



DESSMS

Promotion : **2022-2023**

Date du Jury : **Novembre 2023**

L'Alimentation en EHPAD, vecteur essentiel de coopération

Guillaume CLAIRET

Remerciements

A l'achèvement de l'écriture de ce mémoire, je repense avec nostalgie à la magnifique expérience qu'ont été ces deux années de formation de l'EHESP, avec ses joies, ses doutes et ses difficultés, mais avant tout ses succès.

Bien qu'avec un peu de malice, je respecterai même ici les consignes d'anonymat imposées pour l'écriture de ce document.

Aussi remercierai-je les personnes par leur prénom, persuadé qu'elles se reconnaîtront.

Tout d'abord je remercie Caroline qui m'a accueilli et m'a fait confiance. L'expérience fut un réel plaisir, et je lui souhaite de réussir avec autant de succès sur son nouvel établissement.

Je souhaite également présenter ma reconnaissance à Florence, Valérie et André qui ont réussi à supporter ma candeur et ma curiosité. Sans eux, je serai certainement passé à côté de ce sujet passionnant.

Je remercie également tous les professionnels du CH de Saint Galmier et plus particulièrement Valérie, Elodie, Sandrine, Frédéric, Marlène, Chantal et Grégory. Notre collaboration a été le fruit d'échanges et de réflexions qui me seront utiles tout au long de ma carrière.

J'adresse toute mon amitié à Ilan, qui a toujours su être présent en cas de besoin.

Je remercie également chaleureusement Elsa et Laurence pour toute la bienveillance dont elles ont su faire preuve à mon égard.

Enfin, je tiens à témoigner de mon admiration à ma petite Albane, pour tout le courage et la détermination dont elle a fait montre dans l'épreuve qu'aucune petite fille de son âge n'aurait à connaître.

Je ne remercierai jamais assez Marie et Mathieu pour avoir été la force qui m'aurait manqué pour me mobiliser dans d'autres circonstances.

Sommaire

Introduction	1
1 Alimentation et Dénutrition, deux concepts essentiels afin de répondre aux enjeux institutionnels des EHPAD.....	5
1.1 La dénutrition en EHPAD, un risque qu'il convient de connaître et de maîtriser... 5	
1.1.1 La dénutrition, définition du concept.....	5
1.1.2 L'origine des causes de la dénutrition	5
1.1.3 La prévention de la dénutrition, enjeu à la fois sanitaire et institutionnel.....	7
1.2 Le repas en institution :au-delà d'un besoin physiologique	9
1.2.1 Le repas, un héritage profondément ancré dans la culture française.....	9
1.2.2 Le repas, plaisir universel.....	10
1.2.3 Le repas, vecteur de construction identitaire	11
1.3 Organiser l'alimentation en EHPAD, un cadre réglementaire exigeant	12
1.3.1 Une réglementation sanitaire stricte	12
1.3.2 Une politique publique alimentaire portée par le ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire.....	15
1.3.3 La place de l'utilisateur renforcée au sein de la politique d'établissement.....	16
2 Contexte et analyse des organisations du terrain de l'enquête	19
2.1 Les organisations autour de l'alimentation :.....	19
2.1.1 Description générale de l'établissement	19
2.1.2 L'organisation de l'unité de production alimentaire	21
2.1.3 Les missions de l'équipe hôtelière autour de l'axe alimentaire	24
2.2 Une approche pluridisciplinaire pour fédérer l'engagement des résidents et des professionnels.....	28
2.2.1 La diététicienne de l'établissement, le relais idéal pour chaque acteur de l'établissement.	28
2.2.2 Les ateliers de cuisine animative, dernier maillon de cette démarche qualité ?	
30	
2.3 Le GHT, faux ami de la qualité des repas des ex hôpitaux locaux ?.....	31

3	Une démarche engagée à poursuivre dans et hors l'établissement	33
3.1	Les marges de progression en interne.....	33
3.1.1	Favoriser les outils de communication et d'information entre les acteurs	33
3.1.2	Redynamiser la configuration de la commission des menus	34
3.1.3	Encourager et valoriser les initiatives.....	35
3.2	S'inspirer des pratiques des établissements voisins – Focus sur la Maison d'Annie	36
	Conclusion.....	43
	Bibliographie.....	45
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AEQ : Agent d'Entretien Qualifié

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux

APA : Activité Physique Adapté

ASG : Assistant en Soins Gériatriques

ASV : Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement

BPH : Bonnes Pratiques d'Hygiène

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CDU : Commission des usagers

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CNO : Compléments Nutritionnels Oraux

CVS : Conseil de Vie Sociale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESMS : Etablissement ou service Social ou Médico-Social

ETP : Equivalent temps plein

GHT : Groupement Hospitalier de territoire

GIR : Groupe Iso-Ressource

GMP : GIR Moyen Pondéré

GPAO : Gestionnaire de Production Assisté par Ordinateur

GRAAL : Groupement Régional d'Achat Alimentaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

PMP : Pathos Moyen Pondéré

PMS : Plan de Maitrise Sanitaire

PNA : Programme National pour l'Alimentation

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PSGA : Pla Solidarité Grand Age

PUI : Pharmacie à Usage Interne

RESAH : Réseau des Acheteurs Hospitaliers

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

TIAC : Toxi-Infection Alimentaire Collective

USLD : Unité de Soins Longue Durée

UVP : Unité de Vie Protégée

Introduction

La recherche du maintien à domicile de la personnes âgée et dépendante en France est un enjeu majeur des politiques de santé publique. La Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) de 2015 joue un rôle central dans cette démarche. Cette loi vise à renforcer le maintien à domicile des personnes âgées en favorisant le développement des services d'aide à domicile, en soutenant les proches aidants, et en encourageant la prévention de la perte d'autonomie. Elle s'inscrit dans le cadre du Plan Solidarité Grand Âge (PSGA) de 2007, qui fixe les orientations pour l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Le PSGA met l'accent sur le maintien à domicile et la coordination des acteurs de la prise en charge. Ces textes de politiques de santé publique encouragent le développement de services et de mesures visant à permettre aux personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible. Ils favorisent également la coordination des acteurs de la santé, des services sociaux et des associations pour offrir une prise en charge globale et personnalisée aux personnes âgées en perte d'autonomie. De fait, une analyse de l'enquête EHPA (2019) réalisée par la DREES (juillet 2022) confirme que l'âge moyen d'entrée en institution a évolué de manière significative entre 2011 (84 ans) et 2019 (85 ans et 5 mois). Par ailleurs, l'évolution du degré de dépendance présente elle aussi une progression entre ces deux périodes. En effet, si 80% des résidents en EHPAD présentaient un GIR de niveau 1 à 4 en 2011, ce taux a atteint 85% en 2019. Enfin, la durée moyenne du séjour dans les EHPAD a elle aussi augmenté de 7 mois.

L'entrée en EHPAD marque une rupture dans la vie d'une personne âgée en modifiant ses habitudes, son environnement physique et social. Elle est généralement la résultante d'une perte d'autonomie et une renonciation aux habitudes de vie sociale antérieure. On constate que cette renonciation est d'autant plus difficile à vivre que l'entrée en institution se réalise tardivement. Par ailleurs, au-delà de cette rupture, le nouveau résident est obligé de s'adapter à la vie en collectivité ainsi qu'aux règles relevant de l'organisation de l'institution d'accueil. Ainsi, l'accompagnement proposée à la personne accueillie doit lui permettre de maintenir le plus possible tous les facteurs de continuité tels que son identité personnelle et culturelle, sa dignité physique et intellectuelle et son libre arbitre dans les actes essentiels de la vie.

Mon stage au sein du Centre Hospitalier Maurice André de Saint Galmier m'a permis de réaliser que l'alimentation, acte primordial de la vie à la base de pyramide de Maslow, est au cœur de cet enjeu à l'occasion de mes premières observations en ce qui concerne un des moments les plus attendus de la journée par les résidents : la prise des repas. Comme le souligne Monique Ferry, « *la nutrition peut influencer favorablement le vieillissement naturel, améliorer la qualité de vie et réduire l'incidence de certaines pathologies liées à*

l'âge » (M. FERRY, Nutrition de la personne âgée, 2007). A ce titre, il apparaît naturel d'envisager l'alimentation comme partie intégrante de la prise en soin des résidents. Néanmoins, pour la plus grande majorité des maisons de retraite, la composition des menus, la façon de cuisiner les aliments, l'heure et le lieu du repas, voire même la place à table peuvent représenter des impératifs institutionnels parfois mal vécus par les résidents. Ces contraintes sont en général dictées par les processus de production (liaison chaude, liaison froide, prestation externalisée...), l'administration des traitements médicamenteux, l'organisation et le dimensionnement des équipes hôtelières. Dès lors, la personne âgée est confrontée aux pratiques culinaires, aux habitudes alimentaires, voire aux préférences alimentaires des personnes en charge de la nourriture, se retrouvant parfois dans une situation de consommateur captif.

Cependant, comme le rappelle Brillat-Savarin. " *Le Créateur, en obligeant l'homme à manger pour vivre, l'y invite par appétit et l'en récompense par plaisir !*" (Brillat-Savarin, La physiologie du goût, 1850). En effet, il serait réducteur de penser l'alimentation comme la simple satisfaction d'un besoin physiologique. Les aliments que nous consommons et la manière dont le faisons sont aussi pourvoyeurs de plaisirs sensoriels. Une jolie couleur sur la table, une touche de sel pour stimuler nos papilles gustatives, un fumet alléchant pour ravir notre nez, une impression d'onctuosité en bouche... Au-delà du contenu nutritionnel et sensoriel de l'assiette, l'acte alimentaire comprend aussi une dimension psychoaffective susceptible de contribuer au bien-être de la personne.

L'objet de ce mémoire consiste à mettre en perspective la fonction restauration dans les établissements médico-sociaux non pas comme une fonction support, mais plutôt comme une fonction transversale, véritable pivot entre les résidents, l'ensemble des professionnels de l'institution, mais également avec les partenaires extérieurs.

La première partie de ce mémoire est consacrée à définir les concepts d'alimentation et de nutrition, d'en dégager les enjeux sanitaires, financier, de bien être mais leur impact sur les organisations en EHPAD en rappelant le cadre réglementaire dans lequel ces éléments s'inscrivent.

Ma seconde partie s'attachera, à travers la description du terrain de stage, à identifier les forces et les faiblesses des différents dispositifs mis en œuvre afin d'offrir le meilleur niveau de qualité de vie possible aux résidents à travers le prisme alimentaire, illustrés par les témoignages recueillis et les analyses des enquêtes menés auprès des professionnels et des résidents.

Enfin, je tenterai dans ma troisième partie de proposer des axes d'améliorations possibles afin de permettre d'inscrire l'alimentation comme un axe majeur des projets d'établissements des EHPAD. Je décrirai plus précisément l'expérience d'un dispositif innovant et fédérateur pour l'ensemble des acteurs, résidents et professionnels, ayant été mis en place dans un établissement du territoire sur le principe de la co-construction.

Approche méthodologique

Le sujet étant vaste, mon approche méthodologique m'a tout d'abord conduit à circonscrire mon domaine d'étude. Dans les limites de mes observations sur le terrain et à défaut de pouvoir interroger des établissements ayant externalisé leur production ou possédant une cuisine centrale pour plusieurs sites géographiques, j'ai choisi de centrer mes raisonnements dans ce mémoire sur les établissements mono-site possédant leur propre unité de production.

Cette étude a d'abord commencé par un constat sur le terrain. Puis par une approche théorique s'appuyant sur des recherches bibliographiques. Les recherches bibliographiques se sont traduites par de la lecture d'ouvrages sur le thème, de rapports, de publications diverses, de la réglementation en vigueur, mais également de mémoires de pairs qui s'étaient eux aussi intéressés sur le sujet. Une synthèse de ces lectures a été réalisée sous forme de fiches de lecture qui ont été utilisées au moment de la rédaction finale.

Mes observations sur le terrain ont été réalisées dans le cadre d'enquêtes ayant un lien avec l'une de mes missions principales du stage ; à savoir la réalisation et le suivi du plan de développement durable de l'établissement. Mon intérêt pour le sujet de ce mémoire s'est tout naturellement révélé alors que je menais sur le terrain une étude de grammage afin de pouvoir d'une part évaluer le gaspillage alimentaire afin de dimensionner les besoins de l'établissement dans sa démarche de tri de la filière des biodéchets, et d'autre part pour affiner une étude de grammage à des fins de maîtrise sur les achats des achats alimentaires. Suite à cette enquête, j'ai sollicité le responsable de la cuisine afin d'organiser mon immersion au sein de l'équipe de restauration sur plusieurs jours. J'ai pu à cette occasion, sous une forme informelle, recueillir les témoignages des membres de la brigade de cuisine.

Ce travail de recherche a été complété par des observations parallèles menées sur le terrain de stage, doublé d'une démarche de recueil de données à travers des questionnaires à l'ensemble des résidents et de leur entourage, ainsi qu'auprès du personnel affecté au service hôtelier. Dans le cadre de l'élaboration de certaines enquêtes j'ai été aidé par la responsable qualité et diététicienne de l'établissement dans la rédaction des différents questionnaires, à des fins d'exploitation ultérieures, notamment dans le cadre de l'amélioration de la Commission des menus et du CVS.

J'ai par ailleurs été autorisé à pouvoir assister à l'ensemble des instances où le sujet pouvait être abordé (CDU, commission des menus, CVS...) mais également à participer à

des actions de formation organisées au sein de l'établissement, notamment autour de la dénutrition et du Manger Main.

J'ai pu également visiter fonction restauration d'un autre établissement dans le cadre d'un travail de recherche sur l'alternative de la texture hachée au mixé. Cette visite m'a permis de pouvoir comparer différents modes de production (liaison chaude ou liaison froide) et découvrir ainsi la mise en œuvre de dispositifs innovants fédérant l'ensemble des acteurs de l'établissement autour de la fonction restauration.

Enfin, j'ai également réalisé quatorze entretiens auprès de différents acteurs, professionnels et résidents, aussi bien au sein du CH de Saint Galmier, mais également auprès d'autres établissements du territoire. J'ai souhaité pouvoir interroger un échantillon de l'ensemble des acteurs œuvrant dans l'établissement, des résidents, des personnels de cuisine, du personnel hôtelier, mais également l'animation Le personnel de rééducation, le personnel soignant et le médecin coordonnateur. J'ai pu également recueillir le témoignage de professionnels médicaux, paramédicaux et un responsable des achats alimentaires du GHT du territoire afin de pouvoir croiser les différentes représentations perçues.

Bien que sur la forme, le recours à l'entretien semi directif ait été privilégié. La quasi-intégralité des entretiens se sont déroulés en mode libre. L'objectif étant de favoriser la plus grande liberté d'expression possible tout en pouvant se raccrocher à un fond de questions à travers le canevas de l'entretien semi directif. Dans cette même logique, le non-recours systématique à un système d'enregistrement pendant les entretiens a facilité les échanges et a été le plus souvent apprécié.

Des extraits de ces témoignages sont intégrés dans le corps du mémoire.

1 Alimentation et Dénutrition, deux concepts essentiels afin de répondre aux enjeux institutionnels des EHPAD.

L'alimentation des personnes âgées est un enjeu capital de santé publique. En institution, les politiques de restauration sont riches et variées. Dernier plaisir des personnes âgées, l'alimentation est un levier de l'amélioration de la qualité soumis aux individualités des résidents, aux contraintes organisationnelles et aux législations sanitaires strictes.

1.1 La dénutrition en EHPAD, un risque qu'il convient de connaître et de maîtriser.

1.1.1 La dénutrition, définition du concept

« La dénutrition se traduit par une perte de poids involontaire. La dénutrition fragilise, diminue les défenses naturelles et augmente le risque d'infection. Elle diminue la force musculaire et la mobilité. Elle augmente les complications médicales et chirurgicales et ralentit la guérison d'une maladie curable » (Définition site HAS).

Que ce soit dans le vieillissement normal ou pathologique, la dénutrition est un des facteurs de fragilité de cette population. Il s'agit d'un équilibre entre les besoins et les apports nutritionnels journaliers, conduisant à des conditions pernicieuses. La balance de la dénutrition des personnes vieillissantes est élevée. Elle concerne 4 à 10% des personnes âgées vivant à domicile et 15 à 38 % des personnes en institution et jusqu'à 70% des sujets âgés hospitalisés. (HAS, 2007) La dénutrition est comparable à une spirale (Ferry, 1993), cercle vicieux dont les conséquences médico économiques sont délétères pour l'individu et dont le poids financier est difficilement supportable pour la société. Il convient donc de prévenir au mieux ces situations.

La dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères. Chez la personne âgée, la dénutrition entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance et favorise la survenue de morbidité. Elle est également associée à une aggravation du pronostic des maladies sous-jacentes et augmente le risque de décès. (HAS, 2007).

1.1.2 L'origine des causes de la dénutrition

La dénutrition connaît des causes multiples qui peuvent être la conséquence d'un vieillissement normal, avec des facteurs endogènes ou exogènes ou d'un vieillissement pathologique. De ce fait, les relations entre nutrition et vieillissement sont à double sens.

La nutrition influence le vieillissement comme le vieillissement influence la nutrition.
(FERRY, 2013)

Les facteurs endogènes liés aux modifications de l'organisme avec l'âge induisent des changements de la perception, notamment une diminution des sensations gustatives et olfactives. Les saveurs salées et sucrées sont celles les plus altérées (Dr PANAIT 2017). Les modifications physiologiques des fonctions gastro-intestinales peuvent engendrer une satiété précoce. Ces troubles de l'appétit mettent à mal les apports énergétiques journaliers minimaux et peuvent ainsi participer à la dénutrition.

Les facteurs exogènes du vieillissement peuvent être corrélés à des causes psychosociales et environnementales. La personne âgée connaît des périodes d'isolement social. Le deuil de difficultés financières et de changement dans ses habitudes de vie avec une perte d'autonomie entraînant parfois le recours à une tierce personne à domicile ou en institution (HAS, 2007). Ces périodes provoquent *une perte d'intérêt face aux choses de la vie en général, y compris pour l'alimentation* (Dr PANAIT, 2017). Les changements environnementaux majeurs pour l'individu concourent à une réduction de sa qualité de vie pouvant favoriser la survenue de la dénutrition avec une consommation alimentaire insuffisante.

Avec l'entrée dans le grand âge, certaines pathologies afférentes apparaissent et peuvent dégrader des apports énergétiques journaliers. Ces pathologies sont multiples et variées. On peut citer des troubles buccodentaires. Les personnes âgées n'ont pas ou peu connues de suivi dentaire. Avec l'âge, elles connaissent des troubles buccodentaires avec un mauvais état dentaire. Ces troubles peuvent avoir des incidences sur la mastication et ainsi sur une prise alimentaire insuffisante.

De plus, certaines pathologies neurodégénératives provoquent des problèmes de déglutition qui influent également sur l'alimentation. Les syndromes psychiatriques avec la dépression, les troubles du comportement ou encore certaines maladies neurodégénératives avec des phases de confusion dégradent la prise alimentaire et favorise les dépenses énergétiques (mouvement incessant, déambulation), ce qui augmente le risque de dénutrition. Au cours d'un de mes échanges avec la psychomotricienne de l'établissement, j'ai appris que certains résidents de l'UVP pouvaient déambuler jusqu'à plus de 15 km par jour rien qu'au sein de l'unité.

Enfin la Poly médication, c'est-à-dire l'administration excessive de médicaments, peut aussi avoir des conséquences négatives. *De nombreux médicaments prescrits régulièrement chez la personne âgée ont des effets secondaires comme la xérostomie, des changements du goût, des nausées, la constipation, entre autres, et peuvent avoir un même un effet direct sur l'appétit.* (Dr PANAIT, 2017)

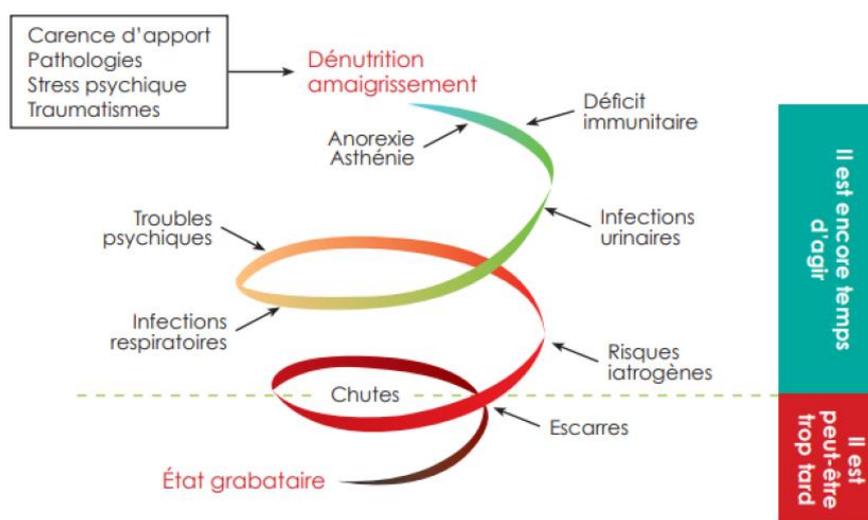
Les facteurs de risque de la dénutrition sont donc multiples et les impacts de celles-ci ne sont pas sans conséquences tant pour la santé des résidents que pour la qualité de travail des professionnels.

