



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2016 –

*« La nutrition en EHPAD, un enjeu de santé publique en recherche
d'efficacité »*

– Groupe n° « 31 » –

- BADIOLA Joana (D3S)
- du BOIS de MEYRIGNAC Valentine (D3S)
- FERNANDES Charlotte (EDH)
- HAMITOCHE Samia (IASS)
- MOLLER-GRASSER Aude (AAH)
- ROSENBERGER Juliette (EDH)
- SAGNARD Myriam (DS)
- VIDAL-ROSSET Hugo (D3S)

Animateur

MAGNAVACCA Joseph

S o m m a i r e

Introduction	9
I. Préserver l'état de santé nutritionnel de la personne âgée, un enjeu de santé publique.....	12
1.1 La nécessité d'une bonne identification des facteurs de risque de la dénutrition chez les personnes âgées	12
1.2 Les conséquences médico-économiques de la dénutrition chez la personne âgée	14
II. La volonté des EHPAD d'organiser une prise en charge nutritionnelle de qualité se heurte toutefois à divers obstacles	17
2.1 Des choix organisationnels variés dans le cadre de la gestion et de la production de la restauration.....	17
2.2 Les ressources humaines et les organisations de travail : deux facteurs primordiaux dans la qualité nutritionnelle.....	20
2.2.1 La prise en charge nutritionnelle s'appuie sur la pluridisciplinarité même si la coordination reste parfois insuffisante	20
2.2.2 La qualité de la nutrition dépend notamment de la sensibilisation et de la formation des professionnels.....	22
2.3 La persistance d'obstacles à l'existence d'une politique nutritionnelle efficace	25
2.3.1 Des contraintes budgétaires au fonctionnement des EHPAD	25
2.3.2 Une organisation du travail parfois inadaptée à la qualité de la nutrition	26
III. L'amélioration de la prise en charge nutritionnelle peut s'appuyer sur des politiques publiques et sur des innovations proposées en EHPAD.....	29
3.1 Les leviers d'actions incitatifs et coercitifs à disposition des autorités sanitaires.....	29
3.2 Les innovations locales en EHPAD	30
3.2.1 Les moyens d'améliorer la prise alimentaire	31
3.2.2 Une organisation des ressources humaines en EHPAD perfectible au regard des enjeux nutritionnels.....	34
3.2.3 La prise en compte de la nutrition permet d'améliorer la performance économique et de satisfaire aux exigences de développement durable	34
Conclusion	37
Bibliographie.....	39
Liste des annexes.....	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier d'une part :

Monsieur Joseph MAGNAVACCA, animateur de notre module interprofessionnel qui nous a aiguillé tout au long de notre étude grâce à ses conseils, à l'anticipation de rendez-vous ainsi que pour sa disponibilité ;

Madame Emmanuelle GUEVARA et Monsieur Christophe LE RAT pour l'organisation du MIP.

D'autre part, l'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de ce travail qui ont contribué à l'enrichissement de notre réflexion :

Les professionnels de santé rencontrés pour le temps accordé et l'authenticité de leurs propos ;

Les directeurs d'EHPAD publics et structures privées pour la clarté des explications fournies quant aux difficultés auxquelles ils sont confrontés;

Les représentants des autorités tarifaires pour leur éclairage sur la politique institutionnelle de leur région respective ;

Le résident et la famille de résident pour leurs témoignages et leur gentillesse ;

Les professionnels de la restauration pour leur collaboration malgré les contraintes temporelles rencontrées ;

Les représentants d'association/de réseaux pour leur disponibilité et le partage de leurs expériences.

Liste des sigles utilisés

ADDFMS: aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales
AGGIR : autonomie-gérontologie-groupe-iso-ressources
ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA: activité physique adaptée
ARS : agence régionale de santé
AS: aide-soignant
ASG: assistant en soins gérontologiques
BPCO: bronchopneumopathie chronique obstructive
CH: centre hospitalier
CLAN: comité de liaison alimentation nutrition
CNO: compléments nutritionnels oraux
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CVS: conseil de la vie sociale
EHPAD: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP: équivalent temps plein
FEHAP : fédération des établissements hospitaliers de l'assistance privée
FICQS : fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR : fonds d'intervention régional
FMESPP : fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
GMP : GIR moyen pondéré
GMPS : GIR moyen pondéré soin
HAS: haute autorité de la santé
HACCP: hazard analysis critical control point (analyse des dangers - points critiques pour leur maîtrise)
IFSI : institut de formation en soins infirmiers
IREIS: institut régional et européen des métiers de l'intervention sociale
IFROSS: institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales et leurs réseaux
IMC : indice de masse corporelle
MNA : mini nutritionnal assessment
ORS : observatoire régional de santé
PNNS: programme national nutrition santé
PRS : projet régional de santé
SFGG: société française de gériatrie et de gérontologie

Introduction

"La nutrition est reconnue en France comme en Europe et dans le monde, comme un déterminant majeur de la santé¹". Elle se définit dans le langage courant comme « le processus d'assimilation et de dégradation des aliments qui ont lieu dans un organisme, lui permettant d'assurer ses fonctions essentielles »². De fait, la science a depuis longtemps prouvé les liens entre une bonne nutrition et le fonctionnement du corps humain, ce qui fait de la nutrition un axe majeur des politiques publiques visant le maintien d'un état de santé satisfaisant, notamment chez les personnes âgées.

Pourtant, la nutrition n'est pas *a priori* définie de la même manière selon les différents professionnels, qui l'appréhendent depuis leur propre métier, même si une conception globale et partagée autour du « manger-bouger » promue par le PNNS (Programme National Nutrition Santé) se dégage. Ainsi, dans ce travail, la nutrition englobe tous les termes suivants :



Les diverses définitions des professionnels rencontrés démontrent la complexité de ce que recouvre la prise en charge nutritionnelle qui reste associée à la prévention de la dénutrition, un risque auquel les personnes âgées sont particulièrement exposées. De ce fait, le choix a été fait de cibler cette étude sur le rapport nutrition-dénutrition et non pas sur les autres pathologies liées à la malnutrition (obésité, diabète...). En effet, il apparaît que le risque de

¹ M. CHAULIAC, dossier la santé dans l'assiette, Programme national nutrition, santé, conception, stratégies, mise en œuvre, impacts, Les tribunes de la santé, revue trimestrielle, hiver 2015.

² <http://www.larousse.fr/>

dénutrition augmente avec l'âge, du fait de situations médicales, sociales, psychologiques ou encore physiologiques. La dénutrition, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), est la conséquence d'apports ou de stocks énergétiques ou protéiniques insuffisants pour répondre aux besoins de l'organisme. Elle se caractérise donc comme un état pathologique qui est la conséquence d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme, qui, eux, évoluent avec l'âge. Assurer une bonne prise en charge nutritionnelle de la personne âgée et éviter l'entrée dans la spirale de la dénutrition suppose donc de concilier démarche préventive et organisation des soins en fonction du résident. Ces deux aspects doivent trouver leur accord au sein d'une politique générale, menée par les autorités sanitaires mais également à l'échelle des établissements.

Néanmoins, les diverses enquêtes menées sur le sujet présentent un constat négatif, voire alarmant, de l'état nutritionnel de la personne âgée. Ainsi, la HAS dans ses recommandations de 2007, note que « *la prévalence de la dénutrition protéino-énergétique augmente avec l'âge. Elle est de 4 à 10 % chez les personnes âgées vivant à domicile, de 15 à 38 % chez celles vivant en institution et de 30 à 70 % chez les malades âgés hospitalisés.* » L'UFC-Que-Choisir, quant à elle, a rendu publics les résultats d'une enquête sur l'alimentation en EHPAD³. Selon l'étude, entre 15% et 38% des résidents en EHPAD seraient touchés par le phénomène de dénutrition - contre 1% à 8% des personnes âgées résidant à domicile -.

Ces chiffres suscitent d'autant plus d'inquiétude que le vieillissement de la population risque d'augmenter significativement le nombre de personnes touchées. En outre, ces données sont particulièrement accablantes pour les institutions, dont les EHPAD. En effet, l'entrée d'une personne âgée en établissement est généralement synonyme d'une dégradation de l'état de santé, mais ce changement parfois radical de cadre de vie peut lui aussi entraîner une détérioration de l'état nutritionnel. Néanmoins, on peut également supposer que le diagnostic de la dénutrition et sa prise en charge sont favorisés dès l'entrée en institution. Cette conjonction d'hypothèses fait de l'EHPAD un terrain d'étude qui suscite l'intérêt de tous, et notamment des pouvoirs publics.

Au regard de ces perspectives, garantir une bonne nutrition de la personne âgée semble un enjeu de santé publique de premier ordre. Il s'agit en effet de préserver l'état de santé général

³ Etude *Alimentation en EHPAD, une politique de prévention s'impose !* réalisée en mars 2015.

de la personne, ce qui suppose une prise en charge personnalisée, mais également de prévenir les conséquences médico-économiques de la dénutrition. Toutefois, les actions menées aujourd'hui sur le sujet, qu'elles soient locales, régionales ou même nationales, se font dans un cadre aux contraintes multiples. La réglementation stricte en matière d'hygiène et de sécurité alimentaire, l'organisation des soins, les restrictions budgétaires ... sont autant d'éléments qui peuvent freiner les politiques nutritionnelles, et en expliquer les résultats nuancés.

Au vue des enjeux que présente la nutrition de la personne âgée, l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle apparaît comme un levier essentiel pour développer la qualité de vie en EHPAD mais également pour faire face aux défis médico-économiques de demain. Au cœur de ce cercle vertueux, la nutrition en EHPAD semble bien en recherche d'efficacité pour renverser les données épidémiologiques. Depuis longtemps, il apparaît que la dénutrition ait fait l'objet d'une attention de la part des pouvoirs publics et des professionnels, se focalisant sur les actions curatives pour en traiter ses conséquences. Or, un renversement semble avoir été initié en faveur d'une prise en charge préventive, notamment depuis le PNNS de 2001, en lien avec une vision la plus élargie possible de la nutrition. Cette évolution sémantique et scientifique, qui se traduit par des recommandations officielles, devrait donc se concrétiser dans les pratiques professionnelles auprès des résidents afin d'être pleinement efficaces. Toutefois, au regard du contexte économique, les organisations actuelles le permettent-elles ?

La prise en charge nutritionnelle supposerait en fait de concilier des intérêts parfois contradictoires (apports nutritionnels et plaisir de manger, restauration collective et cuisine familiale, respect du budget et alimentation de qualité, habitudes de vie et rythme de travail...). Dans quelle mesure alors les organisations en EHPAD peuvent-elles évoluer vers davantage d'efficacité afin d'améliorer la qualité nutritionnelle ?

Pour éclairer cette problématique, il convient de comprendre dans un premier temps la spirale de la dénutrition et les conséquences médico-économiques qui en découlent, et qui font de la nutrition un véritable enjeu de santé publique (I). Pour y répondre, diverses modalités de prise en charge nutritionnelle sont mises en œuvre dans les EHPAD et doivent composer avec les contraintes institutionnelles (II). Enfin, des pistes d'amélioration visant l'efficacité de la nutrition en EHPAD peuvent être proposées (III).

I. Préserver l'état de santé nutritionnel de la personne âgée, un enjeu de santé publique

« *La nutrition influence le vieillissement comme le vieillissement influence la nutrition* »¹. En effet, si certaines conséquences physiologiques du vieillissement primaire, processus naturel d'avancée en âge, impactent le statut nutritionnel, la nutrition des personnes âgées influence également le vieillissement secondaire, qui est lui modulé par leurs modes de vie et l'état de santé physique et moral.

Si les différentes imbrications entre le vieillissement et la nutrition méritent d'être identifiées afin de prévenir le sujet âgé face au risque de dénutrition (1.1), une réflexion sur les conséquences budgétaires de la dénutrition en EHPAD doit également être engagée (1.2).

1.1 La nécessité d'une bonne identification des facteurs de risque de la dénutrition chez les personnes âgées

Au regard de la place importante qu'occupe l'alimentation dans la vie d'une personne, en particulier pour un résident, il convient d'identifier les diverses altérations des capacités physiques et mentales qui influent sur le comportement alimentaire.

Les changements physiologiques liés au vieillissement tendent en effet à bouleverser la relation de la personne âgée vis-à-vis de son alimentation, car les capacités nutritionnelles tendent à se réduire avec l'âge. Les médecins interrogés évoquent l'apparition plus fréquente chez les personnes âgées d'un diabète, d'une intolérance aux glucides, de la baisse ou perte des sens olfactifs et gustatifs et de douleurs bucco-dentaires.

En effet, les organes de la cavité buccale subissent, comme l'ensemble de l'organisme, les effets du vieillissement. Par conséquent, des pathologies apparaissent comme les troubles de la déglutition appelés « dysphagie » ; fréquents chez la personne âgée, ils peuvent représenter une menace vitale. Ils ont pour conséquences une dégradation progressive des capacités de déplacement et des défenses immunitaires, ainsi qu'une baisse générale de la qualité de vie.

Il faut noter que la perte de la sensibilité gustative et la modification de la qualité salivaire provoquent une surconsommation d'aliments sucrés (la perception de la saveur sucrée se maintenant mieux que les autres), ce qui augmente alors le risque de caries et les maladies des gencives. C'est la raison pour laquelle le risque de carie est considéré comme élevé chez la personne âgée, d'autant que la génération actuelle n'a pas bénéficié de mesures préventives en

faveur d'un brossage de dents plusieurs fois par jour. De ce fait, une majorité de personnes âgées est édentée et porte des prothèses plutôt anciennes, usées et mal adaptées. Or la persistance de vingt dents est pourtant nécessaire au maintien d'une fonction masticatoire correcte, en dessous de ce seuil, tous les aliments durs sont rejetés.

