



EHESP

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion : **2007 - 2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

**Comment mesurer et améliorer
l'état nutritionnel en EHPAD ?
l'exemple du Morbihan**

Isabelle RABAULT

Remerciements

À toi, mon enfant, qui a vécu cette aventure de « l'intérieur ».
Ce mémoire est aussi le tien.

À Hugues, Guillaume et Garance pour leur présence et leur soutien indéfectible.

À mes parents pour leur aide et leur présence bienveillante.

Au Dr Bernard JUNOD, sans qui ce mémoire ne serait rien, je voudrais lui adresser ma profonde reconnaissance et mon plus grand respect.

À Marielle DOREAU et Félicina CANTONS, sans qui cette formation n'aurait pas eu lieu, un grand merci.

À Madame Catherine RIOU, du Conseil général du Morbihan, qui s'est toujours montrée disponible et de bon conseil.

Au Dr François PINOCHE, qui, par sa vision professionnelle de médecin gériatre coordonnant un EHPAD, m'a permis d'éviter bien des écueils.

Au Dr Catherine COROUGE pour sa gentillesse et sa disponibilité.

À tous les directeurs d'EHPAD, sollicités et rencontrés, un grand merci pour leur accueil sympathique, l'intérêt qu'ils ont porté à ce travail et leur collaboration. Ils m'ont encouragée et soutenue tout au long de ce travail.

À tous les médecins coordonnateurs pour leur investissement auprès de nos aïeux malgré les difficultés rencontrées.

À tous les résidents d'EHPAD qui ont contribué à cette étude.

Enfin, un grand merci à mes collègues de promotion pour leur bonne humeur qui a égaillé mes séjours sur Rennes. Au Dr François PETITJEAN, pour son accompagnement dans ce parcours professionnel un peu atypique. À Véronique ZASTAWNY pour sa présence discrète et bienveillante. À Marie-Élisabeth COSSON pour son accompagnement méthodologique, sa grande disponibilité et sa sympathie.

Sommaire

Introduction	1
1 Contexte et problématique	5
1.1 La nutrition de la personne âgée : une priorité de santé publique	5
1.1.1 Au niveau européen	5
1.1.2 Au niveau national.....	5
1.1.3 Au niveau local et régional	7
1.2 Le statut nutritionnel de la personne âgée et les aspects psychosociaux de son alimentation.....	9
1.2.1 Les aspects nutritionnels du vieillissement physiologique.....	10
1.2.2 Les principaux risques nutritionnels.....	12
1.2.3 Les aspects psychosociaux de l'alimentation, Le plaisir et la symbolique alimentaire liés à la sociabilité	12
1.3 La dénutrition de la personne âgée	14
1.3.1 Epidémiologie de la dénutrition : une prévalence de 15 à 30 % en institution	14
1.3.2 Evaluation de l'état nutritionnel.....	15
1.3.3 Repérage des situations à risque de dénutrition.....	16
1.3.4 Les conséquences de la dénutrition	17
1.3.5 La prise en charge de la dénutrition.....	17
1.3.6 La prévention de la dénutrition	18
1.4 Le contexte du département du Morbihan.....	18
1.4.1 Les caractéristiques démographiques du vieillissement dans le Morbihan	18
1.4.2 Le schéma gérontologique 2006-2010	19
1.4.3 Etat des lieux des établissements pour personnes âgées dans le Morbihan.	20
1.4.4 Les EPHAD	21
1.5 Le choix du thème.....	22
1.5.1 Questionnement méthodologique.....	22
1.5.2 Les objectifs et travail ou sous-questions	23
1.5.3 Les objectifs du mémoire.....	23
1.5.4 La dénutrition du sujet âgé en établissement : une préoccupation relevant de la compétence du MISP et du médecin territorial	23
2 Méthodologie.....	24
2.1 Constitution de l'échantillon	25

2.2	Estimation de la prise en charge nutritionnelle dans les EPHAD du Morbihan.....	25
2.3	Le point de vue des usagers : les résidents	26
2.4	Le point de vue d'un acteur incontournable : le cuisinier	27
3	Résultats	27
3.1	Etat des lieux dans le Morbihan.....	27
3.1.1	Typologie des EPHAD	27
3.1.2	Le statut nutritionnel : recueil des indices de masse corporelle	29
3.2	Le point de vue des directeurs	32
3.2.1	Le temps du repas, un moment de convivialité	32
3.2.2	Des animations autour de l'alimentation.....	34
3.2.3	La prise en compte des désirs culinaires	34
3.2.4	Le suivi du statut nutritionnel des résidents.....	34
3.2.5	Un intérêt certain pour cette question.....	35
3.2.6	Des questions sans réponse.....	35
3.3	Le point de vue des médecins coordonnateurs	35
3.3.1	Des médecins coordonnateurs, généralistes et libéraux, souhaitant mutualiser leurs actions	35
3.3.2	Des médecins coordonnateurs, engagés, voulant améliorer la prévention de la dénutrition.....	36
3.3.3	De réelles motivations à exercer entachées toutefois par des difficultés certaines.....	37
3.4	La parole d'un acteur incontournable : le cuisinier.....	37
3.5	La parole de résidents autour de l'alimentation et du temps du repas.....	39
4	Discussion	40
4.1	Discussion de la méthode.....	40
4.2	Les limites de cette étude	41
4.2.1	Les biais de sélection.....	41
4.2.2	Les biais d'information	42
4.2.3	Les biais de mauvaise classification	42
4.3	Les résultats des IMC	43
4.4	Une échelle de dépistage non adaptée à notre enquête	45
4.5	Le difficile exercice de médecin coordonnateur.....	46
4.6	La nécessaire revalorisation de la fonction de médecin coordonnateur	47

5 Préconisations	50
Conclusion.....	53
Bibliographie	55
Textes législatifs et réglementaires.....	55
Ouvrages.....	55
Rapports.....	57
Liste des annexes	I
ANNEXE I	II
ANNEXE II	V
ANNEXE III	VI
ANNEXE IV	VII
ANNEXE V	X
ANNEXE VI	XI
ANNEXE VI	XII
ANNEXE VII	XIII
ANNEXE VIII	XIV
ANNEXE IX	XV
ANNEXE X	XXIV
ANNEXE XI	XXXII

« De tous les arts, l'art de guérir est le plus noble... Vos remèdes, ce sont vos aliments. »

HIPPOCRATE

« L'alimentation doit non seulement être un objet apportant des nutriments, mais elle doit faire plaisir et posséder un prestige, une valeur évocatrice de réconfort... L'homme est probablement consommateur de symboles autant que de nutriments ».

Jean TRÉMOLIÈRE, 1969
Biologie générale, Tome 4
Dunod, pp. 462-463

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressource
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCK	CholeCystoKines Pancréozimines
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNA	Conseil National de l'Alimentation
CODERPA	COmité DEpartemental des Retraités et Personnes Agées
DPE	Dénutrition Protéino-Energétique
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et sociales
EHPA	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
GMP	Gir Moyen Pondéré
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haute Comité de Santé Publique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut Supérieur d'Etudes et de la Recherche Médicale
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
MNA	Mini Nutritional Assessment
MPE	Malnutrition Protéino-Energétique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PRSP	Programme Régional de Santé Publique
SFGG	Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

Introduction

À la fin des années 60, on attendait de l'alimentation qu'elle soit « nourrissante », « rassasiante ». La notion d'équilibre alimentaire, qui était pratiquement inexistante il y a 40 ans, fait désormais partie des préoccupations contemporaines. Cependant, les attentes par rapport à l'alimentation ne se limitent pas seulement à l'équilibre. Le plaisir et la convivialité apparaissent comme des notions importantes et confirment la pertinence de la définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « un bien-être global, physique, psychologique et social ». Ainsi, les interactions entre nutrition et vieillissement ne nous sont apparues que depuis 20 ans.

Les personnes âgées représentent une part de plus en plus importante de la population sous l'effet combiné de l'allongement de la vie et de la baisse de la natalité. Selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), quel que soient les hypothèses formulées sur la mortalité, la fécondité et les flux migratoires, la population française vieillit et cette évolution est inéluctable : le scénario central, correspondant à une prolongation des tendances des deux dernières décennies, montre une part des 60 ans et plus passant de 31,1 % en 2030 à 35 % en 2050, alors que cette même part de la population était de 16,2 % en 1950 et de 20,6 % en 2000¹. Le département du Morbihan n'échappe pas à cette évolution démographique. La population des 60 ans et plus progresserait de près de 120 000 personnes pour frôler les 39 % de la population morbihannaise en 2030 (contre 24 % en 1999). Et, toujours selon ces mêmes projections de l'INSEE, le nombre de personnes de 80 ans et plus devrait doubler dans le Morbihan d'ici 2020². Ce vieillissement de la population est sans doute aggravé par la situation géographique du département. Ainsi, le Morbihan a accueilli une part non négligeable de retraités entre 1990 et 1999 : 16 % des nouveaux arrivants ont plus de 60 ans, contre 8 % en Ille-et-Vilaine et 11,5 % dans le Finistère³.

Avec l'avance en âge, les risques nutritionnels ne sont plus liés à la pléthore comme chez les sujets jeunes, mais à la carence. En effet, les modifications physiologiques du

¹ BRUTEL C., OMALEK L. *Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (horizon 2030 /2050)* p.13 [visité le 28.05.08] disponible sur Internet : http://insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/irsoc016.pdf

² INSEE *Le Morbihan* p.5 [visité le 29.05.08] disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/bretagne/rfc/docs/morbihan.pdf

³ Idem p.4

vieillesse expose les personnes les plus âgées au risque de dénutrition et ce d'autant plus qu'elles souffrent de maladies chroniques surajoutées.

La dénutrition est fréquente en milieu hospitalier et institutionnel. Elle constitue le principal facteur de mauvais pronostic chez la personne âgée. Pour le Conseil National de l'Alimentation (CNA), elle est de 30 % pour ceux qui entrent en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ou non (EHPAD ou EHPA)⁴.

Ces données sont confirmées, au niveau national, par une « *enquête INSERM 1999 – Expertise collective* » selon laquelle « on évalue en France à près de 5 % la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées de plus de 65 ans, soit environ 450 000 individus ; ce chiffre peut aller de 40 à 80 % chez les personnes âgées vivant en institution (maison de retraite, hôpital...) »⁵. En ce qui concerne le département du Morbihan, nous ne disposons pas de données.

Malgré ces constats nationaux, la dénutrition semble faiblement identifiée et peu traitée chez les sujets âgés, bien que la perte de poids soit un indicateur de repérage aisé de la personne à risque. Pourtant, les conséquences de la dénutrition sont importantes tant sur le plan médical (diminution de la force musculaire avec risque de chute, sensibilité accrue aux infections, anémie, risques cutanés, etc.) que sur le plan social et humain (augmentation des coûts médicaux de prise en charge et mauvaise qualité de vie).

À partir du constat des données nationales sur la dénutrition des personnes âgées vivant en institution et de l'absence de données départementales pour le Morbihan, nous nous sommes posés la double question suivante : quel est l'état nutritionnel des personnes de plus de 70 ans vivant dans les EHPAD conventionnés du département et quelles pourraient en être les voies d'amélioration dans ce cadre ?

À partir de cette question centrale nous avons développé des hypothèses qui ont été les suivantes :

- le statut nutritionnel des personnes âgées de plus de 70 ans vivant en EHPAD dans le Morbihan est le même qu'au plan national.
- la dénutrition s'installe en institution par manque d'évaluation de l'état nutritionnel des résidents par des paramètres simples et peu coûteux.

⁴ CNA. Avis n° 53 sur *les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques*, 2005

⁵ INSERM *Expertise collective : carences nutritionnelles* p.2 [visité le 29.05.08] disponible sur Internet : <http://ist.inserm.fr/basispresse/DP/DP1999/9avril1999.fr>

- la dénutrition s'installe en institution par absence ou retard de mise en oeuvre des mesures thérapeutiques appropriées propres à limiter les conséquences de la malnutrition.

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons effectué une enquête en deux temps. Nous avons d'abord dressé un profil des EHPAD du Morbihan ayant signé convention tripartite au 31 décembre 2006 afin de constituer un échantillon de 20 EHPAD et de poursuivre le travail plus en profondeur.

En effet, La prévention de la dénutrition chez les personnes âgées, véritable enjeu de santé publique dans une population vieillissante, se situe au carrefour des préoccupations de l'État, en ce qui concerne la politique de santé et la maîtrise de l'enveloppe sanitaire, ainsi que du département, chef de file de la politique gériatrique.

Le médecin inspecteur de santé publique (MISP) en tant qu'acteur central de la déclinaison locale des politiques nationales de santé publique veille à la mise en oeuvre de ces programmes. Il a aussi pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents des établissements pour personnes âgées, telle que la réglementation le prévoit et de lutter contre la maltraitance. De plus, il pourra aussi veiller à diminuer les répercussions de la dénutrition sur le système de santé (surcoût en frais médicaux et en produits pharmaceutiques).

Dans une première partie, nous aborderons le contexte et la problématique de cette priorité de santé publique tant sur le plan politique que sur le plan physiologique, sans oublier les aspects psychosociaux de l'alimentation du sujet âgé. Puis nous évoquerons la dénutrition de la personne âgée dans ses différentes composantes avant de nous intéresser au contexte départemental du Morbihan qui nous a amené à choisir ce sujet.

Dans une deuxième partie, nous expliciterons la méthodologie et les problèmes rencontrés dans la mise en oeuvre de cette étude. Nous nous intéresserons, dans une troisième partie, aux résultats que nous discuterons dans une quatrième partie. Enfin, dans une cinquième et dernière partie, nous ferons quelques propositions pour l'amélioration du statut nutritionnel des personnes de plus de 70 ans vivant en EHPAD dans le département du Morbihan.

1 Contexte et problématique

1.1 La nutrition de la personne âgée : une priorité de santé publique

Face à l'accroissement de l'espérance de vie, l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées est devenue un enjeu majeur de santé publique.

1.1.1 Au niveau européen

En 2002, le conseil de l'Europe a rappelé que la dénutrition a des conséquences importantes sur les coûts de la santé, l'état de santé de la personne âgée et sa qualité de vie. Afin de faire face à des problèmes de plus en plus prononcés pour la santé de ses populations vieillissantes, l'Union Européenne crée un livre blanc définissant une nouvelle stratégie communautaire en matière de santé jusqu'en 2013. Cette stratégie, pour les années 2008 - 2013, vise à renforcer la coopération communautaire, à assurer une plus grande compréhension de la santé au niveau européen et à réserver plus de place à la santé dans l'ensemble des politiques. À cet effet, le livre blanc propose quatre stratégies et trois objectifs pour les années à venir. Le premier objectif est de favoriser un bon état de santé dans une population européenne vieillissante afin de tenter de contrôler une demande accrue de soins de santé⁶. Ainsi, l'union européenne incite ses états membres à développer, dans le cadre de leur politique nationale de santé publique, « la promotion des attitudes et des habitudes alimentaires favorables à la santé ».

1.1.2 Au niveau national

Par la loi du 9 août 2004, la France s'est dotée d'une « politique de santé selon des objectifs pluriannuels ». Le rapport annexé fixe des objectifs de santé pour cinq ans⁷. Un des 100 objectifs concerne plus spécifiquement la nutrition des personnes âgées : « réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries ». De plus, cette loi reprend les objectifs majeurs du premier Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2001 - 2005⁸. Ce programme a été construit en 2000 à la demande du premier ministre. Il s'appuie sur les travaux du Haut Comité de Santé Publique (HCSP) ainsi que sur les états généraux de l'alimentation de décembre 2000 et les avis du Conseil National de l'Alimentation (CNA)⁹. Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population en

⁶ <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11579.htm>

⁷ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel, n°185.

⁸ Programme National Nutrition Santé

⁹ Le conseil national de l'alimentation : *Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques* », n°53, 24p.

agissant sur un déterminant environnemental majeur qu'est la nutrition. Le bilan du premier PNNS objective qu'il aura eu le mérite de développer un cadre de références et de créer une dynamique autour des six axes stratégiques qui le composaient. « Concernant plus particulièrement les sujets âgés, l'apport principal de ce programme aura été le développement d'outils de dépistage de la dénutrition et d'outils de formation ». Suite à ce bilan plutôt positif, naît en 2006 le PNNS 2 (2006 – 2008). Chez les seniors, il vise à améliorer la prise en charge transversale de la dénutrition ou de son risque, que la personne vive à son domicile, dans un établissement médico-social ou dans un établissement de soins. Pour les EHPAD, il a pour ambition de mettre en place des formations sur la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition en s'appuyant sur le médecin coordonnateur.

Le plan « bien vieillir »¹⁰, lancé en 2003 par le premier ministre, complète le PNNS. Il s'agit d'un programme de promotion et de prévention de la santé. Il vise à inciter les plus de 55 ans à adopter des attitudes positives pour une vieillesse en bonne santé. Ainsi, il entend répondre d'une part au vieillissement de la population et d'autre part aux objectifs de la loi du 9 août 2004.

Dans la lignée de ces programmes nationaux, émergent des recommandations.

L'avis numéro 53 du CNA¹¹, du 15 décembre 2005, aborde les besoins alimentaires du sujet âgé ainsi que les contraintes spécifiques dues à cet âge. Les recommandations sont déclinées selon que la personne soit à son domicile ou en institution.

Le plan « Solidarité - Grand Âge » 2007 - 2012 du ministère du travail et de la solidarité¹² veut assurer, quant à lui, aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester à domicile. Il décline une série de mesures allant dans ce sens, notamment la création d'un congé de soutien familial et une consultation gratuite de prévention pour toutes les personnes âgées de plus de 70 ans.

Le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007 du ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, développe une culture de la

¹⁰ programme « bien vieillir » : <http://www.personnes.agees.gouv.fr>

¹¹ Avis numéro 53 du CNA du 15 décembre 2005

¹² Plan solidarité grand âge : http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes_agees/grands-dossiers/programme-national-bien-vieillir/

bienveillance notamment dans les établissements. Dix mesures concrètes ont été prises. Notamment, en ce qui concerne les institutions, la démarche d'amélioration de la qualité, la diffusion de guides de bonnes pratiques et le renforcement des effectifs et de la qualification du personnel sont des objectifs fixés¹³.

Plus récemment, en avril 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) formule des recommandations professionnelles pour améliorer la prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique (DPE) chez la personne âgée. Comme son nom l'indique, ces recommandations s'adressent aux professionnels œuvrant auprès du grand âge. Après avoir rappelé les signes d'appel de la dénutrition, il développe une démarche stratégique de prise en charge des patients dénutris.

En octobre 2007, le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, associé à la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG), publie un guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD. Après avoir postulé que « l'alimentation fait partie du soin », ce guide rappelle que l'essentiel est de conserver le plaisir de manger ; il développe la démarche d'une intervention nutritionnelle en établissement en fonction des problèmes de santé rencontrés par le résident et de sa dépendance.

Les programmes nationaux sont déclinés au niveau local.

1.1.3 Au niveau local et régional

au niveau régional : La loi du 9 août 2004 réorganise la politique de santé en région. Elle permet l'élaboration des programmes régionaux de santé publique (PRSP) mis en oeuvre par le groupement régional de santé publique (GRSP). Les plans nationaux sont déclinés dans le PRSP visant à améliorer les conditions de vie de la population et des sujets âgés en particulier. La nutrition est une des six priorités de santé publique de la région Bretagne.

Au niveau départemental : Depuis 1982-83 et les premières lois de décentralisation, ce sont les départements qui ont en charge les politiques sociales en faveur des personnes âgées. Le deuxième acte de la décentralisation, et notamment la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, réaffirme le rôle de chef de file du Conseil général dans la politique gérontologique et précise que celui-ci « coordonne, dans le

¹³ Plan de développement de la bienveillance : http://www.travail-solidarité.gouv.fr/actualité-presse/dossiers-presse/plan-developpement-bienveillance-renforcement_lutte_contre_la_maltraitance.html

cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale [...], les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public »¹⁴. Seule l'action sanitaire demeure dévolue à l'État.

Ainsi, les compétences du département sont multiples : il définit et met en oeuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il décide des prestations d'aide sociale aux personnes âgées. Il contrôle et tarifie les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Il coordonne les actions menées dans le domaine de la gérontologie. Il informe les personnes âgées sur leurs droits. Il travaille en lien avec les usagers à travers la Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées¹⁵ (CODERPA)¹⁶. Dans son rôle de contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux, le département est à même d'influencer en faveur d'une meilleure prise en charge nutritionnelle des personnes âgées institutionnalisées. De même, avec la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) versée par le Conseil général, le département peut prendre en considération les aspects alimentaires. L'APA a été créée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées. C'est une prestation en nature, versée soit directement aux bénéficiaires soit aux établissements, calculée au moyen de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologiques Groupe Iso Ressource) pour permettre l'achat de biens ou de services définis par un plan d'aide personnalisé par les agents du Conseil général.

Au niveau communal et intercommunal : Il semble important que les départements développent un partenariat actif avec les acteurs de la gérontologie de proximité, notamment les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS). Par la circulaire du 6 juin 2000¹⁷, sont instaurés les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC). La loi du 13 août 2004 confie la responsabilité de ces CLIC au Conseil général. Ce sont des lieux d'accueil, de conseil et d'orientation de la personne âgée et de sa famille. Ils interviennent dans une triple logique de proximité, d'accès facilité aux droits et de mise en place de réseaux professionnels. Le CLIC est avant tout un label composé de trois

¹⁴ Art L. 113-2 du Code de l'action sociale des familles

¹⁵ Périodique : Echanges Santé-Social - ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville – n°99, septembre 2000 p.80

¹⁶ CODERPA : instance destinée à instaurer une participation des retraités et des personnes âgées à l'élaboration et au suivi des actions sur la vie sociale, l'hébergement et les services de voisinage. Il est obligatoirement consulté sur le projet de plan gérontologique du département.

¹⁷ Infodoc INSERM : Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 d u 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination.

niveaux allant de l'information, à l'évaluation et l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé, jusqu'à la mise en œuvre et au suivi de ce plan. Chaque département organise l'implantation et le fonctionnement de ces CLIC en prenant en compte les réalités locales. Des relais gérontologiques voient le jour dans la continuité des CLIC. Ils en complètent les missions à un niveau de proximité plus proche des personnes et plus opérationnel. Enfin, les communes ont mis en place, de façon variable dans leurs prestations, des services de portage de repas à domicile pour les personnes âgées ou handicapées. Les repas sont fournis sur une période durable par un personnel qualifié. Pour compléter le maillage local, depuis la canicule de l'été 2003, la plupart des mairies tiennent à jour un registre de personnes vulnérables habitant leur commune afin de permettre une intervention ciblée en cas du « plan d'alerte et d'urgence ».

Ainsi, toutes ces politiques, qu'elles soient déclinées au niveau national ou local, visent à prendre en charge la personne âgée dans sa globalité. La prise en compte d'une alimentation équilibrée, du maintien du lien social et d'une activité physique régulière, contribue au maintien de la qualité de vie et à la réussite du vieillissement.

1.2 Le statut nutritionnel de la personne âgée et les aspects psychosociaux de son alimentation

Habituellement, on parle de « personne âgée » au-delà de 70 ans, bien que la classe d'âge la plus représentée en institution gériatrique soit celle des plus de 80 ans¹⁸. La malnutrition résulte d'une insuffisance d'apport en éléments nutritifs essentiels même si les apports énergétiques sont adéquats. La dénutrition est, quant à elle, la conséquence d'un déficit d'apports nutritionnels énergétiques. Elle est toujours associée à une perte de poids (supérieur à 10 % en moins de six mois ou une diminution de l'IMC en dessous de 21 kg /m² aux dépens de la masse maigre musculaire). La dénutrition a pour principale conséquence, outre la diminution musculaire pouvant occasionner une fatigabilité avec risque de chute, une immunodépression responsable d'infections.

¹⁸ FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p.93

1.2.1 Les aspects nutritionnels du vieillissement physiologique

Les modifications liées à l'âge touchent toutes les étapes depuis l'ingestion des aliments jusqu'au métabolisme des nutriments. Aucune n'est responsable à elle seule de la dénutrition. C'est l'accumulation de dysfonctionnements physiologiques liés au vieillissement qui peut être source de dénutrition. Nous allons décrire ces modifications en suivant le parcours digestif. Le vieillissement bucco-dentaire est le premier phénomène rencontré. La moitié des personnes âgées présente une édentation totale et, presque toutes celles hébergées en institution, une hygiène bucco-dentaire déficiente¹⁹. Une mauvaise dentition modifie les choix alimentaires ; les viandes, les légumes et les fruits sont moins souvent consommés. Avec l'âge, la sécrétion salivaire diminue laissant place aux candidoses buccales qui sont aggravées par la déshydratation et qui favorisent l'anorexie. Les soins dentaires et une bonne hygiène bucco-dentaire journalière apparaissent donc indispensables. Le seuil de goût s'élève avec l'âge, contribuant à une perte d'appétit si les plats ne sont pas assez relevés. Ce phénomène peut être aggravé par les médicaments souvent responsables d'agueusie favorable à l'anorexie et à la dénutrition.

