nécessaire de rechercher activement du « bien être » et du développement psycho affectif de la personne hébergée par les adultes qui s'engagent auprès de lui.

Ce travail sur la place du repas en EHPAD est pour moi une porte d'entrée intéressante dans une démarche balbutiante de notre établissement de développer une culture de bientraitance car la valeur symbolique du « nourrir » (des nourritures terrestres aux nourritures affectives....) est une valeur forte pour tous les acteurs mais aussi un concept très simple et donc permettant une réflexion commune sans blocage en lien avec des différences culturelles ou de positionnement (équipes soignantes, cuisiniers, magasinier, responsable des achats).

Je n'ai pas la prétention d'avoir été exhaustive dans le traitement de ce sujet, seul le suivi du projet, l'adaptation de la structure et l'implication des acteurs aux différentes étapes de ce dernier pourront lui permettre de prendre consistance.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES - article L 116 - Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel du 3 janvier 2002.
- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE - Lois n°2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique. Journal officiel du 11 août 2004 et rectificatif du 12 août 2004.
- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE - Arrêté ministériel du 29 juillet 2005, portant nomination au comité de pilotage du plan « bien vieillir ».
- CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES - Arrêté du 8 septembre 2003 ; Article L. 311-4, relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie.
- RÈGLEMENT (CE) N° 852/2004 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires. Journal officiel de l'Union européenne L 139 du 30 avril 2004.
- RÈGLEMENT (CE) N° 178/2002 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité européenne de sécurité des aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires.
- RÈGLEMENT (CE) N° 853/2004 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 29 avril 2004 fixant des règles spécifiques d'hygiène applicables aux denrées alimentaires d'origine animale. Journal officiel de l'Union européenne» L 139 du 30 avril 2004

- MINISTERE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE – MINISTERE DE L'AGRICULTURE, DE L'ALIMENTATION, DE LA PECHE ET DE LA RURALITE. Note de Service DGAL/SDRRCC/2005/N°8026 du 20 janvier 2005 relative à la traçabilité des denrées alimentaires qui doit être mise en œuvre par l'ensembles des opérateurs de la chaîne alimentaire de la production à la distribution conformément au règlement (CE) n°118/2002 à compter du 1^{er} janvier 2005

Avis et recommandations

- Avis n° 53 du CNA du 15 décembre 2005 sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques.
- Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD (DGS, DGAS), 2004.

Ouvrages

- FERRY M., ALIX E., MISCHLICH D. et al., 2002, « *Nutrition de la personne âgée* ». Paris : éditions Masson, 227 p. collection : Ages, santé, société.
- BASDEVANT A., LAVILLE M., LEREBOURS E., 2001, « *Traité de nutrition clinique de l'adulte* », Editions Flammarion Médecine-Sciences, 723 p.
- SAGNE J.C., 2009, « *La symbolique du repas dans les communautés* ». Edition Cerf, 310 p.
- MIRAMON J.M., PEYRONNET G., 2009, « *Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social (du politique à l'intime et de l'intime au politique)* ». Editions Séli Arslan SA, 184 p.

Articles de périodiques

- LAUQUE S., GUYONNET S., NOURHASHEMI F. et al., février 1999, « Le statut nutritionnel des personnes âgées vivant en maison de retraite : étude comparative en cas de démence ou non ». *La revue de gériatrie*, tome 24, n°2, pp 115-119.
- MALAQUIN-PAVAN E., GARNAUD I., novembre / décembre 2009. « éthique et personne âgée », *soins gérontologie* n°80, pp 17-41.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Audit fonction culinaire

Guide de bonnes pratiques en EHPAD

ANNEXE 2 : Enquête de satisfaction 2008 : focus restauration

EPP dénutrition

ANNEXE 3 : Grille d'entretien

Grille d'observation

ANNEXE 4 : Tableau d'exploitation

ANNEXE 5 : Fiche récapitulative des suivis individuels

NOTE D'OBSERVATION

Vouloir réaliser un constat le plus objectif possible du ressenti et du vécu de résidents hébergés au sein d'un EHPAD, n'est chose aisée, chacun a sa grille de lecture. Assumant des fonctions d'encadrement dans un EHPAD depuis plus de 10 ans, l'enjeu pour moi était de se détacher d'une vision et d'une posture soignante et/ou de réaliser en lien avec mes observations une évaluation des compétences ou des pratiques observées.

Préambule

Réaliser une journée d'observation dans l'EHPAD ou j'exerce comme cadre supérieur de santé à l'heure actuelle, destinée à me mettre « à la place de l'utilisateur » m'a demandé de préparer cette dernière au niveau de la communication interne.