De plus, les pathologies bucco-dentaires altèrent la phonation ou la prise de repas et sont un obstacle majeur à la communication. Une gêne ou une douleur buccale peuvent être à l'origine d'un comportement agressif avec refus de s'alimenter. Or pour avoir plaisir à manger, les résidents ne doivent pas éprouver de gêne ou de douleur à l'ingestion et à la mastication des aliments. Un mauvais état bucco-dentaire est alors un véritable handicap. En somme, une bouche saine contribue à une meilleure alimentation (mastication, déglutition), une meilleure respiration, une meilleure communication (parler, sourire) et donc améliore la qualité de vie (confort, préservation de l'image corporelle et du sentiment de dignité).

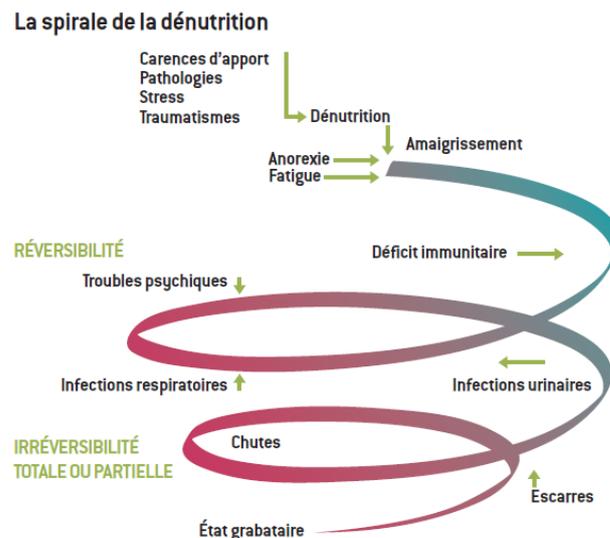
Par ailleurs, l'émergence de troubles cognitifs et la réduction de la mobilité physique conduisant à une perte de l'autonomie, impactent également les habitudes alimentaires et l'assimilation des nutriments. Ces changements physiologiques, en cause dans l'évolution du comportement alimentaire, peuvent donc entraîner des risques de dénutrition qui fragilisent la personne âgée, car ils s'accompagnent de déficits en protéines, vitamines, minéraux, calcium...

Il convient également de ne pas négliger les répercussions psychologiques de l'environnement (entrée en institution, choix restreint des menus, voisinage imposé,...) et de la prise en charge (polymédication, régimes restrictifs, textures, jeûne nocturne,...) sur la personne âgée. Les causes de la dénutrition sont bien multiples et intriquées. La perte d'appétence peut donc provoquer un état dépressif (et/ou l'inverse), une accentuation des troubles cognitifs et donc une perte d'autonomie.

L'identification des causes de la dénutrition permettent de mesurer leurs impacts médico-économiques au sein d'un EHPAD.

1.2 Les conséquences médico-économiques de la dénutrition chez la personne âgée

Comme l'a montré le Docteur Monique FERRY⁴, les effets de la dénutrition sont ressentis plus rapidement chez le sujet âgé : lorsque rien n'est fait pour les pallier suffisamment tôt, la dénutrition est souvent le premier signe d'une dégradation immunitaire annonciatrice d'une grabatation irréversible de la personne. Eviter cette spirale revient à préserver l'autonomie et le bien-être de la personne âgée.



Les effets des maladies contractées par une personne dénutrie sont ainsi décuplés et les conséquences sanitaires importantes : l'aggravation du pronostic et la hausse de la morbidité comme de la mortalité⁵ se traduisent par une hausse significative des (ré)hospitalisations à durées moyennes allongées. Les répercussions économiques sont donc non négligeables pour les EHPAD, avec une hausse des coûts de prise en charge hospitalière de plus de 30% et hausse des recours à de nouvelles prescriptions d'antibiotiques, de médicaments ou de compléments nutritionnels oraux (CNO) de près de 20%. Ceci engendre une prise en charge accrue de plaies, d'escarres, de fractures et des prescriptions d'une alimentation artificielle.⁶ Ainsi le coût de la prise en charge des escarres s'élève entre

⁴ Monique Ferry, chercheur Inserm à l'Université Paris 13, ancien médecin des hôpitaux en gériatrie à l'origine de la spirale de la dénutrition en 1993.

⁵ Hausse de la mortalité de l'ordre de 3 à 4 fois supérieure à la normale.

⁶ L'ensemble des estimations et des exemples contenus dans cette sous-partie fait référence au Recueil d'actions pour une amélioration de l'alimentation en EHPAD réalisé par le Ministère des affaires sociales et de la santé.

15 000 et 60 000 € par épisode⁷ et à 15 000 € pour les fractures. A ces pathologies s'ajoutent les frais de rééducation et la prise en charge de la perte de mobilité par l'équipe soignante. D'autre part, on estime que le coût de prise en charge d'une surinfection d'une BPCO⁸ chez un sujet âgé, selon qu'il est ou non dénutri, varie du simple au double, montrant de façon significative l'impact économique de la dénutrition.

La question des CNO est un point essentiel en termes de dénutrition dans un EHPAD. S'ils sont donnés afin d'augmenter l'apport énergétique et protidique des résidents après évaluation nutritionnelle, leur prescription doit pourtant être raisonnée. S'il est vrai que les CNO bénéficient de l'appellation ADDFMS⁹ et ne sont utilisés que sous contrôle médical, il paraît toutefois indispensable de privilégier l'alimentation enrichie, dans les cas de dénutrition légère et modérée. Un recours systématique et prolongé peut s'avérer contre-productif dans la lutte efficace contre la dénutrition mais aussi d'un point de vue strictement budgétaire puisque l'estimation du coût des CNO varie de 3 à 5 € par jour et par résident. Dans la pratique, la plupart des établissements préfèrent avoir recours aux CNO plutôt qu'à des plats enrichis, alors même que les CNO pèsent davantage sur le budget de l'établissement.

Toutefois, comme en témoigne une directrice d'EHPAD publics, les mentalités évoluent concernant l'utilisation des CNO à long terme, au regard d'un manque de satisfaction de la part des résidents (qualités gustatives) comme de l'établissement (efficience). Comme le rapporte la diététicienne de la Fondation Bon Sauveur d'Alby, « *les menus enrichis, qui nous permettent de réduire le budget CNO, sont plus coûteux et dépendent d'un budget différent, sans transfert possible. Mais cela ne concerne que 200 repas sur les 2 500 que nous produisons au total.* » L'enrichissement des plats, certes plus onéreux, ne s'adresse qu'à une minorité de résidents et permet l'obtention de meilleurs résultats. Afin de pallier les obstacles financiers, certains établissements conçoivent des compléments nutritionnels, permettant de réaliser des économies sur le budget soins et d'atténuer l'impact financier sur le budget hébergement/alimentation¹⁰. La réduction des achats des CNO favorise une baisse du gaspillage et des prescriptions de médicaments, comme le souligne le directeur de l'EHPAD

⁷ Ceci sans comptabiliser le prix des pansements qui varie de 15 à 80 € / jour, pendant un mois à plus de six mois selon la gravité.

⁸ BPCO pour Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive.

⁹ ADDFMS pour Aliments Destinés à Des Fins Médicales Spéciales.

¹⁰ Exemple de l'EHPAD de Marcillac-la-Croisille.

Le Foyer Notre-Dame de Puyraveau. Et d'un point de vue organisationnel, la dénutrition se traduit par une augmentation de la charge de travail des équipes soignantes du fait de l'augmentation du temps passé auprès de la personne au détriment d'autres actes.

C'est pourquoi une politique de prévention efficace pourrait être mise en place dans les EHPAD en remplacement du traitement curatif. La prise en charge en amont des répercussions sanitaires de la dénutrition des personnes âgées permettrait d'une part de limiter leur dépendance, et d'autre part de dégager des gains pécuniaires (en matière de soins et de rééducation) et en matière de temps de soins et d'aide à consacrer au résident par le personnel.

Enfin, le gaspillage est l'autre conséquence économique à laquelle sont confrontés les EHPAD. On estime de l'ordre de 20 à 40% les pertes alimentaires en institution, ce qui occasionnerait des économies appréciables pour les établissements. Le constat de quantités inadaptées aux besoins des résidents, ou de l'existence d'un problème de distribution, doit être un signal d'alerte d'une politique de restauration peu efficace. Ce gaspillage peut se traduire de différentes manières : des produits détruits au conditionnement, un écart notable entre les dépenses alimentaires mensuelles et le nombre de repas effectivement servis¹¹, ou encore la différence entre la quantité servie et celle réellement consommée... Pour prendre l'exemple de l'EHPAD *Les Sentiers* à Bains-les-Bains dans les Vosges, les quantités jetées, de l'ordre de 11,2 kg par repas en janvier 2014, sont passées en l'espace de six mois à 8,6 kg par repas grâce à une politique pluridisciplinaire. Ceci a permis de générer des économies de l'ordre de 7 000 € sur son budget alimentaire ainsi qu'une réduction de 1 500 € sur sa taxe d'ordures ménagères.

Prévenir les risques de la dénutrition en EHPAD constitue un véritable enjeu pour préserver la qualité de vie des personnes âgées, mais également l'équilibre des budgets. Pour répondre à ces objectifs, les institutions ont mis en place des organisations qui doivent toutefois composer avec des contraintes diverses.

¹¹ Pour peu que ces dépenses alimentaires ne fassent pas l'objet d'une réévaluation périodique.

II. La volonté des EHPAD d'organiser une prise en charge nutritionnelle de qualité se heurte toutefois à divers obstacles

La prise en charge nutritionnelle dans les EHPAD est axée sur le traitement de la dénutrition, et le développement d'actions préventives. Pour cela, différentes structurations existent dans le cadre de la restauration (2.1) et dans l'organisation d'un soin pluridisciplinaire (2.2). Néanmoins, les établissements rencontrent divers obstacles pouvant nuire à l'efficacité des politiques menées (2.3).

2.1 Des choix organisationnels variés dans le cadre de la gestion et de la production de la restauration

La restauration est un service support qui participe à la vie des établissements hébergeant des personnes âgées. La qualité des prestations varie d'un établissement à l'autre, elle dépend du budget de celui-ci et des modalités d'organisation qui en découlent. D'ailleurs, les organisations et les préoccupations sont différentes entre un EHPAD autonome et un EHPAD intégré à un CH, qui dispose de compétences parfois plus spécialisées, mais dont la politique alimentaire est peut-être plus flexible. En outre, l'enjeu de la restauration collective est de concilier les attentes des résidents pour assurer le plaisir de manger, mais également le respect des normes réglementaires en matière de sécurité alimentaire (notamment les objectifs HACCP¹²). Par exemple, l'utilisation des œufs « coquilles » est aujourd'hui compliquée en EHPAD, la conservation des œufs se fait donc davantage en bouteille ou sous forme de poudre. De ce fait, la préparation des œufs à la coque ou des œufs sur le plat se fait plus rare, alors qu'elle est généralement appréciée des résidents.

D'autre part, afin d'assurer une viabilité financière à l'établissement, ce dernier effectue un choix organisationnel entre un service de restauration interne et l'appel à un prestataire extérieur, même si l'externalisation peut être assurée via une plateforme dédiée au sein de l'établissement. L'appel à des prestataires extérieurs (SODEXO, ELIOR, COMPASS, MEDIREST, API...) qui livrent les repas déjà cuisinés implique nécessairement le recours à

¹² L'HACCP (*Hazard Analysis Critical Control Point*) est une méthode de maîtrise de la sécurité sanitaire des denrées alimentaires élaborée aux Etats-Unis, et introduite dans l'Union Européenne en 1993. Elle identifie, évalue et maîtrise les dangers significatifs au regard de la sécurité des aliments.

la liaison froide. En effet, pour conserver les aliments tout en répondant aux objectifs HACCP, les services de restauration collective ont soit recours au système de liaison chaude, soit à un système de liaison froide, qui correspondent à des circuits garantissant la sécurité alimentaire. La liaison chaude consiste en la préparation d'un plat à une température de 63°C qui doit être maintenue tout le long du circuit du produit jusqu'au service. Avec la liaison froide, le plat doit être refroidi très rapidement pour être conservé entre 0 et 3°C jusqu'à 7 jours avant d'être réchauffé pour le service. De ce fait, d'après une directrice d'EHPAD interrogée sur le sujet, le premier système répond davantage aux attentes des résidents en matière de qualité gustative, mais aussi souvent aux exigences budgétaires. Ainsi, on observe actuellement une dynamique de ré-internalisation des services de restauration au sein des EHPAD, notamment pour les petites structures. En réponse, certaines entreprises de restauration cherchent à faire gagner leurs prestations en qualité. Elles privilégient ainsi les circuits courts avec choix de fournisseurs locaux et de produits de saison et elles n'hésitent pas à faire de la prévention nutritionnelle et diététique auprès des établissements clients.

Au-delà des modalités organisationnelles de production alimentaire, les établissements s'attachent à développer les liens entre les services de restauration collective et l'EHPAD, afin d'assurer la qualité des repas. En effet celle-ci dépend intrinsèquement des informations transmises par les soignants pour adapter, autant que possible, l'alimentation aux exigences diététiques et aux envies des résidents. De fait, il est essentiel de transmettre les données relatives aux régimes, aux textures mais aussi aux aversions des personnes âgées pour faire correspondre la production aux besoins. Pour cela, divers outils sont à la disposition des professionnels. Il peut s'agir de logiciels informatiques qui permettent une liaison en direct des services mais également de groupes de travail plus ou moins institutionnalisés.

