



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2005**

**LA DÉNUTRITION DES PERSONNES ÂGÉES
DE PLUS DE SOIXANTE QUINZE ANS
HÉBERGÉES EN EHPAD**

Isabelle SYGULA

Remerciements

A toutes les personnes qui ont contribué, par leur disponibilité, leur aide précieuse, et leurs conseils avisés, à la réalisation de ce mémoire.

A Monsieur DUCROUX, Directeur de la MDRY et à l'équipe de direction pour l'accueil qu'ils m'ont réservé durant ces neuf mois de stage, et la confiance témoignée pour mener ce travail.

A Monsieur DUROS, médecin coordonnateur, et à Madame HLUBINA, cadre supérieur de santé à la MDRY pour leur contribution.

A l'ensemble du personnel de l'établissement pour sa collaboration.

A Monsieur CLEMENT tuteur de ce mémoire pour ses conseils.

Sommaire

Remerciements	
Sommaire	
Liste des sigles utilisés	
INTRODUCTION.....	p. 1
1 – LA DENUTRITION DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE SOIXANTE QUINZE ANS : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE.....	p. 5
1.1. La personne âgée : sujet à risque	p. 5
1.1.1. Des causes multiples précèdent des effets délétères	p. 5
A – Des raisons physiologiques liées à l'âge	p. 6
B – Des pathologies et des hypercatabolismes	p. 7
C – Une méconnaissance des besoins nutritionnels de la personne âgée et des idées reçues	p. 9
1.1.2. Conséquences globales de la dénutrition protéïno-énergétique	p. 11
A – Pour la personne dénutrie	p. 11
B – Conséquences de la dénutrition protéïno-énergétique pour l'établissement qui accueille la personne dénutrie	p. 13
1.2. Comment lutter contre ce problème de santé publique ?	p. 14
1.2.1. Le dépistage de la dénutrition : plusieurs approches possibles.....	p. 14
A – Les ingesta	p. 15
B – L'anthropométrie.....	p. 15
C – Les questionnaires d'évaluation	p. 16
D – La biologie	p. 17
1.2.2. La prévention, étape incontournable	p. 17
A – Par l'évaluation de l'état nutritionnel	p. 17
B – Par un suivi régulier de l'état nutritionnel	p. 17
C – Par une ration calorique quotidienne adaptée.....	p. 18
D – Par un suivi de l'état bucco-dentaire.....	p. 19
E – Par un maintien de l'autonomie dans l'acte de manger	p. 19
F – En garantissant au résident un environnement adapté	p. 20

2 – LE REPAS EN EHPAD : UNE PRESTATION AU CARREFOUR DU SOIN, DE L'HOTELLERIE ET DE L'ANIMATION p. 22

2.1. La restauration : un des aspects de la prise en charge du résident..... p. 22

2.1.1. Une prise en charge guidée par des évolutions législatives récentes p. 22

A – Des textes imposant une démarche qualité p. 22

B – Des référentiels et des plans pour mieux appréhender la nutrition
dans les établissements p. 24

2.1.2. La mise en œuvre de ces évolutions réglementaires à la MDRY.... p. 26

A – Présentation de l'établissement..... p. 26

B – Mise en place d'outils..... p. 27

C – La restauration à la MDRY : organisation et procédures..... p. 30

2.2. Malgré les procédures mises en place, existe-t-il des résidents dénutris à la MDRY ? p. 34

2.2.1. Etude et analyse de la dimension nutritionnelle à la MDRY p. 34

A – L'évaluation nutritionnelle p. 34

B – Questionnaires destinés aux professionnels..... p. 37

C – Observation in situ des principaux repas servis aux résidents..... p. 45

3 – PROPOSITIONS VISANT À COMPLETER LA DEMARCHE QUALITE ENTREPRISE A LA MDRY EN MATIERE DE RESTAURATION PAR UNE POLITIQUE NUTRITIONNELLE ADAPTEE AUX BESOINS DES RESIDENTS p. 49

3.1. Mise en place d'un plan nutritionnel : outil institutionnel destiné à lutter contre la dénutrition à la MDRY p. 49

3.1.1. Objectifs et contenu du plan nutritionnel p. 50

A – Son objectif : réactivité des équipes et individualisation de la
prise en charge nutritionnelle des résidents p. 50

B – Contenu du plan nutritionnel..... p. 50

C – Initialisation et rédaction des modes opératoires..... p. 56

D – Evaluation de la procédure et des modes opératoires p. 56

3.1.2. Le Directeur, le médecin coordonnateur, le cadre supérieur de santé : trois acteurs principaux dans la mise en place du plan nutritionnel	p. 57
A – Le Directeur : rôle de communication autour de la démarche	p. 57
B – Le médecin coordonnateur : rôle de formation des équipes et d'accompagnement technique	p. 58
C – Le cadre supérieur de santé : rôle de management auprès des équipes	p. 59
 3.2. Améliorer les conditions environnementales et relationnelles de la prise en charge des repas à la MDRY.....	p. 60
 3.2.1. La professionnalisation des équipes : un des points à développer	p. 60
A – La formation professionnelle : outil managérial déterminant.....	p. 61
B – Les groupes de paroles, aide aux professionnels face à l'usure inévitable dans les services de gériatrie	p. 68
 3.2.2. L'encadrement : garant de la bienveillance des résidents par le management des équipes	p. 71
 CONCLUSION.....	p. 73
 Bibliographie	p. 75
 Liste des annexes	p. 79

Liste des sigles utilisés

AMP : Aide Médico Psychologique

ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider Une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers de l'Etablissement.

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AS : Aide Soignante

ASH : Agent de Service Hospitalier

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CLAN : Comité de Lutte Alimentation Nutrition

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGAS : Direction Générale des Affaires Sociales

DGS : Direction Générale des Soins

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et des Soins

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique

GALAAD : Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision

GIR : Groupes Iso Ressources

GMP : Gir Moyen Pondéré

HACCP: Hazard Analysis Critical Control Point

HCSP: Haut Comité en Santé Publique

IMC : Indice de Masse Corporelle

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MDRY : Maison Départementale de Retraite de l'Yonne

MNA : Mini Nutritional Assessment

PNNS : Programme National Nutrition et Santé

RCQ : Ration Calorique Quotidienne

INTRODUCTION

« Chez une personne âgée,¹ comme chez tout autre individu, il n'y a aucun doute sur le fait que se nourrir permet le maintien du meilleur état de santé possible ».²

Dans nos sociétés, la malnutrition évoque le plus souvent la suralimentation génératrice d'embonpoint et d'obésité, voire de troubles alimentaires rencontrés chez les adolescents (anorexie, boulimie), et d'autres désordres alimentaires comme le diabète. Beaucoup plus méconnue, et peu médiatisée en France, la malnutrition protéino-énergétique des personnes âgées n'en est pas moins une réalité identifiée par les professionnels de santé depuis deux décennies.

Il y a dénutrition lorsque les apports ou les stocks énergétiques ou protéiques deviennent insuffisants pour répondre aux besoins métaboliques de l'organisme. La dénutrition s'accompagne d'une diminution de la masse maigre et d'une altération des fonctions physiologiques.³

(Dans cet exposé, on entendra par "personne âgée", un sujet ayant atteint soixante quinze ans, cet âge étant considéré par les spécialistes en gériatrie comme le « *tournant physiologique du vieillissement* ».)

Les situations de fin de vie et de soins palliatifs ne seront pas abordées ici, la problématique concernant ces personnes étant différente. Il en sera ainsi des refus alimentaires de certaines personnes âgées qui ne souhaitent plus vivre.

La prévalence⁴ moyenne de la dénutrition chez le sujet âgé est estimée à :

- 4% des personnes vivant à domicile et âgées de 65 à 75 ans.
- 10% des personnes vivant à domicile âgées de plus de 85 ans.
- 30% à 50% des personnes de plus de 75 ans admises à l'hôpital ou en service de soins de suite.
- 15% à 30% des résidents en maison de retraite et en services de long séjour.

¹ FERRY M. Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux. Paris ; Berger Levrault, 1996. p11.

² Définition des Sociétés Savantes de Nutrition.

³ Définition des Sociétés Savantes de Nutrition.

⁴ Enquête INSERM 1999. Expertise collective.

Le vieillissement s'accompagne d'une modification du comportement alimentaire caractérisée par une diminution lente et non perçue de l'appétit, et une perte de poids. La diminution de la prise alimentaire chez les sujets âgés est attribuée à des causes à la fois sociales, physiologiques et métaboliques. Les facteurs sociaux et environnementaux sont eux aussi des déterminants importants de l'appétit et de la prise alimentaire des sujets âgés, notamment ceux qui présentent un état de santé précaire. Les nombreuses modifications métaboliques et/ou pathologiques ont un retentissement sur la prise alimentaire. Par ailleurs, la persistance d'idées reçues en matière de besoins alimentaires des personnes âgées joue un rôle non négligeable.

Une autre cause de dénutrition : l'hypercatabolisme.

Celui-ci est déclenché lors de toute maladie, qu'il s'agisse d'une infection ; d'une destruction tissulaire (infarctus, accident vasculaire cérébral), ou d'une réparation tissulaire (fractures escarres). Ici, c'est l'augmentation des besoins nutritionnels qui sera la cause de la dénutrition.

Les premiers symptômes de la dénutrition sont peu spécifiques : asthénie, fatigue, etc.... et beaucoup de sujets apparemment en bonne santé se trouvent en situation de dénutrition. En cas d'amaigrissement, celui-ci est progressif, insidieux, donc peu visible. Les troubles qui accompagnent cette malnutrition sont souvent mis sur le compte de l'avancée en âge.

L'insuffisance d'apport alimentaire ou l'hypercatabolisme lié à la maladie fragilise le sujet âgé qui pourra alors entrer dans le cercle vicieux de la dénutrition. La malnutrition favorise les maladies qui vont à leur tour aggraver la dénutrition, ce qui engendre des pathologies plus graves....

Une fois installée, la dénutrition des personnes âgées est difficile à combattre, d'où la nécessité d'un dépistage précoce préconisé par les professionnels de santé.

S'appuyant sur les travaux réalisés notamment par le HCSP (Haut Comité en Santé Publique), le PNNS⁵ (Programme National Nutrition En Santé) a été lancé par le Ministère chargé de la santé le 31 janvier 2001. Ce programme quinquennal (2001-2005) se fixe comme objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur un déterminant majeur : la nutrition.

⁵ Circulaire DGS/ (SD5A) N° 2002-13 du 9 janvier 2002 relative à la mise en place du Programme National Nutrition en Santé (en ligne) disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr> >.

La prévention, le dépistage et la diminution de la dénutrition chez les personnes âgées figurent parmi les objectifs du PNNS. La DHOS (Direction de l'Hospitalisation et des Soins) a confié au Professeur RICOUR la présidence du Comité d'Orientation, lequel devra déterminer les axes d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé.

C'est au cours de ma formation à l'ENSP que j'ai découvert l'ampleur de ce problème de santé publique. Dans la perspective future d'assurer la direction d'un établissement sanitaire et social, il me paraît important d'explorer ce problème pour deux raisons :

- d'une part dans l'optique d'assurer une prise en charge de qualité correspondant aux besoins des résidents telle que la réglementation actuelle le prévoit ;
- d'autre part parce que la dénutrition a nécessairement des répercussions sur la gestion d'un établissement : surcoût en frais médicaux et en produits pharmaceutiques, soins de nursing plus importants entraînant une surcharge de travail pour les équipes, diminution des recettes pour l'EHPAD en cas d'hospitalisation.

La Maison Départementale de Retraite De l'Yonne (MDRY) au sein de laquelle j'ai effectué mon stage de professionnalisation développe depuis plusieurs années une réelle dynamique d'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents. La restauration figure parmi les préoccupations du Directeur.

La réalisation des repas est assurée par le personnel de l'établissement.

Une enquête sur le goût est actuellement en cours d'évaluation.

Des instances et outils institutionnels visent à répondre aux attentes des résidents préalablement définies : commissions de restauration, fiches de goût et de dégoût, procédure de suivi alimentaire.

Depuis janvier 2004, une conseillère hôtelière aide les équipes dans leurs pratiques.

Ces évolutions sont le reflet du souhait de l'institution d'apporter une réponse de qualité en matière de repas. Toutefois, il me semble que l'aspect nutritionnel n'est pris en compte que partiellement.

Il n'est pas réalisé de bilan nutritionnel des personnes lorsqu'elles sont admises, ni de suivi nutritionnel durant leur séjour.

Plusieurs hypothèses combinées peuvent peut-être expliquer ce fait :

- Les repas actuellement servis sont à même de satisfaire les besoins nutritionnels des résidents, les conditions environnementales sont satisfaisantes, et ces derniers ne sont pas concernés par la dénutrition.

- Les connaissances des professionnels de l'établissement en matière de besoins nutritionnels des personnes âgées sont suffisantes, et les conditions environnementales satisfaisantes, ce qui permet de prévenir la dénutrition des résidents.

Dans une première partie, je présenterai et développerai les différents concepts inhérents à notre sujet.

Une seconde partie présentera les exigences actuelles imposées aux établissements médico-sociaux par la réglementation en matière de qualité de la prise en charge des résidents, et décrira les modalités de restauration à la MDRY.

J'y relaterai ensuite l'étude nutritionnelle menée auprès de quatre-vingt résidents, puis l'enquête nutritionnelle conduite auprès des agents, et l'observation in situ des repas. Ces trois approches étant destinées à vérifier mes hypothèses.

Une troisième partie développera les réponses institutionnelles possibles visant à optimiser la nutrition des résidents à la MDRY.

1 LA DENUTRITION DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE SOIXANTE QUINZE ANS : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE.

Afin de mieux cerner le sujet, je m'attacherai à définir quelques concepts de base, qui aideront à mieux comprendre les processus qui conduisent les personnes âgées à la dénutrition, mais aussi à mesurer les conséquences, et donc à réaliser combien l'aspect prévention est essentiel.

La dénutrition s'accompagne d'une diminution de la masse maigre et d'une altération des fonctions physiologiques. Elle peut être globale, ou bien sélective, c'est-à-dire ne concerner que certains macro ou micro nutriments.

On n'évoquera dans ce travail que la dénutrition protéino-énergétique, c'est-à-dire celle qui entraîne une perte de poids supérieure à 10% en moins de six mois, associée à une diminution de la masse corporelle totale, en particulier aux dépens de la masse musculaire.

1.1. La personne âgée : sujet à risque.

1.1.1. Des causes multiples précèdent des effets délétères :

« La dénutrition est un phénomène insidieux qui s'installe progressivement, et la plupart des seniors n'a pas conscience du danger que peut représenter une perte de poids. Pourtant, il est indispensable de consulter dès les premiers signes, car la capacité de récupération de l'organisme baisse avec l'âge ». Ainsi concluait le DR M FERRY⁶ en présentant les résultats du sondage IPSOS Santé réalisé à la demande des laboratoires CHIESI sur le comportement alimentaire des plus de soixante cinq ans et les risques de dénutrition.

⁶ M FERRY est chef de gériatrie au CH de Valence. Nutritionniste, investigateur de groupe d'étude EURONUT SENECA (enquête épidémiologique européenne OMS CEE sur la nutrition et le vieillissement. Elle est Présidente honoraire du Club Francophone Gériatrie et Nutrition.)

A) Des raisons physiologiques liées à l'âge :

a) Modification du comportement alimentaire :

Le vieillissement s'accompagne d'une modification du comportement alimentaire,⁷ caractérisée par une diminution lente et non perçue de l'appétit et de la prise alimentaire.

La baisse de l'activité physique et l'arrêt de l'activité professionnelle entraînent une baisse progressive de la masse maigre (muscles squelettiques). Cette fonte graduelle génère une diminution du métabolisme de base et de la dépense énergétique qui se traduit par un moindre besoin calorique, une diminution de l'appétence et l'installation progressive de l'anorexie.

b) Difficultés physiques et sensorielles :

Le vieillissement à lui seul entraîne des difficultés, qu'elles soient physiques, sensorielles, ou autres. Ainsi, arthrose, tremblements, mais aussi dysfonctionnements neuromusculaires, détériorations neurologiques, troubles psychologiques, réduisent l'autonomie de la personne dans sa prise alimentaire.

Des altérations sensorielles s'opèrent en matière de goût,⁸ d'olfaction, de perception thermique, de perception des volumes et des textures, de la vision et de l'audition. A degré plus ou moins élevé, elles n'en demeurent pas moins sources de modifications de la prise alimentaire de la personne.

c) Des modifications buccales⁹ :

Elles constituent un handicap plus ou moins important pour la personne : déchaussement dentaire, présence de chicots, appareillage devenu inadapté, présence de mycoses buccales et oesophagiennes, absence de salive, sont autant de sources de douleurs dentaires et / ou de difficultés masticatoires.

⁷ MF Mathey, B Lesourd : Revue du soignant en gériatrie N° 7 Février 2004 pp 15- 21. ?

⁸ FERRY M. ; et al ; Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux. Paris ; Berger Levrault 1996 pp 27-33.

⁹ FERRY M ; et al ; Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux. Paris ; Berger Levrault 1996 pp 19-21.

Il s'ensuit alors un désintérêt pour les aliments durs, difficiles à mâcher, comme les produits carnés et les végétaux fibreux, d'où une baisse des apports protéiques, une insuffisance des apports riches en fibres et en vitamines.

Les résultats d'une étude effectuée en 1995 à Rennes¹⁰ auprès de personnes âgées prises en charge en long séjour et en unités d'orientation des personnes âgées a souligné leur mauvais état bucco-dentaire. Sur trois cent cinquante cinq patients observés, (26 % d'hommes, et 74% de femmes, dont 54% étaient âgés de quatre-vingt à quatre-vingt neuf ans), 40% des personnes examinées nécessitaient une ou plusieurs extractions.

d) Des troubles gastriques¹¹ :

Chez un nombre non négligeable de personnes âgées, la muqueuse gastrique s'atrophie avec les années, et s'associant à une baisse de la sécrétion gastrique, il s'ensuit des problèmes intestinaux responsables notamment de constipation et de risques d'anorexie qui aggravent l'état de malnutrition.

Il est facile, compte tenu des modifications physiologiques énoncées, de comprendre combien le sujet, au fil des ans est de plus en plus vulnérable à la dénutrition. Néanmoins, le vieillissement n'est jamais à lui seul une cause de malnutrition. Celle-ci ne s'installe que lorsqu'il s'accompagne de pathologies dégénératives, infectieuses ou inflammatoires multiples, enchevêtrées ou successives.

B) Des pathologies et des hypercatabolismes

De nombreuses pathologies entraînent un hypercatabolisme lié à un état inflammatoire anormal : une fièvre, une intervention chirurgicale, l'alcool chronique, une démence, des escarres.....

Dans ce cas, la dénutrition résulte d'une hausse des besoins.

L'intensité et la durée de ce syndrome dépendent de la rapidité de guérison de l'infection, de l'étendue des lésions tissulaires et de la vitesse de cicatrisation.

¹⁰ JP Delattre, F Resmond-Richard, A Le Berre, C Cattenoz, D Delamaire, J Chaperon : L'état de santé des personnes âgées hébergées dans un service de gériatrie. Dentaire Hebdo 1995 pp 9 à 12.

¹¹ FERRY M ; et al. Nutrition de la personne âgée, aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux. Paris : Berger Levrault, 1996 pp 27-33.

En l'absence d'augmentation des apports alimentaires, les nutriments nécessaires sont prélevés sur les réserves de l'organisme. Or lorsqu'on est âgé, on ne peut avoir une dette nutritionnelle car on ne peut puiser dans la masse musculaire qui est très réduite.

a) Les démences :

Chez les sujets atteints de démences¹², et particulièrement de la maladie d'Alzheimer, on ¹³notera des difficultés alimentaires dues à l'anorexie, à la perte du goût, à l'amnésie, à la baisse de la sensation de soif, voire de faim ; à la perte des gestes de l'alimentation ; et pour certaines personnes, à l'oubli même du simple fait qu'elles mangent.

Les besoins de ces malades peuvent être augmentés par la déambulation permanente.

On sait qu'une dénutrition accompagne toujours, ou précède les démences de type Alzheimer. Même les déments boulimiques et hyperphagiques sont dénutris.¹⁴

Chez les malades souffrant de la maladie d'Alzheimer, une perte de poids est associée à une surmortalité, alors qu'inversement, la prise de poids est associée à une moindre mortalité.

b) Les accidents vasculaires cérébraux :

On retrouve chez ces patients plusieurs facteurs majeurs de risque de dénutrition, dont la paralysie de la déglutition, cause de fausses routes qui obligent à interrompre l'alimentation orale.

c) La maladie de Parkinson :

La maladie de Parkinson constitue aussi un facteur de risque. L'amaigrissement est constant lors de la maladie de Parkinson car l'acte de manger lui-même est devenu difficile dans tous ses aspects. L'énergie consommée est augmentée, alors que les apports sont forcément diminués. On note une prolifération des germes digestifs, eux-mêmes consommateurs d'alimentation.

¹² Carences Nutritionnelles : Etiologies et dépistage. Expertise Collective INSERM.

¹³ COHEN 1994, ARNER, WATSON et DEARY 1997, LIPSKI et coll 1993.

¹⁴ VAN GOOR et coll 1995.

Par ailleurs, le traitement nécessite, pour son efficacité une diminution des apports de protéines, de vitamine B6, et d'alcool. L'insuffisance respiratoire constitue aussi, pour de multiples raisons, une cause de dénutrition.

d) Les pathologies névrotiques et psychologiques :

Les pathologies névrotiques et psychotiques, fréquentes chez les personnes âgées, retentissent souvent sur l'état nutritionnel. Les dépressions réactionnelles ne sont pas rares. L'anorexie s'observe plus fréquemment que la boulimie.

L'hypocondrie¹⁵ est fréquente chez le vieillard. Cette plainte digestive délirante aboutit souvent à une addition d'interdits alimentaires dont les conséquences nutritionnelles peuvent être sérieuses.

e) Les insuffisances cardiaques :

Les insuffisants cardiaques chroniques¹⁶ présentent une dénutrition constante qui entraîne peu à peu un amaigrissement pouvant aller jusqu'à la cachexie (maigreur extrême).

Les mesures destinées à évaluer la dénutrition y sont faussées puisque le poids est majoré par l'œdème, ainsi que les mesures anthropométriques, l'échographie ; et le scanner. Même le taux d'albumine sérique peut être faussé.¹⁷

Nous venons de voir que de nombreuses causes physiologiques et médicales sont sources de dénutrition. A ceci s'ajoute le comportement de la personne âgée et de son environnement en matière alimentaire.

C) Une méconnaissance des besoins nutritionnels de la personne âgée et des idées reçues :

a) « *Ce qui pose problème n'est pas tant ce que les gens ignorent, mais ce qu'ils savent et qui n'est pas vrai* » (Mark Twain).¹⁸

¹⁵ PAHOR et coll 1994.

¹⁶ IBID

¹⁷ GORBEN 1995 POEHLMAN et coll 1994 KLEVAY 1993 KING et coll 1996 PRADFIGNAC et coll 1995.

¹⁸ Ecrivain américain 1835-1910.

Cette citation résume bien les nombreuses certitudes qui contribuent au quotidien à conduire les personnes âgées vers la dénutrition.

Combien de fois avons-nous entendu «qu'une personne âgée doit manger moins qu'un adulte en activité », ou encore «qu'elle doit manger moins de viande,» quand il n'est pas affirmé «qu'elle n'en a plus besoin dès lors qu'elle ne se déplace plus» ?

L'apport spontané en protéines tend alors à diminuer au cours du vieillissement, d'une part à cause de la baisse de l'apport énergétique global, ¹⁹d'autre part à cause d'une restriction de la consommation de certaines protéines animales.

b) Les régimes alimentaires :

A ceci s'ajoutent les régimes alimentaires trop stricts, trop anciens, encore trop nombreux de nos jours qui conduisent la personne âgée à la dénutrition.

Lors d'un entretien réalisé en mars 2001, le Dr Perraut, médecin gériatre du service long séjour de Landerneau (29) affirmait que le seul régime préconisé à un certain âge était le régime hyper protidique qui vise à « *enrichir la nourriture, et non à restreindre les apports.* »

Cet avis est partagé par le Dr Rietsch²⁰ qui indique que seuls les diabétiques non équilibrés et les très grands cardiaques devraient être concernés par un régime. Nombreux sont les gériatres qui insistent sur les effets anorexigènes des régimes diététiques maintenus trop longtemps chez une personne âgée.

Un autre aspect à ne pas négliger : l'effet anorexigène de certains médicaments, et leur mode d'administration qui peut renforcer cet effet : généralement en EHPAD, ils sont donnés en début de repas, ce qui est une aberration, à moins que cela ne soit spécifié dans le mode d'administration.

Lors du Congrès du Club Francophone Gériatrie Nutrition qui s'est tenu le 31 mai 2003 à l'Institut Pasteur à Paris, plusieurs points ont émergé :²¹

- L'insuffisance d'apports alimentaires a une place déterminante dans la survenue de certaines pathologies.

- Son rôle est particulièrement sous-estimé dans la relation dénutrition et pathologies infectieuses, quelle que soit l'origine du déficit d'apports : baisse des ingesta ou augmentation des besoins en situation d'hypercatabolisme. (Les ingesta sont la quantité d'aliments ingérés).

¹⁹ BLACK ET COLL 1996. DUPONT et coll 1996.

²⁰ DR RIETSCH ; intervention de janvier 2001 au Diplôme Universitaire de Gériatrie de Strasbourg.

²¹ M FERRY Président du Comité Scientifique du Club Francophone Gériatrie Nutrition.

L'évocation de ces différents facteurs de risque est à elle seule évocatrice de l'importance du problème: Dès lors, combien de personnes âgées ne sont pas concernées par un risque de dénutrition ?

Ce problème de santé publique n'est pas des moindres pour un Directeur d'EHPAD lorsque l'on connaît les retentissements de la dénutrition ; retentissements que nous allons maintenant développer.

1.1.2. Conséquences globales de la dénutrition protéino-énergétique :

A) Pour la personne dénutrie :

a) Augmentation de deux à six fois des risques de morbidité infectieuse.²²

Les relations malnutrition et immunité sont connues. La malnutrition est la première cause de déficit immunitaire du sujet âgé. Elle mène à des maladies comme les infections.

b) Altération de l'état général, diminution du périmètre de marche :

Un sujet âgé malade qui est dénutri aura une convalescence plus difficile et plus longue. On observe une altération de son état général²³ : amaigrissement constant par perte de la masse grasse et de la masse maigre, en particulier une fonte très rapide des réserves protéiques de l'organisme. Le sujet devient très frileux.