La muqueuse gastrique s'atrophie avec le temps. Il en résulte une plus grande fréquence des gastrites chroniques pouvant aller jusqu'à l'ulcère. Si cette pathologie n'est pas prise en compte, la dénutrition s'installe insidieusement du fait de la dyspepsie et de l'anorexie. Le sujet âgé peut alors être entraîné dans une spirale car les états de malnutrition accélèrent le vieillissement digestif. La malnutrition engendre également une insuffisance pancréatique²⁰. De plus, l'augmentation des cholecystokinines pancréozimines (CCK) sériques, secondaire à la baisse de leurs récepteurs, pourrait être à l'origine d'une anorexie de la personne âgée en abaissant son seuil de satiété. Les sécrétions enzymatiques diminuent avec l'âge et peuvent entraîner un retard d'assimilation des nutriments dans l'intestin grêle pouvant aller jusqu'à la malabsorption. Enfin, d'une manière générale, le ralentissement du transit, souvent par manque d'activités physiques, est responsable d'une stase intestinale qui favorise la pullulation microbienne et la constipation. Cette constipation peut conduire à des régimes inappropriés renforçant la malnutrition.

Des modifications des métabolismes interviennent aussi avec l'âge :

Souvent, du fait du vieillissement, il s'instaure un manque d'activités physiques et une fréquente diminution de la ration protéique. La masse musculaire squelettique diminue

¹⁹ FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p.27

²⁰ FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p. 36 .

alors inexorablement avec l'âge : environ 40 % de perte à 65 ans²¹. La sarcopénie est la perte de la masse maigre, en particulier de la masse musculaire squelettique, en lien avec le vieillissement et indépendamment de toute pathologie²². En ce qui concerne le métabolisme lipidique, les lipoprotéines évoluent avec l'âge. L'hypercholestérolémie s'installe. C'est pourquoi, l'hypocholestérolémie du sujet âgé marque presque toujours un état de malnutrition. Selon P. FRIOCOURT, « la découverte d'un taux bas de cholestérol doit faire rechercher un certain nombre d'affections, et chez le sujet âgé principalement une dénutrition »²³. Du fait de l'altération de la sécrétion d'insuline et de sa moins bonne action au niveau musculaire, une intolérance au glucose peut apparaître. Les modifications physiologiques dues à l'âge ne peuvent être à elles seules responsables d'un diabète. Cependant, un diabète transitoire peut alors apparaître chez la personne âgée en situation de stress métabolique, d'affections ou d'opération chirurgicale. Le diabète n'apparaît que lorsque la personne âgée est porteuse du gène ou d'un syndrome inflammatoire chronique²⁴. Avec l'âge, l'os se décalcifie. Ce phénomène est accéléré chez la femme en période post ménopausique par manque d'œstrogènes. Il est aggravé par une moins bonne absorption du calcium avec l'âge. L'ostéoporose est une accentuation pathologique du vieillissement physiologique de l'os. Celle-ci se traduit par une baisse excessive de la substance osseuse. L'os se fragilise et peut provoquer des tassements vertébraux et des fractures occasionnées lors de chute. Un apport calcique élevé est donc indispensable pour lutter contre l'ostéoporose²⁵. Enfin, avec l'avance en âge, le secteur hydrique diminue. La perte s'élève à 20 % à 60 ans²⁶. Les personnes âgées sont souvent déshydratées du fait d'une perte de la sensation de soif associée à une diminution du pouvoir de concentration des urines. L'apport hydrique doit être maintenu de façon régulière et systématique.

Compte tenu de tous ces facteurs secondaires au vieillissement de l'organisme, et selon le CNA « il est aujourd'hui établi que les personnes âgées ont besoin d'une alimentation abondante, variée et de qualité et, qu'à activité équivalente, leurs besoins énergétiques sont supérieurs à ceux des sujets plus jeunes. C'est d'autant plus vrai si la personne âgée est porteuse d'une maladie chronique entraînant un hyper catabolisme ».

²¹ Cah. Nutr. Diét., 36, hors série 1, 2001 p. 127.

²² FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p. 93

²³ FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p. 57

²⁴ FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p. 48.

²⁵ Cahier. Nutr. Diét., 36, hors série 1, 2001 p. 127.

1.2.2 Les principaux risques nutritionnels

En l'absence d'adaptation d'apports suffisants, les risques nutritionnels guettent.

La dénutrition apparaît avec des conséquences graves en terme de perte d'autonomie.

La sarcopénie a pour conséquence une faiblesse musculaire pouvant entraîner des troubles de l'équilibre et de la marche, augmentant ainsi le risque de chute. L'ostéoporose favorise les fractures lors des chutes ; la plus fréquente et la plus lourde étant celle du col du fémur dont le pronostic est grevé d'un taux de complications et d'une mortalité de 14 à 16 %²⁷.

Pour autant, afin de garder la santé et de prévenir les maladies, suffirait-il d'absorber un mélange de nutriments dont la composition serait savamment calculée en fonction de nos besoins ? Certainement pas. Jean TRÉMOLIÈRE, figure de proue de la recherche en nutrition française, écrivait à la fin des années 60 « l'homme normal ne supporte pas sans vomir un régime fait de mélange d'acides aminés et nutriments dont il a besoin... Car l'alimentation doit non seulement être un objet apportant des nutriments, mais elle doit faire plaisir et posséder un prestige, une valeur évocatrice de réconfort... L'homme est probablement consommateur de symboles autant que de nutriments »²⁸.

1.2.3 Les aspects psychosociaux de l'alimentation, Le plaisir et la symbolique alimentaire liés à la sociabilité

L'acte alimentaire tient généralement une place très importante dans le quotidien de la personne âgée. L'alimentation peut être source de plaisir jusqu'à la fin de la vie. La notion de plaisir est primordiale. Selon COVELET²⁹ la nourriture « peut jouer à fond son rôle de substitut affectif » chez la personne âgée, le seul plaisir qui lui reste.

Le plaisir repose sur un aspect physiologique qui passe par les sens : l'odorat, la vue et le goût. L'aliment livre des informations captées par le nez, la bouche et la langue et peut alors déclencher des émotions et des souvenirs conscients ou non. Ainsi, les comportements alimentaires sont loin d'être uniquement déterminés par des paramètres physiologiques. Ils sont en grande partie régis par la symbolique, comme la plupart des

²⁶ Cahier. Nutr. Diét., 36, hors série 1, 2001 p. 127.

²⁷ FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p. 128

²⁸ J. TRÉMOLIÈRE, 1969, *Biologie Générale*, Tome 4, DUNOD p.462-463.

²⁹ COVELET R., 2003, « L'alimentation de la personne âgée : une approche psychologique », *Gérontologie*, vol. 127, p.21.

comportements humains. Comme l'écrit COVELET³⁰ « dans le domaine alimentaire, la fonction symbolique va se révéler extrêmement prégnante, s'exerçant aussi bien sur un plan individuel que sur un plan social ». En effet, selon J.-P. POULAIN et L. TIBERE « derrière sa banalité et sa quotidienneté, l'acte alimentaire participe à la construction et à l'entretien des identités sociales »³¹. Le repas est le symbole de la vie en communauté. En effet, « manger, c'est communiquer » de façon conviviale, si possible, dans le partage de la curiosité, des émotions et des souvenirs.

Les repas festifs en institution contribuent à développer cette sociabilité porteuse d'échanges et d'évocations des souvenirs ; on se raconte en quelque sorte à travers son alimentation.

D'ailleurs, J.-P. POULAIN et L. TIBERE soulignent qu'outre les interactions entre nos préférences alimentaires et notre situation sociale, il existe « des cultures nutritionnelles régionales »³². Cette constatation avait déjà été mise en évidence par TREMOLLIÈRE à la fin des années soixante.

Dans ce contexte d'échange et de partage autour du repas, la solitude est un problème majeur. Parfois, elle peut s'installer sous forme de repli sur soi quand l'alimentation n'entraîne plus d'éveil des sens et de l'esprit. La personne âgée refuse alors toute forme de communication ; consommer l'aliment devient un acte solitaire et mécanique. La détérioration d'un certain nombre de fonctions supérieures rencontrée dans les démences peut être mise en cause dans ces situations. À l'extrême, cela peut aller jusqu'à un refus alimentaire. Le sujet refuse toute communication avec son environnement, abandonnant là son dernier lien social. C'est une situation que l'on peut rencontrer en institution quand une personne non consentante de son institutionnalisation se révolte passivement. En effet, le moment du repas peut cristalliser ce conflit en rendant la personne âgée dépendante dans le choix de ses compagnons de table (qui peuvent être perçus comme des intrus). Elle ne choisit pas non plus forcément ce qu'elle va manger, ne contrôle pas l'origine des aliments ni leur mode de préparation. Le refus alimentaire reste alors une des rares possibilités « d'exercer sa liberté de choix et de s'affirmer comme sujet désirant »³³. Il est important de pouvoir repérer ces situations pour les comprendre et mieux les

³⁰ COVELET R., 2003, « L'alimentation de la personne âgée : une approche psychologique », *Gérontologie*, vol. 127,, p.19

³¹ FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p.255

³² FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p. 257

³³ COVELET R., 2003, « L'alimentation de la personne âgée : une approche psychologique », *Gérontologie*, vol. 127, p. 23

prendre en charge. Ainsi, selon J.-P. CORBEAU³⁴ « les formes de sociabilité alimentaire expriment donc à la fois l'intensité et la représentation du lien social mais aussi l'existence et la conscience d'une identité ».

Chaque personne âgée est singulière et réagit à sa manière aux situations rencontrées. Il n'y a pas de règles simplistes à appliquer mais une démarche de réflexion et d'analyse pour une meilleure prise en charge globale de la personne âgée sous toutes ses facettes.

1.3 La dénutrition de la personne âgée

La dénutrition est une malnutrition proteino-énergétique (MPE).

1.3.1 Epidémiologie de la dénutrition : une prévalence de 15 à 30 % en institution

Le diagnostic de la dénutrition repose sur plusieurs critères cliniques, anthropométriques et biologiques. Aucun n'est suffisamment spécifique et sensible pour établir à lui seul le diagnostic. L'échelle franco-américaine appelée MNA (Mini Nutritional Assessment)³⁵ rassemble plusieurs de ces paramètres et permet de dépister les personnes âgées dénutries ou à risques de dénutrition.

Chez le troisième et le quatrième âge, la prévalence de la dénutrition est variable selon que la personne vive à domicile ou en institution. À domicile, la prévalence est estimée à 3 ou 4 %³⁶ pour la classe d'âge de 70-80 ans et, au-delà de 80 ans, elle avoisine les 10 %.

L'ensemble des études épidémiologiques met en évidence une prévalence plus élevée de la dénutrition en institution gériatrique qu'à domicile. En établissements pour personnes âgées, la prévalence varie de 19 à 60 % selon la méthodologie utilisée et le type d'institution³⁷. À l'hôpital, toutes les études réalisées convergent vers un taux de dénutrition aux alentours de 50 % pour la tranche d'âge 75 - 85 ans. Cette dénutrition est presque toujours associée à un hyper métabolisme secondaire à la pathologie ayant nécessité l'hospitalisation.

³⁴ FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p. 270

³⁵ GUIGOZ Y., VELLAS B., GARRY P.J, 1994, « The Mini Nutritional Assessment (MNA) : a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients », *Facts Res Gerontol*, suppl.2 : 15-32.

³⁶ FERRY M., LESOURD B., SCHLIENGER J.L., « *Etude de la consommation alimentaire chez les personnes âgées lors de l'enquête EURONUT-SENECA* ».

³⁷ FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p.99

1.3.2 Evaluation de l'état nutritionnel

Le diagnostic de MPE n'est jamais simple. Il doit associer plusieurs outils de dépistage. En gériatrie son diagnostic est particulièrement difficile car les différents éléments qui le permettent sont tous modifiés au cours de l'avance en âge et par les pathologies qui caractérisent la personne âgée malade.

Trois groupes de paramètres sont appliqués en routine :

A) Les critères anthropométriques :

Ils sont spécifiques et peu sensibles. Ce sont les premiers utilisés car simples et peu coûteux. Il s'agit, en pratique courante, du poids et de l'IMC. Mais, utilisés seuls, ils ne permettent pas d'éviter deux pièges ; la répartition entre masse maigre et masse grasse et les fluctuations en fonction du secteur hydrique de l'organisme.

La mesure de la taille permet le calcul de l'IMC. La formule de Chumlea³⁸ où la taille est évaluée en fonction de la distance talon - genou, de l'âge et du sexe, évite l'écueil des tassements vertébraux et des déformations scoliothiques dus à l'âge. « En dessous de 21 kg/m², il faut considérer le malade comme dénutri »³⁹.

B) Les critères d'apports nutritionnels :

La mesure des ingesta permet de savoir s'ils couvrent les besoins nutritionnels journaliers. Ils peuvent être estimés par des grilles d'évaluation semi-quantitatives remplies par du personnel soignant ou non⁴⁰. Ces grilles sont suffisamment sensibles pour repérer les résidents dont l'apport calorique est insuffisant.

C) Les critères biologiques⁴¹ :

L'albumine sérique, sensible mais non spécifique, est la plus dosée, associée à la C Réactive Protéine (CRP), pour apprécier la composante inflammatoire d'une maladie intercurrente souvent présente avec l'âge. Le taux de protéines sériques dépend de l'état d'hydratation du sujet. Les protéines circulantes représentent 15 % des protéines totales de l'organisme. Entre 30 et 35 g/l, il signe une dénutrition modérée et en dessous de 30 g/l, une dénutrition sévère.

³⁸ CHUMLEA W.C, ROCHE A.F., STEINBAUGH M.L, 1985, « Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age », *J Am Geriatr Soc*, 33 : 116-20.

³⁹ FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p.104

⁴⁰ FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p.109

⁴¹ B. LESOURD, F. ZIEGLER, C. AUSSEL "Nutrition in the elderly : importance and traps of biological investigations" – Volume 59, Number 4, pp. 445-452, juillet – août 2001

La mesure de ces marqueurs anthropométriques et biologiques permet de préciser le mécanisme de la dénutrition.

Parmi les grilles d'évaluation nutritionnelles, le MNA est celle qui obtient le consensus de nombreux pays. Elle prend en compte la personne âgée dans sa globalité⁴².

1.3.3 Repérage des situations à risque de dénutrition

Les causes de la dénutrition sont dues soit à une insuffisance d'apport, soit à une augmentation des besoins due à l'hyper-catabolisme secondaire à des maladies inflammatoires aiguës ou chroniques.

Certains facteurs sont souvent rencontrés et sont donc à rechercher systématiquement. Les paramètres de dépistage résultent d'analyses prédictives faites au cours d'études longitudinales.

Tableau I : les 12 signes d'alerte⁴³

- 1 - revenus insuffisants
- 2 - perte d'autonomie, physique ou psychique
- 3 - veuvage, solitude, état dépressif
- 4 - problèmes bucco-dentaires
- 5 - régimes, ignorance des besoins nutritionnels
- 6 - troubles de la déglutition
- 7 - deux repas par jour
- 8 - constipation
- 9 - > 3 médicaments par jour
- 10 - perte de 2 kilos dans le dernier mois ou de 4 kilos dans les 6 derniers mois
- 11 - albuminémie < 35 g/l
- 12 - toutes maladies

Aucun de ces éléments n'évoque à lui seul une dénutrition

L'augmentation des apports est la première réponse à proposer devant une situation associant des signes d'alerte. Elle permet de prévenir les maladies, de lutter efficacement contre celle-ci à la phase aiguë et de restaurer les réserves au stade de la convalescence.

⁴² BASDEKIS J.C., DE FRANCESCHI J., 2004, *L'alimentation des personnes âgées et la prévention de la dénutrition*, Paris : éditions Estem, p 41.

⁴³ FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p.115

1.3.4 Les conséquences de la dénutrition

La malnutrition augmente la morbidité infectieuse de deux à six fois et la mortalité à un an par un facteur quatre en cas d'hospitalisation du sujet âgé⁴⁴. Elle aggrave le pronostic fonctionnel de la personne et peut entraîner une perte d'autonomie majeure. Elle est constamment accompagnée de troubles psychiques pouvant simuler un authentique syndrome démentiel. Lors d'une pathologie aiguë, si elle n'est pas rapidement prise en charge, le malade peut alors rentrer dans un cercle vicieux.

En terme d'économie de santé, la malnutrition protéino-énergétique multiplie la durée d'hospitalisation par deux à quatre, les pathologies infectieuses par deux à six. La consommation médicamenteuse s'en trouve accrue. Il y a un réel risque de perte d'autonomie et d'entrée en institution.

1.3.5 La prise en charge de la dénutrition

Il n'y a pas de réelle prise en charge de la dénutrition si elle n'est pas dépistée et si, en plus de son traitement, on ne prend pas en charge l'éradication de sa cause quand c'est possible. L'intervention nutritionnelle doit être mise en place rapidement en privilégiant la voie orale. L'alimentation naturelle peut être enrichie en protéides ou en énergie (lait en poudre, fromage à pâte dure râpée). Ce procédé est fréquemment utilisé en institution gériatrique. Il est préférable de fractionner l'alimentation, sous forme de plusieurs collations, plutôt que d'augmenter la ration d'un repas. Plusieurs préparations commerciales complètes existent aussi ; elles sont sur prescription médicale. Leur utilisation est facile et leur goût acceptable. Cependant, avec le temps, ce type d'alimentation peut entraîner la monotonie et la perte d'appétit. Le suivi nutritionnel doit donc être maintenu. Une bonne hydratation reste indispensable à la renutrition. Si malgré cette prise en charge le poids continu de chuter, une alimentation entérale doit être envisagée en priorité, si le tube digestif est fonctionnel. Sinon, le relais sera pris par voie parentérale avec une perfusion veineuse périphérique de préférence pour une courte période durant la phase initiale de la renutrition. Cette thérapeutique peut être mise en route si l'affection responsable de la dénutrition est curable. En cas d'affection irréversible terminale, il serait préférable d'assurer l'hydratation et le confort du malade. En tous les cas, la prescription d'une alimentation artificielle doit être discutée au cas par cas et ne peut se faire sans une réflexion éthique approfondie⁴⁵.

⁴⁴ FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p.132

⁴⁵ FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, p.141

1.3.6 La prévention de la dénutrition

Le meilleur traitement de la malnutrition en est encore sa prévention. Le meilleur moyen de lutter contre la sarcopénie est de garder une activité physique régulière, adaptée aux possibilités du sujet âgé. Il n'y a pas d'âge limite au-delà duquel l'activité serait contre-indiquée. Il n'y a pas non plus de seuil au-dessous duquel une activité serait inutile. Ainsi, la marche, le jardinage, la bicyclette, les courses et la préparation des repas sont des éléments du maintien de l'autonomie. Dans l'idéal, il faudrait une alimentation équilibrée, diversifiée, régulière et relevée par des épices et des aromates afin d'éviter la monotonie et de faire réagir les sens. Une bonne hydratation systématique et régulière est aussi importante. La convivialité doit être recherchée lors du partage du repas. Les soins dentaires et l'hygiène bucco-dentaire journalière sont aussi indispensables pour conserver une alimentation choisie. L'alimentation ne se limite pas à l'ingestion de nutriments et d'énergie. Même à un âge avancé de la vie, l'alimentation doit encore être un plaisir.

1.4 Le contexte du département du Morbihan

1.4.1 Les caractéristiques démographiques du vieillissement dans le Morbihan

La population du Morbihan s'élevait à 675 033 habitants au dernier recensement de 1999. L'âge moyen des habitants était de 40,3 ans, légèrement plus élevé que la moyenne régionale (39,8 ans). En 1999, près de 160 000 morbihannais étaient âgés de 60 ans et plus, représentant 23,7 % de la population. Au cours de la période 1990 - 1999, le nombre de personnes ayant atteint la soixantaine a augmenté de près de 18 %. Toujours en 1999, 27 039 morbihannais étaient âgés de 80 ans et plus, soit 3000 de plus qu'en 1990. Ils représentaient 4,2 % de la population. Ainsi, le département du Morbihan n'échappe pas au vieillissement de sa population. Selon les projections de l'INSEE⁴⁶, le nombre de personnes de 80 ans et plus va doubler d'ici 2020. Elles seront 43 500 en 2010 et 57 000 en 2020. Comme dans les autres départements français, ce vieillissement est la conséquence de trois facteurs : l'allongement de la durée de la vie, la baisse de la natalité et le vieillissement des générations issues du baby-boom.

Cependant, le vieillissement de la population ne se fait pas de façon égale sur tout le territoire départemental et montre une grande variabilité en fonction des pays.

⁴⁶ INSEE *Le Morbihan* p.5 [visité le 29.05.08] disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/bretagne/rfc/docs/morbihan.pdf

La population des 60 ans et plus est majoritairement regroupée à proximité du littoral, dans les villes de la moitié sud du département. Ainsi, les deux tiers des habitants de plus de 60 ans vivent dans les pays de Lorient, Vannes et Auray.

À l'inverse, nous observons que les territoires les plus vieillissants (concernant la proportion des personnes âgées) sont les territoires ruraux qui se situent au nord-ouest du département. Ainsi, il existe un écart important entre le pays du centre-ouest Bretagne où la population âgée représente 35 % de la population totale et le pays de Vannes où elle ne représente que 22 % de la population.

Selon l'INSEE, quelque soit le scénario envisagé, en fonction de la fécondité, de la mortalité et des migrations nettes, le nombre de personnes âgées continuera d'augmenter pour les 30 années à venir et ce plus rapidement que l'ensemble de la population. Le vieillissement du territoire est donc inéluctable. Le pourcentage des 60 ans et plus passera ainsi de 25 % de la population en 1999 à 42 % en 2030 et celui des 80 ans et plus de 6 % à 10 % pour la même période. De même, l'estimation du nombre de personnes âgées dépendantes augmentera parallèlement au vieillissement de population. Afin de s'adapter à cette évolution démographique et de répondre au mieux aux besoins de ses usagers, le département du Morbihan s'est doté d'un schéma gérontologique pour les années 2006 – 2010.

1.4.2 Le schéma gérontologique 2006-2010⁴⁷

À travers son schéma gérontologique de 2006 - 2010, le département affiche clairement ses priorités qui s'organisent autour de cinq grands axes :

- A) Favoriser le maintien à domicile, pour respecter le souhait de la grande majorité des personnes âgées. Souvent, le maintien à domicile est conditionné par le maintien du lien social et par l'anticipation des risques liés au grand âge. Cela nécessite d'accompagner le vieillissement et de prévenir la dépendance, de développer et de renforcer les services sur l'ensemble du territoire, de mettre en place une charte du maintien à domicile (droits fondamentaux des usagers et référentiel qualité) et enfin, d'accompagner les services d'aide à domicile dans leur démarche qualité.

- B) Proposer des formules d'accueil diversifiées entre le domicile et l'établissement, par des solutions permettant d'accentuer la prise en charge de la dépendance

⁴⁷ CONSEIL GENERAL DU MORBIHAN, 2006, « 2006-2010 : Schéma Gérontologique du Morbihan », 87 p.

pour permettre à la personne âgée de rester dans un environnement familial tout en étant adapté à sa perte d'autonomie. Ainsi le département entend soutenir le développement des logements sociaux adaptés, harmoniser le développement des domiciles partagés (accueillant huit personnes âgées désorientées) et soulager les aidants par le développement de l'accueil de jour, de l'hébergement temporaire et de l'accueil de nuit.

- C) Améliorer l'accueil et l'hébergement des personnes âgées, notamment en encourageant l'accueil familial, en développant l'offre de places en établissements (les pays prioritaires étant ceux de Lorient, de Vannes et d'Auray), en améliorant la qualité d'accueil en établissements avec un suivi qualitatif des conventions tripartites.
- D) Lutter contre la maltraitance, élément primordial de la politique gérontologique, face à la perte d'autonomie et à la vulnérabilité des personnes âgées qui s'accroît.
- E) Informier et coordonner : à travers la loi du 13 août 2004, le Conseil Général entend pleinement assumer ce rôle en informant largement sur sa politique gérontologique et en coordonnant les multiples acteurs agissant en faveur des personnes âgées. Il compte achever la couverture du département par les CLIC et les relais gérontologiques.

Avec un budget global en faveur des personnes âgées de 73 millions d'euros en 2006, le département du Morbihan y consacre le premier poste de ses dépenses.

1.4.3 Etat des lieux des établissements pour personnes âgées dans le Morbihan.

Depuis quelques années, l'accueil en établissement poursuit son évolution vers un accueil de personnes de plus en plus âgées et davantage dépendantes. Les durées moyennes de séjour ont ainsi tendance à diminuer et les taux de rotation au sein des structures augmentent.

Dans le Morbihan, 149 établissements offrent environ 10 000 places d'accueil ainsi réparties :

- 26 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) qui ont vocation à accueillir des personnes plutôt autonomes (1353 places),

- 18 Petites Unités de Vie (PUV) qui ont une capacité inférieure à 25 places et qui accueillent des personnes autonomes et dépendantes (388 places),
- 89 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) accueillant des personnes dépendantes (6908 places),
- 16 Unités de Soins Longues Durée (USLD) rattachées au secteur sanitaire qui ont vocation à accueillir des personnes très dépendantes qui nécessitent des soins réguliers (1326 places).