Ainsi, les commissions-menus présentes dans les EHPAD permettent de faire participer les résidents et les familles à l'élaboration de ces derniers, en collaboration avec le personnel de l'établissement, puisque ces rencontres sont l'occasion pour eux de s'exprimer sur ce qu'ils ont aimé ou sur ce qu'ils souhaiteraient voir améliorer. Les menus sont généralement établis sur la base du plan alimentaire de six semaines, et même dans un cadre restauration collective, des efforts sont menés pour répondre aux habitudes locales (par exemple, de la soupe peut être proposée à chaque repas et de la charcuterie une fois par jour). De plus, si l'établissement travaille en partenariat avec un prestataire extérieur, celui-ci peut être convié à ces commissions.

En outre, le CLAN, instance de partage d'informations et de réflexion et organe plus technique, permet aussi d'inscrire la prise en charge nutritionnelle dans une dynamique d'amélioration continue.

Ces différents outils de communication permettent de développer les services rendus par la restauration collective. Par exemple, celle-ci peut proposer des contenus adaptés au manger-mains. Cette méthode consiste à proposer au résident soit des aliments à manger à la main, soit de le laisser manger un plat classique avec ses mains s'il le désire. Ce dispositif d'abord mis en place chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est progressivement étendu aux autres personnes âgées, en particulier celles atteintes de troubles psychomoteurs ne leur permettant plus de s'alimenter seules avec des couverts. Par sa particularité, le manger-mains nécessite une bonne communication auprès du personnel, mais aussi auprès des familles.

En effet, ce dispositif peut apparaître comme régressif, mais c'est surtout un moyen pour la personne âgée en perte de ses moyens de garder son autonomie alimentaire le plus longtemps possible. Par conséquent, la confection du repas pour le manger-mains s'effectue selon des techniques spécifiques puisqu'il regroupe deux types d'aliments : les simples (morceaux de légumes, de fruits...) et les bouchées à texture modifiée qui peuvent contenir à elles seules un repas complet. Pour les chefs-cuisiniers, la réalisation du manger-mains est exigeante d'un point de vue technique et engendre une masse de travail supplémentaire. Par ailleurs, les services de restauration cherchent également à améliorer le contenant des aliments afin de favoriser le plaisir de manger, comme c'est le cas avec les verrines pour présenter les entrées moulignées. Ce travail sur le contenant et le contenu s'appuie sur une collaboration étroite entre les services de restauration et les services soignants, mais également sur la participation active des diététiciennes qui jouent un rôle pivot dans ce cadre. La présentation des repas, leur aspect, leur couleur sont autant de facteurs qui jouent sur le plaisir de manger et donc sur la qualité nutritionnelle.

2.2 Les ressources humaines et les organisations de travail : deux facteurs primordiaux dans la qualité nutritionnelle

2.2.1 La prise en charge nutritionnelle s'appuie sur la pluridisciplinarité même si la coordination reste parfois insuffisante

L'arrivée d'une personne âgée en EHPAD est généralement considérée comme un moment de vulnérabilité puisqu'elle fait suite à une fragilisation de la personne et qu'elle s'accompagne d'un profond changement du cadre de vie. Ce bouleversement risque d'entraîner des effets néfastes sur l'état nutritionnel du résident, qui voit ses habitudes et sa culture alimentaire confrontés à une organisation collective. Afin de prévenir ce risque potentiel, l'institution d'accueil développe des outils de prise en charge en faveur de la qualité nutritionnelle. Il convient de préciser que l'existence et l'utilisation des outils sont très variables. Les explications ci-dessous s'appuient sur les entretiens que nous avons réalisés.

Ainsi, en phase de préadmission, une enquête de goûts et d'aversions est réalisée, en présence du cadre de santé et/ou des soignants. A l'entrée de la personne âgée, une surveillance alimentaire est mise en place pendant plusieurs jours par les soignants en charge de la distribution des repas, « *qui notent tout ce que le résident a mangé* » selon les AS rencontrés. En outre, une prise de poids est réalisée, le calcul de l'IMC est effectué, ainsi qu'un dosage d'albumine qui permet de diagnostiquer un éventuel cas de dénutrition. Le questionnaire MNA (Mini Nutritional Assessment) peut également être utilisé pour rechercher les facteurs de risque de dénutrition. Le médecin coordonnateur peut effectuer une évaluation gériatrique standard pour évaluer les risques de dénutrition et, dans certaines structures, une consultation dentaire est programmée. Toutes ces données recueillies sont alors inscrites dans le projet de vie individualisé du résident, qui sert de support à la prise en charge et à son suivi. La nutrition occupe une place importante dans cet outil central en EHPAD.

L'attention accordée à l'état nutritionnel du patient ne se résume toutefois pas au quinze premiers jours d'entrée, mais fait l'objet d'une vigilance continue. En effet, l'appétit du résident est surveillé et généralement discuté, même brièvement, en transmissions ; de même, l'enquête MobiQual¹³ montre que le suivi de la courbe de poids est réalisé au moins une fois

¹³ MOBIQUAL, Evaluation interne : « *Nutrition dénutrition, alimentation* », 2013 avec 340 EHPAD concernés

par mois dans près de 8 structures sur 10. Le suivi nutritionnel apparaît au travers des entretiens comme une prise en charge pluridisciplinaire, dont la réussite dépend de la capacité des professionnels à travailler en équipe, puisqu'il s'agit notamment d'alerter le plus en amont possible sur un risque pour mettre les actions correctives en place.

Les aides-soignants ont essentiellement un rôle d'observation des faits alimentaires. A partir de leurs constats, il est possible de faire appel à une pluralité d'acteurs :

- L'infirmier (e) prend en charge le résident et effectue les soins nécessaires.
- Le médecin traitant, ou le médecin coordonnateur d'EHPAD, pourront procéder à une évaluation médicale et réajuster les régimes ou les prescriptions de compléments alimentaires.
- Le dentiste effectuera essentiellement les soins dentaires de base des personnes âgées et veillera à prendre en charge la douleur dentaire.
- La diététicienne (dont la présence en ETP est très variable selon les établissements) assure un suivi des dossiers et peut proposer une prise en charge adaptée (avec des enrichissements par exemple).
- L'ergothérapeute (présente surtout dans les EHPAD rattachés à un CH) s'intéresse à l'aspect technique et matériel du repas, notamment au positionnement de la personne (par exemple, le dos droit favorise la déglutition). Elle pourra introduire des outils de compensation (assiettes à rebord, verre à encoche nasal...) afin de favoriser l'autonomie du résident (Cf. Annexe 4).
- L'APA (Activité Physique Adaptée) stimule l'appétit de la personne âgée et favorise également son autonomie physique.
- L'animateur propose des activités en faveur de la convivialité des repas et du lien avec la pratique culinaire.

La nutrition en EHPAD repose donc sur une diversité d'acteurs : l'enjeu d'une prise en charge de qualité réside dans la coordination de leurs actions. Toutefois, ce décloisonnement supposerait de considérer la nutrition comme une thématique de soin à part entière qui s'appuierait notamment sur des « *staffs* » spécifiques. Cette organisation nécessiterait donc d'identifier un responsable capable, en termes de légitimité et de réseau, de faire les liens et de favoriser les transmissions. Dans cette perspective, la cadre de santé a un rôle pivot dans l'amélioration des pratiques nutritionnelles : garant de la qualité des soins et de l'efficacité des organisations, elle est attentive au travail réalisé. La cadre de santé interviewée a une

bonne connaissance des équipes et de leurs fonctionnements du fait de son rôle de proximité (observation, questionnement et échanges). En conséquence, elle s'assure de la cohérence du travail en équipe pluridisciplinaire, notamment en rencontrant l'ergothérapeute, la diététicienne, l'APA... Rappeler l'importance de l'installation confortable des résidents, d'un environnement propice à la prise du repas (nappe, vaisselle personnelle), de « *lâcher prise sur les régimes, de favoriser la convivialité, d'associer les familles aux repas* » est inscrit dans les missions de ce cadre de santé. Elle juge important de responsabiliser les soignants qui deviennent référents de l'alimentation, de l'animation, des commissions menus... Et par conséquent de véritables relais auprès de leurs pairs. Enfin, la cadre de santé a une fonction d'alerte tant auprès du directeur que du médecin coordonnateur.

Ainsi, ces trois acteurs ont un rôle déterminant dans la coordination des équipes. Le directeur assure l'impulsion d'une attention et d'une dynamique en vue de l'amélioration continue de la prise en charge nutritionnelle.

2.2.2 La qualité de la nutrition dépend notamment de la sensibilisation et de la formation des professionnels

La formation, initiale et continue, est un véritable levier pour traiter et prévenir la dénutrition à condition de s'appuyer aussi sur des données scientifiques. Les recommandations de la HAS, concernant la prise en charge nutritionnelle, s'adressent à tous les acteurs impliqués dans la prise en charge de la personne âgée, et sont intégrés dans les formations initiales des paramédicaux. L'objectif de la formation initiale des AS consiste en l'accompagnement des personnes âgées dans les actes de la vie quotidienne. C'est pourquoi les AS exerçant leur activité au plus près des résidents, ont besoin de compétences solides dans le cadre de la préservation de l'autonomie. Au cours de la formation, l'AS apprend à identifier et analyser les besoins de la personne pour mettre en place des actions adaptées et personnalisées, en prenant en compte son degré d'autonomie, ses habitudes de vie et sa volonté. Il contribue à la prévention des risques de chutes, d'escarres, de déshydratation et de dénutrition. Ainsi, les AS interviewées en EHPAD soulignent que d'après elles, la nutrition est un soin qui consiste à aider à la prise alimentaire et à la surveillance de l'appétit du poids.

Pour d'autres professions en revanche, et selon les propos de agents rencontrés, il apparaît que la formation des ergothérapeutes et des APA est moins centrée sur la nutrition. De ce fait, lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés dans la prise en charge des résidents, ils interpellent

la diététicienne, lorsqu'elle est présente dans l'établissement, en tant qu'experte de la nutrition et de l'alimentation. En effet, sa formation initiale lui permet d'établir des bilans diététiques, de participer à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle, au contrôle de la qualité de l'alimentation servie en collectivité et à des activités de prévention en santé publique dans le domaine de la nutrition.

Par ailleurs, les connaissances scientifiques en la matière évoluent, de nouveaux outils se développent, la formation continue des professionnels impliqués dans la prise en charge nutritionnelle, y compris les soins bucco-dentaires et l'activité physique, s'avère donc indispensable. Si elle apporte les connaissances nouvelles exigées, elle favorise également la prise de distance avec les situations de travail, permet le questionnement des pratiques soignantes et peut contribuer à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle. Par exemple, dans les établissements visités, une formation repas-plaisir est proposée à tous les agents, pendant laquelle on les invite à goûter les repas moulinés pour favoriser la connaissance du ressenti de la texture et de l'impact sur le goût. D'autres formations plus opérationnelles portent sur les enrichissements, les bonnes pratiques en nutrition mais également l'utilisation des logiciels, des compléments alimentaires et ce notamment à l'occasion de changement de ces derniers. Elles sont organisées et animées en interne par la diététicienne ou par l'ingénieur qualité, ce qui en limite les coûts. Toutefois les personnes rencontrées soulignent que des formations-rencontres pourraient être proposées pour décroiser la prise en charge nutritionnelle. Certains ont également noté des effets bénéfiques de la découverte des cuisines, de la production alimentaire à grande échelle. Enfin le cadre de santé a un rôle essentiel dans l'amélioration des pratiques nutritionnelles notamment en favorisant la formation continue des agents par le biais du plan de formation et en incitant les professionnels à faire des retours sur les formations suivies.

Par ailleurs, MobiQual, programme mis en œuvre depuis 2006 par la SFGG (Société Française de Gériatrie et de Gérontologie), qui mobilise différents professionnels, propose aussi des outils scientifiques et pédagogiques de référence sur les thématiques gériatriques et gérontologiques aux fins d'information, de sensibilisation et de formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, en établissement comme à domicile. MobiQual met à disposition des équipes soignantes des fiches pratiques sur différentes thématiques comme, les soins bucco-dentaires, l'activité physique, l'hydratation.

Il existe aussi une formation d'assistant en soins gérontologiques (ASG). Elle peut être proposée aux soignants qui prennent soin des personnes en situation de grande dépendance et/ou présentant des troubles cognitifs dans le cadre d'une spécialisation des agents. La formation d'ASG a été mise en place dans le cadre de la mesure 20 du Plan Alzheimer (identification et professionnalisation d'une fonction d'assistant de soins en gérontologie) pour répondre à la charge de travail concernant la prise en soins des malades Alzheimer. Elle est souvent proposée par les Instituts de Formation initiale de la Santé ou/et du Social (IFSI, IREIS). Cette formation, en mettant l'accent sur l'aspect relationnel de la prise en charge, le projet de vie individualisé du résident et le travail en équipe pluridisciplinaire, peut favoriser la sensibilisation des professionnels sans qualification, leur apporter des connaissances et susciter une réflexion sur leur pratique.

En effet, il existe toujours un écart entre le travail réel et le travail prescrit en regard des bonnes pratiques et des recommandations. Les moyens humains, les organisations de travail ne favorisent pas toujours une mise en œuvre opérationnelle. Pour réduire cet écart, la cadre de santé rencontrée a souligné qu'il était important d'impulser une réflexion sur les soins pour éviter l'installation de pratiques routi ni res « *dépourvues de sens, voire de bon sens* » et pour réduire les écarts entre les pratiques attendues et celles réalisées. Elle n'h siste pas à observer les situations de travail pour mieux les comprendre et aider les professionnels à trouver des pistes d'amélioration. Par ailleurs, les formations, pour être investies dans la pratique quotidienne, nécessitent d'être partagées en équipe. Les AS rencontrées expliquent l'intérêt d'échanger sur les formations lors des transmissions, de l'élaboration du projet de vie ou lors de temps informels (temps de pause). Certaines d'entre elles rédigent même des comptes rendus de ces formations.