La perte musculaire entraîne une diminution des capacités physiques avec une réduction progressive du périmètre de marche, et l'émergence de troubles de la déambulation. Il s'ensuit alors une plus grande vulnérabilité aux chutes, voire aux fractures.

c) Epuisement des réserves de l'organisme et risques d'escarres

²² FERRY M et a ; Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux. Paris Berger Levrault 1996.

²³ COTI P ; ROULET M ; GUÉX E ; RAPIN H. Limites éthiques de la nutrition artificielle chez la personne âgée. La revue du généraliste et de la gérontologie, juin 2002 N° 86.

Les réserves de l'organisme s'épuisent²⁴: les réserves en protéines (muscles) et en graisses sont déjà affaiblies chez le sujet âgé. Au cours d'un épisode aigu, pour avoir une réponse aussi efficace, le sujet doit puiser dans des réserves déjà réduites. Il entre dans une spirale péjorative susceptible de mettre en jeu son pronostic vital si on ne le nourrit pas. Après un épisode aigu, l'organisme ne reconstitue jamais totalement ses réserves : le malade âgé ne récupérera pas totalement son poids antérieur. Les risques d'escarres sont majeurs.

d) Troubles psychiques :

Les troubles psychiques apparaissent à différents degrés : allant du manque de désir, à un syndrome dépressif parfois grave.

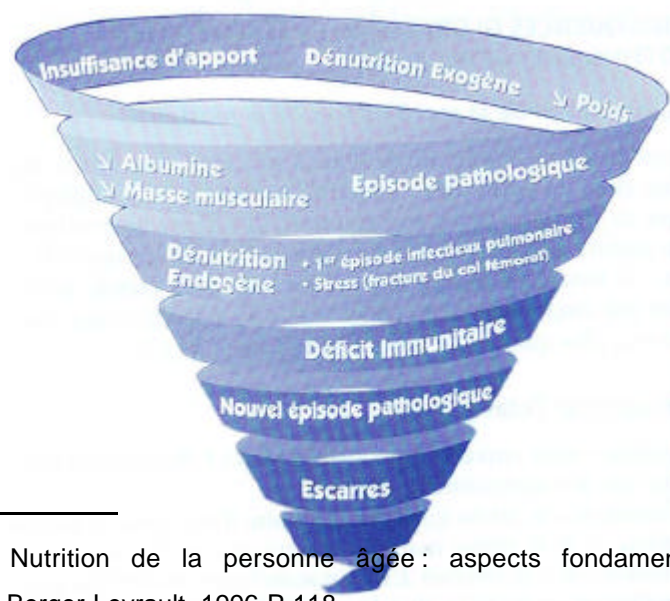
e) Asthénie et anorexie :

Ils sont également observés au cours d'un épisode d'hyper catabolisme.

f) Risques de mortalité augmentés par deux à quatre :

Ils sont mis en évidence dans plusieurs études.

*Cercle vicieux de la dénutrition protéino-énergétique*²⁵



²⁴ FERRY M et al Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux. Paris ; Berger Levrault. 1996 P 118.

²⁵ FERRY M et al ; Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux. Paris ; Berger-Levrault. 1996 P138.

B) Conséquences pour l'établissement qui accueille la personne dénutrie :

Aucune donnée n'a pu être recueillie dans le cadre de ce travail concernant le retentissement de la dénutrition sur le budget d'un établissement médico-social. Les seules données existantes concernent les centres hospitaliers.

Néanmoins, les conséquences de la dénutrition pour les résidents nous permettent de présager des retentissements pour l' EHPAD à plusieurs niveaux :

a) Augmentation des coûts :

La consommation de produits pharmaceutiques sera nécessairement supérieure chez une personne dénutrie : antibiotiques ; médicaments divers, mais aussi pansements anti-escarres ; produits de diététique ; de nutrition spécialisée ; produits de nutrition entérale et de nutrition parentérale ; matériel anti-escarres.....

En 2001, le Conseil de l'Europe a fait le constat suivant :²⁶

- Le budget alimentaire nutritionnel représente 1,4% du budget des hôpitaux.
- Le coût de la nutrition orale est évalué entre 24 et 34 euros par jour et par patient.
- La nutrition entérale est évaluée à 120 euros par jour et par patient.
- La nutrition parentérale est évaluée entre 600 et 850 euros par jour et par patient.

Qu'en est-il en EHPAD ?

D'autre part, les consultations, examens médicaux, et biologiques seront multipliés.

La perte d'autonomie engendrera une charge de travail des équipes soignantes plus importante, et des besoins en personnel accrus. Les risques d'usure des équipes s'en trouvent intensifiés (confrontation à la déchéance plus grande).

b) Des recettes moins importantes :

²⁶ Revue du soignant en gériatrie Février 2004 P20.

Les problèmes de santé des personnes dénutries conduisent à des hospitalisations plus fréquentes. L'établissement facture alors au résident un prix de journée minoré du forfait journalier (quatorze euros par jour en 2005). Au-delà de trente jours, le Conseil Général ne verse plus l'APA si la personne reste hospitalisée. Au-delà de trente-cinq jours, le Conseil Général ne participe plus à la dépendance.

Malgré l'absence de données chiffrées en EHPAD, il est donc permis de considérer que la dénutrition constitue un coût non négligeable pour les établissements.

Les nombreux facteurs de risques et les conséquences encourues par une personne âgée dénutrie légitiment l'évaluation de l'état nutritionnel de toute personne arrivant en établissement gériatrique, ainsi qu'un suivi de son risque nutritionnel et une prévention.

1.2. Comment lutter contre ce problème de santé publique ?

Le dépistage et la prévention de la dénutrition semblent les deux axes essentiels pour prévenir la dénutrition des personnes âgées.

1.2.1. Le dépistage de la dénutrition : plusieurs approches possibles :

Plusieurs enquêtes ont démontré que les personnes âgées sont incapables d'augmenter leur consommation alimentaire au-delà de leur alimentation spontanée, (100%). Ainsi, si l'on soumet des adultes jeunes, en très bonne santé, à une restriction alimentaire importante (800 calories) la perte de poids est compensée dans les deux groupes (groupe témoin, et groupe de sujets soumis à l'enquête).

A l'arrêt de cette sous-alimentation forcée, lorsque l'on laisse les sujets libres de manger ce qu'ils veulent, les adultes jeunes regagnent leur poids en quarante à cinquante jours, car ils mangent davantage que ce qu'ils mangent en temps normal (jusqu'à 130% au début). Ce retour au poids normal n'est pas observé chez les sujets âgés.²⁷

Il apparaît par conséquent indispensable de prévenir la dénutrition.

Les outils d'évaluation doivent permettre de répondre aux questions suivantes :

- Y a-t-il ou non malnutrition ?
- Quel en est le type :

²⁷ Revue du soignant en gériatrie Février 2004 p 20.

Il peut s'agir d'une dénutrition exogène, c'est-à-dire dont la cause est extérieure au sujet, par carence d'apports alimentaires par exemple.

Ce peut être à l'inverse une dénutrition endogène : avec une cause organique, telle qu'une inflammation, ou un stress.

La dénutrition peut combiner les deux causes : sujet dont l'alimentation est insuffisante, qui tombe malade, et dont les besoins de l'organisme augmentent.

Les outils d'évaluation doivent permettre de déterminer l'intensité de la dénutrition.

Monique Ferry cite l'interrogatoire, technique permettant une évaluation des ingesta par le biais d'une enquête alimentaire, et l'anthropométrie qui nécessite la mesure du poids.²⁸

Différents « outils » sont utilisables pour évaluer l'état nutritionnel.

A) Les ingesta :

Ils correspondent à la quantité d'aliments ingérés par le sujet. Il s'agit d'évaluer les apports alimentaires des sujets âgés.

Le choix entre différentes techniques d'enquête alimentaire dépend du nombre de personnes à explorer, de leurs capacités intellectuelles, de la disponibilité d'une diététicienne, (coût..), du degré de précision souhaité compte tenu de l'objectif recherché : recherche ou observation clinique.

Ces techniques sont lourdes. Les médecins n'y sont habituellement pas entraînés. En pratique clinique quotidienne, dans un service hospitalier, une institution gériatrique, ou même au domicile de la personne, l'analyse d'un relevé grossier des ingesta permet de dépister les patients présentant un risque élevé, modéré ou faible d'insuffisance d'apports alimentaires. Ce relevé consiste à noter sur une feuille préparée à cet effet, la quantité de chaque met effectivement consommé pendant trois jours consécutifs.

En EHPAD, cette technique est utilisée dans certaines unités où la dénutrition des résidents est prise en compte.

B) L'anthropométrie :

Le poids est la mesure la plus simple à réaliser : il faut une balance stable, suffisamment large pour que la personne âgée puisse y tenir debout, ou une balance chaise qui devra être tarée avant chaque pesée .Il faut répéter la mesure à chaque consultation et s'intéresser aux variations de poids. Toute cassure dans la courbe de

²⁸ FERRY M. L'alimentation en maison de retraite. L'année gérontologique 1995.Paris P99.

poids est à noter. Une perte supérieure à deux kilogrammes en un mois ou supérieure ou égale à quatre kilogrammes en six mois doit alerter le praticien.

La perte de poids est significative si elle est supérieure ou égale à 4% en trois mois.

Le pourcentage de perte de poids se calcule ainsi :

- $(\text{Poids habituel} - \text{poids actuel}) / \text{poids habituel}) \times 100$.

D'autres mesures peuvent être pratiquées comme la mesure de la taille (discutable en gériatrie en raison des tassements vertébraux, elle est principalement utilisée pour calculer l'indice de masse corporelle : IMC)

L'organisation de ces mesures est essentielle, (fréquence ; régularité ; manière de noter les résultats ; de les conserver ; et surtout de les utiliser tout au long du séjour de la personne accueillie. Il n'est malheureusement pas rare dans certaines établissements de commencer à s'intéresser au poids d'un résident qu'à partir du moment où l'on remarque visuellement un amaigrissement.

C) Les questionnaires d'évaluation :

Un interrogatoire et le MNA (Mini Nutritional Assessment) sont des critères intéressants dans le dépistage de la dénutrition.

a) *L'interrogatoire*²⁹ :

Il est simple et rapide permet d'évaluer les facteurs de risque. Un score supérieur ou égal à 3 constitue un risque de malnutrition selon BROCKER et al.

L'indice de masse corporelle (IMC) ou indice de QUINTELET

Mesure : $\text{IMC} = \text{poids} / (\text{taille})^2$ en kilo / M²

Interprétation des résultats chez le sujet âgé :

IMC inférieur à 21 : la dénutrition est sévère.

$21 < \text{IMC} < 23$: malnutrition.

$\text{IMC} > 23$: état nutritionnel normal.

Pour le sujet âgé de plus de soixante dix ans, certains auteurs considèrent qu'il y a malnutrition dès que l'IMC < 24 car un surpoids modéré est plutôt garant d'une plus longue espérance de vie.

b) *Le Mini Nutritional Assessment (MNA)* :

²⁹ Annexe 1 : Interrogatoire permettant d'évaluer les risques de dénutrition.

Ce questionnaire est en passe de devenir une référence internationale pour évaluer l'état nutritionnel. Il se décompose en deux parties. La première permet un dépistage rapide, facile à réaliser. Le score maximal est de 14 points.

Quand le score est inférieur ou égal à 11 points, il existe une possibilité de malnutrition.

La deuxième partie du MNA devra être effectuée par un médecin.

D) Biologie :

Certains paramètres biologiques évaluent l'état nutritionnel, d'autres l'état inflammatoire. En pratique, on ne saurait évaluer l'un sans l'autre.

L'albumine est celui qui reste le plus utilisé.

L'évaluation de l'état nutritionnel ne peut être le fait que d'un seul outil, car aucun n'a suffisamment de sensibilité ou de spécificité pour permettre le diagnostic du type et de la sévérité de la malnutrition. Il faut donc associer plusieurs paramètres simples, anthropométriques et biologiques.

Après avoir évoqué les différents concepts concernant la dénutrition, nous mesurons mieux combien il est important de prévenir ce problème de santé publique, d'une part parce que nous en connaissons les effets délétères ; d'autre part parce que des moyens de dépistage existent.

1.2.2. La prévention, étape incontournable pour lutter contre la dénutrition des personnes âgées :

A) Par l'évaluation de l'état nutritionnel :

*« L'évaluation de l'état nutritionnel doit faire partie de l'examen clinique du sujet âgé, que ce soit en ambulatoire ou après une hospitalisation ».*³⁰

En cas de dépistage d'une dénutrition, un dosage de l'albumine permettra de préciser l'importance de la dénutrition protéinique, et d'envisager l'alimentation du sujet.

B) Par un suivi régulier de son état nutritionnel :

³⁰ FERRY M. Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques, et psychosociaux.

Durant le séjour, il est nécessaire de procéder à un suivi nutritionnel et d'adapter la prise en charge à l'état de santé. Un travail en équipe pluridisciplinaire est indispensable : médecin, soignants, personnel de cuisine, animateurs.

Les informations recueillies seront consignées dans le dossier de soins et utilisées par le personnel : courbe de poids.....

C) Par une ration calorique quotidienne adaptée à ses besoins nutritionnels :

La ration calorique quotidienne (RCQ) est la quantité d'aliments nécessaires dans une journée, répartie de la manière suivante :

- 15% à 20% de protéides.
- 25% à 30% de lipides.
- 55% de glucides.

L'apport en eau sera de 2.5 litres d'eau par jour, dont au moins 1 litre à 1.5 litre sous forme de boisson.

Les besoins protéiques journaliers sont estimés à :

- 1 gramme par kilo et par jour chez un sujet non dénutri.
- 1.2 à 1.5 gramme par kilo et par jour en chirurgie lourde et lors d'infections sévères.

Ces besoins sont plus élevés chez la personne âgée en état de dénutrition protéino-énergétique.

Les besoins alimentaires des personnes âgées sont globalement les mêmes que ceux des adultes.

Certes, la baisse des activités restreint les besoins énergétiques, mais les modifications métaboliques dues au vieillissement entraînent une discrète diminution de l'utilisation des nutriments. Si globalement, il convient de conseiller aux personnes âgées une alimentation normale, comparable à celle des adultes, quelques points essentiels doivent être renforcés :

- L'alimentation doit être variée, ce qui permet de prévenir les carences en vitamines.

- Les apports lactés seront plus importants : apports journaliers en calcium jusqu'à 1,2 voire 1,5 gramme par jour.

- les lipides se rapprocheront le plus possible des apports recommandés : 30% de la ration calorique quotidienne.

- Nécessité de renforcer la consommation d'aliments riches en fibres et à haute densité en nutriments.

La ration calorique globale doit être de bon niveau, dont la base sera assurée par des glucides complexes (55% de la ration calorique quotidienne).

Le rapport glucides/protéines ingérés doit être supérieur ou égal à 2,5.

La qualité des protéines est déterminante : les protéines d'origine animale sont à privilégier (60% de la ration protidique) car elles contiennent toutes les acides aminés indispensables, et exercent un effet bénéfique sur le tissu musculaire et le tissu osseux.

La survenue de tout accident de santé doit toujours susciter une démarche nutritionnelle de la part de l'entourage proche ou soignant en ayant éventuellement recours à une supplémentation protéo-calcique et vitaminique.

Or, cette démarche n'est pas toujours mise en œuvre, et certains résidents malades ne reçoivent pas systématiquement les compléments alimentaires que leur état de santé nécessite, ce qui les conduit à la dénutrition.

D) Par un suivi de son état bucco-dentaire.

Le coefficient masticatoire est un indicateur qui guidera les équipes dans la prise en charge alimentaire du résident. Il permettra de déterminer si des soins dentaires sont à apporter à la personne, quel type d'alimentation est à proposer...Il devra être évalué systématiquement lors de l'admission de la personne accueillie, afin de guider les équipes dans la texture alimentaire à proposer.

Lors du séjour, le respect d'une hygiène buccale est également un élément important de la prise en charge au quotidien (rinçage de la bouche après les repas avec des produits adaptés, soins dentaires lorsque cela est possible.)

E) Par un maintien de son autonomie dans l'acte de manger :

Une étude³¹ récente a démontré que l'instauration d'une alimentation à la cuillère sans processus de décision est inopérante. Une alimentation à la cuillère appliquée à un résident qui peut s'alimenter seul ne peut que conduire à sa dépendance et le mettre face à ses incapacités.³²

Une amélioration de la prise alimentaire a été remarquée chez les personnes âgées qui mangent avec leurs doigts. Or l'attitude la plus fréquente des agents consiste à leur donner une cuillère pour qu'elles mangent seules, ou à les assister et à leur donner eux-mêmes à manger. Ceci conduit certains résidents à des refus alimentaires.

³¹ GEISCHBUHLER E ; GEISSBUHLER F ; RAPIN CH ; Poids des problèmes pratiques, conceptuels et éthiques liés à l'alimentation à la cuillère des patients âgés en perte de capacités. Recherche et soins infirmiers N° 64 mars 2001, PP 6-10.

³² IBID P 6.

Une aide à la réflexion des équipes sur ce point permettrait de guider l'action des soignants.

La prévention de la dénutrition me paraît conditionnée par l'existence au sein des équipes de connaissances médicales et nutritionnelles minimales sur ce sujet, guidant leur pratique professionnelle ; leur observation et leur prise en charge quotidienne de la personne.

A ceci s'ajoute une composante indispensable du « bien manger » : la dimension sociale du repas.

F) En garantissant au résident un environnement social adapté :

C'est parce que manger a une autre signification qu'absorber des aliments qu'il est nécessaire de prendre en compte les dimensions environnementales et relationnelles.

« Répondre au besoin physiologique est nécessaire mais pas suffisant. Il n'assure que la survie. S'il nous paraît utile de survaloriser la nourriture, en revanche, il est indispensable de maintenir le caractère social du repas. »³³

Selon Brillat- Savarin,³⁴ *« le plaisir de la table est certain si l'on réunit les quatre conditions suivantes : chère au moins passable, bon vin, convives aimables, temps suffisant. »*

A l'aspect nutritionnel, il paraît difficile de dissocier l'aspect social du repas. La nourriture revêt une dimension affective et fait partie de l'histoire de chacun.

« Le repas s'apprécie bien au-delà de ce que l'on trouve dans l'assiette. Il est d'abord un acte social, et même quand il est pris en solitaire, il doit au moins refléter le respect du à la personne âgée et reconnaître sa place dans notre société. Il est l'occasion de la solliciter, de lui permettre d'exprimer son individualité.³⁵ Le repas est un temps fort en relations sociales : tant dans les échanges entre les résidents que dans les relations avec le personnel. Il doit être un moment de plaisir (gustatif, olfactif, et visuel). Le bien manger demeure un acte essentiel de bonheur vécu au quotidien. »

Chez le sujet âgé institutionnalisé, il faut rechercher la convivialité et le plaisir d'être à table avec d'autres, respecter les rythmes alimentaires et favoriser les plats appétissants avec un assaisonnement adapté.

Le repas doit être considéré comme une priorité dans les établissements accueillant des personnes âgées car il est un des seuls domaines d'expression qui soit accessible aux résidents. Il ne nécessite pas de compétences particulières, mais fait

³³ ANGLARD A, MENIN Charlotte ; Manger en institution Gériatrie et Société N°43.

³⁴ Brillat-savarin ; Physiologie du goût. Flammarion Paris ; 1982 399 P.

appel aux souvenirs, aux expériences de chacun, et fait référence à une culture commune.

Une personne âgée a besoin de ressentir du bien être physique³⁶ par un bon confort hôtelier, par une prise des repas satisfaisant ses goûts et habitudes alimentaires, malgré ses handicaps et ses problèmes de santé, par des contacts physiques agréables.

Le temps du repas chez une personne en perte d'autonomie est facilement anxiogène, car il constitue un moment de confrontation de la personne âgée avec ses incapacités, causées par un vieillissement pathologique, ou le vieillissement physiologique, mais qui font obstacle à son plaisir de manger. L'aide apportée à la personne doit alors tenir compte de ses besoins, de ses demandes, et respecter l'individu en perte d'autonomie.

Le résident doit être considéré comme un client que l'institution est là pour servir, d'où l'importance de connaître ses besoins, de chercher à répondre à ses attentes.

Selon Gilbert Racine,³⁷ *« la valeur technique d'un EHPAD est certes fonction de ses équipements, mais aussi de l'implication du personnel, donc de ses services actions »*. Selon lui, *« l'esprit de service du personnel à l'égard des clients consiste à placer le client au centre de toutes les activités, établir et maintenir le contact avec lui, offrir une qualité de vie contribuant à son bien-être, présenter en cas d'incident une information ou une solution de remplacement quasi immédiate, rester disponible en récupérant et en prenant de la distance par rapport à un vécu quotidien stressant et usant »*.

Ces différents éléments amènent à penser combien la responsabilité des professionnels des institutions gériatriques est grande, et combien la responsabilité du directeur garant de la prise en charge des résidents est importante.

³⁵ ABRAMOVICI C ; Le goût de la vie. Gérontologie et Société, décembre 1997 N° 83 PP 85-86.

³⁶ RACINE G ; La démarche qualité dans les EHPAD. Berger Levrault ; Paris AVRIL 2000, P54.

2. LE REPAS EN EHPAD : une prestation au carrefour du soin, de l'hôtellerie, et de l'animation :

2.1. La restauration, un des aspects de la prise en charge du résident :

A partir du moment où la personne âgée entre en établissement, un certain nombre de prestations lui sont assurées : les soins de nursing ; les soins médicaux, la restauration, l'animation. Le règlement de fonctionnement fixe les modalités de sa prise en charge, et lors de son admission, la personne signe un contrat de séjour qui décrit les prestations qui seront assurées par l'établissement.

La restauration est donc un des aspects de la prise en charge, quelque soit le niveau d'autonomie de la personne. En fonction des établissements, la personne peut disposer d'un petit frigidaire dans sa chambre, ce qui lui permet d'être un peu plus indépendante dans sa prise alimentaire si elle reste en mesure de se faire apporter des denrées alimentaires, ou si elle a la capacité d'aller en ville. Néanmoins, le résident reste « dépendant » de l'organisation de l'établissement quant à la nature des repas servis, les horaires auxquels ils sont servis.....

2.1.1 Une prise en charge guidée par des évolutions législatives récentes :

Ces dernières années, d'importantes évolutions législatives visent à garantir la qualité des prestations offertes.

Le directeur définit et met en place la politique générale de l'établissement en assurant la gestion du budget, du personnel ; en organisant les services conformément à la réglementation en place. Avec lui, l'ensemble du personnel est aujourd'hui engagé dans la démarche qualité.

A) Les textes qui imposent une démarche qualité :

³⁷ RACINE G ; La démarche qualité dans les EHPAD. Berger Levrault. Paris Avril 2000 P 54.

a) *La Loi du 24 janvier 1997* :³⁸

Elle prévoit qu'aucun établissement ne pourra recevoir des personnes âgées dépendantes s'il n'a pas préalablement signé une convention tripartite avec le Conseil Général et la DDASS.

Cette convention définit les conditions de la prise en charge des personnes et les types de soins qui leur sont prodigués. Elle précise les objectifs d'évolution de la structure et les modalités de leur évaluation.

b) *L'Arrêté du 26 avril 1999* :³⁹

Il précise le cahier des charges de la convention pluriannuelle. Il donne du contenu à la mise en place d'une démarche qualité en EHPAD.

La convention pluriannuelle, communément appelée « convention tripartite » a été conçue comme un outil au service de la qualité des prestations offertes par les établissements aux personnes âgées.

Cet Arrêté développe également la notion de qualité de la prise en charge qui est « tout à la fois fonction de la nature du cadre de vie, du professionnalisme et de l'organisation des intervenants qui assurent la prise en charge dans le respect de la personne et de ses choix. »

c) *Le Décret du 27 avril 1999* :

Il indique que le projet de vie concerne la qualité de vie au sein d'un établissement au regard de l'habitat, de la restauration, de l'existence ou non d'un sentiment de sécurité, de solitude, et de la qualité d'ensemble de la vie sociale.....

Ainsi que les actions menées pour aider les personnes âgées à conserver un degré maximum d'autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de leurs choix et de leurs attentes. Le projet de vie, dans la logique du projet d'établissement, prépare le terrain à la mise en œuvre de la démarche d'assurance qualité recommandée par les textes, et celui de l'évaluation de la qualité.

³⁸ LOI N°97 -60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la Loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

³⁹ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 51 de la Loi N° 75-737 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. JO N°98 du 27 AVRIL 1999.

Le recrutement d'un médecin coordonnateur devient obligatoire. Celui-ci a un double rôle : celui de conseil et d'organisation des soins au sein de l'établissement.

d) *La Loi du 02 janvier 2002⁴⁰ rénovant l'action sociale et médico-sociale :*

Elle précise un des outils de la démarche qualité : l'article 12 indique que pour chaque établissement ou service social et médico-social est élaboré un projet d'établissement qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

On peut donc dire que la qualité de la prise en charge et des soins prodigués aux personnes âgées est liée autant à l'existence d'un cadre de vie agréable qu'à celle d'une bonne organisation de chaque institution. Cette dernière s'obtient notamment par un renforcement de l'équipe soignante grâce à la mise en place du médecin coordonnateur au sein des EHPAD. Elle s'obtient par la professionnalisation des agents, toutes disciplines confondues.

B) Des référentiels et des plans pour mieux appréhender la nutrition dans les établissements :

a) *des référentiels de bonnes pratiques ont vu le jour.*

Ces outils visent à prendre au mieux en charge la multiplicité des acteurs concernés, et la spécificité des pathologies gériatriques. La DGAS (Direction Générale de l'Action Sociale) et la DGS (Direction Générale des Soins) ont élaborés des recommandations visant à aider les professionnels à améliorer leurs pratiques gériatriques. Pour ce qui est de la nutrition, les grandes lignes de la prise en charge sont données : « répondre aux besoins spécifiques et évolutifs de la personne âgée en individualisant sa prise en charge par des professionnels utilisant des procédures formalisées ».

Parallèlement à ces évolutions réglementaires imposées aux EHPAD, des plans ont été amorcés par le Gouvernement, afin de prévenir les problèmes de santé liés à la dénutrition.

b) *Mise en œuvre du PNNS (Plan National Nutrition Santé)⁴¹ :*

⁴⁰ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Lancé par le Gouvernement en janvier 2001, pour une durée de cinq ans, ce programme a pour objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition. Outre les objectifs nutritionnels « prioritaires », tels qu'augmenter la consommation de fruits et légumes, ou réduire de 5% la cholestérolémie moyenne de la population des adultes, le PNNS s'est fixé neuf objectifs nutritionnels spécifiques, dont deux s'attachent tout particulièrement à la personne âgée :

- Améliorer son statut en calcium et en vitamines D.
- Prévenir, dépister, limiter la dénutrition.

Ainsi, la nutrition est un enjeu de santé publique. Le PNNS est aussi à l'origine de la circulaire DHOS/EIN°2002/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé qui préconise la mise en place de CLAN (Comités de Liaison en Alimentation et Nutrition).

Ce comité devra faire évoluer les pratiques professionnelles pour mieux prendre en compte attentes et besoins des personnes âgées, et renforcer la démarche qualité dans la fonction restauration nutrition.

Les établissements de santé sont aussi encouragés à embaucher des diététiciens, et à pratiquer une estimation de l'IMC (indice de masse corporelle) grâce à l'utilisation de disques spécifiques. (A noter que cette circulaire ne s'applique pas aux EHPAD).

c) le programme national « bien vieillir » 2003-2005.⁴²

Celui-ci s'adresse aux personnes de plus de cinquante cinq ans. Il complète le PNNS par la promotion d'une activité physique adaptée à l'âge. Ainsi, une activité modérée au-delà de quatre-vingt ans permettrait de limiter la survenue de chutes⁴³, et la dénutrition. Ce programme préconise le développement d'actions associant activités physiques et alimentaires équilibrées dans la prévention des pathologies ostéo-articulaires (arthrose, ostéoporose, chutes).

Ces évolutions, même si elles n'imposent rien aux EHPAD, amènent à reconsidérer l'accueil des résidents puisque la Loi du 24 janvier 1997 oblige à individualiser, répondre aux besoins et attentes de ces derniers.

⁴¹ Circulaire DGS/(SD5A) n° 2002-13 du 9 janvier 2002 relative à la mise en place du Programme National Nutrition en Santé (en ligne) disponible sur internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>

⁴² Secrétariat d'Etat aux personnes âgées : Ministère des sports. Programme National « Bien Vieillir » 2003-2005. Mars 2003 39P

⁴³ Ibid P11

2.1.2. La mise en oeuvre de ces évolutions réglementaires à la MDRY :

A) Présentation de l'établissement :

A la MDRY où j'ai effectué mon stage de professionnalisation, cette démarche qualité est déjà mise en place depuis plusieurs années. L'établissement a le statut d'EHPAD depuis le 01 décembre 2001. Cet établissement public à caractère médico-social comprend quatre cent onze lits répartis sur quatre résidences, ainsi qu'un foyer accueillant cent dix adultes handicapés : le Foyer Cadet Roussel.

L'établissement est l'héritier d'une tradition d'accueil depuis 1188. L'ancien hospice s'est transformé en « Etablissement Départemental d'Assistance » en 1894, puis en Maison Départementale de Retraite en 1906. Il n'a ensuite cessé de s'agrandir et de se moderniser. Il offre aujourd'hui une possibilité d'accueil de jour et d'accueil temporaire en complément de l'hébergement traditionnel. Il dispose d'un service de tutelles.

Aujourd'hui, son GMP s'élève à 67,03. Les quatre cent onze résidents de l'EHPAD sont répartis sur les quatre résidences en fonction de leur état de santé et de dépendance :

a) La résidence DE LATTRE :



Elle est la plus ancienne, entièrement humanisée, elle accueille quarante résidents handicapés de plus de soixante ans.

Au 31 décembre 2004, son GMP était de 51.

b) La résidence du CARRE PATISSIER :

Elle accueille cinquante et un résidents en chambre individuelle.

Au 31 décembre 2004, son GMP était de 51,56.



c) La résidence du PANIER VERT :

Elle héberge des résidents valides dans des chambres individuelles meublées.

Au 31 décembre 2004, son GMP était de 58,06. .



d) La résidence de CHAMPLYIS :



Ouverte en 1981, cette résidence en forme d'étoile est composée de six services de quarante lits chacun, répartis sur quatre étages. Elle accueille deux cent quarante personnes présentant une poly-pathologie chronique ou dégénérative entraînant une perte d'autonomie physique (mobilité réduite, vulnérabilité aux chutes, problèmes sensoriels, incontinence) et/ou une perte d'autonomie sur le plan psychique (déficits cognitifs, anxiété, dépression). Les résidents sont répartis dans des chambres individuelles ou à deux lits, offrant toute la technicité nécessaire.

Au 31 décembre 2004, son GMP était de 75 ,54 avec 77 ,40% des résidents en GIR1 et 2. ; 22,33% en GIR 3-4. Et 0 ,27% en GIR 5-6.

Afin d'accueillir les résidents selon les conditions définies par la réglementation, la MDRY a engagé une démarche d'auto-évaluation préalable à sa labellisation en EHPAD, puis elle s'est dotée après la signature de la convention, d'outils comme le projet d'établissement et le projet de vie.

B) Mise en place d'outils :

a) *Le projet d'établissement à la MDRY :*

La qualité de vie des personnes âgées y est affichée comme un enjeu et un défi quotidien pour l'institution. Il repose sur le respect et la satisfaction des besoins du résident. Il prévoit de formaliser des procédures et de les écrire pour s'assurer du fonctionnement de l'institution et de son organisation au service du résident.

Le projet d'établissement indique que : « *la qualité des pratiques professionnelles de toutes les équipes, c'est-à-dire de chacun, quels que soient le niveau de responsabilité et la fonction, détermine la qualité de vie de la personne âgée jusqu'à la fin de sa vie.* »

« *L'adaptation permanente des pratiques est liée aux besoins et aux attentes des personnes âgées accueillies et à l'évolution sensible de ces besoins et attentes en fonction de l'état de santé et de dépendance de la personne.* » Il est précisé que cette adaptation doit refléter les avancées marquées par la gériatrie et la gérontologie pour l'amélioration des prises en charge.

b) Le projet de vie à la MDRY

Il est propre à chacune des résidences, et basé sur les objectifs poursuivis compte tenu du profil des résidents accueillis.

Pour ce qui concerne la Résidence de Champlys, la qualité de vie de chaque résident jusqu'à la fin de sa vie en est la finalité. Il y est décliné le fonctionnement quotidien de la résidence autour de la personne âgée à partir de ses pratiques professionnelles. Il est orienté sur la relation d'aide et la communication verbale et non verbale caractérisant chaque étape du fonctionnement de la résidence.

On y a défini un accompagnement personnalisé des personnes âgées, avec des services adaptés à leurs besoins spécifiques et évolutifs quels que soient leur état de santé et leur niveau de dépendance.

Sont ainsi visés :

- L'individualisation de l'aide et de l'accompagnement auprès de chaque résident.
- La continuité, autant que faire se peut de leurs habitudes.
- Le goût de vivre en les accompagnant jusqu'à la fin de leur vie.

Pour y parvenir, la professionnalisation des équipes est recherchée. Ce projet de vie a été établi à l'issue d'une large consultation auprès de l'ensemble des résidents, des familles, du personnel de Champlys, du personnel des services transverses, des intervenants extérieurs et de la Direction afin de recueillir l'avis d'un maximum de personnes concernant la qualité de vie proposée aux deux cent quarante résidents accueillis à la résidence Champlys.

La qualité de vie de chaque résident jusqu'à la fin de sa vie est la finalité.

Elle concerne tous les domaines de la vie quotidienne de la résidence : accueil, cadre de vie, restauration, hôtellerie, confort et bien être, vie sociale et animation, sécurité et liberté, information et participation, fin de vie.

Parmi les points à améliorer en ce qui concerne la restauration, ont été soulignés :

- La demande d'agrandissement des salles à manger rendues trop exigües par l'augmentation du nombre de fauteuils médicalisés.
- L'ajustement encore plus affiné de la restauration, en prenant en compte tout particulièrement la saveur et l'évolution des besoins en quantité au jour le jour.

c) Le projet de soins

A la MDRY, le projet de soins n'a pu être réalisé, du fait que le médecin coordonnateur n'a été recruté que depuis un an. Son élaboration est prévue à court terme.

d) Le conseil de la vie sociale :

Il s'agit d'une instance de représentation des usagers initialement appelée « Conseil d'établissement », et rendue obligatoire par le Décret N° 91-1415 du 31 décembre 1991.⁴⁴ Les résidents et les familles de résidents y étaient en fait insuffisamment représentés.

Le Décret d'application de la Loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale remplace le conseil d'établissement par le Conseil de la Vie Sociale

Le Décret d'application 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 fixe la composition , le mode de désignation, les compétences, ses modalités de fonctionnement.....

Le Conseil de la vie sociale est un organe consultatif qui peut formuler des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne. La restauration est par conséquent un des domaines qui le concerne.

A la MDRY il est constitué et permet aux résidents et aux familles d'aborder les points qui leur paraissent nécessaires à l'amélioration de leur quotidien.

La restauration des résidents est un thème qui revient régulièrement à l'ordre du jour.

Le Directeur et les agents de la MDRY y informent les membres de l'assemblée des évolutions institutionnelles : création de fiches de goût et de dégoût, mise en place de commissions de restauration, travaux de restructuration de la cuisine et de réfection des offices.....

Les animatrices retracent les différents repas organisés ou prévus, que ce soit à la MDRY ou à l'extérieur (sorties restaurant et diverses).

⁴⁴ Décret N° 91- 1415 du 31 décembre 1991 relatif aux Conseils d'Etablissements des institutions sociales et médico-sociales mentionnées à l'article 3 de la Loi N° 75-535 du 30 juin 1975 (en ligne) disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>.

Les résidents et leurs représentants font part de leurs souhaits, de leurs commentaires, que ce soit pour souligner la qualité des prestations servies ; demander des aménagements ; ou pour dire leur mécontentement. Au cours des dernières réunions, il a été demandé :

- Que des nappes soient mises sur les tables de la salle à manger (seuls les repas de fête le prévoient).

- Que la quantité de certains aliments servis soit augmentée ; ou que la fréquence de certains aliments soit augmentée : légumes verts jugés insuffisants par certains résidents ; frites souhaitées plus souvent au menu.....

Les résidents et les familles soulignent leur plaisir à participer à des animations : repas tels que les repas anniversaires ; les repas à thèmes ; raclettes.....

L'institution n'est pas toujours en capacité de répondre aux demandes formulées par les résidents, mais le Conseil de la Vie Sociale est une instance très importante dans le sens où elle permet d'instaurer un dialogue entre l'institution et les usagers ; de réfléchir aux problèmes soulevés ; d'argumenter certains aménagements qui ne seraient pas réalisables. Sont ainsi instaurés un dialogue et une réflexion commune préalablement à une mise en application d'améliorations dès lors que ceci est compatible avec les normes de sécurité alimentaires.

C) La restauration à la MDRY : organisation et procédures :

J'ai constaté que l'institution a fait des choix dans ce domaine, et s'est donné les moyens d'atteindre un niveau de qualité répondant aux attentes des résidents. L'établissement a choisi de conserver une cuisine centrale productrice des repas servis aux résidents et aux membres du personnel.

Des commissions de restauration ont été instaurées dès 2002.

En janvier 2004, une conseillère hôtelière a été recrutée et une procédure de suivi alimentaire mise en place.

Des « référents restauration » ont été désignés dans chacune des résidences.

a) La cuisine centrale

La production des repas est assurée par une équipe de vingt agents, encadrés par un responsable de service et par un adjoint. Les menus sont élaborés par le chef de cuisine. La conseillère hôtelière veille ensuite à leur équilibre sur le plan nutritionnel. (Il n'y a pas de diététicienne au sein de l'établissement).

La production actuelle est d'environ mille trois cent repas par jour. Un transport de la cuisine centrale aux offices des différentes résidences est assuré par chariots

maintenant les repas au chaud. Les repas sont distribués aux résidences dans des barquettes multi portions. Les agents les reçoivent peu avant midi. Ils préparent les hors d'œuvre, puis servent le plat principal à l'assiette.

Les quantités sont calculées sur un grammage moyen adapté aux catégories de consommateurs en fonction de leurs besoins nutritionnels. Elles sont globalement suffisantes, d'autant plus qu'une marge raisonnable est appliquée. Tous les résidents ne mangent pas la même quantité, ce qui permet d'adapter celle-ci en fonction de leurs souhaits, les quantités moindres compensant les quantités supérieures des plus gros mangeurs.

Actuellement, la cuisine centrale et les offices des différentes résidences sont en cours de restauration. Ces travaux permettront aux offices d'assurer un meilleur stockage et de réchauffer des plats issus de la cuisine centrale et transportés par le biais de la liaison froide.

Les objectifs visés sont pluriels, mais nous soulignerons, dans le cadre de ce mémoire, notamment celui qui est d'assurer une prestation adaptée aux spécificités de la restauration sociale en prenant en compte les différents types de clientèle : personnes âgées dépendantes, adultes handicapés, agents hospitaliers.

Il est prévu de rester en production centralisée. Une fois élaborés, les plats chauds seront refroidis, puis transportés sur les différents sites de consommation dans des chariots entre 3° et 6° pour être remis en température par le biais d'un terminal dans le service où ils seront consommés.

Les repas servis sont variés, d'une bonne qualité, et en quantité suffisante. L'équipe assurant la production est soucieuse de répondre aux besoins des résidents. Elle poursuit ses réflexions quant aux adaptations à mener, après remarques des résidents et agents.

Une démarche qualité a été menée au sein du service restauration. Ont ainsi été élaborés : des fiches de poste des agents, des protocoles liés à la mise en œuvre de la méthode HACCP, des⁴⁵fiches techniques concernant les plats visant à garantir une composition et une proportion identique quel que soit l'agent qui les prépare.

Les agents sont de formation différente : charcutier, cuisinier, pâtissier.... Ce qui n'est pas sans intérêt pour la qualité des menus. Ainsi par exemple, la pâtisserie est réalisée par le personnel.

⁴⁵ Hazard Analysis Critical Control Point. Normes obligatoires depuis l'Arrêté du 29 septembre 1997 sur la restauration collective.

L'établissement a la particularité de proposer aux résidents de participer à des raclettes, à des repas à thèmes. Les anniversaires font l'objet d'un repas au cours duquel chaque résident peut inviter deux membres de sa famille ou de son entourage.

Un travail de partenariat régulier entre la cuisine, les soignants et les animateurs est à souligner grâce à plusieurs instances : commissions des menus, réunions de cadres.

b) La procédure de suivi alimentaire

Elle a été instaurée afin de répondre au mieux aux besoins et souhaits des résidents. Elle s'applique dans les services des cuisines et les services de soins. Un référent restauration est chargé, dans chaque unité, de travailler avec la conseillère hôtelière afin d'évaluer la qualité des repas et l'environnement hôtelier, et d'envisager les améliorations à prévoir. Des commissions de restauration ont lieu mensuellement.

Différents modes opératoires constituent la base de cette procédure de suivi alimentaire :

- Le mode opératoire « renseignement et synthèse des régimes et goûts alimentaires individuels »⁴⁶. Chaque service dispose d'un classeur spécifique dans lequel figurent les renseignements ainsi obtenus. La procédure prévoit la mise à jour régulière de ce classeur en fonction de l'évolution des situations individuelles. Les renseignements sont à donner dans les trois jours suivant l'entrée du résident. Si ce dernier n'est pas en mesure d'exprimer ses souhaits, un membre de l'entourage ou de la famille est consulté par l'agent : AS, AMP, ASH (aide soignant, aide médico-psychologique, agent de service hospitalier). Il est également tenu compte du régime éventuel de la personne : diabétique, sans sel.... Ainsi que sa capacité à manger (morceaux entiers, aliments hachés ou mixés).

- Le mode opératoire « élaboration et diffusion des menus »⁴⁷ définit les modalités d'élaboration des menus par le responsable restauration qui les transmet à la conseillère hôtelière pour modification éventuelle avant signature du Directeur adjoint et du responsable restauration. Les menus sont ensuite diffusés dans les résidences deux semaines avant la date proposée sur le menu, puis affichés dans les résidences. La présentation de la feuille des menus a fait l'objet à plusieurs reprises de modifications afin de la rendre plus compréhensible.

⁴⁶ Annexe 2 : Mode opératoire « Renseignements et synthèse des régimes et goûts alimentaires individuels ».

⁴⁷ Annexe 3 : Mode opératoire « Elaboration et diffusion des menus »

- Le mode opératoire «commande des menus »⁴⁸ permet aux soignants d'établir chaque semaine, la commande des menus. Ils se reportent préalablement au classeur récapitulatif des régimes et dégoûts alimentaires individuels, et au planning indiquant le nombre de résidents qui prendront effectivement leurs repas à la résidence. Les remplacements de plats sont indiqués. Le cadre de santé du service valide et signe la commande qui est adressée au service cuisine.

- Le mode opératoire « Demande de modification des menus »⁴⁹ permet aux soignants d'informer les cuisines des repas à ajouter, à modifier, ou à annuler.

c) Les commissions de restauration :

Elles ont lieu une fois par mois, en alternance dans chacune des résidences. Les résidents y sont représentés par des membres désignés. Ces commissions visent à améliorer la qualité des repas servis en fonction des besoins et des attentes des résidents. Y participent : le Directeur, le Directeur adjoint, le cadre supérieur de santé, les cadres de santé, le responsable restauration, la conseillère hôtelière, et les référents restauration des différents services (ASH ; AMP ; AS ou IDE).

Quelques thèmes abordés en 2004 : la procédure de suivi alimentaire, les repas à thèmes, les souhaits des résidents, les quantités, le pain...

En début d'année, une synthèse des comptes-rendus des commissions restauration de l'année est établie. Elle décrit, pour chaque problème soulevé, les solutions apportées, et les actions mises en œuvre.

Ainsi, la commission plénière de janvier 2005, a fait le bilan de la procédure « suivi alimentaire des résidents » mise en œuvre un an auparavant. Un questionnaire avait été remis dans chaque service afin de recueillir l'avis des agents sur le fonctionnement des modes opératoires. Des réajustements sont ainsi prévus pour 2005 :

- Remplir la fiche des régimes et des dégoûts alimentaires dans les trois jours suivant l'entrée du résident, et le classeur dans la semaine suivante, ainsi que la procédure le prévoit.

- Revoir certaines méthodologies avec les agents : celle qui concerne l'élaboration des commandes de menus, celle de modification des menus, dans la mesure où elles ne donnent pas satisfaction (lourdeur pour le remplissage).

Pour 2005, il est envisagé de diffuser un questionnaire de satisfaction à l'attention des résidents, concernant la restauration dans sa globalité.

⁴⁸ Annexe 4 : Mode opératoire « Commande des menus ».

⁴⁹ Annexe 5 : Mode opératoire « Demande de modification de commande des menus ».

La MDRY a mis en place une procédure de suivi alimentaire qui assure une articulation entre le service des cuisines, les soignants, et les animatrices, par le biais d'outils formalisés.

L'individualisation des repas est recherchée, et les souhaits et besoins des résidents pris en compte. La qualité gustative et la variété des repas sont deux dimensions qui guident le travail des agents.

Toutefois, l'institution ne prévoit pas de prise en charge particulière en cas de situation à risque, ou de maladie entraînant un hypercatabolisme.

Quels en sont les effets sur les résidents ?

Qu'en est-il de leur statut nutritionnel ?

2.2. Malgré les procédures mises en place, existe-t-il des résidents dénutris à la MDRY ?

C'est pour répondre à cette question qu'une étude nutritionnelle m'a semblé être incontournable pour traiter de ce sujet.

Avec l'aide du médecin coordonnateur de l'établissement, j'ai engagé un travail visant à évaluer le statut nutritionnel de certains résidents de la MDRY durant mon stage.

Une enquête auprès des agents par le biais d'un questionnaire, et une observation in situ ont été deux axes complémentaires à ce travail.

Je souhaitais ainsi mieux cerner le degré de connaissances des équipes en la matière, et observer leur pratique professionnelle lors des repas servis aux personnes accueillies.

2.2.1. Etude et analyse de la dimension nutritionnelle à la MDRY :

A) L'évaluation nutritionnelle :

a) Son objectif :

Cette étude visait à renseigner sur le statut nutritionnel des résidents. On y a recherché la présence de résidents dénutris ou à risques de dénutrition. Elle a été effectuée par le médecin coordonnateur de l'établissement, aidé des équipes soignantes.

b) Choix d'un échantillon de quatre-vingt résidents de Champlys âgés de plus de soixante quinze ans :

Champlys a été choisie car les résidents y sont plus âgés et plus dépendants ; or on sait que ces deux paramètres accentuent la dénutrition.

Au 31 décembre 2004, son GMP était de 75,54.

Les GIR 1 et 2 représentaient 77,40%.

Les GIR 3 et 4 représentaient 22,33%.

Les GIR 5 et 6 représentaient 0,27%.

Au 28 janvier 2005, d'après le bilan standard établi avec la grille GALAAD⁵⁰ :

- 85% des résidents étaient classifiés comme susceptibles d'être déments.

- 43,21% des résidents étaient classifiés comme errants ou susceptibles de l'être.

- 2,06% des résidents étaient classifiés comme fugueurs ou susceptibles de l'être.

Les personnes composant l'échantillon ont été tirées au sort parmi trois des unités de la résidence de Champlys : les Moulins, les Roches ; et les Beugnon.

(Les résidents en fin de vie avaient été écartés d'emblée, la problématique concernant ces personnes étant tout à fait autre que celle que nous développons dans ce mémoire).

Je me suis limitée à trois unités parce que j'ai choisi de diffuser les questionnaires visant à mesurer les connaissances des professionnels dans les mêmes unités que celles où les résidents avaient été évalués.

c) Utilisation du MNA

Ce questionnaire a été retenu car il est largement validé, n'a recours qu'à des paramètres d'interrogatoires, et n'engendre aucun surcoût biologique.

Il est composé de dix-huit items contenus dans deux parties distinctes. La première partie vise à faire un dépistage rapide au moyen de six questions. Elle peut être réalisée avec l'aide d'un soignant. Elle vise à identifier d'éventuels facteurs de risque de dénutrition tels qu'une pathologie, une perte de poids, un indice de masse corporelle significatif.

Le score maximal est de quatorze points. Un score inférieur à onze points indique une possibilité de malnutrition et nécessite de poursuivre l'évaluation.

La seconde partie du questionnaire comporte douze items. Elle est à utiliser par un médecin. L'aide d'un soignant ou d'un membre de l'entourage connaissant bien le sujet permet d'affiner l'évaluation dans les situations où la personne n'est plus en mesure de répondre elle-même.

⁵⁰ Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision.

Les paramètres anthropométriques, l'évaluation globale, le comportement nutritionnel et l'évaluation subjective du résident quant à son statut nutritionnel permettent d'obtenir un score maximal de trente points. Les données recueillies sont traitées par le biais d'un logiciel qui calcule le score obtenu.

Le MNA a été validé pour classer les résidents en :

- « correctement nourris » lorsqu'un score de vingt- quatre points est atteint.
- « à risque de malnutrition » pour un score compris entre dix sept et vingt trois points et demi.

- « en état de dénutrition » pour un score inférieur à dix sept.

Le tableau suivant présente cet outil.



Évaluation de l'état nutritionnel

Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Date : _____
 Age : _____ Poids en kg : _____ Taille en cm : _____ Hauteur du genou en cm : _____

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

- A** Le patient présente-t-il une perte d'appétit?
 A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?
 0 = anorexie sévère
 1 = anorexie modérée
 2 = pas d'anorexie
- B** Perte récente de poids (< 3 mois)
 0 = perte de poids > 3 kg
 1 = ne sait pas
 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
 3 = pas de perte de poids
- C** Motricité
 0 = du lit au fauteuil
 1 = autonome à l'intérieur
 2 = sort du domicile
- D** Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?
 0 = oui 2 = non
- E** Problèmes neuropsychologiques
 0 = démence ou dépression sévère
 1 = démence ou dépression modérée
 2 = pas de problème psychologique
- F** Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)
 0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Score du dépistage (sous-total max. 14 points)

12 points ou plus normal : pas besoin de continuer l'évaluation

11 points ou moins possibilité de malnutrition : continuez l'évaluation

Évaluation globale

- G** Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?
 0 = non 1 = oui
- H** Prend plus de trois médicaments?
 0 = oui 1 = non
- I** Escarres ou plaies cutanées?
 0 = oui 1 = non

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?

- 0 = 1 repas
 1 = 2 repas
 2 = 3 repas

K Consomme-t-il?

- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui non
 - Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses? oui non
 - Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille? oui non
- 0,0 = si 0 ou 1 oui
 0,5 = si 2 oui
 1,0 = si 3 oui

L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?

- 0 = non 1 = oui

M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour?

- (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)
 0,0 = moins de 3 verres
 0,5 = de 3 à 5 verres
 1,0 = plus de 5 verres

N Manière de se nourrir

- 0 = nécessite une assistance
 1 = se nourrit seul avec difficulté
 2 = se nourrit seul sans difficulté

O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)

- 0 = malnutrition sévère
 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée
 2 = pas de problème de nutrition

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?

- 0,0 = moins bonne
 0,5 = ne sait pas
 1,0 = aussi bonne
 2,0 = meilleure

Q Circonférence brachiale (CB en cm)

- 0,0 = CB < 21
 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22
 1,0 = CB > 22

R Circonférence du mollet (CM en cm)

- 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31

Évaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

- de 17 à 23,5 points risque de malnutrition
 moins de 17 points mauvais état nutritionnel

Réf. : Guigoz Y., Vellas B. and Garry P.J. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*, Supplement #2:15-59.
 Rubenstein L.Z., Harker J., Guigoz Y. and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B., Garry P.J., and Guigoz Y., editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance programme, vol. 1. Karger, Bâle, in press.
 © 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners.

d) Résultats obtenus à l'issue de l'étude nutritionnelle :

Des tableaux figurant en annexes permettent de visualiser les réponses obtenues aux différents items⁵¹.

e) Discussion :

Le statut nutritionnel des quatre-vingt résidents composant l'échantillon se résume ainsi :

STATUT NUTRITIONNEL	RESIDENTS NON CONCERNES	RESIDENTS A RISQUE	RESIDENTS DENUTRIS
NOMBRE DE RESIDENTS	8	46	26
POURCENTAGE	10%	57,50%	32,50%

D'après les résultats obtenus, 32,50% des personnes évaluées sont dénutries. Ce chiffre est un peu supérieur à ceux indiqués dans les études de prévalence. (L'INSERM estimait les personnes dénutries résidant en maison de retraite ou en service de long séjour entre 15% et 30%).

L'étude nutritionnelle invalide ma première hypothèse : « les repas actuellement servis sont à même de satisfaire les besoins des résidents, et ces derniers ne sont pas concernés par la dénutrition ».

Afin de poursuivre ma recherche, j'ai réalisé et diffusé des questionnaires aux soignants intervenant dans les unités des Moulins, des Roches, et des Beugnons, ainsi qu'aux animatrices et au responsable des cuisines.

Nous allons maintenant examiner les éléments recueillis.

B) Questionnaires destinés aux professionnels :

a) Deux questionnaires ont été réalisés :

- L'un était destiné aux médecins intervenant auprès des résidents⁵²

Mon objectif était d'une part de mesurer leurs connaissances sur la nutrition ; d'autre part de savoir comment ils conçoivent leur rôle de médecin par rapport à ce problème de santé publique.

⁵¹ Annexe 6 : Tableaux indiquant les résultats obtenus lors de l'étude nutritionnelle. (Utilisation du MNA)

⁵² Annexe 7 : Questionnaire diffusé aux médecins traitants de la MDRY.

Compte tenu du faible taux de réponse (20%), ce questionnaire ne sera pas analysé dans le cadre de ce travail.

Il me permet cependant de m'interroger sur la signification du faible pourcentage de retour : traduit-il un manque d'intérêt des médecins traitants intervenant à la MDRY sur ce sujet ?

- L'autre questionnaire s'adressait aux agents de l'établissement : (personnel de cuisine, animatrices, soignants des trois unités sur lesquelles le médecin coordonnateur a réalisé l'étude nutritionnelle.⁵³)

b) Objectif et méthodologie :

Mon objectif était d'évaluer les connaissances des agents sur les normes et les problèmes nutritionnels plus spécifiques aux personnes âgées. Une recherche bibliographique préalable sur la dénutrition, des échanges avec le médecin coordonnateur, les cadres de santé et des soignants m'ont permis de bâtir ce questionnaire.

J'ai choisi d'effectuer l'enquête par questionnaire auto administré. Ce mode comporte certains avantages :

- Respect de l'anonymat.
- Réduction de l'influence de l'enquêteur sur les réponses.
- Temps de réponse laissé à la personne interrogée.

Ce choix comporte aussi quelques inconvénients :

- Taux de réponse généralement faible.
- Impossibilité d'explicitier les questions qui seraient mal comprises.

J'ai diffusé ce questionnaire lors d'une réunion de transmission après avoir expliqué aux agents son objectif. Le cadre de santé l'a remis nominativement aux agents. Il a été demandé à ces derniers de le rendre anonymement.

c) Résultats :

Vingt-neuf agents sur cinquante-sept m'ont retournés le questionnaire, soit un taux de retour de 50,87%, ce qui paraît correcte.

Les différentes réponses proviennent de :

- 2 cadres de santé
- 3 IDE

⁵³ Annexe 8 : Questionnaire remis aux agents.

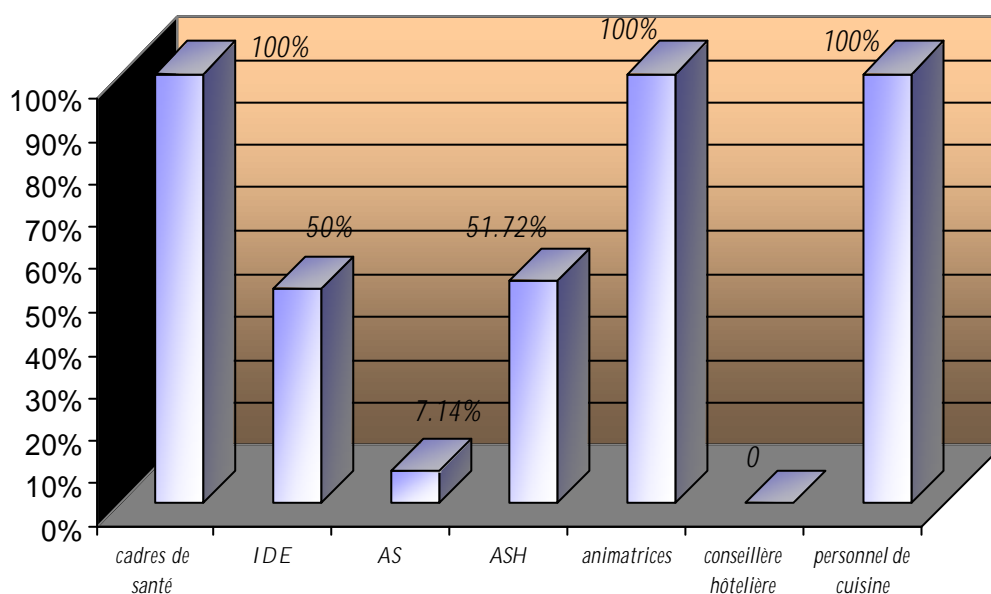
- 4 AS
- 15 ASH
- 1 AMP
- 3 animatrices.
- 1 Responsable des cuisines.

d) Analyse :

Celle-ci nous permettra de mieux cerner les connaissances nutritionnelles des agents de la MDRY, et de répondre à notre seconde hypothèse « Les connaissances des professionnels de l'établissement en matière de besoins nutritionnels des personnes âgées sont insuffisantes, et les conditions environnementales insatisfaisantes, ce qui ne permet pas de prévenir la dénutrition des résidents ».

Je ne présenterai ici que les réponses significatives au questionnaire.

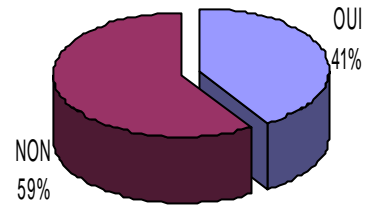
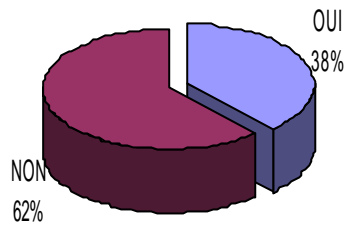
TAUX DE RETOUR DES QUESTIONNAIRES PAR GRADE :



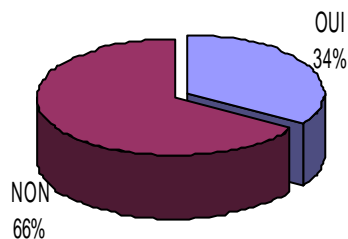
FORMATION DES 29 AGENTS EN MATIERE DE NUTRITION DES PERSONNES AGEES :

FORMATION INITIALE

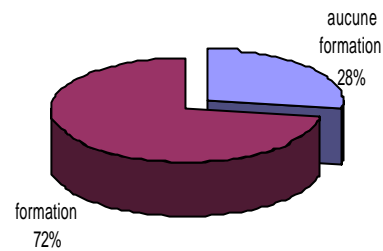
FORMATION CONTINUE



FORMATION INITIALE + FORMATION CONTINUE



AUCUNE FORMATION



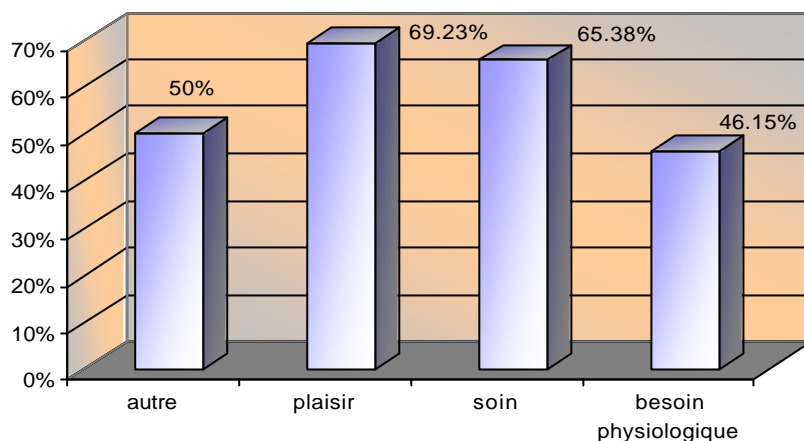
Parmi les agents qui répondent n'avoir reçu ni formation initiale, ni formation continue, on note 2 IDE, 2 animatrices, 4 ASH. 27.58% des agents qui servent et aident à la prise des repas disent n'avoir reçu ni formation initiale, ni formation continue.

Les réponses formulées par les agents constitueront un indicateur important dans l'élaboration du plan de formation, d'après les objectifs que l'institution se donnera.

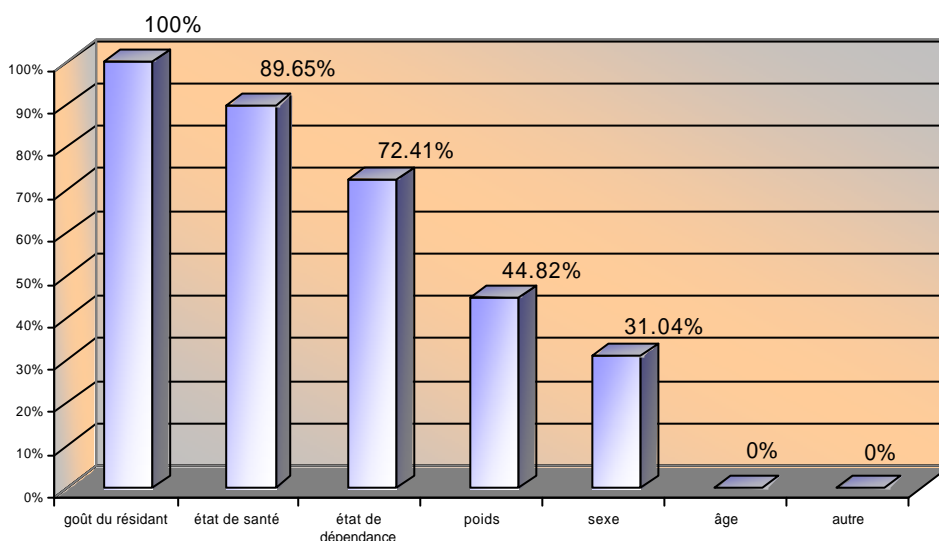
QUESTION 4 : CE QUE REPRESENTA L'ALIMENTATION DES RESIDENTS POUR LES AGENTS DE LA MDRY :

Cette question a-t-elle été bien comprise ? (Une personne sur deux a coché « rien », en indiquant que l'alimentation représente un plaisir, ou un soin.....).

Les agents ne considèrent pas l'alimentation des résidents comme étant d'abord une réponse à un besoin physiologique.



QUESTION 5: CE QUE LES AGENTS ESTIMENT NECESSAIRE DE CONNAITRE POUR ETABLIR LA RATION ALIMENTAIRE D'UN RESIDENT :



On observe ici une méconnaissance chez les agents qui considèrent que le poids et le sexe du résident ne sont pas des données essentielles pour établir une ration alimentaire adaptée. On sait en effet que ces deux paramètres sont à prendre en compte pour proposer à la personne une ration alimentaire adaptée à ses besoins physiologiques.

QUESTION 6: CE QUE LES AGENTS PROPOSERAIENT COMME DENREES ALIMENTAIRES AU COURS DES REPAS.

Vingt-six agents ont répondu à cette question. Les IDE ne sont que 50% à avoir répondu. Seules trois personnes ont établis des menus respectant les équilibres entre les différents groupes alimentaires. Je souligne que parmi ces personnes, l'une est un ASH qui dit n'avoir reçu aucune formation.

Les principales erreurs relevées sont :

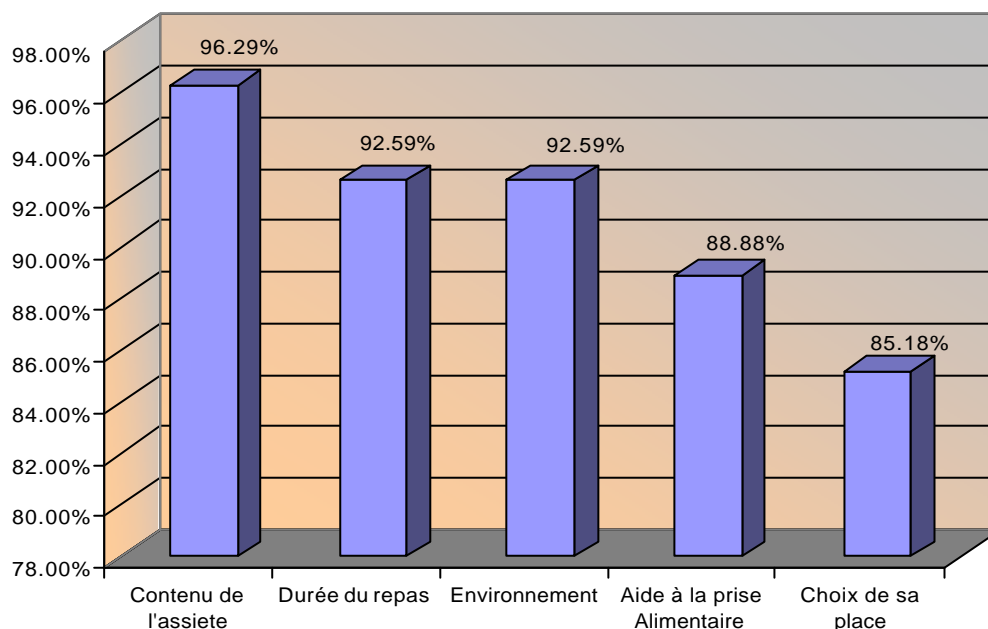
- 50% des agents ne proposent ni viande, ni poisson, ni œufs au dîner.

- 38,46% ne proposent ni lait, ni produits laitiers lors des collations.
- 34,61% n'en proposent pas au déjeuner et au dîner.
- 26,92% des réponses ne mentionnent pas de fruits ou de jus de fruits au petit déjeuner.

- Seuls 30,76% des agents ayant répondu ont cité des crudités.

Il apparaît donc que les agents ne sont pas en mesure d'établir des menus respectant les équilibres par groupes alimentaires sur l'ensemble d'une journée. Si ce rôle ne leur incombe pas puisque les menus sont établis par le responsable des cuisines, n'est-il pas souhaitable pour un soignant de posséder des connaissances en la matière afin, par exemple de savoir remplacer certaines denrées alimentaires « boudées » par certains résidents telle que la viande par des apports du même groupe ?

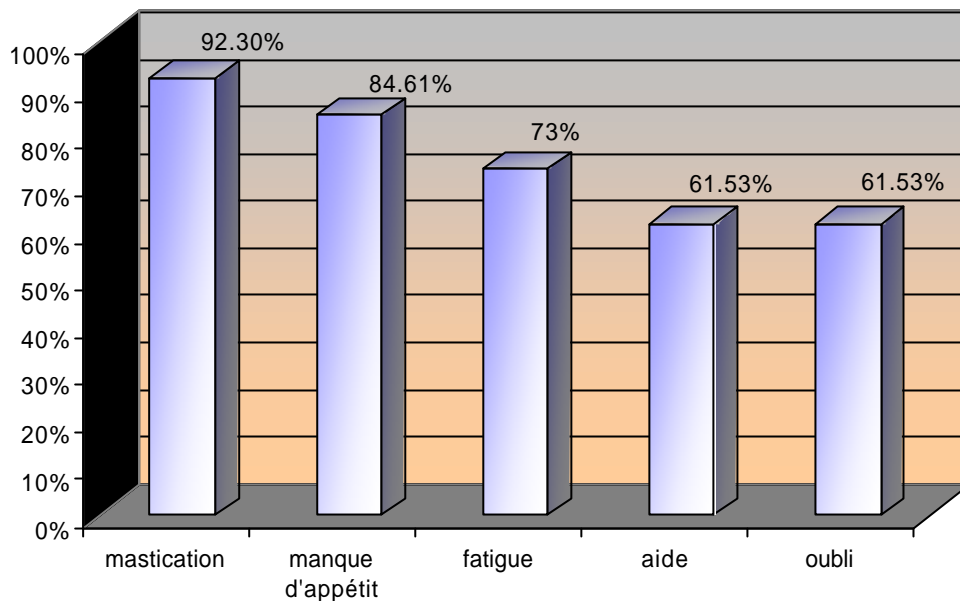
QUESTION 7 : : LES ELEMENTS QUI PARAISSENT IMPORTANTS POUR MOTIVER UN RESIDENT A MANGER :



Certains agents ont rajouté : « les horaires », « l'ambiance », « ambiance familiale », « ambiance feutrée », « ambiance musicale ».

Le contenu de l'assiette semble être le plus important pour les agents, tandis que l'aide à la prise des repas apparaît plus secondaire.

QUESTION 8 : LES DIFFICULTES REPEREES PAR LES AGENTS DE LA MDRY LORS DE LA PRISE ALIMENTAIRE DES RESIDENTS :



La mastication et le manque d'appétit sont fréquemment remarqués par les agents comme étant sources de difficultés lors de la prise alimentaire des résidents.

Il conviendrait donc, à la MDRY, de réfléchir avec le médecin coordonnateur à ces deux observations.

Comment faciliter la mastication ?

Des soins dentaires sont-ils réalisables pour certains ? Si oui, quelles pourraient être les modalités à mettre en place ? (Venue d'un dentiste à la MDRY ; demande de CMU ou de mutuelle à accompagner pour certains résidents dont les ressources financières sont insuffisantes). Ces pistes sont à explorer avec le Directeur qui aura à effectuer des choix en fonction de ses stratégies.

D'autres explications peuvent être avancées : choix des denrées alimentaires à revoir ; texture à modifier.....

QUESTION 9 : ELLE CONCERNE LES REGIMES ALIMENTAIRES.

Elle n'a été renseignée que par 79,32% des agents. Quatre d'entre eux donnent une réponse évasive quant au nombre de régimes : « quelques uns », « très très peu », ou « beaucoup trop ». 37,93% des agents répondent qu'aucun régime n'est imposé aux résidents.

Parmi les réponses chiffrées, on obtient une fourchette allant de 2,5% à 20% de résidents qui seraient astreints à un régime alimentaire.

Les mixés représenteraient entre 5% et 33,5% des repas servis.

Les interdits alimentaires seraient liés à des allergies.

Après précision des cuisines, il apparaît qu'au moment où le questionnaire a été diffusé, les régimes ne concernaient que 2,4% des résidents (régimes sans sel). Les

mixés constituent 22,8% des repas servis dans les trois unités concernées. Aucun régime hypocalorique n'était préparé par les cuisines : l'institution lutte contre les régimes hypocaloriques imposés aux résidents, sauf si des raisons médicales le justifient.

QUESTION 11 : ELLE M'A PERMIS DE VERIFIER COMBIEN LES CROYANCES ET IDEES RECUES DEMEURENT VIVACES :

- 66% des agents pensent que passé un certain âge, on a moins besoin de manger.

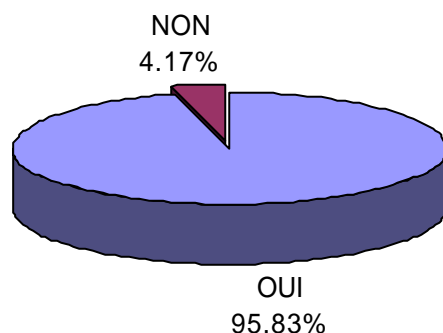
- 12% considèrent qu'une personne âgée a moins besoin de viande.

- 52% des agents pensent souhaitable de faire suivre un régime hypocalorique aux personnes âgées qui présentent une surcharge pondérale.

- 76% des professionnels ignorent qu'une personne âgée qui vient d'être malade doit recevoir durant trois à quatre semaines une ration alimentaire plus importante, notamment en protéines, afin de prévenir la dénutrition.

Ainsi, les idées reçues sont nombreuses, et pour lutter contre la dénutrition des résidents l'institution devra informer et former les agents sur ce problème de santé publique.

QUESTION 12 : OBSERVEZ-VOUS SI LES RESIDENTS NE TERMINENT PAS LEUR ASSIETTE?



Parmi les aliments délaissés :

- La viande apparaît dans 53,33% des réponses.

- Les légumes dans 29,16% des réponses.

Cette réponse corrobore le fait que la plupart des résidents éprouve des difficultés masticatoires. Une réflexion est à mener avec le personnel des cuisines afin d'adapter au maximum l'offre de repas aux capacités des résidents.

Ce sujet pourrait être abordé lors des commissions de restauration. Une réflexion avec le médecin coordonnateur de l'établissement permettrait de savoir s'il est nécessaire de proposer d'autres denrées alimentaires ou de ne servir que des viandes appréciées des résidents.

LES QUESTIONS 13 et 14 reflètent des connaissances nutritionnelles limitées chez les agents :

- Seuls 44,82% des agents savent ce qu'est la masse maigre.
- 68,96% n'ont pas répondu à la question concernant le PNNS, et seule une personne a donné une définition correcte.

LA QUESTION 16 témoigne d'une méconnaissance certaine quant aux différents aliments et à leur répartition dans les différents groupes alimentaires.

LA QUESTION 18 : Seule une personne s'est trompée pour indiquer lequel des trois menus est le plus protéiné.

L'analyse des questionnaires me permet de valider partiellement ma seconde hypothèse « les connaissances des agents en matière nutritionnelle sont insuffisantes pour contribuer à prévenir la dénutrition des résidents ». Je rajouterais que les idées reçues constituent même un handicap pour assurer une alimentation correspondant aux besoins des résidents.

C) Observation in situ des principaux repas servis aux résidents :

a) Observations et méthodologies :

Mon objectif était de vérifier ma seconde hypothèse en ce qui concerne les conditions dans lesquelles les résidents prennent leurs repas. Je me suis rendue dans les trois unités concernées par mon étude, au moment de chacun des principaux repas.

J'ai expliqué aux agents, et à certains résidents dans quel cadre j'assistais au repas. Je suis restée dans une position d'observatrice, hormis quelques questions aux agents sur certains de leurs actes. Une prise de notes m'a aidé à établir ensuite un compte-rendu de l'observation réalisée dans chaque unité, puis d'effectuer une analyse.

b) Constats dégagés de cette observation :

Les horaires des repas sont les suivants :

- Petit déjeuner :
8 heures en salle à manger- 8h30 en chambre. Il se termine vers 9h15.
- Déjeuner :
12 heures en salle à manger - 12h30 en chambre. Il se termine à 13h.

- Dîner :

18h15 en chambre - 18h40 en salle à manger. Il se termine vers 19h00.

Le service est effectué par des AS, des AMP et des ASH, ainsi que par les stagiaires présentes.

Cinq agents sont présents pour la distribution et l'aide à la prise du petit déjeuner qui dure environ une heure.

Entre quatre et huit agents sont présents durant le déjeuner, suivant l'état de dépendance des résidents. Ils sont aidés par des stagiaires (deux à trois par unité) Le déjeuner dure entre 45 minutes et une heure. Il y a cinq résidents par unité à faire manger en moyenne, soit 12% des résidents déjeunant. Seuls trois agents sont présents au moment du dîner.

Les résidents prennent leurs repas dans la salle à manger située dans chacune des unités. Ils peuvent aussi manger dans leur chambre s'ils le souhaitent, ou si leur état de santé l'impose.

A l'issue de l'observation réalisée, plusieurs constats apparaissent :

- Organisation des équipes et temps du repas :

Elle m'a semblé satisfaisante, excepté lors du dîner. La présence de trois agents est insuffisante, ce qui peut expliquer pourquoi de nombreuses personnes dînent dans leur chambre (vingt neuf résidents sur quarante). D'autre part, les onze résidents qui dînent dans la salle à manger prennent leur repas en toute autonomie : aucun soignant n'assiste au repas, ce qui peut constituer un risque, en cas de fausse route par exemple.

- L'environnement spatial :

L'augmentation du nombre des fauteuils médicalisés l'a rendu insuffisant au fil des années. Malgré la suppression récente des murets et le repositionnement des baies vitrées, il reste réduit : (54m²) pour accueillir entre trente sept et quarante personnes.

A l'unité des Roches, par exemple, alors que trente sept résidents déjeunaient en salle à manger, seize personnes étaient dans leur fauteuil médicalisé. Les cinq agents et les trois stagiaires présents pour accompagner le repas circulaient difficilement avec le chariot dans la salle à manger.

- Les modalités de distribution des repas : (chariot circulant dans la salle à manger)

Elles doivent être redéfinies. Un service à l'assiette, depuis le chariot qui resterait à l'entrée des offices me paraîtrait préférable, tant pour les résidents que pour l'organisation des agents.

- Un mobilier moins encombrant :

Des tables à pied central dit « tulipe » où quatre à cinq personnes âgées peuvent prendre place et y accéder facilement en fauteuil pourraient résoudre ce problème.

- Le bruit :

Selon les unités, il est plus ou moins important, au point de gêner parfois le déroulement des conversations. Les couverts en inox utilisés par les agents pour servir les résidents sont-ils adaptés ? Le bruit engendré par leurs claquements sur les plats est difficile à supporter. Leur remplacement par des couverts en matière moins bruyante me paraît s'imposer pour une meilleure qualité du service. Les modalités de communication de certains agents entre eux durant les repas restent à retravailler : interpellations intempestives gênantes).

- Décoration :

Des embellissements pourraient être envisagés ; tapisseries, décor des baies vitrées, nappes ou tables décorées..... (Ceci nécessite bien sûr des choix de la Direction compte tenu des modalités d'entretien qui en découleraient).

- Déroulement du service :

Une formation des soignants dans ce domaine permettrait de faire du repas un moment où le résident serait considéré comme un « client », vis à vis duquel on assure une prestation hôtelière qui doit être de qualité.

Ainsi la présentation du personnel : tenue vestimentaire, expression verbale, relation au résident, seraient repensés. Les agents proposeraient systématiquement de resservir les résidents qui ont terminé leur assiette si le service le permet.

- Le service en chambre :

Il n'est pas adapté. Certains résidents éprouvent des difficultés à prendre leur petit déjeuner dans leur lit. Ceux qui doivent être aidés pour le lever ne pourraient-ils pas l'être avant le repas, et installés au fauteuil ? De même, pour le dîner, les résidents qui dînent dans leur lit car ils ont été recouchés pour certains vers 16 heures ne dînent pas dans de bonnes conditions.

- La relation aux résidents :

Des modalités relationnelles restent à définir par l'institution afin de permettre aux agents d'assurer une relation adaptée à une personne en perte d'autonomie. C'est parce qu'ils susciteront les échanges avec la personne âgée et faciliteront la communication entre les résidents chaque fois que possible, que les professionnels assureront une prise en charge relationnelle de qualité qui contribuera à prévenir la dénutrition.

Chaque résident, quelque soit son degré d'autonomie, doit être pris en compte. Il n'en est pas ainsi pour deux résidentes qui tournent plus le dos aux autres résidents et qui prennent leurs repas sans aucune communication.

- La réponse apportée par les soignants aux besoins nutritionnels des résidents :

Une formation continue est nécessaire afin de permettre aux agents d'adapter le service du repas aux besoins des résidents.

La connaissance des enjeux pour une personne âgée, d'être bien nourrie, les aidera probablement à mieux cerner l'importance de leur rôle.

Bien disposer la table, présenter systématiquement des fruits sur le chariot et les proposer aux résidents, donner suffisamment de produits laitiers et de lait, proposer un morceau de pain à un résident qui n'en a plus, ne pas oublier le pain de mie pour les résidents qui font des fausses routes, ne jamais décider arbitrairement en lui servant son assiette qu'un résident « n'aura pas sa part de viande au dîner, parce qu'il est constipé », autant de réflexes à acquérir et d'erreurs à éviter au quotidien.

La formation aiderait les agents à être plus vigilants lorsqu'une personne ne mange pas, à en parler en équipe, à ne pas banaliser en donnant un Nutrigil. Ils pourraient apprendre que certains médicaments entraînent un effet anorexigène, et ne les donneraient peut-être plus en début de repas. Il est certain que ceci modifierait l'organisation actuelle de distribution des médicaments, ce qui resterait à envisager avec les infirmières et les cadres de santé.

Cette formation viserait aussi à les aider à observer le résident, à repérer sa perte progressive d'autonomie, puis à s'interroger sur les aides techniques à mettre à sa disposition.

J'ai remarqué, selon les unités que les aides techniques étaient plus ou moins distribuées : (assiettes à bords hauts restées sur le chariot alors que certains résidents éprouvaient des difficultés à saisir leurs aliments dans leur assiette.) La formation insisterait sur les enjeux pour un résident de manger solide aussi longtemps que cela est possible. (Actuellement, dans les services où j'ai effectué mon observation, 25% des résidents mangent mixé.) N'est-il pas surprenant que certains d'entre eux mangent solide sans éprouver de difficultés lorsqu'ils participent à un repas au restaurant, à une raclette.....avec les animatrices ?

Cette observation m'a donc permis de voir que les principes d'action en matière de restauration énoncés dans le projet de vie ne sont que partiellement respectés, notamment les principes N° 1, et N° 3.

Par exemple, le principe N°1 : « *La restauration contribue fortement à la qualité de vie des résidents parce qu'elle leur procure des moments quotidiens de plaisir et de convivialité qu'il convient d'entretenir.* »

Le principe N° 3 : « *Une attention particulière doit être donnée pour améliorer le confort des résidents au moment des repas, en particuliers en s'adaptant au rythme de chaque résident et au temps nécessaire à chacun pour manger dans des conditions confortables.* »

A l'issue de cette observation, une réflexion institutionnelle me paraît nécessaire afin, d'une part d'améliorer les conditions environnementales, et relationnelles dans

lesquelles les résidents prennent leurs repas, d'autre part d'optimiser la pratique professionnelle des agents.

Le recul que m'ont permis mon étude bibliographique et mon stage à la MDRY m'amènent à penser que la démarche qualité engagée en matière de restauration est inachevée. La prise en compte de la dimension nutritionnelle est une étape complémentaire que l'institution devra franchir pour mener à bien sa mission vis-à-vis du résident.

3. PROPOSITIONS VISANT A COMPLETER LA DEMARCHE QUALITE ENTREPRISE A LA MDRY EN MATIERE DE RESTAURATION PAR UNE POLITIQUE NUTRITIONNELLE ADAPTEE AUX BESOINS DES RESIDENTS :

Dans cette troisième partie, j'ai choisi de mettre en relief les actions qui ont un sens particulier pour moi, dans le cadre d'une politique de direction axée sur la prévention et la lutte contre la dénutrition des résidents.

Il s'agit d'une part de permettre aux agents de mieux repérer et de mieux traiter la dénutrition grâce à une procédure institutionnelle utilisée par tous, et adossée à un support théorique que nous appellerons « plan nutritionnel ».

L'autre aspect sur lequel il me paraît important de travailler, est la professionnalisation des équipes. J'aborderai alors les attentes d'un directeur vis-à-vis de l'encadrement, mais aussi de la formation continue des équipes, ainsi que la prise en compte de l'usure professionnelle qui guette tout soignant en milieu gériatrique. L'instauration de groupes de paroles au sein des équipes me paraît être une des réponses possibles.

En « prenant soin » des agents, on leur donne les moyens de se situer plus facilement dans une relation de bienveillance vis-à-vis des résidents.

3.1. Mise en place d'un plan nutritionnel : outil institutionnel destiné à lutter contre la dénutrition à la MDRY :

Un plan nutritionnel est un outil qui vise à adapter les apports alimentaires (quantitatifs et qualitatifs), ainsi que le contexte environnemental et relationnel dans lesquels sont proposés les repas aux besoins des résidents. Il fait appel à des connaissances nutritionnelles, médicales, gérontologiques.....

Il peut être élaboré par le médecin coordonnateur dès lors que celui-ci a une capacité en gériatrie, ce qui est le cas à la MDRY. A défaut, l'intervention d'une diététicienne serait nécessaire.

Son contenu permettra d'individualiser la prise en charge et le suivi alimentaire du résident.

Le plan nutritionnel est un repère pour les agents (personnel de cuisine, soignants, médecins, animatrices), quelque chose qui guidera leur action au quotidien dans l'observation et la prise en charge du résident. Les différents cas de figure y seront envisagés à travers des tableaux, des procédures, et des modes opératoires.

3.1.1 Objectifs et contenu du plan nutritionnel :

A) Son objectif : réactivité des équipes et individualisation de la prise en charge nutritionnelle des résidents :

Les différents apports théoriques énoncés dans les deux premières parties de ce mémoire m'amènent à considérer l'EHPAD comme un lieu où les risques de dénutrition sont majeurs du fait du profil des résidents et du mode collectif de la prise en charge.

Nous savons par ailleurs que l'intervention doit être la plus précoce possible afin de limiter les retentissements pour la personne dénutrie.

Les données recueillies démontrent que seule une individualisation de la prise en charge nutritionnelle peut permettre de lutter contre la dénutrition.

Si l'on se réfère au guide d'autoévaluation ANGELIQUE version d'août 2001, on constate que plusieurs questions sous entendent qu'une évaluation et un suivi nutritionnels sont réalisés au sein des EHPAD :

- Question N° 79 risque de dénutrition : « existe-il un suivi des aliments effectivement absorbés par les résidents à risque de dénutrition ? »

- Question N° 82 Pesées régulières : « l'état de nutrition fait-il l'objet d'un suivi avec pesées régulières ? »

- Question N° 85 : « les repas mixés font-ils l'objet d'un suivi médical ? »

A partir de là ; il est nécessaire de mettre à disposition des équipes des indicateurs nutritionnels précis, et de lister les différentes situations auxquelles les équipes seront confrontées, afin de faire du plan nutritionnel un outil institutionnel de lutte contre la dénutrition.

B) Contenu du plan nutritionnel :

a) Des tableaux et des indicateurs de référence à la disposition des équipes :

Certains outils pourraient y être insérés, lesquels permettront aux agents de mieux intervenir :

- Un exemple de ration journalière équilibrée apportant environ 2000 calories par jour. Il aiderait les agents à repérer les résidents qui ne mangent pas certains aliments en quantité suffisante.

- Un tableau des équivalences alimentaires qui guiderait les agents pour remplacer certains aliments refusés.

- Un tableau de surveillance alimentaire serait utilisé dès qu'un doute subsiste sur la quantité des aliments ingérés.

- Un tableau de relevé d'albuminémie, à utiliser en cas de dénutrition (à afficher dans les offices).

- Un tableau de relevé et de moyenne des ingesta sur 3 jours. Celui-ci serait un support intéressant pour quantifier l'alimentation des résidents repérés comme étant dénutris.

- Un tableau indiquant la fréquence des pesées des résidents selon leur statut nutritionnel : « non dénutri » ; « à risque de dénutrition » ; « dénutri ».

- Un tableau indiquant la fréquence des examens d'albuminémie selon le statut nutritionnel des résidents.

- Des courbes de poids à renseigner et à classer dans le dossier médical de chaque résident.

Ces trois derniers outils seraient des bases au dépistage de la dénutrition ou du suivi d'un résident dénutri.

b) Des procédures :

Elles viseront à optimiser le travail des équipes dans la prise en charge au quotidien des résidents.

Procédure d'évaluation nutritionnelle d'un résident lors de son admission.

Ce document recensera les différentes investigations à mettre en place :

- Pesée systématique du résident lors de son arrivée.
- Mesure systématique de la taille du résident lors de son arrivée.

- Evaluation de son état nutritionnel conformément aux recommandations professionnelles en vigueur (questionnaires, albuminémie.....) le choix de l'outil utilisé incombant au médecin coordonnateur.

- Calcul du coefficient masticatoire qui permettra de définir la texture des aliments à proposer à la personne.

- Rédaction d'une synthèse médicale écrite qui sera insérée dans le dossier médical du résident.

- Tracé de la courbe de poids qui sera renseignée régulièrement, à un rythme défini par le médecin.

Les éléments recueillis permettront de classer le résident et de protocoliser ses besoins : nature et quantité des nutriments à proposer ; texture de ceux-ci.....

La procédure décrira très précisément les modalités de réévaluation de la situation du résident dans chacun des cas de figure : « dénutri », « à risque de dénutrition », « non concerné par la dénutrition ».

Procédure à suivre face à un résident présentant un risque de dénutrition :

- Liste des enrichissements alimentaires à donner : (lait entier, gruyère, crème fraîche dans la soupe ; poudre de protéine dans les yaourts.....)

- Collations à proposer : à 10 heures, à 15 heures ; voire 22 heures ; nature des aliments à proposer : (laitages, compléments hyperprotéiques.....)

- Utilisation de la fiche de surveillance alimentaire.

- Fréquence des pesées, examens d'albuminémie.

Procédure à suivre face à un résident dénutri :

- Durée de la prescription des enrichissements alimentaires.

- Nature de ces enrichissements.

- Collations à proposer à 10 heures, 15 heures, 22 heures, et nature des aliments à proposer.

- Utilisation de la fiche de surveillance alimentaire.

- Fréquence de la pesée, des examens d'albuminémie.

Procédure à suivre en cas de maladie ou de stress :

Le médecin aura prescrit une modification de l'alimentation sur quatre à cinq semaines selon les modalités définies précédemment (enrichissement en protéines).

La surveillance des soignants s'exercera sur les mêmes paramètres (poids albumine, ingesta).

Procédure à suivre en cas de refus alimentaire :

Le soignant ayant repéré, deux fois consécutives qu'un résident refuse de manger son plat principal aura le réflexe d'en parler en équipe pluridisciplinaire.

Une évaluation sera réalisée systématiquement afin de connaître et de traiter la cause : anorexie, dépression, difficulté physique ou autre

Procédure à suivre dans le cadre des repas « accompagnés » :

Les repas « accompagnés » pourront revêtir différents objectifs : stimuler la prise alimentaire d'un résident, réévaluer la légitimité des repas mixés.....

Une animatrice sera chargée par sa présence de repérer quelles sont les difficultés rencontrées par le résident : (besoin d'une aide technique, problème de vue ou autre entravant la prise alimentaire). Dans d'autres cas, elle pourra stimuler la personne à manger par l'aide relationnelle qu'elle apportera.

Lors de mon stage, les animatrices m'ont semblé beaucoup plus sensibles aux problèmes que les résidents rencontrent durant les repas que les soignants.

L'une d'elles avait déjà été sollicitée par la famille d'un résident pour assurer une présence / stimulation au cours de la prise du repas.

Unanimement, elles s'interrogeaient sur la pertinence des mixés donnés à certaines personnes qui mangeaient cependant normalement lors des repas à thèmes qu'elles organisent.

La remarque avait été faite aux soignants sans être toujours prise en compte. Elles souhaitent s'investir davantage et travailler avec les soignants sur la nutrition.

Il me semble que cette demande est légitime, le repas se situant au carrefour du soin, de l'hôtellerie et de l'animation. Toutefois, le rôle des animatrices doit être bien distinct de celui des soignants : il n'est pas souhaitable par exemple qu'elles aident un résident à manger, ce qui constituerait un glissement de tâches.

L'établissement d'une procédure définissant clairement le rôle des uns et des autres est à ce titre un outil institutionnel indispensable.

Déjeuner « accompagné » visant à stimuler la prise alimentaire d'un résident :

L'objectif sera de motiver un résident réticent pour prendre ses repas. L'institution cherchera préalablement à connaître les raisons de ce refus afin d'y remédier.

Une fiche permettra de renseigner :

- L'indication pour laquelle le résident a été orienté.

(Résidents ne s'alimentant plus, ou plus suffisamment, ayant un profil de dément ou en demande relationnelle.)

- Les Objectifs des repas :

Stimulation de la prise alimentaire par la présence d'une animatrice lors du repas.

- L'observation des difficultés particulières du résident pouvant entraver sa prise alimentaire.

La fiche rappellera les modalités d'organisation de ces repas :

- Orientation des résidents à l'issue d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire (médecin coordonnateur, cadre de santé, équipe soignante, animatrices) lors de la réunion qui se déroule toutes les six semaines sur chaque unité.

- Lieu du repas :

Dans la salle à manger de l'unité, par groupe de quatre résidents, aux horaires habituels.

- Fréquence : deux repas par semaine durant six semaines.

- Organisation :

Le service hôtelier sera assuré par l'équipe soignante comme d'habitude.

L'animatrice a pour rôle exclusif d'assurer une prise en charge relationnelle ; d'observer le résident ; de retransmettre des éléments à l'équipe pluridisciplinaire.

Une fiche «déjeuners accompagnés évaluation » sera renseignée : elle devra indiquer :

- Les objectifs de l'observation.
- Les nom, prénom, âge, poids du résident.
- Les coordonnées de l'animatrice.
- Les dates des repas thérapeutiques.
- Les raisons initiales de l'orientation.
- Les observations de l'animatrice.
- Ses préconisations.
- La date du bilan.
- Les éléments apportés par l'équipe pluridisciplinaire.
- Le projet formulé pour le résident à l'issue de la réunion.

Déjeuner « accompagné » visant à évaluer
l'opportunité du maintien d'une alimentation mixée :

- Indications :

Résidents qui ont une alimentation mixée, et dont le médecin coordonnateur, après examen précis de la situation ne prescrit pas de contre indication formelle à une alimentation « normale ».

- Objectif :

Evaluer la nécessité de la poursuite d'une alimentation mixée.

- Orientation des résidents :

Elle se fera selon les mêmes modalités que celles du repas « accompagné » visant à stimuler la prise alimentaire. (Après évaluation en équipe pluridisciplinaire).

- Le lieu des repas :

Dans la salle à manger de l'unité, par groupe de quatre résidents, aux horaires habituels.

- l'organisation :

Le service hôtelier sera assuré par l'équipe soignante, dans les conditions habituelles.

L'animatrice aura un rôle exclusif d'observation, de prise en charge relationnelle, d'intervention immédiate en cas d'incident (manœuvre de Hemlich) ; et de retransmission en équipe pluridisciplinaire.

La fiche « déjeuners accompagnés » sera à renseigner (même contenu que pour l'aide à la prise alimentaire).

Une évaluation des observations faites par l'animatrice se déroulera en équipe pluridisciplinaire, puis un projet sera formulé pour le résident concerné.

Ces différentes procédures permettront ainsi aux équipes de mieux cerner leur rôle et l'articulation de celui-ci avec celui de leurs collègues. Disposant à la fois d'outils précis et adaptés, et d'apports théoriques partagés en équipe, chacun pourra, en échangeant avec ses collègues être aidé dans sa pratique quotidienne.

A la MDRY, le plan nutritionnel pourrait être présenté aux équipes sous la forme de modes opératoires, s'inscrivant ainsi dans la continuité de la démarche qualité entreprise il y a plusieurs années. Ainsi, leur élaboration, leur mise à l'essai, leur validation, leur mise en œuvre, leurs modifications et actualisations, seraient elles des étapes réalisées selon un schéma connu de la responsable qualité de l'institution et des équipes.

c) Modes opératoires nécessaires à la mise en œuvre du plan nutritionnel à la MDRY :

- MO « Evaluation de l'état nutritionnel et du risque nutritionnel d'un résident lors de son admission ».
- MO « Prise en charge diététique adaptée aux besoins d'un résident dénutri ».
- MO « surveillance et prise en charge nutritionnelle d'un résident à risque de dénutrition ».
- MO « Modification du régime alimentaire d'un résident présentant un hyper catabolisme ».
- MO « Alerte en cas de refus alimentaire d'un résident ».
- MO « Déjeuner accompagné » visant à évaluer l'opportunité d'un maintien des repas mixés ».
- MO « Déjeuner accompagné » visant à stimuler la prise alimentaire d'un résident ».

C) Initialisation et rédaction des modes opératoires :

Un groupe de travail composé d'agents (des référents représentant chacune des différentes unités), et de la responsable qualité de la MDRY, avec l'aide du médecin coordonnateur, voire d'experts : diététicienne... serait mis en place.

Une recherche bibliographique en lien avec le thème (publications, recommandations, normes.....) serait menée afin de réaliser un travail de qualité.

Les ressources et contraintes humaines, financières et organisationnelles seraient repérées. Le directeur pourrait alors décider de confier ou non la tâche à effectuer.

Lorsque le mode opératoire serait réalisé, on s'assurerait que tout ce qui y est inscrit est applicable avec les moyens disponibles.

D) Evaluation de la procédure et des modes opératoires :

Dès la mise en place du mode opératoire, les modalités de son évaluation sont mises en place par l'institution.

Par exemple, pour le mode opératoire qui concerne les repas thérapeutiques, et l'évaluation de la pertinence des repas mixés donnés à certains résidents, on pourrait quantifier le nombre de résidents pour qui l'observation a conduit à redéfinir la texture alimentaire en équipe, observer les incidences sur la prise alimentaire. Un autre type

d'alimentation a-t-il eu des effets positifs en termes nutritionnels ? Dans quelles proportions ?

Par cette évaluation on modifierait les pratiques lorsque cela serait nécessaire, on changerait les modes opératoires s'ils s'avérait qu'ils ne donnaient pas satisfaction ou s'ils étaient incomplets, obsolètes compte tenu de l'évolution des connaissances en gériatrie.

Le plan nutritionnel est à mon sens un outil indispensable dans tout EHPAD qui s'investit dans la lutte contre la dénutrition. Si son élaboration est une étape importante, la manière dont ce plan sera mis en place l'est encore davantage afin de permettre aux équipes de se l'approprier.

L'institution devra procéder par étapes : information, formation et management.

3.1.2. Le Directeur, le médecin coordonnateur, le cadre supérieur de santé, trois acteurs principaux dans la mise en place du plan nutritionnel :

A) Le directeur : rôle de management autour de la démarche :

La communication sera une étape fondamentale pour la réussite de l'action. Elle vise à amener l'ensemble des agents concernés à prendre conscience de la gravité du problème et de leur nécessaire implication au quotidien.

La communication est, selon Nicole Aubert « *un processus qui consiste à instaurer une relation d'échanges créatrice de valeur entre des personnes et/ou des groupes* ». ⁵⁴

Elle nécessite une compétence de « *savoir faire savoir qui recouvre des capacités stratégiques de communication, du sens pratique, de la stratégie d'influence* ». ⁵⁵

Elle doit permettre de « *mettre en cohérence, de donner du sens aux actions menées, et de valoriser les réussites afin de renforcer l'homogénéité des représentations collectives* ». ⁵⁶

Il m'apparaît que dans son approche managériale le directeur aura à cœur de « soigner » la communication préalable à la mise en place du plan nutritionnel. Il alertera les agents sur le fait que la dénutrition est un problème de santé publique, les informera sur le fait qu'il poursuit l'objectif de lutter contre, leur demandera de s'investir dans cet

⁵⁴ Aubert Nicole Diriger et motiver art pratique du management. Ed d'organisation 2002 355 pages P87.

⁵⁵ Aubert Nicole idem P 195.

⁵⁶ Ducalet P Laforcade P Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales Seli Arslam 2000 272 Pages P171.

objectif institutionnel, en leur annonçant que des moyens seront destinés à œuvrer dans ce sens.

Cette étape est d'autant plus importante qu'à la MDRY, la dénutrition des personnes âgées n'est pas un phénomène connu des agents, excepté du médecin coordonnateur, du cadre supérieur de santé, et de quelques agents très peu nombreux, telle cette IDE qui tente de faire partager aux équipes ses connaissances en matière nutritionnelle et de mettre en place des stratégies de réalimentation lorsque les résidents sont susceptibles de se dénourrir.

Les résultats obtenus lors de l'étude nutritionnelle menée par le médecin coordonnateur sont une information que le directeur pourra utiliser, car elle aidera à la prise de conscience des équipes et pourrait faciliter leur mobilisation dans la mise en œuvre de changements. Dans sa stratégie managériale de changement, le directeur oeuvrera en binôme avec le médecin coordonnateur.

Cette lutte contre la dénutrition pourrait par exemple être recherchée à l'occasion de l'élaboration du projet de soins que l'institution doit réaliser prochainement. Celui-ci élaboré par des infirmières, sera validé par le médecin coordonnateur.

Après avoir sensibilisé les agents par un message direct, le Directeur pourrait déléguer à plusieurs membres de l'institution le soin de préparer et d'accompagner les équipes.

B) Le médecin coordonnateur : rôle de formation des équipes, et d'accompagnement technique :

« Le principe d'un médecin coordonnateur compétent en gérontologie répond à un objectif de santé publique par une meilleure qualification de prise en charge gérontologique dans un cadre nécessaire de maîtrise des dépenses de santé. Il est l'interlocuteur médical du directeur de l'institution avec qui il est souhaitable qu'il forme une équipe, celle-ci étant responsable du projet de vie de l'établissement ».

« Tous les intervenants libéraux exerçant dans l'institution doivent adhérer au règlement intérieur de celle-ci, reconnaissant ainsi l'existence et les missions du médecin coordonnateur ».

Le médecin coordonnateur élabore le projet médical en collaboration avec le Directeur. Il met en œuvre le projet de soins avec le concours de l'équipe soignante, ce projet de soins fait partie du projet de vie de l'institution qui se trouve sous la responsabilité du directeur. ⁵⁷

⁵⁷ ANNEXE 2 de l'Arrêté du 26 septembre 1999.

Le médecin coordonnateur participe à la sensibilisation à la gériatrie des médecins généralistes ou des spécialistes, des personnels paramédicaux, libéraux ou salariés (IDE, AS, kinésithérapeute...)

Le médecin coordonnateur est donc parfaitement légitimé dans la démarche, compte tenu des apports en gériatrie qu'il doit délivrer aux équipes, de la dynamique qu'il doit impulser par la mise en place d'outils tels que le dossier de soins, par le rôle de formation/information auprès des équipes soignantes au sens large et des médecins traitants qui interviennent auprès des résidents.

A la MDRY, ce travail d'information est engagé, notamment par le biais d'échanges lors des transmissions en présence de la psychologue. Les soignants peuvent y évoquer les situations des résidents qui leur posent problème.

Dans le cadre du plan nutritionnel, le médecin coordonnateur aurait une double approche :

- Approche purement médicale : aide à l'élaboration de modes opératoires pour ce qui a trait aux données médicales et nutritionnelles.
- Rôle d'information et de sensibilisation sur le sujet auprès des équipes et de ses confrères.

Il s'inscrirait dans un deuxième temps dans la réalisation du plan nutritionnel : évaluation lors de l'admission d'un résident, puis suivi nutritionnel en liaison avec le médecin traitant ; et guidance de la prise en charge.

En conséquence, le médecin coordonnateur assurerait l'aspect formation/information des équipes soignantes, et serait le référent institutionnel pour ce qui concerne l'aspect technique du plan nutritionnel (méthodologie pour dépister la dénutrition, modalités de suivi des équipes.....).

C) Le cadre supérieur de santé : rôle de management auprès des équipes :

Cet acteur exerce un rôle essentiel dans le management des équipes. Sa position au sein de l'institution entre le directeur et les cadres de santé l'amène à transmettre aux équipes les attentes institutionnelles et à veiller à leur application. Le cadre supérieur de santé a des connaissances médicales et une expérience professionnelle de soignant.

Ce professionnel qui détient une expérience de soignant maîtrise également les modalités de fonctionnement des équipes. Il définit des organisations de travail qui se veulent optimales. Son rôle de management s'exerce sur l'ensemble des soignants.

Contrairement aux cadres de santé, le cadre supérieur de santé n'est pas en prise directe avec les équipes. Il s'agit d'un membre de l'équipe de direction qui a une vue d'ensemble du fonctionnement institutionnel, et dont le contact direct avec les équipes est plus informel. Le cadre supérieur de santé travaille quotidiennement avec les cadres de

santé des différentes unités. On lui rend compte du fonctionnement des équipes, de l'évolution des résidents... Cette position de « retrait » par rapport aux équipes lui permet une mise à distance essentielle dans un rôle d'organisation des soins et de mise en place des procédures.

Dans l'élaboration du plan nutritionnel, le cadre supérieur de santé interviendrait en binôme avec le médecin coordonnateur. Leur action serait complémentaire : l'un dans l'aspect technique de la procédure, l'autre sur le versant managérial des équipes.

Le plan nutritionnel aurait donc comme finalité première de permettre le dépistage et de traiter la dénutrition des résidents.

Le travail se ferait sur plusieurs plans :

- l'examen clinique nutritionnel.
- la vigilance quotidienne des équipes.

On aborderait ainsi le résident différemment ; il ne serait plus seulement un sujet à qui l'on doit une alimentation dont la qualité gustative a été optimisée, mais un sujet vulnérable pour qui l'alimentation devient véritablement un soin au quotidien.

L'alimentation serait variée, équilibrée, appétissante. Si l'appétit venait à être diminué, on enrichirait les préparations, et on multiplierait les petits repas. On s'assurerait d'apports suffisants. On bannirait les régimes restrictifs au long court.

Mais servir des repas adaptés sans optimiser les conditions environnementales et relationnelles est à mon sens illusoire pour atteindre l'objectif que nous nous sommes fixé. Il est nécessaire d'adjoindre au plan nutritionnel un travail sur l'amélioration de l'environnement, et c'est ce que nous examinerons maintenant.

3.2 Améliorer les conditions environnementales et relationnelles de la prise des repas à la MDRY :

Ici, il s'agira de formuler des propositions qui viseront à faire évoluer les aspects hôteliers et relationnels de la prise en charge des repas des résidents. Ces axes seront complémentaires à ceux qui sont travaillés depuis plusieurs années à la MDRY dans le cadre de la démarche qualité en matière de restauration, et contribueront à lutter contre la dénutrition.

3.2.1. La professionnalisation des équipes, un des points à développer :

L'observation in situ des repas et l'analyse des questionnaires nutritionnels remis aux agents m'ont amenés à établir les constats suivants :

- Les connaissances théoriques des agents sont la plupart du temps insuffisantes, voire erronées.