1.4.4 Les EPHAD

A) Statut des EHPAD

Ils sont issus de la réforme des institutions sociales et médico-sociales mises en place par la loi du 30 juin 1975. Les EHPAD avaient vocation à remplacer et à regrouper toutes les structures accueillant des personnes âgées, telles que les hospices, les maisons de retraite, les foyers d'accueil médicalisés, les unités de soins longue durée. La demande de statut d'EHPAD est une démarche volontaire de la part des gestionnaires d'établissements. La qualification d'EHPAD est acquise dès la signature d'une convention pluriannuelle - la convention tripartite - entre le directeur de l'établissement, le président du Conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie. Cette convention est fixée sur la base du respect d'un cahier des charges applicable aux EHPAD et a valeur d'engagement dans une démarche d'assurance qualité de la part de tous les partenaires, c'est-à-dire les responsables d'établissements et les autorités de tutelle. Les trois postes de financement des EHPAD sont :

- l'hébergement : la personne paye son hôtellerie aidée par l'aide sociale si elle ne peut y faire face seule financièrement,
- les soins nécessités par l'état de la personne : l'assurance maladie paye les soins selon leurs coûts réels,
- l'assistance à la vie quotidienne : la dépendance est prise en charge au niveau de la collectivité publique et départementale. La charge de dépendance est objectivée par la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources) dans le but d'une équité redistributive des ressources de financement des établissements.

B) Les missions et fonctions du médecin coordonnateur : nombreuses et pour certaines délicates

La loi du 24 janvier 1997 et l'arrêté du 26 avril 1999, avec la mise en place des conventions tripartites, remodelent la fonction de médecin coordonnateur qui devient obligatoire pour les EHPAD. Leurs missions ainsi que les conditions à remplir en vue de

leur engagement sont précisées⁴⁸. Pour le Ministère, le principe de médecin coordonnateur répond à « un objectif de santé publique pour une meilleure prise en charge gériatologique, dans un cadre nécessaire de maîtrise des dépenses de santé »⁴⁹. L'entrée d'une personne âgée en EHPAD constitue un temps fort de prise en charge dans la structure. Le médecin coordonnateur doit participer avec le directeur à la sélection des entrées pour n'accepter que les personnes pouvant être hébergées et soignées correctement⁵⁰. Ainsi, il met en place un dossier médical comportant un bilan clinique détaillé avec, notamment, un bilan de l'état bucco-dentaire et de l'état nutritionnel. Outre ces fonctions médicales cliniques, le médecin coordonnateur est un élément moteur au sein de l'équipe de soins : il travaille à l'organisation et à la qualité des soins, il instaure des réunions d'équipe, moment essentiel de cohésion et de désamorçage des conflits. Par ailleurs, le médecin coordonnateur est un élément majeur de la formation médicale continue du personnel. En effet, « la formation initiale du personnel en institution est variable : il est donc essentiel de rappeler au personnel les particularités psychologiques et médicales de la personne âgée ainsi que les particularités des soins et du prendre soin gériatologique »⁵¹.

1.5 Le choix du thème

A partir du constat des données nationales sur la dénutrition des personnes âgées vivant en institution et de l'absence de données départementales, s'est posée la double question suivante : quel est l'état nutritionnel des personnes de plus de 70 ans vivant dans les EHPAD conventionnées du département du Morbihan et quelles pourraient en être les voies d'amélioration dans ce cadre ?

1.5.1 Questionnement méthodologique

Le contexte opérationnel interfère avec la faisabilité du recueil de données. Ce travail vise à préciser quels indicateurs caractérisant les institutions et l'état nutritionnel des résidents s'avèrent pertinents.

⁴⁸ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel du 27 avril 1999.

⁴⁹ JEANBLANC F., 2000, « Le médecin coordonnateur en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes », *La Revue de Gériatrie*, t.25, n°2, p.74

⁵⁰ JEANBLANC F., 2000, « Le médecin coordonnateur en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes », *La Revue de Gériatrie*, t.25, n°2, p.74

⁵¹ JEANBLANC F., 2000, « Le médecin coordonnateur en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes », *La Revue de Gériatrie*, t.25, n°2, p.76

1.5.2 Les objectifs et travail ou sous-questions

Pour tenter de répondre à cette question centrale, nous avons décliné 3 hypothèses de travail :

→ Le statut nutritionnel des personnes âgées de plus de 70 ans vivant en EHPAD dans le département du Morbihan est le même qu'au plan national.

→ La dénutrition s'installe en institution par manque d'évaluation de l'état nutritionnel des résidents par des paramètres simples et peu coûteux.

→ La dénutrition s'installe en institution par absence ou retard de mise en oeuvre des mesures thérapeutiques appropriées propre à limiter les conséquences de la malnutrition.

1.5.3 Les objectifs du mémoire

Il permet d'avoir une estimation, au niveau du département du Morbihan, du statut nutritionnel selon l'IMC des personnes de plus de 70 ans vivant en EHPAD ayant signé convention tripartite au 31 décembre 2006.

Il évalue la prise en charge nutritionnelle et le dépistage de la dénutrition en EHPAD.

De plus, par la méthodologie participative qu'il a mis en place au niveau des institutions, il contribue à la sensibilisation et à la prise en compte de cette problématique par un outil simple.

Enfin, il va donner lieu à des recommandations d'amélioration du statut nutritionnel qui pourraient servir de trame à l'écriture d'une annexe sur « la prévention de la dénutrition en institution » et qui serait jointe, en annexe, à la convention tripartite.

1.5.4 La dénutrition du sujet âgé en établissement : une préoccupation relevant de la compétence du MISP et du médecin territorial

La prévention de la dénutrition chez les personnes âgées, véritable enjeu de santé publique dans une population vieillissante, se situe au carrefour des préoccupations de l'État en ce qui concerne la politique de santé et la maîtrise de l'enveloppe sanitaire, ainsi que du département, chef de file de la politique gériatrique.

Le décret n°92-851 du 28 août 1992, modifié dans sa version consolidée au 5 mai 2002, précise le cadre d'emploi des médecins territoriaux. Ces derniers peuvent être chargés, entre autre, « de participer à la conception, à la mise en oeuvre, à l'exécution et à l'évaluation de la politique de leur collectivité en matière de santé publique. (...) Dans le cadre de leurs attributions, ils peuvent se voir confier des missions de contrôle (...) ». Par ailleurs, « ils peuvent également exercer la direction d'établissements d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées ».

Le médecin inspecteur de santé publique, en tant qu'acteur central de la déclinaison locale (régionale et départementale) des programmes nationaux de santé publique, a, par là-même, la tâche de veiller à la mise en œuvre de ces programmes. Dans ce cadre, la dénutrition touche aussi au problème de la maltraitance des personnes âgées en institution et, de fait, entre aussi dans le cadre des missions du médecin inspecteur de santé publique.

Le médecin territorial et le médecin inspecteur de santé publique peuvent donc se retrouver à travailler en partenariat sur cette problématique de santé publique. Ils auront pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents des établissements pour personnes âgées, telle que la réglementation le prévoit, et de lutter contre la maltraitance. De plus, ils pourront aussi veiller à diminuer les répercussions de la dénutrition sur le système de santé (surcoût en frais médicaux et en produits pharmaceutiques). Enfin, ils pourraient élaborer ensemble un « plan de prévention de la dénutrition » qui pourrait être systématiquement intégré en annexe de la convention tripartite.

2 Méthodologie

Initialement, nous pensions pouvoir appuyer notre travail sur le référentiel ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements). Ce logiciel est un outil d'auto évaluation effectuée par les établissements eux-mêmes, en vue de les accompagner dans une démarche qualité. En effet, la réforme de la tarification des EHPAD (réglementation du 26 avril 1999) introduit la formalisation systématique de démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité, dans le cadre des conventions tripartites. Malheureusement, il n'y a pas de suivi de cet outil dans le département du Morbihan.

Nous avons donc effectué une enquête en deux temps.

Une première enquête concernant les EHPAD du Morbihan ayant signé convention tripartite au 31 décembre 2006 : Elle a été réalisée en février 2008 par une enquête téléphonique visant à préciser pour chaque établissement : sa capacité, son GMP moyen, son statut, le temps infirmier (en équivalent temps plein), le mode de restauration et la présence ou non d'un médecin coordonnateur. En ce qui concerne les trois premiers item, ils nous ont été fournis par le conseil Général du Morbihan. Cette enquête a touché 69 établissements.

Une deuxième enquête, concernant les directeurs, les médecins coordonnateurs ainsi que les résidents âgés de plus de 70 ans, fut réalisée sur un échantillon de 20 EHPAD sur

les 56 ayant signé convention tripartite au 31 décembre 2006 et ayant recruté un médecin coordonnateur.

2.1 Constitution de l'échantillon

Ne pouvant pas matériellement réaliser l'enquête sur l'ensemble des 56 EHPAD, nous avons établi un échantillon de 20 EHPAD pour mener à bien notre travail dans le temps imparti. Pour constituer cet échantillon, nous avons procédé comme suit :

Nous nous sommes d'abord intéressés au mode de restauration et nous avons séparé les EHPAD en deux groupes : les EHPAD préparant les repas sur place avec leur propre personnel et les EHPAD se faisant livrer les repas ou ayant une préparation des repas sur place en gestion concédée.

Au sein de chaque groupe, nous avons procédé à un échantillonnage par la méthode des quotas en respectant les distributions par GMP moyen, par statut (public autonome ou territorial, privé associatif, privé à but lucratif, rattaché à un hôpital) et par capacité de l'établissement (cf. annexe I). Le temps infirmier a été évalué sans être retenu.

2.2 Estimation de la prise en charge nutritionnelle dans les EPHAD du Morbihan

Trois questionnaires ont été construits. Un questionnaire pour les directeurs d'EHPAD a été réalisé sur la base des recommandations faites en partenariat entre le Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) : « les bonnes pratiques de soins en EHPAD » édité en octobre 2007. Il s'est inspiré aussi du référentiel ANGELIQUE. Avant d'être mis en oeuvre, ce questionnaire a été testé par deux directeurs d'établissement ne faisant pas partie des EHPAD sélectionnés.

Un autre questionnaire pour les médecins coordonnateurs a été élaboré puis testé par un médecin gériatre, lui-même médecin coordonnateur en EHPAD, et responsable de la filière gériatrique du réseau gérontologique Est du département du Morbihan.

Un troisième questionnaire, sous forme de grille de recueil de données sur dossier médical pour 10 résidents de plus de 70 ans tirés au sort de façon aléatoire dans chaque EHPAD, était initialement prévu. La mise à l'essai de ce questionnaire sur le terrain a révélé son infaisabilité. Nous nous sommes donc proposé de recueillir la taille des résidents de plus de 70 ans dans les 20 EHPAD de l'échantillon, par la simple mesure de la distance talon-genou reportée selon la formule de Chumlea⁵² (en fonction du sexe, et

⁵² CHUMLEA W.C, ROCHE A.F., STEINBAUGH M.L, 1985, « Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age », *J Am Geriatr Soc*, 33 : 116-20.

de l'âge). Les formules ont été rentrées sur un tableau Excel afin que le simple relevé de l'âge, du poids et de la mesure talon-genou puisse fournir l'IMC.

À cette étape de notre démarche, nous avons trouvé une étude qui nous a semblé intéressante et qui pouvait facilement se transposer à notre travail : la mise au point d'une échelle de dépistage de la dénutrition pour les personnes âgées hospitalisées en soins de longue durée⁵³. En effet, le public en soins de longue durée se rapproche de celui des EHPAD. L'objectif était de déterminer un outil simple de dépistage, non composite, et pouvant être facilement utilisé par les soignants. Il s'agit d'un outil subjectif nécessitant uniquement une bonne connaissance de son résident et une observation quotidienne de son comportement. Dans cette étude, après analyse statistique, 6 items étaient significativement liés à la dénutrition : perte de poids récente ou dénutrition visible, mauvais appétit ou dégoût des aliments, difficultés importantes pour couper les aliments ou pour boire, mauvaise communication (démence), refus alimentaire et dépression. Les deux premiers items, qui étaient responsables à eux seuls de 61 % de la variance, ont été pondérés à 2, les autres items étant pondérés à 1. Selon cette étude, avec cette échelle, il existerait un risque important de dénutrition dès le seuil de 2.

Nous avons donc voulu comparer cette échelle au calcul de l'IMC pour voir s'il y avait adéquation. C'est pourquoi, six questions, représentant les six items, ont été incluses dans le tableau Excel de recueil des indices de masse corporelle.

Après un courrier annonçant notre travail (cf. Annexe II), chaque directeur, des 20 EHPAD de l'échantillon, a ensuite été contacté téléphoniquement pour prendre rendez-vous afin d'expliquer et de les sensibiliser à ce travail. Chaque rendez-vous a été confirmé par mail avec envoi des questionnaires ainsi que de la grille de recueil de données pour les IMC accompagnée d'une feuille de consignes pour les mesures. Chaque directeur a été rencontré, individuellement ou avec le médecin coordonnateur de l'établissement, pendant une heure environ du 22 avril au 16 mai 2008.

2.3 Le point de vue des usagers : les résidents

En nous inspirant d'un questionnaire de la revue « cuisine collective » sur l'alimentation des personnes âgées en institution, nous avons établi une grille de 10 questions pour les résidents. Les entretiens ont été réalisés la première semaine de juillet, auprès de cinq résidentes volontaires dans une structure privée à but lucratif (cf. annexe III)

⁵³ TRIVALLE C., GASQUET., HAMON-VILCOT B., et al., 2007, « Mise au point de deux échelles de dépistage de la dénutrition pour les personnes âgées hospitalisées en soins de suite ou en soins de longue durée », *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, t.7, pp 19-24.

2.4 Le point de vue d'un acteur incontournable : le cuisinier

De même, nous avons établi une grille de 8 questions pour le chef de cuisine de ce même établissement.

3 Résultats

3.1 Etat des lieux dans le Morbihan

3.1.1 Typologie des EPHAD

Le département du Morbihan compte 89 EHPAD offrant une capacité de 6908 places. La capacité moyenne des EHPAD est de 79 lits avec un minimum de 21 lits et un maximum de 222 lits. Ainsi, selon les chiffres du dernier recensement de l'INSEE de 1999, le nombre de lits en EHPAD s'établit en moyenne à 43 pour 1000 personnes âgées de 60 ans et plus et à 255 pour 1000 personnes âgées de 80 ans et plus.

Parmi ces 89 établissements, nous n'avons pas retenu dans cette enquête l'EHPAD de l'île aux Moines qui a une capacité de 21 lits et dont le statut îlien lui confère une place particulière. Notre étude a donc porté sur 88 EHPAD proposant 6887 places.

Un peu plus de trois quarts (77,3 %) d'entre eux avaient signé convention tripartite au 31 décembre 2006. Elles offrent 5269 lits, soit 76,5 % de la capacité totale des EHPAD du Morbihan (cf annexe IV, tableau 1).

Pour tenir compte de la grande variabilité de la capacité d'accueil des EHPAD, un regroupement en trois classes est effectué. La constitution de ces trois classes a été faite en se rapprochant des terciles des capacités d'accueil. Les établissements sont dits « petits » lorsque leur capacité d'accueil est inférieure ou égale à 65 places, « moyens » quand la structure accueille de 65 à 100 personnes et « grands » pour un accueil de plus de 100 personnes. Ainsi, le nombre de lits se répartit, de façon à peu près égale, par tiers, entre les petites, les moyennes, et les grandes structures. Près de la moitié des établissements (45,5 %) est constituée de petites structures avec une capacité inférieure ou égale à 65 places.

Nous nous sommes intéressés, plus spécifiquement, aux 68 EHPAD ayant signé convention tripartite au 31 décembre 2006.

Le tableau 2 de l'annexe IV nous montre que deux tiers des EHPAD (65 %) ont un GMP moyen supérieur ou égal à 600. Cinquante-six EHPAD (82,3 %) ont recruté un médecin coordonnateur. Cependant, ce sont les EHPAD qui ont le plus fort taux de dépendance (GMP moyen \geq 800) qui ont le moins de médecin coordonnateur (un tiers n'en ont pas).

Les médecins coordonnateurs sont au nombre de 42 dans le département en février 2008.

Ils n'exercent que dans une seule EHPAD pour trois quarts d'entre eux. Deux tiers sont des médecins libéraux. Les difficultés à recruter un médecin coordonnateur et à le garder sont les principaux motifs d'absence.

Tableau II : Les médecins coordonnateurs des EHPAD ayant signé convention tripartite au 31.12.06

Nombre d'EHPAD ayant ou non un médecin coordonnateur (en février 2008)	OUI	NON
	56	12
	82,3 %	17,7 %
Motifs d'absence de médecin coordonnateur :		
- départ du médecin programmé dans le mois qui suit l'enquête :		2
- n'arrive pas à recruter :		4
- en pourparler de recrutement :		3
- médecin en congé maternité		1
- pas de médecin coordonnateur mais des praticiens hospitaliers		2
Nombre de médecins coordonnateurs en février 2008 :	42	
Nombre d'EHPAD par médecin coordonnateur : 1 EHPAD pour 31 médecins coordonnateurs		
	2 " "	6 " "
	3 " "	5 " "
Principal mode d'exercice des médecins coordonnateurs :		
- médecine libérale		27
- médecine hospitalière		9
- médecine salariée dans les EHPAD		4
- médecin à la retraite		2

Enfin, le tableau 3 de l'annexe 1 objective que 70,6 % des EHPAD préparent leurs repas sur site à la fois le midi et le soir. Cette proportion est plus forte dans les établissements de statut privé à but lucratif (6/7) et les établissements publics autonomes (30/38 soit 79 %). Plus de la moitié des EHPAD sont des établissements publics autonomes ou territoriaux et un quart des établissements associatifs

Sur le plan de leur implantation géographique, les EHPAD se répartissent sous la forme d'un croissant englobant la zone côtière et remontant sur le nord-est du département.

Notre échantillon de vingt EHPAD retrouve cette répartition.

Nous allons poursuivre notre étude avec les vingt EHPAD sélectionnés lors de notre enquête téléphonique de février 2008 (cf annexe I).

3.1.2 Le statut nutritionnel : recueil des indices de masse corporelle

A) Recueil des indices de masse corporelle (IMC)

Les établissements retenus comprenaient 1472 résidents. Le statut nutritionnel a été mesuré chez 1087 résidents répartis de façon inégale dans les 20 EHPAD de l'échantillon (cf. annexe V). Nous avons traité les données par établissement sur Excel : 237 hommes, d'âge moyen de 84 ans, et 850 femmes, d'âge moyen 86,2 ans, se sont prêtés à ces mesures. Les hommes mesurent en moyenne 1,67 mètres et pèsent 69,8 kilos ; les femmes font en moyenne 1,53 mètres pour 57,4 kilos.

Nous avons obtenu des résultats détaillés dans l'annexe VI « tableau de synthèse des résultats d'IMC par EHPAD ».

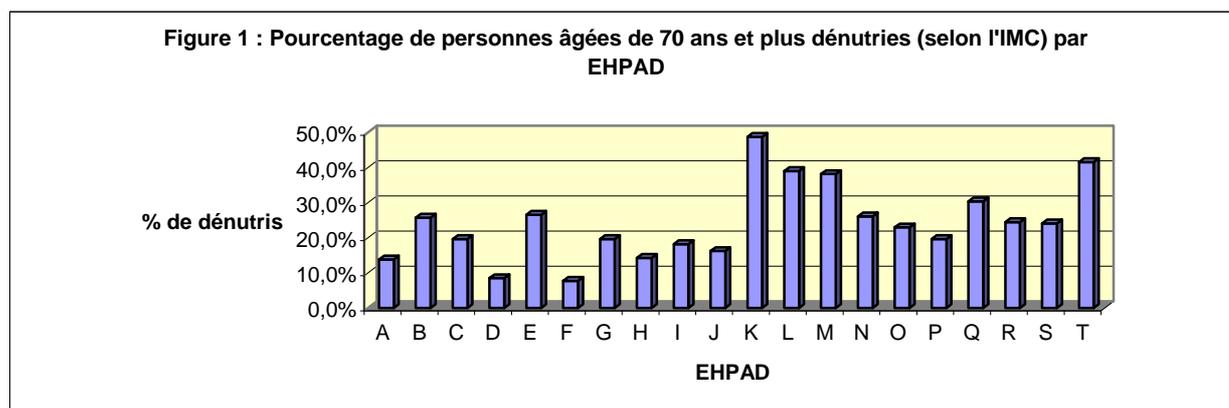
B) Distribution de l'indice de masse corporelle (cf. annexe VI)

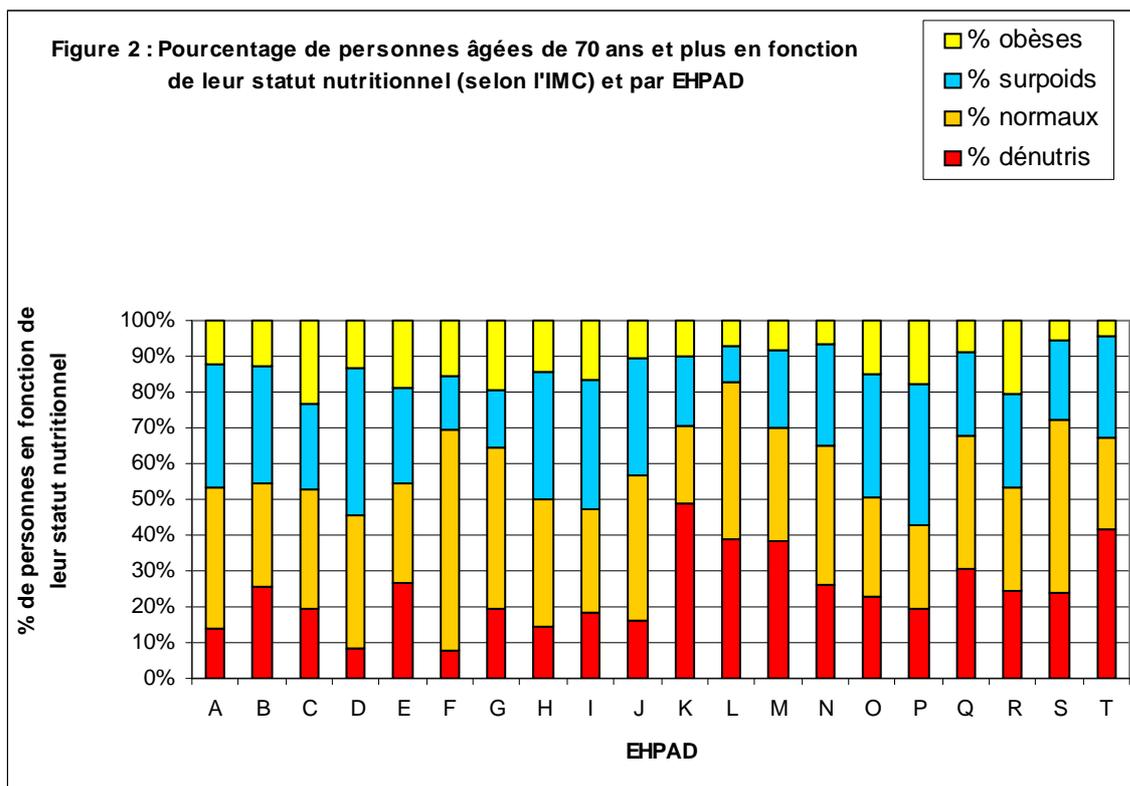
Dans cette population, selon les résultats de l'IMC et les valeurs santé de l'HAS, nous observons 26 % de personnes âgées dénutries, les dénutris sévères représentant 8 % de la population totale.

L'étude de l'IMC, à la recherche des personnes les plus maigres, a aussi permis de mettre en évidence des résidents en surpoids ou obèses. Ces derniers représentent 13 % de la population étudiée et 28 % pour les surpoids.

La capacité des EHPAD n'a pas d'incidence sur l'état nutritionnel des résidents.

La lecture du tableau fait apparaître de fortes disparités en pourcentage de résidents dénutris selon les établissements, allant de 8 à 49 % pour les extrêmes.





C) Caractérisation des établissements selon le statut nutritionnel des résidents

Pour caractériser les établissements, les résidents ont été répartis en cinq classes en fonction de leur statut nutritionnel.

La classe de référence correspond aux IMC compris entre 21 et 25 kg/m².

Deux classes correspondent à une malnutrition à des degrés croissants : dénutrition simple pour un IMC compris entre 18 et 21 kg/m² et dénutrition sévère pour un IMC inférieur à 18 kg/m².

Deux classes correspondent à un surpoids à des degrés croissants : surpoids pour un IMC compris entre 25 et 30 kg/m² et obésité pour un IMC supérieur à 30 kg/m².

D) Relations statistiques

Nous avons travaillé ensuite sur le logiciel Epi Info.

Par souci de robustesse, les vingt établissements ont été dichotomisés selon la fréquence des problèmes nutritionnels repérés.

La première variable dépendante considérée permet de distinguer les établissements où une dénutrition ou une surcharge pondérale sont observées plus fréquemment que la valeur médiane de l'ensemble de l'échantillon des 20 EHPAD.

Nous obtenons le tableau des résultats suivant :

Associations statistiques avec le statut nutritionnel des résidents par établissement .