La question des organisations de travail dans un contexte financier contraint se posent réellement. Quelles pistes de réorganisation pourraient-être envisagées ?

2.3 La persistance d'obstacles à l'existence d'une politique nutritionnelle efficace

Si aujourd'hui la grande majorité des EHPAD se saisit de la problématique de la dénutrition, ils sont confrontés à des obstacles d'ordre budgétaire et organisationnel.

2.3.1 Des contraintes budgétaires au fonctionnement des EHPAD

Les contraintes relèvent d'abord des modalités de calcul du budget des EHPAD. En effet, la tarification de ces établissements est dite « ternaire » ce qui signifie que leur budget se décompose en trois sections tarifaires :

- La section « dépendance » qui est à la charge du Conseil départemental.
- La section « hébergement » qui est à la charge du résident, ou du Conseil départemental pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale, et qui couvre l'ensemble des charges hôtelières.

La responsable qualité « établissements personnes âgées » d'un Conseil départemental nous a confirmé que les budgets de l'alimentation/restauration des EHPAD sont extrêmement différents selon leur forme juridique et/ou leur implantation.

- La section « soins » est à la charge des régimes d'Assurance Maladie. La dotation « soins » des EHPAD est arrêtée par le directeur général de l'ARS ; la prise en charge médicale de la dénutrition relève de cette section.

Au cours des entretiens que nous avons pu conduire, il est apparu que les modalités de détermination de la dotation soins et notamment l'option tarifaire (partielle ou globale) retenue pouvait avoir une incidence sur l'efficacité de la politique de prévention de la dénutrition mise en œuvre au sein des EHPAD. En effet, selon le médecin coordonnateur d'un EHPAD public d'Ile-de-France, l'option tarifaire « globale » susciterait des dynamiques positives sur le fonctionnement des établissements et la prise en charge des résidents du fait de la constitution d'une équipe médicale et paramédicale permanente et plus étoffée (médecin traitant et kinésithérapeute salarié).

Aussi, il semblerait qu'au vue de la diversité des situations rencontrées sur le terrain, l'équation tarifaire retenue pour déterminer la dotation « soins » ne permette pas de prendre en compte les aspects qualitatifs de l'organisation des soins en EHPAD. Par ailleurs, la détermination de la dotation « soins » sur la base de l'outil PATHOS fait aujourd'hui l'objet

de plusieurs critiques portant à la fois sur son paramétrage et sur son utilisation à des fins budgétaires et notamment ses difficultés à prendre en compte les soins de prévention : le traitement de la dénutrition des résidents « rapporte » des points PATHOS alors que leur prévention n'en rapporte pas.

Les contraintes dépendent également de la diminution des dotations régionales, et notamment les crédits du fonds d'intervention régionale (FIR)¹⁴. Nous avons pu constater que les positions des ARS varient sur la question : pour certains, les crédits du FIR ne sont pas destinés à financer des actions ayant vocation à être pérennes et constituant un axe de travail obligatoire des établissements. Les EHPAD doivent être en capacité de mettre en œuvre une démarche de prévention et de lutte contre la dénutrition en mobilisant les crédits d'Assurance Maladie alloués dans le cadre de leur dotation « soins ».

Pour d'autres, ces crédits peuvent être mobilisés à la condition que la thématique soit identifiée comme une priorité territoriale et soutenue par la direction générale de l'ARS.

Les modalités de tarification et de financement des EHPAD sont génératrices d'inégalités dans les conditions de prise en charge des résidents et peuvent constituer un véritable frein à la mise en œuvre de politiques de prévention de la dénutrition en EHPAD. La tarification ternaire, qui prévoit une étanchéité entre les différents budgets, interroge également l'appréhension de la question de la nutrition en EHPAD et sur la nécessité d'une approche cohérente et partagée sur la question entre les tarificateurs (départements et ARS).

La dimension budgétaire a un impact fort sur l'organisation interne des établissements.

2.3.2 Une organisation du travail parfois inadaptée à la qualité de la nutrition

Certains établissements, même s'ils disposent des moyens financiers suffisants pour recruter du personnel formé et compétent, souffrent d'un manque d'attractivité. Les EHPAD autonomes (contrairement aux EHPAD rattachés à un CH) et en particulier en zone rurale,

¹⁴La LFSS 2012 a créé un FIR qui regroupe les actuels crédits régionaux de la permanence des soins ambulatoires et en établissements, plusieurs dotations FICQS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), FMESPP (Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés), MIG... et les crédits de prévention État et Assurance Maladie relevant des ARS. L'ARS décide des actions et des expérimentations pouvant bénéficier du FIR. Ces actions/expérimentations doivent s'inscrire dans un CPOM conclu avec l'ARS.

semblent être les plus touchés, car il est difficile de recruter, par exemple, des chefs cuisiniers prêts à se former à ces techniques de travail particulières (manger-mains, textures modifiées) mais également au regard des horaires de travail (présence 7j/7, 365j). Il existe aussi des difficultés pour attirer des médecins coordonnateurs, médecins traitants, dentistes mais également les personnels paramédicaux (diététicien, ergothérapeute, kinésithérapeute).

Ainsi, la prise en charge nutritionnelle dans ces établissements est plus limitée.

En outre, certains professionnels dénoncent une organisation du travail parfois inadaptée aux soins. En effet, la réglementation du travail implique un rythme soignant, qui peut entrer en contradiction avec le rythme de vie des résidents : par exemple, le matin, les toilettes occupent une place importante dans le travail des soignants, ce qui peut limiter le temps consacré au petit-déjeuner. Les rythmes alimentaires de manière générale (intervalles entre les repas, durée et présence d'aide pendant les repas, prise en compte de la volonté des résidents...) ne sont pas toujours suivis et font l'objet de plaintes, de la part des résidents et des familles. En ce qui concerne la durée du jeûne nocturne, la majorité des acteurs rencontrés ont reconnu dépasser les douze heures réglementaires.

Par ailleurs, le moment du repas n'est pas toujours organisé de manière optimale entre les équipes soignantes et hôtelières (si existantes). En effet, il apparaît que, même lorsque les EHPAD sont dotés d'équipes hôtelières, la répartition des tâches avec les soignants ne permet pas toujours aux agents de se consacrer pleinement aux résidents. Ces désorganisations éventuelles semblent avoir un impact sur la convivialité du repas et sur l'attention portée aux résidents.

A ce titre, l'organisation en EHPAD nécessite de concilier le respect des choix individuels, dans un cadre de vie contraignant, où l'obligation de s'alimenter peut apparaître comme un signe de maltraitance. Si l'on connaît l'importance d'une bonne alimentation pour la santé, l'obligation de s'alimenter sans réel plaisir pour une personne âgée vivant en institution peut être mal vécue. Les résidents dont le niveau de dépendance est tel qu'ils ne peuvent plus se nourrir d'une façon « classique » sont souvent obligés de s'alimenter à partir de repas mixés, perçu comme un *alicament*, c'est-à-dire un « *non aliment* ».

Appelé « mixé pâteux », les plats sont en général peu ragoutants et ne laissent place à aucun plaisir, qu'ils soient visuel, olfactif ou encore gustatif. Les aliments sont broyés pour que les résidents puissent s'alimenter. Or si le plat mixé peut être perçu par les soignants comme « *l'aliment miracle* » pouvant apporter une meilleure santé et un bien être pour le résident, il peut être signe de souffrance voire de maltraitance de la part des résidents. Cette forme

d'aliment, nécessaire en pratique pour nourrir les résidents édentés ou présentant des risques de fausses routes est la plupart du temps rejetée par les personnes âgées vulnérables. Le mixé pâteux apparaît, selon le Pr Robert HUGONOT¹⁵, comme une réelle maltraitance par négligence active. Il ne faut en effet pas nier qu'un refus alimentaire n'est pas systématiquement le signe d'une anorexie ou d'une autre pathologie grave, mais plus simplement l'expression d'un dégoût envers une certaine catégorie d'aliment.

Le personnel soignant peut donc être confronté à un double obstacle : d'une part le manque de temps et de moyen qui justifie le recours systématisé au mixé pâteux pour une certaine catégorie de résidents et d'autre part le refus de s'alimenter de ces résidents qui considèrent le moment du repas non plus comme un moment de convivialité et de plaisir mais « *comme un instant de gavage* ».

¹⁵ Médecin gériatologue, fondateur de l'ALMA (Allo Maltraitance des Personnes Agées).

III. L'amélioration de la prise en charge nutritionnelle peut s'appuyer sur des politiques publiques et sur des innovations proposées en EHPAD

3.1 Les leviers d'actions incitatifs et coercitifs à disposition des autorités sanitaires

La définition et la mise en œuvre d'une politique nutritionnelle constitue aujourd'hui une priorité de santé publique, comme en attestent la formalisation et la reconduite des PNNS. A l'échelon territorial, l'ARS s'appuie sur le PRS (Projet Régional de Santé) pour promouvoir les actions en faveur de la nutrition. Si la lecture de différents PRS nous permet d'affirmer que la nutrition des personnes âgées en EHPAD constitue, en théorie, une priorité, dans la pratique, le degré de priorité accordé à la problématique varie sensiblement selon les régions et les départements.

Dans une ARS en particulier, l'entretien conduit simultanément avec deux médecins y exerçant (un médecin référent nutrition, un médecin responsable du service « *personnes âgées* ») nous montre un engagement important et coordonné sur la thématique de la nutrition des personnes âgées en EHPAD. Des actions très concrètes ont ainsi pu être conduites entre 2011 et 2016 :

- une étude intitulée « *La prévention et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées résidant en institution à l'échelle d'une région* ». Les résultats de cette étude ont permis d'établir la prévalence de la dénutrition des personnes âgées hébergées en EHPAD. Les résultats de l'étude et les recommandations édictées ont été présentés aux directeurs et médecins-coordonnateurs des EHPAD de la région,
- une action de formation obligatoire du personnel soignant aux soins bucco-dentaires (soins quotidiens et contrôle buccal),
- la définition de bonnes pratiques en matière de prévention de la nutrition en EHPAD dans le cadre d'un travail plus large sur le thème de la gestion des risques.

Paradoxalement, et malgré les diverses actions conduites dans cette région, il est ressorti de cet entretien que la question de la prévention et de la lutte contre la dénutrition des personnes âgées en EHPAD n'était pas identifiée comme une politique prioritaire au sein de cette région. Si des actions ont pu être menées au cours de ces cinq dernières années, aucun plan global d'actions de prévention, promotion et lutte contre la dénutrition n'a été défini et décliné. Les

moyens humains (propos d'un représentant d'une ARS : « *On ne peut pas être de partout* ») et financiers semblent insuffisants pour permettre de développer une politique d'envergure en matière de nutrition en EHPAD.

L'absence de coordination avec le Conseil départemental en matière de nutrition a également été identifiée au cours des entretiens avec les ARS contactées : tant au niveau de la définition et de la mise en œuvre d'une politique partagée en matière de nutrition en EHPAD (les ARS ne sont plus forcément associées à l'élaboration des schémas gérontologiques), qu'en matière de financement.

La définition d'un programme spécifique de lutte contre la dénutrition des personnes âgées en EHPAD, contraignant, inscrit dans un cadre partenarial élargi et doté d'une enveloppe financière dédiée pourrait favoriser la pleine efficacité de cette politique de santé publique.

Par ailleurs, la généralisation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) telle qu'elle est prévue par la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015¹⁶ et l'intégration dans celui-ci d'un axe sur la nutrition, pourrait également constituer un levier puisqu'il fixera les obligations respectives des signataires, les crédits alloués et les modalités de suivi.

Enfin, cette même loi et l'un de ses décrets d'application du 30 décembre 2015¹⁷ relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD permettront également de tendre vers une plus grande transparence des prestations contenues dans les tarifs hébergement, des prestations restauration sans surcoût et une comparaison précise des coûts des prestations restauration pratiqués dans les EHPAD. La loi prévoit par ailleurs l'obligation pour les EHPAD de fournir, trois repas, d'un goûter et la mise à disposition d'une collation nocturne de nature à réduire la durée du jeûne nocturne.

3.2. Les innovations locales en EHPAD

Les initiatives de cette sous-partie sont tirées de revues professionnelles récentes, dédiées au thème de la nutrition et mentionnées dans la bibliographie. C'est pourquoi les noms des établissements à l'origine de ces innovations contenues sont ici cités sans précaution d'anonymisation.

¹⁶Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement.

¹⁷Décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Certaines innovations permettent à la fois d'améliorer la prise alimentaire, de réorganiser les ressources humaines à l'intérieur de l'EHPAD et d'augmenter la performance de l'établissement.

3.2.1 Les moyens d'améliorer la prise alimentaire

Au regard de notre étude, la notion de plaisir apparaît comme centrale pour favoriser une meilleure prise alimentaire.

Afin de diminuer le nombre de plats mixés, le programme « *Mixons moins, manger mieux* » de la société SODEXO, en lien avec sept EHPAD, impulse les recherches, par un comité d'experts pluridisciplinaires, de textures plus stimulantes, avec du croustillant ou des bulles, dans le but de conserver l'identité du produit et les repères de la personne âgée. De même, le concours « *Silver Fourchette* » lancé par la FEHAP¹⁸ et le groupe SOS entre octobre 2015 et mai 2016, propose à chaque professionnel de préparer un menu en cuisine traditionnelle et sa déclinaison en texture modifiée. Le menu primé sera proposé dans tous les EHPAD ayant participé à l'événement puis les personnes âgées noteront les plats proposés et dégusteront le menu gagnant. Par ailleurs, plusieurs établissements proposent eux aussi aux personnes âgées, de manière à ajuster leur offre, des questionnaires de satisfaction sur les repas.