- Certaines pratiques professionnelles nécessitent d'être revisitées au regard des exigences de la qualité actuellement en vigueur dans les établissements médico-sociaux.

Parmi les « outils » existants, deux me semblent particulièrement adaptés à la situation de la MDRY : la formation professionnelle et les groupes de paroles.

A) La formation professionnelle, outil managérial déterminant :⁵⁸

Dans la fonction publique hospitalière, et plus précisément dans le domaine sanitaire et social, la formation des personnels constitue avec le recrutement un des leviers d'adaptation des établissements.

La formation est un des éléments importants concourant à la qualité, ainsi que le rappelle la circulaire N°24 du 20 février 1996. Cette circulaire qui s'appuie sur une enquête fixe les thèmes à prioriser afin d'améliorer les prestations.

Les préconisations portent sur l'adaptation à l'emploi et sur l'adaptation des professionnels issus du secteur gériatrique : « *l'insuffisance de formation aux soins gériatriques des différents professionnels est un facteur d'irréversibilité* ».

Bien plus, la formation s'impose de façon déterminante dans le conventionnement tripartite qui concerne les établissements. L'Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle consacre un chapitre entier sur la qualification des personnels, en rappelant les types de formation et leur importance dans les établissements qui ont tous un effort de qualification de leur personnel à faire.

Le Directeur a l'obligation d'établir chaque année, un plan qui regroupe les actions de formation arrêtées par l'établissement. Celui-ci est présenté pour avis aux représentants du Comité Technique d'Etablissement (CTE) et du Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT).

Le Directeur veille à concilier les intérêts de la politique générale de l'institution et les aspirations personnelles des agents, et s'assure de créer une dynamique de formation propre à répondre aux besoins des personnes hébergées.

Ainsi, le plan de formation est un outil très stratégique pour le directeur compte tenu de ce qu'il représente pour l'établissement, pour l'agent, pour le résident.

⁵⁸ Jean Abbad nous rappelle que Michel Crozier a mis en évidence le rôle de la formation professionnelle dans les ressources humaines : « les outils d'une bonne gestion des ressources humaines sont le management des compétences, et l'emploi, la formation, l'évaluation et l'intérêt au travail ».

Du fait des sommes financières et de l'effort organisationnel importants qu'elle induit, la formation doit constituer une plus value pour l'établissement. Ce travail de « retour sur investissement » n'a de sens que lorsque la formation est investie dès sa conception par le responsable hiérarchique.

L'engagement des cadres dans le processus est à mon sens un gage de réussite : depuis le recensement des besoins réalisé à partir de l'observation des équipes, à l'analyse des effets constatés au retour de formation.

Si l'on se place en tant que Directeur, pour que la formation soit efficace, elle doit à la fois dynamiser et optimiser les pratiques professionnelles.

Dynamiser : rendre celles-ci adaptées aux évolutions que connaît la gériatrie, non seulement sur un plan technique, mais aussi global, où les aspects relationnels, psychologiques, prennent toutes leurs dimensions.

Optimiser : L'objectif recherché sera de rendre le professionnel le plus performant possible dans sa manière d'effectuer une tâche. Les ratios de personnel étant très peu élevés en gériatrie, ceci est incontournable si l'on veut répondre à la mission qui est dévolue aux établissements médico-sociaux de prendre en charge le résident en proposant une prestation de qualité.

La formation doit être pensée dans son ensemble : depuis son intégration dans l'entretien d'embauche, puis lors des rendez-vous annuels de notation, jusqu'au suivi de ses effets.

Le Directeur aura à mettre en place une stratégie visant à mesurer les effets de la formation et à suivre ses effets dans le temps.

Trois étapes me paraissent fondamentales :

- L'établissement d'un diagnostic en matière de besoins de formation.
- La définition des objectifs à atteindre : il s'agit d'une étape fondamentale visant à traduire les besoins en formation.
- L'établissement d'un plan de suivi.

Celui-ci représente le nœud de la réussite des objectifs de formation en s'essayant à répondre non pas à l'utilisation de la formation, mais de son application.

L'évaluation de la formation se fera dans son impact quantitatif et qualitatif : ces formations sont-elles suffisantes au regard des applications jugées nécessaires dans l'établissement, ou bien nécessitent-elles d'être réorientées ?

Une grille d'évaluation systématique des formations reçues est un outil qui me paraît indispensable.

a) *Qu'en est-il à la MDRY ?*

Au cours de mon stage, il m'est arrivé d'entendre certains membres de l'encadrement s'interroger sur l'efficacité des formations au regard des observations qu'ils effectuaient dans les services.

Actuellement, le plan de formation est élaboré par la personne chargée des ressources humaines, puis soumis au Directeur qui le valide. Le recensement des besoins de formation n'est pas réalisé par l'encadrement. Un catalogue des formations est diffusé aux agents qui s'inscrivent librement.

Les organismes sont choisis par la personne chargée de la gestion des ressources humaines après que le cadre supérieur de santé se soit assuré que le contenu correspond aux attentes institutionnelles pour ce qui concerne les soins.

D'une manière générale, il n'est pas fait d'évaluation au retour de formation. Un agent non motivé par la formation continue peut ne jamais suivre de sessions sans que l'institution le motive dans ce sens. (Au travers des réponses obtenues aux questionnaires, 28% des agents qui servent à table et aident à la prise des repas n'auraient jamais reçu de formation en matière nutritionnelle de la personne âgée.).

Or, l'institution peut-elle attendre une prise en charge des résidents conforme aux exigences de qualité actuelles sans que les agents n'aient été formés ?

Ces constats et interrogations nous amènent à imaginer des pistes visant à optimiser la formation continue à la MDRY.

b) Dynamisation des modalités de mise en place de la formation à la MDRY :

Un lien entre formation initiale et formation continue permettrait de cibler correctement les besoins. Un recensement précis des formations initiales et continues par agent serait un préalable. On pourrait imaginer par exemple de lister les formations acquises, puis d'en assurer l'actualisation à travers une fiche individuelle.

La prise en compte des souhaits des agents, mais aussi le repérage de leurs potentialités, de leur dynamisme seraient une étape indispensable. Les cadres de santé, de par la connaissance qu'ils ont des objectifs institutionnels, et des agents, seraient à même de bâtir avec la personne chargée des ressources humaines un plan de formation prenant en compte à la fois l'aspect individuel, la dynamique d'équipe, et les objectifs institutionnels.

Les objectifs seraient définis préalablement en fonction des attentes ainsi précisées. Un plan de suivi serait établi par la personne chargée des ressources humaines avec le concours des cadres de santé, et du cadre supérieur de santé. Par unité, au retour de formation, le cadre de santé évaluerait si les objectifs sont atteints, dynamiserait la mise en pratique des apports théoriques et favoriserait le partage en

équipes des apports reçus en formation. Ainsi, le bénéfice de la formation se poursuivrait au-delà de la cession suivie par l'agent, pour lui-même et pour ses collègues.

c) Contenu de la formation qui pourrait être proposée à la MDRY :

Mon observation in situ des repas et l'analyse des questionnaires remis aux agents, m'amènent à préconiser trois types d'apports : des données théoriques ; une formation en hôtellerie, et un travail sur la dimension relationnelle.

Une formation théorique :

Elle aurait pour objectif de combler les lacunes repérées lors de cette étude. Elle ne devrait pas être trop didactique et surtout pas « indigeste » dans son contenu.

Il s'agirait d'alerter les agents sur le fait que la dénutrition des personnes âgées est un problème de santé publique contre lequel ils sont en mesure de lutter à travers leur pratique quotidienne. On leur fournirait des données leur permettant de mieux repérer la vulnérabilité de personnes et de savoir quel est leur rôle.

Seraient concernés les ASH, AS, IDE, cadres de santé et personnels de cuisine, animatrices.

Le médecin coordonnateur, dès lors qu'il a une capacité en gériatrie est en mesure d'animer cette formation. Il insisterait par exemple sur la vulnérabilité de certaines personnes compte tenu de leurs pathologies, sur la nécessaire réactivité des équipes qui doivent alerter en cas de refus alimentaire, et exercer une surveillance du résident malade ou stressé. Le médecin coordonnateur serait d'autant mieux identifié dans son rôle de formation et de conseil.

Mais les données théoriques à elles seules resteront insuffisantes pour lutter contre la dénutrition. Il sera nécessaire de permettre aux agents d'acquérir les compétences en hôtellerie qui leur permettront d'assurer un service de qualité.

Une formation hôtelière, complément à la formation de soignant :

L'observation des différents repas a mis en exergue un service hôtelier assuré par des soignants qui n'ont pas de formation en la matière.

Certains établissements font le choix de recruter du personnel hôtelier pour assurer le service des résidents. Ce choix est discutable de mon point de vue. Il m'apparaît qu'un personnel soignant formé en hôtellerie apporte un plus aux résidents en matière de sécurité alimentaire (par exemple en cas de fausse route) ; en matière de connaissance de la personne au regard de ses habitudes, de ses pathologies nécessitant

de respecter certaines précautions. La formation hôtelière amènerait les AS et les ASH qui servent les résidents à table à considérer ces derniers comme des clients à qui l'on assure une prestation de qualité.

Tout en restant membre de l'équipe soignante, l'agent développerait ses compétences et adopterait une attitude professionnelle adéquate. Ainsi, savoir se présenter aux résidents lors du service (tenue vestimentaire adaptée, manière de s'adresser aux convives, de les servir, de les resservir, et de les desservir) seraient des points abordés durant la formation.

Il pourrait s'agir d'une formation /action animée par le personnel des cuisines compétent en matière d'hôtellerie. La collaboration soignants/ personnel des cuisines ne pourrait déboucher que sur un enrichissement réciproque des pratiques, elle favoriserait les collaborations interservices dans l'intérêt des résidents.

A la MDRY, ceci est d'autant plus souhaitable que le service des cuisines œuvre depuis plusieurs années dans le sens d'une amélioration continue de la qualité. Des protocoles ont permis d'optimiser la qualité, la variété et la présentation des repas servis.

La professionnalisation de l'équipe se poursuit. L'ouverture de son responsable est un élément très important qui a permis ce cheminement à travers une remise en cause réelle des pratiques et une adaptation aux demandes des résidents, de leurs familles et des équipes soignantes, dès lors que les normes de sécurité alimentaires le permettent.

En revanche, j'ai remarqué lors de mon stage combien il est difficile pour l'équipe soignante de travailler sous un regard extérieur et d'accepter de modifier ses pratiques. Peut-être qu'au travers d'une formation animée par le personnel des cuisines et managée par la conseillère hôtelière, les soignants accepteraient-ils qu'aujourd'hui la démarche qualité exige une manière de travailler différente où la remise en question de sa pratique est devenue incontournable.

La conseillère hôtelière de la MDRY interviendrait en amont de cette formation : réflexion sur son contenu, ses modalités, sur l'articulation entre les deux équipes et avec l'encadrement. Elle assisterait à la formation. En aval, elle accompagnerait sa mise en œuvre. Cette professionnelle a une formation de conseillère en économie sociale et familiale (Diplôme d'Etat et Brevet de Technicien Supérieur). La profession de conseillère hôtelière reste relativement mal connue dans le domaine médico-social. Peu d'établissements ont fait le choix de s'entourer des compétences de ces professionnelles.

C'est la circulaire N° 132 du 18 décembre 1970 relative à l'humanisation des hôpitaux qui amorce l'idée de mettre en place dans le cadre de l'humanisation de l'hôpital des actions précises concernant l'hôtellerie, l'accueil, et le confort. Depuis le Décret N° 94-390 du 13 mai 1994, les conseillères en économie sociale et familiale font partie intégrante de la Fonction Publique Hospitalière.

Même si seulement 5% des 5000 conseillères en économie sociale et familiale recensées en France exercent en milieu hospitalier, leurs compétences sont aujourd'hui reconnues.⁵⁹ Les démarches qualité et d'accréditation dans lesquelles tous les établissements de santé sont maintenant engagés amènent à recruter ces « techniciennes de la vie quotidienne ».

La MDRY a fait le choix de s'entourer des compétences d'une de ces professionnelles afin d'améliorer la qualité de vie quotidienne au travers du confort hôtelier dans l'établissement, dans le cadre de la démarche qualité, en coordination avec les responsables de services. Pour y parvenir, cette professionnelle part de l'analyse des besoins des résidents et des situations de travail des agents. Elle intervient dans les domaines du linge (linge hôtelier et linge du résident) ; en matière de service hôtelier en restauration ; en matière d'hygiène des locaux ; de traitement des déchets ; et pour ce qui a trait à l'usage unique.

Dans la fiche de poste de la conseillère hôtelière,⁶⁰ pour ce qui concerne le domaine du service hôtelier en restauration, il est prévu notamment qu'elle travaille :

- Au suivi diététique des menus en collaboration avec le Chef des cuisines.
- Au suivi qualitatif et technique de la prestation de service hôtelier restauration (environnement et organisation des repas, déconditionnement, service à table...).
- Au repérage des dysfonctionnements éventuels et de leurs causes, recherche de solutions, mise en œuvre des actions correctives, en liaison avec le Chef des cuisines et les responsables de services hébergement.

Par conséquent, son implication dans la formation des équipes correspondra tout à fait à la mission que lui a confié l'établissement, et à ses compétences. Elle permettra ainsi d'optimiser les conditions dans lesquelles sont servis les repas à la MDRY.

Autre dimension à prendre en compte pour lutter contre la dénutrition : la dimension relationnelle. Elle reste une composante essentielle dont les agents doivent avoir conscience au quotidien.

Des « jeux de rôles supports d'une prise de conscience des soignants dans leur rôle auprès des résidents » :

⁵⁹ Hygiène en milieu hospitalier N° 53 Décembre 2002. PP 6-7.

⁶⁰ Annexe 9: Fiche de poste de la conseillère hôtelière de la MDRY.

Mes observations m'amènent à préconiser une réflexion sur cet aspect du travail des équipes. Celles-ci, constamment sollicitées par les résidents, confrontés à des situations difficiles ont peu de temps pour réfléchir à leurs actes professionnels.

Certains agents se montrent peu disponibles dans la relation, se limitant aux actes et gestes techniques et hôteliers. Le dialogue n'est pas toujours présent. Le « jeu de rôles » est une technique utilisée lors de certaines formations professionnelles. L'objectif est d'amener les participants du groupe (acteurs/ observateurs) à une prise de conscience sur un thème de formation.

La forme est celle d'une scène où les « acteurs » jouent un rôle préalablement défini. Certains participants sont « observateurs actifs ». Ils sont chargés après le jeu de rôles de retransmettre au groupe ce qu'ils ont observé, ressenti, et de formuler leurs remarques.

Ainsi, le « jeu de rôles » permet de donner aux participants des apports complémentaires aux apports théoriques qui sont utilisés plus traditionnellement, en leur faisant vivre des situations rencontrées au travail et en y mêlant une part de concret .

Une formation sous forme de jeux de rôles permettrait probablement une prise de conscience réelle des soignants sur l'importance de l'aspect relationnel dans leur pratique. Par exemple, il est possible d'imaginer un jeu de rôle où l'on simulerait une prise de repas d'un résident, aidé par un soignant.

De nombreux éléments pourraient émerger : comment faire manger la personne, en restant debout, ou en s'asseyant ? En lui parlant, ou en continuant une conversation avec une collègue ? Lors de la scène jouée, l'agent pourra réaliser à travers ses émotions combien il doit être difficile pour un résident de manger lorsque la personne qui l'aide reste debout sans s'adresser à lui.

L'ASH qui faisait dîner une résidents très âgée, essouffée qui ne pouvait plus avaler réaliserait probablement par une mise en situation qu'il n'est pas possible d'infliger à une personne de prendre ses repas dans ces conditions et qu'il est nécessaire de laisser souffler cette personne en allant aider un voisin à prendre son repas.

Les agents s'interrogeraient aussi sur les réponses possibles à apporter afin de préserver l'autonomie des résidents par exemple : aides techniques à proposer, laisser manger avec leurs mains les personnes démentes.

En « passant du côté du résident », le soignant s'interrogerait sur son rôle. Une prise de conscience plus aisée des conséquences de certains actes professionnels posés ou non posés émergerait dans le groupe.

La formation pourrait se dérouler en intra, ce qui aurait l'avantage d'amener une dynamique d'équipe qui se poursuivrait dans le temps. L'intervention d'une personne extérieure à l'établissement me paraît préférable.

Les agents pourraient être répartis en trois groupes : les uns « joueraient » le rôle des résidents, d'autres leur propre rôle, tandis qu'un troisième groupe serait observateur. Ceci permettrait de respecter le refus de certaines personnes à s'investir activement dans cette formule. Toutefois, leur rôle d'observateurs les amènerait à prendre conscience des situations jouées par leurs collègues.

Après le « jeu de rôle », une mise en commun permettra aux participants d'échanger et de porter un regard critique sur les pratiques de chacun. Il me semble que cette approche ludique serait plus appropriée vis-à-vis des soignants de la MDRY encore défensifs par rapport au regard extérieur, et pourrait être plus aidante chez ceux qui sont trop résistants aux changements.

C'est au Directeur qu'il reviendra de réfléchir aux modalités qui permettront aux agents de s'investir dans ces séquences. Le Cadre de santé assurera alors l'interface avec les équipes pour atteindre cet objectif.

Mais on sait que malgré les formations dispensées, certaines pratiques continuent à avoir cours dans les services, tant le travail en milieu gériatrique est difficile.

Claudine Badey-Rodriguez⁶¹ tente de l'expliquer ainsi : il s'agit sans doute d'une mise à distance rendue nécessaire par les interpellations trop personnelles sur son possible devenir que suscite le travail auprès du grand âge. Infantiliser, chosifier permet de ne pas se sentir identique.

« Il faudra bien un jour accepter de se dire que l'évolution des pratiques en EHPAD passe par une réflexion approfondie de chaque professionnel ou simple citoyen sur son simple rapport à la vieillesse ou au grand âge ».

Il me paraît nécessaire, dans l'approche managériale, de ne pas ignorer cette dimension difficile du travail des équipes. Pour cette raison, les groupes de paroles m'apparaissent tout à fait indiqués au sein des établissements, et complémentaires des formations ponctuelles proposées aux agents.

B) Les groupes de paroles, aide aux professionnels face à l'usure inévitable dans les services de gériatrie :

J'ai remarqué au cours de mon stage que la relation soignant/ soigné est parfois difficile sur le plan de la communication : manque de chaleur, actes méthodiques, voire brutaux pour certains soignants, lesquels font obstacle à de bonnes conditions environnementales nécessaires pour lutter contre la dénutrition des résidents.

⁶¹Badey Rodriguez C op cit P51 La vie en maison de retraite : comprendre les résidents, leurs proches et les soignants. Paris Albin Michel 2003 245 Pages.

La prise en charge au quotidien n'est pas toujours conforme aux objectifs énoncés dans le projet de vie, et il me semble qu'il est de la responsabilité du Directeur de réfléchir aux moyens à mettre à disposition des équipes pour remédier à ce constat.

En gérontologie, s'occuper de la qualité de vie des personnes âgées, c'est aussi prendre en compte les conditions de travail des soignants. Leur permettre de prendre du recul sur leur quotidien auprès des résidents, de verbaliser leurs difficultés, de les partager en équipes.

Le groupe de paroles me semble tout à fait adapté à cet objectif. Un groupe de paroles est destiné à toute personne qui occupe des fonctions dans une structure pour personnes âgées, et donc à un moment ou à un autre, en relation avec les résidents et leur famille.

La confrontation au grand vieillissement, à la déchéance, les discordances entre l'idéal que s'est forgé le soignant, et les obligations de sa pratique sont probablement génératrices de souffrance.

C. Badey-Rodriguez souligne que le travail en gérontologie « *expose tous les jours à une demande relationnelle quantitative et qualitative à laquelle on ne peut jamais répondre* ».

On parlera de burn-out, (ou syndrome d'épuisement professionnel), c'est-à-dire de l'accumulation de problématiques auxquelles doivent faire face les soignants, tant au niveau physique (manutention des résidents,) que psychique (détérioration intellectuelle, impossibilité de communiquer verbalement avec certains résidents, approche de la fin de vie et de la mort.)

Le manque de motivation constitue une des causes de l'épuisement, la routine où l'on enchaîne tâche sur tâche sont autant de facteurs favorisant. Les formations initiales des soignants ne sont pas suffisamment axées sur l'aspect relationnel avec le résident, et leurs gestes appartiennent la plus souvent au domaine du prendre en charge que du prendre soin.

a) Une amorce de groupes de paroles à la MDRY :

Une psychologue intervient auprès des résidents, des familles et des agents, sur demande de ces derniers. Elle apporte un soutien dans les situations difficiles.

Par ailleurs, le médecin coordonnateur a instauré, lors des transmissions, un temps où il est possible, en équipe, en présence de la psychologue, d'évoquer la situation de certains résidents dont la prise en charge s'avère difficile.

Les agents sont libres d'y participer ou non. Le médecin coordonnateur a posé les bases du groupe de paroles à la MDRY.

A terme, une réflexion et une analyse de la dynamique d'équipe lors de ces groupes permettraient de savoir si les agents y participent et s'ils y sont favorables. Les soignants ont peu l'habitude de travailler selon cette formule, étant davantage dans l'agir. Certains sont relativement distants vis-à-vis des psychologues, voire hostiles. Ils risquent de peu exploiter cette opportunité, de se montrer passifs lors des séances, ou de ne pas intégrer le groupe.

b) L'institutionnalisation de groupes de paroles à la MDRY :

Actuellement, c'est l'adhésion de l'agent qui est à l'origine de sa démarche auprès de la psychologue.

Le médecin coordonnateur œuvre à familiariser les professionnels avec la psychologue. Si des groupes de paroles étaient instaurés, la démarche se poursuivrait avec une organisation de travail qui prendrait en compte cette prise en charge des équipes par la psychologue.

On y aborderait le stress des soignants, leur souffrance, les conflits d'équipes, l'appréhension, l'attachement, l'angoisse, la peur de la mort, les résonances transférentielles...

Les participants auraient la possibilité de s'exprimer, de comprendre comment et pourquoi ils réagissent de telle ou telle façon, de mieux réagir face au comportement de certains résidents.

Les groupes de paroles permettraient d'apporter des connaissances sur la dépendance, les démences. Des thèmes comme l'aide à la préservation de l'autonomie et des capacités du résident pourraient conduire à une amélioration de la prise en charge des personnes âgées. On pourrait y aborder le rôle du soignant lors des repas, sa manière d'être présent et/ou interventionniste auprès du résident, de se montrer disponible lorsqu'il l'aide à manger, tolérant pour qu'il laisse la personne utiliser ses mains lorsqu'elle n'est plus en mesure de prendre des couverts.....

L'animation de ce groupe ne pourra, à mon sens être assurée par la psychologue de la MDRY dans la mesure où elle intervient déjà auprès des résidents, des familles et des agents qui en font la demande. L'intervention d'un psychologue vacataire, mandaté par la Direction dans le cadre de ce travail serait préférable.

La mise en place de ces groupes supposerait de redéfinir l'organisation des équipes afin de les décharger ponctuellement de la prise en charge des résidents. Ainsi, les établissements ne pourront-ils mettre en œuvre ce type d'organisation qu'à la seule condition d'obtenir des moyens supplémentaires.

Mais pour parvenir à optimiser les pratiques des équipes, un maillon reste essentiel : l'encadrement.

3.2.2 L'encadrement garant de la bientraitance des résidents par le management des équipes :

Dans les institutions gériatriques, l'encadrement des équipes soignantes est confié aux cadres de santé. Leur mission principale est d'organiser l'activité paramédicale, d'animer l'équipe et de coordonner les moyens d'un service de soins en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations.

Au sein de la résidence de Champlys, l'encadrement des six unités est assuré par trois cadres de santé : deux d'entre eux assurent chacun l'organisation et la gestion des trois unités, notamment par la coordination, l'encadrement et le management des équipes soignantes et des agents de nuit.

Une fiche de poste définit la mission générale, décrit des tâches, ainsi qu'une organisation et une gestion des unités. Dans sa mission générale, le cadre de santé doit notamment assurer un contrôle de la qualité et de la traçabilité dans tous les domaines. Il est garant du confort ambiant, physique, et moral du résident. Il réalise une évaluation permanente des organisations et de la bonne utilisation des dossiers de soins.

Un troisième cadre de santé exerce un rôle transversal au sein des équipes. Il a pour mission de coordonner l'action des six unités en lien avec le cadre supérieur de santé.

Au cours de l'élaboration de ce mémoire, j'ai constaté un décalage entre le rôle imparti aux cadres de santé par l'institution et celui réellement investi auprès des équipes. Ainsi, lors de l'observation des repas, au sein des trois unités, le cadre de santé n'est apparu qu'une fois. Il m'a demandé quels étaient les fruits de mon observation. J'ai été très étonnée d'apprendre ensuite qu'il avait retransmis aux équipes ces constats. Il m'aurait semblé préférable que le cadre de santé assiste aux repas, observe le travail des équipes et ensuite aborde avec elles le contenu de ses observations.

Différentes questions découlent de ceci :

* Comment les cadres de santé perçoivent-ils leur rôle en matière de restauration des résidents ? Que représentent pour eux les repas ?

* Comment peuvent-ils assurer l'organisation du travail et le suivi de celui-ci sans être présents et sans savoir précisément comment se déroulent les repas ?

Comment les cadres se situent-ils par rapport aux équipes (proximité affective, type de management, évaluation des agents...) ?

* Comment se situent-ils par rapport à la mission institutionnelle ?

Le fait que les soignants ne mettent pas en pratique les demandes réitérées par les résidents lors des commissions de menus à maintes reprises laisse penser que la mission institutionnelle n'est pas assurée comme il se doit.

La participation des cadres à l'élaboration du plan de formation demeure insuffisante, et mérite d'être repensée, ainsi que nous l'avons vu précédemment.

Il me semble nécessaire d'amener l'encadrement à s'interroger sur son rôle managérial et sur la manière d'exercer sa mission au sein des unités. Le management hiérarchique a laissé place à un mode de management où il s'agit plutôt de coordonner, de mobiliser, de croiser des domaines de compétences, d'animer, de travailler de façon transversale en échangeant des expertises, et surtout de développer un autre rapport au pouvoir. Les cadres de santé de la MDRY ont-ils réussi à se resituer dans ce nouveau mode de management ?

Le fait d'accompagner les équipes au quotidien rend probablement leur positionnement plus difficile encore. Là encore, il me paraît nécessaire de prévoir des formations sur ce sujet, et des temps de mise à distance où les cadres de santé pourraient évoquer et analyser leur pratique professionnelle auprès des équipes.

CONCLUSION

Au cours de mon stage, j'ai conduit un travail qui visait à savoir si les procédures mises en œuvre à la MDRY permettaient d'éviter aux résidents d'être dénutris.

A l'issue de cette recherche, j'ai infirmé ma première hypothèse :

« Les repas actuellement servis sont à même de satisfaire les besoins nutritionnels des résidents ; les conditions environnementales sont satisfaisantes, et ces derniers ne sont pas concernés par le dénutrition ».

J'ai également vérifié ma seconde hypothèse :

« Les connaissances des professionnels de l'établissement en matière de besoins nutritionnels des personnes âgées sont insuffisantes et les conditions environnementales insatisfaisantes, ce qui ne permet pas de prévenir la dénutrition des résidents ».

Sujet encore trop souvent méconnu, la dénutrition des personnes âgées n'en demeure pas moins une réalité. Sa prévalence dans les établissements médico-sociaux va à l'encontre de la démarche qualité engagée depuis 1999.

Aujourd'hui, lutter contre la dénutrition de la personne âgée, c'est d'abord intégrer qu'un sujet âgé ne peut être nourri comme un adulte plus jeune. L'alimentation doit plutôt s'apparenter à un soin, dispensé par une équipe pluridisciplinaire formée et vigilante.

A la MDRY, des efforts soutenus sont réalisés depuis plusieurs années pour optimiser la prise en charge des résidents. La restauration fait l'objet d'une amélioration continue afin de satisfaire les attentes des résidents.

A l'issue de cette recherche, plusieurs pistes de travail m'apparaissent possibles. L'élaboration prochaine du projet de soins pourrait être l'occasion de mettre en place un plan nutritionnel destiné à guider l'action des équipes dans leur lutte contre ce problème de santé publique.

Le plan nutritionnel ne ferait que répondre aux recommandations de la DGAS et de la DGS, visant à aider les professionnels à améliorer leurs pratiques gériatriques. En matière de nutrition, elles se résument ainsi : « répondre aux besoins spécifiques et évolutifs de la personne âgée en individualisant la prise en charge par des professionnels utilisant des procédures formalisées ».

L'autre axe de ce travail consiste à préconiser la formation des équipes en matière nutritionnelle, et leur participation à des groupes de paroles. Par ce biais, on réduirait progressivement les idées reçues et la méconnaissance si préjudiciables aux résidents. On aiderait également les agents à s'impliquer différemment auprès du résident et à lui offrir des conditions environnementales et relationnelles plus favorables.

Mais certaines de ces préconisations pourront-elles se mettre en place si les moyens accordés aux établissements ne sont pas étendus ?

Parmi les propositions avancées au cours de cette recherche, certaines seront réalisables à moyens constants, d'autres resteront probablement à l'état de préconisations si des moyens supplémentaires ne sont pas alloués à l'établissement.

* Le plan nutritionnel nécessitera l'investissement de l'ensemble des agents, du médecin coordonnateur aux ASH. Les ratios actuels, permettront-ils au Directeur d'imposer des tâches supplémentaires aux équipes sans que les moyens en personnel soient étendus ? Une demande de création de postes dans la perspective de lutter contre la dénutrition des résidents serait-elle entendue par les autorités de tutelle ?

* La formation des agents selon les trois axes énoncés est concrétisable à moyens constants si l'institution fait de la dénutrition l'un de ses objectifs de travail pour les années à venir.

* Les groupes de paroles pourraient se mettre en place à condition que la prise en charge des résidents reste correctement assurée par les agents, ce qui supposerait d'être planifié, et peut-être de remplacer à certains moments des agents pour leur permettre d'effectuer ce travail .

La lutte contre la dénutrition des résidents sera ainsi non seulement fonction des choix de son Directeur, mais aussi des moyens dont il disposera pour amorcer des changements. Celui-ci devra en élaborant son projet d'établissement, démontrer la nécessité d'obtenir des moyens supplémentaires qui lui permettront de lutter contre la dénutrition. Il pourra également solliciter des prises en charges supplémentaires (ergothérapie, dentistes...)

Cette meilleure prise en charge, devant se traduire à terme par des économies sur d'autres postes budgétaires, comme le matériel médicalisé, les médicaments et les charges en personnels.

Bibliographie

Ouvrages :

AUBERT M; Diriger et motiver, art pratique du management. Paris : Edition d'organisation, 2002. 355 p.

BADEY-RODRIGUEZ C; La vie en Maison de retraite : comprendre les résidents, leurs proches et les soignants. Paris . Albin Michel, 2003. 245 p.

BRILLAT-SAVARIN ; Physiologie du goût. Paris . Flammarion, 1982. 399 p.

DUCALET P., LAFORCADE M; Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Paris : Seli Arslam, 2000. 272 p.

FERRY M. L'alimentation en maison de retraite. Paris : L'Année gériatrique, 1995.227p

FERRY M .et al. Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux. Paris : Berger-Levrault, 1996.227p

Carences nutritionnelles : étiologies et dépistage. Expertise collective INSERM P

MINISTERE de l'EMPLOI et de la SOLIDARITE /. MINISTERE délégué à la SANTE ; Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2001-2005. Disponible sur internet : <<http://www.sante.gouv.fr>< (40p).

SECRETARIAT D'ETAT AUX PERSONNES AGEES / MINISTERE DES SPORTS ; Programme national « bien vieillir » 2003-2005 ; Mars 2003, 39 p.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. DIRECTION DE L'ACCREDITATION; Manuel d'accréditation des établissements de santé. Février 1999. 232p.

Mémoires :

MOTTE ; La qualité hôtelière en restauration : l'exemple du centre de gérontologie Les Abondances. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Directeur d'établissement Sanitaire et Social public, Rennes, 2002. 60 p.

PAJOT-PHILOUZE AC ; Le temps du repas en maison de retraite : enjeu institutionnel. Le Directeur garant d'un repas de qualité. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, de Directeur d'établissement sanitaire et social public, Rennes, 2001, 75 p.

Articles de revues :

ABRAMOVICI C ; Le goût de la vie. Gérontologie et Société, Décembre 1997, n° 83, pp 85-86.

ANGLARD A. Menin C ; Manger en institution. Gérontologie et Société, n° 43, p .

COTI P., ROULET M., GUEX E., et al ; Limites éthiques de la nutrition artificielle chez la personne âgée. La revue du généraliste et de la gérontologie, Juin 2002, n° 86, pp304-307.

DELATTRE JP. RESMOND- RICHARD F. LE BERRE A et al. L'état de santé des personnes âgées hébergées dans un service de gériatrie. Dentaire Hebdo, 1995, n° , pp 9-12.

FERRY M ; Besoins nutritionnels : les acquis, le futur. Gérontologie et Société, Décembre 1997, n° 83, pp 7-11.

GEISCHBUHLER E. GEISCHBUHLER F. RAPIN CH ; Poids des problèmes pratiques, conceptuels et éthiques liés à l'alimentation à la cuillère des patients âgés en perte de capacités. Recherche et soins infirmiers, Mars 2001, n° 64, pp 6-10.

MATHEY MF. LESOURD B. Revue du soignant en gériatrie, Février 2004, n° 7, pp15-21.

TAMAS FULOT ; Impact de la malnutrition protéino-énergétique sur les défenses de l'organisme, la Revue de Gériatrie, supplément B au tome 5, Mai 2003, n° pp .

Textes législatifs et réglementaires :

LOI n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la Loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

ARRETE du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la Convention pluriannuelle prévue à l'article 51 de la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Annexe de l'Arrêté 26 septembre 1999 fixant

CIRCULAIRE DGS/(SD5A) n°2002-13 du 9 janvier 2002 relative à la mise en œuvre du Programme National Nutrition Santé (en ligne). Disponible sur internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>

Sites internet :

ANAES : <http://www.anaes.fr>

Ministère de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr>

Club Francophone Gérontologie et Nutrition : <http://www.mapage.noos.fr/cfgn>

Ministère des affaires sociales : <http://www.social.gouv.fr>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Interrogatoire permettant d'évaluer les risques de dénutrition.

ANNEXE 2 : Mode opératoire « Renseignement des régimes et dégoûts alimentaires individuels ».

ANNEXE 3 : Mode opératoire « Elaboration et diffusion des menus ».

ANNEXE 4 : Mode opératoire « Commande des menus ».

ANNEXE 5 : Mode opératoire « Demande de modification de commande des menus ».

ANNEXE 6 : Tableaux indiquant les résultats obtenus lors de l'étude nutritionnelle
(Utilisation du MNA).

ANNEXE 7 : Questionnaire diffusé aux médecins traitants de la MDRY.

ANNEXE 8 : Questionnaire nutritionnel remis aux agents de la MDRY.

ANNEXE 9 : Fiche de poste de la conseillère hôtelière de la MDRY.

ANNEXE 1 : Interrogatoire permettant d'évaluer les risques de dénutrition

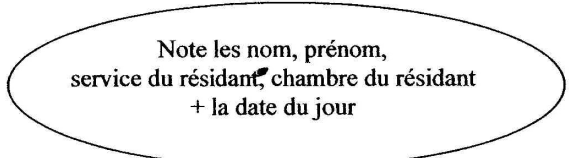
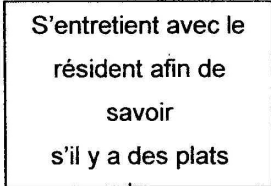
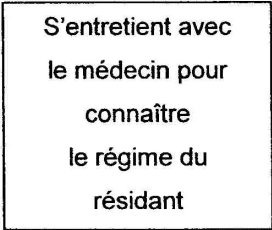
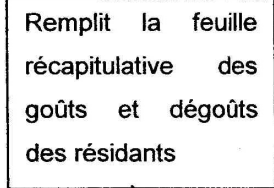
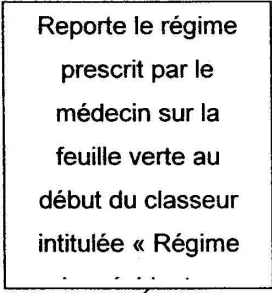
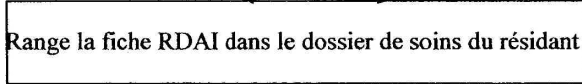
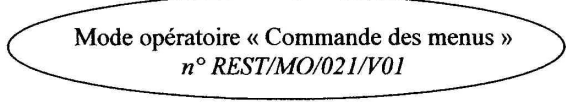
Tableau 16.II Évaluer la dénutrition. Autoquestionnaire évaluant les facteurs de risque de malnutrition chez la personne âgée (Brocker P., Henry S., Balas D.)

1	Vous sentez-vous toujours capable de faire les courses, de faire la cuisine ou de vous mettre à table?	oui : 0	non : 1
2	Mangez-vous tous les jours ; des fruits, des légumes verts et des laitages?	oui : 0	non : 1
3	Avez-vous maigri de 2 kg ou plus dans le dernier mois ou de 4 kg et plus dans les six derniers mois?	oui : 1	non : 0
4	Avez-vous une maladie ou un handicap qui vous gêne pour vous alimenter?	oui : 1	non : 0
5	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ou avez-vous eu une affection médicale aiguë durant le dernier mois?	oui : 1	non : 0
6	Avez-vous une impression de dégoût, de manque d'appétit ou l'impression de n'avoir jamais faim au moment des repas?	oui : 1	non : 0
7	Mangez-vous souvent seul(e)?	oui : 1	non : 0
8	Buvez-vous plus de 3 verres de vin, de bière ou plusieurs alcools par jour?	oui : 1	non : 0
9	Faites-vous 3 repas par jour?	oui : 0	non : 1
10	Prenez-vous 3 médicaments ou plus par jour?	oui : 1	non : 0
TOTAL : 1 score \geq 3 constitue un risque de malnutrition			


ANNEXE 2 : MODE OPERATOIRE « RENSEIGNEMENTS ET SYNTHÈSE DES RÉGIMES ET DÉGÔUTS ALIMENTAIRES INDIVIDUELS ».

	MODE OPERATOIRE	<i>REST/MO/020/V02</i> <i>Création le 20/11/2003</i> <i>Modification le 11/03/2005</i> <i>Page 2/2</i>
	RENSEIGNEMENT ET SYNTHÈSE DES RÉGIMES ET DÉGÔUTS ALIMENTAIRES INDIVIDUELS	

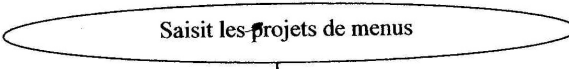
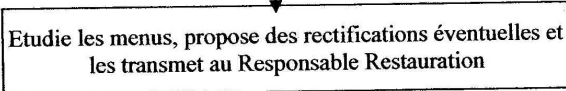
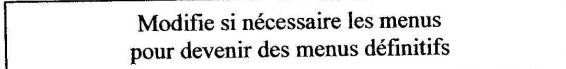
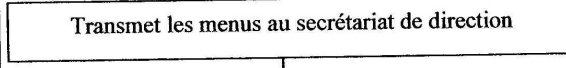
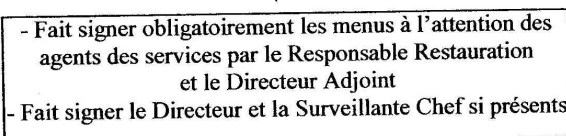
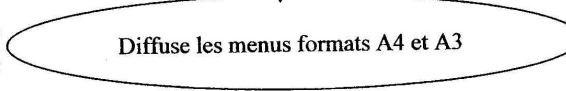
Logigramme synthétique « RENSEIGNEMENT ET SYNTHÈSE DES RÉGIMES ET DÉGÔUTS ALIMENTAIRES INDIVIDUELS »


N°	Qui ?	Fait quoi ?	Comment et quand ?
1	ASH ou AS ou AMP		Sur la fiche « Renseignements des dégoûts alimentaires individuels » = RDAI
2	ASH ou AS ou AMP	 	2 jours après son entrée dans l'établissement
3	ASH ou AS ou AMP	 	à l'aide de la fiche RDAI L'écriture au crayon de papier permet un effacement facile lorsqu'il y a un changement ou lorsque le résident sort du service.
4	ASH ou AS ou AMP		
5			

ANNEXE 3 : MODE OPERATOIRE « ELABORATION ET DIFFUSION DES MENUS »

	MODE OPERATOIRE	<i>REST/MO/018/V04</i> <i>Création le 24 juin 2003</i> <i>Modification le 11/03/2005</i> <i>Page 2/2</i>
	Elaboration et diffusion des menus	

Logigramme synthétique de l'élaboration et la diffusion des menus dans les services de soins


N°	Qui ?	Fait quoi ?	Comment et quand ?
1	Responsable Restauration		Toutes les 4 semaines
2	Conseillère Hôtelière		Dans la semaine qui suit la transmission
3	Responsable Restauration		
4	Responsable Restauration		Toutes les 4 semaines
5	Secrétaire de Direction		
6	Secrétaire de Direction		Le jeudi (2 semaines avant la semaine proposée sur le menu)

	MODE OPERATOIRE	<i>REST/MO/018/V04</i> <i>Création le 24 juin 2003</i> <i>Modification le 11/03/2005</i>
	Elaboration et diffusion des menus	

LISTE DES MENUS A DIFFUSER

DESTINATAIRE	FORMAT A4	FORMAT A3
DIRECTEUR	1	
DIRECTEUR ADJOINT	1	
REZ DE CHAUSSEE ADMINISTRATION		1
CADRE DE SANTE	1	
CONSEILLERE HOTELIERE	1	
REZ DE CHAUSSEE ADMINISTRATION	1	
MAGASINIER	1	
MEDECIN COORDONNATEUR	1	
ANIMATION		1
ATELIERS	1	
BLANCHISSERIE	1	
PHARMACIE	1	
Cuisine : RESPONSABLE ADJOINT CUISINIERS PATISSIERS QUAI CHAUFFEUR LIVRAISONS	1 1 1 1 1 1	1
FOYER ADULTES HANDICAPES	1	1
EGLANTINES/MIMOSAS	1	1
LILAS/ AMANDIERS	1	1
PANIER VERT	1	1
CARRE PATISSIER	1	1
CADRE DE SANTE	1	
LES FONTAINES RONDES	1	1
LES CHARRONS	1	1
LES CHAMPS RAISINS	1	1
LES BEUGNONS	1	1
LES ROCHES	1	1
LES MOULINS	1	1
SEIGNELAY	3	3

ANNEXE 4 : COMMANDE DES MENUS.

	MODE OPERATOIRE	REST/MO/021/V02 Création le 18/12/2003
	COMMANDE DES MENUS	Modification le 11/03/2005 Page 1/2

Logigramme synthétique de « Comment remplir la feuille de commande des menus »

N°	Qui ?	Fait quoi ?	Comment et quand ?
----	-------	-------------	--------------------

AS, ASH ou AMP	<p style="text-align: center;"><u>Se procure :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La feuille de proposition des menus (format A4) - Une feuille de commande des menus - La feuille récapitulative des goûts et dégoûts des résidents - S'informer du nombre de résidents le week-end et la semaine suivante (sorties, anniversaires...) 	Voir le planning
	<p style="text-align: center;"><u>Note :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le service - la date de la semaine - ses nom et prénom lisiblement - remplit les colonnes jour par jour 	Sur la feuille de commande format AB

Exemple :


- 1 service de 40 résidents
- 35 personnes mangent « entier », dont 5 sans sel, 2 hypocalorique, 1 n'aime pas l'entrée du jour
- 5 personnes mangent « mixé » dont 1 n'aime pas l'entrée du jour

MIDI	SAMEDI	
	E	M
ENTREE DU JOUR	27	4
Sans sel	5	
Hypocalorique	2	
Hypocal. sans sel		
Sans fibres		
Remplacement	1	1
TOTAL résidents	40	

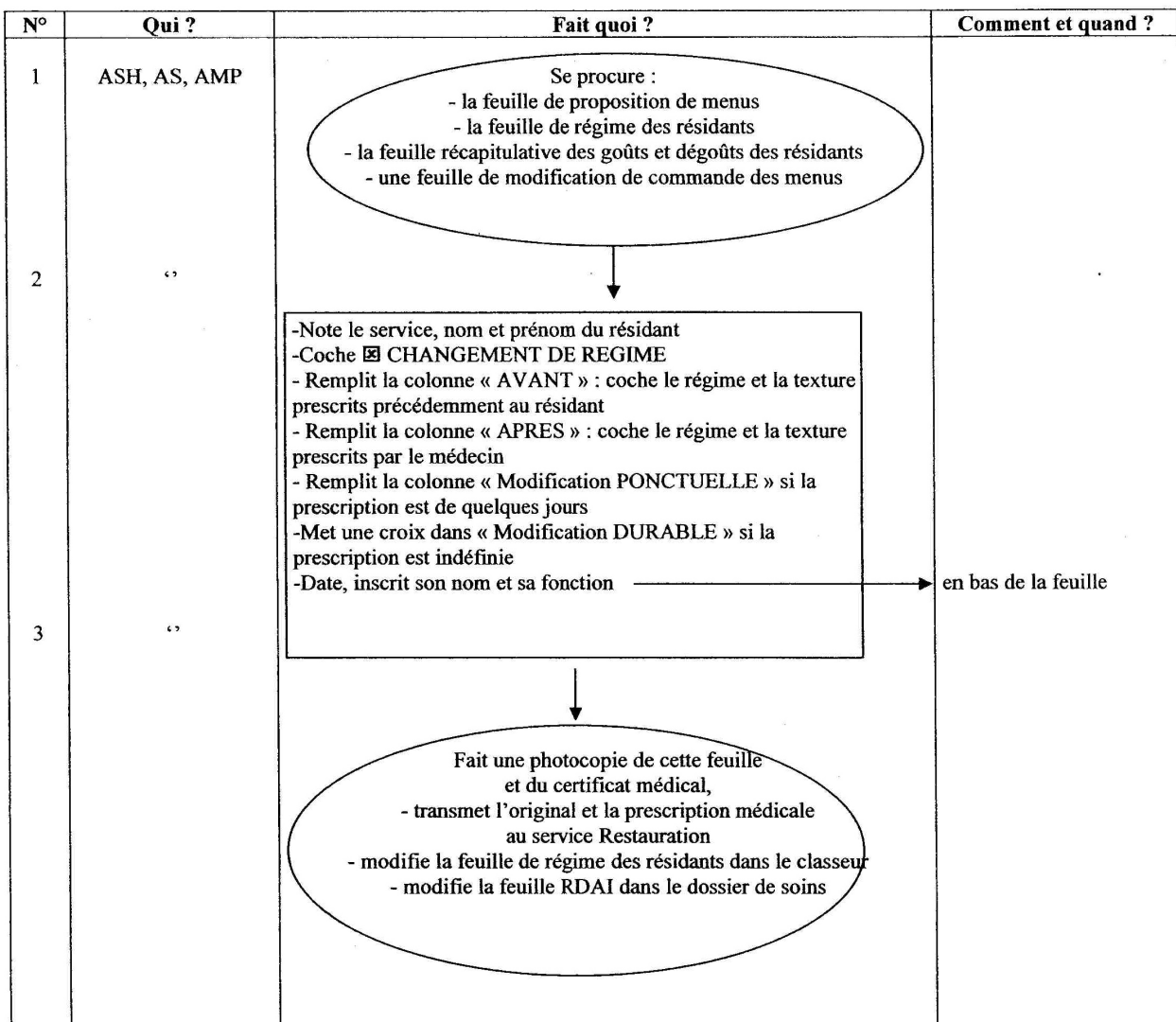
- 20 personnes mangent « entier », dont 5 sans sel (1 n'aime pas la viande du jour), 2 « hypocalorique » et 2 n'aiment pas la viande du jour
- 15 personnes mangent « haché », dont 3 sans sel (2 n'aiment pas la viande du jour)
- 5 personnes mangent « mixé »

MIDI	E	H	M
	PLAT DU JOUR	11	12
Sans sel	4	1	
Hypocalorique	2		
Hypocal. sans sel			
Remplacement	2		
Remplacement sans sel	1	2	
TOTAL résidents	40		

ANNEXE 5 : MODE OPERATOIRE « DEMANDE DE MODIFICATION DE COMMANDE DES MENUS »

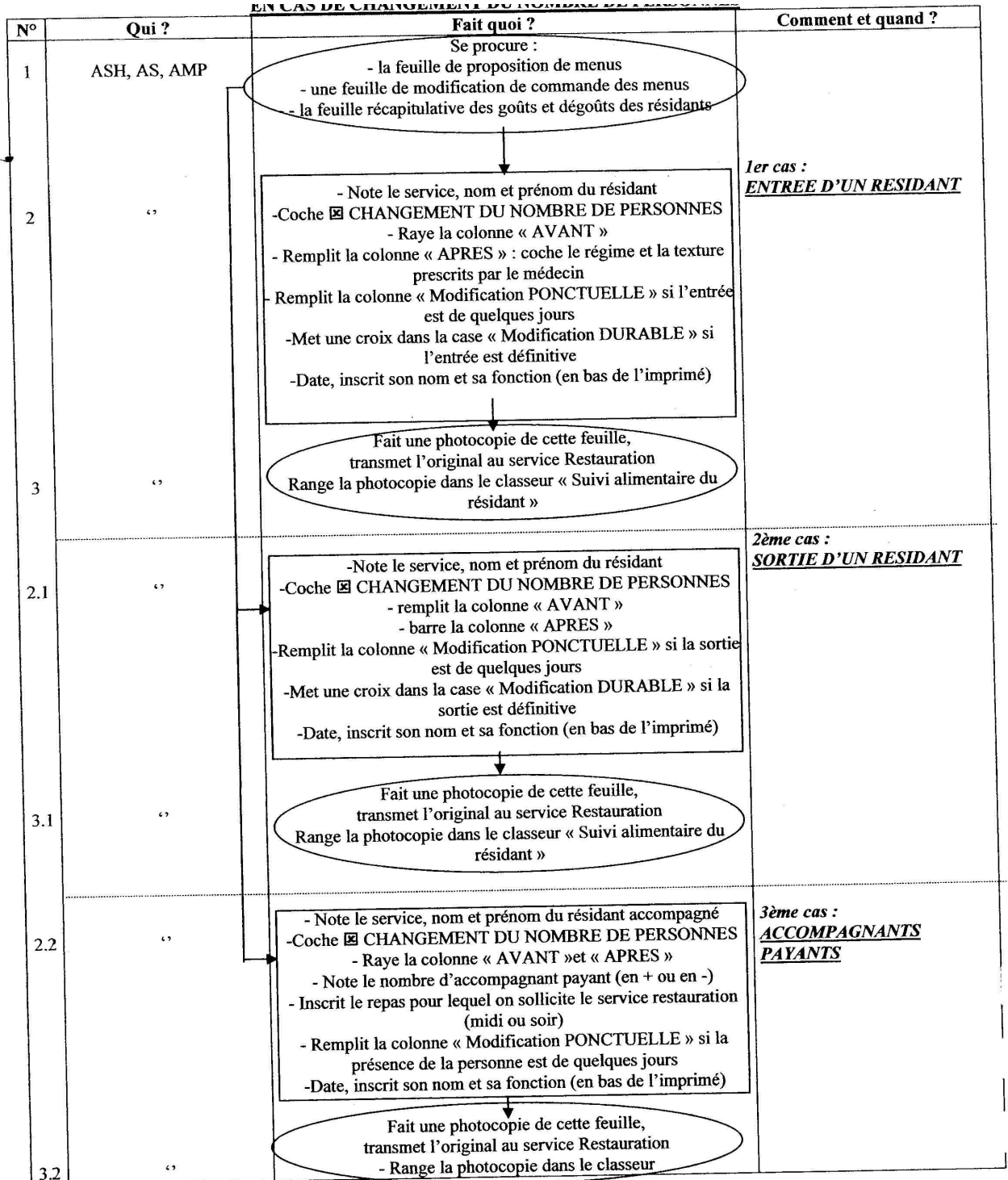
	MODE OPERATOIRE	REST/MO/022/V02
	DEMANDE DE MODIFICATION DE COMMANDE DES MENUS	Création le 18/12/2003 Modification le 28/02/2005 Page 2/3

**Logigramme synthétique n°1 : demande de modification de commande des menus
EN CAS DE CHANGEMENT DE REGIME**



DEMANDE DE MODIFICATION DE COMMANDE DES MENUS

Logigramme synthétique n°2 : demande de modification de commande des menus
EN CAS DE CHANGEMENT DU NOMBRE DE PERSONNES



ANNEXE 6: Tableaux indiquant les résultats obtenus lors de l'étude nutritionnelle (utilisation du MNA)

NOM	DEPISTAGE						SCORE
	A	B	C	D	E	F	
E. JCLAUDE	2	3	1	2	2	3	13
Y. LOUIS	2	3	0	0	1	3	9
A. PIERRE	2	3	0	0	1	3	9
N. INGRID	2	3	0	2	0	1	8
E. SIMONE	2	3	1	0	0	3	9
T. ANDRE	2	0	1	0	0	3	6
D. MAURICE	1	3	0	2	2	3	11
T. FLORIAN	2	3	1	0	2	3	11
D. GEORGETTE	1	1	0	2	0	0	4
T. GERMAINE	1	3	1	0	0	0	5
X. JOEL	2	3	0	0	1	3	9
S.SIMONE	2	3	0	2	2	3	12
T. PAULINE	2	3	1	2	0	3	11
R. GERMAINE	1	3	1	0	2	3	10
Y. PAULETTE	2	3	1	2	1	1	10
O. JACQUELINE	2	3	1	2	1	1	10
L. SUZANNE	0	3	1	0	2	3	9
D. GEORGETTE	0	1	0	2	2	3	8
E. LILIANE	2	3	0	2	1	3	11
C. GUY	1	2	1	0	1	3	8
S. SIMONE	1	2	1	2	0	3	9
E. RENE	2	3	1	2	2	3	13
X. ALICE	2	3	0	0	2	3	10
S. JACQUELINE	2	3	0	0	2	3	10
O. YVETTE	2	1	0	0	0	3	6
E. GISELE	1	0	1	2	0	3	7
S. LUCIENNE	1	3	0	2	1	3	10
S. ANDRE	0	0	0	2	1	0	3
S. SIMONE	2	3	0	0	1	3	9
N. JACKY	2	3	0	2	1	3	11
DS. ANDRE	2	0	1	0	2	3	8
T. RENEE	1	3	1	2	0	3	10
N. MICHEL	2	3	1	2	2	3	13
D. SIMONE	2	2	1	2	1	0	8
T. LEONTINA	1	1	0	0	0	3	5
S. ELISA	2	3	0	2	2	3	12
E. MONIQUE	2	1	0	2	2	0	7
G. ANNA	1	1	1	0	0	1	4
D. GABRIELLE	2	2	1	0	0	0	5
T. JANINE	1	3	1	0	1	3	9
N. JULIEN	1	0	0	0	0	1	2
K. SUZANNE	1	3	1	0	1	0	6
Y. SELIM	1	2	0	2	0	0	5
A. VERONIQUE	1	3	0	2	0	2	8
R. LEON	0	3	1	2	2	3	11

E. BERNARD	2	3	0	2	2	3	12
LG. YVETTE	1	3	0	0	2	3	9
U. MJOSEPH	1	0	0	0	2	0	3
R. MICHEL	2	3	1	0	1	1	8
N. PAULETTE	1	3	1	0	0	3	8
A. BRIGITA	2	3	0	2	1	3	11
M. MUGUETTE	1	3	1	0	2	3	10
Y. LYDIE	2	3	1	0	2	3	11
T. LOUISE	0	3	0	2	1	0	6
T. FERNANDE	2	3	0	2	0	0	7
U. SUZANNE	2	3	1	2	2	3	13
N. RAYMONDE	2	2	0	2	0	1	7
T. LOUIS	1	3	1	0	2	3	10
T. ABDELAZIZ	2	3	2	2	1	2	12
T. SIMONE	2	2	1	0	1	3	9
E. JCLAUDE	2	3	1	2	2	3	13
L. YVONNE	2	3	1	0	2	2	10
T. ANDREE	1	3	1	0	0	2	7
U.MAUGUSTINE	2	3	0	0	2	1	8
T. AMELIE	1	3	1	2	0	3	10
T. JEANNE	2	3	1	0	2	2	10
Y. ROGER	1	3	1	2	0	3	10
D. MARCELLE	1	2	1	2	0	0	6
T. ERNESTINE	1	1	1	2	1	3	9
T. FELICIE	1	3	1	0	0	3	8
T. MARCELLINE	1	0	0	0	0	3	4
E. EVELYNE	2	3	1	0	1	3	10
T. MARCELLE	1	3	0	0	0	3	7
T. MARGUERITTE	2	1	1	0	0	2	6
T. MAURICE	2	2	1	0	2	2	9
E. VALENTINE	1	2	2	0	0	3	8
Y. LUCIENNE	1	0	0	0	1	2	4
N. SYLVETTE	1	1	1	0	0	1	4
Y. RAFIC	1	3	0	2	1	1	8
T. ANDRE	1	3	0	0	1	2	7

- A) 0** = anorexie sévère, **1** = anorexie modérée, **2** = pas d'anorexie
- B) 0** = perte de poids de plus de 3 kg, **1** = ne sait pas,
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg, **3** = pas de perte de poids
- C) Motricité** : **0**= du lit au fauteuil, **1** = autonome à l'intérieur,
2 = sort du domicile
- D) Maladie aiguë ou stress lors des 3 derniers mois** : **0** = oui, **2** = non
- E) Problèmes neuropsychologiques** : **0** = démence ou dépression sévère
1 = démence ou dépression modérée, **2** = pas de problème psy.
- F) Indice Masse Corporelle** : **0** = IMC inf. 19 ; **1** = IMC entre 19 et 21
2 = IMC entre 21 et 23 ; **3** = IMC sup. à 23

EVALUTATION GLOBALE

NOM	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	SCORE	SCORE DEPISTAGE	SCORE TOTAL
E.JCLAUDE	0	0	1	2	1	1	0,5	2	2	1	1	1	12,5	13	25,5
Y. LOUIS	0	0	1	2	1	1	0,5	0	0	0,5	1	1	8	9	16
A. PIERRE	0	0	1	2	1	1	1	2	2	0	1	1	12	9	21
N. INGRID	0	0	0	2	1	1	1	0	2	0,5	1	1	9,5	8	17,5
E. SIMONE	0	0	1	2	1	1	0,5	2	2	1	1	1	12,5	9	23
T. ANDRE	0	0	0	3	1	1	0,5	2	1	0,5	1	1	11	6	16
D. MAURICE	0	0	1	2	1	1	0,5	1	2	0,5	1	0	10	11	21
T. FLORIAN	0	0	1	3	1	1	1	2	1	0,5	1	1	12,5	11	23,5
D. GEORGETTE	0	0	1	1	1	1	0,5	0	0	0,5	0	0	5	4	9
T. GERMAINE	0	0	0	2	1	1	1	2	2	0	1	0	10	5	15
X. JOEL	0	0	1	3	1	1	1	2	1	0,5	1	1	12,5	9	21,5
S. SIMONE	0	0	1	2	1	1	0,5	1	1	0,5	1	1	10	12	22
T. PAULINE	0	0	1	1	0,5	0	0	0	1	0,5	1	1	6	11	17
R. GERMAINE	0	0	1	2	1	1	1	2	2	0	1	1	12	10	22
Y. PAULETTE	0	0	1	2	1	1	0,5	2	2	1	1	1	12,5	10	22,5
O. JACQUELINE	0	0	1	2	1	1	1	0	2	1	0,5	1	10,5	10	20,5
L. SUZANNE	0	0	0	2	1	1	1	1	2	0	1	1	10	9	19
D. GEORGETTE	0	0	0	2	1	1	1	2	2	0,5	1	1	11,5	8	20,5
E. LILIANE	0	0	1	2	1	1	1	0	2	1	1	1	11	11	22
C. GUY	0	0	1	2	1	1	1	2	1	0,5	1	1	11,5	8	19,5
S. SIMONE	0	0	0	1	1	1	0,5	0	1	0,5	1	1	7	9	17
E. RENE	0	0	1	2	1	1	0,5	2	1	0,5	1	1	11	13	24
X. ALICE	0	0	0	2	1	1	1	1	1	0	1	1	9	10	19
S. JACQUELINE	0	0	1	2	1	1	1	1	1	0,5	1	1	10,5	10	20,5
O. YVETTE	0	0	0	2	0	1	0,5	0	1	0,5	0,5	0	5,5	6	11,5
E. GISELE	0	0	1	1	1	1	0,5	1	0	0,5	1	1	8	7	15
S. LUCIENNE	0	0	1	1	1	1	0,5	1	1	0,5	1	0	8	10	18
S. ANDRE	0	1	1	3	1	1	0,5	1	2	0,5	0	0	11	3	14
S. SIMONE	0	0	0	2	1	1	1	2	2	0	1	1	11	19	20
N. JACKY	0	0	1	3	1	1	1	1	2	0,5	1	1	12,5	11	23
DS. ANDRE	0	0	1	2	1	1	1	1	2	0	1	1	11	8	19
T. RENEE	0	0	1	2	1	1	0,5	0	0	0,5	1	1	8	10	18
N. MICHEL	0	0	1	2	1	1	1	2	1	0,5	1	1	10,5	10	20,5
D. SIMONE	0	0	0	2	1	1	0	2	1	2	0	0	9	8	17
T. LEONTINA	0	0	1	1	1	1	0,5	1	1	0,5	1	1	9	5	14
S. ELISA	0	0	1	2	1	1	0,5	2	2	1	1	1	12,5	12	24,5
E. MONIQUE	0	0	0	2	1	1	1	1	1	0,5	0	0	7,5	7	14,5
G. ANNA	0	0	1	2	1	1	0,5	2	1	0,5	0,5	1	10,5	4	14,5
D. GABRIELLE	0	0	1	2	1	1	0,5	1	1	0,5	1	0	9	5	14
T. JANINE	0	0	1	2	1	1	1	2	1	0,5	1	1	11,5	9	20,5
N. JULIEN	0	0	1	2	1	1	1	1	1	0,5	1	1	10,5	4	14,5

K. SUZANNE	0	0	1	3	0,5	1	0,5	1	1	0,5	0	0	8,5	6	14
NOM															
Y. SELIM	0	1	1	3	1	1	0,5	0	1	0,5	0	0	9	5	14
A. VERONIQUE	0	0	1	3	1	1	0,5	0	1	0,5	1	0	9	8	17
R. LEON	0	0	1	2	1	1	0,5	2	2	0	1	1	11,5	11	22,5
E. BERNARD	0	0	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	13	12	25
LG. YVETTE	0	0	0	2	1	1	1	2	2	0,5	1	1	11,5	9	20,5
U. MJOSEPH	0	1	1	3	1	1	0,5	0	1	0,5	0	0	9	3	12
R. MICHEL	0	0	1	2	1	1	0,5	2	2	1	0,5	0	11	8	19
N. PAULETTE	0	0	1	1	0,5	1	0,5	1	0	0,5	1	1	7,5	8	16,5
A. BRIGITA	0	0	1	2	1	1	1	2	2	1	1	0	12	11	23
M. MUGUETTE	0	1	0	1	1	1	0,5	1	1	0	1	1	8,5	10	18,5
Y. LYDIE	0	0	0	2	1	1	1	2	1	0	1	1	10	11	21
T. LOUISE	0	0	1	2	0,5	1	0,5	0	0	0,5	0,5	0	6	6	12
T. FERNANDE		1	0	3	1	1	0,5	0	1	0,5	0	0	8	7	15
U. SUZANNE	0	0	1	2	1	1	0,5	2	2	1	1	1	12,5	11	23,5
N. RAYMONDE	0	0	1	2	1	1	1	0	2	0,5	1	0	9,5	6	15,5
T. LOUIS	0	0	1	1	1	0	0,5	2	1	0	1	1	8,5	10	8,5
T. ABDELAZIZ	0	0	1	2	1	1	1	2	2	1	1	0	12	12	24
T. SIMONE	0	0	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	12	9	21
E. JCLAUDE	0	0	0	2	1	1	1	2	2	0	1	1	11	13	25
L. YVONNE	0	0	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	13	10	23
T. ANDREE	0	0	1	2	1	1	0,5	2	2	0,5	1	0	11	7	18
U. MAUGUSTINE	0	0	1	2	1	1	1	2	1	0,5	1	0	10,5	8	18,5
T. AMELIE	0	0	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	14	10	24
T.JEANNE	0	0	1	2	1	1	1	2	2	1	1	0	12	10	22
Y. ROGER	0	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	11	10	21
D. MARCELLE	0	0	1	1	1	1	0,5	2	1	0,5	0	0	8	6	14
T. ERNESTINE	0	1	0	2	1	1	0	1	1	0	1	0	8	9	17
T. FELICIE	0	0	1	2	1	1	0,5	2	2	0,5	1	1	12	8	20
T. MARCELLINE	0	0	0	1	0,5	0	0,5	0	0	0,5	1	1	4,5	4	8,5
E. EVELYNE	0	0	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	13	11	24
T. MARCELLE	0	0	1	2	1	1	0,5	1	1	0,5	1	0	9	7	16
T. MARGUERITE	0	0	1	1	1	1	0,5	1	1	0,5	1	0	8	7	15
T. MAURICE	0	0	0	1	1	1	0,5	2	2	0,5	1	0	9	9	18
E. VALENTINE	0	0	1	2	1	1	0,5	1	1	0,5	1	0	9	8	17
Y. LUCIENNE	0	0	0	1	0		1	1	1	0,5	0,5	0	5	4	9
N. SYLVETTE	0	0	1	2	1	1	0,5	1	1	0,5	1	0	9	4	13
Y. RAFIC	0	0	1	3	0,5	1	0,5	2	2	0	1	0	11	8	19
T.ANDRE	0	0	1	2	0,5	0	0,5	0	0	0,5	1	1	6,5	7	13,5

G) Dépendance à domicile : 0 = non, 1 = oui

- H)** Plus de 3 médicaments : **0** = oui, **1** = non
- I)** Escarres ou plaies : **0** = oui, **1** = non
- J)** Nombre de véritables repas : **0** = 1R, **1** = 2R, **2** = 3R
- K)** Consommation (produits laitiers 1X/J, œufs ou légumineuses 1 à 2X/S, viandes poissons volailles chaque jour) :
0,0 = si 0 ou 1 oui ; **0,5** = si 2 oui ; **1,0** = si 3 oui
- L)** Fruits et légumes (2 X/J) : **0** = non, **1** = oui
- M)** Boissons (nombre de verres/J) : **0,0** = - de 3V ; **0,5** = de 3 à 5V ; **1,0** = + de 5V
- N)** Manière de se nourrir : **0** = nécessite assistance, **1** = seul avec difficultés, **2** = seul ss dif.
- O)** Se considère t-il bien nourri : **0** = malnutrition sévère,
 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée, **2** = pas de problème de nutrition
- P)** Meilleure ou moins bonne santé (sentiment par rapport aux autres) :
0,0 = -bonne ; **0,5** = ne sait pas ; **1** = aussi bonne ; **2** = meilleure
- Q)** Circonférence brachiale (cm) : **0,0** = inf. à 21 ; **0,5** = entre 21 et 22 ; **1** = sup. à 22
- R)** Circonférence du mollet (cm) : **0** = inf. à 31 ; **1** = sup. à 31

APPRECIATION :

	malnutrition moins de 17 points
	risque malnutrition de 17 à 23,5 points
	Non concernés par la malnutrition

Questionnaire sur la nutrition des personnes âgées.

(Destiné aux médecins)

1. Au cours de vos études, avez-vous suivi une formation sur la nutrition des personnes âgées ?

Oui

Non

Si oui, durant combien d'heures ?

2. Dans le cadre de votre formation continue, des apports en matière de nutrition des personnes âgées vous sont-ils proposés ?

Oui

Non

3. Lors des visites médicales, pesez-vous vos patients ?

Oui

Non

Si oui, à quelle fréquence ?

Surveillez-vous leur état bucco-dentaire ?

Oui

Non

4. Vous arrive-t-il de constater chez certains patients un amaigrissement ?

Oui

Non

Si oui, que proposez-vous en tant que médecin ?

5. Proposez-vous à certains patients de suivre un régime alimentaire ?

Oui

Non

Si oui, à partir de quelles indications ?

6. Quel est le ratio de patients actuellement au régime ?

7. À quelle fréquence réexaminez-vous l'opportunité de poursuivre ce régime ?

8. En parlez-vous à l'équipe soignante ?

Oui

Non

9. Avez-vous remarqué si certains de vos patients suivent un régime sans que vous leur ayez prescrit ?

Oui

Non

Si oui, qui a eu cette initiative ?

10. Prescrivez-vous à certains patients de faire de l'exercice physique ?

Oui

Non

11. Lorsqu'un patient est malade, demandez-vous au service une modification de son alimentation ?

Oui

Non

Si oui, à l'occasion de quelles pathologies ?

12. D'une manière générale, pensez-vous que certaines pathologies nécessitent une alimentation différente ?

Oui

Non

13. En France, pensez-vous que les personnes âgées sont concernées par la dénutrition ?

Oui

Non

A quelle fréquence ?

14. Quelles en sont les causes ?

15. En tant que médecin, quel rôle pouvez-vous jouer dans le traitement de ce problème ?

Questionnaire sur la nutrition des personnes âgées

1. A quel corps professionnel appartenez-vous ?

- Cadre de santé
- Infirmière
- Animatrice
- Aide soignant
- Agent de service hospitalier
- Aide médico-psychologique
- Personnel de cuisine
- Conseillère hôtelière

2. Lors de votre formation professionnelle initiale, avez-vous suivi des enseignements sur la nutrition des personnes âgées ?

- Oui
- Non

4 Avez-vous suivi une formation dans ce domaine dans le cadre de la formation continue ?

- Oui
- Non

Si oui, est-ce à votre initiative ou à celle de votre employeur ?

5 Que représente pour vous l'alimentation en maison de retraite ?
(Classez ces propositions en ordre croissant selon l'importance que vous leur accordez, note de 1 à 4)

- a. Une source de plaisir pour le résident
- b. Une réponse à des besoins physiologiques
- c. Un moment de soins
- d. Rien de particulier

6 Si vous aviez à préparer, sur une journée, la ration alimentaire d'une personne, de quels renseignements préalables auriez-vous besoin ?

- 6.2 Des goûts et des dégoûts de la personne
- 6.3 De son sexe
- 6.4 De son poids
- 6.5 De son âge
- 6.6 De son état de santé (pathologies anciennes et en cours, traitements médicaux, contre-indications, autres....)
- 6.7 De son état de dépendance
- 6.8 Autres.

- 7 Parmi les aliments qui suivent, que proposeriez-vous aux résidents à chacun des repas ? (Produits laitiers, viande, œufs, poisson, légumes, féculents, soupe, pain, biscottes, jus de fruits ; fruits, autres.....)

Au petit déjeuner :

Collation du matin :

Déjeuner :

Collation de l'après-midi :

Dîner :

Que proposeriez-vous à boire au cours de cette même journée ? (Indiquez les quantités)

- 8 Quels éléments vous paraissent « nécessaires » pour motiver une personne dans sa prise alimentaire ? (répondez par ordre croissant en notant de 1 à 6)

- 8.2 La durée du repas
- 8.3 Le cadre
- 8.4 L'aide à la prise du repas
- 8.5 Le choix de sa table
- 8.6 Le contenu de l'assiette
- 8.7 Autres... (précisez)

8. Selon vous, les personnes âgées de plus de soixante quinze ans rencontrent-elles des problèmes particuliers pour manger ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

- a. Mastication
- b. Fatigue
- c. Oubli
- d. Manque d'appétit
- e. Présence d'une tierce personne et aide à la prise alimentaire.
- f. Autre..... (précisez)

9. Parmi les résidents dont vous assurez la prise en charge :

Combien suivent un régime alimentaire ?

Combien mangent mixé ?

Combien ont des interdits alimentaires ?

(Indiquez le nombre de personnes concernées et le nombre total de personnes)

10. Qui décide des régimes alimentaires ?

11. Pouvez-vous rayer les affirmations qui vous paraissent erronées.

a. Les besoins protidiques de la personne âgée sont équivalents à ceux de l'adulte, voire supérieurs.

b. Ces besoins sont mêmes supérieurs à ceux de l'adulte en cas de maladie ou de stress.

c. A partir d'un certain age, on peut supprimer la viande.

d. Les matières grasses sont mauvaises pour les personnes âgées.

e. Passé un certain age, on a moins besoin de manger qu'avant.

f. Les personnes âgées ont besoin de manger pour bouger et de bouger pour manger.

g. Lorsqu'une personne âgée est malade, (grippe par exemple), sa ration alimentaire doit être augmentée durant 3 ou 4 semaines.

h. Une personne malade doit rester en chambre et manger de préférence au lit.

i. Il est souhaitable de faire faire un régime hypocalorique aux personnes âgées qui présentent une surcharge pondérale.

12. Observez-vous si les résidents ne terminent pas leur assiette.

Oui

Non

Si oui, de quels aliments s'agit-il le plus souvent ?

13. Qu'est-ce que la masse maigre ?

14. Qu'est-ce que le PNNS (Plan National Nutrition Santé) (en trois mots.)

15. Qu'est-ce qu'une personne dénutrie ?

16. Dans quels aliments trouve-t-on :

Des protides

Des lipides

Des glucides

17. Parmi ces 3 menus, lequel est le plus riche en protéines ?

A. Menu N° 1

B. Menu N° 2

C. Menu N°

Menu N°1:

Salade composée (œufs, anchois)

Tête de veau à la vinaigrette.

Pommes de terre.

Bleu de Bresse.

Crème renversée.

Menu N° 2 :

Concombres à la crème.

Filet de dinde.

Haricots beurre

Saint Nectaire.

Compote de pommes.

Menu N°3 :

Céleri rémoulade.

Pâtes aux lardons.

Salade verte.

Brie.

Liégeois.

18 .Si vous aviez à donner une définition de la dénutrition, que diriez-vous ?

ANNEXE 9 : FICHE DE POSTE DE LA CONSEILLERE HÔTELIÈRE DE LA MDRY

Conseillère Hôtelière

Référent : Le Directeur Adjoint

Titulaire du poste : Anne-Laure GOURVIL depuis le 03/03/2005

Responsabilités Principales:

A partir de l'analyse des besoins des résidents :

- développement, suivi et évaluation des prestations hôtelières concourant à la qualité de vie quotidienne au travers du confort hôtelier dans l'établissement, dans le cadre de la démarche qualité, en coordination avec les responsables de services.

A partir de l'analyse des situations de travail :

- mise en place des actions concourant l'évolution des outils et des techniques utilisés par les personnels, dans un double souci d'efficacité et d'amélioration des conditions de travail.

Les domaines couverts sont les suivants :

1 Linge hôtelier 2 Linge des résidents 3 Service hôtelier en restauration
4 Hygiène des locaux 5 Traitement élimination des déchets 6 Usage unique

Nombre de personnels concernés : 29 agents

Nombre de lits et places concernés : 521 lits

Descriptif des tâches par responsabilités

1 – Linge Hôtelier :

- Suivi qualitatif et quantitatif des flux de linge, en liaison avec le service production de la BIH.
- Suivi quantitatif et qualitatif des approvisionnements annuels en linge
- Repérage des dysfonctionnements éventuels et de leurs causes, recherche de solutions, mise en œuvre des actions correctives
- Elaboration, suivi et évaluation des procédures et modes opératoires nécessaires au domaine, en coordination avec la Référente Qualité de l'Etablissement
- Suivi économique des prestations

2 – Linge des Résidents :

- Suivi qualitatif et quantitatif des flux de linge, en liaison avec le service de blanchisserie interne
- Repérage des dysfonctionnements éventuels et de leurs causes, recherche de solutions, mise en œuvre des actions correctives
- Relations avec les familles en cas de problèmes
- Suivi de l'organisation en service de blanchisserie interne
- Elaboration, suivi et évaluation des procédures et modes opératoires nécessaires au domaine, en coordination avec la Référente Qualité de l'Etablissement
- Suivi et de la veille réglementaire (RABC)

3 – Service Hôtelier en Restauration :

- Suivi diététique des menus en coordination avec le Chef de Cuisine
- Suivi qualitatif et technique de la prestation de service hôtelier en restauration (environnement et organisation des repas, déconditionnement, service à table...)
- Repérage des dysfonctionnements éventuels et de leurs causes, recherche de solutions, mise en œuvre des actions correctives, en liaison avec le chef de cuisine et les responsables de services d'hébergement.
- Suivi et de la veille réglementaire : HACCP, agréments des services vétérinaires...
- Elaboration, suivi et évaluation des procédures et modes opératoires nécessaires au domaine, en coordination avec la Référente Qualité de l'Etablissement
- Suivi économique des prestations

4 – Hygiène des Locaux :

- Suivi technique et qualitatif des choix de produits d'entretien et de leur utilisation
- Avis technique et qualitatif pour les choix de matériels et leur utilisation
- Suivi et évaluation des techniques de nettoyage des locaux
- Repérage des dysfonctionnements éventuels et de leurs causes, recherche de solutions, mise en œuvre des actions correctives, en liaison avec les responsables de services d'hébergement.
- Suivi du fonctionnement de l'équipe polyvalente d'hygiène des locaux
- Elaboration, suivi et évaluation des procédures et modes opératoires nécessaires au domaine, en coordination avec la Référente Qualité de l'Etablissement
- Suivi et de la veille réglementaire
- Suivi économique des prestations

5 – Traitement Elimination des déchets :

- Suivi et évaluation de la mise en œuvre des procédures de tri, collecte et élimination des déchets ménagers et de soins
- Repérage des dysfonctionnements éventuels et de leurs causes, recherche de solutions, mise en œuvre des actions correctives, en liaison avec les responsables de services d'hébergement.
- Elaboration, suivi et évaluation des procédures et modes opératoires nécessaires au domaine, en coordination avec la Référente Qualité de l'Etablissement
- Suivi et veille réglementaire
- Suivi économique des prestations

6 – Usage unique

- Suivi technique et économique des produits d'incontinence, en coordination avec les surveillants(es)
- Déploiement, du suivi technique et économique des autres produits à usage unique, dans les différents secteurs d'activité : services de soins et d'hébergement, cuisine centrale, services techniques, en coordination avec les responsables de services.
- Elaboration, suivi et évaluation des procédures et modes opératoires nécessaires au domaine, en coordination avec la Référente Qualité de l'Etablissement

Transmission des Informations

- au niveau hiérarchique supérieur : réunions de domaines, réunions de cadres, rapports spécifiques.
- aux niveaux hiérarchiques subordonnés : réunions de services, de transmissions, de référents, notes d'info.

Pré-requis de formation

Diplômes : BTS d'économie sociale et Diplôme d'Etat de Conseiller en économie sociale et familiale

Formation Continue : - RABC - qualité en restauration – HACCP - hygiène des locaux - management

Expériences souhaitables : en milieu hospitalier.

Mode d'évaluation par le supérieur hiérarchique :

Evaluation annuelle par le Directeur Adjoint après entretien individuel pour fixation des objectifs et évaluation de leur niveau de réalisation. Entretien de notation avec le Directeur.

Mode d'évaluation de la qualité

- dysfonctionnements recensés - niveau des prestations – résultats économiques

Lieux de travail

Services Administratifs et l'ensemble des résidences de l'établissement

Horaires de travail

9h00-16h00