Statut Nutritionnel Variables explorées	EHPAD où la dénutrition est la plus fréquemment observée	EHPAD où la surcharge pondérale est la plus fréquemment observée
Méthode d'évaluation de la taille (directe, talon – genou ou mixte)	moins de dénutries quand la mesure est mixte * p = 0,1	moins de surcharge pondérale quand la mesure est mixte * p = 0,1
Âge moyen des résidents dans l'établissement	Association non significative au seuil de 10%	la surcharge pondérale est plus fréquente chez les plus âgés p = 0,07
Dépendance évaluée par le GMP moyen de l'établissement	plus de dépendance p = 0,04	plus de dépendance p = 0,03
Distribution de collations nocturnes et/ou matinales	Association non significative au seuil de 10%	Association non significative au seuil de 10%
Cuisine faite sur site en gestion directe	Moins de dénutris quand la cuisine est faite sur site en gestion directe (mais non significatif)	Moins de surcharge pondérale quand la cuisine est faite sur site en gestion directe (mais non significatif)
Formation du personnel autour de l'alimentation du sujet âgé	Association non significative au seuil de 10%	Association non significative au seuil de 10%

* mesure mixte : taille donnée, au sein d'un même établissement, soit par la mesure de la distance talon-genou soit par la mesure à l'aide d'une toise de la personne âgée debout.

Les mesures mixtes de la taille (soit à l'aide d'une toise, soit par la distance talon - genou selon l'équation de Chumlea) repèrent moins bien les pathologies (dénutrition et surcharge pondérale), le phénomène est donc symétrique tant pour la dénutrition que pour l'obésité.

La dépendance est liée statistiquement à une fréquence d'anormalité de l'IMC au-dessus de la médiane.

La fréquence des établissements où l'anormalité de l'IMC est au-dessous de la médiane est significativement associée à la disponibilité d'une cuisine sur place.

Pour augmenter la robustesse de notre analyse, on regroupe les établissements en deux catégories : ceux où il a le plus fréquemment des problèmes nutritionnels (dénutrition ou surcharge pondérale) et ceux où il y a le moins fréquemment des problèmes nutritionnels. Si on croise la méthode de mesure de la taille avec ces deux catégories d'établissements, on observe que pour les EHPAD ayant utilisés une méthode mixte, on repère moins une divergence par rapport à la différence ($p = 0,03$).

Si on procède de même avec la variable explorée « cuisine sur site en gestion directe », on observe que les EHPAD disposant d'une cuisine dans l'établissement avec leur propre personnel ont moins de risque d'avoir des résidents avec des problèmes nutritionnels ($p = 0,06$)

En ce qui concerne la variable explorée « dépendance : GMP moyen », cette méthode augmente la relation statistique déjà existante entre la dépendance et les problèmes nutritionnels ($p = 0,02$).

Donc, les variations existantes entre les établissements avec ou sans problèmes nutritionnels nous permettent d'augmenter la robustesse de l'analyse et de confirmer les tendances.

En conclusion, quand la mesure de la taille n'est pas rigoureuse, on repère moins bien les variations nutritionnelles. La dépendance est clairement liée aux problèmes nutritionnels. Les établissements où il y a le plus fort taux de dépendance sont ceux où il y a le plus de résidents dénutris ou en surpoids. Et enfin, la cuisine faite sur place améliore l'état nutritionnel des résidents.

3.2 Le point de vue des directeurs

3.2.1 Le temps du repas, un moment de convivialité

La durée de service des repas varie d'un établissement à l'autre. C'est surtout au petit déjeuner que cette variation est la plus importante. En effet, le petit déjeuner débute entre 6h45 et 8h et se prolonge de 30 minutes à 3 heures. Ces différences de durée sont expliquées par le nombre de services instaurés afin de respecter les horaires de lever des résidents. Plusieurs structures ont ainsi mis en place des horaires à la carte. D'une manière générale, plus le petit déjeuner débute tardivement (8h00) plus sa durée est courte (30 minutes).

On note que l'ensemble des établissements propose un goûter à leurs résidents. Un peu moins des deux tiers des établissements (13/20) offre une collation dans la matinée et/ou le soir (cf. annexe IX).

Le temps s'écoulant entre la fin du dernier repas de la journée et le petit déjeuner du lendemain matin est, en moyenne, de 12 heures. Un tiers des établissements (6/18) ont une amplitude excédant 12 heures. Ainsi, la moitié des EHPAD font jeûner leurs résidents plus de 11h45 la nuit.

Les médicaments sont pris au repas de midi (19/20) et dans la grande majorité des cas (18/20), à tous les repas, avant de commencer à manger.

La plupart des résidents prennent leur repas en salle de restauration (16/20 établissements, soit plus de 85 % des résidents en salle de restauration).

Pour toutes les structures, le repas ne se fait en chambre que de façon exceptionnelle et sur avis médical.

Lorsque le menu ne leur convient pas, presque tous les établissements (19/20) proposent une réponse alternative aux résidents. Seuls 6 établissements offrent un choix entre deux menus lors de la commande, les jours précédents.

Les régimes restrictifs représentent moins de 20 % des repas délivrés dans 14 structures sur 20.

Un peu plus de la moitié des EHPAD (11/20) préparent jusqu'à 20 % de leurs repas en mixé. La décision du passage d'une alimentation normale à une alimentation mixée se fait, pour la majeure partie (18/20), en concertation avec toute l'équipe soignante ou non. Enfin, dans la plupart des établissements, les résidents qui le souhaitent, peuvent choisir leurs voisins de table.

Tableau IV : synthèse des repas pris dans les EPHAD de l'échantillon.

Petits déjeuners	Entre 6h45 et 8h00 Durée : ½ h à 3 heures
Goûters Collation	Dans tous les établissements Dans 13 établissements sur 20
Temps de jeûne	12 heures en moyenne > 12 heures dans 1/3 des établissements > 11h45 dans la moitié des établissements
Prise de médicaments	Au repas de midi dans 19 établissements sur 20 A tous les repas avant de commencer à manger dans 18 établissements sur 20
Lieu des repas	En salle de restauration dans 16 établissements sur 20
Choix des menus	Choix entre 2 menus dans 6 établissements sur 20
Régimes restrictifs	Moins de 20 % des repas délivrés dans 14 établissements sur 20
Repas mixés	20 % des repas dans 11 établissements sur 20

3.2.2 Des animations autour de l'alimentation

Dans tous les établissements, des repas de fête ou à thème ont été instaurés. Moins d'un tiers des résidences (6/20) proposent aux personnes âgées de participer à la vie de la cuisine en épluchant des légumes, par exemple. Cependant, des ateliers cuisine, pour la réalisation de gâteaux d'anniversaire, par exemple, sont organisés dans trois quarts des établissements (15/20). D'une manière générale, les ateliers cuisine sont surtout développés au niveau des unités Alzheimer.

3.2.3 La prise en compte des désirs culinaires

L'avis des résidents sur l'appréciation des plats est attendu (19/19).

Cette prise en compte est surtout faite par la commission des menus (11/19), les enquêtes de satisfaction annuelles (6/19) et lors de réunions entre la direction et le personnel de cuisine (5/19). D'ailleurs, la commission des menus a été mise en place dans la plupart des établissements enquêtés (17/20). Y participent par ordre de fréquence : la direction (14/20), le cuisinier ou son représentant (14/20), des représentants des résidents (12/20), l'infirmière coordonnatrice et les aides soignantes (10/20), les agents hôteliers (8/20) et la diététicienne (5/20).

Pour les établissements dont la cuisine est effectuée en sous-traitance, cette prestation fait l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé (6/8). Dès l'entrée de la personne âgée dans la structure, ses attentes alimentaires (régimes particuliers, goûts et dégoûts, etc.), sont recueillies dans la grande majorité des cas (17/19), mais la prise en compte de ces attentes n'est relayée dans le projet individuel de la personne que dans 8 établissements sur 19.

3.2.4 Le suivi du statut nutritionnel des résidents

Tous les établissements pèsent régulièrement les personnes âgées. Plus des trois-quarts le font de façon mensuelle et systématique (16/20). De même, toutes les structures utilisent des compléments nutritionnels si nécessaire.

Moins d'un tiers des EHPAD (6/20) ont recruté une vacation de diététicien(ne). La durée hebdomadaire de ces vacations est variable allant de 8 heures à 4 heures, jusqu'à une mise à disposition en cas de besoin.

Un peu moins de la moitié des structures (9/20) ont mis en place une formation du personnel autour de l'alimentation et de la nutrition du sujet âgé. La majorité de ces formations (7/9) se sont déroulées en 2007 ou début 2008. Les intervenants sont très variables allant de représentants de groupes pharmaceutiques à des diététiciens en passant par des médecins coordonnateurs ou des médecins spécialistes de la question.

3.2.5 Un intérêt certain pour cette question

Tous les directeurs d'établissement sont sensibles à l'alimentation de leurs résidents et considèrent qu'elle fait partie des soins (18/19).

Si 13 d'entre eux considèrent qu'elle est un moment de plaisir et de bien-être pour le résident, la convivialité et la relation sociale n'est évoquée que dans 7 cas, la prévention des pathologies dans 6 cas et de la dénutrition dans 5 cas. Enfin, le soin est d'autant plus souligné que le régime alimentaire accompagne la thérapeutique du résident dans 4 cas sur 18.

3.2.6 Des questions sans réponse

Il n'a pas pu être retiré d'informations de la question n°25 car certains donnaient des résultats en équivalent temps plein et d'autres en nombre absolu. De même pour la question n°26, la grande diversité des formations des directeurs ne permet pas de dresser un profil type.

3.3 Le point de vue des médecins coordonnateurs

3.3.1 Des médecins coordonnateurs, généralistes et libéraux, souhaitant mutualiser leurs actions

Notre enquête a porté sur 19 médecins coordonnateurs car un médecin avait quitté ses fonctions entre février et avril 2008.

Un peu moins des deux tiers (12/19) des médecins coordonnateurs travaillent à 20 % en équivalent temps plein dans un seul EHPAD (10/19). Ils sont presque tous médecins généralistes (17/18), installés en libéral pour la moitié d'entre eux (9/19) et détenteur d'une capacité de gériatrie pour les deux tiers (12/18). Moins de la moitié (8/19) exercent une activité hospitalière. À signaler que sept d'entre eux officient chacun dans trois structures.

Ils ont pour la plupart (12/19) suivi une formation spécifique sur l'alimentation du sujet âgé. Plus de la moitié d'entre eux (11/19) ont pris leurs fonctions après 2005. Ils n'ont pas d'activité thérapeutique en tant que médecin coordonnateur mais un peu plus d'un tiers (7/19) interviennent avec d'autres médecins traitant dans l'EHPAD qu'ils ont en charge. Plus des deux tiers (13/19) ont déjà des rencontres entre eux. Pour la plupart (8/13), cela se fait à travers une association de médecins coordonnateurs ou par le réseau associatif de l'établissement. Ces réunions ont lieu 2 à 3 fois dans l'année. Pour ainsi dire, tous (16/17) souhaitent des rencontres afin d'échanger sur leurs pratiques et de les faire

évoluer. Ils aimeraient mutualiser la mise en place de protocole et la formation pour le personnel.

Dans le domaine de la gériatrie, ils s'informent préférentiellement par des revues médicales et des réunions de formation médicale continue (FMC). Ils aimeraient entretenir et améliorer leurs connaissances essentiellement par de la FMC (14/19), des réunions entre eux (12/19) et des formations spécifiques (8/19). Les revues médicales ne sont recherchées que par un tiers d'entre eux (6/19).

3.3.2 Des médecins coordonnateurs, engagés, voulant améliorer la prévention de la dénutrition

Deux tiers des établissements (13/20) pratiquent un examen médical d'entrée. Le plus souvent (8/13), ce sont les médecins coordonnateurs qui le réalisent. Les mesures anthropométriques sont loin d'être systématiques. À signaler que sur les 8 médecins coordonnateurs réalisant l'examen d'entrée, 3 ne font aucune mesure anthropométrique. La pesée est le plus souvent effectuée (9/13). La taille n'est relevée que dans la moitié des cas (6/13). Quant à l'IMC, son calcul est peu effectué (3/13).

Pourtant, le suivi du poids des résidents est régulier (18/20), systématique et mensuel (15/18). Toutefois, certaines structures (3/18) se voient limitées par le manque de matériel adapté à la pesée des personnes âgées handicapées ou alitées.

Parmi les trois principaux signes leur permettant de diagnostiquer une dénutrition, la perte de poids est la plus fréquemment citée (18/19). Puis interviennent la perte d'appétit (10/19) et l'hypo-albuminémie (8/19). L'IMC n'est signalé que dans 4 cas sur 19. À noter que la réalisation du MNA reste marginale (2/19). Un peu moins d'un tiers (6/10) des médecins coordonnateurs utilise des grilles d'évaluation nutritionnelle, c'est alors toujours le MNA qui est réalisé.

L'alimentation entérale par sonde gastrique est peu utilisée (jamais ou rarement 18/20). Les pharmacies à usage interne sont rares (3/20) et souvent retrouvées dans les établissements rattachés à un centre hospitalier.

Plus d'un tiers des médecins coordonnateurs (7/19) ont mis en place une formation du personnel autour de l'alimentation du sujet âgé. À l'unanimité, l'alimentation fait partie du soin, dans le sens de « prendre soin ». À ce titre, elle intervient en amont de la thérapeutique dans une démarche de prévention. La notion de plaisir est aussi évoquée dans le maintien de la bonne santé.

Ils ont tous des idées pour améliorer le dépistage de la dénutrition. Les différences de propositions traduisent les inégalités de dépistage et de prise en charge déjà existantes

dans les établissements. Parmi ces idées, nous retrouvons l'instauration de protocole de pesées systématiques et mensuelles avec suivi du poids, la réalisation de MNA systématique au moins annuellement pour chaque résident, la mise en place d'un dossier diététique pour le suivi qualitatif et quantitatif de l'alimentation et, enfin, la généralisation des soins dentaires.

Leurs besoins sont en adéquation avec leurs idées. Par ordre de fréquence, ils demandent avant tout du temps de diététicien pour les épauler dans la prise en charge des personnes âgées dénutries et la formation du personnel. Mais aussi, ils souhaiteraient avoir plus de temps pour accomplir leurs missions ; ce qui va, pour eux, dans le sens d'une revalorisation de leurs fonctions avec de vrais moyens humains et financiers pour les exercer. La qualité de la relation du binôme « médecin coordonnateur - médecin traitant » est aussi attendue pour une meilleure prise en charge globale et dans la continuité du résident. La formation du personnel est soulignée ainsi qu'une demande de renforcement des effectifs au moment des repas. Enfin, certains sont inquiets sur l'évolution de la prise en charge financière des compléments nutritionnels oraux.

3.3.3 De réelles motivations à exercer entachées toutefois par des difficultés certaines

Le travail d'équipe est ce qui motive le plus les médecins coordinateurs. Il leur permet de rompre avec l'isolement d'un exercice libéral. Ce travail d'équipe est avant tout organisationnel puis relationnel dans un second temps. Enfin, l'approche globale de la personne âgée dans toute sa complexité, entraînant un champ d'action vaste et varié, les attire.

Cependant, ils rencontrent des difficultés, principalement avec les médecins traitants des résidents avec qui le partenariat reste difficile. Ils sont frustrés par le manque de temps ne leur permettant pas d'assurer leurs différentes missions, montrant ainsi le décalage entre les décrets définissant la fonction de médecin coordonnateur et la réalité d'exercice. La difficulté à mobiliser le personnel dans le temps sur des actions concrètes de prévention est aussi rapportée. Enfin, la bonne qualité de la relation direction - médecin coordonnateur leurs semble indispensable.

3.4 La parole d'un acteur incontournable : le cuisinier

Avant de rencontrer les résidents de l'établissement Q, nous nous sommes entretenus avec la cuisinière qui travaille dans l'institution depuis 13 ans et qui a suivi une formation

sur les textures modifiées en décembre 2007. Les questions sont issues de la revue Cuisine Collective « l'alimentation des personnes âgées en institution » mai 2004. Voici un extrait de l'entretien, l'ensemble des entretiens se trouvant en annexe X⁵⁴.

Pouvez-vous définir le fonctionnement de votre résidence ?

[...] Des menus équilibrés sont établis, par notre structure centrale, par une diététicienne. Mais cela reste assez souple : sur le choix des légumes par exemple. [...]

Quelles sont les attentes alimentaires de vos convives ?

« Ils veulent bien manger, avec des bons produits. Surtout, ils aiment les plats en sauce. Je m'efforce de faire une sauce pour chaque plat. Ils n'aiment pas les aliments ou les plats secs. Nos plats ne sont ni salés ni poivrés : chacun rajoute ce qu'il veut en fonction de ses goûts ou de son régime. Mais les plats sont relevés avec des épices qui ne piquent pas »

Pensez-vous que l'alimentation fasse partie du soin ?

« Oui, avec les textures modifiées, on rajoute des protéines. On adapte la texture à la dentition [...] »

Êtes-vous en relation avec les services médicaux ?

« Non, pas tellement. Quand j'arrive le matin, je fais un tour en salle de soins voir s'il y a des régimes nouveaux, des nouveaux arrivants. Mais le personnel médical ne vient pas en cuisine. Les équipes du matin et de l'après-midi se réunissent vers 14 heures, je n'y vais pas »

Combien de menus différents confectionnez-vous par jour ?

« Nous avons un seul menu par jour avec une modification possible pour le plat [...]. La texture modifiée nous permet d'adapter ce menu aux besoins des résidents [...] ils mangent la même chose que les autres. Cela a la même couleur. C'est important pour eux »

Enfin, comment définiriez-vous votre challenge qui vise quotidiennement à donner du plaisir à vos convives malgré des contraintes certaines ?

« Il faut jongler entre les contraintes d'hygiène, de menus dont la trame est fixée par la diététicienne, un budget cadré et le plaisir des résidents. Il est difficile de faire plaisir à 70

⁵⁴ <http://www.la-cuisine-collective.fr/dossier/debat/articles.asp?id=26> (consulté le 15.11.07)

personnes en même temps. Mais nous faisons le maximum et nous essayons de nous adapter »

3.5 La parole de résidents autour de l'alimentation et du temps du repas

Le mardi 8 juillet, dans l'EHPAD Q, nous avons organisé une table ronde pour que cinq résidents volontaires puissent s'exprimer librement autour de l'alimentation et du temps du repas dans leur établissement. L'EHPAD Q est un établissement privé à but lucratif comptant 70 résidents. Cinq femmes, âgées de 70 à 90 ans, ont participé à cet entretien. Les questions sont issues de la revue Cuisine Collective « l'alimentation des personnes âgées en institution » mai 2004⁵⁵. L'entretien complet se trouve en annexe XI

Avez-vous bon d'appétit ?

« Je me mets à table sans avoir faim, par habitude »

« Oui, j'ai bon d'appétit mais quand cela ne me plaît pas je ne mange pas »

Vos plats sont-ils appétissants ?

« Ils sont bien présentés »

« C'est pas mal »

« Oui et c'est varié »

« Oui mais il y a trop de sauce, tous les plats sont servis avec de la sauce et je ne dois pas trop en manger pour ma santé »

« Je trouve qu'on nous donne trop de surgelés »

Votre plat principal est-il toujours servi chaud ?

« Oui » (à l'unanimité)

Vos horaires de repas vous conviennent-ils ?

« Oui pour le petit déjeuner et le déjeuner » (12h30)

« Mais le soir c'est beaucoup trop tôt (18h30) et les soirées sont longues après » (à l'unanimité)

⁵⁵ <http://www.la-cuisine-collective.fr/dossier/debat/articles.asp?id=26> (consulté le 15.11.07)

Quels sont vos plats favoris ?

« Les potages de légumes le soir » (plusieurs)

« Oui, c'est bon, mais je les trouve trop épais. C'est de la purée liquide »

« Moi, j'adore un bon pied de cochon, bien cuisiné, avec des poireaux à la vinaigrette. Mais je n'en mange pas ici »

« C'est difficile de dire un plat préféré »

Que représente le moment du repas ?

« Cela ne représente plus rien, c'est une habitude »

« C'est l'assiette. Pour moi, il n'y a pas de convivialité à table. J'ai une personne sourde avec laquelle je ne peux pas parler, une autre qui n'est pas intéressante et la troisième qui n'arrête pas de se plaindre »

« C'est vrai, beaucoup se plaignent et parlent de leur maladie »

« La conversation n'est pas toujours là » (à l'unanimité)

Comment considérez-vous la restauration de votre résidence ?

« C'est propre, bien présenté, les nappes et serviettes sont changées à chaque repas »

« Le service de restauration est parfait mais, parfois, je trouve que les plats sont préfabriqués. Ce n'est pas toujours la cuisine familiale que j'ai connue ».

4 Discussion

Avec un taux d'accueil en EHPAD de 255 places pour 1000 personnes âgées de 80 ans ou plus, le département du Morbihan est bien doté en structures.

Notre étude a rencontré deux types de limites ; celles induites par le terrain et les conditions de sa réalisation et celles secondaires à l'enquête elle-même.

4.1 Discussion de la méthode

Nous avons adapté notre méthode en fonction du temps imparti pour la réalisation de cette étude. En premier lieu, nous n'avons pas pu nous référer au référentiel ANGELIQUE pour constituer notre échantillon d'établissement. Il nous a donc fallu faire une première enquête en février 2008. Initialement, nous avons exploré la possibilité de quantifier le degré de dépendance des personnes âgées au sein de l'établissement à partir du temps infirmier. Or, selon les données disponibles, ce procédé ne s'est pas avéré pertinent. Nous nous sommes donc uniquement référé au GMP moyen de l'établissement. Au mois de mars, la mise à l'essai sur le terrain du questionnaire résident s'est révélée infaisable en pratique. En effet, il s'est heurté à plusieurs problèmes : d'abord, il fallait avoir accès

aux dossiers médicaux des résidents et donc se rapprocher de leur médecin traitant. Tous les EHPAD n'étant pas informatisés, le médecin coordonnateur n'a pas accès au dossier médical (comptes rendus d'intervention ou d'hospitalisation, etc.) et la transmission des données médicales dépend du lien qui a pu s'instaurer entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant du résident. De plus, dans le département du Morbihan, le nombre moyen de médecins libéraux intervenant dans chaque EHPAD est de 12. Ensuite, il semblait difficile d'impliquer les médecins traitants, souvent débordés, à remplir un questionnaire de 15 à 20 minutes, sur une période d'un mois, pour leurs résidents sélectionnés dans cette étude.

Par ailleurs, entre cette grille de recueil de données, élaborée selon « les bonnes pratiques de soins en EHPAD » et la réalité d'exercice dans les institutions, il peut y avoir un décalage important. Nous avons estimé que ce questionnaire ne renverrait qu'aux insuffisances de mise en œuvre. Il nous a donc semblé plus intéressant que ce travail puisse être une sensibilisation à cette problématique et en facilite le dépistage par un outil simple et peu coûteux. C'est pourquoi, nous avons choisi comme outil de dépistage de la dénutrition l'IMC, seul critère instantané, bien que nous soyons conscients de ses limites en termes de diagnostic de la dénutrition. En effet, les différents échanges menés avec certains médecins coordonnateurs et des directeurs d'établissement, nous avaient révélé que, généralement, les résidents étaient pesés mais non mesurés pour des raisons pratiques de difficultés de réalisation.

Un mois et demi, d'avril à mi-mai, ont été nécessaires pour faire le tour des vingt établissements sélectionnés afin de présenter notre méthodologie et de sensibiliser les différents interlocuteurs à cette étude. La mesure de la taille des résidents a été une charge de travail supplémentaire pour beaucoup d'entre eux.

4.2 Les limites de cette étude

Les biais sont inhérents à toute enquête. Ils doivent être systématiquement envisagés avant et discutés après. Ainsi, nous avons relevé trois types de biais.

4.2.1 Les biais de sélection

Nous avons un premier biais lors de la constitution de notre échantillon de vingt EHPAD par une enquête téléphonique. Nous n'avons pu vérifier les déclarations. Ainsi, un établissement sélectionné pour avoir déclaré faire la cuisine sur site en gestion directe, s'est révélé se faire livrer les repas par un prestataire externe privé. Un autre EHPAD, rentré dans l'échantillon sur le critère de présence d'un médecin coordonnateur en février 2008, a vu son médecin démissionner dans le mois suivant et donc ne plus en avoir lors de l'enquête en avril mai 2008. C'est donc l'infirmière coordonnatrice qui a répondu aux

questions « médicales » quand elles ne concernaient pas directement le médecin coordonnateur.

Le second biais de sélection s'est effectué au moment de l'inclusion des personnes âgées de 70 ans et plus dans chaque établissement. Initialement, il était prévu d'inclure, pour la mesure de l'IMC, toutes les personnes répondant à ce critère. Devant le manque de temps (de mi-avril à fin mai) pour réaliser les mesures de taille, certains établissements n'en ont effectuées qu'une partie. La consigne était alors d'être le plus objectif possible dans la sélection des personnes : soit tous les résidents d'un étage, soit tous les résidents d'une aile de la structure, soit tous les résidents d'un seul site (quand l'EHPAD a une grande capacité répartie sur plusieurs sites). Mais nous n'avons pas pu contrôler le mode de sélection aléatoire des résidents.