De plus, afin d'améliorer le caractère agréable du repas, les études montrent l'importance de la connaissance préalable du contenu des assiettes. Dans cette perspective, la société MEDIREST propose des panneaux d'affichage dans la salle à manger avec le menu et la photo du producteur, visibles par le résident et sa famille. Les sociétés de restauration peuvent organiser un café des familles où on aborde l'origine et la manière dont les repas sont cuisinés. Les entretiens menés soulignent la nécessité de rendre la cuisine « proche » des résidents, plus visible, « *comme à la maison* ». Pour cela, plusieurs canaux d'actions sont envisageables : mettre en valeur la recette d'un des résidents, en précisant le nom de ce dernier dans le menu (« *Kouign Amann de M. P.* ») et permettre au chef cuisinier de finaliser la prestation en salle à manger.

Enfin, il est important de dédier du temps à un repas plus élaboré et/ou à un événement particulier (anniversaire, repas du dimanche, jour férié,...). Par ailleurs, le repas est un temps permettant d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur. Ainsi, l'EHPAD *Lumière et Paix* à Nîmes

¹⁸ FEHAP pour Fédération des Etablissements Hospitaliers de l'Assistance Privée

propose-t-il par exemple un « *Foyer Restaurant* » qui s'adresse aux personnes âgées autonomes du quartier qui souhaitent partager, le temps d'un repas, d'une animation, le quotidien des résidents de l'établissement. Ce moment du repas peut aussi être le lieu de davantage d'innovations, de manière à susciter l'envie de manger et à augmenter le niveau de prise alimentaire.

L'individualisation des repas a également un rôle indéniable sur l'amélioration de la prise alimentaire, notamment pour les personnes vulnérables. Pour ce faire, un dialogue approfondi est instauré avec le résident, la famille et tout le personnel de l'EHPAD. A titre d'exemple, la Maison de retraite Saint-Joseph dans l'Ain adapte la présentation des repas à chacun, en fonction d'un tableau dressé et actualisé par les soignants. Pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, l'EHPAD de Châteauneuf-la-Forêt en Haute-Vienne propose le « *picorage encadré* », c'est-à-dire l'utilisation du « manger-mains » mais en y associant la posture debout et l'accompagnement lors de la déambulation. L'objectif est de maximiser le confort physique et psychique des patients tout en préservant leurs capacités sensorielles et motrices.

Pour les personnes souffrant de troubles de la déglutition sévères ou en état nutritionnel très dégradé, une initiative intéressante est proposée par l'EHPAD Foyer Notre-Dame de Puyraveau, à Champdeniers (Deux-Sèvres) : les « *bouchées enrichies* ». Elles combinent en effet prise manuelle (pour les résidents rencontrant des difficultés à se servir de couverts), texture adaptée aux troubles de la déglutition, enrichissement des aliments (évitant ainsi les compléments nutritionnels oraux), souplesse dans la prise horaire (pour certains résidents les horaires des repas ne convenaient pas), goût prononcé, et enfin absence de surcoût. Les cuisiniers proposent le même menu en cuisine traditionnelle et en bouchées. De 2007 à 2012, le taux de dénutrition des résidents est ainsi passé de 50 % à 6 %. Par ailleurs, beaucoup de résidents parviennent désormais à manger en complète autonomie, ce qui leur procure beaucoup de satisfaction.

Enfin, la prise alimentaire va de pair avec un bon état bucco-dentaire. Dès lors, certains EHPAD se sont dotés d'un cabinet dentaire pour répondre aux besoins de soins de leurs résidents. Toutefois cette organisation n'est envisageable que pour les grandes structures. Aussi, pour répondre à un besoin de prise en charge, de nombreux établissements se sont organisés en réseaux de soins avec des dentistes libéraux, des structures hospitalières ou des centres de santé. Si les réseaux ou structures chargés de la prise en charge bucco-dentaire

diffèrent d'un territoire de santé à un autre, leurs modalités de fonctionnement sont relativement les mêmes.

Au cours de notre étude, nous avons pu observer l'organisation de réseaux et structures dentaires. Le réseau en question travaille ainsi sur deux axes :

- L'axe « *prévention* » relatif aux bilans bucco-dentaire effectués au domicile des personnes âgées. Le dispositif étant un succès, l'expérimentation est désormais poursuivie et mise en place en lien avec l'ARS Ile de France pour 44 EHPAD de la région. Le but étant notamment le dépistage chez les résidents, la formation du personnel etc...
- L'axe « *accès aux soins* », le but étant d'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires, notamment de base pour les personnes âgées.

Toutefois la prise en charge en cabinet de ville étant privilégiée, les EHPAD rencontrent quelques difficultés liées notamment au nombre de chirurgiens-dentistes en diminution dans certains départements et au temps trop important pour soigner une personne âgée. C'est pour pallier ce genre de difficultés que la région parisienne a vu naître récemment une nouvelle structure lucrative, qui se rend directement en EHPAD, accompagnée de dentistes libéraux et de matériel mis à disposition pour s'occuper des résidents. Toutefois, seuls les soins de base y sont proposés tels que le détartrage, les soins courants, le nettoyage de prothèses etc...

Si l'efficacité d'un tel dispositif est indéniable, les modalités financières des prises en charge peuvent dissuader un certain nombre de résidents. En effet, toute intervention d'un dentiste au sein d'un EHPAD (consultation et soin éventuel) implique pour chaque résident une double facturation: d'une part les honoraires du chirurgien-dentiste (normalement pris en charge par la sécurité sociale et les complémentaires santé), d'autre part ceux de la logistique (matériel complet, assistant dentaire...) non remboursés par l'Assurance Maladie (la facturation est de 85 euros par résident).

D'autres structures s'impliquent, à l'exemple de Bucco-bus dans les Landes qui se déplace également dans les EHPAD. Toutefois ce genre d'initiative est généralement expérimental, financé par des crédits ARS souvent non reconductibles et peuvent décliner dans le temps, faute de moyens financiers.

3.2.2. Une organisation des ressources humaines en EHPAD perfectible au regard des enjeux nutritionnels

Comme le souligne, Jean-Pierre CORBEAU¹⁹ ainsi que l'ensemble des personnes rencontrées, il serait nécessaire de renforcer l'effectif des personnels d'encadrement autour de l'alimentation : orthophonistes, ergothérapeutes, diététiciens. Ceux-ci pourraient ensuite diffuser les bonnes pratiques dans tout l'établissement. Pour des raisons financières, des établissements peuvent mutualiser une partie de ces ressources humaines. L'association Régies 95, qui regroupe la quasi-totalité des EHPAD publics, associatifs et privés du Val-d'Oise, a par exemple créé un CLAN chargé de coordonner toutes les réflexions et les actions à mener dans le domaine de la nutrition, avec des équipes pluridisciplinaires, et de mutualiser les ressources des établissements adhérents. En matière de formation, les professionnels pourraient se former davantage à une culture commune. Aujourd'hui, comme le résume Monique FERRY, « *la direction, les médecins et les prestataires parlent en kilocalories, les diététiciennes en grammages et les aides-soignantes en portions* ». Ainsi, la création d'un diplôme universitaire en « *management de la restauration et de la nutrition des établissements médico-sociaux et territoriaux* » qui vient d'être lancé par l'IFROSS à Lyon, va-t-elle dans le bon sens. Celui-ci s'adresse aussi bien aux directeurs d'établissement qu'aux soignants ou chefs de cuisine. Jusqu'alors les formations sur la nutrition des personnes en situation de fragilité semblent davantage destinées aux médecins. Certains thèmes mériteraient néanmoins d'être approfondis lors des formations. Ainsi, la FEHAP travaille-t-elle actuellement avec l'ANESM à l'élaboration d'une future recommandation sur le repérage des déficiences sensorielles de la part des professionnels (les médicaments peuvent avoir un impact sur le goût par exemple).

3.2.3. La prise en compte de la nutrition permet d'améliorer la performance économique et de satisfaire aux exigences de développement durable

Une meilleure gestion de la nutrition permet de réaliser des économies. Grâce aux bouchées enrichies, le Foyer Notre-Dame du Puyraveau a d'une part économisé sur l'usage de compléments nutritionnels oraux (deux fois plus chers que les liants et texturants utilisés pour les bouchées enrichies) et d'autre part réalisé des économies indirectes par la baisse des

¹⁹ Professeur émérite en sociologie de l'alimentation à l'université de Tours.

chutes et des hospitalisations. D'autres leviers peuvent être également activés. Par exemple, le passage aux circuits courts, moins polluant, permet au chef cuisinier de négocier plus facilement avec les producteurs et d'organiser les commandes en fonction des saisons. Cela permet de préserver les habitudes culinaires locales des résidents.

Suite au lancement de la charte « *Mieux manger, moins jeter en EHPAD* » en décembre 2015, par la secrétaire d'État Laurence ROSSIGNOL, certains EHPAD comme la maison de retraite Saint-Joseph dans l'Ain ont mis en place une pesée systématique des restes après chaque repas, afin de ne prendre en compte que le grammage nécessaire par personne. En six mois, cet établissement a divisé la quantité de déchets alimentaires par cinq, générant une économie supérieure à 30 000 euros.

Enfin, l'amélioration de la nutrition peut s'inscrire dans une démarche de développement durable. Par exemple, l'EHPAD Emmaüs Diaconesse de Koenigshoffen dispose de ruches installées au sein de son parc. L'an dernier 400 kilos de miel ont pu être produits, vendus ou consommés par les résidents. Par ailleurs, un compost a été mis en place dans cet EHPAD, qui recueille chaque semaine 85 kg de déchets. La Résidence du Ponant à Brest accueille, quant à elle, un marché bio (producteurs locaux) à l'intérieur même de l'EHPAD, ouvert à tout public, rompant par ailleurs avec la solitude des personnes âgées. D'ailleurs, des produits biologiques peuvent être utilisés directement par la cuisine de l'établissement comme l'a fait la Résidence Francis Catala à Vinça, qui intègre près de 20 % de produits bio, dont certains légumes dits « *anciens* ». En effet, la circulaire du 2 mai 2008 relative à l'exemplarité de l'État en matière d'utilisation de produits issus de l'agriculture biologique dans la restauration collective fixait comme objectif d'atteindre 15 % de bio en 2010 puis 20 % en 2012.

Il faut pourtant reconnaître que l'introduction de produits biologiques dans la restauration collective peut s'accompagner de contraintes supplémentaires dans la production alimentaire et d'un coût de revient par repas légèrement supérieur à la moyenne. De ce fait, le passage aux produits bio doit se faire de manière progressive avec une concentration des appels d'offres sur les produits du territoire et une rationalisation des achats onéreux, comme la viande.

Enfin, l'accompagnement du personnel de restauration sur l'acquisition de pratiques innovantes (modes de cuisson différents, cahier des charges basé sur la saisonnalité, contraintes réglementaires et sanitaires spécifiques, recherche de fournisseurs adaptés ...) est à repenser.

Conclusion

Au regard de l'étude menée, l'état de santé nutritionnel des personnes âgées fait aujourd'hui l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics et des professionnels de santé. Eviter l'entrée dans la spirale de la dénutrition et préserver l'autonomie et la qualité de vie des résidents représentent un véritable enjeu de santé publique, renforcés par les exigences médico-économiques actuelles.

Si au regard de nos entretiens, les pouvoirs publics, directeurs d'EHPAD et personnels soignants, médicaux et paramédicaux paraissent sensibilisés à cette thématique, les organisations des soins ainsi que les modes de gestion des établissements apparaissent aujourd'hui inadéquats pour l'application des recommandations sur l'amélioration de la nutrition en EHPAD.

La nutrition trouve pourtant toute sa place au cœur du projet de soin, des questions de bientraitance et du projet de vie de la personne au sein d'un EHPAD, lieu de vie. C'est probablement en reliant la nutrition à ces notions déjà bien assimilées par les EHPAD, comme étant indispensables à l'accompagnement de la personne âgée, qu'elle pourra véritablement s'imposer dans les établissements. L'enjeu du sujet serait donc de percevoir la nutrition en EHPAD non plus comme une tâche secondaire mais de l'inscrire au cœur de la prise en charge des résidents. Se soucier de la qualité nutritionnelle permettrait de concilier, voire réconcilier, les diverses préoccupations qui animent les EHPAD au quotidien. Par conséquent, pour accroître l'efficacité de la nutrition en EHPAD, des innovations organisationnelles doivent être menées en concertation avec les usagers et sous l'impulsion du directeur et des autorités sanitaires et médico-sociales.

Bibliographie

- **Références juridiques**

Arrêté du 22 octobre 2005, relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

- **Documents institutionnels**

Programme National Nutrition Santé 2011-2015, *Ministère du travail, de l'emploi, de la santé*

« Recueil d'action pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées », *Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt et du Ministère des affaires sociales et de la santé*, 2014

« Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée », *Recommandations professionnelles, Haute Autorité de Santé*, Avril 2007

HACCP: Hazard Analysis Critical Control Point, <http://www.haccp-guide.fr/>

ACEHF : Association culinaire des établissements hospitaliers de France, <http://acehf.fr/info/58-les-complements-nutritionnels-oraux-et-la-denuitration>

- **Articles et revues professionnelles**

BROCKER P., FERRY M., SORIANO D. « Dénutrition à domicile et en EHPAD : le point sur le dépistage et le traitement », *La revue de gériatrie*, 2009, 567-574

CHAULIAC M., dossier « La santé dans l'assiette », « Programme national nutrition, santé, conception, stratégies, mise en œuvre, impacts », *Les tribunes de la santé*, revue trimestrielle, hiver 2015.