1.1.3 La prévention de la dénutrition, enjeu à la fois sanitaire et institutionnel

A) Des enjeux de santé pour les résidents :

La *dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce délit de déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères.* (HAS 2017)

La carence d'apport nutritionnel engendre une perte de poids de la personne concernée. Cette insuffisance conduit à un état de fragilité favorisant la survenue de pathologies qui altère l'état de santé général. On parle alors de la spirale de la dénutrition. (Dr FERRY, 1993) qui se traduit par des épisodes pathologiques de plus en plus fréquents et longs. *La dénutrition est également associée à une augmentation du risque d'infection nosocomiale, de perte d'autonomie, de risque de chute, une hospitalisation prolongée ainsi que de toxicité de la chimiothérapie et de l'espérance de vie.* (PETIT et al, 2017)



La multiplicité des conséquences augmente le risque de morbidité de 2 à 6 et provoque une perte d'autonomie et une diminution de la qualité de vie importante.

On observe alors une altération de l'état général avec un amaigrissement et une fatigue, une diminution de la masse musculaire, de l'activité physique ainsi qu'une augmentation du risque de chute et de fracture du col du Fémur. Une aggravation de la perte osseuse par carence en calcium et en vitamines, les troubles digestifs, stases digestives et constipation ou diarrhée, une aggravation du pronostic, des pathologies sous-jacentes, un risque de toxicité accrue de certains médicaments, une diminution de la réponse

immunitaire, d'où des infections respiratoires, urinaires et autres. Une anémie, des risques Cutanés, escarres, troubles de la cicatrisation, une dégradation des fonctions cognitives, aggravation d'une apathie, d'un syndrome dépressif, une augmentation du nombre d'hospitalisation et durée d'hospitalisation multipliée par 2 à 4. (MOBIQUAL, 2013)

La dénutrition est une maladie silencieuse qui menace la santé, l'autonomie et l'espérance de vie des personnes âgées. Chez la personne dénutris, le risque de mortalité multiplié par quatre.

B) Des enjeux médico-économiques

Les conséquences médicales et économiques de la dénutrition des personnes âgées pèsent sur les finances publiques. Son dépistage et sa prise en charge précoce concourent à en limiter les impacts.

Si on analyse la spirale de la dénutrition, les enjeux médico-économiques paraissent logiques bien que peu de données de la littérature nous éclairent sur ceux-ci. Les données explicitées ci-dessous sont tirées du Recueil d'Actions pour l'Alimentation pour Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes élaborée par le ministère de l'Agriculture et celui des Affaires Sociales publié le 14 avril 2017.

L'augmentation de la dépendance du résident lié à la dénutrition augmente donc la charge en soin liée à celle-ci et induit une surveillance alimentaire accrue avec un suivi des ingesta et une aide à l'alimentation. Ces éléments impliquent une charge de travail supplémentaire pour les équipes dont les coûts sur coûts salariaux pèsent sur l'établissement. Par ailleurs. L'augmentation des risques de chute liées à la dénutrition induit un surcoût de 15000€ par épisode. À cela, il faut ajouter les frais de rééducation qui s'ensuivent et la charge de travail inhérente à la perte de mobilité de la personne pour les professionnels au moment de leur retour en institution.

Le coût de la prise en charge des escarres est de 15000 à 60000€ par épisode, puis de 15 à 80€ par jour pour les pansements qui sont requis. Pendant 1 à 6 mois selon la gravité de l'escarres. Cumulé, le prix des soins en eux-mêmes varie donc de 15000€ à plus de 64000€ dans les situations les plus complexes. Au-delà de ce coût de traitement, il faut également ajouter celui de la charge de travail afférant de plus de 30 minutes de soins par jour supplémentaires liées à la perte temporaire de mobilité des personnes. Il n'implique pas forcément de devoir recruter du personnel supplémentaire pour mener à bien cette charge. Il implique cependant qu'à effectif constant, ces soins seront réalisés au détriment de l'accompagnement des autres résidents.

Dans un contexte où les professionnels se plaignent de ne plus pouvoir consacrer aux résidents un temps d'accompagnement aussi important que celui du soin, remettant parfois en cause leur motivation première à travailler en EHPAD. Afin d'accompagner au mieux le

résident jusqu'à la fin de sa vie, il semble indispensable de devoir prévenir le plus possible les risques de dénutrition.

Pour prévenir et lutter contre la dénutrition, il est essentiel de s'informer et de se former aux besoins nutritionnels de la personne âgée, de maintenir ses apports alimentaires variés en quantité suffisante et de surveiller l'appétit et le poids, en particulier dans les situations les plus à risque. Il est conseillé pour les sujets âgés de réaliser un dépistage au moins une fois dans l'année chez un médecin de ville à l'admission et enfin une fois par mois en institution achat et à chaque hospitalisation. (HAS 2017) L'évaluation du risque de la dénutrition, c'est le sujet à agir repose sur la recherche des situations de risque, l'estimation de l'appétit et des apports alimentaires, la mesure du poids, l'évaluation de la perte de poids par rapport au poids antérieur, le calcul de l'indice de masse corporelle, etc. Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire comportant au minimum la recherche de situations à risque de dénutrition et le poids tel que le mini Nutritional Assessment. (Ministère de la Santé et des Sport).

1.2 Le repas en institution : au-delà d'un besoin physiologique

Au sein des EHPAD, la notion de repas va bien au-delà de la simple satisfaction des besoins nutritionnels. En effet, le repas revêt une signification bien plus profonde : celle d'un vecteur de plaisir et de bien-être pour les résidents. Au fil des années, les EHPAD ont évolué pour ne plus considérer la restauration comme une simple routine alimentaire, mais comme une opportunité de créer des moments empreints de convivialité, de partage et de satisfaction sensorielle. Cette transformation reflète la prise en compte croissante du bien-être psychologique des résidents et de l'importance de maintenir une qualité de vie optimale au sein de ces établissements. Dans cette perspective, examinons comment le repas présente les éléments permettant d'éveiller les sens, stimuler les émotions et favoriser le lien social au sein des EHPAD.

1.2.1 Le repas, un héritage profondément ancré dans la culture française

En France plus qu'ailleurs, le repas est un moment convivial qui a eu lieu à heures fixes. Dans plus de 54% des foyers en France chaque jour à 12h30, les Français sont attablés. À titre de comparaison, au Royaume-Uni, la prise alimentaire est à 13h10 et ne rassemble que 17% de la population. Il occupe de fait une place vitale et multidimensionnelle au sein de la culture française, transcendant son simple rôle alimentaire pour devenir un rituel culturel profondément enraciné. En France, le repas est bien plus qu'une occasion de se nourrir ; il incarne la convivialité et la socialisation, offrant un espace privilégié pour les interactions interpersonnelles et les échanges enrichissants. La cuisine française est

célébrée comme une forme d'art, où chaque plat est soigneusement élaboré pour éveiller les sens et satisfaire les palais. Cette attention à la qualité des ingrédients, à la présentation esthétique et à la créativité culinaire contribue à élever la gastronomie française au rang de patrimoine culturel reconnu par l'UNESCO en 2010. « *Le repas gastronomique des Français est une pratique sociale et coutumière destinée à célébrer les moments les plus importants de la vie des individus et des groupes [...]. Le repas gastronomique met l'accent sur le fait d'être bien ensemble, le plaisir du goût, l'harmonie entre l'être humain et les productions de la nature [...]* » (Site de l'UNESCO).

Le repas est également un pilier identitaire en France, reflétant une histoire culinaire riche et diversifiée. Des plats régionaux aux fromages variés, en passant par les vins fins et les pâtisseries élaborées, la cuisine française incarne la singularité de chaque terroir. Les repas sont aussi des moments de célébration, participant à des événements spéciaux et à des fêtes traditionnelles. L'importance économique de cette culture culinaire se manifeste à travers l'industrie agroalimentaire et le tourisme gastronomique, qui attirent des visiteurs du monde entier. Enfin, le repas reflète l'art de vivre à la française, une philosophie qui privilégie la dégustation lente et réfléchie, la satisfaction des plaisirs sensoriels et la valorisation des moments partagés avec les autres. L'expression "*l'art de vivre à la française*" évoque un raffinement et une élégance qui se manifestent tout particulièrement autour de la table. Dans son ensemble, la place prépondérante du repas dans la culture française transcende les frontières de la simple nourriture pour devenir un véritable mode d'expression culturelle, un lien social et un héritage à préserver et à célébrer.

1.2.2 Le repas, plaisir universel

« *Le plaisir de la table est de tous les âges, de toutes les conditions, de tous les pays et de tous les jours ; il peut s'associer à tous les autres, et reste le dernier pour nous consoler de leur perte* » (BRILLAT SAVARIN, *Physiologie du goût*, 1826). S'il n'est pas fondamentalement le dernier plaisir laissé au résident au moment de son entrée en EHPAD, le repas un moment clés du quotidien pour contribuer à son bien-être. L'ANESM recommande par ailleurs « *de faire des repas un moment de plaisir et de convivialité* » (ANESM, *Recommandation des bonnes pratiques professionnelles*, 2011).

Pour de nombreux résidents, les repas dépassent la simple fonction nutritionnelle. Ils représentent des moments de sociabilisation, de partage et de lien social. Ainsi, les repas peuvent contribuer à briser l'isolement et à améliorer le bien-être émotionnel. Ils sont une occasion de stimuler les sens, bien au-delà de l'aspect gustatif, afin de contribuer à cette sensation de plaisir.

Dans ce contexte, la qualité des repas et l'attention portée à leur préparation et à leur présentation peuvent jouer un rôle crucial. Des repas agréables sur les plans visuel et gustatif peuvent influencer positivement l'expérience quotidienne des résidents et leur

sentiment de bien-être. Par ailleurs, la source du plaisir de la table ne doit pas se circonscrire uniquement au contenu de l'assiette. Aussi surprenant que cela puisse paraître, il a été démontré que la satisfaction d'un repas dépend majoritairement (à 80% de l'appréciation du convive) de l'environnement alors que l'aliment en lui-même ne représente que 20% (Guide RESAH, Comment repenser l'alimentation dans le secteur de la santé, 2021). Ainsi, qu'il s'agisse de la cuisine animative, de la chambre ou bien de la salle à manger, il est essentiel de soigner le lieu où se déroulent les repas. La décoration de la salle, le choix de la vaisselle, un service attentionné et organisé, la disposition des tables pour créer une ambiance particulière sont autant d'éléments à prendre en compte pour contribuer au plaisir ressenti par le résident au moment du repas, autant d'occasions d'interactions conviviales entre les professionnels et les résidents pour construire la marque employeur de l'établissement.

1.2.3 Le repas, vecteur de construction identitaire

« *Dis-moi ce que tu manges, je dirai qui tu es !* » (BRILLAT SAVARIN, physiologie du goût, 1850). L'acte alimentaire, en tant que tout premier acte de la vie, contribue à construire l'identité de chacun. Dès l'enfance, les codes alimentaires ont un rôle éducatif primordial. *Comme le dit Jean-Pierre Poulain, anthropologue et sociologue de l'alimentation, « l'acte alimentaire insère et maintient par ses répétitions quotidiennes le mangeur dans un système de signification. Autant de mécanismes qui construisent des identités et sur lesquelles reposent notre personnalité. »* (Caroline Rio & Al, Manger : toute une aventure ! 2018). Claude Levi Strauss (Mythologique, 1971) estime que la façon dont chacun mange est le comportement que les hommes choisissent le plus volontiers pour affirmer leur originalité face à autrui. Ainsi, chacun possède une identité de mangeurs qui lui permet tout à la fois de manger pour vivre et de se sentir existé, reconnu et respecté.

Toute occasion de manger un plat familial, reconforte et rassure, sans doute parce que cela fait émerger des souvenirs. Les mémoires les plus anciennes enregistrent des goûts et les odeurs tout au long de notre existence. A l'image de la madeleine de Proust, de vieux souvenirs peuvent ressurgir lorsque que l'on retrouve de nouveau ces fragrances.

Mais au-delà de l'identité individuelle, les aliments représentent également des identités collectives qui peuvent être associée de manière symboliques au principe d'incorporation. Selon Claude FISCHLER, « *manger, c'est incorporer et faire sienne les qualités d'un aliment* ». Les plus âgées ayant connu des périodes de privation, stockent encore aujourd'hui davantage de denrées que d'autre génération, surtout s'ils sont d'origine modeste et rurale. Ces mêmes personnes voient dans la viande rouge un signe de réussite sociale. Ils détestent le maïs lorsqu'ils sont d'anciens agriculteurs car cet aliment était autrefois réservé pour les animaux. Le Programme National Nutrition Santé 2 souligne lui aussi l'importance de cette dimension symbolique et insiste également sur la nécessité de

« *savoir choisir des produits qui ont du sens (issus de terroirs auxquels on est rattaché) et qui ont du goût* » (PNNS 2006- 2010) Ainsi, une homogénéisation de l'alimentation déconnectée de l'histoire du résident et de son terroir d'origine présenterait le risque de nier une part de son identité et d'altérer la dimension plaisir de l'acte alimentaire.

1.3 Organiser l'alimentation en EHPAD, un cadre réglementaire exigeant

Il est du devoir du directeur de pouvoir proposer aux résidents une alimentation qui répondent à leurs besoins et leur bien être tout en garantissant une exigence de sécurité sanitaire. Il doit être en mesure de pouvoir organiser son dispositif de restauration collectif en satisfaisant à des réglementations strictes visant à protéger le consommateur. Par ailleurs, il peut être amené à suivre les recommandations de la politique publique de l'alimentation.

1.3.1 Une réglementation sanitaire stricte

Garantir la sécurité sanitaire des aliments servis en institution est une obligation essentielle dans tous les établissements proposant un service de restauration collective. Il s'agit de pouvoir prévenir tout risque de toxi-infection alimentaires collectives (TIAC). Les TIAC, ou Toxi-Infections Alimentaires Collectives, sont des maladies infectieuses causées par la consommation d'aliments contaminés par des agents pathogènes tels que des bactéries, des virus, des parasites ou des toxines. Les TIAC surviennent généralement lorsque plusieurs personnes présentent des symptômes similaires après avoir consommé le même aliment contaminé. La prévention des TIAC repose sur des pratiques rigoureuses en matière de sécurité alimentaire, telles que le respect des bonnes pratiques d'hygiène lors de la manipulation, de la préparation et de la conservation des aliments, ainsi que la surveillance et le contrôle des procédés alimentaires pour éviter la contamination.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, la réglementation européenne impose les établissements à se doter d'un outil spécifique : le plan de maîtrise sanitaire (PMS). Ensemble des procédures et de mesures de sécurité alimentaire conçus pour garantir la salubrité et la sécurité des aliments tout au long de la chaîne alimentaire, de la production à la consommation, le PMS repose sur trois grands piliers.

A) Les Bonnes Pratiques d'Hygiène (BPH) : 1^{er} pilier du PMS

En EHPAD, la sécurité sanitaire des aliments revêt une importance capitale pour garantir le bien-être et la santé des résidents. Les Bonnes Pratiques d'Hygiène (BPH) occupent un rôle central dans cet objectif. Les BPH, rendues obligatoire par l'article 4 du règlement CE 852/2004, sont un ensemble de procédures et de normes d'hygiène alimentaire qui guident chaque étape de la préparation des repas, depuis la réception des denrées jusqu'à leur

distribution aux résidents. Ce règlement européen établit les principes de base en matière d'hygiène alimentaire et fixe les obligations des opérateurs du secteur alimentaire en matière de sécurité sanitaire des aliments. Il définit les bases sur lesquelles le PMS doit être élaboré.

L'une des pratiques essentielles est le "Principe de Marche en Avant". Il stipule que les denrées alimentaires doivent suivre un cheminement linéaire et unidirectionnel, évitant tout retour en arrière, de la réception à la préparation, puis à la distribution. Par exemple, les produits livrés sont stockés dans des zones spécifiques, étiquetés avec leur date de réception, puis préparés dans des cuisines dédiées à la production alimentaire. Ce principe réduit considérablement les risques de contamination croisée.

Un autre aspect crucial est le concept du "Circuit Propre et Sale". En EHPAD, les zones de préparation alimentaire (circuit sale) et les zones de stockage des aliments (circuit propre) doivent être clairement définies et séparées. On veille à ce que les résidents et le personnel n'entrent pas dans les zones de préparation avec leurs chaussures de l'extérieur, ce qui pourrait contaminer le sol. Les équipements et les ustensiles utilisés dans le circuit sale sont régulièrement nettoyés et désinfectés.

La formation du personnel joue également un rôle fondamental. Tout le personnel impliqué dans la préparation et la distribution des repas, qu'il s'agisse des cuisiniers, des aides-soignants ou des serveurs, doit recevoir une formation régulière sur les BPH et les bonnes pratiques d'hygiène. Cela comprend la manipulation hygiénique des aliments, le lavage fréquent des mains, la gestion des dates de péremption, et la sensibilisation aux points à risque. Les formations sont périodiquement mises à jour pour refléter les dernières normes de sécurité alimentaire.

En somme, les BPH en EHPAD sont essentielles pour assurer la sécurité sanitaire des repas servis aux résidents. Ces pratiques strictes minimisent les risques de contamination alimentaire et garantissent que les repas sont préparés et distribués dans des conditions optimales de salubrité. Cela contribue non seulement à la santé physique des résidents mais également à leur bien-être général en leur offrant des repas sains et sécuritaires.

B) La démarche HACCP, 2nd pilier du PMS

Elle aussi rendue obligatoire par le règlement CE 852/2004, dans son article 5, la démarche HACCP est une méthodologie qui identifie, évalue et maîtrise les risques liés à la sécurité alimentaire en identifiant les Points Critiques pour leur Maîtrise (CCP) et en mettant en place des contrôles pour les gérer.

Elle implique plusieurs étapes clés pour assurer la sécurité sanitaire alimentaire de bout en bout :

1. Analyse des Risques : identifier les dangers potentiels associés à la préparation, à la manipulation et à la distribution des aliments. Evaluer les risques pour déterminer les points critiques où des mesures de contrôle sont nécessaires.
2. Points Critiques de Contrôle : ces points critiques sont les étapes de la chaîne alimentaire où des risques peuvent survenir. Il s'agit donc de mettre en place des contrôles spécifiques pour réduire ou éliminer ces risques. Par exemple, la température de stockage des denrées périssables est un point critique contrôlé pour éviter la contamination bactérienne.
3. Limites Critiques : des limites sont établies pour chaque point critique. Elles définissent les valeurs acceptables pour des éléments tels que la température, le temps de cuisson, etc. Si ces limites sont dépassées, des actions correctives doivent être entreprises.
4. Surveillance : Surveiller régulièrement les points critiques en utilisant des outils tels que des relevés de température, des vérifications visuelles, etc. Cela garantit que les processus sont conformes aux normes établies.
5. Actions Correctives : Si une situation non conforme est détectée, des mesures correctives sont mises en œuvre immédiatement pour rétablir la sécurité sanitaire. Par exemple, si la température de stockage est incorrecte, les aliments peuvent être réfrigérés rapidement.
6. Vérification : Effectuer des vérifications régulières pour confirmer que les mesures de contrôle fonctionnent efficacement. Cela peut inclure des audits internes et externes.
7. Documentation : Une documentation minutieuse de toutes les étapes de la démarche HACCP est essentielle. Cela comprend les analyses des risques, les limites critiques, les relevés de surveillance et les actions correctives prises.

C) La traçabilité : troisième pilier du PMS

La traçabilité permet de suivre le parcours des aliments depuis leur réception jusqu'à leur consommation par les résidents. La traçabilité inclut l'identification des fournisseurs, la gestion des dates de péremption, le suivi des températures de stockage, ainsi que l'enregistrement des données relatives aux repas servis. En cas de rappel de produits ou de problème sanitaire, le système de traçabilité permet de localiser rapidement les produits concernés et de les retirer de la circulation, minimisant ainsi les risques pour la santé des résidents. En cas de risque de TIAC, la traçabilité permet de pouvoir identifier rapidement quand et pour quel plat l'aliment suspect a été utilisé. Cette disposition impose aux établissements de devoir conserver des plats témoins des menus ayant été servis aux résidents pendant au moins cinq jours suivant leur consommation (Ministère de l'agriculture, JO n°303 du 31 décembre 2009).

L'objectif global du PMS est ainsi de renforcer la sécurité alimentaire en imposant des normes élevées, en établissant des procédures de contrôle rigoureuses et en garantissant la traçabilité des aliments. Néanmoins, lorsqu'il écrit « *cette généralisation des procédés de*

conservation et d'hygiène, l'obsession bactériologique, en stérilisant l'aliment, ont comme stérilisé ses saveurs » (C. FISCHLER, *Gastro-nomie et Gastro-anomie*, 1979). Claude FISCHLER interroge la possible coexistence entre la sécurité et la qualité des aliments.

1.3.2 Une politique publique alimentaire portée par le ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire

A) Dans une démarche de qualité des repas

La politique de l'alimentation a pour finalités d'assurer à la population l'accès à une alimentation sûre, saine, diversifiée, de bonne qualité et en quantité suffisante, produite dans des conditions économiquement et socialement acceptables par tous, favorisant l'emploi, la protection de l'environnement et des paysages et contribuant à l'atténuation et à l'adaptation aux effets du changement climatique. (Site du ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire). Mis en place depuis la loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche du 27 juillet 2010, le Programme National pour l'Alimentation (PNA) formalise la politique de l'alimentation et rend compte de son action au Parlement tous les trois ans. Le PNA est secondé par le PNNS, lancé en 2001, et dont le but est « *d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition* ».

L'enjeu spécifique de l'alimentation des personnes âgées en institution a par ailleurs fait l'objet de guide thématique « Mieux manger en établissement de santé et médico-sociaux dans le PNNS 3 (2011-2016).

La qualité du repas en EHPAD est devenue une exigence réglementaire suite au décret 2012-144 du 30 janvier 2012 qui requiert « *qu'afin d'atteindre l'objectif d'équilibre nutritionnel des repas servis par les services de restauration des ESMS [...] soient servis :*

-Quatre ou cinq plats proposés à chaque déjeuner ou dîner

-Le respect d'exigence en matière de taille des portions et de fréquences des repas

-L'adaptation des plats proposés aux goûts et habitudes alimentaires des résidents [...]