- Aux résidents hébergés dans le pavillon sélectionné, j'ai annoncé ma présence comme une journée que je voulais partager avec eux, sur mon temps libre, de manière à mieux comprendre leur vécu (tenue de détente, sans téléphone).
- Aux soignants du pavillon concerné, j'ai également fait cette démarche en annonçant que je n'étais pas présente pour la gestion des affaires courantes (noté : repos sur planning, remplacement organisé, sans téléphone, tenue de détente : jogging)

Mon choix s'est posé sur le bâtiment « les Azalées » 60 résidents, le plus vétuste dans sa configuration architecturale.

Méthodologie

Ayant à cœur de « vivre » une journée en EHPAD et ayant un objectif de travail plus ciblé sur la période du repas, ma journée d'observation s'est déroulée de 7 h 30 à 16 h 30 et de 17 h 30 à 19 h pour exploiter les quatre repas (horaires de service 8 h, 12 h, 16 h, 18h 30).

En terme de positionnement géographique :

- positionnement 30 minutes avant chaque repas dans le hall jouxtant la salle à manger.
- dans la salle à manger pendant les repas pour les 3 premiers repas de la journée.
- dans la salle à manger et dans une chambre de résident dinant en chambre pour le repas du soir.

A mon arrivée à 7 h 30, je trouve déjà plus d'une trentaine de résidents positionnés dans le hall, certains en robe de chambre, d'autres déjà toiletés. Le hall est déjà bien animé, on se dit bonjour, on se congratule, l'ambiance est chaleureuse et vivante.

Je m'installe au sein de cet espace collectif, chacun s'occupe ou se préoccupe de la nuit de son voisin, tout comme pour moi d'ailleurs, ou d'autres parlent de leur nuit : « j'ai entendu du bruit » « les chats miaulaient » « j'ai eu du mal à m'endormir » « vous savez que la fille de la veilleuse est malade »... puis très vite, « j'espère qu'elles ne vont pas être en retard » « hier, elles ont sonné à 8 h 15 ». Odeurs d'eau de toilette, de savon, de parfum, « d'after shave »....

On s'impatiente, on s'agglutine près de la porte. Tout est suspendu à l'arrivée des « filles » pour le petit déjeuner, le hall devient « impatient ».

A 8 h 10, une soignante (sortant de l'office jouxtant la salle à manger) arrive, sonne pour annoncer le petit déjeuner, ouvre la porte.

Les valides partent s'installer, on s'aide, on pousse les fauteuils, le bruit des chaises que l'on gratte, des tables poussées, on me prend le bras, (« je suis parmi eux ») pour être aidée. On m'indique la place et me demande d'aller chercher telle personne.

A 8 h 20, le service commence, le silence s'installe, plus trop de discussion, bruits des bols, des biscottes, du pain, de couteaux, de mastication. L'effervescence diminue.

Toutes les personnes pouvant s'alimenter sont servies, et pourtant elles redemandent du café, du lait, du beurre...

Les soignantes sont plutôt souriantes et enjouées. Les personnes âgées parlent moins entre elles mais beaucoup aux soignantes. Ces dernières passent, repassent au niveau des tables, une petite cuillère tombe, une serviette glisse...

Deux tables un peu en retrait dans le coin « les dépendants ». Une soignante est assise parmi eux (à chaque table). On les fait manger. « Chez eux » pas ou peu d'échanges verbaux, un geste, une main qui attrape un bras de la soignante. Ils regardent la salle, « la ruche ».

A partir de 8 h 45, certains se lèvent, veulent quitter la salle, ont du mal à sortir sans gêner les autres qui terminent ou veulent rester.

A nouveau, bruits de chaises, frottements des cannes, les soignantes qui aident. Certains râlent « on ne peut pas être tranquille », d'autres restent jusqu'à 9 h 15 – 9 h 20. « Les dépendants » seront réacheminés en chambre ou dans un espace collectif.

Puis au niveau de 10 h – 10 h 30 pas ou plus de bruit. Tout le monde se disperse, espaces privatifs, salle d'animation ou petit salon, promenade dans le parc, en attente du médecin, près de la salle de soin, en attente d'un soin ou de l'IDE. D'autres restent dans le hall, ils regardent les gens passer. Peu de discours et /ou de commentaires, « la ruche s'endort ».

Cette même impatience, ce regroupement dans le hall d'entrée pour le repas de midi s'exerce. Certains commencent à arriver à 11h. Les discours, l'animation est aussi vive que le matin, l'impatience est tout aussi présente. Cette fois-ci, je me propose de m'asseoir à table, « une place est libérée par un résident hospitalisé ». Les soignantes me

servent. La soupe est dans un bol, elle est chaude, plutôt bonne. Peu de paroles. L'IDE distribue les médicaments, certains veulent les avoir avec la soupe et râlent parce qu'elle sera froide le temps qu'elle arrive à leur table.