DIOP J., MARASCHIN J., Le projet "picorage encadré", *Objectif soins*, 2012, 40-42

FERRY M., " Mieux manger pour mieux vieillir : une stratégie gagnante", *Fonds Français pour l'alimentation et la santé*, 10 décembre 2013

GRELLE C., GUYON L., RATEL N., « Restauration en EHPAD : pour une approche pluridimensionnelle », *Ehpad magazine*, 2015, pp. 10-17

JARRY C., RAYNAUD I., « La dénutrition trop souvent au menu des Ehpads », *Gazette santé social (La)*, 2015, p. 8

PIRAUD-ROUET C., « Restauration : la qualité au menu. » *Directions* (Mensuel des directeurs du secteur sanitaire et social), 2016, pp.20-27

VION A., « Préserver les plaisirs de la bonne chère. », *TSA - Travail social actualités*, 2015, pp.15-22

Alimentation / nutrition", *Gérontologie et société*, n°134

La revue de gériatrie, Tome 34, n°7 et n°9

- **Mémoire**

GARCIA Claire, Mémoire fin de formation directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. « L'alimentation : un support d'amélioration de la qualité de vie du résident en EHPAD », décembre 2009

- **Enquêtes et études**

MOBIQUAL, Evaluation interne : « nutrition dénutrition, alimentation », 2013

UFC Que Choisir, « Alimentation en EHPAD, une politique de prévention s'impose », mars 2015

Liste des annexes

Annexe 1 : La méthodologie

Annexe 2 : Tableau des entretiens

Annexe 3 : Les trames d'entretiens

Annexe 4 : Photo des outils de l'ergothérapeute

Annexe 5 : Résumé du rapport

Annexe 1 : La méthodologie

Composition du groupe

Le groupe de travail est composé de huit professionnels de filières, de profils et d'expériences différentes, répartis de la manière suivante : deux élèves directrices d'hôpital; trois élèves directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ; une élève directrice des soins; une élève attachée d'administration hospitalière ; une élève inspectrice de l'action sanitaire et sociale.

L'animateur du groupe est Monsieur Joseph MAGNAVACCA, directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, et conseiller chargé des établissements au cabinet de Pascale BOISTARD, secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées et de l'autonomie.

Organisation du module

Celui-ci a été organisé en plusieurs étapes :

- En amont

Avant l'ouverture du module interprofessionnel, un déjeuner destiné à se rencontrer a été proposé de façon informelle au sein du groupe. Suite à cette rencontre, le groupe a convenu que chacun lise l'intégralité des documents composant la base documentaire constituée par Monsieur MAGNAVACCA afin d'avoir une première approche globale et d'amorcer une réflexion sur la thématique choisie.

- Première semaine (du 2 au 4 mai 2016)

La rencontre du groupe avec Monsieur MAGNAVACCA a eu lieu le jour de lancement du MIP. A cette occasion, l'animateur nous a présenté de manière approfondie le sujet et a balayé l'ensemble des points méritant d'être abordés dans le cadre de notre travail. Une liste préétablie d'entretiens nous a ainsi été proposée (Groupe Korian, société API, société Incisiv, un médecin coordonnateur d'EHPAD, la société de santé MobiQual, le réseau Appolline).

Au cours de cette première semaine en groupe, nous avons pu mettre à profit le temps laissé à disposition pour délimiter le sujet à travers l'étude de documents, s'appropriier la problématique de départ, identifier les personnes à interviewer et élaborer une partie des

trames d'entretiens pour les professionnels entendus dès les premiers jours du module. Une bonne dynamique de travail s'est d'emblée installée, la cohésion du groupe s'étant confirmée tout au long du travail.

Dès la mise en place du groupe, un espace informatique collaboratif destiné à échanger et mettre en commun les productions de chacun a été créé.

Monsieur MAGNAVACCA a ainsi programmé certains entretiens sur des points apparaissant essentiels pour la compréhension du sujet. D'une part, les aspects bucco-dentaire et formation des personnels auprès de réseaux de dentistes (Incisiv' et réseau Appolline) ainsi que de l'association MobiQual ont été menées pour avoir une vision globale du sujet. D'autre part, des rencontres avec une société de restauration (API) ainsi qu'un groupe privé de maisons de retraite (Korian) ont été organisées pour les aspects organisationnel et nutritionnel.

Très rapidement, une fois la délimitation du sujet réalisée, il nous a semblé nécessaire d'élargir le champ d'enquête proposé par l'animateur. Pour avoir une approche globale et concrète de la problématique, il nous a paru important d'interviewer des représentants des autorités institutionnelles (ARS de plusieurs régions, médecin ARS, infirmière de santé publique, représentant d'un Conseil départemental), du personnel d'EHPAD ou de Centre hospitalier (directeur, cadre de santé, ingénieur restauration, aide-soignante, ergothérapeute, diététicienne, APA), un résident et un membre de la famille d'un résident. Au cours de nos recherches de contacts, nous avons eu la chance de n'essayer aucun refus, prouvant l'intérêt porté pour ce sujet par l'ensemble des intervenants.

En raison des délais contraints imposés pour la conduite de ce travail, il a été collégalement décidé de choisir les personnes interviewées par activation du réseau professionnel des membres du groupe. En effet, l'identification des contacts potentiels et leurs prises de contacts se seraient révélaients certainement trop chronophages au regard du temps imparti. Malgré cette contrainte, nous avons opté pour une approche pluri-professionnelle et territoriale tout en ayant conscience des limites de notre étude quant à la généralisation des résultats obtenus. De même, cette méthode a eu l'avantage de se constituer un panel d'établissements "lambda" dont la politique n'est pas spécifiquement portée sur l'axe nutritionnel. Cette étude a ainsi permis de prendre conscience de la prégnance ou non de cette thématique dans ces EHPAD.

Nous avons conjointement décidé d'utiliser des entretiens semi-directifs lors de nos entrevues avec les différents professionnels. En effet, cette forme favorise une liberté de parole de nos interlocuteurs, nous permettant de mettre en lumière certains aspects dont nous n'avions pas connaissance avant l'étude. Les grilles d'entretien ont été élaborées en conséquence. Suite à certains entretiens, nos interlocuteurs particulièrement intéressés par cette thématique ont souhaité nous communiquer des travaux réalisés par leurs soins afin d'éclaircir certains points et donc de compléter nos propres travaux. Inversement, nous nous sommes engagés, lorsque cela nous était demandé, à communiquer l'aboutissement de nos recherches à l'issue de notre module.

Concernant la recherche documentaire, nous avons complété la base initialement constituée par l'animateur. Nos recherches ont été réparties par thèmes (aspects épidémiologiques, médico-économiques, bucco-dentaires, contraintes budgétaires, actions innovantes...) attribués à chacun des membres du groupe, une fois ces thèmes définis en travail de groupe. De ce fait, les recherches ont porté autant sur des revues professionnelles de direction, hospitalières, que des revues scientifiques associant la nutrition à la notion de santé. De plus, une autre base de travail récente et pertinente a été l'analyse de l'étude UFC-Que-Choisir de mars 2015.

- Deuxième semaine (du 9 au 13 mai 2016)

Un rétro-planning a été élaboré dès le début de cette seconde semaine afin d'organiser les travaux pour les deux semaines restantes et assurer une finalisation du travail dans les délais impartis.

Les entretiens, conduits *a minima* en binôme et ayant eu un caractère soit téléphonique soit physique, ont été planifiés jusqu'à la fin de la seconde semaine, et les comptes rendus d'entretiens ont été rédigés par la suite. La durée des entretiens a varié de 45 minutes à 2h30 heures.

C'est également lors de cette seconde semaine que la première ébauche de plan a été élaborée et qu'une répartition de la rédaction des parties par personne a été arrêtée. Il a été décidé lors du travail d'élaboration du plan de conserver la problématique proposée par l'animateur.

A l'issue de cette seconde semaine, le plan détaillé du rapport a été transmis à l'animateur du groupe. Les productions de chacun étaient attendues pour le mardi suivant pour une mise en commun.

- Troisième semaine (du 17 au 20 mai 2016)

La mise en commun pour relecture des productions de chacun a été entreprise dès le début de semaine.

Un sentiment de légère frustration a été identifié dans le groupe lors de cette phase de rédaction. En effet, il est ressorti que l'intérêt de la thématique choisie auraient nécessité un temps d'analyse et donc de recul plus important. De même, les 21 entretiens auraient mérité d'être davantage exploités, ce qui n'a pu être réalisé du fait du format imposé par le rapport. Il ne nous a toutefois pas paru opportun de joindre en annexe et à l'état brut les retranscriptions des entretiens.

Dès réception du message de validation du plan détaillé par l'animateur, le travail de rédaction final en groupe a été engagé (mise en commun des parties et relectures minutieuses). Durant deux journées, l'intégralité de l'étude a été reprise collectivement, analysée de manière concertée une fois encore et discutée sur les points qui le nécessitaient.

Annexe 2 : Tableau des entretiens

ENTRETIENS CONDUITS	DATE	MODALITES	REFERENT
API (société de restauration) Korian	4 mai à 9h30	Sur site à Paris	Aude et Juliette
	4 mai à 14h	Sur site à Paris	
	10 mai à 18h	Entretien téléphonique	Valentine et Aude
Médecin coordonnateur	9 mai à 14h	Entretien téléphonique	Samia et Valentine
Appoline	9 mai à 11h	Sur site à Paris	Hugo et Joana
Incisiv' (dentiste)	9 mai à 14h	Sur site à Paris	Hugo et Joana
IPASS en DT-ARS-responsable de pôle médico-social	9 mai à 16h	Entretien téléphonique	Samia et Myriam
Ingenieur restauration- GCS	10 mai à 8h30	Sur site à Lorient	Myriam et Charlotte
Ergothérapeute et/ou APA	10 mai à 10h30	Sur site à Lorient	Myriam et Charlotte
Agents (AS, hôtelier, cadres)	10 mai à 14h	Sur site à Lorient	Myriam et Charlotte
Directeur EHPAD	10 mai à 18h	Entretien téléphonique	Hugo, Aude et Valentine
Directrice Hôpital local et EHPAD	11 mai à 10h	Entretien téléphonique	Myriam et Valentine
Directeur EHPAD privé	11 mai à 13h	Entretien téléphonique	Myriam et Juliette
Conseil départemental- référente qualité	11 mai à 15h	Entretien téléphonique	Samia et Joana
Infirmière de santé publique ARS	12 mai à 10h	Entretien téléphonique	Myriam et Juliette
Médecin référent nutrition- responsable de service Personnes âgées ARS	12 mai à 14h	Entretien téléphonique	Samia et Valentine
Diététicienne de Blois	12 mai à 14h	Entretien téléphonique	Aude et Hugo
Mobiquat	13 mai à partir de 9h30	Entretien téléphonique	Juliette et Myriam
Résident d'EHPAD	16 mai 10h	Sur site Rennes	Hugo et Joana

Annexe 3: Les trames d'entretiens

Questionnaire : Résident en EHPAD

Présentation:

- Quel a été votre parcours personnel?
- Depuis combien de temps êtes-vous hébergé dans l'EHPAD?

Sur l'organisation des repas:

- Quels sont vos horaires de repas? Que pensez-vous de l'horaire du dîner? Et du petit déjeuner?
- Comment qualifieriez-vous la qualité des repas? Et la possibilité de choisir entre les repas?
- Comment les repas sont-ils adaptés à vos régimes alimentaires?
- Que penseriez-vous d'un déjeuner en self-service ?
- Existe-t-il des repas particuliers?

Questionnaire : Directeur d'EHPAD

Présentation:

- Pouvez-vous nous présenter votre établissement?

La nutrition en EHPAD

- La problématique de la dénutrition est-elle ou a-t-elle constitué une problématique dans votre établissement?
- Depuis quand ce sujet est-il devenu une préoccupation pour les directeurs d'EHPAD ?
- Quelles évolutions avez-vous remarqué en la matière ? Depuis combien de temps ?
- Sur quel cadre réglementaire vous appuyez-vous ?

Sur les collaborations :

- Quels sont vos interlocuteurs externes (ARS, autres établissements) et internes (diététicien, cadres, ...) à l'établissement en matière de nutrition ?
- Comment avez-vous travaillé sur le thème de la dénutrition ? Quels outils, plans d'actions, évaluation avez-vous utilisé ? (formation des agents, questionnaires de satisfaction, audit,...)
- Cette thématique fait-elle l'objet d'un axe dans votre projet d'établissement ? Quel lien avec le projet régional de santé ?
- Selon vous, l'impulsion en la matière relève-t-elle du directeur ? Avez-vous rencontré des équipes dans des établissements qui portaient le projet ?
- Avez-vous rencontré des difficultés lors de la mise en œuvre de certaines actions ? Lesquelles ? Quels acteurs ?
- Comment avez-vous travaillé avec les médecins coordonnateurs dans vos établissements ? Quel rôle doivent-ils jouer selon vous dans cette problématique de la dénutrition ?

Les perspectives :

- Pouvez-vous nous citer des actions, recommandations innovantes que vous avez rencontrées ou mises en place au cours de votre carrière ?
- Auriez-vous d'autres choses à rajouter concernant la question de la nutrition en EHPAD?