4.2.2 Les biais d'information

Nous en avons rencontré plusieurs. Le manque de matériel de pesée (balance plate-forme ou balance lève-personne) dans certains établissements ne leur ont pas permis d'inclure les personnes âgées handicapées ou grabataires. Or, nous avons vu que la dénutrition était liée à la dépendance. Par ailleurs, nous n'avons pas instauré, dans cette étude, de protocole de mesure du poids (le matin à jeun, en sous-vêtements, vessie vide). Nous n'avons pas pu utiliser, non plus, le même matériel de pesée pour chaque résident et, pour les balances électroniques, nous n'avons pas pu vérifier si elles étaient correctement tarées. Par contre, les conditions de mesure de la taille ont été données (feuille de consignes en annexe) mais ce protocole n'a pas toujours été respecté. Nous avons eu trois procédures différentes : la taille évaluée par la mesure de la distance talon-genou, la taille relevée sur la carte d'identité et la taille prise en position debout à l'aide d'une toise. Enfin, le recueil de données par un questionnaire papier, pour les médecins coordonnateurs et les directeurs, présente certains inconvénients notamment vis-à-vis d'un questionnaire posé face à face. Certaines questions ont pu parfois être mal comprises, même avec l'aide d'une visite de présentation de l'enquête et du questionnaire.

4.2.3 Les biais de mauvaise classification

De plus, l'IMC est non spécifique de la dénutrition. Il est un critère insuffisant à lui seul pour diagnostiquer une dénutrition. La dénutrition se fait aux dépens de la masse maigre. Il peut donc exister des obèses dénutris. De même, des personnes âgées peuvent être maigres (peu ou pas de graisse) sans être dénutries. Nous pouvons dire que l'erreur de classification s'est faite au hasard. La proportion de sujets mal classés est la même dans les deux groupes (dénutris versus non dénutris). Mais cette étude perd en puissance.

4.3 Les résultats des IMC

Si l'on reprend les différentes études faites depuis 20 ans sur l'état nutritionnel des sujets âgés vivant en institution gériatrique⁵⁶, nous observons d'abord une grande variabilité des taux de dénutrition selon les études. « La prévalence est plus variable selon la méthodologie et le type d'institution [...] ; elle varie de 19 à 60 % ». La deuxième observation que nous pouvons faire est que le diagnostic de la dénutrition est porté selon des critères variables : des mesures anthropométriques et/ou des mesures biologiques et/ou des bilans énergétiques et/ou des grilles de recueil nutritionnel comme le MNA qui obtient le consensus. Ces différents critères sont associés par deux, dans deux études sur trois, pour augmenter la puissance du diagnostic. On remarque que, contrairement à notre travail, les mesures anthropométriques n'ont jamais été utilisées seules pour essayer d'évaluer le taux de sujets âgés dénutris ; elles sont souvent associées à des mesures biologiques. Ce constat est aussi fait par T. CONSTANT⁵⁷ « la prévalence de la malnutrition protéino-énergétique varie de 16 à 59 %, selon la gravité de la malnutrition, les paramètres utilisés et les valeurs seuil choisies pour définir la malnutrition ». Ainsi, les seuils par rapport à un critère varient selon les références choisies. Une étude de la DRASS d'Aquitaine, réalisée en 2005, sur la « Prévention de la dénutrition des personnes âgées en institution en Aquitaine »⁵⁸ utilise les bornes et les interprétations des classes définies par l'OMS pour l'indice de masse corporelle (maigreur pour un IMC < 18,5 kg/m², les valeurs de référence –« poids santé » étant comprises entre les 18,5 et 25 kg/m²). En ce qui nous concerne, nous avons choisi de nous référer aux normes de l'HAS⁵⁹. La dénutrition y est définie pour un IMC < 21kg/m² et la dénutrition sévère pour un IMC <18 kg/m². Ces variations de critères et de seuils sont donc en grande partie responsables de la variabilité de la prévalence de la dénutrition selon les études. C'est pourquoi, il est difficile de comparer nos résultats avec les résultats nationaux ou ceux d'autres études ; il y a trop de différences entre les critères retenus pour porter le diagnostic et le seuil pathologique que l'on a choisi comme référence. Ce constat nous permet aussi de relativiser nos résultats donnés sur la valeur d'un seul critère avec, en plus, toutes les difficultés de mesure que l'on a pu voir. Cette constatation est aussi faite dans La Revue

⁵⁶ FERRY M., ALIX E., 2007, « la nutrition de la personne âgée », 3^e ed., MASSON, p. 99

⁵⁷ T. CONSTANS, 1994, « épidémiologie de la malnutrition chez les personnes âgées hospitalisées ou vivant en institution », La Revue de Gériatrie, t.9, n°10 décembre 1994, p. 707.

⁵⁸ DRASS d'Aquitaine, réalisée en 2005, sur la « Prévention de la dénutrition des personnes âgées en institution en Aquitaine »

⁵⁹ « stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » recommandations -avril 2007.

Prescrire⁶⁰ « La HAS ne donne pas de définition univoque de la dénutrition, mais rapporte six définitions selon divers instruments et critères ».

Cependant, nous pouvons regarder d'un peu plus près l'étude réalisée par la DRASS d'Aquitaine en 2005 car sur le plan méthodologique et de certains critères (enquête en deux temps, la taille de la structure, le statut de la structure, mesure de l'IMC avec taille évaluée selon l'équation de Chumlea, le lieu de confection des repas à 2 modalités : sur place ou à l'extérieur, l'utilisation ou non d'un diététicien, formation du personnel de l'établissement,) nous pouvons tenter de faire quelques comparaisons.

Tableau de comparaison sur certains points entre l'enquête 2005 réalisée par la DRASS Aquitaine et notre étude dans le département du Morbihan en 2008

Échantillon de personnes âgées	Morbihan 2008	Aquitaine 2005
Nombre d'établissements	20	45
Mode d'inclusion	non contrôlé	Aléatoire 15 résidents / établissement
Nombre de personnes incluses	1087	601
% de femmes	78 %	75 %
Age d'inclusion	≥ 70 ans	≥ 65 ans
Âge moyen des hommes	84 ans	79 ans
Âge moyen des femmes	86,2 ans	85 ans
Taille moyenne des hommes	167 cm	165,1 cm
Taille moyenne des femmes	153 cm	153,5 cm
Poids moyen des hommes	69,8 kg	70,3 Kg
Poids moyen des femmes	57,4 Kg	57,2 Kg
Indice de Masse Corporelle	selon critère HAS cherche à connaître l'état nutritionnel notion d'Homme « dénutri »	selon critères OMS cherche plutôt à connaître l'état physique notion d'Homme « maigre »

⁶⁰ La Revue Prescrire (Edition Fac-Similée), juillet 2008, t.8, n°297, p. 27 « dénutrition protéino-énergétique des personnes âgées : un guide HAS pragmatique, faute de données solides »

Échantillon de personnes âgées	Morbihan 2008	Aquitaine 2005
Valeurs seuil en Kg/m ²	Dénutri sévère < 18 Dénutri simple 18 ≤ IMC < 21 Poids santé 21 ≤ IMC < 25 Surpoids 25 ≤ IMC < 30 Obésité IMC ≥ 30	Maigre < 18,5 Poids santé 18,5 ≤ IMC < 25 Surpoids 25 ≤ IMC < 30 Obésité IMC ≥ 30
% de surpoids	28 %	27,5 %
% d'obésité	13 %	15 %
points de concordance entre les 2 études		
<p>étude Aquitaine (2005) selon 2 critères utilisés : IMC et grille d'évaluation nutritionnelle MNA</p> <p>étude Morbihan (2008) selon le seul critère d'IMC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de soucis de réponses aux questionnaires avec les établissements conventionnés - L'état nutritionnel des femmes est légèrement moins bon que celui des hommes - La capacité des structures n'a pas d'incidence sur l'état nutritionnel des résidents, tout comme l'aide d'un diététicien pour la préparation des menus - Le taux de dénutrition est lié à la dépendance - Les hébergements en secteur rural hébergent une proportion moins importante de personnes dénutries 		

Bien que le mode de sélection de l'échantillon de personnes âgées soit différent entre les deux études, nous observons les mêmes caractéristiques concernant le poids, la taille et le sexe ratio. En ce qui concerne les personnes âgées en surpoids ou obèses, définies selon les mêmes seuils d'IMC, nous observons sensiblement les mêmes pourcentages. Nous retrouvons aussi le même lien statistique entre dénutrition et dépendance. Dans notre étude, nous avons aussi remarqué que les établissements implantés en milieu rural présentaient un moins fort taux de résidents dénutris. Cependant, compte tenu de notre faible nombre d'établissements et des biais dans la sélection des personnes âgées, nous ne pouvons pas tirer de conclusions. Concernant le lieu de confection des repas, l'étude de la DRASS d'Aquitaine (2005) ne retrouve pas de lien avec l'état nutritionnel des résidents. Dans cette étude, parmi les 42 établissements sectionnés, quatre établissements sur cinq se faisaient livrer les repas. Dans le département du Morbihan, la confection des repas sur site en gestion directe est privilégiée (36/56 EHPAD retenues pour constituer l'échantillon des 20 établissements enquêtés).

4.4 Une échelle de dépistage non adaptée à notre enquête

Parallèlement à la grille de recueil de données anthropométriques nous avons testé une échelle dont l'objectif était de pouvoir repérer les malades devant faire l'objet d'une

enquête nutritionnelle plus poussée, par le MNA, seul outil de dépistage validé et recommandé dans cette population. En effet, le MNA n'est pas mis en œuvre en pratique courante, du fait de son temps de réalisation. Cette échelle, subjective, construite sur six questions simples, pouvant être facilement utilisée par le personnel infirmier et aide-soignant, ne s'est pas montrée pertinente pour notre étude. Sans doute parce qu'elle a été construite et adaptée à un seul centre et sur un échantillon relativement faible (349 personnes)⁶¹. Des études comparant des échelles subjectives avec le MNA mettent en évidence des résultats discordants dans le repérage des patients à risque⁶². Peut-être aussi que cette échelle aurait été plus pertinente si elle avait été accompagnée par une formation du personnel sur les risques de la dénutrition et ses signes subjectifs de dépistage.

4.5 Le difficile exercice de médecin coordonnateur

La loi du 24 janvier 1997 et l'arrêté du 26 avril 1999, avec la mise en place des conventions tripartites, remodelent la fonction de médecin coordonnateur qui devient obligatoire pour les EHPAD. Force est de constater, sur le terrain, que la prise en charge médicale des résidents en institution est très inégale. D'abord par une difficulté à recruter des médecins coordonnateurs. Notre enquête montre que les établissements hébergeant les personnes âgées les plus dépendantes (GMP moyen ≥ 800) sont les moins bien dotés en médecin coordonnateur. Ensuite, par une difficulté à les garder. En effet, devant l'ampleur des missions et des responsabilités et le peu de moyens qui leur sont accordés, certains médecins coordonnateurs préfèrent démissionner. Le temps partiel accordé au médecin coordonnateur, en moyenne 0,2 ETP, fait qu'il est rapidement submergé et qu'il ne peut se concentrer que sur les priorités. Cela nous amène à souligner l'importance de la cohésion du binôme « direction - médecin coordonnateur ». « Il est souhaitable qu'il (le médecin coordonnateur) forme une équipe avec le directeur de l'institution »⁶³. Dans notre enquête, les médecins coordonnateurs soulignent la grande difficulté à travailler avec les médecins traitants des résidents. Le médecin coordonnateur devrait être un élément central d'animation du projet médical de l'établissement. Faut-il rappeler que « les médecins et autres intervenants libéraux exerçant en EHPAD » devraient « adhérer au règlement intérieur de celui-ci, reconnaissant ainsi la mission de médecin

⁶¹ TRIVALLE C. et al. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie, t7, pp 19-24.

⁶² BAUER J.M., VOGL T., Wicklein S. et al. Comparaison of the Mini Nutritional Assessment, and Nutritional Risk Screening (NRS 2002) for nutritional screening and assessment in geriatric hospital patients. *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38 : 322-7.

⁶³ Extrait de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges

coordonnateur »⁶⁴. D'ailleurs, le décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 précise que le médecin coordonnateur « organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement [...] À cet effet, il les réunit au moins une fois par an ». Compte tenu des difficultés d'exercice, il semble important que les médecins coordonnateurs ne soient pas isolés dans leur activité. D'ailleurs ils sont demandeurs de rencontres entre eux pour échanger sur leurs pratiques et les faire évoluer.

4.6 La nécessaire revalorisation de la fonction de médecin coordonnateur

La plupart des médecins coordonnateurs se sentent bridés dans leur mission d'animateur de projet de soins de l'établissement lorsqu'il n'y a pas de lien possible avec le médecin traitant, seul détenteur de la prescription. Ce phénomène est, malheureusement, parfois rencontré dans la prise en charge de la douleur chronique des résidents. Aussi, peut-être est-il sous-estimé dans la prise en charge de la dénutrition du sujet âgé en institution. Déjà, l'arrêté du 26 avril 1999 précisait : « Il paraît souhaitable que le médecin coordonnateur exerce une activité thérapeutique au sein de l'établissement ». Cette évolution semble nécessaire et indispensable pour faire face au changement et à l'aggravation des problèmes posés : des résidents de plus en plus âgés, porteurs de pathologies de plus en plus lourdes, leur turnover de plus en plus rapide du fait de leur arrivée tardive en institution et des familles de plus en plus présentes et exigeantes. À l'aube de l'arrivée au quatrième âge du baby-boom, les EHPAD devront s'adapter à cette évolution en devenant de véritables centres de soins gériatriques. La présence et l'implication d'un médecin coordonnateur est indispensable pour guider et accompagner ces mutations. En effet, l'entrée de la personne âgée en EHPAD constitue un temps fort de la prise en charge dans la structure. Le médecin coordonnateur doit participer, avec le directeur, à la sélection des demandes pour n'accepter que les personnes âgées pouvant être hébergées et soignées correctement⁶⁵. Cette participation est rappelée dans le décret n°2005-560 du 27 mai 2005 qui stipule que le médecin coordonnateur « donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ». Dans notre étude, seulement deux tiers des EHPAD pratiquent un examen clinique d'entrée et il est effectué, dans moins de deux tiers des cas, par le médecin coordonnateur. Ainsi, deux résidents sur cinq entrants en EHPAD ont un examen clinique d'entrée effectué par le médecin coordonnateur. Pourtant, selon JEANBLANC, cet examen semble indispensable et

⁶⁴ JEANBLANC p.74 – Annexe II convention tripartite.

constitue la base du suivi médical de la personne âgée. « Le médecin coordonnateur mettra en place un dossier médical qui comportera un bilan clinique d'entrée avec notamment un bilan de l'état bucco-dentaire et de l'état nutritionnel »⁶⁶. Très peu de médecin coordonnateur ont pu mettre en place une formation du personnel sur la lutte contre la dénutrition, condition essentielle au maintien d'une bonne santé du sujet âgé. Pourtant, « la formation initiale du personnel en institution est variable »⁶⁷. Il y a souvent une méconnaissance des besoins nutritionnels de la personne âgée. Des idées reçues contribuent, au quotidien, à conduire les personnes âgées vers la dénutrition. Nous n'en citerons que deux : « une personne âgée doit manger moins qu'un adulte en activité », « elle doit manger moins de viande ». « Il est donc essentiel de rappeler au personnel les particularités psychologiques et médicales de la personne âgée, ainsi que les particularités des soins et du prendre soins gérontologiques »⁶⁸. Des efforts sont donc à maintenir pour l'amélioration du statut nutritionnel dans les EHPAD.

Les résultats de l'enquête auprès des directeurs d'établissement montrent qu'ils ont bien conscience de l'importance de l'alimentation dans le maintien d'un bon état de santé des résidents si elle est associée, en priorité, au plaisir et à la convivialité lors de la prise des repas. Le repas est « un prétexte à la socialisation et à la convivialité »⁶⁹. Ils respectent tous, dans leur organisation, un temps nécessaire à la durée du repas. En effet, selon le CNA, ce temps ne devrait pas être inférieur à 30 minutes au petit déjeuner, une heure au déjeuner et 45 minutes au dîner⁷⁰. Cependant, un point à améliorer serait la réduction du temps du jeûne nocturne ; pour plus des deux tiers des établissements, il s'étend et va au-delà de 11h45 avec un temps maximum de 13h30. Il pourrait être écourté en retardant l'heure du dîner, trop tôt de l'avis des résidents qui trouvent les soirées longues (cf. entretien des résidents - annexe XI). Des efforts restent aussi à faire dans l'instauration systématique de collations matinales et nocturnes d'autant plus si l'on observe que l'appétit du résident diminue. En effet, il est préférable de fractionner la prise alimentaire plutôt que d'augmenter sa ration lors des repas. Ainsi, selon A. FEUZ, « si l'appétit est défaillant, les collations permettent de proposer des aliments (ou équivalents)

⁶⁵ JEANBLANC p.74 « le médecin coordonnateur en EHPAD -la revue de gériatrie – Tome 25 – N°2, février 2000

⁶⁶ JEANBLANC p.74 « le médecin coordonnateur en EHPAD -la revue de gériatrie – Tome 25 – N°2, février 2000

⁶⁷ Id. p76

⁶⁸ JEANBLANC p.76 « le médecin coordonnateur en EHPAD -la revue de gériatrie – Tome 25 – N°2, février 2000

⁶⁹ P.CHAMPVERT et P. MALLET « La nutrition de la personne âgée » p. 292 MASSON

⁷⁰ Avis numéro 53 du CNA du 15 décembre 2005

insuffisamment consommés lors des repas principaux »⁷¹ Trop de régimes restrictifs sont encore servis. Presque deux tiers des établissements ont plus de 10 % de leurs résidents sous régime. Pourtant, au-delà de 75 ans, les régimes restrictifs doivent être réévalués périodiquement et rester brefs dans le temps. Les recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD le soulignent : « bannir les régimes restrictifs sauf exception très limitée dans le temps », « pas de régimes restrictifs au-delà de 75 ans »⁷². Dans tous les établissements, les résidents reçoivent leur traitement avant le repas. Or, selon le CNA « dans la mesure du possible, les médicaments ne devraient être distribués qu'à la fin ou après les repas » pour éviter la perte du goût et l'impression de satiété due à la forte absorption d'eau⁷³. Des commissions des menus ont été instaurées dans presque tous les établissements enquêtés, cependant on constate une grande variabilité de leur fréquence allant d'une commission par semaine à une commission par an. Pourtant, des commissions régulières permettent d'associer les résidents à la confection des menus et de les faire participer ainsi à la vie de l'établissement. De plus ces commissions sont l'occasion de décloisonner les services administratifs, soignants et hôteliers permettant ainsi une meilleure cohésion des équipes (cf. entretien avec le cuisinier : annexe XI). Dans la mesure du possible, le choix des menus devrait être élargi pour laisser aux résidents la possibilité d'exercer un choix individuel. Selon P. CHAMPVERT et P. MALLET « il n'y a pas de justification économique à l'unicité des plats en maison de retraite »⁷⁴. Enfin, il ne faut pas négliger la formation des agents pour favoriser leur implication et la revalorisation de leur travail. Les aides-soignantes ont sans doute un rôle central à jouer, dans leur proximité auprès des résidents, qui pourrait être bénéfique dans la prévention et la prise en charge de la dénutrition. Elles peuvent, lors des repas, stimuler la personne par la parole et le toucher. De plus, par leurs chaleurs humaines et leurs sourires, elles peuvent aider la personne âgée à tolérer sa dépendance. Ainsi, les efforts sont à maintenir pour améliorer le statut nutritionnel des résidents. Les EHPAD devraient utiliser l'alimentation pour accroître la qualité de vie de leurs pensionnaires.

⁷¹ « La nutrition de la personne âgée » p. 277 MASSON

⁷² Ministère de la santé de la jeunesse et des sports « les bonnes pratiques de soins en EHPAD : quelques recommandations », octobre 2007 p.10

⁷³ Avis numéro 53 du CNA du 15 décembre 2005

⁷⁴ « La nutrition de la personne âgée » p. 290 MASSON

5 Préconisations

Actuellement, la prise en charge de la dénutrition reste insuffisante sous l'effet combiné d'une réglementation complexe ne favorisant pas le travail en coordination des différents acteurs et d'un manque de connaissance des professionnels.

Nos préconisations se déclinent autour de trois axes :

- développer la prévention pour éviter la dénutrition,
- améliorer le dépistage pour la rechercher systématiquement,
- favoriser la prise en charge précoce pour ne pas la laisser s'installer.

Ces trois axes de préconisations vont être déclinés à différents moments et niveaux de la prise en charge de la personne âgée.

La prévention de la dénutrition en institution pourrait passer par une prise en charge en amont de l'institutionnalisation. En effet, c'est souvent la dépendance qui amène les personnes à rentrer en EHPAD. Compte tenu du lien qui s'établit entre la dépendance et la dénutrition, on peut se demander si la dénutrition ne s'instaure pas avant l'arrivée de la personne âgée en établissement. Une fois la dénutrition installée, il est difficile de la compenser. C'est pourquoi, il nous semble important d'intégrer la période près institutionnelle dans nos préconisations pour améliorer le statut nutritionnel des personnes âgées en EHPAD.

	Avant institutionnalisation de la personne âgée	Dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes	Les politiques de santé publique, rôle possible des différentes tutelles
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Informer le public pour lutter contre les « a priori » • sensibiliser et former les médecins traitant et les professionnels de santé à cette problématique par la FMC • Former les aides à domicile (inclure même un projet très succinct sur cette problématique dans leur formation qui devrait être obligatoire) • Sensibiliser les familles • Former les porteurs de repas 	<p>Développer la formation du personnel (aide-soignante, AMP, cuisinier)</p> <p>Maintenir les conditions physiques d'une bonne alimentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • développer les ateliers de gymnastique • développer l'hygiène bucco dentaire journalière • généraliser les examens et les soins bucco-dentaires en institution <p>L'alimentation passe par le plaisir</p> <ul style="list-style-type: none"> • favoriser le plaisir et la convivialité lors des repas • éviter la médicalisation des repas • développer la possibilité de choix alimentaires • supprimer les régimes restrictifs au-delà de 70-80 ans • fractionner les repas et proposition de collations systématiques le matin et le soir • éviter le jeûne nocturne au-delà de 10 heures • maintenir une bonne hydratation systématique <p>Organisation institutionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • avoir une infirmière référent nutrition • informatisation médicale pour optimiser le suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la cuisine sur site en gestion directe lors de la signature de la convention tripartite • élaborer un « plan de prévention de la dénutrition » intégré en annexe à la convention tripartite • accompagner les établissements dans une démarche qualité (suivi du référentiel ANGELIQUE) • augmenter le temps d'exercice des médecins coordonnateurs pour qu'ils puissent remplir toutes leurs missions • développer et communiquer autour des CLIC • promouvoir les réseaux gérontologiques • Développer les inter-Clan entre plusieurs EHPAD et/ou avec un hôpital local ou un autre hôpital
	Avant institutionnalisation de la personne âgée	Dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes	Les politiques de santé publique, rôle possible des différentes tutelles

Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> prise en charge par l'assurance maladie d'une consultation de dépistage annuelle pour les personnes au-delà de 65 ans formation des médecins traitants à la consultation gériatrique (FMC) 	<p>L'examen clinique à l'entrée</p> <ul style="list-style-type: none"> examen clinique d'entrée fait par le médecin coordonnateur avec mesures anthropométriques et bilan biologique <p>Grille d'évaluation nutritionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> réaliser un MNA au moins annuellement <p>Instauration de protocoles</p> <ul style="list-style-type: none"> protocoles de mesures anthropométriques (poids, IMC) protocole de suivi mensuel des mesures anthropométriques (suivi de la courbe de poids) 	<ul style="list-style-type: none"> donner aux médecins coordonnateurs les outils de dépistage biologiques de la dénutrition doter les établissements d'outils de dépistage adaptés aux mesures anthropométriques : balance-plateforme, balance lève-personne, toise pédiatrique
Prise en charge précoce	formation des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> utiliser les compléments nutritionnels développer les vacations de diététicien(ne) protocole de suivi nutritionnel individuel en cas de risque instaurer un plan de renutrition pour les personnes dénutries 	<ul style="list-style-type: none"> prise en charge par l'assurance maladie des compléments nutritionnels développer les réseaux gérontologiques autour des CLIC

Conclusion

À tous les âges, bien manger est un plaisir de la vie, qui plus est essentiel pour se maintenir en bonne santé. La personne âgée n'a pas forcément choisi de vivre en collectivité ; elle a dû faire le deuil de sa vie antérieure.

L'origine de la dénutrition est souvent complexe et multifactorielle. Sa prévalence en institution en fait un important problème de santé publique. Malgré les progrès accomplis, d'importants efforts restent à faire pour parvenir à réduire sa fréquence en EHPAD. Le dépistage et la prise en charge précoce constituent deux axes importants de cette lutte.

Pourtant, cet aspect de la prise en charge des résidents est encore trop souvent négligé. De plus, il n'existe pas de consensus concernant les critères « objectifs » de dénutrition et le seul outil de dépistage ayant obtenu le consensus dans cette population est le MNA, rarement utilisé en routine du fait du manque de moyens humains et financiers.

Notre étude a montré une fréquence plus importante des problèmes nutritionnels, que ce soit la dénutrition ou la surcharge pondérale, dans les établissements accueillants les résidents les plus dépendants. De même, cette fréquence est augmentée quand les repas ne sont pas réalisés sur place.

C'est pourquoi, concrètement, nous nous proposons de continuer ce travail lors de notre stage de médecin en santé publique pour établir, après un contact personnalisé avec les établissements les plus touchés par cette problématique, une discussion en commun afin de fixer des objectifs et de projeter des actions en vue d'améliorer le statut nutritionnel de leurs résidents.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, MINISTÈRE DE L'INTERIEUR, MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE, SECRÉTARIAT D'ÉTAT A LA SANTÉ ET A L'ACTION SOCIALE. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel, n°98 du 27 avril 1999, 6256-6263.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel du 22 septembre 2004, texte 15 sur 82.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, MINISTÈRE DE L'INTERIEUR, MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE. Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal officiel, n°98 du 27 avril 1999, 6223-6248.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel, n°185, 14277.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Journal officiel, n°123 du 28 mai 2005, 9363.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire DHOS/E 1 n°2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé. Bulletin officiel n°2002, 16

Ouvrages

BASDEKIS J.C., DE FRANCESCHI J., 2004, *L'alimentation des personnes âgées et la prévention de la dénutrition*, Paris : éditions Estem, 143p.

BRAMI G., 2007, *Les droits des personnes âgées hébergées. Guide pratique*, Paris : Berger-Levrault, 224p.

FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, 3^e ed., Paris : Masson, 303 p.

POULAIN J.P., 2002, *Sociologies de l'alimentation*, Paris : PUF Editions, 286p.

TREMOLIERE J., 1969, *Biologie générale*, tome 4, Dunod, pp 462-463.

Articles et périodiques

ALIX E., 1997, « Alimentation Nutrition. Malnutrition proteino-énergétique de la personne âgée : données épidémiologiques », *Gérontologie et société*, vol. 83, pp 53-61.

BONY A., HOPPE G., DUBUISSON F., et al., 2000, « *Les personnes âgées : une politique en mouvement. Dépendance et réponses médicales* », Echanges Santé-Social, vol. 99, pp 31-52.

CHRISTOLHOMME M., 2006, « Un sujet négligé : la santé buccodentaire des personnes âgées », *Gérontologie*, vol. 138, pp. 2-25.

CHUMLEA W.C, ROCHE A.F., STEINBAUGH M.L, 1985, « Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age », *J Am Geriatr Soc*, 33 : 116-20.

CONSTANS T., 1994, « Epidémiologie de la malnutrition chez les personnes âgées hospitalisées ou vivant en institution », *La Revue de Gériatrie*, vol.19, n°10, pp.707-708.

COVELET R., 2003, « L'alimentation de la personne âgée : une approche psychologique », *Gérontologie*, vol. 127, pp 19-23.

« Dénutrition proteino-énergétique des personnes âgées : un guide HAS pragmatique faute de données solides », 2008, *La Revue Prescrire*, t. 28, n°297bis, pp 27.

DESCHAMPS V., ASTIER X., FERRY M., et al., 2001, « État nutritionnel et état de santé des personnes âgées : étude de deux enquêtes longitudinales françaises », *Médecine et Nutrition*, vol. 37, n°6, pp. 259-266.

DICTIONNAIRE PERMANENT, Action sociale, 2007, mise à jour 56 (date d'arrêt des textes : 7 février 2007), éditions Législatives, pp.1905-1914.

FERRY M., LESOURD B., SCHLIENGER J.L., « *Etude de la consommation alimentaire chez les personnes âgées lors de l'enquête EURONUT-SENECA* ».

FOREST M.I., MALACRIDA R., CONTANS T., et al., 1998, « Ethique clinique et alimentation des personnes âgées ». *Revue de Gériatrie*, vol. 23, n°4, pp.351-354.

GUIGOZ Y., VELLAS B., GARRY P.J, 1994, « The Mini Nutrial Assessment (MNA) : a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients », *Facts Res Gerontol*, suppl.2 : 15-32.

JEANBLANC F., 2000, « Le médecin coordonnateur en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes », *La Revue de Gériatrie*, t.25, n°2, pp 73-80.

MENECIER L., MENECIER P., DEBATTY D., et al., 2000, « Suivi nutritionnel en hébergement médicalisé pour personnes âgées », *La Revue de Gériatrie*, t.25, n°2, pp 65-72.

MONPLAISIR M.,1984, « Changements physiologiques et vieillesse », *Les cahiers de la femme*, vol.5, n°3, pp 72-73.

TRIVALLE C., GASQUET., HAMON-VILCOT B., et al., 2007, « Mise au point de deux échelles de dépistage de la dénutrition pour les personnes âgées hospitalisées en soins de suite ou en soins de longue durée », *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, t.7, pp 19-24.

TUGORES F., 2005, « les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel : premiers résultats de l'enquête 2003 », vol. 379, pp 8.

Rapports

CONSEIL GENERAL DU MORBIHAN, 2006, « 2006-2010 : Schéma Gérontologique du Morbihan », 87 p.

CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION, 2005, « *Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques* », n 53, 24p.

DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES D'AQUITAINE, 2007, « *Prévention de la dénutrition des personnes âgées en institution en Aquitaine. Situation 2005.* » n 48, 66p.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2007, « *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition proteino-énergétique chez la personne âgée* ».

INSERM, 1999, « *Carences nutritionnelles :  tiologie et dépistage* »,  ditions INSERM, collection Expertise collective, 334p.

MINISTÈRE DÉLÉGUÉ   LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET   LA FAMILLE, 2006, « *Plan solidarité – Grand âge* », 39p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, « *Programme national nutrition santé 2001-2005* ».

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE, SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE ET GÉRONTOLOGIE, 2007, « *Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* », 115p.

RIALLE V., 2007, « *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et leur famille* ». Rapport remis au Ministre de la Santé et des Solidarités. 74p.

Thèses et mémoires

MISCHLICH D., 2006, *Voies d'amélioration de l'alimentation et du statut nutritionnel des personnes de plus de 70 ans*, mémoire ENSP de module interprofessionnel : ENSP Rennes, 28 p.

Sites internet

BRUTEL C., OMALEK L., « *Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030* », [visité le 28.05.08], disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/DS081fr.pdf.

BRUTEL C., OMALEK L., « *Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (l'horizon 2030/2050)* », [visité le 28.05.08], disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ISOC016fr.pdf.

CAVEY M., 2004, « *Evolution du statut nutritionnel d'une population de résidents d'une maison de retraite* », [visité le 28.05.08], disponible sur Internet : <http://www.geocities.com/bpradines/Cavey2.html>

INSEE Bretagne, 2002, « Le Morbihan : un territoire contrasté, entre terre et mer », [visité le 9.03.08], disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/insee-regions/bretagne/rfc/docs/Morbihan.pdf>.

INSERM *Expertise collective : carences nutritionnelles* p.2 [visité le 29.05.08] disponible sur Internet : <http://ist.inserm.fr/basispresse/DP/DP1999/9avril1999.fr>

LESOURD B., ZIEGLER F., AUSSEL C., 2001, « Nutrition in the elderly : importance and traps of biological investigations », *Annales de Biologie Clinique*, Vol.59, n°4, pp.445-452, [visité le 9.03.08], disponible sur internet : http://www.jle.com/en/revues/bio_rech/abc/e-docs/00/00/C4/D2/article.md

POULAIN J.P., 2002, « Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques », chapitre 5 : L'alimentation et ses représentations [visité le 11.05.08], disponible sur Internet : <http://www.lemangeur-ocha.com>

POULAIN J.P., 1998, « Les jeunes seniors et leur alimentation. Représentations, mutations et permanences », *Les cahier de l'OCHA*, n°9, Paris, 112 p. [visité le 11.05.08], disponible sur Internet : <http://www.lemangeur-ocha.com>

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE NUTRITION, « Troubles nutritionnels du sujet âgé », *Cahier de Nutrition et de Diététique*, vol.36, n° HS 1, 2001, [visité le 04.04.08], disponible sur Internet : <http://www.masson.fr>

Rapport d'étape Compaqh, décembre 2003, « Lutter contre les troubles nutritionnels », pp. 46-57, [visité le 04/04/08], disponible sur Internet : <http://www>.

Rapport Compaqh, 2006, « Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte, Cahier des charges », 9 p., [visité le], disponible sur Internet : <http://www>.

« La fonction de médecin coordonnateur en EHPAD », [visité le 28/03/2008], disponible sur Internet : http://www.ehpad.org/medecin_coordonnateur/document_view.

« Présentation du plan national bien vieillir 2007-2009 », [visité le 28/03/2008], disponible sur Internet : http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes_agees/grands-dossiers/programme-national-bien-vieillir/

« Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance » 2007, [visité le 04/04/2008], disponible sur Internet : http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse/dossiers-presse/plan-developpement-bientraitance-renforcement_lutte_contre_la_maltraitance.html

Liste des annexes

- Annexe I : Constitution de l'échantillon
- Annexe II : Courrier adressé aux directeurs des EPHAD
- Annexe III : Grille d'entretien cuisinier et résidents
- Annexe IV : Typologie des EPHAD
- Annexe V : Explication de l'échantillonnage dans chaque EPHAD
- Annexe VI : Tableau de synthèse des résultats IMC
- Annexe VII : Cotes et proportions par établissement
- Annexe IX : Questionnaire directeurs et résultats
- Annexe X : Questionnaire médecins et résultats
- Annexe XI : Entretien intégral avec le cuisinier et les résidents

ANNEXE I : Constitution de l'échantillon.

SELECTION ECHANTILLON DES 20 EHPAD (suite enquête téléphonique février 08)

EHPAD	capacité	statut	GMP moy	restauration		5
45	55	<u>1</u>	497	1		
42	60	1	463	1	cuisine sur site	
32	63	1	467	1	capacité croissante	
66	70	<u>3</u>	450	1	GMP < 500	
34	71	3	450	1		

EHPAD	capacité	statut	GMP moy	restauration		12
20	47	1	545	1		
24	50	<u>1</u>	503	1		
9	50	1	535	1		
28	51	1	544	1	cuisine sur site	
14	60	<u>1</u>	588	1	capacité croissante	
6	64	3	551	1	500 < GMP < 600	
65	65	4	510	1		
63	66	<u>1</u>	575	1		
16	68	1	560	1		
22	70	1	576	1		
56	114	<u>3</u>	512	1		
25	171	2	589	1		

EHPAD	capacité	statut	GMP moy	restauration		12
3	48	4	672	1		
7	55	<u>1</u>	661	1		
11	58	1	672	1		
15	59	1	643	1	cuisine sur site	
61	70	<u>4</u>	690	1	capacité croissante	
62	75	1	670	1	600 < GMP < 700	
18	77	1	619	1		
29	79	<u>3</u>	664	1		
31	92	3	675	1		
40	121	1	651	1		
1	135	<u>1</u>	661	1		
55	154	1	649	1		

EHPAD	capacité	statut	GMP moy	restauration		6
5	65	1	712	1		
21	67	<u>1</u>	713	1		
51	70	4	753	1	cuisine sur site	
54	75	1	757	1	capacité croissante	
59	77	<u>3</u>	727	1	700 < GMP < 800	
67	105	4	733	1		

EHPAD	capacité	statut	GMP moy	restauration	cuisine sur site	
13	74	1	813	1	GMP > 800	1
33	90	1	396	6	GMP < 500	1

EHPAD	capacité	statut	GMP moy	restauration		
64	56	1	538	2	livraison des repas	4
2	59	1	536	2	capacité croissante	
57	62	3	590	6	500 < GMP < 600	
58	65	1	522	2		

EHPAD	capacité	statut	GMP moy	restauration		
37	48	2	650	3		6
43	58	1	610	2	livraison des repas	
69	68	3	600	5	capacité croissante	
60	105	1	652	5	600 < GMP < 700	
4	184	2	612	3		
68	222	1	639	4		

EHPAD	capacité	statut	GMP moy	restauration		
49	28	3	767	4		6
53	82	1	781	5	livraison des repas	
36	86	3	732	5	capacité croissante	
10	86	3	777	4	700 < GMP < 800	
44	95	3	741	5		
30	150	2	743	3		

EHPAD	capacité	statut	GMP moy	restauration		
35	25	3	813	6	livraison des repas	3
27	28	3	829	6	capacité croissante	
39	43	1	858	4	GMP > 800	

Codification Statut :

- 1 établissement public autonome ou territorial
- 2 établissement public rattaché à un établissement hospitalier
- 3 établissement privé associatif
- 4 établissement privé à but lucratif

Mode de restauration :

- 1 cuisine sur site en gestion directe
- 2 livraison des repas par la Cuisine Centrale Communale
- 3 livraison des repas par la cuisine de l'hôpital
- 4 livraison des repas par un prestataire externe privé
- 5 cuisine sur site en gestion concédée
- 6 livraison des repas par un autre établissement sanitaire et social

ANNEXE 1 (suite)

Critères des 20 EHPAD sélectionnés lors de l'enquête téléphonique de février 2008

EHPAD	Capacité	Nombre IMC	Statut	GMP moyen	Mode de restauration
A	135	58	P	661	sur site GD
B	73	70	H	612	livraison CH
C	55	51	P	661	sur site GD
D	60	60	P	588	sur site GD
E	71	64	P	713	sur site GD
F	50	13	P	503	sur site GD
G	60	51	H	589	sur site GD
H	28	28	A	829	livraison OESS
I	79	66	A	664	livraison PEP
J	100	37	A	396	sur site GD
K	85	41	P	858	livraison PEP
L	57	41	P	610	livraison CCC
M	97	97	A	741	sur site DS
N	55	46	P	497	sur site GD
O	82	61	P	781	sur site DS
P	62	56	A	590	livraison OESS
Q	70	56	L	690	sur site GD
R	71	49	P	575	sur site GD
S	77	54	A	450	sur site GD
T	105	89	L	733	sur site GD
TOTAL	1472	1087	P = 10 A = 6 L = 2 H = 2	637	Cuisine sur site : gestion directe = 12 Cuisine sur site : délégation de service = 2 Livraison par prestataire externe privé = 2 Livraison par un autre établissement sanitaire et social = 2 Livraison par une cuisine centrale communale = 1 Livraison par la cuisine de l'hôpital = 1

P : établissement public autonome territorial

A : établissement privé associatif

L : établissement privé à but lucratif

H : établissements rattachés à un hôpital

Cuisine sur site : gestion directe (sur site GD)

Cuisine sur site : délégation de service (sur site DS)

Livraison par prestataire externe privé (livraison PEP)

Livraison par un autre établissement sanitaire et social (livraison OESS)

Livraison par une cuisine centrale communale (livraison CCC)

Livraison par la cuisine de l'hôpital = 1 (livraison CH)

ANNEXE II : Courrier adressé aux directeurs des EPHAD

Vannes, le 31 janvier 2008

Monsieur Bernard JAIN
Directeur,
DGISS
32 boulevard de la résistance
56000 VANNES

à

Monsieur Bernard JAIN
Directeur de la DGISS
32 boulevard de la Résistance
56 000 VANNES
02.97.54.78.11

Mesdames, Messieurs, les directeurs d'EHPAD

Mesdames, Messieurs,

Madame le Docteur Isabelle RABAULT, médecin Actions de Santé au Conseil Général du Morbihan, suit actuellement une formation en santé publique à l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) de Rennes. Cette formation vise à lui donner une compétence en santé publique ainsi que la maîtrise d'outils et de méthodes adaptés à la spécificité de son exercice professionnel au sein de notre administration sanitaire et sociale.

Dans ce contexte, Madame le Docteur RABAULT doit effectuer un mémoire portant sur un sujet de santé publique proposé par elle-même, validé par le Conseil Général et approuvé par le directeur de l'ENSP. Le thème retenu est l'alimentation et le statut nutritionnel des personnes de plus de 70 ans vivants en EHPAD dans le département du Morbihan. En effet, la prévention de la dénutrition chez les personnes âgées, véritable enjeu de santé publique dans une population vieillissante, se situe au carrefour des préoccupations de l'État, en ce qui concerne la politique de santé et la maîtrise de l'enveloppe sanitaire, et le Département, chef de file de la politique gériatrique.

Afin de mener à bien son projet, madame le Docteur RABAULT va vous solliciter, dans les semaines à venir, afin de répondre à des questionnaires. Nous vous remercions de bien vouloir participer à son travail en lui réservant le meilleur accueil.

Vous remerciant par avance de votre utile collaboration, veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Monsieur Bernard JAIN

Copie : Madame le Docteur RABAULT

ANNEXE III : Grille d'entretien cuisinier et résidents.

Les questions sont issues de la revue Cuisine Collective « alimentation des personnes âgées en institution » - mai 2004

GRILLE DE QUESTIONS CHEF DE CUISINE

- 1 - Pouvez-vous définir le fonctionnement de la résidence ?
- 2 - Quelles sont les attentes alimentaires de vos convives ?
- 3 - Pensez-vous que l'alimentation fasse partie des soins ?
- 4 - Etes-vous en relation avec les services médicaux ?
- 5 - Combien de menus différents confectionnez-vous par jour ?
- 6 - Comment rendez-vous un plat mixé, mouliné ou le haché appétissant pour la personne âgée ?
- 7 - Quels sont les horaires de repas des résidents ?
- 8 - Enfin, comment définiriez-vous votre challenge qui vise quotidiennement à donner du plaisir à vos convives malgré des contraintes certaines ?

GRILLE DE QUESTIONS RESIDENTS

- 1 - Avez-vous bon d'appétit ?
- 2 - Vos plats sont-ils appétissants ?
- 3 - Votre plat principal est-il toujours servi chaud ?
- 4 - Vos horaires de repas vous conviennent-ils ?
- 5 - Déjeunez-vous dans votre chambre ou au restaurant ?
- 6 - Avez-vous le choix entre plusieurs plats ?
- 7 - Quels sont vos plats favoris ?
- 8 - Que représente le moment du repas ?
- 9 - Des animations sont-elles organisées pendant l'heure du repas ?
- 10 - Comment considérez-vous la restauration de votre résidence ?

ANNEXE IV : Typologie des EPHAD

Résultats de l'enquête téléphonique de février 2008, auprès des EHPAD du Morbihan

PS : Nous n'avons pas retenu dans cette enquête l'EHPAD de l'île aux Moines, ayant signé convention tripartite au 31.12.06, qui a une capacité de 21 lits et dont le statut ilien lui confère une place particulière.

Tableau 1 : Les EHPAD du Morbihan selon qu'ils aient ou non signé convention tripartite au 31.12.06 et selon leur capacité.

Capacité des EHPAD	EHPAD ayant signé convention tripartite au 31.12.06		EHPAD n'ayant pas signé convention tripartite au 31.12.06		TOTAL	
	Nb EHPAD	Nb de lits	Nb EHPAD	Nb de lits		
Petits EHPAD Nb de lits ≤ 65	30 44,1 %	1569 29,8 %	10 50 %	497 30,7 %	Nb EHPAD 40	45,5 % Nb de lits 2066 30 %
Moyens EHPAD 65 < Nb de lits ≤ 100	26 38,2 %	1995 37,9 %	5 25 %	369 22,8 %	Nb EHPAD 31	35,2 % Nb de lits 2364 34,3 %
Grands EHPAD Nb de lits > 100	12 17,7 %	1705 32,3 %	5 25 %	752 46,5 %	Nb EHPAD 17	19,3 % Nb de lits 2457 35,7 %
TOTAL	68 77,3 %	5269 76,5 %	20 22,7 %	1618 23,5 %	Nb EHPAD 88	100 % Nb de lits 6887 100 %

ANNEXE IV (suite)

Tableau 2 : Classification des 68 EHPAD du Morbihan ayant signé convention tripartite au 31.12.06 en fonction de leur GMP moyen et de la présence ou non d'un médecin coordonnateur.

GMP moyen des EHPAD Ayant signé convention au 31.12.06	EHPAD avec médecin coordonnateur		EHPAD sans médecin coordonnateur		TOTAL	
	Nb EHPAD	Nb de lits	Nb EHPAD	Nb de lits		
GMP moyen < 500	6 10,7 %	409 9,3 %	1 8,3 %	71 8,1 %	Nb EHPAD 7 10,3 % Nb de lits 480 9,1 %	
500 ≤ GMP moyen < 600	16 28,6 %	1118 25,5 %	1 8,3 %	87 9,9 %	Nb EHPAD 17 25 % Nb de lits 1205 22,9 %	
600 ≤ GMP moyen < 700	18 32,1 %	1708 38,9 %	6 50 %	485 55,2 %	Nb EHPAD 24 35,3 % Nb de lits 2193 41,6 %	
700 ≤ GMP moyen < 800	12 21,4 %	986 22,5 %	2 16,7 %	151 17,2 %	Nb EHPAD 14 20,6 % Nb de lits 1137 21,6 %	
800 ≥ GMP moyen	4 7,2 %	170 3,8 %	2 16,7 %	84 9,6 %	Nb EHPAD 6 8,8 % Nb de lits 254 4,8 %	
TOTAL	56 82,3 %	4391 83,3 %	12 17,7 %	878 16,7 %	Nb EHPAD 68 100 % Nb de lits 5269 100 %	

ANNEXE IV (suite)

Tableau 3 : classification des 68 EHPAD du Morbihan ayant signé convention tripartite au 31.12.06 en fonction de leur mode de restauration et de leur statut.

	Établissement public autonome territorial		Établissements rattachés à un hôpital		Établissement privé associatif		Établissements privés à but lucratif		TOTAL	
	Nb EHPAD	Nb lits	Nb EHPAD	Nb lits	Nb EHPAD	Nb lits	Nb EHPAD	Nb lits	Nb EHPAD	Nb lits
PRÉPARATION DES REPAS SUR SITE Gestion directe	28	2053	1	171	7	567	5	358	41	3149
PRÉPARATION DES REPAS SUR SITE Gestion concédée	2	187	/		4	318	1	62	7	567
LIVRAISON DES REPAS par la cuisine centrale communale	4	238	/		/		/		4	238
LIVRAISON DES REPAS par la cuisine de l'hôpital	/		4	471	/		/		4	471
LIVRAISON DES REPAS par un prestataire externe privé	3	386	1	71	3	142	1	40	8	639
LIVRAISON DES REPAS par un autre établissement sanitaire et social	1	90	/		3	115	/		4	205
TOTAL	38	2954	6	713	17	1142	7	460	68	5269

ANNEXE V: Explication de l'échantillonnage dans chaque EHPAD

EHPAD	capacité	Nombre d'IMC	% échantillon / capacité	Caractéristiques des EHPAD méthode de mesure de la taille matériel de pesée (balance plate-forme, balance lève personne)
A	135	60	44	EHPAD comprenant 6 unités : 10 résidents tirés au sort dans chaque unité – EHPAD située dans les terres taille obtenue par la carte d'identité ou la mesure du résident debout avec une toise
B	73	70	96	EHPAD, sur 3 sites, rattaché à un établissement hospitalier (capacité totale = 184) - Étude sur un seul site - taille évaluée par le médecin coordonnateur, debout devant le résident – EHPAD en zone côtière
C	55	54	98	EHPAD situé dans les terres taille calculée par la distance Talon – Genou (dTG)
D	60	59	98	EHPAD situé dans les terres à environ 30 km d'une grande ville taille calculée par la distance Talon – Genou (dTG)
E	71	64	90	EHPAD situé dans les terres taille calculée par la distance Talon – Genou (dTG)
F	50	13	26	1 ^{er} étage de l'EHPAD – EHPAD familiale, pas de turnover du personnel taille calculée par la distance Talon – Genou (dTG) - ne dispose pas de tout le matériel de pesée
G	60	51	85	EHPAD, sur 2 sites, rattaché à un établissement hospitalier (capacité totale = 171) - Étude sur un seul site - taille obtenue par la carte d'identité ou la mesure du résident debout avec une toise
H	28	28	100	Petit EHPAD en ville, constitué de deux petites unités familiales de 14 lits – tous les résidents sont atteints de la maladie d'Alzheimer - taille calculée par la distance Talon – Genou (dTG)
I	79	66	84	EHPAD située dans un petit village en bord de mer taille calculée par la distance Talon – Genou (dTG)
J	100	38	38	EHPAD située en ville, composée de studio avec kitchenette - seuls les résidents prenant tous leurs repas tous les jours en salle de restauration sont inclus - taille calculée par la dTG quand pas de carte d'identité
K	85	42	49	Seules les unités d'Alzheimer ont été faites - 3 unités d'Alzheimer de 14 lits chacune – EHPAD située à côté d'une ville - seul établissement à avoir utilisé une toise pédiatrique pour la mesure de la distance Talon - Genou
L	57	43	75	EHPAD située en ville - ne dispose pas de tout le matériel de pesée (pas de balance plate-forme ou de balance lève-personne) - taille calculée par la distance Talon – Genou (dTG)
M	97	97	100	EHPAD située dans la même ville que l'EHPAD L taille relevée sur la carte d'identité des résidents
N	55	47	85	EHPAD située dans les terres aux abords de la quatre voies routière taille calculée par la distance Talon – Genou (dTG)
O	82	62	73	EHPAD située dans les terres - manque une aile, car mesure de la dTG non réalisée faute de temps taille calculée par la distance Talon – Genou (dTG)
P	62	56	90	EHPAD professionnel taille calculée par la distance Talon – Genou (dTG)
Q	70	58	83	EHPAD située dans un village en bord de mer taille prise sur la carte d'identité
R	71	53	75	EHPAD située dans les terres taille calculée par la distance Talon – Genou (dTG)
S	77	54	70	EHPAD située en ville - seuls les résidents prenant leurs repas au moins une fois par jour en salle de restauration ont été inclus - taille calculée par la distance Talon – Genou (dTG)
T	105	89	85	EHPAD située en ville taille calculée par la distance Talon – Genou (dTG)

ANNEXE VI : Tableau de synthèse des résultats IMC

EHPAD	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	TOTAL
nombre hommes	14	14	21	13	17	2	12	4	10	7	9	5	21	7	19	2	12	15	13	20	237,0
nombre femmes	44	56	30	46	47	11	39	24	56	30	32	36	76	39	42	54	44	34	41	69	850,0
total population	58	70	51	60	64	13	51	28	66	37	41	41	97	46	61	56	56	49	54	89	1087,0
âge moyen hommes	80,29	81,21	85,19	83,46	84,24	86	80,75	83,75	89	88,43	81,67	80,2	85,9	83,14	82,79	84	90	82	86,85	82	84,0
âge moyen femmes	86,2	86,59	87,03	84,65	85,23	85,45	83,38	83,13	87,18	85,47	86,44	84,11	87,5	85,97	87,52	89,39	87,89	86,88	86,51	87,06	86,2
âge moyen pondéré	84,77	85,51	86,27	82,98	84,97	85,53	82,76	83,22	87,46	86,03	85,39	83,63	87,15	85,54	86,05	89,2	88,34	85,39	86,59	85,92	85,6
taille moyenne hommes	166,6	171	167,2	169,2	165	156,5	164,9	163,1	164,4	168,1	168	176,5	168,2	167	168,6	159,7	169,3	166,3	173	167,9	167,0
taille moyenne femme	154,3	158,3	150,2	152,8	150,8	145	149	149	151,2	152,9	154,9	159,2	158,1	156,4	153,2	147,5	159,5	150,6	157,7	153,7	153,2
taille moyenne pondérée	157,2	160,8	157,2	153,8	154,6	146,8	152,7	151	153,2	155,7	157,8	161,3	160,3	158	158	147,9	161,6	155,4	161,4	156,9	156,1
poids moyen homme	75,33	78,48	66,78	79,77	71,32	62,9	65,33	64,83	69,3	75,93	61,72	67,1	69,19	68,66	68,96	75	70,26	65,7	68,67	70,53	69,8
poids moyen femmes	59,8	60,13	61,83	58,94	55,36	55,67	55,76	57,22	57,98	56,62	54,88	56,6	56,54	58,27	58,46	56,87	57,13	59,18	58,37	51,64	57,4
poids moyen pondéré	63,55	63,8	63,87	62,47	59,6	56,78	58,01	58,3	59,7	60,27	56,38	57,88	59,28	59,85	61,73	57,52	59,95	61,17	60,85	55,88	59,8
IMC moyen hommes	27,07	26,79	23,9	27,61	26,18	25,68	23,95	24,39	25,64	26,85	21,73	21,55	24,41	24,49	24,34	29,42	24,67	23,78	22,93	25	25,0
IMC moyen femmes	25,17	23,97	27,37	25,21	24,35	26,62	25,12	25,88	25,28	24,33	22,79	22,32	22,58	23,8	24,86	26,14	22,53	26,18	23,33	21,79	24,5
IMC moyen pondéré	25,63	24,53	25,94	25,31	24,84	26,48	24,85	25,66	25,34	24,81	22,56	22,23	22,97	23,9	24,7	26,25	22,99	25,45	23,24	22,51	24,5
% dénutris hommes	7%	14%	14%	0%	24%	0%	17%	0%	20%	0%	56%	40%	24%	14%	21%	0%	17%	27%	15%	10%	17%
	1/14	2/14	3/21	0/13	4/17	0/2	2/12	0/4	2/10	0/7	5/9	2/5	5/21	1/7	4/19	0/2	2/12	4/15	2/13	2/20	41/237
% dénutris femmes	16%	29%	23%	11%	28%	9%	21%	17%	18%	20%	47%	39%	42%	28%	24%	20%	34%	24%	27%	51%	28%
	7/44	16/56	7/30	5/46	13/47	1/11	8/39	4/24	10/56	6/30	15/32	14/36	32/76	11/39	10/42	11/54	15/44	8/34	11/41	35/69	239/850
% dénutris population	14%	26%	20%	8%	27%	8%	16%	14%	18%	16%	49%	39%	38%	26%	23%	20%	30%	24%	24%	42%	26%
	8/58	18/70	10/51	5/60	17/64	1/13	10/51	4/28	12/66	6/37	20/41	16/41	37/97	12/46	14/61	11/56	17/56	12/49	13/54	37/89	280/1087
dont % dénutris sévères	0%	7%	6%	5%	8%	0%	4%	0%	8%	5%	20%	17%	14%	4%	7%	4%	13%	10%	9%	13%	8%
	0/58	5/70	3/51	3/60	5/64	0/13	2/51	0/28	5/66	2/37	8/41	7/41	14/97	2/46	4/61	2/56	7/56	5/49	5/54	12/89	91/1087

ANNEXE VI (suite)

EHPAD	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	TOTAL
% surpoids hommes	43%	36%	24%	38%	24%	0%	17%	50%	40%	43%	33%	20%	48%	43%	37%	50%	58%	27%	31%	55%	37%
	6/14	5/14	5/21	5/13	4/17	0/2	2/12	2/4	4/10	3/7	3/9	1/5	10/21	3/7	7/19	1/2	7/12	4/15	4/13	11/20	87/237
% surpoids femmes	32%	39%	23%	41%	28%	18%	15%	33%	36%	30%	16%	8%	14%	26%	33%	39%	14%	26%	20%	20%	26%
	14/44	18/56	7/30	19/46	13/47	2/11	6/39	8/24	20/56	9/30	5/32	3/36	11/76	10/39	14/42	21/54	6/44	9/34	8/41	14/69	217/850
% surpoids population	34%	33%	24%	40%	27%	15%	16%	36%	43%	32%	20%	10%	22%	28%	34%	39%	23%	27%	22%	28%	28%
	20/58	23/70	12/51	24/60	17/64	2/13	8/51	10/28	24/56	12/37	8/41	4/41	21/97	13/46	21/61	22/56	13/56	13/49	12/54	25/89	304/1087
% obèses hommes	29%	29%	10%	31%	29%	0%	8%	0%	10%	14%	0%	0%	5%	0%	16%	50%	8%	7%	0%	0%	12%
	4/14	4/14	2/21	4/13	5/17	0/2	1/12	0/4	1/10	1/7	0/9	0/5	1/21	0/7	3/19	1/2	1/12	1/15	0/13	0/20	29/237
% obèses femmes	7%	9%	33%	9%	15%	18%	23%	17%	18%	10%	13%	8%	9%	8%	14%	17%	9%	26%	7%	6%	13%
	3/44	5/56	10/30	4/46	7/47	2/11	9/39	4/24	10/56	3/30	4/32	3/36	7/76	3/39	6/42	9/54	4/44	9/34	3/41	4/69	109/850
% obèses population	12%	13%	23%	13%	19%	15%	20%	14%	17%	11%	10%	7%	8%	7%	15%	18%	9%	20%	6%	4%	13%
	7/58	9/70	12/52	8/60	12/64	2/13	10/51	4/28	11/66	4/37	4/41	3/41	8/97	3/46	9/61	10/56	5/56	10/49	3/54	4/89	138/1087

ANNEXE VII : Cotes et proportions par établissement

Ainsi, nous obtenons le tableau ci-dessous « des cotes nutritionnelles et proportions par établissement ». On peut le lire ainsi : par exemple, pour l'EHPAD N,

35,9 % du sujet dénutris simples par rapport aux sujets normaux.

9,9 % de sujet dénutris sévères par rapport aux sujets normaux.

41,9 % de sujets en surpoids par rapport aux sujets normaux.

14,5 % de sujets obèses par rapport aux sujets normaux.

EHPAD	C	DSIM	DSEV	SURP	OB	ref	cote DSIM	p DSIM	cote DSEV	p DSEV	cote SURP	p SURP	cote OB	p OB
A	58	8	0	20	7	23	0,35	25,9 %	0	0,000	0,87	0,465	0,3	0,231
B	70	13	5	23	9	20	0,65	39,4 %	0,25	0,200	1,15	0,535	0,45	0,310
C	51	7	3	12	12	17	0,41	29,1 %	0,18	0,153	0,71	0,415	0,71	0,415
D	60	2	3	24	8	23	0,09	8,3 %	0,13	0,115	1,04	0,510	0,35	0,259
E	64	12	5	17	12	18	0,67	40,1 %	0,28	0,219	0,94	0,485	0,67	0,401
F	13	1	0	2	2	8	0,13	11,5 %	0	0,000	0,25	0,200	0,25	0,200
G	51	8	2	8	10	23	0,35	25,9 %	0,09	0,083	0,35	0,259	0,43	0,301
H	28	4	0	10	4	10	0,4	28,6 %	0	0,000	1	0,500	0,4	0,286
I	66	7	5	24	11	19	0,37	27 %	0,26	0,206	1,26	0,558	0,58	0,367
J	37	4	2	12	4	15	0,27	21,3 %	0,13	0,115	0,8	0,444	0,27	0,213
K	41	12	8	8	4	9	1,33	57,1 %	0,89	0,471	0,89	0,471	0,44	0,306
L	41	9	7	4	3	18	0,5	33,3 %	0,39	0,281	0,22	0,180	0,17	0,145
M	97	23	14	21	8	31	0,74	42,5 %	0,45	0,310	0,68	0,405	0,26	0,206
N	46	10	2	13	3	18	0,56	35,9 %	0,11	0,099	0,72	0,419	0,17	0,145
O	61	10	4	21	9	17	0,59	37,1 %	0,24	0,194	1,24	0,554	0,53	0,346
P	56	9	2	22	10	13	0,69	40,8 %	0,15	0,130	1,69	0,628	0,77	0,435
Q	56	10	7	13	5	21	0,48	32,4 %	0,33	0,248	0,62	0,383	0,24	0,194
R	49	7	5	13	10	14	0,5	33,3 %	0,36	0,265	0,93	0,482	0,71	0,415
S	54	8	5	12	3	26	0,31	23,7 %	0,19	0,160	0,46	0,315	0,12	0,107
T	89	25	12	25	4	23	1,09	55,2 %	0,52	0,342	1,09	0,522	0,17	0,145

C : nombre de personnes pour qui l'IMC a été calculé dans l'EHPAD

DSIM : nombre de personnes âgées de 70 ans et plus dénutries simples ($17 < \text{IMC} < 21$) dans l'EHPAD

DSEV : nombre de personnes âgées de 70 ans et plus dénutries sévères ($\text{IMC} < 17$) dans l'EHPAD

SURP : nombre de personnes âgées de 70 ans et plus en surpoids ($25 < \text{IMC} < 30$) dans l'EHPAD

OB : nombre de personnes âgées de 70 ans et plus obèses ($\text{IMC} > 30$) dans l'EHPAD

ref : nombre de sujets normaux ($21 < \text{IMC} < 25$)

cote DSIM : cote des dénutris simples [= DSIM/ref]

p DSIM : proportion de sujets dénutris simples [= cote DSIM / (1 + cote DSIM)] exprimée en %

cote DSEV : cote des dénutris sévères [= DSEV/ref]

p DSEV : proportion de sujets dénutris sévères [= cote DSEV / (1 + cote DSEV)]

cote SURP : cote des surpoids [= SURP/ref]

p SURP : proportion de sujets en surpoids [= cote SURP / (1 + cote SURP)]

cote OB : cote des obèses [= OB/ref]

p DESIM : proportion de sujets obèses [= cote OB / (1 + cote OB)]

ANNEXE VIII : Données Epi Info

ANNEXE IX : Questionnaire directeurs et résultats

PRISE EN COMPTE DE L'ETAT NUTRITIONNEL DES RESIDENTS EN EHPAD

Les réponses sont en italique.

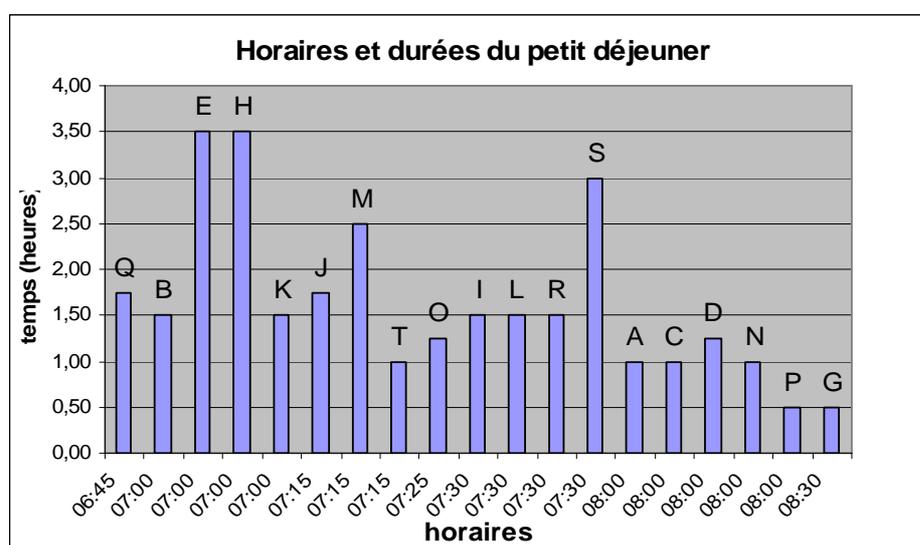
1 – Organisation des repas dans votre établissement :

1 - Quels sont les horaires des repas ?

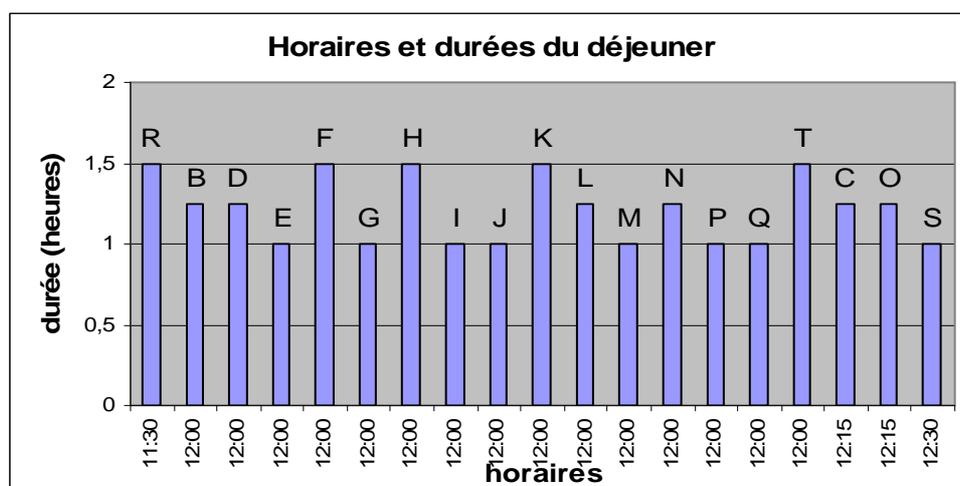
Les horaires en salle et en chambre sont sensiblement les mêmes.

Petit-déjeuner : début entre 6h45 et 8h00

Durée de 30 mn à 3h00 quand il existe plusieurs services afin de respecter les horaires de lever des résidents. D'une façon générale, plus le petit-déjeuner est tardif, plus sa durée est courte.

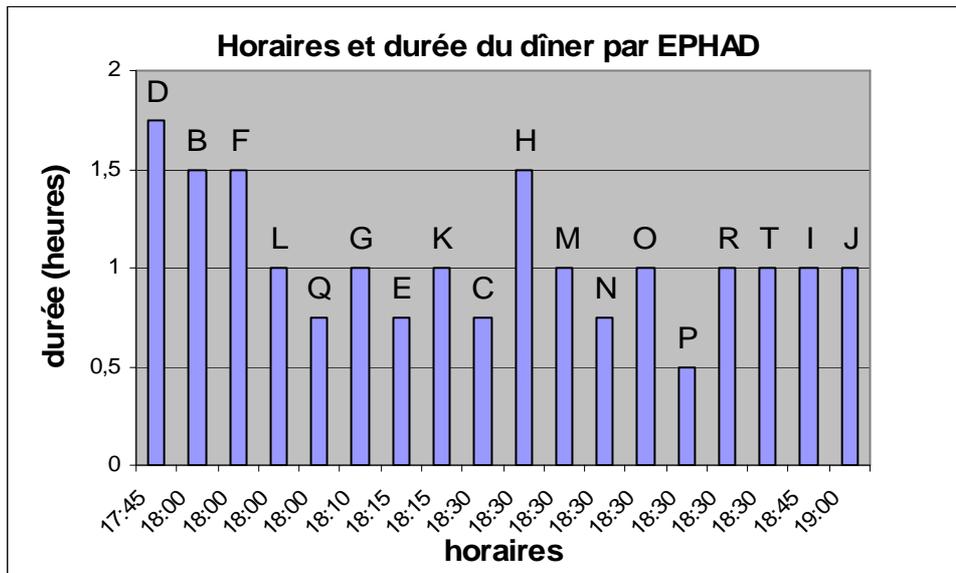


Déjeuner : début entre 11h30 et 12h30 pour une durée de 1h00 à 1h30.



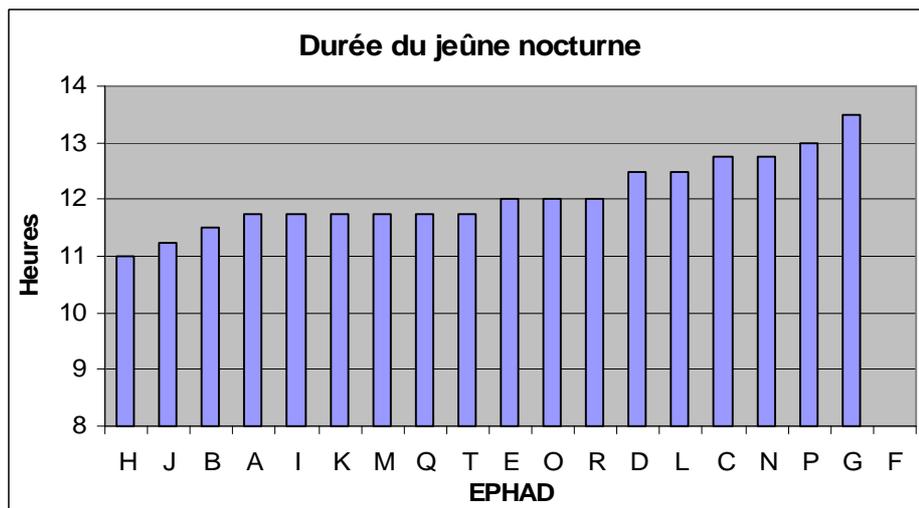
Goûter : Tous les établissements proposent un goûter entre 15h30 et 16h30

Dîner : le début s'étale de 17h45 à 19h00 pour une durée allant de 45 mn à 1h30.



Durée du jeûne nocturne : de 11h00 à 13h30

Pour 19 établissements, 13 ont un jeûne nocturne compris entre 11h45 et 12h45



- 2 - Existe-t-il une réponse alternative satisfaisante lorsque l'un des repas ne convient pas aux résidents ? *nombre de réponses = 20*
 19 oui 1 non

• **Si oui**, merci de préciser (exemple) :

6 présentent un choix de menus lors de la commande ; Les autres proposent des solutions de rechange (jambon, grillade, laitage, etc. en fonction de ce qu'il y a en cuisine)

- 3 - Est-ce que toute perte d'appétit ou changement de comportement lors du repas (refus, tristesse, endormissement, etc.) est dit ou notifié au médecin ? *nombre de réponses = 20*

18 oui 2 non

Pour les 2 non notifiés au médecin, la transmission est faite à l'infirmière

4 - Dans votre institution, au jour de la présente enquête, combien de personnes ont un régime restrictif ? (régime sans sel, hypocholestérolémiant, diabétique, etc.)

• **Nombre de personnes ayant un régime restrictif :** *nombre de réponses = 20*

% de régimes restrictifs : extrêmes 2,9 % et 60 %, avec une moyenne de 17,5 %

régimes restrictifs < 10 % : 8

10 < régimes restrictifs ≤ 20 % : 6

20 < régimes restrictifs ≤ 30 % : 3

30 < régimes restrictifs ≤ 40 % : 2

40 % < régimes restrictifs : 1

5 - Au moment de l'enquête, quel est le pourcentage de personnes prenant des repas mixés ?

• **Pourcentage ayant des repas mixés :** *nombre de réponses = 20*

% de repas mixés : extrêmes 7 % et 67 %, avec une moyenne de 25,2 %

repas mixés ≤ 10 % : 4

10 < repas mixés ≤ 20 % : 7

Un peu plus de la moitié des EHPAD

20 < repas mixés ≤ 30 % : 2

enquêtés est en dessous des 20 %

30 < repas mixés ≤ 40 % : 4

de repas mixés

40 < repas mixés ≤ 50 % : 2

repas mixés > 50 % : 1

6 - Qui prend la décision du passage d'une alimentation normale ou hachée à une alimentation mixée ?

nombre de réponses = 20

18 **L'ensemble de l'équipe soignante (médicale et non médicale)**

2 **Le personnel médical (médecins, infirmières)**

0 **Le personnel de service de restauration**

7 - Les résidents qui le souhaitent ont-ils une collation dans la matinée et/ou après le repas du soir ?

nombre de réponses = 20

0 **Oui, seulement dans la matinée**

2 **Oui, seulement après le repas du soir**

11 **Oui, dans la matinée et après le repas du soir**

7 **Non**

8 - À quel moment les résidents prennent-ils leurs médicaments ?

nombre de réponses = 20

18 **Avant les repas**

2 **Au cours des repas**

0 **Après les repas**

0 **En dehors de repas**

9 - Prennent-ils des médicaments au repas de midi ? *nombre de réponses = 20*

19 oui 1 non

10 - Utilisez-vous des compléments nutritionnels si nécessaire?

nombre de réponses = 20

20 oui 0 non

2 – Prise en charge du statut nutritionnel et de l'alimentation des résidents :

11 - Les résidents de votre établissement sont-ils pesés régulièrement ?

nombre de réponses = 20

20 oui 0 non

• Si oui, à quelle fréquence : *nombre de réponses = 19*

0 hebdomadaire 16 mensuelle
2 trimestrielle 1 semestrielle
0 annuelle

12 - Une formation du personnel autour de l'alimentation et de la nutrition du sujet âgé a-t-elle été mise en oeuvre au sein de votre établissement ?

nombre de réponses = 20

9 oui 11 non

• Si oui, année de formation ?

1	2005
1	2006
5	2007
2	2008 dont une en prévision pour fin 2008

- Si oui, merci de préciser les contenus de cette formation et par qui elle a été effectuée :
- les compléments nutritionnels (FREYSINUS)
 - les signes de la dénutrition et les compléments alimentaires (NESTLÉ)
 - l'alimentation chez les personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer (neuropsychiatre + laboratoire)
 - diététique et textures modifiées (URIOPPS)
 - les signes de dépistage d'une dénutrition et alimentation de la personne âgée (diététicienne)
 - les signes de la dénutrition : dépistage, prévention et prise en charge (médecin coordonnateur)
 - les mécanismes de la dénutrition (médecin coordonnateur)
 - les risques de la dénutrition et les régimes (médecin coordonnateur et diététicienne)

13 - Existe-t-il dans votre institution une commission des menus ?

nombre de réponses = 20

17 oui 3 non

• **Si oui, combien de fois se réunit-elle par an ?**

pour 2 établissements : toutes les semaines

pour 1 établissement : tous les mois

pour les autres : en moyenne 3 réunions par an

• **Qui y participe ? par ordre de fréquence**

direction = 14

cuisinier = 14

représentants des résidents = 12

infirmière coordonnatrice = 10

aides soignantes = 10

agents hôtelier = 8

diététicienne = 5

infirmière = 5

représentants des familles des résidents = 4

a) AMP = 2

service économat = 1

adjoint au maire chargé des personnes âgées = 1

14 - Disposez-vous d'un temps de diététicien(ne) ?

nombre de réponses = 20

6 oui 14 non

• **Si oui, quelle est sa durée hebdomadaire: très variable d'un établissement à l'autre**

8 heures / semaine pour 1 EHPAD

4 heures / semaine pour 2 EHPAD

4 heures / mois pour 1 EHPAD

1 diététicienne mise à disposition en cas de besoin pour 1 EHPAD

temps de diététicienne avec le sous-traitant de la restauration

(1 EHPAD)

15 - Si la prestation de restauration est effectuée en sous-traitance, fait-elle l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?

nombre de réponses = 20

6 oui 0 non 14 sans objet

Rmq : 11 EHPAD emploient leur propre cuisinier

Parmi les 14 « sans objet » :

2 EHPAD dont les repas sont livrés par leur cuisine située sur un autre site (liaison froide)

1 EHPAD dont les repas sont livrés par une cuisine centrale communale

16 - Dans la mesure du possible, le choix de la place et des voisins de table prend-il en compte les souhaits des résidents ? *nombre de réponses = 20*

18 oui 2 non

17 - Avez-vous instauré des repas à thèmes ou de fêtes ?
nombre de réponses = 20

20 oui 0 non

18 - Les résidents peuvent-ils, s'ils le désirent, participer à la « vie de la cuisine » ? (Epluchage des légumes par exemple)
nombre de réponses = 20

6 oui 14 non

19 - Existe-t-il un atelier cuisine pour les résidents qui le désirent ?
nombre de réponses = 20

15 oui 5 non
*atelier cuisine dans les unités de résidents Alzeihmer
atelier cuisine pour la confection des gâteaux d'anniversaire*

20 - Un retour des repas et de l'appréciation des plats est-il fait à l'équipe de cuisine pour répondre au mieux aux attentes des résidents ?
nombre de réponses = 19

19 oui 0 non

• **Si oui**, ce retour est-il formalisé ? (*plusieurs réponses ont été données*)

11 par la commission des menus
5 au cours d'une réunion
4 dans un registre
10 autre (*précisez*) : 6 *enquête annuelle de satisfaction*
4 *retour oral après chaque repas*
2 *fiche de liaison*
1 *case appréciation sur fiche retour repas*

21 - Existe-t-il un recueil des attentes et des besoins des résidents :
nombre de réponses = 19

	Oui	Non
Sur un régime alimentaire particulier	19	0
Sur leurs goûts et leurs dégoûts	18	1
Sur l'aide apportée à la prise des repas et des boissons	16	3
Sur d'éventuelles allergies alimentaires	17	2

22 - Y-a-t-il une prise en compte de ce recueil d'informations ?
nombre de réponses = 19

19 oui 0 non

• **Si oui**, comment ? (*Merci de donner un exemple*)

EHPAD	Nb de lits au sein de l'EHPAD	Nb d'agents	capacité/ Nb d'agents
A	135	94	1,4
B	73	42	1,7
C	55	32	1,7
D	60	30	2,0
E	71	44	1,6
F	50	30	1,7
G	171	52	3,3
H	28	22	1,3
I	79	36	2,2
J	100	50	2,0
K	85	48	1,8
L	57	35	1,6
M	97	60	1,6
N	55	32	1,7
O	82	65	1,3
P	62	33	1,9
Q	70	37	1,9
R	71	44	1,6
S	77	40	1,9
T	105	50	2,1

26 – Quelle est votre formation ou quelles sont vos formations en tant que directeur d'EHPAD ? *On note une grande variété des diplômes et des parcours de formation*

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -

27 – Quelle est l'année de votre prise de fonction en EHPAD (quelque soit l'EHPAD) en tant que directeur ?

- 9 *directeurs formés avant 2000*
- 10 *directeurs formés après 2000*
- 1 *non réponse*

28 – Quelle est l'année de votre prise de fonction dans cette EHPAD enquêtée ?

- 6 *directeurs ont pris leur fonction dans cette EHPAD enquêtée avant 2000*
- 5 _____ *entre 2000 et 2005*
- 7 _____ *après 2005*
- 2 *non réponse*

29 – Quel est le nombre de personnels dédiés à la cuisine dans votre établissement ?

[] []

30 – Quel est le nombre de résidents prenant ses repas en salle de restauration ?

nombre de réponses = 19

% de repas pris en salle = capacité / nombre de résidents présents en salle de restauration

Les extrêmes 100 % et 63,3 %

16 EHPAD ont plus de 85 % de leurs résidents en salle de restauration.

Les repas pris en chambre se font sur avis médical

31 – Quel est le nombre de personnels présents lors des repas ?

(pour le service et l'aide au repas)

EHPAD	Nb résidents en salle de restauration	Nb personnel pendant les repas	ratio résidents en salle de restauration /personnel
A	135	12	11,3
B	70	9	7,8
C	54	10	5,4
D	60	?	?
E	69	10	6,9
F	50	5	10,0
G	165	?	?
H (Alzheimer)	28	6	4,7
I	50	5	10,0
J	60	5	12,0
K	81	10	8,1
L	57	7	8,1
M	96	12	8,0
N	49	6	8,2
O	80	6	13,3
P	45	2	22,5
Q	70	10	7,0
R	63	6	10,5
S	59	7	8,4
T	103	12	8,6

Je vous remercie de votre collaboration

**Dr Isabelle RABAULT
Centre Médico-Social
26 boulevard de la Paix
56000 VANNES
02 97 54 76 74
isabelle.rabault@cg56.fr**

ANNEXE X : Questionnaire médecins et résultats

**PRISE EN COMPTE DE L'ETAT NUTRITIONNEL DES RESIDENTS EN EHPAD
QUESTIONNAIRE DESTINE AU MEDECIN COORDONNATEUR**

Les réponses sont en italique.

VOTRE PRATIQUE :

1 - EHPAD enquêté

.....
Quels sont votre nom et vos coordonnées ? (pour pouvoir vous joindre si besoin)

- **Nom & Prénom :**

.....

- **Coordonnées :**

.....

Merci de préciser votre adresse e-mail, si vous en avez une :

.....@.....

**2 - Quel est, par convention, votre temps de travail dans l'EHPAD enquêtée ?
(en équivalent temps plein (ETP) ou en nombre d'heures / semaine) :**

nombre de réponses = 19

0,1 ETP = 4

0,2 ETP = 12

0,3 ETP = 2

0,4 ETP = 1

3 - Quelle est la date de votre prise de fonction dans l'EHPAD enquêté ?

nombre de réponses = 17

2000 = 1

2004 = 4

2005 = 1

2006 = 3

2007 = 7

2008 = 1

**4 - Quel est le nombre d'EHPAD dont vous avez la charge en tant que médecin
coordonnateur ? (cochez la bonne case)**

nombre de réponses = 19

10 1

2 2

7 3

≥ 4

Pouvez-vous les nommer et donner leur lieu d'implantation communale ?

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

Si oui, lors de cet examen d'entrée, y a-t-il systématiquement des mesures anthropométriques ?(parmi les suivantes, cochez la ou lesquelles)

- 9 poids
- 6 taille
- 1 mesure de la hauteur de jambe
- mesure de la longueur du membre supérieur
- 3 mesure de l'indice de masse corporelle (IMC)
- calcul du déficit pondéral
- évaluation de la masse musculaire
- évaluation des réserves adipeuses

remarques :

Sur les 8 médecins coordonnateurs pratiquant l'examen clinique d'entrée, 3 ne font pas de mesures anthropométriques.

Sur les 5 médecins traitants faisant l'examen clinique d'entrée, un seul ne pratique pas de mesures anthropométriques

10 - Avez-vous mis en place au sein de l'EHPAD, une procédure particulière dans le suivi du poids ?

nombre de réponses = 20

18 oui

2 non

Si oui, se fait-elle ? nombre de réponses = 18

- 18 de façon systématique pour tous les résidents
- seulement pour les patients dénutris ou à risque de dénutrition
- ponctuellement uniquement en cas de problèmes de santé

cependant, deux médecins coordonnateurs notent que faute de matériel adapté, ils ne peuvent pas peser les résidents grabataires

Si le suivi est systématique, il est : (une seule réponse)

- 0 hebdomadaire
- 15 mensuel
- 2 trimestriel
- 1 semestriel
- 0 annuel

11 - Quels sont les trois principaux signes qui vous orientent vers le diagnostic d'une dénutrition ?

nombre de réponses = 19

18 : perte de poids

10 : perte d'appétit, anorexie

8 : hypoalbuminémie

6 : maladie aiguë ou chronique ou stress

4 : IMC < 21

2 : troubles cognitifs

2 : MNA

1 : carence d'apports

1 : signes généraux : confusion, chutes

1 : fatigue

1 : pli cutané

1 : plaies chroniques, escarres qui ne guérissent pas

1 : réduction de la force musculaire

Remarque : un médecin coordonnateur n'a cité que deux signes au lieu de trois

- 12 - **Utilisez-vous une grille d'évaluation nutritionnelle pour dépister la dénutrition ?**

nombre de réponses = 20

6 **oui**

14 **non**

Si oui, laquelle ?

MNA ou mini MNA pour les 6

- 13 - **Pour les résidents à risque de dénutrition ou dénutris, existe-t-il un suivi des aliments effectivement absorbés ?**

nombre de réponses = 20

16 **oui**

4 **non**

Si oui, comment est pratiqué ce suivi ?

4 médecins n'expliquent pas comment. Pour les 12 autres Médecins coordonnateurs : fiche d'évaluation de la ration alimentaire absorbée. Pour tous, cette fiche de suivi est mise en route devant toute perte de poids ou diminution de l'appétit

- 14 - **Au sein de l'EHPAD, pratiquez-vous l'alimentation entérale par sonde de gastrostomie ?** nombre de réponses = 20

10 **jamais**

8 **rarement**

2 **parfois**

0 **souvent**

- 15 - **Disposez-vous, au sein de l'EHPAD, d'une pharmacie à usage interne ?**

nombre de réponses = 20

3 **oui**

17 **non**

- 16 - **Avez-vous mis en œuvre une formation du personnel autour de l'alimentation et de la nutrition du sujet âgé ?**

nombre de réponses = 19

7 **oui**

12 **non**

Si oui, merci d'en préciser les modalités :

- les compléments nutritionnels (FREYSINUS)
- les signes de la dénutrition et les compléments alimentaires (NESTLÉ)
- l'alimentation chez les personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer (neuropsychiatre + laboratoire)

- diététique et textures modifiées (URIOPPS)
- les signes de dépistage d'une dénutrition (diététicienne)
- les signes de la dénutrition : dépistage et prévention (médecin coordonnateur)
- les mécanismes de la dénutrition (médecin coordonnateur)

17 - Pour vous, l'alimentation fait-elle partie du soin ?

nombre de réponses = 19

19 oui

0 non

Pourquoi ?

L'alimentation fait partie intégrante du soin global de la personne âgée : c'est le prendre soin. Elle se situe en amont du soin thérapeutique. L'alimentation est un des besoins fondamentaux. C'est un facteur modifiable et facilement accessible. En influençant l'alimentation, le médecin coordonnateur travaille à la prévention des « décompensations en cascade » (infections à répétition, la fonte musculaire entraînant des troubles de l'équilibre et chutes, escarres, etc.)

Elle aide à maintenir le résident en bonne santé.

De plus, la convivialité des repas, le plaisir de manger contribuent à la bonne santé psychique des résidents. C'est aussi un facteur de lien social (autant avec les autres résidents qu'avec les équipes soignantes et de restauration)

18 - Quelles actions concrètes verriez-vous pour améliorer le dépistage et la prise en charge de la dénutrition en EHPAD ? nombre de réponses = 17

On note une grande diversité des réponses relatant les inégalités de dépistage et de prise en charge de la dénutrition en EHPAD :

- *peser les personnes âgées handicapées tous les mois voir pesée bi-mensuelles pour les personnes âgées atteintes de démence ou très dépendantes. Établir une fiche mensuelle de surveillance du poids sous forme de courbe (beaucoup plus parlante) pour toutes les personnes âgées de l'établissement.*
- *Pouvoir suivre les paramètres biologiques (albumine, CRP) afin de favoriser le dépistage et d'améliorer la prise en charge de la dénutrition*
- *Réaliser au moins un mini MNA semestriel pour toutes les personnes âgées de l'établissement et faire le MNA complet si la personne est dénutrie ou à risque de dénutrition.*
- *Créer, avec l'aide d'une diététicienne, des dossiers diététiques pour les personnes dénutries (calcul des ingesta, aspect qualitatif des repas)*
- *Établir des protocoles de dépistage et de prise en charge pour les personnes âgées dénutries.*
- *Généralisation et amélioration des soins dentaires en EHPAD*
- *Formation régulière du personnel soignant (alimentation du sujet âgé, les troubles de la déglutition, les apports caloriques de la personne âgée, troubles cognitifs et alimentations, les risques de la malnutrition du sujet âgé)*
- *Formation des équipes de restauration : visant l'amélioration des prestations alimentaires afin que les personnes âgées puissent prendre plaisir à s'alimenter (textures modifiées, place des produits hyperprotéiques, accompagnement de la personne âgée dépendante lors des repas)*
- *Réunion d'information des résidents sur la dénutrition et ses conséquences pour lutter contre les a priori.*

19 - Quels seraient vos besoins pour mener à bien ces actions visant à améliorer le dépistage et la prise en charge de la dénutrition en EHPAD ?

nombre de réponses = 19

par fréquence décroissante des réponses

1 - besoin d'un temps de diététicienne tant pour la prise en charge de la dénutrition que pour la formation du personnel

2 - plus de temps pour le médecin coordonnateur afin qu'ils puissent accomplir toutes les missions qui lui sont allouées

3 - avoir du temps soit en médecin coordonnateur, soit un infirmier, afin de réaliser le MNA pour compléter le calcul de l'IMC

4 - revaloriser la fonction du médecin coordonnateur sur le terrain (comme le prévoient les décrets) et lui donner les moyens du dépistage (prescription d'examens complémentaires biologiques) et de la prise en charge de la dénutrition (prescription de compléments nutritionnels)

5 - améliorer la relation médecin coordonnateur - médecin traitant par le biais d'une formation médicale continue commune, sensibilisation des médecins traitants intervenant en EHPAD.

6 - besoins de formations :

- du personnel soignant (prise alimentaire de la personne âgée dépendante, sensibilisation aux personnes âgées en perte d'appétit, les besoins nutritionnels de la personne âgée)

- des cuisiniers à l'enrichissement des repas (repas hypercaloriques, repas hyperprotéiques) pour favoriser le plaisir en bouche de la personne âgée

7 - plus de personnel pour l'aide à la prise alimentaire

8 - besoins financiers pour l'alimentation enrichie (pas toujours la priorité pour les dépenses de l'établissement)

9 - toises dans le bureau du médecin coordonnateur ainsi qu'une toise pédiatrique pour favoriser le calcul de l'IMC

10 – système de pesée adapté aux personnes âgées grabataires ou ne pouvant tenir debout seules.

POUR MIEUX VOUS CONNAÎTRE :

20 - Quel est ou quels sont vos diplômes ?

nombre de réponses = 18

17 **docteur en médecine généraliste**

12 **capacité de gériatrie**

2 **autre(s) (précisez) :** *formation validante de gérontologie clinique
FMC de gériatrie*

1 **docteur en médecine spécialiste (précisez la spécialité) :** *gériatrie*

0 **diplôme de santé publique**

21 - **Quel(s) est(sont) votre(vos) mode(s) d'exercice médical ?**
(une ou plusieurs réponses possibles)
nombre de réponses = 19

- 8 **médecine hospitalière**
- 5 **activité de médecine libérale en cabinet de groupe**
- 4 **activité de médecine libérale installé seul**
- 1 **activité salariée dans des EHPAD**
- 1 **autre (précisez) enseignement**
- 0 **activité salariée dans d'autres structures médicales**

22 - **Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme en gériatrie ?**
nombre de réponses = 13 (12 capacité + 1 spécialité de gériatrie)

- 4 < 2000
- 7 > 2000
- 1 non réponse
- 1 capacité non validée

23 - **Avez-vous eu une formation spécifique sur l'alimentation du sujet âgé ?**
nombre de réponses = 19

- 12 **oui**
- 7 **non**

24 - **Comment vous informez-vous préférentiellement en gériatrie ?**
(une ou plusieurs réponses possibles) *nombre de réponses = 19*

- 19 **par les revues médicales**
- 16 **par des réunions de formation médicale continue (FMC)**
- 12 **par des formations spécifiques auxquelles vous vous inscrivez**
- 10 **par Internet**
- 9 **par des réunions de médecins coordonnateurs**
- 6 **par le réseau de gériatrie auquel vous appartenez**
- 0 **autre (précisez)**

25 - **Sous quelle forme aimeriez-vous entretenir ou améliorer vos connaissances dans le cadre de vos missions de médecin coordonnateur ? (une ou plusieurs réponses possibles)**
nombre de réponses = 19

- 14 **par des réunions de formation médicale continue (FMC)**
- 12 **par des réunions de médecins coordonnateurs**
- 8 **par des formations spécifiques auxquelles vous vous inscrivez**
- 7 **par Internet**
- 6 **par le réseau de gériatrie auquel vous appartenez**
- 6 **par les revues médicales**

- 1 par des brochures
0 autre (*précisez*)

26 - Pour vous, quelle est la principale motivation à exercer comme médecin coordonnateur ? nombre de réponses = 18

La principale motivation des 18 médecins ayant répondu est avant tout un travail d'équipe. Les notions de cohésion, de rupture de l'isolement dans une activité thérapeutique purement thérapeutique libérale sont évoquées. Ce travail d'équipe est avant tout organisationnel et dans un second temps en relationnel (avec l'équipe soignante, les médecins traitants, les familles des résidents). Ce qui sous-tend les difficultés parfois rencontrées dans le relationnel tant au niveau de la direction et des équipes soignantes qu'avec les médecins libéraux.

Arrive ensuite, en deuxième position dans la motivation, l'approche globale de la personne âgée dans toute sa complexité qui justement nécessite un travail d'équipe pluridisciplinaire.

Enfin, le champ d'action vaste et variée de cette prise en charge globale de la personne âgée est attractive.

À la marge, deux médecins coordonnateurs exerçant essentiellement dans une structure hospitalière voient l'opportunité, par cette fonction, d'élargir leurs pratiques gériatriques, de faire reconnaître et de valoriser le soin gériatrique.

27 - Quelles sont vos principales difficultés à exercer comme médecin coordonnateur ?

nombre de réponses = 18

qui sont par ordre de fréquence décroissante :

- *difficultés à travailler avec les professionnels libéraux intervenants dans l'EHPAD*
- *le manque de temps pour assurer les diverses missions de médecin coordonnateur*
- *le décalage entre les décrets fixant la fonction et les missions du médecin coordonnateur et la réalité de terrain*
- *motiver et mobiliser les équipes dans la durée*
- *ne pas être médecin prescripteur en EHPAD*
- *la « paperasserie » administrative*
- *la mauvaise relation du binôme direction - médecin coordonnateur*

Je vous remercie de votre collaboration

**Dr Isabelle RABAULT
Centre Médico-Social
26 boulevard de la Paix
56 000 VANNES
02 97 54 76 74
isabelle.rabault@cg56.fr**

ANNEXE XI : Entretien intégral avec le cuisinier et les résidents.

Paroles de résidents autour de l'alimentation.

Le mardi 8 juillet, dans l'EHPAD Q, nous avons organisé une table ronde pour que cinq résidents volontaires puissent s'exprimer librement autour de l'alimentation et du temps du repas dans leur établissement. L'EHPAD Q est un établissement privé à but lucratif comptant 70 résidents.

Les questions sont issues de la revue Cuisine Collective « l'alimentation des personnes âgées en institution » mai 2004.

<http://www.la-cuisine-collective.fr/dossier/debat/articles.asp?id=26> (consulté le 15.11.07)

Avez-vous bon d'appétit ?

« je me mets à table sans avoir faim, par habitude »

« oui, j'ai bon appétit »

« oui, j'ai bon appétit mais quand cela ne me plaît pas je ne mange pas »

« je suis gourmand mais pas gourmet »

Vos plats sont-ils appétissants ?

« ils sont bien présentés »

« c'est pas mal »

« oui et c'est varié »

« oui mais il y a trop de sauce, tous les plats sont servis avec de la sauce et je ne dois pas trop en manger pour ma santé »

« je trouve qu'on nous donne trop de surgelés »

Votre plat principal est-il toujours servi chaud ?

« oui » (à l'unanimité)

« nous sommes servis à l'assiette, la cuisine est juste à côté de la salle de restauration. Les assiettes sont chaudes »

Vos horaires de repas vous conviennent-ils ?

« oui pour le petit déjeuner et le déjeuner » (12 h. 30)

« mais le soir c'est beaucoup trop tôt (18h30) et les soirées sont longues après » (à l'unanimité)

Déjeunez-vous dans votre chambre ou en salle de restaurant ?

« le petit déjeuner est pris dans la chambre, le déjeuner et le dîner en salle » (à l'unanimité)

Avez-vous le choix entre plusieurs plats ?

« oui, le midi, on peut changer le plat »

« nous avons le tableau des menus la semaine avant. Si le plat ne nous convient pas, il y a possibilité d'un plat de rechange »

« le menu peut être modifié le midi uniquement »

Quels sont vos plats favoris ?

« les potages de légumes le soir » (plusieurs)

« oui, c'est bon, mais je les trouve trop épais. C'est de la purée liquide »

« moi, j'adore un bon pied de cochon, bien cuisiné, avec des poireaux à la vinaigrette. Mais je n'en mange pas ici »

« c'est difficile de dire un plat préféré »

Que représente le moment du repas ?

« cela ne représente plus rien, c'est une habitude »

« c'est l'assiette. Pour moi, il n'y a pas de convivialité à table. J'ai une personne sourde avec laquelle je ne peux pas parler, une autre qui n'est pas intéressante et la troisième qui n'arrête pas de se plaindre »

« c'est vrai, beaucoup se plaignent et parlent de leur maladie »

« la conversation n'est pas toujours là » (à l'unanimité)

Vous ne pouvez pas demander à changer de place ? (question posée à la personne qui se plaint de manque de convivialité) « on me l'a proposé mais j'ai refusé. On n'est plus

jeune ; les liens ne se font pas comme ça. Je n'ai pas envie de m'imposer à une autre table. Alors je reste là, c'est mon caractère »

Les animations sont-elles organisées pendant l'heure du repas ?

« il n'y a pas d'animation pendant les repas saufs de temps en temps »

« oui, environ quatre fois par an »

« pour la fête du printemps (fête de la musique) nous avons eu un repas amélioré et un groupe de musique local est venu »

Comment considérez-vous la restauration de votre résidence ?

« c'est propre, bien présenté, les nappes et serviettes sont changées à chaque repas »

« le service de restauration est parfait mais, parfois, je trouve que les plats sont préfabriqués. Ce n'est pas toujours la cuisine familiale que j'ai connue ».

La parole d'un acteur incontournable : le cuisinier

Avant de rencontrer les résidents de l'établissement Q, nous nous sommes entretenus avec la cuisinière qui travaille dans l'institution depuis 13 ans et qui a suivi une formation sur les textures modifiées en décembre 2007. Comme pour les résidents, les questions sont issues de la revue Cuisine Collective « l'alimentation des personnes âgées en institution » mai 2004.

<http://www.la-cuisine-collective.fr/dossier/debat/articles.asp?id=26> (consulté le 15.11.07)

Pouvez-vous définir le fonctionnement de votre résidence ?

« Nous avons 70 résidents qui déjeunent et dînent en salle sauf pour raison médicale ponctuelle. La salle à manger est attenante à la cuisine. Des menus équilibrés sont établis, par notre structure centrale, par une diététicienne. Mais cela reste assez souple : sur le choix des légumes par exemple. Nous sommes deux cuisiniers et travaillons dix heures de suite de huit heures à dix-huit heures : une semaine de quatre jours (dont le week-end), l'autre semaine trois jours. Un troisième cuisinier vient d'être embauché pour nous aider ».

Quelles sont les attentes alimentaires de vos convives ?

Ils veulent bien manger, avec des bons produits. Surtout, ils aiment les plats en sauce. Je m'efforce de faire une sauce pour chaque plat. Ils n'aiment pas les aliments ou les plats secs. Nos plats ne sont ni salés ni poivrés : chacun rajoute ce qu'il veut en fonction de ses goûts ou de son régime. Mais les plats sont relevés avec des épices qui ne piquent pas ».

Pensez-vous que l'alimentation fasse partie du soin ?

« Oui, avec les textures modifiées, on rajoute des protéines. On adapte la texture à la dentition. Sur 70 résidents, environ 30 personnes ont les plats servis en textures modifiées ».

Êtes-vous en relation avec les services médicaux ?

« Non, pas tellement. Quand j'arrive le matin, je fais un tour en salle de soins voir s'il y a des régimes nouveaux, des nouveaux arrivants. Mais le personnel médical ne vient pas en cuisine. Les équipes du matin et de l'après-midi se réunissent vers 14 heures, je n'y vais pas ».

Combien de menus différents confectionnez-vous par jour ?

« Nous avons un seul menu par jour avec une modification possible pour le plat, si cela ne plaît pas, le midi. La texture modifiée nous permet d'adapter ce menu aux besoins des résidents dépendants. Comme cela, ils mangent la même chose que les autres. Cela a la même couleur. C'est important pour eux ».

Comment rendez-vous un plat mixé, mouliné ou haché appétissant pour la personne âgée ?

« Nous avons des petits moules de 100 g pour la viande et de 250 g pour les légumes. Le midi, les aliments sont mixés indépendamment. Puis on rajoute du blanc d'œuf et on les cuit dans des moules. La présentation se fait ensuite à l'assiette avec une décoration avec la sauce. Le soir, les légumes sont servis sous forme de flanc avec des oeufs entiers. Le seul problème, c'est que le moule a toujours la même forme. Il faudrait pouvoir varier les formes ».

Quels sont les horaires de repas des résidents ?

« Au déjeuner, il y a deux services : à 11 heures 45 pour 45 personnes les plus dépendantes. Sur les 30 repas mixés, 25 sont donnés au premier service. Pour les personnes plus valides, le deuxième service a lieu à 12 h 30. Le dîner débute à 18 heures 45. Les plats préparés l'après-midi sont réchauffés ».

Enfin, comment définiriez-vous votre challenge qui vise quotidiennement à donner du plaisir à vos convives malgré des contraintes certaines ?

« Il faut jongler entre les contraintes d'hygiène, de menus dont la trame est fixée par la diététicienne, le budget fixé et le plaisir des résidents. Il est difficile de faire plaisir à 70 personnes en même temps. Mais nous faisons le maximum et nous essayons de nous adapter ».