On ne parle pas, tête baissée on mange. Puis sitôt la soupe avalée, on se regarde autour de la table, peu de paroles, on observe...

Les entrées arrivent ensuite en petites barquettes disposées à côté de l'assiette. Deux de mes voisins de table ont du mal à manger dans cette barquette mais ne renversent pas le contenu dans l'assiette. Le temps est suspendu. 10 minutes sont nécessaires pour manger une petite barquette.

Pas de corbeille de pain sur la table, il faut en redemander, la bouteille d'eau est pleine mais lourde pour certains, un résident fait le service pour nous. Ce dernier nous dit qu'il a amené une bouteille de vin que lui a porté son fils. Il met la bouteille sur la table, en propose à toute la table. Un commentaire fuse de la table d'à côté « il faut toujours qu'il en fasse un peu plus, il a du fric lui... »

Les soignantes sont très affairées, elles débarrassent les barquettes, préparent le plat chaud, moins détendues que le matin. Une soignante à une tâche sur sa blouse, une autre la mèche qui tombe de son chignon.

La salle à manger est plus bruyante aussi, mais de bruits de fonctionnement (gamelles, roues de chariots, chaises grattées). Une table est animée, on rit, les autres regardent en souriant, en hochant la tête, « ce doit être Marcel qui raconte une blague ».

Le plat chaud est attendu comme la soupe, c'est le moment fort.

L'assiette est bien agencée, plutôt appétissante mais le poulet est sec et le couteau ne coupe pas. Les haricots sont bons, très aillés et cela déclenche la discussion (haricot en conserve, jardin souvenir, échanges de point de vue...).

On réclame du sel, du pain, il faut 20 minutes pour que chacun finisse son assiette.

A nouveau le silence, on attend le fromage et le dessert. Avant, un soignant a proposé un second service de haricots car il en restait « pour une fois, c'est rare, d'habitude c'est compté juste » « et pour vous, il vous en reste, vous avez mangé mon petit ? ».

On parle un peu, du temps, des palombes,...

Le fromage et les desserts arrivent. Le fromage est emballé, le dessert est un flan à la noix de coco. « Du fromage sous plastic, pourquoi pas un bon camembert ? » « c'est bizarre ce goût de noix de coco, je préfère la vanille » « un bon flan maison, ce serait meilleur, ça c'est du chimique ».

La salle à manger s'apaise, les bruits diminuent, les discussions s'espacent, une léthargie s'installe. « On attend le café ! ». On plie la serviette ou on la roule. Certains dissimulent un fruit, le fromage dans la poche du tablier ou du pantalon. Une résidente ramasse les restes de poulet « pour les chats » dans une serviette.

Sitôt le café servi, à nouveau l'impatience, mais cette fois-ci celle de regagner sa chambre.

13 h 00, la salle à manger se vide petit à petit, « les soignants vont aller manger » ou « fumer » « ils sont fatigués » « une bonne sieste cela va faire du bien ».

De 13 h à 15 h 30. Plus de vie commune, chacun vaque à ses occupations. L'espace central semble déserté ou devient un lieu de passage uniquement. Les personnes restées dans l'espace collectif somnolent.

Vers 15 h 30, le regroupement se reforme dans le hall. On n'attend pas le goûter, on n'en parle pas. Lorsque la salle à manger s'ouvre certains ne rentrent pas, ils restent dans le hall.

Les attentes et encas sont divers. Certains veulent une boisson chaude, d'autres rien ou un autre gâteau ou dessert que celui proposé. « Vous désirez quelque chose ? » « Comme tu veux mon petit, ce qu'il y a ».

Pas de regroupement réel. Ce repas là, ostensiblement, ne rassemble pas à contrario du repas du matin ou du midi. Chacun le vit à sa manière, certains sont dehors, ils n'ont pas vu l'heure passer. Puis à nouveau tout le monde se disperse.

Vers 17 h 30 par contre, tous les résidents se regroupent dans le hall.

Certains pour venir chercher une soignante pour les aider à préparer la chambre pour le soir (remettre une couverture, baisser les volets...) « elles ont du temps encore, après c'est la course ».

Ostensiblement, le rituel du coucher imprègne déjà tout le monde.

A 18 h, certaines dames arrivent déjà en semi tenue de nuit « pyjamas + veste » ou robe de chambre. « Vous êtes déjà déshabillée ? » « Oui, parce qu'après je suis encore moins leste, en plus j'aime m'allonger après manger pour regarder les informations. » « Moi, je me déshabille car souvent mon fils m'appelle après le repas, alors comme cela, j'ai tout mon temps pour lui. »

Le hall est moins bruyant, moins interactif, on attend l'heure.

18 h 30, c'est l'heure ! On rentre d'abord les plus dépendants, puis les autres rentrent toujours en silence.

Les soignants s'affairent, peu de regards, peu d'échanges. Effectivement, « elles sont stressées », les regards vont d'une table à l'autre, du chariot repas aux tables, les demandes fusent « Je n'ai pas mes médicaments » « Les tranches de pain sont trop petites » « Ils ont mis de la soupe en boîte ».

L'humeur est plus tendue, les soignantes répondent peu, vont d'une table à l'autre.

Les aides au repas sont hachurées, on enchaîne les tâches...

Pendant ce temps là, d'autres attendent dans leur chambre, il faut attendre que le plat principal soit servi en salle à manger. Je me dirige vers la chambre de Mme L. il est 18 h 50, la chambre est sombre, je rentre, demande si je peux allumer la veilleuse.

Je l'interroge pour savoir si elle a faim, ce qu'elle a commandé. Ostensiblement, elle n'a pas envie de m'en parler. « C'est gentil de venir me tenir compagnie » vous allez rentrer tard ce soir, votre mari va s'inquiéter »... je lui propose de commencer à l'installer pour le repas. « Ne vous inquiétez pas, elles vont venir vers 7 h, elles le feront » « Venez vous asseoir près de moi » « Une main se pose sur mon bras, elle s'accroche. Peu de paroles, la télévision est allumée en sourdine. Nous regardons l'écran, sa main toujours posée sur mon bras... « Le non dit d'une présence chaleureuse ».

Le repas arrive. L'aide soignante installe le plateau, redresse le buste, présente la soupe, le plat chaud, le dessert, s'informe sur les médicaments « Vous les avez pris ? Votre pilulier est où ? », pose la serviette de table. Cela dure 4 minutes, après le « bon appétit », tout va bien, elle sort. Regard de la résidente, « vous restez encore un peu » « vous savez, manger toute seule c'est pas très gai »...

En fait après la soupe, deux cuillerées de purée et le flan, elle déclare qu'elle n'a plus faim. « Vous m'aidez à enlever tout cela... » 19 h 45, « je crois que je ne vais pas regarder longtemps la télé ce soir. Elles passent à 20 h 30 pour la tournée du soir. Des fois, je dors déjà. Après, la nuit est longue, on attend » ...

Analyse : LA PLACE DU REPAS EN EHPAD POUR UN RESIDENT

Temps fort : le repas est ostensiblement un temps fort de la vie en institution, il est attendu, espéré comme le démontre l'impatience ressenti et exprimé dans le hall, commenté en amont comme en aval. Cela nous amène à reparler de l'importance du respect des horaires et du choix des mets.

Biorythme

Il existe des différences importantes en terme d'intensité dans le déroulement de la journée.

- matin : plus de convivialité, plus de fraîcheur, rapports plus détendus, soignantes sereines, nécessité de soigner cette prestation (horaire, diversité de choix, pain frais...).
- midi : attente de la sieste, moment central pour l'interaction sociale et la vie du groupe, repas principal de la journée (choix des mets, saveurs traditionnelles, desserts traditionnels...).
- soir : fatigue de tous les partenaires, moins de présentéisme et d'échanges, moment imprégné du rituel du coucher pour certains ou de l'angoisse vespérale pour d'autres. Nécessité de repenser le présentéisme, jouer sur le potage traditionnel ...).

Moment d'interaction social

Ces moments de regroupement sont importants, on se raconte, on échange des souvenirs, on se soucie du voisin, on aide les plus dépendants ou on sollicite de l'aide pour eux, on se critique...Problème de la mixité sociale finalement bien intégré dans une dynamique, reste le problème des troubles comportementaux et de la grosse dépendance qui effraie et renvoie une image dégradante de la vieillesse.

Saveurs, plaisir et réminiscence :

Les saveurs traditionnelles procurent ostensiblement du plaisir, culturellement dans cette région rurale, la soupe et la viande sont importantes, les desserts maison sont toujours mentionnés ou attendus. De la même manière les épices et condiments traditionnels génèrent discussion et échanges (ail).

Adaptation de la présentation :

Certaines présentations sont non ergonomiques pour certains résidents en perte de capacité comme les barquettes de hors d'œuvre, les couteaux ne sont absolument pas fonctionnels, les bouteilles d'un litre et demi sont trop lourdes pour d'autres, il y a un vrai travail à réaliser avec le personnel et l'ergothérapeute sur ce thème et des possibilités importantes à moindre frais.

Le déficit du soir

Le repas du soir est attendu dans le sens où l'on veut « une soupe, cela suffit » et ensuite retrouver le calme et bénéficier d'une attention particulière. On attend, l'apaisement de l'espace privatif pour se consacrer à ses habitudes.

Tous paraissent attendre d'obtenir de l'aide pour se coucher, plus qu'une prestation hôtelière.

Ostensiblement une réponse soignante insuffisante en nombre à ce moment de la journée est délétère sur cette solitude, cette angoisse vespérale ressentie par certains.

Laisser le temps au temps

Ostensiblement, chronos n'a pas la même valeur chez les anciens, 45 minutes à une heure sont nécessaires pour prendre un repas, (difficultés praxiques, discussion empêchant de s'alimenter, temps nécessaires entre chaque plat...) de nombreux résidents resteraient facilement à table jusqu'à 14h30 surtout le midi.

Annexe 1

AUDIT FONCTION CULINAIRE

	Données 2007	Hypothèse 1 et 3 Reconstruction sur Site en liaison froide	Hypotèse 2 : Sous traitance
Nombre de repas / an	254 919	250 000	250 000
Equipement TTC	215 773	856 300,00	376 300
Durée amortissement	10	10	10
Incidence Equipement	0,085	0,343	0,151
Bâtiment HT		764 400	
Bâtiment TDC		1 200 108	
Durée amortissement		15	
Incidence Bâtiment		0,320	
Coût formation personnel cuisine		12 916,800	0,000
Coût formation personnel cuisine par repas		0,052	0,000
Coût denrées Petit Déjeuner + Goûter (non fourni)	0,260	0,260	0,260
Coût de revient d'un repas hors personnel	2,341	2,341	3,800
Pain et vin (non fourni)			0,0096
Coût Personnel restant sur site	1,573	1,781	0,528
Coût TSH supplémentaire (50 000€/an)		0,200	
Coût de revient repas	4,174	4,582	4,684
Maintenance	0,080	0,083	0,036
Eau - Energie - Combustibles	0,115	0,115	0,000
Transport et Distribution	0,128	0,128	0,090
Coût de revient repas	4,582	5,623	4,961
Coût de revient restauration annuelle	1 168 051,41 €	1 405 655,37 €	1 240 155,00 €
Différence entre solution autre site et solution reconstruction			165 500,37 €

ALIMENTATION DU RESIDENT EN INSTITUTION GERIATRIQUE

Résident	FAIRE	NE PAS FAIRE
s'alimente seul	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peser le résident chaque mois <input type="checkbox"/> Veiller à une alimentation variée et appétissante <input type="checkbox"/> Offrir le choix : fromages, fruits, parfums (laitage, glace, sirop, boisson), quantité à servir, nombre de tranches de pain, etc., selon ses préférences. <input type="checkbox"/> Communiquer avec l'équipe de cuisine au sujet des repas / de l'appréciation des plats pour répondre aux attentes. <input type="checkbox"/> Surveiller la consommation du plat d'origine animale (midi / soir) : viande, poisson, laitage <input type="checkbox"/> Veiller à la présence de 4 produits laitiers par jour <input type="checkbox"/> Planifier le service de boissons : toutes les 2 heures <input type="checkbox"/> Signaler tout changement de comportement lors du repas : appétit, refus, tristesse, endormissement, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Penser qu'une personne âgée, inactive, se nourrit « de peu ». Ses besoins nutritionnels sont identiques à ceux de l'adulte à activité équivalente. <input type="checkbox"/> Délaisser une personne qui n'est jamais « contente » des repas. Ceci traduit un état de mal être à prendre en considération. Le problème est à rechercher en dehors du contexte du repas (douleur, dépression). <input type="checkbox"/> Manquer de vigilance par rapport à la consommation des repas et à la prise de boissons. Même indépendante, la personne âgée court un risque de dénutrition et de déshydratation. <input type="checkbox"/> Laisser un résidant quitter la salle à manger sans s'assurer que ses mains et son visage soient propres.
a peu d'appétit	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Parler du menu et de ses composantes. Faire appel à la mémoire, à la saison, aux fêtes pour donner « envie ». <input type="checkbox"/> A l'office, un mixeur de bonne qualité permet de réaliser des mousses de fruits, des gaspachos (soupe froide de crudités d'été) et des veloutés (melon, pastèque). <input type="checkbox"/> Privilégier les produits laitiers pour pallier une insuffisance de consommation de viande ou de poisson. <input type="checkbox"/> Enrichir en priorité avec des aliments de base (œuf, laits concentrés, fromages) : béchamel, purées, gratins, flan, crèmes, clafoutis, far aux pruneaux, fromages blancs, yaourt, lait parfumé (caramel, vanille) sans augmenter le volume. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apporter le plat suivant avant que la personne ait fini le précédent. Ne pas laisser le temps de manger <input type="checkbox"/> Mixer les repas dès que des difficultés de mastication ou de déglutition apparaissent. Passer au menu mixé est une décision difficile à prendre par l'équipe de soins car souvent irréversible. Les plats doivent rester identifiables. <input type="checkbox"/> Rester indifférent à une perte d'appétit de plusieurs jours. <input type="checkbox"/> La perte d'appétit est un indicateur fiable à noter dans le dossier médical après l'avoir notifié au médecin.
a besoin d'aide	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Évaluer les capacités motrices afin de les utiliser au mieux et de les maintenir : cuillère à dessert, assiette à rebord, etc. Voir ce qui peut être réalisé ou non : couper, boire, mise en bouche. <input type="checkbox"/> Harmoniser l'aide et rassurer en cas de maladroites. <input type="checkbox"/> Proposer quelques gorgées d'eau pour faciliter la déglutition et pallier un manque de salive. <input type="checkbox"/> Stimuler la personne par la parole et le toucher augmente la prise alimentaire. La chaleur humaine, le sourire et les paroles aident à tolérer la dépendance. <input type="checkbox"/> Laisser le temps d'avalier 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mélanger les différents éléments du plat chaud. Ces mélanges sont peu esthétiques et de goût peu fidèle. <input type="checkbox"/> Se mettre face au résidant pour donner à manger. Préférer l'angle de la table (90 °) pour libérer le champ visuel, apporter une aide efficace et plus discrète. <input type="checkbox"/> Faire manger plusieurs personnes à la fois « machinalement ». Dans ce cas, dire quelques mots personnalisés pour « reconnecter » la communication <input type="checkbox"/> Parler avec des collègues pendant qu'une aide est apportée <input type="checkbox"/> Précipiter le repas
Résident	FAIRE	
Pour le sujet dément	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contrôler régulièrement son poids <input type="checkbox"/> Le solliciter doucement, avec patience pour absorber les aliments <input type="checkbox"/> Lui laisser la possibilité de : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mélanger les éléments du repas <input type="checkbox"/> manger debout s'il le souhaite <input type="checkbox"/> grignoter des aliments mis à sa disposition (biscuits, fruits frais ou secs)... L'essentiel est qu'il mange... <input type="checkbox"/> déambuler dans les couloirs 	

Mise en place d'une commission des menus

Tenter d'obtenir un temps de diététicienne (en mutualisant les moyens de plusieurs structures si nécessaire) .Mais surtout pas pour proposer des régimes qui sont à bannir après 75 ans (sauf indication médicale très spécifique) .

L'essentiel est de conserver le plaisir de manger...meilleure prévention de la dénutrition qui est le risque majeur du vieillissement ,avec ses conséquences délétères sur l'augmentation du risque infectieux et la diminution des capacités fonctionnelles.

31. Satisfaction repas servis

	Nb	% cit.
Non réponse	13	10,5%
Très satisfaisant	13	10,5%
Satisfaisant	74	59,7%
Peu satisfaisant	22	17,7%
Insatisfaisant	2	1,6%
Total	124	100,0%

32. Attente d'amélioration repas

Somme des pourcentages différente de 100 du fait des réponses multiples.

	Nb	% obs.
Non réponse	65	52,4%
Qualité des aliments	33	26,6%
Présentation des plats	8	6,5%
Diversité des plats proposés	16	12,9%
Temps consacré au repas	12	9,7%
Prise en charge des personnes dépendantes pour les aider à manger	12	9,7%
Horaires	9	7,3%
Organisation des tables en Salle à Manger	6	4,8%
Total	124	

33. Repas avec proche

	Nb	% cit.
Non réponse	15	12,1%
Oui	70	56,5%
Non	17	13,7%
Ne sais pas	22	17,7%
Total	124	100,0%

34. Intimité lieu de restauration

	Nb	% cit.
Non réponse	58	46,8%
Oui	47	37,9%
Non	19	15,3%
Total	124	100,0%

35. Suggestions à faire

Je n'ai utilisé qu'une fois cette possibilité. Un peu perdu dans cette salle de réunion où nous étions seuls. J'ai toutefois beaucoup apprécié la sollicitude du personnel.

Affichage des repas de la semaine

Beaucoup trop de plats avec de la sauce. Trop tôt le repas du soir (surtout l'été)

Éviter que ce soit souvent les mêmes tables qui sont servies en dernier, et faire attention à ce que les plats soient chauds.

Horaire du petit déjeuner : aider le personnel à tenir l'horaire. Qualité des aliments : pas de salière sur la table pour éventuellement saler les plats.

Il faudrait améliorer la présentation du plat principal, servi dans les chambres, afin qu'il reste chaud.

J'ai effectivement la possibilité de prendre un repas, mais je suis tributaire d'un tiers pour mes déplacements. Par contre, je n'ai jamais eu l'occasion de connaître les menus.

Je pense que dans le cas particulier de mon proche, l'équipe fait bien son travail. Je ne l'ai constaté que quelques fois, mais je pense que c'est comme ça tout le temps. Je les remercie car je ne peux pas être présente pour ce moment.

La mise en place de séparations (cloison, plantes...) entre les tables rendrait la salle à manger plus agréable mais compliquant sans nul doute le service

Le goûter est vraiment négligé surtout par rapport à ce qui est noté sur les menus. Cela n'a rien à voir : 2 gateaux secs avec de l'eau et un peu de sirop, et chaque jour c'est pareil.

Le petit déjeuner est servi trop tard alors que les résidents sont en salle depuis 3/4 d'heure. En revanche, le repas du soir est servi trop tôt pour faciliter la descente de service des aides-soignants

Les Azalées

Les repas sont peu adaptés aux résidents. Viande trop dure.

Ma belle-mère se plaint uniquement de la nourriture.

Manque de fruit frais type banane, mandarine. Ne pourrait-on pas avoir du vin de petits propriétaires à 2 ou 3 euros la bouteille plutôt que boire du "castevin" vin très bas de gamme

Mettre des personnes qui s'entendent à la même table.

Pour les repas, ils ne sont pas assez convenables pour des personnes âgées qui ont des difficultés à s'alimenter.

Présentation de tous les plats sur plateau : les plats chauds sont mangés froids

Réfectoire pas assez spacieux. Chaleur en été (fenêtre fermée et pas de ventilation utilisée).

Remise d'une copie des menus à la semaine au pensionnaire ou au membre représentant

Serait-il possible que les résidents aient le menu en chambre ?

Très bien

Trop de salé sucré.

Une salle à part pour pouvoir manger en toute intimité avec le résident

Annexe 2



EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION CHEZ LES PATIENTS AGES EN USLD

Référentiel : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée (HAS Avril 2007)

IDENTIFICATION

1. N° grille :

2. Nom :

3. Prénom :

4. Date de naissance :

5. Âge :

6. Sexe : Homme Femme

7. Service :

8. Date d'entrée :

9. Date de recueil :

EVALUATION NUTRITIONNELLE A L'ADMISSION

10. Le patient a été pesé dans la semaine qui suit son admission
 Oui Non

11. Les habitudes alimentaires et les goûts du patient ont été recueillis
 Oui Non

12. Les signes d'alerte évoquant une dénutrition ont été repérés par l'équipe médicale et paramédicale (observation médicale et/ou cibles)
 Oui Non

13. Si oui, lesquels ?

<input type="checkbox"/> Perte d'autonomie physique	<input type="checkbox"/> Perte d'autonomie psychique
<input type="checkbox"/> Etat dépressif	<input type="checkbox"/> Problèmes bucco-dentaires
<input type="checkbox"/> Régimes restrictifs : type hyposodé	<input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition
<input type="checkbox"/> Consommation de 2 repas par jour seulement	<input type="checkbox"/> Perte de 2 kilos dans le dernier mois ou de 4 kilos dans les six derniers mois
<input type="checkbox"/> Albuminémie < 35g/l	<input type="checkbox"/> Toute maladie aiguë sévère

SUIVI SYSTEMATIQUE DE L'ETAT NUTRITIONNEL PENDANT LE SEJOUR

14. La courbe de poids est présente dans le dossier patient
 Oui Non

15. Le patient a été pesé tous les mois (courbe ou cible)
 Oui Non

16. La courbe de poids est remplie tous les mois
 Oui Non

17. Une réévaluation, à 6 mois, des goûts a été effectuée (dos de la feuille de surveillance du poids)
 Oui Non Non applicable

18. Le calcul de la perte de poids a été effectué, par l'équipe paramédicale, au cours du dernier trimestre (cible)
 Oui Non Non applicable

19. Si perte de poids : > 2 kg en 1 mois

<input type="checkbox"/> Dosage de l'albumine effectué	<input type="checkbox"/> Le médecin a prescrit d'enrichir l'alimentation (beurre, fromage, PROTIFAR)
<input type="checkbox"/> Le médecin a prescrit un complément alimentaire (FORTIMEL)	

35 observations

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION CHEZ LES PATIENTS AGES EN USLD

Identification

3. Service	
PICASSO	16
GAUGUIN	7
GOGH	6
MONNET	6
VAN	6

1. Sexe		
Homme	8	22.9%
Femme	27	77.1%
Total	35	100.0%

2. Âge		
Moyenne = 85.71		
Min = 63.00 Max = 100.00		
Moins de 66	1	2.9%
De 66 à 71	0	0.0%
De 72 à 77	4	11.4%
De 78 à 83	8	22.9%
De 84 à 89	11	31.4%
90 et plus	11	31.4%
Total	35	100.0%

Evaluation nutritionnelle systématique à l'admission

6. Le patient a été pesé		
Oui	20	60.6%
Non	13	39.4%
NA	0	0.0%
Total	33	100.0%

7. Les habitudes alimentaires notées		
Oui	9	26.5%
Non	23	67.6%
NA	2	5.9%
Total	34	100.0%

8. Les signes d'alerte repérés		
Oui	4	11.8%
Non	27	79.4%
NA	3	8.8%
Total	34	100.0%

9. Le taux d'albumine sanguin réalisé		
Oui	19	55.9%
Non	13	38.2%
NA	2	5.9%
Total	34	100.0%

Suivi systématique de l'état nutritionnel pendant le séjour

	Oui	Non	NA	Total	
Le patient pesé tous les mois	31	4	0	35	100.0%
La courbe de poids est présente	33	2	0	35	100.0%
La courbe de poids est remplie	30	5	0	35	100.0%
Une réévaluation régulière des goûts	3	31	1	35	100.0%
Perte de poids dernier trimestre	15	7	13	35	100.0%
Dosage albumine : perte de poids > 2 Kg	8	3	18	29	100.0%
Total	120	52	32	204	100.0%

Annexe 3

ENTRETIEN AVEC LES FAMILLES

- Comment jugez-vous la prestation repas : qualité et variété des mets, organisation de l'aide, respect du choix?
- Avez-vous été sollicité lors de l'admission et/ou pendant le séjour pour le recueil des habitudes alimentaires ?
- Participez-vous parfois au repas de votre proche ?
- Souhaiteriez-vous y participer ?
- Modalités ?
- Avez-vous des remarques ou suggestions ?

ENTRETIEN AVEC LES SOIGNANTS

- Pour vous, comment s'intègre le repas dans la prise en soins du résident en matière :
 - Du respect du choix des résidents ?
 - Du respect et du travail sur les capacités restantes ?
 - Du respect du moment d'interaction sociale ?
 - De la contribution au plaisir de manger ?
- Devons-nous envisager une réflexion collective sur ce thème ?
 - Si oui, quels domaines nécessiteraient une amélioration...
- Quelle réponse demandez-vous et/ou pouvez-vous réaliser pour les patients déambulants, présentant des troubles comportementaux n'ayant pas pris un repas conventionnel ?
- Demandez-vous et/ou pouvez-vous et/ou servez-vous des « en-cas » hors des horaires des repas ? Quand ? Pourquoi ?
- Quels moyens sollicitez-vous de l'institution pour optimiser la prestation repas dans notre établissement ?

Annexe 3

ENTRETIEN
AVEC LES RESIDENTS

- mangez-vous bien ?
- souhaitez-vous manger quelque chose en particulier ?
- les soignants vous demandent-ils ce que vous désirez manger ?
- que voudriez-vous faire pour améliorer les repas ici ?

Annexe 3

GRILLE D'OBSERVATION
DU TEMPS DES REPAS

Objet d'observation : repas du midi / repas du soir

	Repas midi	Repas soir
- heure de l'installation du couvert		
- participation des résidents	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- sollicitation des résidents	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- modalités	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
- annonce du repas	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- affichage du menu	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- travail de réminiscence sur le menu	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- accompagnement à table	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- nombre de résidents par table		
- plan de table affiché	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- ordre de service établi parmi les tables	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- service à l'assiette	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- service au plateau	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
• Modalités :		
- service intégral plat/plat	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

	Midi	Soir
- travail de réminiscence sur nombre de patients nécessitant une aide	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
• Type d'aide ?		
• Nombre de soignants disponibles ?		
• Positionnement des soignants ?		
• Temps disponible pour le repas		
- Salle à manger bruyante ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- patients déambulants	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- solution proposée par les soignants :		

Annexe 4

**Tableau catégorisation
des entretiens familles : 5**

Eléments Qualité	Eléments Aide	Eléments Choix
Mêmes items enquête de satisfaction	Insuffisante (4/5) Intégration des proches (3/5)	Variable (4/5)
Recueil	Aide aux repas	Souhait aide repas
Non sollicitation (4/5)	Oui (4/5)	Oui (3/5)

Remarques/Suggestions

- Optimiser modalités respect choix
- Affichage menus

**Tableau catégorisation
Des entretiens soignants : 12**

Respect du choix	Capacités restantes	Interaction sociale	Plaisir de manger
Oui selon eux Problème du délai entre commande et service	Problème de ressource en personnel	Non cité de manière spontanée	Parait prioritaire, cité en premier (11/12)
Réflexions collectives	déambulants	En cas	Moyens pour optimiser
Ressources humaines Outil de liaison	Pas de réponse précise	Fromages Mets salés	Différer repas Ressources matérielles et humaines

Annexe 4**Tableau catégorisation**
des entretiens résidents

Eléments qualitatifs	souhais
Satisfaisants 8/10 Non régularité 8/10 Disparité des organisations 7 /10	Mets traditionnels Mets non servis (frites viande rouge) Revoir plans de table
Respect du choix	suggestions
Non régulier Non systématisé	Optimiser repas du soir sur le versant organisationnel Prendre du temps pour manger