Questionnaire : Médecin coordonnateur d'un EHPAD Ile-de-France

Présentation du Médecin coordonnateur, de son rôle au sein de l'EHPAD

- Quelles sont les principales missions du médecin coordonnateur au sein d'un EHPAD?

Rôle du Médecin coordonnateur en matière de prévention et de détection de la dénutrition en EHPAD :

- **Lors de la phase de pré-admission et d'admission**
 - De quelle manière intervenez-vous lors de cette phase ?
 - L'outil MNA (Mini Nutritional Assessment) est-il utilisé ?
- **Après l'admission**
 - Quelle est la procédure suivie pour repérer les personnes dénutries ?
 - Quels sont les traitements curatifs pour y remédier ?
 - Parvenez-vous à trouver des solutions efficaces pour lutter contre le jeûne nocturne ?
 - Que pensez-vous des régimes restrictifs appliqués aux personnes âgées ? Qu'en est-il dans votre établissement ?
 - De quelles solutions disposez-vous pour lutter contre la dénutrition : plats enrichis, texture modifiée, etc...?
 - Les repas sont-ils personnalisés ou personnalisables au regard du temps que peut consacrer le personnel aux repas ?

Articulation des missions du médecin coordonnateur et des autres acteurs (internes et externes)

- **Organisation en interne**
 - Les équipes sont-elles sensibilisées et impliquées dans la problématique de la dénutrition ? De quelle manière (Outil Nutrition MOBIQUAL?)
 - L'outil MobiQual est-il indispensable à la formation adaptée du personnel ?
 - Quelles sont les freins à une amélioration des pratiques des agents sensibilisés à cette problématique ?
 - Existe-t-il des instances spécifiques en charge de la lutte contre la dénutrition au sein de votre EHPAD (commission menus, commission nutrition) ? Quelle est leur composition ?
 - Existe-il une relation particulière entre le médecin coordonnateur et le chef cuisinier ? Le chef cuisinier est-il libre d'élaborer seul les menus ?
 - Il semble que l'ARS Ile-de-France délivre des certifications " Nutrition" à des agents d'EHPAD, que pensez-vous de cette certification ? Est-elle efficace et utile au quotidien ?
 - Des agents ont-ils bénéficié de cette certification au sein de l'EHPAD ?
- **Organisation et partenariat externe**
 - Travaillez-vous sur la question de la dénutrition avec les médecins libéraux ?
 - Travaillez-vous sur la dénutrition avec d'autres intervenants extérieurs (dentiste, kiné, ergo, orthophonistes, etc...) ? Selon quelles modalités ?

- Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans cette collaboration avec les médecins traitants libéraux ou autres professionnels médicaux ou paramédicaux ?
- Travaillez-vous en réseau avec d'autres médecins coordonnateurs ?
- L'établissement préfère-t-il signer des conventions plutôt que d'adhérer à des réseaux de professionnels de santé ?
- Quelle relation existe-t-il entre un médecin coordonnateur et un médecin traitant libéral ?
- Le mode de tarification des EHPAD a-t-il un impact important sur la politique de dénutrition menée par un établissement ?

Alimentation et maladie d'Alzheimer

- Que faites-vous pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? Une prise en charge nutritionnelle particulière est-elle nécessaire pour ce public ?
- Selon vous, un suivi nutritionnel des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer s'impose-t-il en prévention de l'aggravation du déficit cognitif ou de la dénutrition ?

Questionnaire : Cadre de santé

Sur la Nutrition:

- Quels sont selon vous les enjeux liés à la nutrition des personnes âgées en EHPAD ?
- Quelle place accorde-t-on à la nutrition dans le quotidien ?
- Comment se passe la prise en charge nutritionnelle des personnes lors de la préadmission, de l'admission ?
- Existe-t-il des procédures spécifiques en matière de nutrition pour les patients du Pôle de Soins et d'Activité Adaptée (PASA) ?

Organisation et réponses aux besoins des résidents:

- Quelle organisation permet de répondre (ou non) aux besoins du résident ?
- Quels acteurs clés interviennent dans la prise en charge nutritionnelle ? Quels liens existent entre eux ? (ex : visite des diététiciens)
- Existe-il des outils pour répondre aux besoins du patient en matière de nutrition ? (ex : référent nutrition ?)
- Comment est assuré le suivi ?
- L'organisation en tant que telle permet-elle un temps du repas adapté ? Les effectifs sont-ils suffisants ? Les formations sont-elles adaptées ?
- Le circuit de restauration est-il adapté à la politique de nutrition et à l'EHPAD ?

La place et le rôle du manager:

- Quelle place pour le manager et quel rôle pour l'établissement ?
- Quel rôle en tant que manager (pour développer la politique et la sensibilisation en matière de nutrition) et en tant que coordinateur des soins dans l'unité (ex : contrôler le suivi) ?

- Quelle importance accordée par l'établissement (ex : inscription au projet d'établissements) cf données épidémiologiques?

Questionnaire : Aides-soignantes et faisant fonction d'aides-soignantes

La nutrition:

- Quels sont, selon vous, les enjeux liés à la nutrition des personnes âgées ? Quelle place accorde-t-on à la nutrition dans le quotidien ?

La prise en charge du patient:

- Les outils utilisés pour répondre aux besoins du patient ?
- Lors de la préadmission et de l'entrée du résident quelles sont les procédures en lien avec la nutrition à suivre ? Qui s'en charge ?
- Pendant le séjour quels outils sont utilisés pour assurer le suivi nutritionnel et répondre aux besoins (ex : transmissions, dossier informatisé...)? Qui collabore à ce suivi ?
- Y a t-il des éléments spécifiques pour les patients du PASA (Pôle d'Activité de Soins Adaptés)?

L'organisation des soins:

- Comment les agents procèdent-ils pour donner le repas ? Qu'est ce qui leur semble important ? Qu'est ce qui pourrait être amélioré ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées pour donner les repas ? Quelles sont les solutions apportées? Les ressources utilisées ? les référents ?

Questionnaire : Ergothérapeute d'EHPAD

- Comment concevez-vous la nutrition en EHPAD ? Est-ce un sujet important et pourquoi ?
- Quel est le lien entre la nutrition et le travail d'ergothérapeute ? Quel temps, quelle importance accordez-vous à cette thématique ?
- Selon vous, est-ce qu'on propose une prise en charge nutritionnelle adaptée à la personne âgée ?
- Comment faire pour améliorer cette prise en charge ? Quelles actions mettez-vous en place ? Avec qui travaillez-vous sur le sujet ?
- Quelles sont les éventuelles difficultés rencontrées et les ressources ?
- Avez-vous des choses à ajouter sur la nutrition en EHPAD ?

Questionnaire : Responsable APA (Activité Physique Adaptée)

- Comment concevez-vous la nutrition en EHPAD ? Est-ce un sujet important et pourquoi ?
- Selon vous, une prise en charge nutritionnelle adaptée est-elle apportée aux personnes âgées?

- Quel est le lien entre la nutrition et le travail d'APA ? Quel temps, quelle importance accordez-vous à cette thématique ?
- Quel est le rôle et l'impact des activités physiques sur la qualité de la nutrition des personnes âgées ? Quels types d'activités physiques (groupe, individuelles, prescriptions) sont proposés ? (Comment s'adapter à la personne ? Y a-t-il une évaluation préalable et par qui ? Y a-t-il un suivi des effets ?)
- Est-ce que vous faites des liens avec l'alimentation de la personne ? Comment et avec qui ?
- Quels outils de traçabilité et de suivi médical ou paramédical utilisez-vous ? (ex : transmissions) ?
- Assistez-vous à des instances et/ou groupe de travail ?
- Comment faire pour améliorer cette prise en charge nutritionnelle ? Quelles actions met-elle en place ? Avec qui elle travaille sur le sujet ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées et de quelles ressources disposez-vous ?
- Avez-vous des choses à ajouter ?

Questionnaire : Diététicienne en CH et EHPAD

Présentation:

- Quelles sont vos missions au sein du CH ? Sur la prise en charge des personnes âgées ? En EHPAD/USLD ?

Sur la nutrition:

- Comment définissez-vous la nutrition ? Quel périmètre et qu'est-ce que cela englobe ?
- Quel rôle occupez-vous dans la nutrition des personnes âgées ? Quel est votre rôle ? Sur quels points êtes-vous sollicitée ?

Sur les soins liés à la nutrition ou la dénutrition:

- Comment diagnostiquez-vous la dénutrition ? lors de l'admission et tout au long de l'accompagnement (PVI, MNA, pesée, transmissions adaptées) ?
- Quelles sont vos solutions pour lutter contre la dénutrition ? (manger-mains, textures modifiées, choix des aliments, couleurs, saveurs, présentation, prévention bucco-dentaire)
- Que pensez-vous du manger-mains ?
- Comment conciliez-vous la prise en charge sanitaire (régimes restrictifs) et le plaisir de manger ? Est-ce pour vous contradictoire ou conciliable ?
- Les désirs individuels des résidents sont-ils pris en compte ? Si oui dans quelle mesure ? Cela dépend-t-il des EHPAD ?

Sur la prévention:

- Avez-vous un rôle en matière de prévention de la dénutrition des personnes âgées ?auprès des professionnels ? auprès des familles ?
- Collaborez-vous avec les gériatres ou médecins traitants ? Dans quelle mesure ?
- Remarquez-vous une évolution des prises de conscience sur l'importance de la nutrition des personnes âgées ? Pensez-vous avoir un impact sur ces prises de conscience ?
- Quelle place occupe la santé bucco-dentaire dans les soins portés aux personnes âgées ? Est-ce satisfaisant selon vous ?

Questionnaire : Professionnels de la santé bucco-dentaire collaborant avec des EHPAD

Présentation de la structure :

- Quel est votre rôle en matière de santé bucco-dentaire des personnes âgées ?
- Quel est votre statut ? Votre mode de financement ?
- Quel est votre lien avec les EHPAD ?
- Comment qualifier la collaboration avec les EHPAD ? Quels sont les facteurs de difficultés ?

Sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées :

- Comment qualifiez-vous la santé bucco-dentaire des personnes âgées en France ? Et plus particulièrement en EHPAD ?
- Quels sont les facteurs de l'aggravation de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées ?

Sur les différentes actions :

- Que faites-vous en matière de prévention en EHPAD ?
- Que faites-vous en matière d'entretien régulier de la dentition des personnes âgées en EHPAD ?
- Lorsqu'une personne âgée en EHPAD nécessite des soins importants, comment pouvez-vous agir ?

Sur le lien entre l'hygiène bucco-dentaire et la nutrition :

- En quoi la nutrition est-elle importante selon vous ? Est-elle suffisamment prise en compte ?
- Comment une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut-elle entraîner une mauvaise nutrition ?
- Ce lien entre nutrition et hygiène bucco-dentaire est-il évident pour tout le monde ?

Sur les difficultés que rencontrent les professionnels de la santé bucco-dentaire :

- Comment les dentistes libéraux sont-ils impliqués dans les EHPAD ?
- Comment « la bouche » est-elle perçue par les soignants dans les EHPAD ?
- Comment envisager une meilleure prise en charge de la santé bucco-dentaire pour une meilleure nutrition ?

Questionnaire : Représentants d'Agence Régionale de Santé

Présentation de la structure

- Quelles sont vos missions ?

Les politiques en matière de nutrition:

- Quelle est la politique nationale en matière de prévention et de lutte contre la dénutrition ?
- Quel apport du plan national nutrition de santé au niveau des ARS, du projet régional de santé et au niveau des délégations territoriales ?

Partenariat:

- Qui sont les partenaires de l'ARS en matière de nutrition ?

- Pouvez-vous nous présenter l'articulation interne entre les différents services de l'ARS (promotion et prévention de la sante, service établissements médico-sociaux, service inspections) ?
- Quelle est l'étendue du travail conduit avec le Conseil départemental : conduite d'actions, tarification et inspections (alimentation, restauration, nutrition) ?

Repérage et lutte contre la dénutrition:

- De quels outils disposez-vous au niveau des délégations territoriales pour repérer la dénutrition dans les établissements ?
- Quelle utilisation faites-vous des outils suivants: Conventions tripartites, CPOM?
- Des crédits non reconductibles et le Fonds d'intervention régional (FIR) sont-ils mobilisés pour financer des actions de prévention et de lutte contre la dénutrition?
- Des actions innovantes en matière de nutrition sont-elles conduites dans le département?
- Que pensez-vous de l'utilisation de l'outil PATHOS en matière de nutrition ?

Les perspectives:

- Selon vous la nutrition fait-elle l'objet d'une politique de santé publique efficace?
- Quelles perspectives envisagez-vous sur la question?
- Quelles sont les conséquences de la réforme territoriale sur la mise en œuvre de cette politique de santé publique par les ARS?

Questionnaire : Référente qualité établissements personnes âgées/ personnes handicapées d'un Conseil départemental

Présentation des missions

- Pourriez-vous nous présenter votre champ d'intervention et vos missions au sein du Conseil départemental?

Politique départementale en matière d'alimentation et nutrition en EHPAD

- Quelle est la politique départementale en matière d'alimentation et donc de prévention de la dénutrition?
- Le schéma gérontologique départemental contient-il un axe relatif à l'alimentation en EHPAD?
- Des actions innovantes relatives à l'alimentation et/ou à la nutrition sont elles développées au sein d'EHPAD du département et soutenues par le Conseil départemental? (ex : manger-mains, développement de gammes de pâtisseries enrichies en protéines etc...)
- Cette politique fait-elle l'objet d'un travail partagé avec l'ARS?
- En décembre 2015, la secrétaire d'Etat chargée de la Famille, de l'Enfance, des Personnes âgées et de l'Autonomie, a officiellement lancé la charte "Mieux manger, moins jeter en EHPAD", avez-vous pu prendre connaissance de son contenu et un travail est-il envisagé à l'échelle du département?