-Le respect d'exigences minimales de variété des plats servis. »

C'est par ailleurs afin d'illustrer ces exigences réglementaires que le ministère de l'agriculture a conjointement publié en 2017 avec le ministère des affaires sociales et de la santé le « *Recueil d'action pour l'amélioration de l'alimentation en EHPAD* »

B) Dans une démarche environnementale ambitieuse

La loi n°2028-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous, dite aussi loi « EGalim » vise une action ciblée sur la restauration collective. Repris également par le PNA 2019-2023 dans un de ses deux axes transversaux, cet objectif indique la nécessité pour la restauration collective d'introduire au moins 50% de produits de qualité et

durables, dont au moins 20% de produits biologiques au 1^{er} janvier 2022. Ces produits sont définis comme des produits identifiables par des signes officiels d'identification ou des mentions valorisantes telles que le Label Rouge, l'appellation d'origine, etc.

Qu'ils s'agissent de produits labellisés ou biologique, la part en pourcentage correspond au montant total des achats hors taxes : « *Pour 100€ d'achats de produits alimentaires, au moins 20€ doivent correspondre à l'achat de produits biologiques et au moins 50€ au total des produits entrant dans le décompte des 50%* » (Conseil National de la restauration Collective, 2020).

1.3.3 La place de l'utilisateur renforcée au sein de la politique d'établissement

La Loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale vient renforcer la participation sociale de l'utilisateur au sein de la politique des ESMS. Renforcée par la suite avec le décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au Conseil de la Vie Sociale (CVS) et autres formes de participation instituées à l'article L.311-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). L'article 14 du décret précise que « *le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur l'organisation intérieure, la vie quotidienne, les activités [...]* ».

Le CVS en EHPAD est une instance participative essentielle. Il réunit des résidents, des familles, et le personnel de l'EHPAD pour discuter et contribuer à l'amélioration de la vie quotidienne au sein de l'établissement. Il a pour rôle de favoriser la participation active des résidents et de leurs familles à la gestion de l'EHPAD. Il permet de recueillir leurs opinions, leurs préoccupations et leurs suggestions concernant les activités, les repas, les soins, et d'autres aspects de la vie en institution. Il est composé de représentants élus des résidents, de représentants des familles et de membres du personnel de l'EHPAD, y compris le directeur. Le nombre de membres et les modalités d'élection peuvent varier d'un établissement à l'autre. Il se réunit régulièrement, généralement plusieurs fois par an, pour discuter des questions importantes et des préoccupations soulevées par les résidents et les familles. Ces réunions sont des moments clés pour échanger des informations, prendre des décisions et travailler ensemble à l'amélioration de la qualité de vie en EHPAD. Il s'agit donc d'une instance participative qui favorise la prise de parole des résidents et de leurs familles, ainsi que la collaboration avec le personnel de l'établissement pour améliorer la vie quotidienne et le bien-être au cœur de l'établissement.

Au-delà de l'obligation réglementaire de constituer un CVS, l'article 19 du même décret précise que « *la participation prévue à l'article L.311-5 du CASF peut également s'exercer :*

- *Par l'institution de groupes d'expression institués au niveau de l'ensemble de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil, ou d'un service ou d'un ensemble de services de ceux-ci ;*

- *Par l'organisation de consultation de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge sur toutes question concernant l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement, du service ou du lieu de vie ou d'accueil ;*
- *Par la mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction. Ces enquêtes sont obligatoires pour les services prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participations prévues par le présent décret ».*

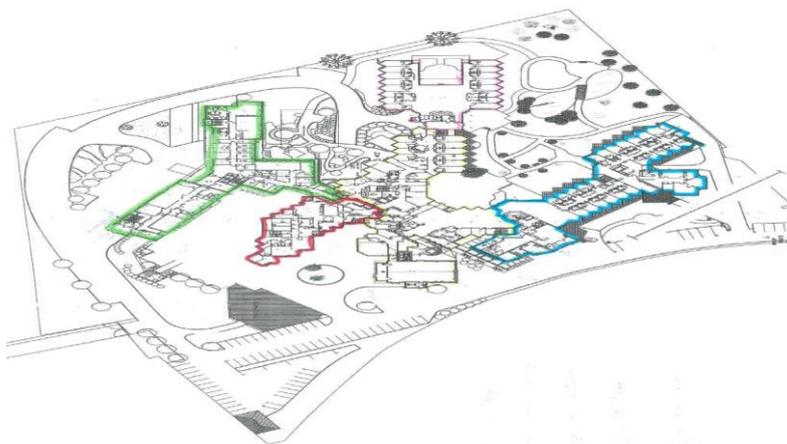
S'il ne s'agit pas d'une disposition réglementaire obligatoire, ce décret s'inscrit dans les recommandations du Conseil National d'Alimentation stipulant que les menus ainsi que le plan alimentaire permettant leur rédaction devraient être soumis à une « commission de restauration » dans le but d'engager une démarche concertée d'amélioration de la qualité des prestations de restauration (CNA, 2015). Elle propose également que cette commission ait une portée transversale et multidisciplinaire en associant résidents aux professionnels de l'établissement. Pour en mesurer l'efficacité, les analyses d'enquêtes de satisfaction pourraient être de bons indicateurs.

2 Contexte et analyse des organisations du terrain de l'enquête

2.1 Les organisations autour de l'alimentation :

2.1.1 Description générale de l'établissement

Ex hôpital local, l'Hôpital Maurice André de Saint Galmier est un établissement de santé à vocation gériatrique très intégré dans son territoire. Le site sur lequel il existe actuellement a été initialement construit en 1983. Au fur et à mesure de son histoire, l'établissement a réalisé quatre restructurations. Une en 1991 (en rouge sur le schéma), puis une nouvelle en 1994 (en rose sur le schéma) qui a vu la construction de son Unité de Vie Protégée (UVP) destinée à accueillir des résidents présentant des troubles neurocognitifs type Alzheimer ou apparenté. Une extension a été réalisée en 1997 (en bleu sur le schéma). En 2011, des travaux de rénovations ont été réalisés sur le bâtiment d'origine ainsi que sur sa première extension.



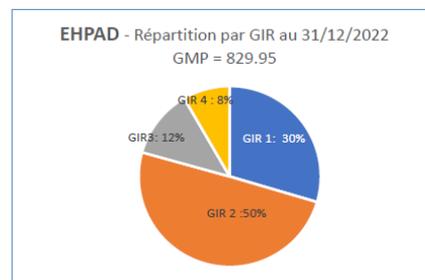
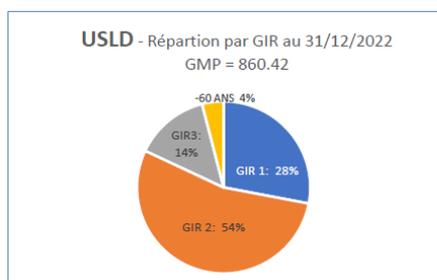
L'établissement propose des offres d'hébergement diversifié et comprend un nombre de lits important. Il dispose aujourd'hui sur un site unique d'une Unité de Soin Longue Durée (USLD) de 50 lits dédiés à un public polypathologique requérant au long cours des soins médico-techniques importants, des lits d'établissement dédiés aux personnes âgées dépendantes (EHPAD), en service dit « ouvert » (182 lits) et en Unité de Vie Protégée (24 lits).

Par ailleurs, un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de 32 places dédiées aux plus de 60 ans et participe au fonctionnement d'une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) portée par le centre hospitalier des Monts du Lyonnais en coopération avec le SSIAD de Chazelles sur Lyon. Un Pôle d'Accompagnement et de Soins Adaptés (PASA) de 14 places accueille à la journée des résidents de l'établissement.

L'établissement est aujourd'hui engagé dans un nouveau projet de restructuration. En effet, sur l'ensemble des unités qui composent son architecture, 189 lits ne sont pas aux normes (chambres doubles et/ou pas de salle de bain individuelle). Dans ce contexte, il a été décidé de la destruction du bâtiment accueillant l'UVP pour créer sur ce site un bâtiment de 4 niveaux. Il consisterait en son rez-de-chaussée à remplacer l'UVP de 24 lits par 2 UVP de 14 lits et de transférer sur les trois niveaux du nouveau bâtiment les lits du secteur SUD à

l'issue des travaux. Ce projet d'envergure, budgété à hauteur de 15 millions d'euros, offrirait à l'établissement une nouvelle réserve d'espace qui pourraient être mise à profit d'une ouverture sur l'extérieur (Accueil d'un SAAD, ouverture d'une crèche ou opportunité d'accueil de nouveaux tiers lieux...). Pendant la durée des travaux, les résidents de l'UVP seront relogés dans une réserve d'espace déjà existante, réaménagée de manière transitoire afin de pouvoir les y accueillir.

Les dernières données épidémiologiques issues du bilan d'activité 2022 nous indiquent que la population accueillie sur l'établissement (USLD et EHPAD+UVP) est composée de femmes à 77% (56% USLD 82% EHPAD) contre 23% d'hommes (44% USLD 22% EHPAD). La moyenne d'âge de la population hébergée est de 79 ans et 1 mois pour l'USLD et 87 ans et 8 mois sur l'EHPAD. Le taux d'occupation de l'établissement est de 96,73% pour l'USLD, et de 96,92% pour l'EHPAD. Ces chiffres sont en cohérence avec la moyenne pondérée 2018 des établissements du même types (CNSA, 2020). Dû à un nombre important de décès en 2022 (90), le taux de renouvellement des résidents est de 40%. La Durée Moyenne de Séjour (DMS) est de 1 an et 28 jours pour l'USLD et de 3 ans et 4 jours pour l'EHPAD. Le recrutement des résidents est principalement un recrutement de proximité : environ 46 % des résidents proviennent d'une zone géographique située à moins de 15 km de Saint Galmier. Les personnes accueillies relèvent en général d'un fort degré de dépendance. En effet, le GMP moyen de l'établissement est de 841 (860 USLD 829 EHPAD). Il affiche également un PMP de 235. Si l'on considère que le GMP moyen de la population de la



référence FINESS en 2018 est de 722 et que le PMP moyen de 290 (CNSA, 2020) 9, l'hôpital Maurice André doit composer son organisation de prise en charge en tenant compte de ce fort niveau de dépendance. Les profils de type GIR 1 et 2 représentent plus de 80% de la population accueillie dans l'établissement.

Sur le volet RH, l'établissement emploie aujourd'hui 216,77 ETP rémunérés dont la ventilation est détaillée dans le tableau ci-contre. En se basant sur le rapport de la CNSA, on peut constater que le taux d'encadrement des différentes filières est en corrélation avec celui de la moyenne

Pourcentage par filière

FILIERE	Nb ETPR	%ETPR	Moyenne nationale CNSA
Administration	12,63	6%	5%
Animation	3,5	2%	0%
Personnel de soin	174,25	80%	80%
dont IDE	32,31	15%	11%
dont AS	91,58	42%	42%
Dont ASH	42,22	19%	31%
Service généraux	19,11	9%	7%
Médico-Tech	1,82	1%	1%
Aprentis+CC	2,63	1%	NC
Personnel médical	2,83	1%	1%
TOTAL	216,77		

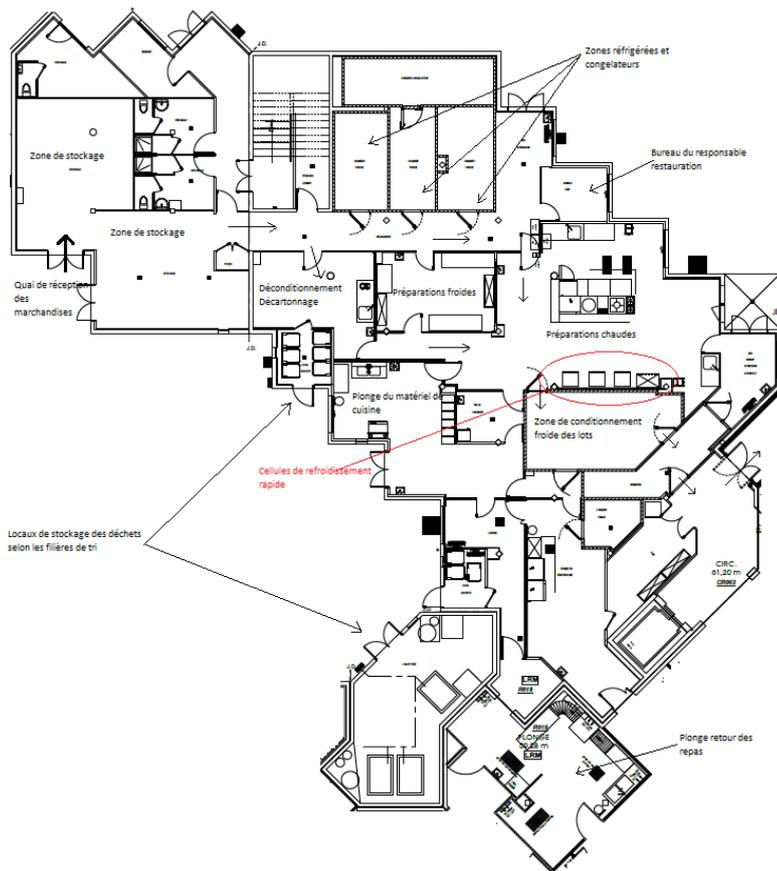
nationale. Le seul écart constaté concerne l'effectif ASH (-11% par rapport à la moyenne nationale). Cet écart s'explique car la prestation de bionettoyage des parties commune et de la plonge des repas a été externalisée auprès d'une entreprise rattaché à un ESAT/ Excepté cette fonction, aucune autres fonctions supports n'a été externalisé : l'établissement dispose de sa propre cuisine, de sa blanchisserie, de son service technique ainsi que de sa pharmacie à usage interne (PUI).

Enfin, l'établissement est membre du GHT Loire, mis en place en 2016, et dont l'établissement porteur est le CHU de Saint Etienne. Les enjeux de ce groupement reposent en particulier sur la mutualisation de la fonction achat, de la supervision du système d'information ainsi que de la mise en œuvre du projet médical, de gériatrie de territoire.

2.1.2 L'organisation de l'unité de production alimentaire

A) D'un dispositif en liaison chaude à une production en liaison froide

L'établissement dispose de sa propre unité de production. Jusqu'en 2007, la cuisine de l'établissement était organisée en liaison chaude. Ce dispositif impose que les aliments ne doivent pas descendre en dessous de 63°C avant d'être consommé pour éviter la prolifération bactérienne. En effet, entre 63°C et 120°C, la plupart des micro-organismes ne se développent plus et peuvent souvent être détruits. Entre 10°C et 63°C, c'est la zone de multiplication des micro-organismes. Dès que l'on passe en dessous des 10°C, les germes cessent de se multiplier. Dans cette disposition, la durée entre le conditionnement du repas et la consommation est de deux heures maximum à 63°C. Les températures de distribution doivent permettre de maintenir les plats cuisinés dans les zones où le développement microbien est stoppé ou ralenti. Si ce mode de distribution présente de meilleures qualités organoleptiques, il s'agit néanmoins d'une organisation présentant plus de risques au niveau de l'hygiène lors des phases de maintien en température. Par ailleurs, elle impose une organisation 24h/24h et 7j/7j. Au regard de la taille de l'établissement, et compte tenu de la réforme du travail à 35 heures, une étude médico-économique menée par l'établissement a conduit à repenser l'organisation de l'unité de production en liaison froide. Lors de ce procédé, les mets cuisinés en liaison froide doivent subir, après cuisson, un refroidissement rapide pour éviter tout développement bactérien, soit une température de 10°C. La norme impose de passer de la température en sortie de cuisson à une température de 10°C maximum en moins de deux heures. A partir de ce moment-là, les préparations peuvent être alloties et conservées en zone réfrigérée (de 0°C à 3°C). Elles seront ensuite mises à disposition des équipes hôtelières à la température de 3°C et transportée dans un contenant permettant le respect de la chaîne du froid. Un maximum de deux heures peut là aussi s'écouler entre la sortie de la zone réfrigérée et la remise en température à 63°C. Pour assurer le transport isotherme des aliments durant le transport, l'établissement a



investi dans des chariots de remise en température mixtes. Au-delà de l'intérêt économique dans l'organisation RH de ce dispositif, celui-ci permet également de pouvoir préparer à l'avance les plats inscrits dans le roulement des menus. La cuisine est organisée selon le principe de marche en avant (Cf plan ci-contre) afin de répondre aux normes HACCP. Du quai de livraison des denrées alimentaires jusqu'en salle réfrigérée où sont conservés les lots pendant au moins trois jours, aucun aliment n'est censé passer deux fois par le même

endroit.

B) Une équipe « historique » soudée

L'équipe se compose de 7 agents, dont 6 sont titulaires de leur poste pour un total de 7 ETP. Le responsable de la cuisine, Monsieur T., est agent de maîtrise principale et a une formation initiale de pâtissier. Rentré dans l'établissement à l'âge de 20 ans, il y a passé l'intégralité de sa carrière. Tous les autres agents titulaires sont des ouvriers principaux qualifiés en cuisine. Le dernier agent arrivé vient d'être mis en stage sur le grade d'AEQ. Monsieur T a organisé sa brigade avec un second et 5 cuisiniers. Il organise les journées avec 4 postes de 6h à 14h et un poste décalé de 7h à 15h. Les postes se partagent sur le déconditionnement, les préparations froides, les préparations chaudes, l'allotissement et la plonge du matériel de cuisine. Monsieur T. s'occupe de la livraison et de la réception des marchandises. Il s'occupe de la gestion des stocks et des commandes ainsi que le contrôle de température et de traçabilité. Lorsqu'il n'est pas en service, c'est son second, Monsieur B. qui se charge de ces tâches. Monsieur T organise un roulement sur les tâches de sorte à ce que tous les professionnels de la cuisine passent sur chacun des postes dans une logique de polyvalence et de complémentarité en cas d'absence ou « de coup de chaud » suite à un problème technique. En comptant le repas du personnel, ainsi que le portage à domicile, l'unité doit être en capacité de produire 3800 repas par semaine. Les week-ends étant une organisation en mode dégradé sur un seul poste, la production du samedi et du

dimanche consiste essentiellement à préparer les entrées de début de semaine et assurer les allotissements pour le service hôtelier. La brigade « prend de l'avance » sur sa production les jeudi et vendredi afin que les plats prévus pour les mercredis soient déjà réalisés avant le départ du vendredi après-midi.

C) Les constats de l'observation

Je pense pouvoir qualifier l'ambiance de travail de familiale. L'équipe est composée de 6 hommes et une femme, Madame J. Ils ont l'habitude de se revoir en dehors des heures de travail et sont extrêmement souples pour ce qui concerne les changements de planning de dernière minute dû aux contraintes personnelles des uns et des autres. Monsieur T. est plutôt paternaliste avec ses agents. *« Je leur fais confiance et je sais que si quelqu'un ne peut pas venir, je peux rappeler un agent en repos assez facilement. Ils savent que je leur rendrais leur disponibilité d'une manière ou d'une autre »*. Néanmoins, bien que chaque agent dispose d'excellentes compétences de cuisine, peu d'entre eux en dehors de madame J et de Monsieur B., ne se sentent concernés par la distribution en salle à manger. *« C'est vrai que c'est souvent Monsieur B. ou Madame J. qui se proposent pour emmener les charriots de réchauffe dans les services. Du coup, les AS et les ASH du service hôteliers les connaissent, et lorsqu'ils ont besoin de quelque chose parce qu'il manque un peu d'épicerie, c'est vers eux qu'ils vont demander. »*. Dans les groupes de travail mis en place tels que la commission des repas, seul Monsieur T. participe en tant que professionnel du service restauration. Il est de fait le seul relais des informations à transmettre à son équipe et le seul canal de communication de la restauration vers les autres fonctions de l'établissement.

Pourtant, lors de l'étude réalisée concernant le gaspillage alimentaire, j'ai réussi à mobiliser plusieurs OP cuisine pour nous aider à collecter les restes afin de les peser sans que cette tâche n'ait à être réalisée par les professionnels de l'équipe hôtelière en charge du service ce jour-là. A cette occasion et de manière assez spontanée, les membres de l'équipe restauration présents ont aidé l'équipe hôtelière pour dresser les assiettes. Certains sont allés voir les résidents afin de savoir ce qu'ils pensaient du plat proposé. Dans mon fort intérieur, j'avais en tête l'image du chef d'un restaurant venant s'enquérir de la satisfaction de ses clients. Les résidents m'ont semblé touchés par cette attention, bien que plusieurs en ont profité pour faire remonter plusieurs remarques concernant certains aliments en liaison froides (les frites en particulier...).

Si le suivi des indicateurs de traçabilité semble correctement réalisé par les professionnels de la cuisine, c'est plutôt l'archaïsme de la méthode qui m'a interpellé. En effet, Monsieur T. avoue ne pas avoir beaucoup d'appétence sur les outils informatiques et préfère consigner l'ensemble des informations dans des classeurs papier. Il n'utilise le réseau de l'établissement uniquement pour collecter sur sa messagerie professionnelle les tableaux

des commandes de chaque service pour la semaine à venir afin de pouvoir préparer les volumes pour les menus enrichis. Lorsque je lui demande s'il n'est pas en difficulté dans son suivi des stocks et s'il a déjà envisagé d'utiliser un logiciel de GPAO (Gestion de Production Assistée par Ordinateur), Monsieur T me répond "*Je dois avouer que l'idée de mettre en place un système GPAO dans notre cuisine ne m'emballe pas vraiment, surtout à ce stade de ma carrière alors que je m'apprête à prendre ma retraite dans un an. L'informatique n'a jamais été mon point fort, et je suis plus à l'aise avec une planche à découper qu'avec un ordinateur.* ». Monsieur T. ne tient pas non plus un suivi fin des coûts des marchandises. Un rendez-vous mensuel est organisé avec la directrice de l'établissement. A cette occasion, un point sur les dépenses est réalisé par le gestionnaire des achats. « *Je fais moi aussi parti du roulement des équipes, du coup je n'arrive pas à prendre le temps de faire un suivi des coûts. En général, comme on passe par le GRAAL, je prends au moins cher. En dehors des repas de fêtes ou de quelques commandes du PASA ou de l'animation, je ne fais quasiment jamais de hors marché.* »

Les allotissements des plats pour chaque service sont réalisés dans des gastros : de grands plats en aluminium. Le dressage de l'assiette du plat principal n'est donc pas effectué en cuisine et est ainsi laissé à la charge de l'équipe hôtelière. En fonction du nombre de menus spécifiques, deux gastros par plats sont préparés : un pour la texture normale, un autre pour la texture mixée. Pour l'heure, la cuisine n'a pas encore réalisé de texture hachée intermédiaire. La texture mixée consiste à passer le plat dans un blixer en y ajoutant un liant (jus de cuisson, lait, œuf, corps gras suivant le plat...) qui lui permettra de conserver une consistance correcte une fois passé en cellule de refroidissement et après sa remise en température au moment du service.

La question des plats en texture mixée est un sujet de controverse entre l'équipe de restauration et l'équipe hôtelière.

2.1.3 Les missions de l'équipe hôtelière autour de l'axe alimentaire

A) Mission et organisation générale

L'équipe hôtelière est composée uniquement d'ASHQ et affiche un effectif budgété à 23,6 ETP (pour 24 agents physique). Cette équipe hôtelière est encadrée par Mme G., également IDE Hygiéniste de l'établissement. Les missions principales de cette équipe consistent à assurer la qualité du service d'hébergement du résident. Parmi les tâches confiées aux agents nous retrouvons la propreté et l'hygiène des chambres, la collecte et la réception du linge résident et bien évidemment le service des repas. Nous ne nous intéresserons là qu'aux missions en lien avec l'acte alimentaire.

L'effectif est affecté sur trois services. En dehors des cas ponctuels où un agent accepte de remplacer une absence sur une autre unité, il n'existe pas de roulement régulier d'agent d'un service à un autre. Chaque équipe se compose donc de 8 agents. Un agent

supplémentaire est affecté à l'unité où l'UVP est rattachée. Un roulement sur cette équipe existe afin qu'un ASH soit tous les jours présents pour assurer l'entretien des chambres et assister les ASG dans l'aide alimentaire. En semaine, l'organisation se décline pour chaque service par deux poste matin (7h – 14h30), deux postes soir (13h – 20 h). Le week-end s'organise sur un poste matin et un poste soir auquel s'ajoute un poste coupé sur les deux amplitudes matin et soir (8h-13h et 18h-20h30). Le poste coupé est essentiel pour renforcer l'équipe hôtelière au moment du service des repas

Ceux-ci sont organisés en cinq temps dans l'établissement :

- Le **petit-déjeuner** est distribué à partir de 7h45 et jusqu'à 10h15. Il peut être pris soit en chambre ou alors dans les salles à manger des zones d'hébergement selon les souhaits du résident.
- Le **déjeuner** est servi à 12h en salle à manger. Les aides aux repas s'organisent dans les salons qui jouxtent les salles à manger. Le déjeuner peut également être servi en chambre pour les résidents qui le souhaitent.
- Le **goûter** est pris à 15h45 dans les salles à manger ou en chambre.
- Le **dîner** est servi en chambre à 17h45 pour les personnes déjà couchées et nécessitant une aide aux repas du fait de leur état de santé ou à 18h30 pour les autres résidents.
- Une **collation** peut être proposée la nuit à certains résidents afin de prévenir un trop long jeûne nocturne.

Au moins une heure et demi avant le début de chaque service, un agent met en marche le charriot de remise en température afin que les plats chauds puissent être servis à bonne température au moment du dressage. Une demi-heure avant le service en salle, les agents de l'équipe hôtelière préparent les plateaux des résidents devant manger en chambre. Ces plateaux sont placés sur des échelles isothermes. Celles-ci seront ensuite déplacées de chambre en chambre pour livrer les plateaux aux résidents concernés. Les AS des unités se chargent de l'assistance alimentaire éventuelle à donner pour les résidents qui mangent dans leur chambre. Pendant ce temps, les résidents s'installent en salle à manger. Les plus dépendants sont installés dans le salon qui jouxte la salle à manger et disposent d'une AS qui les aidera à s'alimenter si nécessaire. L'équipe hôtelière dresse et distribue d'abord les assiettes des résidents installés dans le salon et s'occupe ensuite de celles de ceux installés en salle à manger. Dans le même temps, une IDE se charge de distribuer les traitements médicamenteux des résidents.

En fin de service, l'équipe hôtelière rassemble la vaisselle et les gastro sales dans des caisses de rangement que les agents APRONET, entreprise rattachée à un ESAT de l'ADAPEI Loire viennent collecter avant de procéder à leur nettoyage dans la salle de plonge aménagée près des cuisines (Cf. plan 2.1.2).

Pour chaque service, une AS est référent alimentaire. C'est cet agent qui est chargé, au regard des préférences alimentaires et des régimes particuliers des résidents, de transmettre en cuisine les commandes prévues en fonction des plats proposés et des quantités des régimes en texture mixées. Bien que n'étant pas affecté à l'équipe hôtelière, cet agent travaille en binôme avec un ASH référent de l'équipe hôtelière chargé de contrôler les stocks d'épicerie du services (collation, condiments...) afin de pouvoir ajuster les commandes en fonction des besoins. Depuis peu, ces référents ASH participent de manière hebdomadaire aux relèves soignantes, le jour où le médecin coordonnateur est lui-même présent sur ce temps de relève.

B) Le constat de l'observation et les résultats de l'enquête

A l'occasion de l'enquête de grammage concernant le gaspillage alimentaire ainsi que pour l'évaluation de la mise en œuvre du dispositif, j'ai pu observer pendant plusieurs semaines le service des repas en salle à manger et dans les salons. En coopération avec Madame G., responsable de l'équipe hôtelière, et Madame F., diététicienne et référente qualité de l'établissement, j'ai également construit un questionnaire anonyme à destination de l'équipe hôtelière. Trois sujets étaient abordés dans cette enquête. Le premier, en lien avec l'objet de ce mémoire, concernait l'organisation et la place du repas, les deux autres sujets, plus en lien avec mes missions de stages, évaluaient les actions mises en œuvre pour prévenir le gaspillage alimentaire ainsi que les premiers retours concernant la mise en place de la filière de tri des biodéchets. Sur les 24 agents enquêtés, j'ai reçu 12 réponses de l'enquête,

	OUI	NON	Pas toujours
Le repas est-il un soin ?	83%	17%	0%
Le résident est-il satisfait de la qualité du repas?	92%	8%	0%
Le résident est-il satisfait du service du repas?	83%	8%	8%
Le résident est-il satisfait des quantités alimentaires proposées?	75%	25%	0%
Facilité de communication avec l'équipe de la cuisine	17%	67%	17%
Vérification à chaque fois des quantités livrées avant le service	8%	33%	58%
Difficulté avec de servir avec les quantités livrées	33%	50%	17%
Diminution du gaspillage alimentaire depuis étude de grammage	75%	17%	8%

soit un taux de retour de 50%. Une fois les résultats analysés, j'ai organisé une réunion de synthèse afin de pouvoir faire un retour collectif. Lors de cet échange, j'ai pu faire part de mes observations et recueillir les impressions des professionnels. Je ne traiterai là que les données en lien avec le sujet du mémoire. L'enquête révèle que pour une

grande majorité des agents, le repas en EHPAD peut être considéré comme un soin à part entier. Les retours sur les questions ouvertes évoquent un temps de partage et de bien être avec le résident. Néanmoins les difficultés remontées concernent souvent la surveillance de la prise de nourriture ainsi que sur les quantités servies, souvent jugées comme insuffisantes, en particulier sur les textures mixées. Si les agents estiment en général que les résidents sont satisfaits du service et de la qualité du repas en texture normale, le mixé

demeure comme un aspect problématique du repas. Je m'étonne de ce retour car l'enquête de grammage conclue à des restes alimentaires plus importants sur la texture normale qu'en texture mixée, souvent sans reste. Après plusieurs échanges, nous venons à en conclure que la difficulté provient de deux facteurs principaux. Le premier, révélé dans l'enquête, concerne les difficultés de relais de communication avec l'équipe de restauration « *Il n'y a pas assez dialogue [...], c'est parfois facile de discuter avec certains membres de l'équipes, mais souvent on n'a pas de retour d'information !* », « *On ne fait pas assez de réunions ensemble !* ». Le second facteur concerne l'angoisse d'une fausse route suite à un défaut de surveillance des agents. La fausse route est un trouble de la déglutition qui se manifeste lorsque le bol alimentaire ne transite pas correctement de la bouche vers l'estomac. Les aliments solides ou liquides passent dans la trachée, et parfois les poumons, au lieu de suivre la voie normale. Cela déclenche en général une toux réflexe destinée à dégager le conduit respiratoire.

Les ASH de l'équipe hôtelière semble profondément attachés aux résidents des services auxquelles ils sont affectés. Ils connaissent le traumatisme que la fausse route peut causer chez le résident qui la subit : perte de confiance, d'appétit, pouvant conduire à des problèmes de dénutrition importants. Cependant, et parfois sans recommandations médicales particulières, ils préfèrent servir un plat ou un accompagnement en texture mixée à un résident qu'ils estiment fatigués alors que celui-ci a été prévu en texture normale. Cette appréciation est spontanée mais a un impact sur les quantités initialement commandées. Nous verrons plus tard que l'alternative exclusive du mixé pour prévenir les fausses routes est pourtant une fausse idée reçue.

Par ailleurs, j'apprends au cours de ces échanges qu'un transfert de tâche existe parfois entre les binômes AS et ASH référentes alimentaires concernant les commandes des menus. Les fiches individuelles où sont consignées les préférences alimentaires n'étant pas partagées, il existe un biais d'appréciation entre qui le référent AS et le référent ASH vont considérer comme un gros ou un petit mangeur. Il suffit qu'au-delà de ceci le service du jour soit assuré par une personne ayant une autre appréciation pour que les commandes se révèlent soit trop importantes ou alors insuffisantes. Au-delà des difficultés de communication, ce sont donc aussi des outils de références partagés qui pourraient manquer afin que les équipes aient des bases d'appréciations communes.

Il s'agit pour se faire d'identifier les ressources de l'établissements qui pourraient permettre de conjuguer les expertises de chaque acteur dans une démarche collective.

2.2 Une approche pluridisciplinaire pour fédérer l'engagement des résidents et des professionnels.

2.2.1 La diététicienne de l'établissement, le relais idéal pour chaque acteur de l'établissement.

Mme F. est la diététicienne du CH de Saint Galmier. Elle travaille sur un temps plein car il lui a été également confié les fonctions de responsable qualité de l'établissement. Depuis son arrivée sur l'établissement, elle a tenté de mettre en place des dispositifs pour renforcer les coopérations alimentaires dans l'établissement.

A) Changement de culture concernant les régimes alimentaires.

Jusqu'à l'arrivée de Mme F. au sein du CH de Saint Galmier, les médecins de l'établissement ne laissaient que très peu de souplesse dans l'application de leurs prescriptions au sein des régimes alimentaires. Ainsi, les régimes sans sels, sans sucres ou sans gras devaient être scrupuleusement appliqués. Mme le Dr. C ; médecin coordonnateur de l'établissement reconnaît « *Nous n'avions pas la même approche professionnelle. En tant que médecin, notre préoccupation première est de limiter les risques de complication, sans vraiment accorder d'importance à la démarche qualité dans laquelle pouvait s'inscrire nos prescriptions en première intention* ». Mme G. a souhaité, à travers l'axe majeur du projet de soin de la lutte contre la dénutrition, de constituer un groupe pluridisciplinaire afin d'élaborer un protocole. Au départ constitué par le médecin coordonnateur, la cadre supérieure de santé, une infirmière ainsi que deux aides-soignantes et deux agents de l'équipe hôtelière, le groupe s'est petit à petit étoffé et s'y sont greffés le chef de cuisine, la psychomotricienne ainsi que le professeur d'APA. Les référents nutritionnels AS et ASH ont été issues des réflexions sur ce groupe de travail. L'élaboration du protocole de dépistage a progressivement abouti à questionner les régimes carencés et les prescriptions de complément nutritionnels oraux (CNO). Jusqu'alors utilisés en première intention pour renforcer les apports énergétiques des résidents soumis à un régime spécifique ou souffrant de dénutritions avancées, les CNO, dispositifs relativement onéreux impactant la section soin, ont progressivement été supprimés des régimes de l'établissement. Les connaissances et l'expérience partagées de Mme F. pour ce qui concerne les alternatives et la valeur nutritionnelles des différentes familles d'aliments ont permis de substituer les régimes et les CNO par une alimentation enrichie. Par ce procédé, il s'agit de proposer une alimentation qui couvre les besoins en énergie, protéines et calcium sans pour autant augmenter le volume du repas. La compétence d'une diététicienne pour mettre en œuvre cette alternative afin d'informer et orienter les professionnels et constituer avec l'unité de restauration la composition de menus adaptés. « *Il faut faire attention avec l'enrichissement des menus ! En effet, si les plats deviennent trop riches, le résident risque*

de ne pas finir son assiette ou de ne pas avoir faim au repas suivant. Il est essentiel de pouvoir connaître les préférences alimentaires des résidents pour savoir adapter les horaires et les quantités servies ! »

B) La commission des menus, un outil de réflexion encore perfectible

Missionnée par la directrice de l'établissement pour mettre en place ce groupe de travail dès son arrivée, Mme F. est chargée de mettre en place à travers cette instance une démarche qualité autour de la fonction restauration. En amont de l'instance, Mme F. se coordonne avec M. T pour élaborer des trames de six semaines de menus adaptés aux besoins alimentaires des résidents afin que celles-ci puissent être présentées en commission des menus. Si par ailleurs, des formations particulières concernant des techniques culinaires ou des recommandations pour améliorer la qualité du service ont été proposées et suivies par des professionnels, Mme F. en prépare une synthèse qui sera présentée en séance restreinte. Cette instance se réunit tous les trimestres et rassemble la directrice, le chef de cuisine, un agent de l'équipe hôtelière de chaque secteur, l'infirmière et les AS référents alimentaires de chaque secteur. Sont également invités des représentants des résidents de chaque secteur, dont la présidente du conseil de surveillance. Ce qui m'a marqué lors de ma première participation à cette instance, c'est le fait qu'elle se déroule en deux temps. Le premier temps de cette commission est consacré aux dysfonctionnements ou constats d'insatisfaction relevés par les professionnels à l'occasion de la distribution des repas. Les résidents ne participent pas à cet échange. Si l'ordre du jour de l'instance indique bien que, dans sa composition plénière, celle-ci passera en revue, amendera et validera les menus pour le trimestre suivant, aucun sujet n'est préalablement inscrit pour le temps en composition restreinte. De fait, j'ai eu le sentiment que ce premier temps d'échange était un moyen de remonter les doléances des équipes hôtelières auprès du responsable de cuisine sans que celui-ci n'ait pu, en amont, en prendre connaissance et pouvoir amener des éléments de réponse. Néanmoins, le temps imparti pour cette formation étant restreint en raison de l'heure d'arrivée des résidents en la commission plénière ne laisse que peu de possibilité à une réflexion aboutie pour un arbitrage éclairé. Il reste bien évidemment la possibilité de pouvoir apporter une réponse à la question posée en séance prochaine, mais le délai d'un trimestre est selon moi une période trop longue pour générer une dynamique positive. La présentation des menus par Mme G. et Monsieur T en présence des représentants des résidents, ainsi que leur validation est assez expéditive. S'ensuivent ensuite les remontés des résidents par leurs représentants, pour l'ensemble de nature très générale pour être exploitable et très souvent reprises en CVS. Elles concernent en particulier le manque de variété des menus, la nature peu appétissante de bon nombre d'aliments mixés ainsi que leur faible intérêt gustatif « *La pizza mixée, ce n'est pas agréable à regarder. On dirait une bouillie rouge. On ne retrouve*

pas le goût », Par ailleurs, j'ai remarqué que certaines frustrations de n'avoir pu solutionner un problème lors de la formation restreinte pouvait amener certains professionnels à rebondir sur des remarques des représentants des résidents pour réorienter la discussion sur leur problématique de départ : « *Vous vous rappelez Mme B. ? vous m'aviez dit que c'était dommage parce qu'il n'y en avait pas assez ! Vous vous souvenez ?* ». Le résident pris à parti joue malgré lui un rôle d'alibi qu'il ne comprend pas toujours étant donné qu'il n'était pas présent en première instance. A cela s'ajoute que la salle de réunion la commission, en salle du conseil, est peu adaptée à la bonne installation des résidents, en particulier de ceux en fauteuil roulant. Néanmoins, au travers l'observation que j'ai pu faire de deux séances de la commission de menus, la volonté institutionnelle d'amélioration continue de la place du résident à travers cette instance est complète. Il s'agit de repenser son mode d'organisation.

2.2.2 Les ateliers de cuisine animative, dernier maillon de cette démarche qualité ?

En 2011, l'établissement obtenu une labellisation pour la création d'un PASA. Il a par ailleurs poursuivi ses investissements en 2013 en créant dans ses locaux une cuisine thérapeutique pouvant être utilisée par le service animation pour des activités destinées à l'ensemble des résidents de l'établissement. Nous avons insisté dans la première partie de ce mémoire qu'au-delà de répondre à un besoin physiologique, le temps du repas est aussi un moment très attendu par les résidents dans sa dimension symbolique et identitaire. Cela est d'autant plus vrai pour les résidents présentant un trouble neurocognitif. Les saveurs, les odeurs, les gestes de la préparation du repas tel qu'éplucher, couper ou rincer remobilisent les souvenirs et peuvent transformer la cuisine en un espace d'expression tout à fait formidable. Le CH de Saint Galmier a non seulement la chance d'avoir pu investir sur



ces deux cuisines adaptées, mais également de pouvoir compter sur des ASG et une équipe d'animation qui n'a de cesse de redoubler d'ingéniosité pour proposer des activités adaptées aux capacités et aux envies de



tous les résidents. Deux ateliers culinaires par semaines sont organisés. Leurs thématiques s'inspirent de l'histoire du terroir ou du contexte de la saison. Lors des entretiens que j'ai pu avoir les résidents, les témoignages que j'ai pu recueillir m'ont particulièrement touché : « *"Les ateliers culinaires sont le moment le plus attendu de ma semaine ! L'ambiance est vraiment détendue et en plus j'ai l'occasion de goûter à de délicieux plats faits maison. En plus, cela me rappelle les bons moments passés en famille autour de la table de cuisine !* »[...] « *C'est une bouffée d'air frais et de nostalgie, et ça me fait me sentir*

chez moi." » ; » . « J'ai appris à faire du pain ! Et puis on partage des histoires de nos vies à la campagne. C'est comme une grande famille qui se réunit autour des fourneaux ! »"

De plus, l'équipe d'animation, menée par Mme D., en partenariat avec l'association de bénévoles qui intervient régulièrement dans l'établissement, multiplie les expériences culinaires avec les résidents. Parmi ces événements tournés vers l'extérieur, on retrouve des dégustations de glaces dans une ferme du terroir, une fête du Beaujolais, des ateliers proposés autour des fromages d'une coopérative laitière voisine.

Un partenariat avec le collègue J. Romain a donné l'occasion d'organiser une animation autour du thème « un goûter presque parfait ! »

La grande expérience 2022 reste l'organisation d'un séjour de vacances avec des résidents du secteur Sud, dont une partie d'entre eux souffre de légers troubles neurocognitifs. Si cette aventure a pu se concrétiser de la manière la plus heureuse qui soit, c'est aussi parce le défi de coordonner deux animatrices, deux aides-soignantes et une infirmière sur un séjour de quatre jours en gîte pour assurer la prise en charge de sept résidents a été parfaitement exécuté. Le thème gastronomique de ce voyage a permis aux résidents de découvrir une fabrique de confiture, une chocolaterie, mais également une soirée restaurant ainsi qu'un barbecue au gîte. Ce genre d'initiatives, au-delà de contribuer au bien-être des résidents, crée des dynamiques positives au sein de l'établissement. La communication autour de d'événements comme ceux-ci est extrêmement importante et permet non seulement d'encourager les prises d'initiatives des professionnelles, mais également de faire rayonner plus encore la marque employeur de l'établissement auprès des différents partenaires du territoire.

2.3 Le GHT, faux ami de la qualité des repas des ex hôpitaux locaux ?

Le GHT de la Loire a été mis en place en 2016. Défini par la loi de modernisation du système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, le statut juridique du GHT est une forme de coopération inter hospitalière encadrée par la loi. Les établissements membres d'un GHT conservent leur propre personnalité morale et juridique. Cependant, ils sont liés par une convention constitutive qui définit les modalités de leur coopération. L'objectif principal d'une telle convention vise à améliorer la qualité des soins, l'efficacité opérationnelle et l'accessibilité des services de santé pour la population. Les GHT permettent de mutualiser les ressources humaines, techniques et financières, ce qui contribue, pour ce qui concerne la fonction achat de bénéficier de tarifs préférentiels en raison du volume d'achats plus élevé. En tant qu'ex Hôpital Local, le CH de Saint Galmier a une obligation réglementaire de faire partie du GHT Loire. Cette adhésion a bouleversé l'organisation de l'établissement en termes d'achat public et l'impact retentit dans la vie courante de l'établissement. Le seuil des marchés est désormais comptabilisé au niveau du GHT et non de l'établissement. Aussi, de nombreux achats qui échappaient par le passé à un formalisme important sont

désormais soumis aux règles plus exigeantes de l'achat public, mais également au timing du service des achats du GHT. Si les établissements comme le CH de Saint Galmier cherchent à maintenir une part de leur identité et de leur réactivité, ils sollicitent également un allotissement suffisamment réduit pour permettre à des producteurs locaux de pouvoir participer. La difficulté principale pour le CH de Saint Galmier au niveau du GHT Loire est que d'une part celui-ci s'étale sur un territoire très large, de Roanne jusqu'à Annonay, et qu'il est essentiellement constitué de plusieurs centres hospitaliers de tailles importantes (tels que les CH de Roanne, Annonay ou encore Saint Chamond) et porté par le CHU de Saint Etienne dont la cuisine centrale produit un peu plus de 4000 repas par jours en moyenne. Lors de mon entretien avec Monsieur B., ingénieur restauration du CHU de Saint Etienne et responsable des achats alimentaires du GHT, nous avons abordé cette problématique. Il reconnaît que pour des raisons de simplification et des raisons économiques, le GHT Loire a fait le choix de simplification en se regroupant au GRAAL, un groupement d'achat alimentaire régional regroupant déjà plus de 300 adhérents. Il explique également que la première priorité du CHU concernant la mutualisation de la fonction achat était opérationnelle. Le choix a été fait de fixer les seuils de marchés sur le volume des besoins du CHU et de ne pas procéder à un allotissement réduit qui aurait permis aux établissements de taille plus modestes, qui ne représentent qu'une part marginale des établissements membre, de pouvoir compter sur un sourcing de proximité. *« La démarche initiale était plus de l'ordre éthique que diététique. Nous cherchions d'abord l'apport alimentaire plutôt que le plaisir. Dans un sens on se dédouane parce que l'on a présenté ce qu'il fallait »*. Aujourd'hui, si l'adhésion au GRAAL présente un intérêt économique certain pour l'épicerie, les conserves et les produits surgelés, il s'avère que l'évolution des prix des matières premières alimentaires ne rend pas ce groupement plus intéressant pour ce qui concerne le segment des produits frais (fruits, légumes et viandes).

Mme L., directrice du CH Maurice André explique *« Le budget alimentaire de l'établissement a augmenté de plus de 10% en deux ans. Nos marges de manœuvres sont très minces. Pour le moment, la lutte contre le gaspillage alimentaire est notre seul recours pour ne pas altérer la qualité des plats servis mais nous ne pouvons pas permettre de limiter les portions de nos résidents. Il est hors de question de ne pas leur fournir l'apport alimentaire nécessaire. La part des produits frais dans nos achats a déjà beaucoup diminué au profit des produits surgelés. »*.

3 Une démarche engagée à poursuivre dans et hors l'établissement

3.1 Les marges de progression en interne

La directrice du CH de Saint Galmier souhaite poursuivre la démarche qualité dans son établissement afin de promouvoir les bénéfices d'une politique alimentaire transversale. A partir des constats réalisés par l'ensemble Mme F. et moi-même, plusieurs pistes de progressions ont et été ou vont être explorées.

3.1.1 Favoriser les outils de communication et d'information entre les acteurs

Les résultats de l'enquête menée auprès de l'équipe hôtelière font état d'une faible communication avec l'équipe de restauration. On pourrait éventuellement rattacher un peu vite cette difficulté au fait que les équipes travaillent en silos. Si l'audit de grammage concernant le gaspillage alimentaire nous a démontré que la présence en salle de membres de l'équipe de restauration pouvait avoir des effets bénéfiques aussi bien pour l'ensemble des professionnels que pour les résidents, c'est aussi en grande partie parce que, de manière très informelle, professionnels et résidents ont pu évoquer leurs questionnements, difficultés mais aussi satisfactions de manière naturelle, dans le cadre du service du repas. L'équipe de cuisine a pu réaliser, dans le cadre de cette observation, que les réalités de terrain concernant les professionnels des autres services pouvaient être différentes des représentations personnelles. J'ai moi-même tiré une expérience très bénéfique de mon immersion en cuisine, m'appropriant partiellement des codes et postures spécifiques mais également en prenant conscience que le rythme d'une journée en cuisine n'était pas aussi simple que je ne me l'imaginais. Il existe à mon sens un intérêt légitime à encourager les stages d'immersion des professionnels au sein des différentes unités. En effet, l'expertise respective de chaque acteur permettrait de réinterroger de manière pratique les biais de communication existants.

Nous avons réalisé par exemple que les difficultés des services étaient en partie liés à des référentiels de mesure différents utilisés par les cuisiniers et les agents hôteliers. Après avoir organisé un temps de travail en dehors de la commission des menus entre membres de l'équipe de restauration et de l'équipe hôtelière, Mme F. a mis en place une expérimentation d'affichage concernant le conseil de grammage sur le charriot de remise en température. Le référentiel utilisé n'est plus le nombre de part à prédécouper selon le type de gastro, mais le nombre de cuillères à servir (avec le poids en gramme associé) selon le type d'aliments. L'objectif final de cette démarche serait de pouvoir constituer un référentiel type pour chaque plat proposé afin de pouvoir élaborer en amont, au moment de la validation des planning des menus, une carte spécifique pour chacun d'entre eux.

Par ailleurs, une présence plus régulière du personnel de restauration au sein des services, notamment à l'occasion de l'introduction d'un nouveau plat ou d'une nouvelle texture aurait des effets positifs quant à son accueil par les usagers et pourrait, en miroir, renvoyer au cuisinier une image plus valorisante de son travail.

3.1.2 Redynamiser la configuration de la commission des menus

La place du résident dans la politique alimentaire de l'établissement est essentielle. Si le CVS reste la formation règlementaire obligatoire pendant laquelle le sujet peut être abordé, la commission des menus demeure le groupe de travail le plus adéquat à investir pour associer professionnels et résident dans une logique de management collaboratif. De mon regard extérieur, j'ai suggéré que le format dans lequel elle s'inscrivait jusqu'à présent n'était peut-être pas le plus adapté. Dans un premier temps, le fait de la concevoir en deux temps avec une formation plénière et restreinte présentait un intérêt plus important pour la réflexion sur les axes d'amélioration que si la formation débutait en plénière. En effet, c'est à l'instance de s'adapter au rythme du résident plutôt que de figer un horaire à partir duquel ceux-ci intègrent celle-ci. Ainsi, c'est d'abord la parole du résident qui sera entendue et à partir de laquelle les professionnels seront amenés à proposer des réponses, solutions ou validation dans le cas de requêtes. Par ailleurs, la salle de réunion est à requestionner. Dans une perspective de donner un ton plus convivial à l'instance, en accord avec la thématique à laquelle elle se consacre, les prochaines sessions pourraient avoir lieu dans la salle des fêtes de l'établissement. Plus grande et configurable en fonctions des dépendances de tous, elle pourrait également permettre d'organiser des dégustations des nouveaux plats présentés en roulement des menus par l'ensemble des membres de la commission, professionnels et résidents. Enfin, un certain nombre de préalables en amont de l'instance devraient également être mis en place afin de pouvoir aborder le temps où la commission se réunit en formation restreinte de façon plus constructive. Ils consisteraient à recueillir l'ensemble des avis et ressentis des convives à l'occasion des ateliers et animations culinaires organisés au cours du trimestre. Cette présentation pourrait être réalisée de manière conjointe par une ASG du PASA et la responsable d'animation. En effet, les organisations savent très bien communiquer sur les difficultés, elles oublient généralement de le faire sur ce qu'elles font de bien. Par ailleurs, en s'inspirant du retour d'expérience d'un autre responsable d'unité de restauration, Monsieur T. a prévu de venir déjeuner une fois par mois dans un service avec les résidents. Ce nouveau temps d'échange permettrait de collecter un nouveau matériel d'analyse de la prestation restauration. Enfin, un cahier de liaison entre cuisiniers, hôteliers et soignant a été mis en place afin de pouvoir en amont de la séance inscrire à l'ordre du jour transmis aux participants les sujets qui devraient être abordés en séance restreinte. Cette réflexion à priori pourrait permettre d'engager une démarche plus dynamique de recherche de solution avec

une prise de décision en séance, s'affranchissant des problématiques liées au rythme de convocation retenue de la commission des menus.

3.1.3 Encourager et valoriser les initiatives

L'expérience du séjour gastronomique en gîte par l'équipe d'animation a reçu de la part de l'ensemble des professionnels, des résidents et de leurs proches un accueil chaleureux. La direction de l'établissement a choisi de communiquer largement sur le succès de cet essai dans toutes les instances représentatives de l'établissement. Grâce au matériel collecté pendant le séjour, j'ai pu monter une vidéo qui a servi de vitrine de promotion de cette réussite. Il a été acquis que l'expérience sera reconduite en 2023. L'association de bénévoles de l'établissement a proposé d'apporter son aide pour compléter le financement de l'aventure. Des appels à projets en interne ont été lancés afin que les AS et IDE intéressés pour prendre part au séjour se manifeste avec des propositions de thématiques. Galvanisée par cette dynamique, Mme D., responsable de l'équipe d'animation, a décidé de se lancer dans un nouveau défi afin de renouveler les ateliers culinaires hebdomadaire. Elle a souhaité pouvoir inscrire dans le plan de formation une formation Manger-Main. Après avoir partagé son souhait avec les ASG du PASA elle a également convaincu la psychomotricienne de l'établissement de participer à cette formation. En effet, le manger-main peut avoir diverse transpositions transverses au sein de l'établissement : il permet de donner un nouveau thème d'atelier culinaire de la cuisine animative et du PASA, un dispositif de picorage encadré peut être mis en place à destination des résidents déambulants de l'UVP, elle est aussi une alternative pour les résidents dépendant qui n'arrivent plus à se servir facilement de leurs couverts. En définitive, ce sont deux cuisiniers, une ASG, la psychomotricienne, la responsable d'animation, Mme F et moi-même qui avons décidé de suivre cette formation et l'intégrer dans les projets du plan alimentaire de l'établissement. Au regard du nombre de



participants de l'établissement, la formation a pu se faire en deux sessions dans les locaux du CH Maurice André. Des professionnels d'autres établissements médico-sociaux du territoire ont également pu participer à cette expérience. Le manger-main texturé a pu être travaillé afin d'adapter des bouchées pour les résidents en texture

mixées. Les résidents ont pu tester les bouchées en texture normale et modifiées. Par la suite, nous avons pu visiter des établissements voisins ayant déjà commencé à mettre en œuvre cette pratique dans leur structure afin de voir dans quelles mesures et pour quels volumes celles-ci pouvaient être transposables. Une consultation auprès d'une

orthophoniste du CHU a permis de renforcer les connaissances des professionnels de la commission des menus afin d'accompagner un déploiement de plats en mangez-main sur l'établissement.

Afin de s'affranchir de la texture exclusive et introduire de nouvelles textures permettant de contribuer d'une part à l'intérêt visuel des plats, et d'autre part réduire la part discriminante qu'opère le régime mixé sur les résidents nécessitant une texture hachée (sur 256 résidents, 68 relèvent du régime mixé, 59 relèveraient du régime haché), des recherches auprès d'autres établissements ont été réalisées à des fins de retour d'expériences.

3.2 S'inspirer des pratiques des établissements voisins – Focus sur la Maison d'Annie

Lors du travail de recherche concernant l'intégration de plusieurs niveaux textures hachées afin de trouver une alternative au mixé, j'ai eu l'opportunité, en compagnie Mme F. qualité et de Monsieur T., de visiter l'unité de production de La maison d'Annie, un EHPAD issu d'une association de bienfaisance à but non lucratif (loi 1901). Lors de mon échange avec la directrice, Mme V. et le responsable de cuisine de cet établissement, Monsieur R., ceux-ci m'ont relaté leur expérience innovante qui a permis, en rompant avec un modèle de management classique, de mettre en place un management bienveillant favorisant la collaboration entre les acteurs et la responsabilisation de chacun autour d'un projet innovant "*Mixons moins. Mangez mieux*".

La maison d'Annie, créée en 2009, est le 2^e établissement ouvert de l'association. Aujourd'hui, l'EHPAD propose 3 modalités d'accueil, 72 lits en accueil permanent, 8 lits en accueil temporaire et 8 places en accueil de jour. L'équipe pluridisciplinaire est représentée par un médecin coordinateur, un cadre de santé, des aides-soignants, des infirmiers, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs sociaux, des agents hôteliers, des lingères, un technicien de maintenance, des cuisiniers, une secrétaire d'accueil, un comptable, une secrétaire de direction, une coordinatrice de projet social, une animatrice, un professeur d'activité physique adapté, une coordinatrice qualité et formation et la directrice. La maison d'Annie, compte 80 salariés pour 49 ETP.

À l'ouverture de l'établissement, la directrice souhaite une rupture avec un modèle de management classique. Quatre leviers ont pu être identifiés pour la mise en œuvre de nouvelles pratiques de management au sein de cet établissement :

- Un contexte propice à la solidarité l'organisation est à construire.
- L'engagement du directeur et sa cohérence entre sa vision et ses actions.
- Un management basé sur la confiance et le principe de subsidiarité.
- De nombreuses mises en situation de travail collectif.

« En 2009, tout est à construire. Nous étions une équipe de 40 personnes, nous ne nous connaissions pas. Nous nous découvrons et nous devons accueillir les résidents et leurs familles. On a les locaux mais on n'a rien. Nous devons donc construire les procédures, les contrats d'accueil, les supports. Un travail collaboratif se met alors en place pour concevoir l'organisation de l'EHPAD impulsé par la direction. On va le faire tous ensemble, on est tous embarqués dans le même tableau. Une forme de solidarité s'est alors développée et il n'est pas rare d'entendre dans l'établissement des salariés dire : on est de 2009 ! L'équipe est stable depuis le début. »

Ancrés dans les principes de la directrice, les membres de l'équipe ont contribué à la construction de leur organisation. Par exemple, les équipes infirmières et soignantes ont écrit leurs fiches de poste et les font évoluer en fonction des changements survenus. Un autre exemple plus récent concerne la réorganisation des plannings des IDE pour améliorer la prise en charge des résidents. *« Les cinq infirmières s'étaient organisées afin de travailler un week-end sur 5. Le métier d'infirmière impose des rythmes de vie spécifiques. Le travail en poste matin soir et le week-end. Il est donc plutôt agréable de travailler un week-end sur cinq. En contrepartie, elle se trouvait seule le week-end pour réaliser le travail. Après s'être confronté à de multiples difficultés, elles ont décidé de repenser la gestion du planning des week-ends afin d'être deux infirmières, une en poste le matin, l'autre le soir, les obligeant ainsi à travailler un week-end sur deux, voire sur trois. Nous remarquons ici qu'elles ont refusé une situation confortable pour leur vie personnelle afin de réaliser un meilleur travail, faire fonctionner l'organisation et mieux prendre soin du résident. Les équipes se sentent concernées par le fonctionnement et vont donc le faire évoluer en fonction des besoins. »*

Aussi, il est courant que des groupes de travail se composent afin de résoudre des problèmes identifiés en équipe. Par exemple, un groupe de travail a été initié, composé d'infirmiers et d'aides-soignantes pour réaménager l'étage où sont hébergés les résidents les plus dépendants. Le service devenant lourd à gérer, des soignants se sont réunis pour identifier les difficultés et proposer des axes d'amélioration : besoin de matériel d'élevage, répartition des résidents les plus dépendants entre les 3 services du premier étage. Dans cette organisation, les équipes prennent des initiatives et se sentent libres de le faire. Les équipes se sentent concernées par leur organisation.

La directrice de la Maison d'Annie pratique aujourd'hui un management reposant sur le principe de faire confiance. Cette posture est délicate à mettre en œuvre. Là où d'autres managers voient une prise de risque, la directrice y voit une forme d'apprentissage pour le salarié : *« On apprend de ses erreurs. Pour certains salariés, cette posture est aussi critiquée car ils y voient une forme de laxisme de la part du chef qui n'a pas sanctionné le salarié qui s'est trompé. Il est donc, de son point de vue primordial de tenir bon afin d'être cohérent entre sa vision et ses actions »*. Pour la directrice, il faut manager pour 90% des salariés qui sont en accord avec ce principe. *« Dans les organisations, il y aura toujours*

des acteurs en désaccord avec le style de management, quel qu'il soit. Il faut alors manager pour les autres, il est donc important d'être sincère, surtout encore avec soi-même. » Elle fait donc preuve dans chaque situation de persévérance en se référant systématiquement à sa vision : la qualité comme socle. Elle met cette discipline de gestion au cœur du management.

La traçabilité et à la transparence dans les établissements médicaux sociaux est en effet un socle important dans les politiques d'établissements en général. Les actes sont tracés, ce qui peut être perçu dans un premier temps comme une charge pour les équipes. Mais les indicateurs renseignés permettent ensuite la réalisation de rapports d'activité et de valoriser ainsi le travail des équipes en interne et en externe. La traçabilité n'est plus vécue comme une charge du moment que les équipes en voient les bénéfices. Il faut donc aussi créer les indicateurs qui ont du sens (par exemple renseigner le nombre d'escarres pour suivre leur évolution et mesurer les effets des actions entreprises pour les diminuer). Les indicateurs permettent aux collaborateurs d'évaluer l'impact de leurs efforts. La démarche d'évaluation par les indicateurs est source de fierté pour les équipes et un outil pour reconnaître objectivement le travail accompli. Elle met les acteurs dans une situation qui leur permette de réfléchir à leur travail et à la manière de l'exercer.

L'établissement a mis en œuvre un projet innovant, ambitieux ayant néanmoins rencontré une certaine résistance au moment de son lancement : le dispositif « Mixons sont moins, mangez mieux » ou « la méthode 4M ». Le projet a été un succès. Cette réussite s'expliquant par le modèle collaboratif déployé pour le mener reposait également sur les 4 leviers présentés préalablement. Le processus de mise en œuvre a ainsi permis de générer des pratiques de management nouvelles. *« Le projet 4M vient d'une posture initiale, empathique et portée par une recherche d'équité. Apporter un service de qualité et adapté pour tous. Qu'est-ce que soient les niveaux de dépendance. »*

Tout part d'un constat que personne ne souhaite manger une alimentation totalement mixée et lisse. Dans les EHPAD du territoire, entre 20 et 40% des personnes âgées ont une texture mixée censée être adaptée à leurs troubles de déglutition. Le constat est troublant, les soignants doivent aider des personnes à manger un repas qu'eux même ne voudraient pas manger, voire même goûter. Les cuisiniers sont déçus de ce passage de leurs prestations au mixeur. Les personnes âgées ne peuvent que faiblement exprimer leur insatisfaction ou lassitude face à ces repas qui peuvent durer parfois plusieurs années. L'angoisse de la fausse route est-elle justifiée alors qu'une étude montre que 61% des fausses routes se font en texture mixée.

En avril 2015, la société Sodexo, auprès de laquelle a souscrit l'établissement un service de conseil et de formation des professionnels autour des menus et recettes en restauration collective, soulève une hypothèse portée par le chef étoilé Michel BRAS : *« une alternative*

est possible pour retrouver du sens dans l'alimentation des personnes âgées dépendantes, en stimulant par le plaisir ».

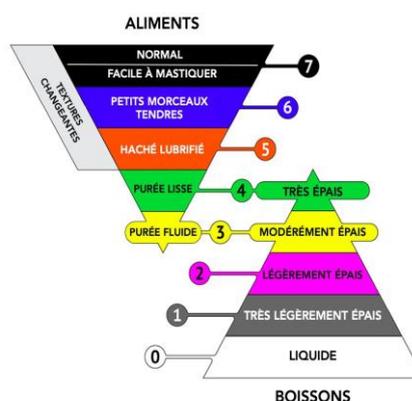
Le tout est de réunir un groupe pluridisciplinaire d'experts motivés pour imaginer une démarche différente et innovante unique, car il n'existe pas d'exemple pour s'inspirer. La maison d'Annie s'engage pour tester cette opportunité de démarche innovante. L'établissement a participé au projet de recherche avec des experts et des compétences croisées pour chercher des solutions d'amélioration des pratiques existantes. Par la posture initiale, le constat sur les pratiques d'alimentation pour les résidents au sein de l'EHPAD, la capacité des équipes à initier les changements, l'expérience aura été une aventure qui aura duré un peu plus de 18 mois.

Il aura fallu un peu de temps pour convaincre une partie de l'équipe, dont le cadre de santé, et pouvoir s'appuyer sur des personnes ressources en interne en recherche de challenge. Un apprentissage collectif a alors été nécessaire : une formation transversale assurée par des orthophonistes, initiateurs de ce sujet, à l'ensemble des équipes (médecins, direction infirmiers, animatrices et soignants. Cadre de santé, cuisinier, etc.) a servi de support pour passer de la phase « prise de conscience » à l'action.

Ce challenge a mobilisé les équipes avec une évolution permanente afin de convaincre aussi les plus sceptiques. *« Il n'existait aucune certitude au départ, mais des essais sécurisés et testés ont permis de progresser et de rectifier et d'évaluer les premières craintes dépassées et les risques évacuées, essentiellement celui de la fausse route qui représente la grand peur des équipes soignantes et médicales. »*

Tous les acteurs ont été mis à contribution : les professionnels, tous grade confondu, mais également les résidents et leurs proches ont été sollicités afin de tester les recettes et livrer leur verdict. Une dynamique a été trouvée au fil des mois. Les acteurs prennent de l'assurance, la communication s'intensifie à en interne et en externe et la présence de l'initiateur du projet, Michel bras contribue à renforcer l'image de la marque employeur sur l'ensemble du territoire. Les premiers résultats de l'enquête de satisfaction sont très positifs : au-delà de prouver une baisse de l'utilisation des textures mixées, l'établissement enregistre une augmentation de la satisfaction des résidents de +12%, des soignants de +9,5%, des familles, des cuisiniers, etc.

Le projet de recherche a permis d'élaborer une nouvelle adaptation du repas de base sans utilisation du mixeur, avec un cahier des charges basé sur la taille des morceaux, leur cohésion, le tout glissant sans jamais mélanger le solide et le liquide. La pyramide des textures alimentaires NUTRISENS sert de



référence entre personnel médical, personnel soignant, diététicien et personnel de cuisine afin d'élaborer les recettes adaptées à l'ensemble des résidents soumis à des troubles de déglutition et proposer les roulements programmés à l'occasion des commissions des menus.

Toute la complexité du projet, mais à la fois également sa richesse, repose sur la démarche triangulaire nommée ABC (Autonomie, Bouche, Cuisine). L'enjeu est de combiner des actions croisées qui interagissent entre elles de manière simultanée pour une finalité commune. Il a donc fallu en parallèle travailler sur l'environnement des repas, l'ambiance, le matériel, les conditions de service, les postures, les équipements mais aussi toutes les actions en lien avec l'hygiène bucco-dentaire. Des investissements ont été réalisés afin d'améliorer la fluidité de communication avec l'ensemble des professionnels de l'équipe hôtelière, de la cuisine et des soignant. Un dispositif de GPAO a été installé au sein des cuisines. Grâce à ce nouvel équipement, le responsable des cuisines est automatiquement averti des alertes de concernant les normes de sécurité alimentaire. *« C'est un gain*



remarquable pour la qualité de notre travail ! Je n'ai plus besoin de me partager entre les obligations de contrôle et l'encadrement de mon équipe. Je peux essentiellement me consacrer à la qualité de réalisation des recettes ainsi que les dressages avant d'envoyer en salle à manger. Le logiciel intègre automatiquement les relevés de température dans un classeur en ligne. [...]

Si le système vient à tomber en panne, une alarme sonore nous avertit, et nous revenons aux vieilles méthodes de contrôle en attendant que les techniciens interviennent ». Par ailleurs, ce dispositif permet aux équipes de communiquer directement les modifications des plans de tables ou des régimes particuliers. « Lorsque le nombre de repas prévu en texture normale ou modifiée vient à être changé, que ce soit par le médecin ou un personnel soignant parce que le résident s'absente pour une raison X ou Y, les cadres le rentre directement sur la tablette dont ils disposent en permanence. Les informations nous arrivent directement sur le terminal et les quantités prévues pour chaque menu sont automatiquement modifiées. Cela évite les coups de fils incessants où les mails que l'on voit à posteriori, mais cela nous a également permis de limiter un peu plus le gaspillage alimentaire ! »

Depuis plus de deux ans, la maison d'Annie ne sert plus de repas mixé en dehors des prescriptions médicales strictes. *« C'est une grande fierté de pouvoir aujourd'hui manger sans aucune difficulté ces repas adaptés, savoureux où les aliments se reconnaissent et*

de pouvoir retrouver tout le sens du plaisir à table sous le signe de la convivialité. C'est très valorisant pour nous, cuisiniers en restauration collective !»

Le changement marquant de culture managériale a modifié la présentation de l'organigramme, qui est devenu circulaire, centré sur les résidents et les proches. Il témoigne d'un niveau d'égalité des fonctions et des métiers, chacun conservant ses compétences, ses missions, ses délégations dans une vision transversale et communicante afin d'être réactif pour satisfaire et s'adapter aux situations.

Si le projet a fonctionné parce que l'organisation a été préparée et avait des conditions pour accueillir un tel changement. Le projet 4M a nécessité une forte collaboration entre les acteurs, la méthode de management basée sur la transparence, la confiance et l'équité permet un fonctionnement de l'organisation en mode collaboratif.

Chaque acteur a pu faire avancer le projet, quel que soit son poste et sa fonction dans l'organisation. Il pouvait donner son avis, faire des propositions et exprimer ses doutes. Le caractère innovant du projet a mis les acteurs en situation d'apprentissage. Ils ont reçu des formations, mais ils ont aussi été amenés à réfléchir sur ce qu'ils avaient appris et à remettre en cause leurs pratiques. *« Il s'agissait d'une remise en question pour tous ! Ce projet a favorisé une dynamique positive. Il s'agit ici d'améliorer la qualité de vie du résident. L'équipe s'est engagée dans ce projet pour changer les pratiques de travail, et ne plus avoir à donner de repas mixé à cause de la perte de goût et de saveur ».*

L'équipe est animée par une volonté de changer pour donner plus de sens au travail, pour obtenir plus de satisfaction. Le caractère innovant amène aussi l'équipe à prendre des risques malgré ses doutes sur la faisabilité d'une telle pratique en dissonance avec leurs expériences de soignants. Le directeur doit être alors en posture de facilitateur. Son rôle est d'identifier par l'expertise de chaque acteur les risques et les actions pour s'en prémunir. Du mode collaboratif le projet a mené les professionnels et les résidents à une logique de co-construction. Ainsi. Pour s'ouvrir à la nouveauté, on accepte de ne pas rester avec ce que l'on connaît, à remettre en question des dogmes et à oser expérimenter. Cet exemple m'a prouvé qu'innover était donc définitivement possible dans le secteur médico-social et dans les EHPAD.

Conclusion

Je suis intimement convaincu que le travail en équipe est une composante essentielle pour créer un cadre de vie de qualité aux résidents des EHPAD. Dans un contexte de crise concernant l'attractivité professionnelle des résidences pour personnes âgées, il me semble fondamental de pouvoir fédérer toutes les personnes qui rythment le quotidien des établissements autour d'une composante commune.

La place du repas en EHPAD, qu'il s'agisse de ses dimensions sanitaire, culturelle ou identitaire, est selon moi une des meilleures alternatives de construction collaborative de la politique d'établissement. Bien plus qu'un moment de plaisir sensoriel ou émotionnel l'acte alimentaire est également un carrefour de compétences et d'idées où se croisent chaque acteur de l'établissement : professionnels, résidents, proches... Ils contribuent à renforcer les liens de sociabilisation et demeure souvent très bon prétexte pour mobiliser les aptitudes locomotrices et cognitives des résidents.

En tant que futur directeur, je serai particulièrement attaché à la mise en œuvre du volet alimentation de mon établissement.

Quel gâchis de ne pas capitaliser sur les expertises, expériences, talents et envies de tous afin de construire des conditions de vie et de travail autour du soin le plus convivial de la journée !

Il m'appartiendra d'organiser de manière pluridisciplinaire une politique d'établissement remettant le résident au centre de la réflexion. Il me faudra accompagner des changements de culture, apporter les moyens de les mettre en œuvres dans des environnements économiques souvent contraints.

Je regrette n'avoir pas pu explorer plus en détails certains sujets faute de temps et de place. Je n'ai pas pu aborder de manière plus précises le volet budgétaire, les dispositions architecturales, les partenariats à mettre en place avec les acteurs du territoire où encore l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur à travers les tiers lieux, mais j'espère pouvoir poursuivre cette exploration avec les résidents et les professionnels des établissements que je serai amené à diriger.

J'emprunterai, pour finir, l'adage d'un célèbre gaulois qui, à juste titre, se plaisait à rappeler qu'en définitive : « *Quand l'appétit va tout va !* »

Bibliographie

Ouvrages

BRILLAT-SAVARIN A., 1850, « La Physionomie du goût », Grasset

CORBEAU-JP, POULAIN J-P, 2002, « Penser l'alimentation. Entre imaginaire et rationalité », Privat, Paris

FERRY M. et al, 2007, « Nutrition de la personne âgée », Elsevier Masson

FISCHLER C. 2001, « L'Homnivore », Odile Jacob

HUGOL-GENTIAL C. et al, 2016, « Se nourrir ou manger ? Les enjeux du repas en établissements de santé. L'Harmattan, Paris

LEVI-STRAUSS C., 1971, « Mythologiques, IV, L'homme nu », Plon

POITRINE L., 2011, « Hôtellerie et restauration en EHPAD. Sécurité, hygiène, qualité », Berger-Levrault, Paris

RIO C. et al, 2018, « Alimentation et Alzheimer. S'adapter au quotidien », Presses de l'EHESP

Articles

BALAVOINE A., MARTIAL E., 2022, « L'Enquête EHPA 2019 – Les différentes phases de l'enquête », DRESS Méthode, n°6

GUERIN L., 2018, « L'Essentiel est qu'il(s) mange(nt). Participation sollicitée ou empêchée des résidents en EHPAD ». Participation, n°22

FISCHLER C., 1979, « Gastro-nomie et Gastro-anomie », Communications, n°31

MASLOW A., 1943, "A Theory of Human Motivation", Psychological Review, n°50

PETIT V. et al, 2017, « La Dénutrition dans une population de personnes âgées fragiles. Intérêt d'un parcours de soin adapté », La Revue gériatrique, n°9

Rapports, Etudes

ANESM, 2010, « Qualité de vie en EHPAD (volet1) – De l'accueil de la personne à son accompagnement

Ministère de l'Agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017, « Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées »

Ministère de la santé et des solidarités, 2006, « Deuxième Programme de Nutrition Santé 2006-2010 »

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

Ministère des solidarités et de la santé, 2019 « Programme National Nutrition Santé 2019-2023 »

RESAH, 2021 « Comment repenser l'alimentation dans le secteur de la santé ? »

Mémoires

GARCIA C., 2009, « L'Alimentation, un support de la qualité de vie du résident en EHPAD », Mémoires, Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique

VUKASSE L., 2012, « Optimiser la fonction restauration en institution, un enjeu majeur de la restructuration d'un EHPAD », Mémoire, Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique

Textes législatifs et réglementaires

Article L.311-6 du code de l'Action sociale et des Familles

Articles L. 230-5, L230-5-1 et L. 230-5-2 du Code Rural et de la Pêche Maritime

Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles CVS-articles 14 et 19

LOI N°2002-2 du 2 janvier 202 rénovant l'action sociale et médico-sociale – article 10

LOI N° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous. Articles 24 et 88

Règlement CE n°93/43/CEE du Conseil du 14 juin 1993, relative à l'hygiène des denrées alimentaires

Règlement CE 178/2002 relatif aux obligations en matière de traçabilité.

Règlement CE n°852/2004 relatif aux règles générales d'hygiène

Règlement CE n°854/2004 relatif aux règles spécifiques d'hygiène

Règlement CE n°2073/2005 modifié par le CE n°2073/2005 relatif aux critères microbiologiques

Liste des annexes

ANNEXE 1: liste des résidents et professionnels interviewés dans le cadre d'entretiens semi-directifs. :	II
ANNEXE 2 Questionnaire à destination des membres de l'équipe hôtelière	III
ANNEXE 3: Compte-rendu Visite MAISON D'ANNIE EHPAD St VICTOR SUR LOIRE	VI
ANNEXE 4 Compte-rendu Visite EHPAD A. - Jeudi 16 mars 2023.....	X
ANNEXE 5 : CONSULTATION Mme F. , Orthophoniste sur la texture Hachée	XII
ANNEXE 6: Compte-rendu de la réunion Texture et Manger mains - Vendredi 7 Avril 2023	XVI
ANNEXE 7 Outils d'aide au grammage à destination du personnel Hôtelier	XVIII
ANNEXE 8: RESULTATS AUDITS QUALITE 2022-2023.....	XIX
ANNEXE 9: Enquête de satisfaction 2022 – Résidents	XX
ANNEXE 10: Résultats de l'enquête de satisfaction des résidents 2022	XXIV

ANNEXE 1: liste des résidents et professionnels interviewés dans le cadre d'entretiens semi-directifs. :

1. Entretien avec Mme L. : Directrice du CH Maurice ANDRE
2. Entretien avec Mme. F : Diététicienne et responsable qualité
3. Entretien avec Mme G. : Infirmière Hygiéniste et responsable du service Hôtelier
4. Entretien avec Mme le Dr. C : Médecin coordonnateur du CH Maurice ANDRE
5. Entretien avec Mme Le Dr. D. : Phonnatre ORL du CHU de Saint Etienne
6. Entretien avec M. B : Ingénieur restauration et responsable des achats GHT Loire
7. Entretien Mme V. : Directrice de la maison d'Annie
8. Entretien M. R : responsable restauration de la Maison d'Annie (production en liaison chaude)
9. Entretien M. T, responsable restauration du CH Maurice André
10. Entretien Mme M : Diététicienne animatrice de la formation Manger-Main
11. Entretien avec Mme S : Résidente et Présidente du CVS
12. Entretien avec M. L. : Résident participant régulièrement aux animations du PASA
13. Entretien avec Mme B : Résidente en perte d'autonomie pour manger seule (arthrose des mains)
14. Entretien avec Mme C. : Résidente en régime mixé.et membre de la commission des menus

**ENQUETE CONCERNANT LES REPAS, LE
GASPILLAGE ALIMENTAIRE ET LE TRI DES
BIODECHETS**



- Pensez-vous que le repas peut être considéré comme un soin à part entière ?

.....
.....
.....
.....
.....

- En tant que personnel hôtelier, quel est votre rôle au moment des repas ?

.....
.....
.....
.....

- Quelles difficultés rencontrez-vous quotidiennement pendant la dispensation des repas ?

.....
.....
.....
.....
.....

- Quelles sont les actions que vous trouvez satisfaisantes ?

.....
.....
.....
.....
.....

Que devrait-on améliorer ?

.....
.....
.....
.....

- Pensez-vous que les résidents sont satisfaits de la qualité des repas ?

OUI NON

Si non pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

- **Pensez-vous que les résidents sont satisfaits du service des repas ?**

OUI NON

Si non pourquoi ?

.....
.....
.....

- **Pensez-vous que les résidents sont satisfaits des quantités servies ?**

OUI NON

Si non pourquoi ?

.....
.....
.....

- **La communication avec l'équipe de restauration est-elle facile ?**

OUI NON

Si non pourquoi ?

.....
.....
.....

- **A L'arrivée des chariots repas, vérifiez-vous que les quantités livrées correspondent aux quantités commandées ?**

OUI NON Pas toujours

Pourquoi ?

.....
.....

- **Etes-vous en difficultés pour servir les quantités dans les assiettes des résidents ?**

OUI NON Pas toujours

Pourquoi ?

.....
.....
.....

- **Depuis les études de grammages menées par la diététicienne et la cuisine fin janvier, constatez vous une diminution du gaspillage alimentaire ?**

OUI NON

Si non pourquoi ?

.....
.....
.....
Que pourrait-on améliorer ?

.....
.....
.....

- **L'accompagnement des professionnels dans la mise en place du tri des biodéchets est elle satisfaisante (informations transmises par l'encadrement, affichage, transmission...) ?**

OUI NON

Si non pourquoi ?

.....
.....
.....

- **Les supports de tri des biodéchets mis en place pendant les repas sont-ils satisfaisants ?**

OUI NON

Si non pourquoi ?

.....
.....
.....

- **Le circuit d'évacuation des biodéchets mis en place est-il satisfaisant (Lieu de stockage, acheminement...) ?**

OUI NON

Si non pourquoi ?

.....
.....
.....

- **Que pourrait-on améliorer dans ce dispositif de tri ?**

.....
.....
.....

- **Vous retrouvez-vous dans cette démarche écocitoyenne ?**

.....
.....

Présents : G. CLAIRET, A.T ; F.G

Rencontre de Monsieur R, responsable de la cuisine, Madame V, directrice et d'une IDE

Objet de la rencontre : échanger sur la texture 4M : « Mixons moins, mangez-mieux. »

Mise en place dans cet établissement en 2015.

Projet proposé par SODEXHO à l'initiative et en collaboration avec Michel BRAS chef étoilé.

Suite à ce travail, la quasi-totalité des mixés de l'établissement ont pu être passé en texture 4 M.

Présentation de la structure

Bâtiment construit en 2009. Projet d'agrandissement sans création de lit supplémentaire en finalisé en 2018.

80 résidents (Le dernier GMP de l'établissement est à 780, le dernier PMP de l'établissement est à 198).

Fonctionnement de la restauration en liaison chaude la semaine et en liaison froide le week-end avec 4 agents en cuisine et 4 agents en plonge.

Sur les 80 résidents (+ 1 accueil de jour le jour de la visite) :

- 16 résidents sont en texture 4 M,
- 6 en texture mixée,
- Le reste en texture normale.

Principe de la texture 4 M :

- Correspond au niveau 6 de la classification IDDSI = Petits morceaux tendres
- Morceaux d'environ 1 cm (1,5 cm max)
- Cohésive (= pas de dispersible)
- Utilisation d'un liant
- Pas de mélange solide/liquide.

La mise en place de cette texture a permis :

- La suppression des blédines le matin. A la place, une préparation est réalisée en cuisine au bol : 50g de brioche tranchée, 50 g de liquide (café ou thé ou chocolat) et 50 g de crème pâtissière. Préparé la veille en cuisine, réchauffée le matin avant livraison dans les services.
- Suppression des eaux gélifiées. A la place, utilisation d'eau gazeuse avec mise en place de 3 fontaines à eau gazeuse (fonctionnement semblable à la Sodastream) Marque Waterlogic.
- Suppression du pain de mie. Tous les résidents mangent le pain au levain fourni par un boulanger de St Victor sur Loire.

Exemple de déclinaison du menu :

- Menu normal : Filet de Hoki et riz
- Menu 4 M : Rizotto et filet de hoki effiloché
- Menu mixé : Purée de pommes de terre et filet de hoki mixé.

Pour que le projet fonctionne :

- Nécessité d'une forte adhésion de l'ensemble des acteurs : directrice, médecins, cuisinier, soignants
- Information préalable sur les fausses représentations concernant les troubles de la déglutition, et en particulier les statistiques de part importantes des fausses routes causées par les mixés (61%)
- Formation indispensable, réalisée par des orthophonistes
- Désignation de référents restauration AS et IDE
- Goûter régulièrement les plats, faire goûter aux soignants
- Réévaluer régulièrement.

Fonctionnement entre cuisine et soignant :

- Un résident présente des troubles de la déglutition.
- Grille d'évaluation en 3 points pour évaluation des troubles de la déglutition.
- Echange en équipe au moment de la relève.
- L'IDE commande la texture 4 M.
- Essai sur 1 repas de la texture.
- Si positif, test pendant 1 semaine avant validation.
- Il n'y a pas de prescription médicale dans cet établissement. Les commandes des repas sont réalisés par les IDE sur la base d'un tableau excel regroupant le nombre de texture demandé par service. (Texture normale, texture 4 M, texture Viande 4 M, texture mixée)
- Pour toutes modifications, elles appellent le responsable de la cuisine, puis lui confirment par mails et mettent à jour le tableau. Elles impriment également un plan de table pour la salle à manger.
- Dans les salles à manger, les sets de table sont de couleurs différentes suivant les textures ce qui permet de savoir quelle texture doit être servi.
- En cas de doute sur une texture, elles peuvent faire appel à une orthophoniste.

La livraison des repas se fait en gastro pour les textures normales avec service par un cuisinier pour une des salles à manger. Les textures 4M et mixées sont livrées en assiette « sabot » permettant un meilleur rendu visuel et une meilleure préhension par les résidents.

Tableaux Excel pour :

- Petit déjeuner
- Texture
- Complément alimentaire

Consulter en cuisine sur une tablette accrochée au mur.

Objectif de tout dématérialiser : commande repas à partir du logiciel de soins (Netsoins) en cours de paramétrage.

Les relevés des températures dans les chambres froides sont automatisés avec alarme automatique dans le bureau du responsable restauration en cas d'anomalie et/ou de dysfonctionnement.





Présents : A. T responsable cuisine établissement M, F. G, Diététicienne établissement M, Guillaume CLAIRET

Rencontre de M. R, responsable de la cuisine et du chef cuisinier et Mme F. Orthophoniste

Objet de la rencontre : échanger sur la mise en œuvre du manger mains et de la texture hachée.

- Présentation de la structure

530 résidents

Fonctionnement de la restauration en en liaison froide avec 11 agents en cuisine (10 diplômés en restauration + 1 aide) et 1 responsable.

Week-end : 1 personne en cuisine

Les repas partent dans des bacs isothermes et sont remis en température dans les services. Des fours de remise en température ont récemment été installé dans chaque service.

- Manger mains :

Le manger mains a été mis en place dans cet établissement depuis 3 ans sans formation spécifique des cuisiniers. Uniquement pour les textures normales.

Tous les jours, 5 personnes sont en manger mains. Cette alimentation est mise en place sur prescription médicale.

Tous les éléments du repas (de l'entrée au dessert) sont préparés en manger mains.

Le responsable de la cuisine pense qu'il va y avoir une augmentation du manger mains.

- Texture

Les préparations mixées sont moulées dans des moules en silicone.

Un travail vient d'être fait sur la texture hachée (niveau 5 de l'IDSSI « haché lubrifié ») avec une orthophoniste qui est venu tester les plats afin de valider la texture.cf. pages suivantes.

Le responsable restauration va demander une nomenclature par produits pour pouvoir travailler avec des produits locaux.

Un projet est en cours pour que les commandes repas soient éditées à partir du logiciel de soins (PSI)



Présentation des plats en texture adaptée moulés

Présentation de charcuterie en manger mains

1^{er} Plateau

Pour le pain : oui mais....

Ne pas le servir avant la distribution de l'entrée.

Surveiller que ce dernier ne soit pas consommé seul



Le nouveau pain de mie : oui

Croissant : Non

Pain au Chocolat : Non

Cake maison sucré du goûter et du dimanche (remplacement viennoiserie) : oui mais....

Nécessaire de parer le cake dans le service (sans croûte). Le trempage n'est plus obligatoire.

2^{ème} Plateau



Fruits Pochés : Non

Pomme au four : Non

Fruits au sirop (clémentines, poires, pêches) : oui

Cubes de fruits fromage frais : oui

3^{ème} Plateau



Base pâte à choux (éclairs, choux vanille) : **Non**

Base pâte Feuilletée : **Non**

Beignet : **Non**

Remplacement par bavarois, mousse de fruits, tiramisu : **oui**

Tarterie (tarte pommes, chocolat, etc.) : **oui**

4^{ème} plateau



Mosaïque de fruits : **oui** Pâte de fruit : **Non**

Barre de Chocolat : **oui**

Bananes : **oui**

Pain d'épices : **oui**

Palmier : **Non**

Petit Beurre : **Oui**

Palet Breton : **Non**

Petit Moelleux : **Oui**

5^{ème} plateau



Cake salé maison : **oui**

Chou-Fleur vinaigrette : **Oui**

Sardine, Maquereaux : **Non**

Macédoine de légumes : **oui**

Œufs Durs : **Oui**

1/ Les entrées :

- Les légumes crus : (carottes râpées, céleri,) sont hachées par la cuisine.
Soit 3 textures dans le bac isotherme
- Les légumes cuits : (julienne de légumes, chou-fleur,) : **oui** conviennent pour la texture hachée.
Soit 2 textures dans le bac isotherme
- La charcuterie : idem qu'aujourd'hui
Soit 2 ou 3 textures suivant la charcuterie (pâté croûte = 3 textures / pâté de campagne = 2 textures)
- Terrine de légumes : **oui**
- Salade Verte : idem qu'aujourd'hui
Soit 3 textures dans le bac isotherme

Pour les autres entrées :

CF 5^{ème} plateau

2/ Les viandes et poissons :

- Les viandes : Idem qu'aujourd'hui
 - Soit égrené de bœuf
 - Soit viande du jour hachée en cuisine
- Tomate farcie, courgette farcie, caillette...la viande est hachée en cuisine

Soit 3 textures dans le bac isotherme

- Les poissons : **oui** sauf poisson pané réservé pour le service d'Uzore
- Les moules : **Oui**

Soit 2 textures dans le bac isotherme

3/ Les garnitures :

- Les légumes : **oui** (suppression des côtes de blettes)
Les endives ne seront plus entières mais émincées.

Soit 2 textures dans le bac isotherme

- Riz Catalan : **oui**
- P. vapeur : **oui**
- Champignons : **oui**
- Barbotton, plat au four, gratin dauphinois : **oui**
- Pâtes : **oui** mais uniquement petit calibre (coquillettes, petite farfalle, pépinière, ...)

Soit 2 textures dans le bac isotherme

- Les pommes de terre frites ou rissolées :
 - P. Dauphine : **oui**
 - P. Noisette : **Oui**

- Râpée : **Oui**
- Croustine : **Non**
- Frites : **Non**, essai en cours
- P. Rissolées : **Oui**
- Potatoes : **Oui**

Soit 2 ou 3 textures dans le bac isotherme

4/ Pâtisserie, fruits pochés, fruits au sirop :

Consultation :

CF 2^{ème} et 3^{ème} plateau

5/ Goûter emballé

Consultation :

CF 4^{ème} plateau

6/ Plat traiteur du soir :

- Tarte en bande (quiche lorraine, quiche fromage...) **oui mais** sans croûte (suppression en cuisine)
- Feuilleté maison : **Non**
- Quiche maison sans pâte : **Oui**
- Crêpes : **Non**
- Ravioli : **Oui**
- Tortellinis : **Oui**
- Gnocchi : **Non**
- Roulé au Fromage : **Non**
- Pizza : **Non**
- Nuggets : **Non**
- Bouchées à la Reine : **Oui mais** sans croustade
- Dalles Richelieu : **Oui**

7/ Petit déjeuner du dimanche, pain, pain de mie

Consultation :

CF 1^{er} plateau

8/ Goûter maison et cake du dimanche

Consultation :

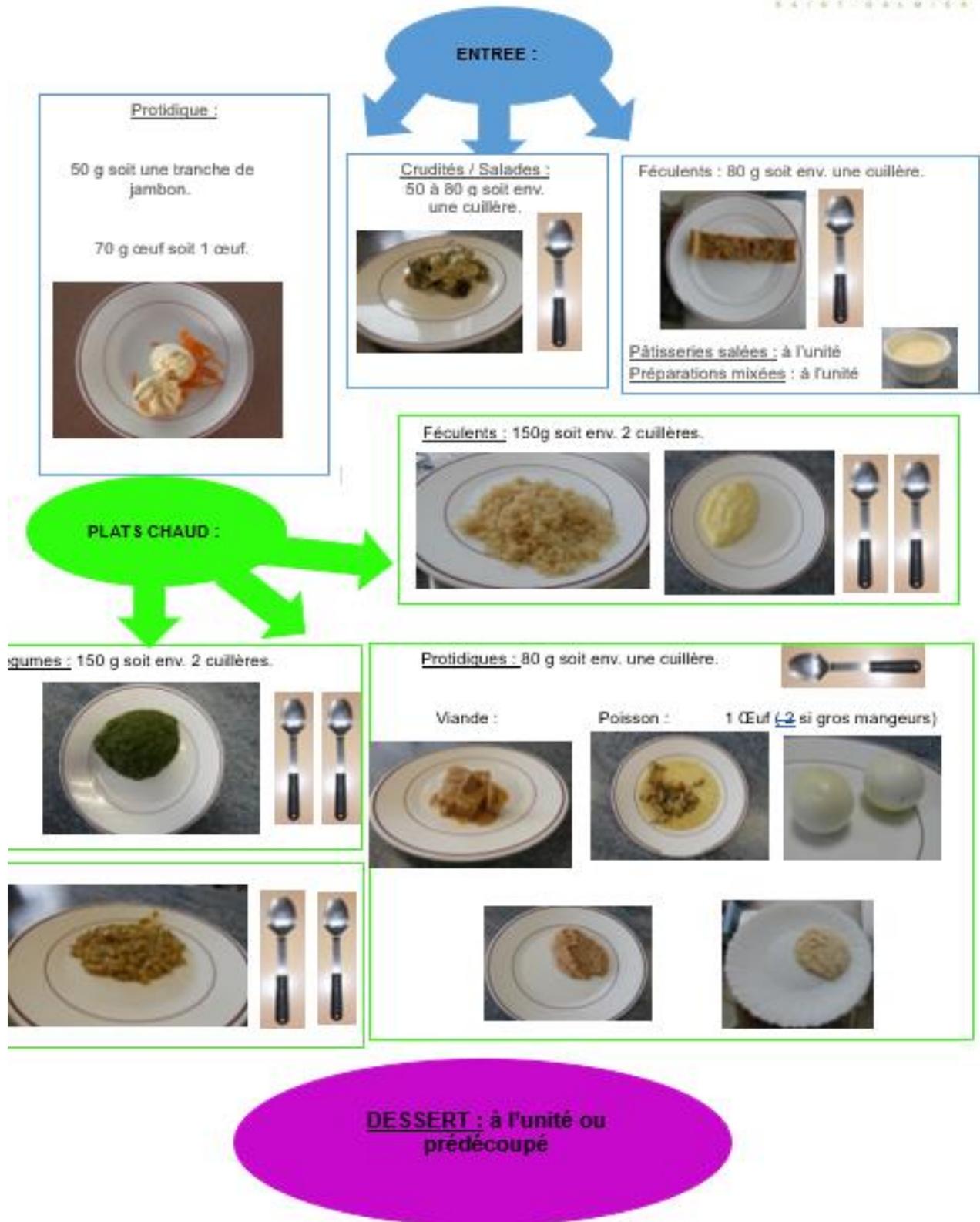
CF 1^{er} plateau

Participants : C. D, M. M.L, N. T, F. S, G. CLAIRET, F. G, C. L
Excusé : A. T

Questions traitées	Suite à donner
Présentation contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Formation manger main réalisée en février / mars 2023. - Par ailleurs, existence d'une nouvelle terminologie pour standardiser les textures alimentaires dans les établissements de santé avec 7 niveaux du liquide à la texture normale. (IDSSI) - Visite d'autres établissements par F. GOUBIER, A. THOLLOT et G. CLAIRET : <ul style="list-style-type: none"> - Maison d'Annie – EHPAD de St Victor Sur Loire Cette structure a travaillé sur une texture 4 M « Mixons moins, mangeons mieux » qui a permis une restriction importante de la texture mixée. Le principe du « 4 M » est de préparer des plats avec des morceaux coupés de 1 cm et de rajouter un liant (niveau 6 IDSSI : Petits morceaux tendres) Dans cet établissement, 80 résidents sont présents dont 16 en texture « 4 M », 6 en texture mixée et 60 en texture normale. Il n'y a pas de manger mains. - EHPAD A Cet établissement héberge 530 résidents, ils font 120 textures mixées. 5 résidents sont en manger mains quotidiennement en texture normale. Les textures mixées sont moulées. Un travail a été réalisé avec une orthophoniste pour améliorer leur texture hachée (niveau 5 IDSSI haché lubrifié) -A saint Galmier, sur 256 résidents, 68 sont en texture mixée, 59 en hachée et 133 en normale. La texture hachée n'est pas un « vrai » haché, elle correspond à une viande mixée et un accompagnement tendre. Cette texture entraîne des difficultés pour les commandes et le service des repas. La texture mixée servie actuellement n'est visuellement pas appétissante. Pas de manger mains proposé. Lors des tests de manger mains texturés, les résidents et soignants ont plutôt apprécié cette texture. <p>Les échanges avec les autres établissements et les recommandations de l'IDSSI montrent que la texture mixée est souvent trop répandue et qu'elles ne suppriment pas le risque de fausse route (60% des fausses routes ont lieu en consomment un repas mixé).</p>
Fonctionnement dans les cuisines animatives / thérapeutiques de l'établissement	Pas de texture mixée au PASA. Aliments coupés fins. Masticateur utilisé pour les résidents qui ont le plus de difficultés. Les ASG sont présentes tout au long du repas. Le manger mains est fait en texture normale à partir d'aliments tendres se coupant facilement en bouchées quiche sans pâte par exemple.

	<p>En cuisine animative, le manger mains a été testé pour des entrées. Certains résidents les ont consommés avec des couverts. Quelques résidents enlèvent eux-mêmes les petits morceaux de leur bouche lorsqu'ils sont gênés.</p> <p>Atelier thérapeutique aux Moulins : Lors de l'essai manger mains, constat qu'il ne faut pas laisser les couverts pour les résidents qui ont des troubles cognitifs. Une résidente a des problèmes de vues : éviter les tons sur tons (endive, poisson et riz sur assiette blanche) Pour les résidents qui mangent avec leurs mains en texture normale, les aliments dispersibles : petit pois, coquillettes, etc. ou de petites tailles sont difficiles à prendre en mains. Par contre, les aliments qui se coupent, les viandes coupées en morceaux peuvent être adaptées en manger mains.</p> <p>Certains résidents mangent trop vite et ne mastiquent pas leur repas, le mixé est plus adapté dans ce cas.</p>
Projet	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une « vrai » texture hachée - Obtenir une meilleure présentation des mixés (sous forme moulés) - Mettre en place le manger mains - Réduire si possible le nombre de texture mixée
Etapes	<ul style="list-style-type: none"> - Tester la texture hachée en cuisine en faisant le lien avec les textures IDSSI – Equipe cuisine et Mme F. - <i>Avril / mai</i>. Dans un 1^{er} temps avec le matériel existant puis évaluer ensuite si nécessité de s'équiper d'un autre robot. Importance de faire goûter les professionnels <ul style="list-style-type: none"> - Estimation du nombre de résidents concernés par le manger (texture normale ou mixée) - <i>Avril / mai</i> : <ul style="list-style-type: none"> - aux Moulins par Mme M. (A voir quelle conséquence, à long terme, peut avoir le fait de donner du manger mains mixé à un résident capable de consommer une texture normale). <ul style="list-style-type: none"> - pour les autres services : Mme F. et Mme V. - Organiser la réévaluation du nombre de résident par texture lors d'un prochain CODIR (<i>16 mai</i>) avec les médecins et cadres pour connaître le nombre de résidents qui pourraient passer d'une texture mixée à hachée. A voir : les modalités d'intervention d'une orthophoniste.
Prochaine réunion	<p>Associée à la prochaine commission repas (<i>Vendredi 26 mai 2023</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retour sur le test de la nouvelle texture hachée - Point sur le nombre de résidents identifiés pour le manger mains (text. normale et text. mixée) - Point sur ce qui a été décidé en CODIR pour la réévaluation des textures des résidents.

Recommandations grammages à servir aux résidents :



Résultats Evaluation Office alimentaire

Organisation	Résultats
<p>Observation des lieux de stockage alimentaire (office, relève, salle à manger) A partir d'une grille Par Monsieur T., Madame F. et Madame G. Le 27/03/2023</p>	<p>Points forts</p> <ul style="list-style-type: none"> 7 frigos sur 9 sont propres (attention partie congélation) +/- dates de péremption
<p>Critères observés</p> <ul style="list-style-type: none"> Propreté et température du frigo Traçabilité du nettoyage et des températures Produits ouverts dans frigo : identifiés, filmés, datés Produits avec date dépassée Stockage des jus de fruits 	<p>Points à améliorer</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucune traçabilité de nettoyage retrouvée Traçabilité partielle des températures <ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un nouveau tableau de traçabilité 5 frigos sur 9 avec au moins 1 denrée non identifiée et/ou filmée et/ou datée : fromage, eau gélifiée, bol de potage, etc. Surstockage de jus de fruits et autres denrées Dates dépassées dans 4 frigos sur 9 : moutarde, sauce vinaigrette, fromage, jus de citron Quelques boîtes tupperwares repas personnel retrouvées

Récap audits et axes amélioration 2022

Audit	Période	Principaux résultats		Actions d'améliorations
		Points positifs	Axes d'amélioration	
Circuit du linge	Mai / juin 2022	<ul style="list-style-type: none"> Rangement dans les armoires des chambres Rangement dans le chariot de linge propre Contenu dans la sac à linge Jaune Rangement du linge dans le chariot linge propre 	<ul style="list-style-type: none"> Objets trouvés dans le linge Contenu dans le sac à linge Vert Rangement et propreté des lingerie 	<ul style="list-style-type: none"> Présentation des résultats en commission linge pour sensibilisation Remise des étiquettes sur certains portant de tri qui en manquaient Etudier l'ajout de rayonnage dans les lingerie
Service du repas	Novembre / décembre 2022	<ul style="list-style-type: none"> La tenue vestimentaire des agents du service est adaptée Préparation du plateau complet avec couverts, pain, boisson, élément du repas Assiettes confectionnées au fur et à mesure en SAM Les résidents sont correctement installés avant le début du repas. 	<ul style="list-style-type: none"> Le menu est annoncé à chaque résident. Le pain est manipulé avec une pince Les quantités livrées sont vérifiées avec la commande faite. Une hygiène des mains est effectué en début de service et entre chaque résident Un support ou des supports est utilisé pour la distribution des repas. Vérification quantité livrée avec commande 	<ul style="list-style-type: none"> Présentation des résultats en commission repas et restauration pour sensibilisation Journée hygiène des mains Travail sur les textures proposées (▲ texture <u>hâchée</u>) – rencontre autres établissements Travail sur les grammages et quantité.

Madame, Monsieur,

Nous aimerions connaître **votre opinion sur la qualité des soins et des prestations délivrées**. Pour chaque question, **cochez une seule réponse**, celle qui correspond le mieux à votre expérience. Vos réponses sont confidentielles : elles seront analysées de façon strictement **anonyme**.

Nous vous remercions par avance de votre participation.

Ce questionnaire est à remettre à un membre du personnel ou dans la boîte aux lettres située à l'accueil.

GENERALITES

1. **Nom du service :**

- Les Etangs Les Roses Les Roches Belvédère 1 Belvédère 2 Les Moulins Sources 1 Sources 2 EHPAD Sources 2 USLD

2. **Etes-vous :** Un homme Une femme

3. **Etes-vous dans une chambre simple :** Oui Non

4. **Avez-vous répondu seul à ce questionnaire :** Oui Non avec l'aide de mon entourage Non avec l'aide d'un professionnel

SATISFACTION GENERALE

5. **Notez de 0 à 10 votre degré de satisfaction générale (0 = très insatisfait à 10 = très satisfait)**

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ACCUEIL

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné / Sans avis
L'ADMISSION					Non concerné / Sans avis
6. Etes-vous satisfait de l'accueil qui vous a été réservé le jour de votre arrivée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. La présentation du personnel qui vous a été faite vous permet-elle d'identifier les fonctions et attributions de chacun ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Expliquez vos réponses :</i>					
SOINS ET AIDE A LA PERSONNE					
					Non concerné / Sans avis

8. Que pensez-vous des explications qui vous sont données sur votre santé et votre traitement médicamenteux ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Que pensez-vous de la façon dont votre douleur est prise en charge ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Que pensez-vous du respect de votre intimité et dignité ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Vos habitudes de vie sont-elles respectées (rythme de vie, centres d'intérêt, besoins personnels) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					Non concerné / Sans avis
13. Si vous en avez besoin, le personnel est-il disponible pour vous aider dans les activités de la vie quotidienne (repas, toilettes, vêtements...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Bénéficiez-vous d'une écoute attentive des professionnels ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Quand vous sonnez, le personnel vient-il rapidement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Le personnel entre-t-il dans votre chambre avec votre autorisation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Etes-vous satisfait des relations avec le personnel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Expliquez vos réponses :

HEBERGEMENT / LOCAUX / RESTAURATION / LINGERIE

					Non concerné / Sans avis
18. Que pensez-vous de l'entretien de votre chambre ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Que pensez-vous de l'entretien des espaces communs ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Que pensez-vous du confort de votre chambre ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Que pensez-vous de l'équipement de votre chambre ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Vous sentez-vous serein et en sécurité dans votre chambre ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Vous sentez-vous serein et en sécurité dans les espaces communs ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Que pensez-vous du confort des espaces communs ?					
25. Globalement que pensez-vous des repas (variété, qualité, quantité) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Que pensez-vous du lieu de restauration (confort, propreté, etc.) ?					
27. Que pensez-vous des espaces extérieurs (accès, entretien, confort, etc.) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Que pensez-vous du traitement de votre linge (délais de retour, état, propreté, odeur, etc.) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Que pensez-vous des informations fournies par le personnel sur la vie et le fonctionnement de l'institution ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Que pensez-vous des activités proposées par l'établissement (animations, loisirs, convivialité) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					Non concerné / Sans avis
31. Que pensez-vous de la prestation coiffure proposée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Que pensez-vous de la prestation pédicure proposée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Que pensez-vous de la prestation esthétique proposée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Que pensez-vous des autres prestations proposées (machine à café, espace famille, etc.) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Expliquez vos réponses :</i>					
VIE INSTITUTIONNELLE					
					Non concerné
	OUI		NON		

			/ Sans avis
35. Connaissez-vous les représentants des résidents et des familles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Connaissez-vous leur rôle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Savez-vous comment les rencontrer ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Globalement, que retenez-vous de positif ?

Quels seraient les points à améliorer ?

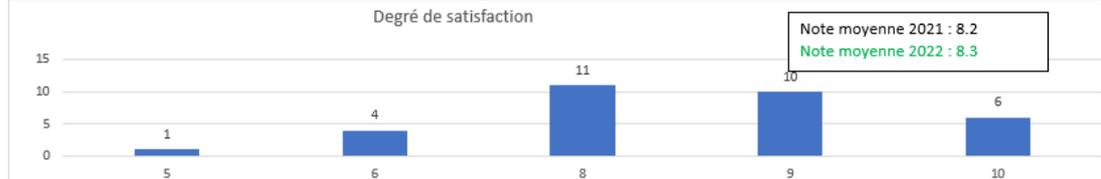
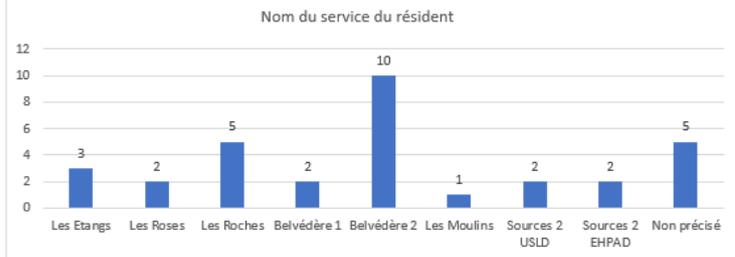
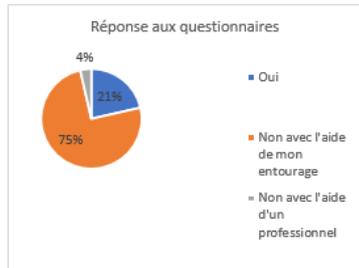
Merci de votre participation.

RESULTATS DE L'ENQUETE DE SATISFACTION 2022 adressée aux résidents

32 retours

1. Nom du service du résident		
Items	nb	%
Les Etangs	3	9%
Les Roses	2	6%
Les Roches	5	16%
Belvédère 1	2	6%
Belvédère 2	10	31%
Les Moulins	1	3%
Sources 2 USLD	2	6%
Sources 2 EHPAD	2	6%
Non précisé	5	16%
Total	32	100%

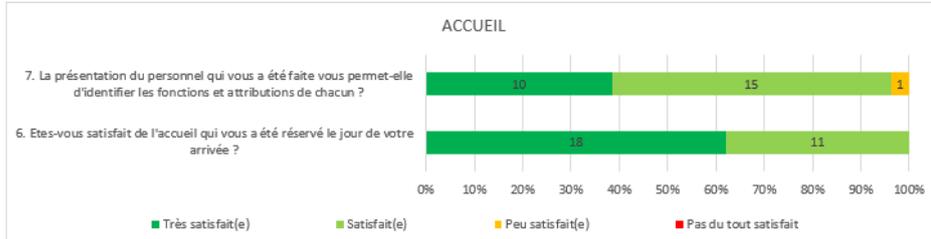
Type de chambre :
 - 69% de chambre simple
 - 29% de chambre double
 - 2% n'ont pas répondu



L'ACCUEIL

6. Etes-vous satisfait de l'accueil qui vous a été réservé le jour de votre arrivée ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	18	56%	62%
Satisfait(e)	11	34%	38%
Non concerné / sans avis	1	3%	
Non répondu	2	6%	
total	32	100%	

7. La présentation du personnel qui vous a été faite vous permet-elle d'identifier les fonctions et attributions de chacun ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	10	31%	37%
Satisfait(e)	15	47%	56%
Peu satisfait(e)	1	3%	4%
Pas du tout satisfait	1	3%	4%
Non concerné / sans avis	3	9%	
Non répondu	2	6%	
total	32	100%	27

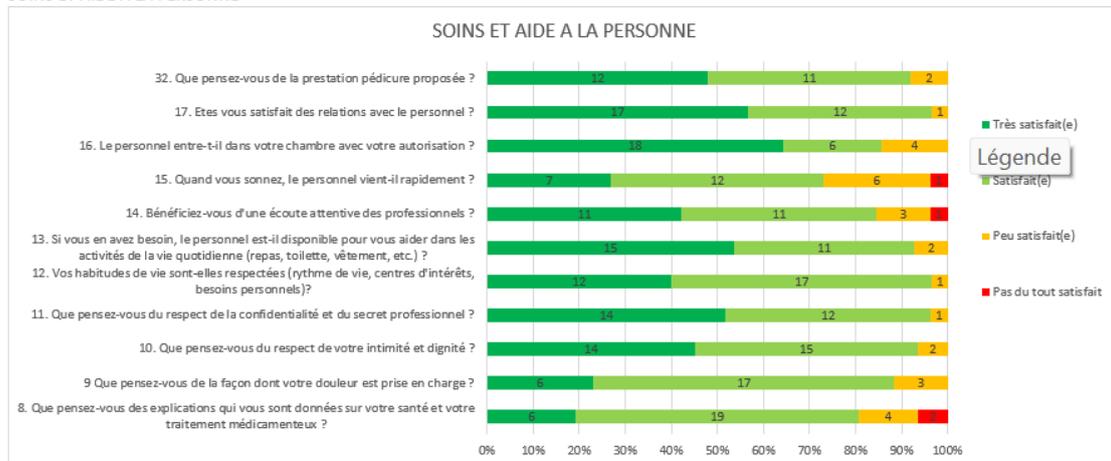


Critères	% de satisfaction (très satisfait + satisfait)	
	2021	2022
Etes-vous satisfait de l'accueil qui vous a été réservé le jour de votre arrivée ?	Questions non posées	100 %
La présentation du personnel qui vous a été faite vous permet-elle d'identifier les fonctions et attributions de chacun ?	aux résidents en 2021	93 %

Commentaires accueil

- Problème de vision
- Trop de monde à la fois.
- On se repère à la couleur des vêtements.
- Difficulté avec le port du masque
- Le personnel est très gentil
- Ne se rappelle pas de son arrivée. Elle était très fatiguée. Ses enfants étaient présents et ont pris contact avec le personnel présent.

SOINS ET AIDE A LA PERSONNE



8. Que pensez-vous des explications qui vous sont données sur votre santé et votre traitement médicamenteux ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	6	19%	19%
Satisfait(e)	19	59%	61%
Peu satisfait(e)	4	13%	13%
Pas satisfait(e)	2	6%	6%
Non répondu	1	3%	
total	32	100%	31

9. Que pensez-vous de la façon dont votre douleur est prise en charge ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	6	19%	23%
Satisfait(e)	17	53%	65%
Peu satisfait(e)	3	9%	12%
Non concerné / sans avis	4	13%	
Non répondu	2	6%	
total	32	100%	26

10. Que pensez-vous du respect de votre intimité et dignité ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	14	44%	45%
Satisfait(e)	15	47%	48%
Peu satisfait(e)	2	6%	6%
Non répondu	1	3%	
total	32	100%	

11. Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	14	44%	52%
Satisfait(e)	12	38%	44%
Peu satisfait(e)	1	3%	4%
Non concerné / sans avis	3	9%	
Non répondu	2	6%	
total	32	100%	27

12. Vos habitudes de vie sont-elles respectées (rythme de vie, centres d'intérêts, besoins personnels) ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	12	38%	40%
Satisfait(e)	17	53%	57%
Peu satisfait(e)	1	3%	3%
Non concerné / sans avis	1	3%	
Non répondu	1	3%	
total	32	100%	30

13. Si vous en avez besoin, le personnel est-il disponible pour vous aider dans les activités de la vie quotidienne (repas, toilette, vêtement, etc.) ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	15	47%	54%
Satisfait(e)	11	34%	39%
Peu satisfait(e)	2	6%	7%
Non concerné / sans avis	3	9%	
Non répondu	1	3%	
total	32	100%	28

14. Bénéficiez-vous d'une écoute attentive des professionnels ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	11	34%	42%
Satisfait(e)	11	34%	42%
Peu satisfait(e)	3	9%	12%
Pas satisfait(e)	1	3%	4%
Non concerné / sans avis	3	9%	
Non répondu	3	9%	26
total	32	100%	

15. Quand vous sonnez, le personnel vient-il rapidement ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	7	22%	27%
Satisfait(e)	12	38%	46%
Peu satisfait(e)	6	19%	23%
Pas satisfait(e)	1	3%	4%
Non concerné / sans avis	2	6%	
Non répondu	4	13%	26
total	32	100%	

16. Le personnel entre-t-il dans votre chambre avec votre autorisation ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	18	56%	64,25%
Satisfait(e)	6	19%	21,5%
Peu satisfait(e)	4	13%	14,25%
Non répondu	4	13%	
total	32	100%	28

17. Etes-vous satisfait des relations avec le personnel ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	17	53%	57%
Satisfait(e)	12	38%	40%
Peu satisfait(e)	1	3%	3%
Non répondu	2	6%	
total	32	100%	

32. Que pensez-vous de la prestation pédicure proposée ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	12	38%	48%
Satisfait(e)	11	34%	44%
Pas satisfait(e)	2	6%	8%
Non concerné / sans avis	6	19%	
Non répondu	1	3%	
total	32	100%	25

Critères	% de satisfaction		Evolution
	2021	2022	
8. Que pensez-vous des explications qui vous sont données sur votre santé et votre traitement médicamenteux ?	77%	80%	↗
9. Que pensez-vous de la façon dont votre douleur est prise en charge ?	74%	88%	↗
10. Que pensez-vous du respect de votre intimité et dignité ?	93%	93%	=
11. Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel ?	89.5%	96%	↗
12. Vos habitudes de vie sont-elles respectées (rythme de vie, centres d'intérêts, besoins personnels) ?	93%	97%	↗
13. Si vous en avez besoin, le personnel est-il disponible pour vous aider dans les activités de la vie quotidienne (repas, toilette, vêtement, etc.)	82%	93%	↗
14. Bénéficiez-vous d'une écoute attentive des professionnels ?	83%	84%	↗
15. Quand vous sonnez, le personnel vient-il rapidement ?	64.5%	73%	↗
16. Le personnel entre-t-il dans votre chambre avec votre autorisation ?	94%	86%	↘
17. Etes-vous satisfait des relations avec le personnel ?	Non demandé	97%	/
32. Que pensez-vous de la prestation pédicure proposée ?	77.5%	92%	↗

Commentaires Soins et aide à la personne

Très bien

Personnel soignant à l'écoute et professionnel.

Le personnel est toujours disponible. Les relations avec le personnel sont très satisfaisantes.

Le personnel s'adapte à mon handicap par rapport au fait que j'ai des difficultés à me déplacer.

Personnel à l'écoute.

Personnel soignant très professionnels et plein d'attention : infirmières, aides-soignantes, personnel de l'entretien

Le personnel frappe et entre.

Pour la question 15 (réponse aux sonnettes) : des fois "ou" des fois "non"

Nous n'avons pas toujours de points médicaux sur l'évolution et l'aggravation ou pas de notre maman, c'est assez dommageable.

Plus d'information concernant l'évolution de la santé globale de notre maman avec le service médical

HEBERGEMENT / LOCAUX / RESTAURATION / LINGERIE

18. Que pensez-vous de l'entretien de votre chambre ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	14	44%	47%
Satisfait(e)	13	41%	43%
Peu satisfait(e)	3	9%	10%
Non répondu	2	6%	
total	32	100%	100%

19. Que pensez-vous de l'entretien des espaces communs ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	15	47%	52%
Satisfait(e)	14	44%	48%
Non concerné / sans avis	1	3%	
Non répondu	2	6%	
total	32	100%	100%

20. Que pensez-vous du confort de votre chambre ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	11	34%	37%
Satisfait(e)	16	50%	53%
Peu satisfait(e)	2	6%	7%
Pas satisfait(e)	1	3%	3%
Non répondu	2	6%	100%
total	32	100%	30

21. Que pensez-vous de l'équipement de votre chambre ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	10	31%	36%
Satisfait(e)	15	47%	54%
Peu satisfait(e)	2	6%	7%
Pas satisfait(e)	1	3%	4%
Non concerné / sans avis	1	3%	100%
Non répondu	3	9%	28
total	32	100%	

22. Vous sentez-vous serein et en sécurité dans votre chambre ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	17	53%	57%
Satisfait(e)	11	34%	37%
Peu satisfait(e)	2	6%	7%
Non répondu	2	6%	
total	32	100%	100%

23. Vous sentez-vous serein et en sécurité dans les espaces communs ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	16	50%	55%
Satisfait(e)	13	41%	45%
Non répondu	3	9%	
total	32	100%	

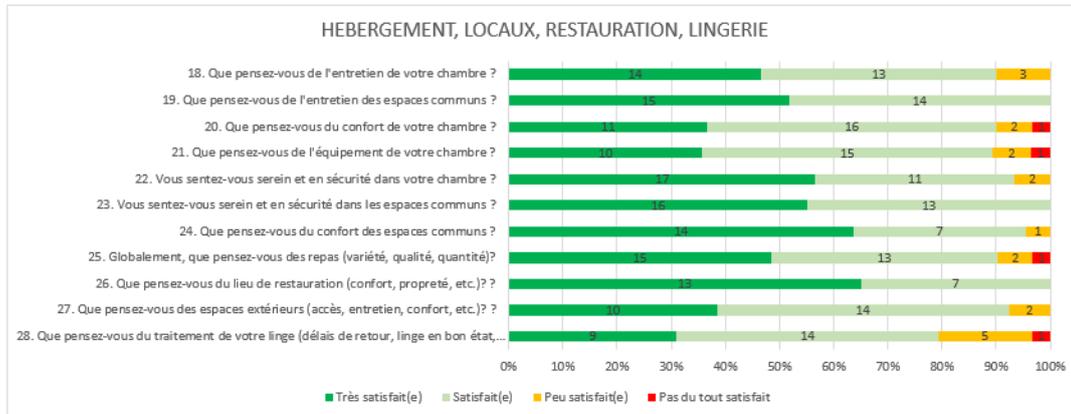
24. Que pensez-vous du confort des espaces communs ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	14	44%	64%
Satisfait(e)	7	22%	32%
Pas satisfait(e)	1	3%	5%
Non concerné / sans avis	1	3%	
Non répondu	9	28%	100%
total	32	100%	22

25. Globalement, que pensez-vous des repas (variété, qualité, quantité) ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	15	47%	48%
Satisfait(e)	13	41%	42%
Peu satisfait(e)	2	6%	6%
Pas satisfait(e)	1	3%	3%
Non répondu	1	3%	100%
total	32	100%	31

26. Que pensez-vous du lieu de restauration (confort, propreté, etc.) ??			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	13	42%	65%
Satisfait(e)	7	23%	35%
Non répondu	11		
total	31	100%	

27. Que pensez-vous des espaces extérieurs (accès, entretien, confort, etc.) ??			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	10	31%	38%
Satisfait(e)	14	44%	54%
Peu satisfait(e)	2	6%	8%
Non concerné / sans avis	3	9%	
Non répondu	3	9%	100%
total	32	100%	26

28. Que pensez-vous du traitement de votre linge (délais de retour, linge en bon état, propreté, odeur) ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	9	28%	31%
Satisfait(e)	14	44%	48%
Peu satisfait(e)	5	16%	17%
Pas satisfait(e)	1	3%	3%
Non concerné / sans avis	2	6%	100%
Non répondu	1	3%	29
total	32	100%	



Critères	% de satisfaction (très satisfait + satisfait)		Evolution
	2021	2022	
18. Que pensez-vous de l'entretien de votre chambre ?	96.5%	90%	↘

19. Que pensez-vous de l'entretien des espaces communs ?	93%	100%	↗
20. Que pensez-vous du confort de votre chambre ?	/	90%	/
21. Que pensez-vous de l'équipement de votre chambre ?	/	90%	/
22. Vous sentez-vous serein et en sécurité dans votre chambre ?	86%	94%	↗
23. Vous sentez-vous serein et en sécurité dans les espaces communs ?	93%	100%	↗
24. Que pensez-vous du confort des espaces communs ?	/	98%	/
25. Globalement, que pensez-vous des repas (variété, qualité, quantité) ?	75%	90%	↗
26. Que pensez-vous du lieu de restauration (confort, propreté, etc.) ??	/	100%	/
27. Que pensez-vous des espaces extérieurs (accès, entretien, confort, etc.) ??	/	92%	/
28. Que pensez-vous du traitement de votre linge (délais de retour, linge en bon état, propreté, odeur) ?	83.5%	79%	↘

Commentaires hébergement / locaux / restauration / lingerie

CHAMBRE
Question 22 : toujours pas de clé.
Problème fenêtre de chambre bloquée, manque d'aération on ne peut pas ouvrir
Domage que les douches ne soient pas dans les chambres.
Apprécie d'avoir une chambre seule.
Peut-être le nettoyage de la chambre
ESPACES COMMUNS
Espaces communs confortables, spacieux et agréables. Lieu de restauration correct.
Il faudrait réouvrir le bar à l'accueil.
Pas de sonnette dans la salle d'accueil au RDC.
Il est regrettable que le kiosque soit fermé. Nous ne pouvons plus consommer avec notre résident sur les tables. On ressent un grand manque de convivialité.
EXTERIEUR
Résidents et familles qui fument dans le parc à côté des résidents sous oxygène.
Le cadre est très agréable
REPAS
Plus de variété dans les menus. Le départ vers le restaurant pour le repas du soir a lieu trop tôt.
La préparation des repas (quelque fois ce n'est pas cuit, pas bon ou bien froid)
Pour les repas, préparation en sauce : manque de quantité de sauce (ex : pâte chaud, quenelles, viande en sauce, poisson)
Bien respecter la collation l'après-midi même si la personne n'est pas dans sa chambre.
Contente des repas. Respect de mon régime alimentaire.
A améliorer : la chaleur du potage

Nourriture bonne.
Apprécie les repas.
Repas corrects en qualité et quantité
LINGE
Question 28 : certains vêtements perdus
A améliorer : Surtout le linge
Quelques problèmes avec le retour du linge : habits perdus, ou bas de contention non revenus... Ceci est arrivé plusieurs fois
Problème du linge qui disparaît
Le retour du linge même s'il n'y a rien à dire sur le lavage (moins sur la perte de vêtements)
PRESTATIONS
Les prestations coiffure, pédicure, esthétique sont très satisfaisantes.

VIE SOCIALE ET CULTURELLE

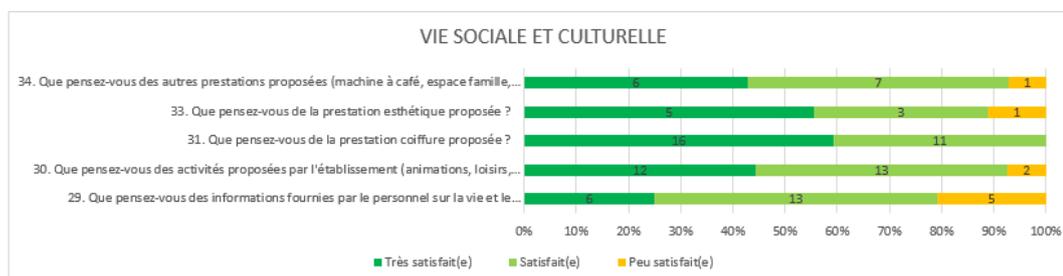
29. Que pensez-vous des informations fournies par le personnel sur la vie et le fonctionnement de l'institution ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	6	19%	25%
Satisfait(e)	13	41%	54%
Peu satisfait(e)	5	16%	21%
Non concerné / sans avis	3	9%	
Non répondu	5	16%	100%
total	32	100%	24

30. Que pensez-vous des activités proposées par l'établissement (animations, loisirs, convivialité) ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	12	39%	44%
Satisfait(e)	13	42%	48%
Peu satisfait(e)	2	6%	7%
Non concerné / sans avis	3	10%	
Non répondu	1	3%	100%
total	31	100%	27

31. Que pensez-vous de la prestation coiffure proposée ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	16	50%	59%
Satisfait(e)	11	34%	41%
Non concerné / sans avis	4	13%	
Non répondu	1	3%	
total	32	100%	100%

33. Que pensez-vous de la prestation esthétique proposée ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Très satisfait(e)	5	16%	56%
Satisfait(e)	3	9%	33%
Pas satisfait(e)	1	3%	11%
Non concerné / sans avis	18	56%	
Non répondu	5	16%	100%
total	32	100%	9

34. Que pensez-vous des autres prestations proposées (machine à café, espace famille, etc.) ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
6	20%	43%	
7	23%	50%	
1	3%	7%	
10	33%		
6	20%	100%	
30	100%	14	

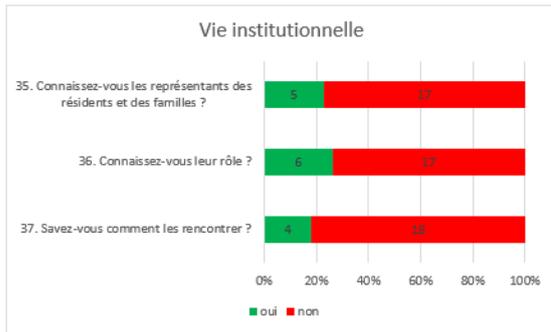


Critères	% de satisfaction (très satisfait + satisfait)		Evolution
	2021	2022	
29. Que pensez-vous des informations fournies par le personnel sur la vie et le fonctionnement de l'institution ?	77%	79%	↗
30. Que pensez-vous des activités proposées par l'établissement (animations, loisirs, convivialité) ?	88%	92%	↗
31. Que pensez-vous de la prestation coiffure proposée ?	91.5%	100%	↗
33. Que pensez-vous de la prestation esthétique proposée ?	60%	89%	↗
34. Que pensez-vous des autres prestations proposées (machine à café, espace famille, etc.) ?	90%	93%	↗

Commentaires sur la vie sociale et culturelle

Très bon service animation
Il manque de musique dans l'établissement.
Pas assez d'animation au Belvédère 2
Ayant des problèmes de vue, la résidente ne peut pas participer.

VIE INSTITUTIONNELLE



35. Connaissez-vous les représentants des résidents et des familles ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Oui	5	16%	23%
Non	17	53%	77%
Non concerné/sans avis	7	22%	
Sans réponse	3	9%	
total	32	100%	100%

36. Connaissez-vous leur rôle ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Oui	6	19%	26%
Non	17	53%	74%
Non concerné/sans avis	6	19%	
Sans réponse	3	9%	
total	32	100%	100%

37. Savez-vous comment les rencontrer ?			
Items	nb	%	Sans NC et NR
Oui	4	13%	18%
Non	18	56%	82%
Non concerné/sans avis	6	19%	
Sans réponse	4	13%	
total	32	100%	100%

COMMENTAIRES GLOBAUX

Je suis très bien
 Je me trouve bien.
 C'est super
 Je me satisfais de ma vie ici. Je me plais. Je fais avec.
 Je me plais bien.
 Très satisfait des prestations, des activités et du professionnalisme du personnel, ainsi que de leur gentillesse.
 Très bien.
 Le personnel est sympathique
 Le cadre est très agréable.
 Je me sens très bien ici.
 La résidente est actuellement satisfaite prestations.
 La maison de retraite est très bien. Je m'y sens comme chez moi.
 Pas d'amélioration à apporter pour moi.
 Il n'y a rien à améliorer tout est parfait.

Les points à améliorer sont intégrés dans les différentes parties.

CLAIRET	Guillaume	Novembre 2023
ED3S Promotion 2022-2023		
L'Alimentation en EHPAD, vecteur essentiel de coopération		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de RENNES		
<p>Résumé :</p> <p>L'objet de ce mémoire consiste à mettre en perspective la fonction restauration dans les établissements médico-sociaux non pas comme une fonction support, mais plutôt comme une fonction transversale, véritable pivot entre les résidents, l'ensemble des professionnels de l'institution.</p> <p>Le repas en EHPAD relève d'un enjeu institutionnel fort, aussi bien pour la santé que pour le bien être de la personne âgée hébergée.</p> <p>Probablement l'acte de soin le plus important de la journée, il est également celui qui rassemble au même lieu et au même moment une large frange des professionnels et les résidents.</p> <p>J'ai essayé, à travers ce travail, d'analyser les forces et les axes d'amélioration d'une politique qualité pluridisciplinaire centrée sur les besoins du résident et mise en œuvre dans le CH de Saint Galmier et dans quelle mesure cette culture transversale doit avoir l'occasion de perdurer afin de continuer à produire des effets positifs dans la qualité de vie de chacun des acteurs.</p>		
<p>Mots clés : EHPAD, Personnes Agées, Alimentation, Repas, Restauration, Soins, Plaisir, Pluridisciplinarité, Coopération, Fédérer, QVT.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		