Organisation de la restauration en EHPAD

- L'accompagnement lors de la prise des repas par des aides-soignantes est identifié comme un facteur de prévention de la dénutrition. Le département a-t-il défini des ratios de personnel ?

- Quelle analyse faites-vous des différentes modalités d'organisation des services de restauration en EHPAD (externe, interne)? Peuvent-elles avoir une influence sur la nutrition?
- La forme juridique des EHPAD (privés lucratifs/ publics) a-t-elle un impact sur la qualité de l'alimentation et sur la nutrition en EHPAD?
- Quel est le coût moyen d'un repas en EHPAD dans votre département? Le cas échéant, comment se situe-t-il par rapport à la moyenne nationale?

Inspections /contrôles

- Lors des inspections existent-ils des points de vigilance en lien avec la nutrition des résidents (qualité nutritionnelle et gustative des aliments, menus, horaires des repas etc...)?

Questionnaire : Infirmière de santé publique en Agence Régionale de Santé

Présentation du métier :

- Pouvez-vous nous rappeler vos missions ? Où exercez-vous vos fonctions ?
- Dans quel cadre ou dans le cadre de laquelle de vos missions êtes- vous confrontée à la problématique de la dénutrition au sein des EHPAD ?

Sur la nutrition en EHPAD :

- Quels sont les points de vigilance que vous avez identifiés en matière de nutrition lors de vos inspections? Existe –t-il des évolutions (représentation de la nutrition, dénutrition, intérêt des activités physiques et soins bucco-dentaires...)?
- Quels écarts constatez-vous entre les recommandations et les pratiques au sein des EHPAD? Comment l'expliquez-vous ?
- Quelles sont les actions mises en places? Les perspectives ? Comment ? Avec Qui ?

Sur la conscience des professionnels en matière de nutrition des personnes âgées :

- Depuis quand ce sujet est-il devenu une préoccupation selon vous ?
- Les équipes médicales soignantes et paramédicales sont-elles conscientes et prennent-elles en compte cette thématique dans leur pratique quotidienne ?
- Selon vous, de qui l'impulsion en la matière doit- elle venir ?
- Quelles évolutions avez-vous remarquées en la matière ? (depuis combien de temps?)
- Sur quel cadre réglementaire vous basez-vous ?

Etablissements et équipes médicales :

- Quels sont vos interlocuteurs au sein des établissements ?
- Dans quelle mesure travaillez -vous avec les médecins coordonnateurs ? Quel rôle doivent-ils jouer selon vous dans cette problématique de la dénutrition ?

Sur les actions menées ou à mener :

- De quels outils, plans d'actions et évaluations disposez-vous ?
- Quelles difficultés identifiez-vous lors de la mise en œuvre de certaines actions ?
- Quels freins à l'amélioration de la nutrition avez-vous identifiés?
- Pouvez-vous nous présenter des actions et recommandations innovantes que vous avez identifiées ou mises en place au cours de votre carrière ?
- Auriez-vous autre chose à rajouter concernant la question de la nutrition en EHPAD ?

Questionnaire : Groupe de maisons de retraite

L'organisation générale du groupe :

- Pouvez-vous nous présenter votre structure ainsi que vos fonctions au sein de celle-ci ?
- Quelle est la relation entre le siège et les entités locales ? Quelles sont leurs marges de manœuvre ?

La reconnaissance d'un enjeu nutritionnel :

- Quelles sont les valeurs que vous défendez en matière nutritionnelle ?
- Depuis combien de temps avez-vous conscience de l'enjeu nutritionnel en institution ?
- Dans quel cadre votre Institut du bien vieillir s'insère-t-elle dans les politiques mises en place par vos établissements ?

L'organisation institutionnelle et managériale pour contrer la dénutrition des personnes âgées :

- Combien d'instances spécialisées sur cet aspect nutritionnel existe-il et quels sont leurs rôles ?
- Comment est assuré le suivi nutritionnel de chaque résident ? Est-il individualisé ?
- Les évaluations nutritionnelles se font-elles périodiquement ?
- Quelles sont les missions du médecin coordonnateur ? du chef cuisinier ?
- Quelles relations existent entre les équipes hôtelière et soignante ?
- Etes-vous confronté au problème de la durée du jeûne nocturne? Le cas échéant, qu'elles actions mettez-vous en œuvre pour y remédier?
- Quelle est l'organisation du service pour s'adapter au temps de prise de repas d'une personne âgée ?
- Quelles sont les formations du personnel en matière de nutrition ? Et sur le jeûne nocturne ?

La question de l'organisation de la cuisine :

- Avez-vous recours à des prestataires extérieurs ?
- Les modes de gestion de la cuisine sont-ils uniformisés au sein de toutes vos structures ou ces dernières sont-elles libres de choisir une externalisation ou d'internaliser la cuisine ?
- Comment conciliez-vous variété des menus et respect des normes HACCP ?
- Cette sécurité alimentaire nuit-elle à la notion de plaisir ?
- Faites-vous appel à des producteurs locaux, bios circuits courts ? Que représentent les coûts de cette démarche ?

La mise en place de techniques alimentaires pour lutter contre la dénutrition :

- Quelles sont vos solutions culinaires pour lutter contre la dénutrition ?
- Que pensez-vous du manger-mains et autres techniques telles que la texture modifiée, notamment pour les personnes Alzheimer et ayant des troubles en matière de déglutition/mastication ?
- Avez-vous eu besoin de former ou sensibiliser les équipes et les familles, notamment pour le manger-mains ?
- Comment conciliez-vous la prise en charge en santé (notamment les régimes restrictifs) et le plaisir de manger ?

Questionnaire : Société de restauration collective

Questions relatives à l'organisation générale du groupe :

- Pouvez-vous nous présenter votre structure ? Quel est son périmètre d'action ?
- Quelles sont les relations entre le siège parisien et vos entités régionales ?

La reconnaissance d'un enjeu nutritionnel :

- A quel moment avez-vous perçu le secteur "Seniors" comme un secteur à part entière ?
- Quelle est votre définition des notions de nutrition et alimentation ?

La relation avec les établissements-clients :

- Quelles valeurs mettez-vous en avant auprès de vos clients ?
- Quels types d'offres proposez-vous à vos clients ? Vos offres concernent-elles uniquement l'aspect alimentaire ou sont-elles plus larges ?
- Est-ce majoritairement les gros groupes privés qui font appel à vos services ?

La question de l'organisation de la cuisine :

- Effectuez-vous principalement des externalisations complètes de la cuisine ou vos participations hôtelières sont-elles plus diversifiées ?
- Comment vous positionnez-vous en tant que prestataire ? Travaillez-vous en collaboration avec le client pour définir votre implication exacte dans l'organisation interne ?
- Vos clients préfèrent-ils davantage faire appel à la liaison froide ou chaude ? Quelles sont les difficultés rencontrées pour chacune de ces techniques ?

La mise en place de techniques alimentaires pour lutter contre la dénutrition :

- Quels sont les outils indispensables à vos yeux pour contrer la dénutrition ?
- Que pensez-vous de la texture modifiée ? du manger-mains ? Autres ?

Questionnaire : Ingénieur restauration d'un Groupement de Coopération Sanitaire

Présentation du statut, du métier et du rôle

- Pouvez-vous nous présenter votre parcours professionnel ?
- Quel est votre rôle actuellement au sein du GCS ?
- Quels sont vos collaborateurs internes et externes ? (ex : le directeur de l'hôpital, la cadre de santé, la directrice de soins, etc...) ?
- A quel type d'instance assistez-vous ?

La nutrition en EHPAD:

- Dans vos actions, travaillez-vous sur la question de la nutrition des personnes âgées en EHPAD ? Est-ce une action importante ? Un sujet de préoccupation ? Un axe de travail ?
- Selon vous, qu'est-ce qu'une "bonne nutrition" ? Qu'est-ce que cela englobe ?
- Pourquoi est-ce un sujet de préoccupation en EHPAD ?
- Quels sont les impératifs à prendre en compte pour l'alimentation en EHPAD ?
- Existe-t-il des enquêtes de goût et comment les prendre en compte dans un groupement ?
- Comment concilier "désir" et "besoin" ? Selon vous est-ce contradictoire ou conciliable ?

- Sur quels éléments théoriques vous appuyez-vous ? (textes, recommandations, bonnes pratiques, projet d'établissement...)

Le rôle du GCS en matière de nutrition :

- Qu'est-ce qui est fait dans le GCS pour répondre à ces objectifs ? Et est-ce suffisant ?
- Comment travaillez-vous sur le sujet et avec qui ?
 - a. Procédure d'évaluation (données médicales, enquête de satisfaction, audit ...)
 - b. Réajustement (travail avec les diététiciens, commissions menus...)
- Quel travail menez-vous avec les agents des cuisines sur le sujet ? (notamment pour l'élaboration des menus etc...)

Les perspectives :

- D'après vous, est-ce un sujet qui évolue au fil des années ou des politiques ou au contraire qui stagne dans son traitement ? Et pourquoi ?
- Quels peuvent être les obstacles et les ressources pour l'amélioration de la nutrition en EHPAD ?
- Quel est l'impact de la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité alimentaire sur l'organisation ?
- Comment améliorer la nutrition ? Sur quel levier s'appuyer ? Dans quel délai ?
- Est-ce un axe de travail dans les cuisines ? (ex : formation pour la présentation, les textures...)

Questionnaire : MobiQual

Présentation:

- Qui êtes-vous ? Pourquoi MobiQual a-t-elle été créé ?
- Quelles sont vos missions et vos activités ?
- Quelle est la composition de votre équipe ?
- Existe-il une réelle reconnaissance de votre travail à l'échelle nationale ?

Collaboration et outils de travail:

- Avec qui êtes-vous amené à travailler ?
- Après de quelles catégories de personnel ?
- Quels sont vos outils, et notamment vos outils phares ?
- Quelle est l'efficacité de vos outils ? *Existent-ils des chiffres ?*

Sur la création de l'outil MobiQual:

- Comment et pourquoi a été conçue la mallette MobiQual ?
- Quels étaient les financements pour la mallette MobiQual ? Qu'en est-il aujourd'hui et quelles répercussions cela va-t-il avoir pour les établissements demandeurs ?
- Quelle est l'importance de la nutrition par rapport à des autres thèmes abordés par votre dispositif ?

Annexe 4 : Photo des outils de l'ergothérapeute



- 1- Verre à encoche nasal
- 2- Verre à pied
- 3- Assiette à rebord
- 4- Couteau-fourchette
- 5- Cuiller à bord replié
- 6- Cuiller à manche replié
- 7- Fixateur à fruit / légume
- 8- Cuiller à manche allongé

Annexe 5: Résumé du rapport

Thème n°31 Animé par : Monsieur MAGNAVACCA Joseph, Conseiller d'établissements au cabinet de Pascale Boistard, Secrétaire d'Etat chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie

La nutrition en EHPAD, un enjeu de santé publique en recherche d'efficacité

BADIOLA Joana (D3S) / du BOIS de MEYRIGNAC Valentine (D3S) / FERNANDES Charlotte (EDH)/ HAMITOCHE Samia (IASS) / MOLLER-GRASSER Aude (AAH) /ROSENBERGER Juliette (EDH) /SAGNARD Myriam (DS) / VIDAL-ROSSET Hugo (D3S)

Résumé :

La nutrition se définit comme « *le processus d'assimilation et de dégradation des aliments qui ont lieu dans un organisme, lui permettant d'assurer ses fonctions essentielles* ». Pourtant plusieurs définitions plus ou moins restrictives de la nutrition sont données par les professionnels. Nous avons fait le choix de retenir une définition la plus large possible de celle-ci.

Selon la Haute Autorité de Santé en 2007, 15 à 38 % des personnes âgées vivant en institution souffrent d'une dénutrition qui entraîne de nombreuses conséquences sur la santé des personnes âgées (escarres, risques de chutes, dépression...) et sur leur qualité de vie. La dénutrition a plusieurs causes, qui sont aujourd'hui bien identifiées et inhérentes au vieillissement des personnes (troubles de la régulation de l'appétit, troubles bucco-dentaires, maladies chroniques, polymédications et régimes restrictifs). Les EHPAD sont donc particulièrement confrontés à cette question.

La prise de conscience par les pouvoirs publics et les professionnels de santé des besoins des personnes âgées fait de la nutrition en EHPAD un enjeu en santé publique. Au sein des EHPAD, que la cuisine soit en interne ou externalisée, la restauration fait souvent l'objet d'une attention particulière de la part des équipes de direction, qui doivent concilier besoins nutritionnels, contraintes économiques et organisationnelles, tout en favorisant le plaisir de manger pour les résidents.

Depuis un certain nombre d'années, d'autres volets émergent comme des enjeux majeurs (goût des aliments, convivialité et ambiance du repas, individualisation des repas, implication de la personne âgée, importance d'une meilleure hygiène bucco-dentaire pour augmenter la prise alimentaire ...). Des innovations en ce domaine sont impulsées par des établissements précurseurs, qui pourraient être une source d'inspiration pour d'autres. Les autorités de tutelle pourront encourager davantage ces initiatives, par exemple dans le cadre d'objectifs insérés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Une meilleure prise en charge de la nutrition pourrait même être un levier de « performance économique et sociale » et un moyen de répondre aux exigences de demain (responsabilité environnementale notamment).

Mots clés : *Nutrition, alimentation, bien-être, plaisir, organisation, efficacité, recommandations, contraintes budgétaires, EHPAD*

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs