



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2012 –

**STRATEGIE COORDONNEE DE PREVENTION DE
LA DENUTRITION CHEZ LES PERSONNES AGEES
ET TRES AGEES**

– Groupe n°28 –

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| – BOUSQUET Priscilla, IASS | – BENSMINA Amar, D3S |
| – CHADFFAUD Nathalie, DS | – EVEN François, AAH |
| – LARUEE Patricia, D3S | – GOBENCEAUX Guillaume, EDH |
| – MARTINEZ Valérie, AAH | – JANSSEN Jimmy, D3S |

Animateur/trice(s)

Dr FAVIER Bruno, gériatre, conseiller technique médical FCEs

Sommaire

REMERCIEMENTS

LISTE DES SIGLES UTILISES

INTRODUCTION	p1
TITRE 1 CADRE CONCEPTUEL	p4
I. L'alimentation a l'épreuve de l'âge	p4
a. Les effets de l'âge sur l'alimentation	p4
b. L'environnement du repas chez la personne âgée	p6
II. La dénutrition, une épreuve de l'âge	p7
a. Facteurs de risques et conséquences de la dénutrition	p7
b. De la prévention à la prise en charge de la dénutrition	p9
TITRE 2 METHODOLOGIE	p12
A. Les différentes étapes	p12
B. Elaboration du guide d'entretien	p12
C. Le choix des interlocuteurs	p13
D. Réalisation des entretiens	p14
E. Synthèse des analyses des comptes rendus	p14
TITRE 3 LES PERSPECTIVES D'AMELIORATION	p16
A. Axe 1 : Favoriser un état nutritionnel optimal tout au long de la vie	p16
B. Axe 2 : Diagnostiquer le plus précocement possible la dénutrition	p22
C. Axe 3 : Prévenir les complications de la dénutrition	p23
CONCLUSION	p24
BIBLIOGRAPHIE	p26
LISTES D'ANNEXES	p28

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

Nous tenions à remercier tout particulièrement notre animateur à l'initiative de cette étude, le Docteur Bruno Favier, gériatre et conseiller technique médical à la Fondation des Caisses d'Épargne pour la Solidarité. Son éclairage, ses encouragements et ses conseils nous ont été très précieux dans la réalisation de ce travail.

Nous adressons également nos remerciements les plus sincères à l'ensemble des professionnels interrogés et rencontrés pour leur accueil et leur disponibilité. Les entretiens conduits nous ont permis d'avoir des échanges passionnants et passionnés sur le sujet de la dénutrition des personnes âgées.

Enfin, nous remercions Emmanuelle Guevara pour son soutien technique et logistique ainsi que l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique pour l'organisation de cette aventure humaine qu'est le Module Inter Professionnel de Santé Publique.

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
ANAP	Agence Nationale de l'Appui à la Performance
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide Soignante
AVS	Auxiliaire de la Vie Sociale
CCAS	Centre communal d'action sociale
CG	Conseil Général
CH/CHU	Centre Hospitalier / Centre Hospitalier Universitaire
CLAN	Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNA	Conseil National de l'Alimentation
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CRP	Protéine C Réactive
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMOG	Equipe Mobile de Gériatrie
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IMC	Indice de Masse Corporelle
INPES	Institut de Prévention et d'Education en Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MNA	Multi Nutritional Assessment
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHRC	Programme Hospitalier de Recherche Clinique
PHRIP	Programme Hospitalier de Recherche Infirmier et Paramédicale
PNA	Programme National pour l'Alimentation
PNNS	Programme National Nutrition Santé
SFGG	Société Française de Gériatrie et Gérontologie
SFNEP	Société Francophone Nutrition Entérale et Parentérale
SSAD	Services de Soins et d'Aide à Domicile
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
UTN	Unité Transversale de Nutrition

Nota Bene : Le sigle **PA** fait référence à « personne âgée » dans le cadre de ce travail

Introduction

« *Que ta nourriture soit ton médicament et que ton médicament soit dans ta nourriture* ».

Déjà Hippocrate soulignait, au V^{ème} siècle avant JC, l'importance de l'alimentation et du lien entre santé et nutrition. Aujourd'hui, plus que jamais, l'alimentation est considérée comme une véritable problématique de santé publique. A ce titre, le Programme National Nutrition Santé 2011/2015 (PNNS 3) considère l'amélioration de l'état nutritionnel de la population comme « *un enjeu majeur pour les politiques de santé publique menées en France, en Europe et dans le monde* ». Si la malnutrition fait souvent référence à la surnutrition dans les pays développés, il n'en demeure pas moins que la dénutrition reste particulièrement prégnante chez les sujets âgés, et très âgés. En effet, dans un contexte de vieillissement de la population et d'accroissement du nombre de personnes âgées et très âgées (6 millions de plus de 75 ans et 2 millions de plus de 85 ans selon étude de l'Insee), les aînés sont considérés comme une population « cible » de cette politique publique¹ du fait de leur particulière fragilité.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a estimé en 2007 que la prévalence de la dénutrition protéino-énergétique augmente avec l'âge. D'après cette étude la dénutrition représente 4 à 10% des personnes âgées vivant à domicile, 15 à 38% des personnes âgées vivant en institution et 30 à 70% des malades âgés hospitalisés.

Cela amène à s'interroger sur la définition de la notion de dénutrition. Comme évoquée lors de l'Inter-Clan de Bretagne, elle est définie comme « *un état pathologique résultant d'apports nutritionnels insuffisants en regard des dépenses énergétiques de l'organisme. Lorsque les apports sont inadaptés en plus d'être insuffisants, on parle de malnutrition²* ». La HAS donne une définition de la dénutrition sous son aspect énergétique puisqu'elle la définit comme « *un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme* » générant ainsi des carences protéiques. Elle est également à l'origine de « *pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères* ».

1 PNNS 3, Axe 3, Mesure 2, Actions 23 et 27

2 Inter-Clan de Bretagne du 1er juin 2011 à Douarnenez

Si l'étude des perceptions, des connaissances et des comportements de santé en matière d'alimentation des personnes âgées se développe encore lentement, il semble se dessiner une véritable prise de conscience des pouvoirs publics de la dénutrition des seniors. Dès mars 2003, était lancé le programme « *Bien Vieillir* » préconisant une promotion de la santé centrée d'une part sur la nutrition et l'activité physique et, d'autre part, sur le développement du rôle social des seniors et la consolidation des liens inter générationnels. Participant à cette même dynamique de « *vieillesse réussie* », le volet « *Manger-Bouger* » des PNSS et la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique avaient pour objectif de réduire de 20% la dénutrition des populations gériatriques dans les cinq ans à venir. Aussi, l'apparition de l'outil *Mobiquat* à l'initiative de la Société Française de Gériatrie et les recommandations du Conseil National de l'Alimentation (CNA), ont contribué à l'amélioration de la nutrition des personnes âgées. Soulignant l'importance des enjeux économiques, le CNA, dans son avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques, soulignait que « *les coûts de renutrition, de traitement et de prise en charge des complications sont considérablement plus élevés que les coûts de prévention* ».

Néanmoins, de nombreux obstacles freinent la mise en application des recommandations pour prévenir et prendre en charge la dénutrition des aînés à tous les niveaux de leurs parcours de santé. Ceci peut s'expliquer par l'aspect pluridisciplinaire de la problématique de l'alimentation avec l'intervention d'acteurs multiples :

- A domicile, des aides variées interviennent pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées en plus de l'entourage : aide ménagère, auxiliaire de vie, service de portage des repas (organisés par certaines mairies, associations ou entreprises). Afin d'instaurer ces dispositifs, différentes structures sont à la disposition des personnes âgées tels que les Centres Communaux d'Actions Sociales (CCAS), les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), voire les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et Hospitalisations à Domicile (HAD). Ciblent les personnes les plus vulnérables et en difficulté financière, le Conseil Général agit par l'intermédiaire de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) ;
- En institution, le personnel de Direction, les responsables des cuisines et les soignants sont des acteurs clés de la prévention et du dépistage de la dénutrition en lien avec le médecin coordonnateur ou le médecin traitant. Cela passe d'abord par l'évaluation gérontologique approfondie au moment de l'admission, par la surveillance du poids et

des ingesta, voire éventuellement de l'enrichissement de la composition des repas proposés ;

- A l'Hôpital, outre le personnel soignant, le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) constitué de professionnels pluridisciplinaires (médecins, diététiciens, infirmiers, cadres de direction, cadres de santé, aides-soignants...) est chargé de contribuer à l'amélioration de la nutrition des malades et à la qualité des prestations alimentaires.

Compte tenu de cet environnement complexe, quelle stratégie coordonnée mettre en place pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées et très âgées ?

Nous nous attacherons dans un premier temps à définir la notion de dénutrition. Après avoir détaillé la méthodologie de notre étude, la seconde partie sera consacrée à l'analyse des entretiens menés avec les différents professionnels de la nutrition. Enfin, dans la troisième et dernière partie, nous entamerons une réflexion sur les perspectives d'amélioration de l'état nutritionnel des personnes âgées, à travers notamment la coordination et l'implication des acteurs pour prévenir la dénutrition.

TITRE I. CADRE CONCEPTUEL

I. L'ALIMENTATION A L'EPREUVE DE L'AGE

A. Les effets de l'âge sur l'alimentation

Le vieillissement physiologique touche toutes les étapes de la nutrition, depuis la dégradation physique des aliments jusqu'au métabolisme des nutriments (acides aminés, acides gras, glucose, calcium). Cependant, il n'est pas en lui-même considéré comme une cause de la dénutrition. Cette dernière ne se manifeste que lorsque le vieillissement est accompagné de pathologies spécifiques telles que des pathologies inflammatoires ou dégénératives. A cela viennent souvent se greffer des situations personnelles difficiles générant des difficultés psychologiques et altérant durablement les conditions de vie.

Le vieillissement modifie la prise alimentaire et donne lieu à :

- Une modification avec l'âge du goût et de l'odorat, facteurs essentiels de la régulation de l'appétit. Dès lors, la détection des saveurs est altérée et diminue le plaisir de manger. Le goût peut aussi être modifié par la prise médicamenteuse, souvent en modifiant l'humidité de la bouche ;
- Une altération de la denture ou un mauvais état gingival, fréquents chez les sujets âgés (Bodineau et autres³), d'autant plus que les soins dentaires coûtent cher. Cela réduit leur capacité de s'alimenter convenablement car seule une mastication indolore permet une alimentation correcte. Il convient d'insister sur l'importance du maintien en bon état de la dentition au cours de la vieillesse. Cela passe par des programmes d'hygiène bucco dentaires permettant de conserver une bonne image de soi et le goût de manger (Fisnot et autres⁴) ;
- Des troubles fonctionnels intestinaux fréquents comme la constipation ou les douleurs coliques. Ces troubles sont sources d'inconfort digestif et de diminution de la prise alimentaire ;
- Une Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA), cause principale de la malvoyance chez les personnes âgées (Dubernard et autres⁵).*

³ BODINEAU A., BOUTELIER C., VIALA P., LAZE D., DESMAREST M., JONNEAUX L., FOLLIGUET M., TRVIALLE C. (2007/08). Importance de l'hygiène bucco-dentaire en gériatrie. Neurologie – Psychiatrie, Gériatrie, n°40, p7-14

⁴ FISNOT A., BENOIS MF, KOUYOUMDJIAN C., DUVERNEUIL G., NEBOT D., ELAMRANI N. (2010/01-02). La vie ... à pleine dents !, Doc'Domicile, n°15, p5-10

⁵ DUBERNARD G., ADAM R., PROENCA J., OFFRET H., LABETOULLE M (2006/06). Alimentation et dégénérescence maculaire liée à l'âge. Neurologie – Psychiatrie, Gériatrie, n°33, p19-21

Le vieillissement entraîne des conséquences sur l'ensemble des métabolismes et notamment :

- Une diminution de la masse hydrique avec l'âge causant la perturbation des mécanismes régulateurs de l'eau. Ainsi, le seuil de perception de la soif est plus élevé et le pouvoir de concentration des urines diminue. Il en résulte une moins bonne compensation de la déshydratation qui ne peut être prévenue que par un rapport hydrique régulier et systématique ;
- Une prévalence accrue de la sarcopénie. Cette dernière est caractérisée par une diminution du tonus musculaire, responsable non seulement de troubles de la marche mais aussi d'une faiblesse physique générale, réduisant ainsi l'envie de s'alimenter. Avec l'âge, l'os subit une perte de calcium, aggravée en période post-ménopausique chez la femme. De plus, l'absorption régulée du calcium diminue chez les sujets âgés. L'absorption calcique n'est donc plus dépendante que de la seule concentration du calcium dans la lumière intestinale. Cela conduit à l'ostéoporose.

Le vieillissement est également synonyme d'un grand nombre d'idées reçues sur la nutrition :

- La première est d'affirmer que la personne n'a plus les mêmes besoins alimentaires et nutritionnels que lorsqu'elle était adulte par exemple il est normal qu'une personne âgée consomme moins de viande ;
- La seconde est qu'il paraît souhaitable qu'une personne âgée en surcharge pondérale puisse faire un régime hypocalorique. Une récente étude du Gérontopôle de Toulouse⁶ note qu'après une hospitalisation, les personnes âgées doivent recevoir une ration alimentaire majorée et notamment en protéines. Cet élément étant majoritairement négligé, les conclusions de cette étude montrent aussi que la dénutrition augmente de 14% après l'hospitalisation d'une personne âgée.

Afin de lutter contre toutes ces idées reçues, il apparaît indispensable d'informer les populations et de former davantage les professionnels sur ce problème de santé publique. Ainsi, les besoins nutritionnels des personnes âgées nécessitent une variété et une qualité des aliments. Il convient de souligner qu'à activité équivalente, leurs besoins sont supérieurs aux personnes plus jeunes.

6 Rapport IGAS de mai 2011 : «Impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge »

B. L'environnement du repas chez la personne âgée

- Perspectives sociologiques

L'évolution de la situation économique, la modification de la structure familiale, l'éloignement géographique des enfants et la forte croissance de l'emploi féminin, ont profondément transformé les problématiques des familles et notamment celles de la prise en charge de seniors. L'environnement psychosocial joue donc un rôle essentiel dans le rapport des personnes âgées à l'alimentation. Les changements dans leur alimentation sont souvent corrélés à des événements au cours de la vieillesse liés à la famille (décès du conjoint) et à l'état de santé (entrée en institution, décompensation...). La solitude au domicile peut s'accompagner d'un isolement social ou familial, influençant directement leur comportement alimentaire. Une étude, dans la poursuite des travaux « *In Frigo Veritas* », a montré un rapport de causalité entre le réfrigérateur vide/plein et l'isolement (Onnee et autres⁷). En outre, l'absence de convivialité autour de « *l'instant repas* » n'invite pas la personne à préparer de vrais repas, ce qui a pour conséquence une diminution du besoin de s'alimenter. En plus des difficultés d'approvisionnement, s'ajoutent parfois des contraintes financières qui empêchent une alimentation suffisante et adaptée.

- Faire du repas un moment de plaisir pour la personne âgée

La notion du plaisir associée aux repas est fondamentale. Elle constitue une des clés de la prévention de la dénutrition par son aspect multifactorielle. Elle inclut notamment un environnement favorable (nuisances sonores, voisins de table, dressage de table ...) et des temps de repas adaptés. La personne âgée, souvent dépendante, reste concernée par le plaisir et habitée par des désirs (Baudu⁸). Le repas est l'un des moyens de conserver le « goût de la vie. » Il est important de faire du repas un temps fort du quotidien de la personne âgée. A ce propos Geneviève Laroque souligne « *à qualité culinaire égale, on sait très bien que la qualité réelle d'un repas, dépend d'abord et surtout de la manière dont il est pris et avec qui* »⁹. De même, pour J.P Poulain « *Manger, c'est aussi se faire plaisir et se positionner à l'intérieur d'un espace social et culturel* »¹⁰.

⁷ ONNEE A., RIO C., BEGEL M., CARCA P. (2009/12). In Frigo Veritas. La revue francophone de Gériatrie et de Gérontologie, volume 16, n°160, p518-521

⁸ BAUDU S., (2008/09). Le repas, source de plaisir. La revue francophone de Gériatrie et de Gérontologie, volume 15, n°148, p424-427

⁹ LAROQUE G., (2010/09). Alimentation/Nutrition. Gérontologie et Société, n° 134, p10

¹⁰ LOULAIN. JP (2002), Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques, Editions Privat, Toulouse

II. LA DENUTRITION, UNE EPREUVE DE L'AGE

A. Facteurs de risques et conséquences de la dénutrition

- Les facteurs de risques de la dénutrition chez les personnes âgées

Outre les pathologies comme le cancer, les insuffisances sévères ou les pathologies digestives, les recommandations des bonnes pratiques de la HAS¹¹ présentent les situations à risque de dénutrition, spécifiques à la personne âgée. Elles se classent selon des catégories qui peuvent se cumuler et s'intriquer. Nous retrouvons principalement :

- Les risques psycho-socio-environnementales caractérisés par un isolement social, un deuil, des difficultés financières, une maltraitance, une hospitalisation ou un changement des habitudes de vie (entrée en institution) ;
- Des troubles bucco-dentaires qui se manifestent par des troubles de la mastication, un mauvais état dentaire, un appareillage mal adapté, une sécheresse de la bouche, une candidose oro-pharyngée ou une dysgueusie (une altération du goût) ;
- Des troubles de la déglutition apparaissant au décours de pathologies ORL, neurologiques dégénératives ou vasculaires et responsables d'une dénutrition ;
- La décompensation d'une pathologie chronique telle que la douleur, une pathologie infectieuse, une fracture entraînant une impotence fonctionnelle, une intervention chirurgicale, une constipation sévère ou une escarre ;
- Les régimes restrictifs tels que les régimes sans sel, amaigrissant, diabétique, hypocholestérolémiant, ou sans résidus au long cours ;
- La dépendance pour les actes de la vie quotidienne telle que la dépendance pour l'alimentation ou pour la mobilité ;
- Les traitements médicamenteux au long cours tels que la polymédication, ceux entraînant une sécheresse de la bouche, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence et les corticoïdes au long cours ;
- Les syndromes démentiels et autres troubles neurologiques et psychiatriques tels que la maladie d'Alzheimer, le syndrome confusionnel, les troubles de la vigilance, le syndrome parkinsonien, les syndromes dépressifs ou les troubles du comportement.

¹¹ Recommandation 27 « stratégie de prise en charge en cas de dénutrition-protéino énergétique chez la personne âgée » Avril 2007

- Les conséquences de la dénutrition

La dénutrition protéino-énergétique a des implications multiples chez les personnes âgées et très âgées. Le guide *MobiQual nutrition, dénutrition et alimentation de la personne âgée* identifie quatre conséquences :

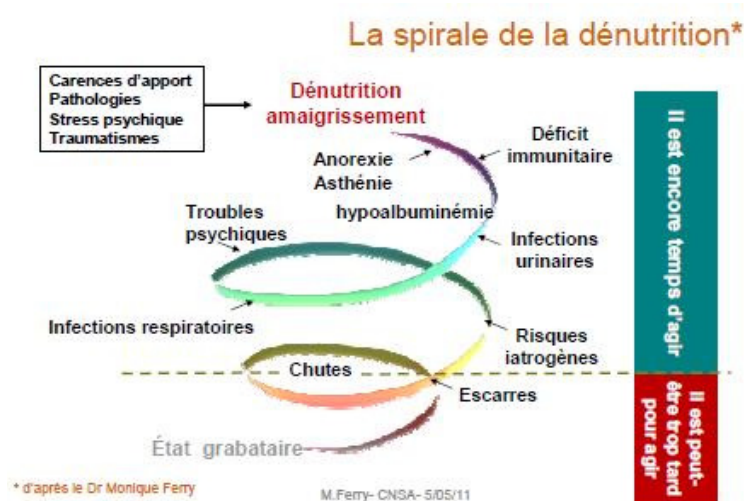
- Une mortalité augmentée : risque de décès multiplié de deux à quatre ;
- Une morbidité augmentée : risque de morbidité multiplié de deux à six, dégradation de l'état général, risque de chutes et de fractures du col du fémur, diminution de la densité osseuse par carence en vitamine D (Brocker et Couturier-Bereder¹²), troubles digestifs, anémie, escarres et diminution de la réponse immunitaire ;
- Fragilité, perte d'autonomie et diminution de la qualité de vie.

A l'hôpital, un patient dénutri multiplie par 1,6 les risques de complication. La dénutrition augmente la durée moyenne de séjour de 50% et majore le prix d'un séjour de 300%¹³.

S'intéressant aux conséquences de la dénutrition et à l'épuisement des réserves de l'organisme, le Docteur Monique FERRY a conceptualisé la « spirale de la dénutrition ».

B. De la prévention à la prise en charge de la dénutrition

- Prévention et dépistage de la dénutrition



¹² BROCKER P., FERRY M., SORIANO D. (2009/09) Dénutrition à domicile et en EHPAD: point sur le dépistage et le traitement. Revue de Gériatrie, vol 34, n°7, 567-574

¹³ Chiffres extraits du projet « Démarche de nutrition des Hospices Civiles de Lyon »

La prévention de la dénutrition doit être une priorité chez les personnes âgées dans un contexte global s'appuyant tant sur les pathologies médicales que sur le contexte socio-psychologique. La prévention de la dénutrition est « *garant d'une qualité de vie chez les personnes âgées* » (Patry et Raynaud-Simon¹⁴). La synthèse documentaire développée dans le cadre du programme « *Mieux se nourrir, mieux vivre quand on avance en âge* »¹⁵ donne des indicateurs relatifs à la prévention et souligne le rôle pivot du médecin traitant. Plusieurs initiatives sont ainsi mises en œuvre pour :

- assurer une alimentation équilibrée, diversifiée et régulière (protéines, fruits et légumes...);
- redonner le goût de manger ;
- remédier aux problèmes de fadeur des aliments ;
- rompre l'isolement en favorisant la convivialité, développer les aides techniques ou humaines pour l'alimentation ;
- favoriser une hydratation optimale ;
- favoriser l'activité physique.

Le dépistage consiste en la recherche de situations à risque de dénutrition chez les sujets âgés. Il sert à évaluer un état de santé afin d'établir un diagnostic et de définir une prise en charge appropriée. Les recommandations de la HAS d'avril 2007 en matière de dépistage et de diagnostic de la dénutrition chez les personnes âgées sont très précises. Elles reposent sur un accord professionnel contribuant à l'amélioration de la prise en charge de la dénutrition de toutes les personnes âgées. Le diagnostic repose sur un faisceau d'indices dont aucun des éléments pris isolément n'est spécifique à la dénutrition. Pour ce faire, il doit être élaboré grâce à des outils simples, pouvant être utilisés par des personnes non spécialisées en nutrition :

- Les premiers outils consistent à l'utilisation de mesures anthropométriques telles le **poids et l'IMC**¹⁶. La HAS recommande que le poids des personnes âgées soit mesuré tous les mois en hospitalisation, ou à chaque consultation en médecine de ville. La mesure du poids chez un patient est réalisée, de préférence, en sous-vêtements et

¹⁴ PATRY C., RAYNAUD-SIMON A., (2010/09). Alimentation/Nutrition. Gériologie et Société, n° 134, p157-170

¹⁵ CRAES-CRIPS Rhône-Alpes, mis à jour en juin 2009

¹⁶ IMC (kg/m²) = poids/taille² (poids en kg et taille en m)

vessie vide, par une méthode appropriée à son degré d'autonomie. Il est possible d'utiliser divers instruments : pèse-personne, une chaise-balance ou un système de pesée couplé au lève-malade. La technique de mesure de la taille varie selon que les personnes peuvent tenir debout ou bien qu'elles souffrent de troubles de la statique dorsale, auquel cas il est recommandé de mesurer la taille à l'aide d'une toise voire de reprendre la taille indiquée sur la carte d'identité. Pour les patients âgés de plus de 70 ans et atteints des troubles de la statique dorsale, il est recommandé d'estimer la taille en utilisant l'équation de Chumléa¹⁷. Il y a aussi le suivi de la variation de poids. Chez la personne âgée de plus de 70 ans, une perte de poids supérieure ou égale à 5% en 1 mois ou supérieure ou égale à 10% en 6 mois, tout comme un IMC inférieur à 21 kg/m² sont significatifs d'une dénutrition, considérée comme sévère si ces seuils atteignent respectivement plus de 10% en 1 mois ou plus de 15% en 6 mois ou encore si l'IMC est inférieur à 18 ;

- Le taux **d'albumine et de pré albumine** est un marqueur biochimique et biologique constituant un autre outil pour évoquer le diagnostic de dénutrition. Toutefois, la réalisation de ces dosages est laissée à l'appréciation du prescripteur. Il est noté dans les recommandations que cette valeur doit tenir compte de l'état inflammatoire du patient évalué à travers le dosage de la protéine C réactive. Une albuminémie inférieure à 35 g/litre est caractéristique d'une dénutrition pouvant être qualifiée de sévère si elle est en dessous de 30 g/litre ;
- Le **Multi Nutritional Assesment**¹⁸ est un index multifactoriel. Ici le dépistage est formalisé par un questionnaire associant plusieurs items générant un score. Un score de MNA global inférieur à 17/30 doit alerter sur l'état de santé de la personne âgée. Ces faisceaux d'arguments peuvent être complétés par des méthodes d'évaluation de la prise alimentaire au moyen de questionnaires alimentaires ;
- La prise en compte des **ingesta** est une méthode peu utilisée à ce jour.

A chaque outil est associé une fréquence que ce soit en rapport avec le lieu de vie ou la notion de risque elle-même. Ainsi, d'après les recommandations de la HAS, toutes les personnes âgées vivant au domicile doivent être diagnostiquées une fois par an en ville, celles résidant en institution ce sera une fois par mois et à chaque hospitalisation.

¹⁷ Equation de Chumlea : Taille femme T (cm) = 84,88 - 0,24 x âge (années) + 1,83 x hauteur talon genou (cm)

Taille homme T (cm) = 64,19 - 0,04 x âge (années) + 2,03 x hauteur talon genou (cm)

¹⁸ Version initiale de Guigoz et Vellas en 1991

- Prise en charge de la dénutrition et situations spécifiques

Les modalités de prise en charge des personnes dénutries recouvrent deux pratiques. D'une part, la prise en charge nutritionnelle orale composée de conseils nutritionnels, de l'enrichissement de l'alimentation et de compléments nutritionnels oraux, et d'autre part la prescription de la nutrition entérale. Cette seconde modalité est indiquée notamment en cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle orale et en cas de troubles sévères de la déglutition ou en cas de dénutrition sévère avec apports alimentaires très faibles. Elle peut être proposée à des patients atteints de la maladie d'Alzheimer sous forme sévère ou aux personnes souffrant d'escarres, après concertation pluridisciplinaire.

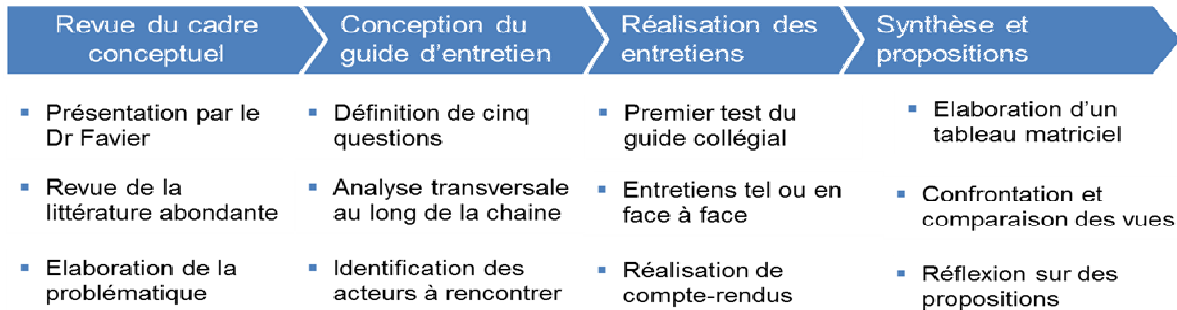
Un intérêt particulier doit être porté à des situations spécifiques en lien avec la dénutrition :

- Les troubles de la déglutition (ou « *fausses routes* ») : un quart des personnes âgées vivant en unités de soins de longue durée connaissent ces troubles (Touflet et autres¹⁹) ;
- La maladie d'Alzheimer : la perte de poids étant l'un des premiers signes de cette pathologie et la dénutrition une complication courante. A ce titre, l'échelle de Blandford cherche à décrire les troubles du comportement alimentaire. Le « *finger-food* » peut permettre à des patients déments de retrouver une convivialité et une autonomie quant ils ne savent plus se servir de couverts ;
- Le refus alimentaire. Il est alors nécessaire d'engager une concertation pluridisciplinaire pour comprendre ce refus alimentaire. L'objectif est d'apporter une prise en charge adaptée en limitant les deux principaux risques opposés : abandon du patient ou contrainte pour raison médicale.

¹⁹ TOUFLET M., DENIS P., MARC E., MOYNOT Y. (2002/03-04). Les troubles de la déglutition du sujet âgé. Soins Gériatrie, n°34, 41-44

TITRE II. METHODOLOGIE

I. LES DIFFERENTES ETAPES



II. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Compte tenu des éléments conceptuels, de l'expérience de chacun des membres du groupe et de la présentation des principaux enjeux par le Dr Favier, nous avons élaboré un guide pour conduire chacun de nos entretiens. Ce guide est composé de 5 questions ouvertes permettant la réalisation d'entretiens semi-directifs.

QUESTION	OBJECTIF DE LA QUESTION
1) Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?	Définir qualitativement (dénutrition, malnutrition) et quantitativement la dénutrition (indicateurs). Appréhender les enjeux sémantiques et analyser les principales idées reçues.
2) Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ vivant au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des personnes hospitalisées) ?	Comprendre et objectiver la prévalence de la dénutrition. Mettre en lumière les difficultés de dépistage et de chiffrage du phénomène (sous estimation).
3) Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?	Dresser l'état des lieux des diverses pratiques mises en place à chacun des maillons de la chaîne alimentaire et du parcours de santé des personnes âgées.
4) D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?	Décrypter les principaux freins et éléments bloquants à ce jour : coordination des acteurs, qualité et hygiène, coûts, formation du personnel, information des usagers, sociologie de l'alimentation chez les personnes âgées, aspect purement nutritionnel, enjeux organisationnels et de ressources humaines (rythmes institutionnels intangibles, temps du repas).
5) Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?	Formuler des propositions pragmatiques pour faire avancer la prévention de la dénutrition. S'inspirer des bonnes pratiques mises en place à l'étranger.

III. LE CHOIX DES INTERLOCUTEURS

Le Dr Favier avait préalablement contacté sept interlocuteurs sensibilisés à la prévention de la dénutrition chez les personnes âgées. De notre côté, nous lui avons proposé d'aller à la rencontre de professionnels chargés de la mise en œuvre, à leur échelle, des politiques nationales (de lutte contre la dénutrition) de gestion de la dénutrition des personnes âgées. L'objet principal de cette proposition consistait à rechercher les idées convergentes et divergentes de nos interlocuteurs mais aussi de mesurer l'écart qui pourrait exister entre l'élaboration de la politique et son application concrète.

La détermination des 20 interlocuteurs à interroger s'est faite en deux temps :

- Interlocuteurs conseillés par le Dr Favier (35% soit 7 interlocuteurs): acteurs clés et porte paroles dans le champ de la dénutrition des personnes âgées
- Interlocuteurs contactés directement par les membres du groupe (65% soit 13 interlocuteurs) afin de compléter la réflexion en termes de responsabilités et de positionnement dans le parcours de santé des personnes âgées et très âgées.

INTERLOCUTEURS CONSEILLÉS PAR LE DR FAVIER	INTERLOCUTEURS CONTACTÉS DIRECTEMENT
Dr Jean Philippe FLOUZAT , Médecin Gériatre à la Direction Générale de la Cohésion Sociale	Dr Stéphane SCHNEIDER , Professeur de Nutrition au CHU de Nice, Président du Conseil Scientifique de la SFNEP (Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme)
Dr Bruno LESOURD , Professeur, gériatre nutritionniste au CHU de Clermont-Ferrand	Mme Marie LEJEUNE , Directrice de l'Association Locale pour le Développement Sanitaire (ALDS) du canton de Plouzévéde et Plouescat SSIAD
Dr Monique FERRY , Chercheur à l'INSERM Gériatre et nutritionniste	Mme Annick , en charge du portage de repas à domicile pour l'ALDS du canton de Plouzévéde et Plouescat
Dr Geneviève RUAULT , Déléguée Générale Société Française de Gériatrie et de Gérontologie SFGG, du Collège Professionnel des Gériatres Français CPGF, responsable du programme MobiQual	Mr. GUEVEL , directeur de l'EHPAD de Ploudalmézeau et Mme BIANIC cadre supérieur de santé
Dr Olivia FIERS , Médecin nutritionniste et gériatre (présidente de l'inter-CLAN) et Mr. Gilles PICHON , responsable de la cuisine Sodexo à l'hôpital de Dinard	Mr. Anthony , chef de cuisine de l'EHPAD de Ploudalmézeau
Mr. Paul TRONCHON , Directeur Général Saveurs et Vie	Mme Sylvie NESNARD , Auxiliaire de Vie Sociale depuis 2 ans à l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) de Plouvorn.
	Mme Anne DUCHAMP , infirmière en nutrition et Mme Dominique COMBREY cadre supérieure diététicienne, rattachées à la Direction Centrale des Soins des Hospices Civils de Lyon
	Mme Sylvia LAGANA , Directrice du SSAD (Services de Soins et d'Aide à Domicile) de Douai
	Mr. BUFFET , gérontologue. Fondateur de l'association Nutrisenior
	Mme Corinne MENDEZ , cadre de santé diététicienne au CH de Libourne
	Mme Nadine FUSADE ingénieur en restauration, responsable de l'ensemble des services de production des repas au CH de Libourne

Il convient d'insister sur la recherche de transversalité et de diversité dans la détermination des interlocuteurs tant au niveau des profils interrogés (médecins, chercheurs, infirmiers, diététiciens, auxiliaires de vie, cadres administratifs...) que des structures impliquées dans la prévention de la dénutrition chez les personnes âgées et très âgées (institution, hôpital, aide au domicile, sociétés savantes, associations, ministère...).

IV. REALISATION DES ENTRETIENS

Une fois le guide réalisé et les interlocuteurs identifiés, nous avons procédé aux 17 entretiens selon deux types :

- Entretiens téléphoniques (40% soit 7 entretiens) menés pour les interlocuteurs les plus éloignés géographiquement et les plus difficiles à rencontrer. L'entretien était conduit par un binôme du groupe avec un animateur de l'échange et un rédacteur ;
- Entretiens *in situ* en face à face (60% soit 10 entretiens) menés seul ou en binôme. Nous avons souhaité, quand cela était possible, nous déplacer et rencontrer nos interlocuteurs sur leurs différents lieux de travail. Nous nous sommes ainsi déplacés, dans le respect du budget alloué, sur un périmètre géographique large : Paris, Suresnes, Libourne, Dinar, Ploudalmézeau, Cléder, Plouvorn, Douai.

Pour les premiers entretiens, l'ensemble du groupe était présent afin de tester collégialement le guide et de garantir une certaine homogénéité dans la conduite des échanges suivants. Ainsi, l'intégralité des entretiens ont été structurés de manière similaire en quatre temps : 1) Premier contact : présentation du projet MIP et des participants, connaissance de l'interlocuteur

2) Demande d'autorisation d'enregistrement et de citation des propos 3) Déroulement des 5 questions du guide d'entretien 4) Remerciements et renseignements complémentaires

La durée moyenne des entretiens a été d'une heure permettant ainsi à nos interlocuteurs de développer de manière relativement exhaustive les réponses aux cinq questions de notre guide. Il faut noter qu'il y a eu 3 entretiens croisés c'est-à-dire en présence de deux interlocuteurs.

V. SYNTHÈSE DES ANALYSES DES COMPTES RENDUS (CF ANNEXE 1)

Chaque entretien a d'abord fait l'objet d'un compte rendu écrit disponible en annexe. Ensuite, nous avons décidé de restituer sous la forme d'un tableau matriciel les idées forces (annexe 1) de nos différents interlocuteurs avec, en ligne, les 5 questions et en colonne, la réponse de chacun des interlocuteurs. Pierre angulaire de notre travail de recherche, ce tableau a pour objectif de comparer et de confronter les angles d'approche. Il permet ainsi de faire une méta-analyse.

Ainsi, au cours des entretiens, nous avons constaté que la dénutrition est généralement définie par les professionnels de santé conformément aux indicateurs référencés par l'HAS, à savoir, la mesure du

poids et sa variation dans le temps, l'IMC, le dosage des protéines sanguines et le MNA. Selon le Dr LESOURD, *il y a dénutrition lorsque les apports nutritionnels (alimentation) sont inférieurs aux dépenses nutritionnelles (métabolisme de base/activité physique)*. Les autres acteurs travaillant auprès des personnes âgées semblent avoir une connaissance de la dénutrition plus approximative.

Une étude de l'HAS de 2007 estimait que la prévalence de la dénutrition était de 4 à 10% des personnes âgées de plus de 70 ans vivant à domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution et 30 à 70% des personnes hospitalisées. Selon l'ensemble des personnes interrogées, ces chiffres, bien qu'importants, leur paraissent sous-estimés. En effet, ils justifient cela en estimant que d'une part peu d'études ont été réalisées à domicile et que d'autre part, les personnes arrivant en institutions sont la plupart du temps déjà dénutries. A ce sujet, le Dr FLOUZAT souligne la faiblesse du dépistage, *on ne connaît pas la proportion exacte des personnes âgées victimes*. Par ailleurs, l'étude datant de 2007, il est fort probable que les chiffres aient évolué.

Les mesures mises en place dans le champ de responsabilité des personnes interrogées reflètent la mise en œuvre d'un ensemble de dispositifs (formation du personnel, recommandations du PNNS, etc.) mais peu abordent réellement des dispositifs purement préventifs (mallette MobiQual, audit de dénutrition, etc.).

Quelques éléments de réflexions ont été apportés autour des principaux freins à la prévention de la dénutrition. Ils sont multiples mais un certain nombre apparaissent récurrents. Ils semblent notamment provenir du manque de connaissance des professionnels de santé sur ce sujet. Les propos de Dominique COMBREY nous éclairent sur ce constat : *En fait ce frein est assez vite levé ; il masque une autre réalité qui est le manque de connaissance des professionnels de santé sur le sujet de la dénutrition*. Par ailleurs, la mauvaise image véhiculée par la dénutrition et des idées reçues restent des obstacles. Enfin, les problèmes liés à l'organisation du travail demeurent importants et la coordination entre les différents réseaux apparaît insuffisante.

De nombreuses propositions, pour répondre à l'amélioration de la gestion de la dénutrition des sujets âgés, ont été émises mais la plus part du temps, ces dernières étaient formulées sous forme de pistes et restaient relativement vagues. Elles n'abordent pas la question du coût, ni même leurs modes de financement (qui finance ?). Ces observations sont corroborées par les propos du Dr LESOURD : *Créer des réseaux pour faire face au problème d'interface réciproque et de coopération entre l'hôpital et le domicile/médecine de ville* ou ceux de Dr FLOUZAT : *Améliorer la formation et la sensibilisation des professionnels et notamment le portage de repas à domicile. Elaborer un véritable cahier des charges : alimentation appétissante, normes de sécurité, vérification des péremptions, consommation des repas, anomalies*.

TITRE III. LES PERSPECTIVES D'AMELIORATION

Nos perspectives d'amélioration s'appuient sur les données théoriques du cadre conceptuel et l'expertise des professionnels rencontrés lors de nos 17 entretiens. Il apparaît que ces perspectives doivent être déclinées en 3 axes stratégiques coordonnés prenant en compte les dimensions préventives, éducatives et curatives.

Chaque axe se décompose en plusieurs mesures et actions qui interviennent à domicile, en institution ou en établissement sanitaire sans oublier l'interface entre ces différents lieux de vie. Pour ce faire nous nous attacherons à mettre en exergue les stratégies de coordination entre les différents acteurs et les professionnels de santé (cf tableaux de synthèse annexe 2)

I. AXE 1 : FAVORISER UN ETAT NUTRITIONNEL OPTIMAL TOUT AU LONG DE LA VIE

- Mesure 1 - Promouvoir une sémantique commune

L'objectif est d'avoir un langage commun entre les acteurs et les professionnels et de lutter contre les idées reçues comme le fait qu'une personne âgée a des besoins alimentaires moindres qu'un adulte.

Cette mesure fait consensus entre professionnels. Par exemple, le cuisinier parle en termes de grammes alors que la diététicienne raisonne en calories et le soignant en quantité par rapport au plateau ou l'assiette.

Actions préconisées :

1/ Former les intervenants :

Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé intervenant auprès des personnes âgées à domicile, en institution ou à l'hôpital avec des modules dédiés à la nutrition et à la prise en charge des troubles alimentaires.

Exemple : les auxiliaires de vie sociale qui interviennent au domicile et qui sont au plus près des problématiques du terrain (aide aux courses, préparation des repas).

Organiser des formations faites par des diététiciens, médecins nutritionnistes, psychologues ou ergothérapeutes en fonction du public à former.

Inclure des formations prises en charge dans le plan de formation de chaque établissement.

Exemple : créer un module commun sur la nutrition dans la formation des élèves de l'EHESP.

2/ Informer le public :

Assurer la transmission d'information par le biais du médecin traitant.

Distribuer des dépliants, notamment dans les commerces de proximité, élaborer un site internet et instaurer un numéro vert à destination notamment des personnes âgées, des familles et des aidants par le biais de l'INPES.

Exemple : communiquer autour du guide « livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé - Guide nutrition à partir de 55 ans et guide nutrition aux personnes âgées » de l'INPES datant de 2006 et réaliser une plaquette synthétique à destination des personnes âgées et de leurs familles à distribuer par le médecin traitant, les associations, les mairies, les mutuelles, les caisses de retraite, le Conseil Général ...

- **Mesure 2 - Favoriser l'hygiène bucco-dentaire**

D'après les propos recueillis auprès du docteur FAVIER corroborés par le mémoire de Sophie PEREZ-CHRISTOPHORY et Salim OUADA (2010), près de 50% des personnes accueillies en EHPAD n'ont pas bénéficié de consultation dentaire depuis plus de 5 ans.

Actions préconisées :

Mettre en place des consultations dentaires systématiques pour les personnes âgées de plus de 70 ans :

Favoriser l'accompagnement aux consultations dentaires les personnes âgées vivant à domicile pour faciliter l'installation et le déplacement dans le cabinet dentaire.

Programmer dès le bilan d'entrée en EHPAD une ou des consultations dentaires

Prévoir des visites systématiques pour les personnes âgées hospitalisées.

Exemple : valoriser le parcours des étudiants en faculté dentaire ou passer des conventions avec des dentistes libéraux (valorisation tarifaire des actes).

Cette mesure se poursuit par ailleurs dans les stratégies de prévention secondaire.

- **Mesure 3 – Renforcer le lien social et la convivialité**

L'isolement de la personne âgée entraîne une perte d'appétit et est préjudiciable. Il est important d'encourager la socialisation et de maintenir le lien social grâce au partage alimentaire. Ce dispositif s'inspire du modèle japonais développé dès les années 70. L'appel au volontariat est aujourd'hui ancré dans la société japonaise et constitue un lien entre les personnes âgées et la société civile (mémoire de Marie-Line NOTTIN, IEP de Lyon, septembre 2003, « les personnes âgées au Japon : entre place attribuée et rôle à jouer »).

Actions préconisées :

1/ Organiser des brigades de bénévoles pour visiter les personnes âgées à domicile et en institution :

Prendre le recensement fait en Mairie des personnes âgées isolées ou fragiles.

Déterminer un nombre de bénévoles référents en fonction des besoins. Le modèle Danois propose des visiteurs même non formés qui se déplacent au domicile des personnes, ne serait-ce que pour parler. La démarche consiste à « maintenir un contact régulier et à diminuer les hospitalisations » (citation du docteur FERRY).

Exemple : dans le cadre du service civique, dégager quelques heures par semaine ou par des personnes en réinsertion sociale ou des jeunes retraités sur la base du bénévolat.

Renforcer cette action après une hospitalisation.

Cette mesure se poursuit dans les stratégies de prévention secondaire.

2/ Permettre aux personnes âgées vivant seules de prendre les repas dans l'EHPAD de secteur :

Elaboration d'un protocole entre le CCAS et le directeur d'EHPAD (par exemple créer des foyers-restaurants).

Négociation d'un coût raisonnable et accessible à la personne âgée.

Assurer l'accompagnement assuré par l'AVS.

3/ Veiller à un maillage du territoire concernant les commerces alimentaires :

Aide à l'installation de jeunes commerçants, reprise des tournées et des commerces ambulants.

Mesure 4 – Promouvoir l'activité physique

Elle vise à entretenir et maintenir la masse musculaire, réduire les chutes et contribuer au traitement des troubles dépressifs et anxieux.

Faire du sport augmente l'appétit et l'envie de s'hydrater.

Actions préconisées :

1/ Inciter la personne âgée à faire de l'activité physique :

Favoriser la venue de personnes en formation d'éducateur sportif ou de kinésithérapeute à domicile ou en institution.

Equiper les structures d'hébergement de consoles WII.

A domicile, favoriser la marche ou simplement bouger pendant quelques minutes. Développer les parcours de santé en institution avec une aide au financement des ARS. Le développement

des clubs de 3^{ème} et 4^{ème} âge participe à la promotion des activités tout en maintenant le lien social.

Faire participer les enfants et les adolescents aux activités.

Véhiculer l'information sur la nécessité de bouger grâce à un support visuel ludique et pédagogique.

Cette mesure se poursuit dans les stratégies de prévention secondaire.

- **Mesure 5 – Conserver le plaisir de manger : améliorer la qualité des prestations**

L'objectif principal est de faire du repas un instant privilégié, considéré à la fois comme un soin et un plaisir.

Actions préconisées :

1/ Trouver un juste équilibre entre les contraintes et les petits plaisirs :

Privilégier la liaison chaude à la liaison froide et choisir la technique adaptée afin de maintenir la saveur et la texture des aliments.

Exemple : organiser les repas festifs en milieu de vie : crêpes, soupe maison, jus de fruits.

Fixer un seuil plancher du coût du repas pour préserver la qualité et le choix des matières premières à 3,50 € HT (en 2005, selon le CNA).

Améliorer le conditionnement, faciliter le système d'ouverture, assurer une plus grande lisibilité des étiquettes.

Différer la prise des médicaments en fin de repas.

2/ Réorganiser le temps autour des repas :

Désigner un référent nutrition dans chaque service.

Assurer une présence soignante pendant les repas et améliorer le ratio personnel soignant/résident pour atteindre 0,8 agent par résident (aujourd'hui le ratio moyen est de 0,4)

Exemple : un AS remplissant un rôle d'animateur.

Revoir les temps de jeun qui restent trop éloignés entre le repas du dîner le petit déjeuner (pas plus de 12h), laisser un temps suffisant pour manger (45 minutes augmentent 25% la prise alimentaire) (source CNA, 15 décembre 2005). Proposer une collation en soirée.

Réorganiser le temps des toilettes par rapport aux repas (ne pas la faire systématiquement tôt le matin, laisser la possibilité aux soignants de l'effectuer en début d'après-midi).

Cette action se poursuit dans les stratégies de prévention secondaire.

3/ Concilier les goûts des personnes âgées et la variété des apports nutritionnels :

Favoriser la mutualisation par les différentes structures d'aide aux personnes âgées d'un temps de diététicien : GCSMS ou convention par exemple.

Privilégier une cuisine saine aux saveurs gustatives préservées.

Favoriser les bonnes pratiques à l'aide d'un cahier des charges.

Proposer systématiquement en institution un menu « personne-âgé » composé de viande tendre et de plats d'autrefois (pot-au-feu...).

Exemple : créer un label qualité pour le portage des repas à domicile.

Envisager une prise en compte du temps de diététicien sur le forfait soins à la place du forfait hébergement.

Faire intervenir la diététicienne ½ journée par semaine.

Adapter la texture, l'assaisonnement des aliments et la quantité, éviter le service en plateau et préférer la présentation dans l'assiette (couleur, disposition), à l'état de santé et à la pathologie des personnes âgées.

Exemple : le finger food (manger avec les doigts), manger debout pour les patients déambulants, (expérience américaine).

Prendre les repas en salle à manger plutôt qu'en chambre.

4/ Acquérir du matériel adapté

Facile d'utilisation et fiable : généraliser les plateformes de pesée en EHPAD. L'idéal est d'utiliser le même matériel pour un même patient.

Proposer des couverts ergonomiques adaptés aux personnes âgées avec l'aide de l'ergothérapeute.

- **Mesure 6 – Engager une démarche coordonnée**

L'objectif est de garantir l'efficacité de la prévention de la dénutrition.

Actions préconisées :

1/ Positionner les différents acteurs au cœur de la stratégie de prévention de la dénutrition

Fédérer l'ensemble des professionnels de santé autour de ce tandem pour décliner le projet de lutte contre la dénutrition. Rôle moteur de la direction.

Intégrer un guide de bonnes pratiques nutritionnelles dans les bonnes pratiques des établissements.

Par exemple, le CNA propose de renouveler les conditions tripartites à condition d'accomplir 2/3 du plan de prévention de la dénutrition.

Faire de l'axe nutrition un levier majeur du projet d'établissement et du projet de soins.

Le CLAN et l'inter-CLAN doivent être des instances stratégiques en matière de prévention de la dénutrition. Les UTN doivent être généralisées à tous les hôpitaux.

Au sein des EHPAD, la dénutrition se heurte au manque d'identification, « les personnes âgées ne sont pas repérées comme dénutries et par conséquent ne sont quasiment pas notées dans PATHOS » selon le Docteur RUAULT.

Il faut redéfinir le rôle des CLIC et leurs missions au même titre que les MAIA.

A domicile, il faut sensibiliser l'AVS à la traçabilité des informations. Elle doit jouer un rôle d'alerte et de relais auprès des professionnels en cas de présomption de dénutrition. A titre d'exemple, elle pourrait s'assurer que la personne âgée ne fait pas qu'un seul repas par jour.

Rendre obligatoire une certification pour les services d'aide à domicile à l'aide d'indicateurs précis. La HAS contrôlerait ce dispositif.

Généraliser la désignation d'un coordonnateur nutrition dans tous les établissements et pour les personnes âgées à domicile.

2/ Faire du médecin traitant un pivot

Valoriser financièrement les consultations approfondies de prévention.

Exemple : pesée et recherche de perte de poids, IMC, dosage de l'albumine des personnes de plus de 70 ans.

Favoriser le partage des informations avec les autres professionnels de santé.

3/ Assurer la traçabilité des informations relatives à la nutrition et au suivi des mesures corporelles

Renforcer l'utilisation du dossier médical personnel dans toutes les régions, tout au long du parcours de soins.

Des réunions de concertation pluridisciplinaires peuvent être organisées à l'image de ce qui se fait en oncologie.

Cette mesure se poursuit dans les stratégies de prévention secondaire.

II. AXE 2 : DIAGNOSTIQUER LE PLUS PRECOCEMENT POSSIBLE LA DENUTRITION

Mesure 1 – Dépister systématiquement la dénutrition

Le but est d'avoir l'information la plus fiable possible et de prendre en charge l'ensemble des personnes dénutries.

Actions préconisées :

1/ Combiner l'utilisation de plusieurs indicateurs

Ne pas se contenter d'un seul indicateur.

Généraliser et rendre obligatoire l'utilisation de la malette MobiQual et la décliner au domicile. A cet effet, utiliser l'échelle de Blandford pour les personnes souffrant de troubles du comportement.

2/ Améliorer l'organisation et la valorisation du suivi

L'objectif est d'améliorer la traçabilité.

Renforcer le rôle du CLAN dans la mise en œuvre des outils de suivi.

En institution, assurer le recueil des fiches alimentaires. A domicile, via un carnet de suivi, garantir la traçabilité des apports nutritionnels. Le médecin traitant est étroitement associé au dispositif.

- Mesure 2 – Promouvoir la recherche clinique et fondamentale dans le domaine de la nutrition de la personne âgée

La recherche sur ce thème reste insuffisante en France. Pourtant, le développement des connaissances permettrait de mieux connaître les apports nutritionnels nécessaires aux besoins des personnes âgées.

Actions préconisées :

Encourager les programmes de recherche sur le thème de la dénutrition

Financer les PHRC et le PHRIP sur la dénutrition.

Favoriser le partenariat public/privé.

Exemple :

Le projet Aupalesens d'une durée de 4 ans a débuté en 2009. Porté par le centre gériatrique de Dijon, il regroupe 9 partenaires parmi lesquels on dénombre des laboratoires et des industriels. Son objectif est de concevoir de nouveaux produits, de travailler sur la texture pour les adapter aux personnes âgées chez qui l'appareil buccal et pharyngé ne fonctionne plus correctement.

Chaque année, la société FRESENIUS-KABI en partenariat avec la Société Francophone de Nutrition Entérale et Parentérale (SFNEP) propose quatre prix de 7500 € chacun pour soutenir les travaux des CLAN. La remise des prix aura lieu le 22 juin 2012. On peut imaginer étendre le dispositif de recherche au plan Européen et lever des fonds (subventions).

III. AXE 3 : PREVENIR LES COMPLICATIONS DE LA DENUTRITION

- Mesure 1 : Mettre en place une stratégie de renutrition adaptée

Actions préconisées :

1/ Comprendre la nécessité d'une alimentation entérale afin d'améliorer l'état nutritionnel

Cette mesure vise à changer les représentations de l'alimentation entérale et faciliter l'acceptation par les professionnels et les familles afin de favoriser l'efficacité de la prise en charge (sonde naso-gastrique, gastrostomie et jéjunostomie).

Favoriser la prise de décision pluridisciplinaire, connaissance du matériel, surtout à domicile. Renforcer le partenariat entre les prestataires de services et les diététiciens, les soignants et les aidants à domicile est indispensable.

2/ Disposer du matériel adapté en fonction des différentes complications (matelas anti-escarres, matériel de gastrostomie), aussi bien en institution qu'à domicile.

Renforcer le partenariat entre les prestataires de services et les diététiciens grâce à la mise en place d'un protocole de sortie tenant compte des besoins de la personne âgée en fonction de son degré de dépendance. A cet effet, il convient de déterminer les types de compléments alimentaires, types de pompes à nutrition. Le matériel adapté doit tenir compte des différentes complications (matelas anti-escarres...).

3/ Assurer un suivi post hospitalier

L'EMOG peut contribuer à améliorer le suivi post hospitalier, assurer davantage de visites à domicile et adapter l'environnement (suivi du patient, matériel adapté) avec l'aide d'un ergothérapeute. Ces visites contribueraient à favoriser les échanges entre les différents acteurs (diététiciens, soignants...) et les aidants.

L'HAD peut collaborer dans le cadre d'un retour à domicile d'un patient présentant des complications de la dénutrition. L'intervention régulière d'un diététicien à domicile permet de mieux accompagner les patients et les aidants à domicile.

La mise en œuvre de toutes ces actions est limitée par l'absence de chiffrage du coût de la renutrition. L'ARS en tant qu'acteur majeur de coordination de la prévention, du curatif, du libéral et de l'institutionnel doit impulser une dynamique en faveur de la prévention de la dénutrition chez la personne âgée.

Conclusion

La prévention de la dénutrition chez les personnes âgées et très âgées constitue bien un réel enjeu de santé publique en France. D'ailleurs, depuis 2001, les pouvoirs publics ont incité à la mise en œuvre d'actions, notamment à travers les différents PNNS. Cependant, la mise en pratique des recommandations existantes reste très insuffisante au regard de la prévalence de la dénutrition qu'elle soit à domicile ou en institution. Si cette problématique du sujet âgé demeure complexe tant les facteurs sociaux, économiques, politiques et poly pathologiques interagissent, il subsiste encore de nombreux freins de natures diverses et variées empêchant une réelle prise en compte du « phénomène ». Les principaux freins identifiés vont de l'absence de sensibilisation des professionnels aux enjeux de la dénutrition jusqu'à la prégnance de certaines idées reçues dans l'opinion publique, en passant par les problèmes inhérents aux sources de financements à identifier. Les idées des différents professionnels rencontrés convergent toutes vers la nécessité de former les professionnels de santé, coordonner leurs actions. Par ailleurs, il est également important de rompre l'isolement, de maintenir le lien social et de lutter contre les idées reçues.

En France, force est de constater que la santé relève plus du curatif que du préventif. Ainsi, 4 à 5 % des dépenses de santé sont destinées à la prévention contre environ 10 à 15% dans les pays nordiques. Or, le coût des conséquences de la dénutrition s'avère être très élevé dans le contexte démographique du vieillissement de la population : hospitalisation de la personne âgée, allongement des DMS, placement en institution dont le nombre de places doit être augmenté. Par conséquent, la mise en œuvre d'une stratégie coordonnée et audacieuse de la prévention de la dénutrition des personnes âgées permettra de réduire les coûts collatéraux. C'est la raison pour laquelle nous avons axé notre travail autour de trois points : favoriser un état nutritionnel optimal tout au long de la vie, diagnostiquer plus précocement la dénutrition et en prévenir ses complications. Cela passera, entre autres, nécessairement par une démarche coordonnée de l'ensemble des professionnels de santé, par la nomination d'un référent nutrition qu'il soit à domicile ou en institution, voire par l'organisation de réseaux de groupe de bénévoles chargés de rompre l'isolement de nos aînés. La « lutte » contre la dénutrition aura pour conséquence de réduire les inégalités sociales de santé et d'accès aux soins des personnes âgées.

Autant dire que les défis à relever pour faire de la prévention de la dénutrition constitueront un axe majeur d'efficience des politiques de santé publique.

Actuellement, le phénomène de vieillissement démographique en France implique de la part de tous une prise de conscience collective et urgente car « mieux qu'ajouter des années à la vie, il faut donner de la vie aux années» (Commission Européenne, 2003).

Bibliographie

Articles scientifiques

- **BAUDU S., (2008/09)**, Le repas, source de plaisir. La revue francophone de Gériatrie et de Gériatrie, volume 15, n°148, p424-427
- **BODINEAU A., BOUTELIER C., VIALA P., LAZE D., DESMAREST M., JONNEAUX L., FOLLIGUET M., TRVIALLE C. (2007/08)**, Importance de l'hygiène bucco-dentaire en gériatrie. Neurologie – Psychiatrie, Gériatrie, n°40, p7-14
- **BROCKER P., FERRY M., SORIANO D. (2009/09)** Dénutrition à domicile et en EHPAD: point sur le dépistage et le traitement. Revue de Gériatrie, vol 34, n°7, 567-574
- **CARDON Ph. (2008-05)**, Vieillesse et alimentation : les effets de la prise en charge à domicile. INRA Sciences Sociales, n°2
- **DUBERNARD G., ADAM R., PROENCA J., OFFRET H., LABETOULLE M (2006/06)**, Alimentation et dégénérescence maculaire liée à l'âge. Neurologie – Psychiatrie, Gériatrie, n°33, p19-21
- **FISNOT A., BENOIS MF, KOUYOUMDJIAN C., DUVERNEUIL G., NEBOT D., ELAMRANI N. (2010/01-02)**, La vie ... à pleine dents !, Doc'Domicile, n°15, p5-10
- **LAROQUE G. (2010-09)**, Alimentation, nutrition, Gériatrie et société, n°134, Mars 2010
- **ONNEE A., RIO C., BEGEL M., CARCA P. (2009/12)**, In Frigo Veritas. La revue francophone de Gériatrie et de Gériatrie, volume 16, n°160, p518-521
- **PATRY C., RAYNAUD-SIMON A., (2010/09)**, Alimentation/Nutrition. Gériatrie et Société, n° 134, p157-170
- **TOUFLET M., DENIS P., MARC E., MOYNOT Y. (2002/03-04)**, Les troubles de la déglutition du sujet âgé. Soins Gériatrie, n°34, 41-44

Ouvrages

- **BROCKER Patrice (2003)**, L'état nutritionnel des personnes âgées. Alimentation des personnes âgées, CIV
- **FERRY Monique (2006-10)**, Nutrition de la personne âgée, Masson, 3^{ème} édition
- **POULAIN. JP (2002)**, Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques, Editions Privat, Toulouse

Plans et programmes

- **PNA (Programme National pour l'Alimentation) (2011-02)**, *Bien manger c'est l'affaire de tous !*, Programme interministériel piloté par le Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire
- **PNSS (Programme National Nutrition Santé) (2011-07)**, *Programme National Nutrition Santé 2011-2015*, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
- **Plan National « Bien Vieillir », « Bien Vieillir » 2007-2009**, Ministère de la Santé et des Solidarités et Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Interviews

- De **FERRY M.**, « Les vieux ont besoin de plus de carburant que les jeunes », disponible sur http://www.medirest.fr/restauration/sante/Medirest-Senior-Interview-Monique-FERRY/senior_mieux-manger/32775
- De **BUFFET D.**, « La dénutrition des personnes âgées en France, un enjeu de santé publique et de société », disponible sur http://archives-lepost.huffingtonpost.fr/article/2009/11/04/1775311_la-denuitration-des-personne-agee-en-france-un-enjeu-de-sante-publique-et-de-societe.html

Supports de conférences

- **FERRY M (2010-05)**, Nutrition / Dénutrition des personnes âgées, CNSA

Documents institutionnels

- **ARS (Agence Régionale de Santé), délégation territoriale des Yvelines**, Prévention de la dénutrition et Qualité de la nutrition en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, Document du Groupe de travail réuni en 2010-2011, Mars 2011
- **CRAES-CRIPS Rhône-Alpes (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé)**, Nutrition des personnes âgées : synthèse documentaire. « Programme mieux se nourrir, mieux vivre quand on avance en âge », Juin 2006
- **CNA (Conseil National de l'Alimentation)**, Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques, Avis 53, Décembre 2005
- **DRASS d'Aquitaine (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales)**, Prévention de la dénutrition des personnes âgées en institution en Aquitaine, Situation en 2005, Août 2006
- **HAS (Haute Autorité de Santé)**, Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, Recommandations professionnelles, Avril 2007
- **HAS (Haute Autorité de Santé)**, Synthèse des recommandations professionnelles, Avril 2007
- **FOUQUET A., TREGOAT JJ, SITRUK P (2011-05)**, L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge », Inspection générale des affaires sociales

Mémoires

- **PEREZ CHRISTOPHORY S, OUADA S. (2010)**, Memoire de DIU : formation de médecin coordonnateur d'EHPAD, Directeur de mémoire Dr N OKRA

Enquêtes et études

- **CLCV (Association Nationale de Consommateurs et d'Usagers)**, Enquête sur l'alimentation des personnes âgées (auprès de résidents en maisons de retraite et de clients de services de portage de repas), Février 2012
- **FERRY M, MISCHIS C., SIDOBRE B, LAMBERTIN A, BARBERGER GATEAU P (2001-06)**, Bilan sur la situation alimentaire et nutritionnelle des personnes âgées vivant seules à domicile Etude SOLINUT
- **HUC M (2008-01)**, Portage des repas, c'est pas bombance, Que Choisir, n°455

Liste des annexes

- **1/ NOS SIX TABLEAUX DE SYNTHESE DES ENTRETIENS**
- **2/ NOS DEUX TABLEAUX DE PROPOSITION DE STRATEGIE COORDONNEE**
- 3/ ENTRETIEN DU JEUDI 3 MAI 2012 – DR FLOUZAT
- 4/ ENTRETIEN DU VENDREDI 4 MAI 2012 - DR LESOURD
- 5/ ENTRETIEN DU VENDREDI 4 MAI 2012 - DR FERRY
- 6/ ENTRETIEN DU MERCREDI 9 MAI 2012 - DR FIERS ET M. PICHON
- 7/ ENTRETIEN DU JEUDI 10 MAI 2012 - DR RUAULT
- 8/ ENTRETIEN DU JEUDI 10 MAI 2012 - M. TRONCHON
- 9/ ENTRETIEN DU MERCREDI 9 MAI 2012 - MME LEJEUNE,
- 10/ ENTRETIEN DU MERCREDI 9 MAI 2012 - MME ANNICK
- 11/ ENTRETIEN DU VENDREDI 11 MAI 2012 - MME NESNARD
- 12/ ENTRETIEN DU VENDREDI 11 MAI 2012 - M. GUEVEL ET MME BIANIC
- 13/ ENTRETIEN DU VENDREDI 11 MAI 2012 - ANTHONY
- 14/ ENTRETIEN DU VENDREDI 11 MAI 2012 - MME FUSADE
- 15/ ENTRETIEN DU VENDREDI 11 MAI 2012 - MME MENDEZ
- 16/ ENTRETIEN DU VENDREDI 11 MAI 2012 - MME LAGANA
- 17/ ENTRETIEN DU VENDREDI 11 MAI 2012 - DR SCHNEIDER
- 18/ ENTRETIEN DU VENDREDI 11 MAI 2012 - M. BUFFET
- 19/ ENTRETIEN DU VENDREDI 11 MAI 2012 - MME DUCHAMP / MME COMBRAY

	Dr. Jean Philippe FLOUZAT Gériatre à la Direction Générale de la Cohésion Sociale	Dr. Bruno LESOURD Professeur, gériatre nutritionniste au CHU de Clermont-Ferrand	Dr. Monique FERRY Chercheur à l'INSERM Gériatre et nutritionniste
<i>Entretien</i>	<i>Entretien téléphonique 03/05 à 15h30 depuis Rennes (1heure)</i>	<i>Entretien téléphonique 04/05 à 8h30 depuis Rennes (50 min)</i>	<i>Entretien téléphonique 04/05 à 11h00 depuis Rennes (1h15)</i>
1. Quelle définition donnez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?	- Définition : Pathologie fréquente touchant les PA. Cette pathologie est la conséquence d'une maladie, d'une infection et de facteurs convergents. L'absence d'envie de manger peut conduire à une dégradation rapide de l'état de santé. - En institution, les indicateurs mis en place sont l'IMC et la mesure de la perte de poids, auxquels s'ajoutent des examens complémentaires (albuminémie...).	- Définition internationale : les apports nutritionnels (alimentation) sont inférieurs aux dépenses nutritionnelles (métabolisme de base/activité physique). - Les PA doivent donc manger comme les autres. La nutrition est un vrai soin : les besoins des sujets malades sont souvent au dessus des besoins de sujets non malades. Or tous les régimes hospitaliers/ EHPAD sont réalisés sur les seules données basées sur les besoins nutritionnels des sujets sains. - Indicateurs définis par l'HAS en 2007: 1) perte de poids antérieur, 2) IMC 3) dosage des protéines sanguines (l'albumine couplée à la CRP/ pré albumine) 4) les ingesta, 70% des rations servies en institution ne sont pas mangées (perte d'appétit, difficultés de mastication) 5) Muni Nutritional Assesment (MNA)	- Il faut s'en tenir à une définition extrêmement simple : « quand il y a dénutrition c'est qu'on a des dépenses énergétiques supérieures aux besoins ». - Nombreux indicateurs 1) Le poids est l'indicateur le plus simple et le plus significatif 2) L'IMC en est un mais il est lié à la taille or cette donnée n'est pas forcément simple à mesurer chez la personne âgée (modification de zones, ostéoporose, tassement et perte de taille). 3) mesure de la circonférence du mollet qui remplace l'IMC dans le MNA. - La dénutrition doit se préparer quasiment tout au long de la vie pour ne pas être dénutri en avançant dans l'âge. Suite à une étude européenne, et contrairement aux idées reçues, l'individu de plus de 70 ans a des besoins égaux voire supérieurs à l'adulte. - Une distinction est à faire entre dénutrition et malnutrition. La malnutrition est un déficit ciblé sur certains secteurs. Il y a dénutrition s'il existe une pathologie initiale qui devient une pathologie aigue inflammatoire ou infectieuse car l'individu peut rester longtemps malnutri et se précipiter alors dans la dénutrition si on ne corrige pas le déficit : notion de spirale de la dénutrition.
2. Que pensez-vous des chiffres estimés par la HAS en 2007 sur la prévalence de la dénutrition ?	On ne sait pas quelle proportion exacte des PA sont victimes de la dénutrition. En institution, il est difficile de parler de sous estimation car le phénomène d'entrée tardive des PA en institution est insuffisamment pris en compte (impossibilité de rester à domicile, perte d'autonomie, troubles cognitifs...). A domicile, c'est un phénomène complexe avec peu d'études disponibles, le portage des repas ne semble pas une alternative satisfaisante (isolement des PA).	Données chiffrées réelles mais à minima. Nécessité de mesurer l'état nutritionnel à l'entrée mais également à la sortie. En institution, les chiffres ne tiennent pas comptes des obèses dénutris : plutôt entre 20 et 50%. A l'hôpital, en services de gériatrie aigue ce serait plutôt de l'ordre de 80 à 90%	- Les chiffres peuvent paraître sous-estimés car ils ne tiennent pas compte de la notion de solitude et du fait que les personnes arrivant en institution sont déjà dénutries. - La prévalence de la dénutrition est de 4% dont 10% ont plus de 80 ans. En réalité, ce taux est de 23% si les personnes sont isolées ou dans la solitude. Les causes sont pathologiques ou psychologiques. - D'après une récente étude sur la dénutrition, le constat est, qu'en institution, 45% des personnes sont dénutries. Les PA étaient déjà dénutries à leur domicile dans 40% des cas.
3. Actuellement quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?	- Guide (dans le cadre Plan National Alimentation) grâce à un copilotage entre la Direction Générale de la Cohésion Sociale et le Ministère de l'Agriculture. Guide pédagogique et ludique pour faire prendre conscience de la dénutrition tant en institution qu'à domicile en sensibilisant les services de portage. Mise en évidence d'actions exemplaires pour améliorer la nutrition des aînés - La mallette MOBIQUAL, initiée par la Société Française de Gériatrie, est un outil de formation utilisé en EHPAD par les professionnels de santé et des directeurs d'établissements s'appuyant sur différents supports afin de les aider à améliorer leurs pratiques.	- 1 ^{ère} mesure : les cuisines. Menu PA avec des plats adaptés (alimentation tendre), maîtriser la remise en température, prendre en compte le temps mis pour manger (servir deux ou trois petites portions à réchauffer successivement) - 2 ^{ème} mesure : aide à la prise alimentaire. Les PA doivent être bien installées, encouragées... Adapter les aliments aux pathologies gériatriques type Alzheimer, aux troubles du comportement (repas avec les doigts) - 3 ^{ème} mesure : les formations. Assurer suivi continu et accompagnement.	- Publication de nombreuses parutions et études. L'une des études comprenait 19 pays pour la plupart européens. La difficulté de l'étude consistait à trouver des individus « élites » à savoir sans pathologies, ne prenant pas de médicaments, nés sur place, de 70 à 75 ans pour les suivre et faire une enquête alimentaire. Conclue que la dénutrition se constitue à domicile et qu'elle est suivie dans 40% des cas par une hospitalisation. - En découle la volonté d'introduire dès aujourd'hui le kit MOBIQUAL au domicile pour y développer la prévention puisque l'hospitalisation n'améliore pas l'état de santé de la PA dénutrie.
4. D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours et interfaces (domicile et institution)	- Les PA ne font plus attention à leur état de santé et se nourrissent moins, elles se replient davantage sur elles-mêmes. A cela s'ajoute le manque de vigilance des proches qui conduit à une prise de conscience retardée par le médecin généraliste quand la perte de poids est exceptionnelle. - Manque d'information et de formation. Insuffisance de la traçabilité des dossiers de soins (courbe de poids, pathologies associées : cancer, dépression). Financement insuffisant des formations pour les aides à domicile qui ont un rôle clé d'alerte. - Manque de motivation et de coordination/communication des professionnels de santé (actions compartimentées) - Problème d'organisation du travail en institution. NB : prendre en compte la dénutrition ne prend pas plus de temps que de soigner les escarres ou poser des perfusions.	- A domicile les principaux freins sont : les courses ; la préparation des repas du fait de difficultés techniques, l'aide à manger (isolement et solitude). Concernant l'amélioration des portages des repas, un travail important est réalisé au ministère sur un guide qui devrait sortir fin 2012, début 2013. Sous nutrition : un plateau pour déjeuner et dîner - A l'hôpital les principaux freins sont : l'oubli de ce qui s'est passé avant (petits déjeuners servis en institution souvent moins copieux que ceux à domicile), les repas en chambre, le temps et l'aide pour manger, le repas en plateau (les PA commencent à manger ce qu'elles préfèrent, le dessert, puis délaissent ce dont elles ont le plus besoins, le plat principal)	- Manque d'entente entre la Direction et le personnel intéressé par la nutrition. La Direction doit être convaincue que l'alimentation est un soin. Le rôle des aides-soignants est un rôle de sentinelle/lanceur d'alerte tout comme l'aide-ménagère à domicile. - Insuffisances du portage des repas. Certains services n'ont pas le droit de franchir la porte de leur client. Or aller voir ce qu'il y a dans le frigidaire de la PA et constater qu'il est vide ou que les produits sont périmés est le meilleur moyen de détecter la dénutrition. Aussi, le service n'est pas identique si la liaison est froide ou chaude : une enquête (expérience Pizzagroom et Fringaline) a montré que les PA livrées en liaison chaude mangent 2 fois plus que les personnes recevant un repas froid dont il fallait enlever l'opercule, faire réchauffer. - Frein de la réglementation. Référence au texte paru dans le Quotidien des médecins sur les TGV « les très grands vieux et petits plaisirs de la vie ». Souvent l'institution interdit toutes addictologies (alcool, tabac). Ces règles freinent les PA à aller en institution : elles préfèrent rester chez elles et garder leurs habitudes au risque de manger moins bien.
5. Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes tout au long du parcours ? Solutions à l'étranger ?	- Améliorer la formation et la sensibilisation des professionnels et notamment le portage de repas à domicile. Elaborer un véritable cahier des charges : alimentation appétissante, normes de sécurité, vérification des péremptions, consommation des repas, anomalies. - Renforcer la place de la nutrition : espaces de restauration, conception et présentation des plats, menus adaptés et variés (corbeilles de fruits et légumes de saisons), prise en compte des troubles comportementaux et de l'hygiène bucco-dentaire - Développer les programmes de recherche à l'Hôpital sur l'alimentation des PA - Sensibiliser le grand public à la question de la dénutrition - Lancer une réflexion sur le financement du portage et des aides à domicile (APA et ressources des PA)	- Créer des réseaux pour faire face au problème d'interface réciproque et de coopération entre l'hôpital et le domicile/médecine de ville. Rôle de coordination et de communication du médecin traitant. Développer les CLIC pour la prise en charge à domicile. - Mesurer le poids tous les ans à 60 ans et tous les 6 mois à 70 ans en plus d'autres mesures : index annuel sur la mobilité de la personne, sur la fonction rénale... - Les réseaux qui existent aux Pays Bas, au Danemark et en Suède aident beaucoup à la prise en charge.	- Expérience à l'étranger. En Suisse, suivi à domicile des patients après une hospitalisation. Aux Etats-Unis, le programme « EAT AND MOVE MORE » : il faut un minimum d'exercice physique car manger et bouger vont ensemble. Au Danemark, système avec des visiteurs même non formés pour aller au domicile parler aux personnes âgées : contact régulier. - L'Europe a enfin compris que la dénutrition est un enjeu de santé publique en instaurant le « Nutrition Day ».Nécessité de sensibiliser davantage les pays du Sud.

	Dr Geneviève RUAULT Déléguée générale Société Française de Gériatrie et Gérontologie Responsable du Programme MobiQual	Dr Stéphane SCHNEIDER Professeur de Nutrition au CHU de Nice, président du CLAN du CHU, Président du Conseil Scientifique de la SFNEP	M Didier BUFFET Gérontologue, fondateur de l'association Nutrisenior
<i>Entretien</i>	<i>Entretien face à face du 10 /05 à 14H00 à Suresnes</i>	<i>Entretien téléphonique du 11 /05 à 17H00</i>	<i>Entretien téléphonique du 11/05 à 13H00</i>
1. Quelle définition donnez-vous de la dénutrition ? Quels indicateurs	- La définition de la dénutrition est celle donnée par la HAS. Il s'agit d'un déséquilibre entre les apports et la consommation avec un curseur allant de la dénutrition à la dénutrition sévère. La dénutrition a un aspect médical mais qui n'est pas suffisant lorsqu'on parle des PA. De plus, elle est essentiellement protéino énergétique. La prise de conscience que la dénutrition est un enjeu de santé publique est acquise. - Les indicateurs sont ceux énumérés par la HAS : la perte de poids, l'IMC qui est toutefois à relativiser car la taille est une donnée difficile à obtenir sauf à prendre celle de la carte nationale d'identité, le mini MNA de dépistage avec la mesure de la circonférence du mollet en remplacement de l'IMC, l'albumémie en tenant compte du processus inflammatoire. A noter, que le mini MNA a une valeur plus importante dans le dépistage que l'un de ces indicateurs pris séparément.	- La dénutrition est un état dynamique qui correspond aux conséquences d'une inadéquation entre les apports nutritionnels et les besoins. La « malnutrition » est un très mauvais terme parce que c'est l'inadéquation dans un sens comme dans l'autre. - Les indicateurs principaux sont le poids, sa variation dans le temps, l'IMC. D'autres marqueurs cliniques peuvent être utilisés mais ils renvoient davantage à la masse musculaire : masse maigre mesurée en impédance-métrie, absorptio-métrie, ou mesurée au niveau biologique (albumine). La CRP n'est pas un marqueur de dénutrition, c'est un facteur de risque: quand la CRP monte à partir d'un seuil qui n'est pas exactement défini, l'albumine baisse. Intérêt pour les marqueurs de force et de fonctions musculaires : force de préhension au niveau du poignet ou encore le test de marche. Le nouveau MNA (circonférence du mollet) n'est pas encore validé par l'HAS.	- La dénutrition est une maladie du métabolisme soit exogène par carence d'apports soit endogène liée à une maladie, à un état inflammatoire chronique grave (hypercatabolisme). Le professeur Rapin préférerait parler de « sous alimentation », lié à la très mauvaise qualité des aliments que les gens prennent. - La dénutrition se mesure de deux façons : 1) par rapport aux valeurs anthropométriques: poids, mesure, IMC. (attention aux dénutritions sournoises, obèses dénutris) 2) par rapport aux données biologiques : il est intéressant de regarder l'état inflammatoire du patient ainsi que l'albumine sérique.
2. Que pensez-vous des chiffres estimés par la HAS en 2007 sur la prévalence de la dénutrition ?	- Les chiffres sont issus de travaux de la HAS. Aujourd'hui, de nouvelles études montrent des chiffres plus élevés. Ces stats sont à manipuler avec précaution - L'accent est à mettre à l'hôpital dans les services autres que les services gériatriques tel le service de cardiologie où les problèmes de dénutrition chez les PA ne sont pas assez pris en compte. Ce sont des repas servis en plateaux avec quasi systématiquement des régimes sans sel, sans aide au repas et un manque d'évaluation de ce qui est consommé. Il en résulte une fragilité accrue ce qui amène une réflexion sur la prévention de la dépendance/sur les soins inappropriés.	- Ces chiffres reprennent les travaux d'études menées notamment par des spécialistes de la question de la dénutrition. Les chiffres dépendent beaucoup du lieu où l'on réalise l'étude et du marqueur utilisé. Problème : il n'y a pas de registre national et que les marqueurs changent. - On a l'impression que les proportions restent stables mais ce qu'il faut noter c'est que 4 à 10% c'est par rapport à une population qui augmente chaque année et il y a une aussi une idée reçue selon laquelle le plus grand nombre de dénutris ne se situent pas à domicile mais en institution/hôpital.	- Ces chiffres commencent à dater, il est difficile d'avoir des chiffres exacts. En EHPAD, où la moyenne d'âge est proche de 90 ans, il semblerait que l'on soit sur une fourchette entre 30 et 70% de personnes âgées dénutries. Il y a peu d'études de faites pour montrer s'il y a une relation entre le degré de dépendance d'un patient et sa dénutrition. La dénutrition : fléau de santé publique qui coûte cher à l'Etat car peut provoquer l'accélération de l'entrée en dépendance.
3. Actuellement quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?	- Présentation du programme MobiQual et remise d'un kit complet. Ce kit a été mis en œuvre par la SFGG avec le soutien de la CNSA et différents ministères. Il comprend 1 classeur, 2 posters, 1 DVD, 1 mètre ruban (circonférence du mollet), 1 questionnaire pré et post remise du kit. Cet outil vise à améliorer la qualité des pratiques professionnelles, et donc la qualité du service rendu. La diffusion du kit MobiQual est gratuite aux établissements volontaires en échange d'une charte d'engagement. Il s'agit d'un travail pluridisciplinaire : favoriser la renutrition, reprendre les principes de l'alimentation et les troubles de la déglutition, approfondir la spécificité d'Alzheimer, revoir le rythme des horaires de repas (éviter le jeûne de 12h), être attentif aux portions alimentaires, à la position à table (assise dans le fauteuil, voisin de table) et à l'aide au repas (disposition dans l'assiette, prise en compte des troubles de la vision, ergonomie du verre), à l'environnement mais aussi aux activités physiques (ne pas faire à la place de), à l'hydratation, aux textures modifiées. Chaque outil est créé pour valoriser l'action de chacun auprès de la personne âgée, pour donner du sens aux missions.	- Le dépistage. A chaque contact de la personne âgée avec le système de santé il faut qu'il y ait une dépistage pour une prise en charge générale de la dénutrition. Très fréquemment la dénutrition vient d'éléments curables : problème de dentition, polymédication. En effet, 70% des causes de la dénutrition chez la PA sont potentiellement curables. - Au cours des consultations, il convient d'insister sur le fait que les régimes restrictifs sont souvent un facteur de risque important de dénutrition. Importance des conseils : comment enrichir l'alimentation, la complémentation nutritionnelle orale et l'alimentation artificielle. En fonction des pathologies, il y a aussi une prise en charge spécifique pour les patients Alzheimer avec le « finger food », grignotage à la main. Il y a aussi le dépistage de la sarcopénie : perte de masse musculaire.	- Mise en place du « Diagramme Iso Nutritionnel » : évaluer l'état nutritionnel de A à D comme on évalue la dépendance : faire des groupes iso-nutritionnels, des DINages et avoir par établissement une photographie de l'existant pour cibler des politiques de santé. Ce diagramme repose sur 4 critères (2 critères biologiques et 2 critères anthropométriques): l'albumine, la CRP, l'IMC et la variation de poids. - Site Internet par l'association Nutrisenior pour faire face au manque d'information du public et de formation des professionnels de santé.
4. D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours et interfaces (domicile et institution)	- Manque de prise en considération de la dénutrition des PA à l'hôpital et plus particulièrement dans les services spécialisés où les PA sont immobilisées - Dans les EHPAD, manque d'identification. Les PA ne sont pas repérées comme dénutries et par conséquent ne sont quasiment pas notées dans PATHOS. - L'organisation et le rythme des repas sont un frein quand ils ne sont pas cohérents avec les habitudes de vie et alimentaires de la PA. - Le turn over, le manque de formation ou d'harmonisation, dans les structures est également un frein car peuvent être frustrants pour le personnel. - Le domicile est particulier au sens où il est méconnu, c'est un huit clos où sont véhiculées de nombreuses idées reçues comme manger moins. D'autres freins relèvent de la difficulté à s'approvisionner de façon diversifiée or la monotonie réduit l'appétit (bourgeois du goût), difficulté à bouger, à cuisiner. Ceci est souvent lié au contexte économique (argent donné aux petits enfants ou nourriture pour les animaux domestiques) d'autant que les PA culpabilisent d'exister d'où cette volonté de dédouragement. Les portages de repas restent une problématique en termes de qualité et de quantité surtout quand la personne âgée utilise un repas pour toute la journée.	- Manque de connaissance des professionnels concernés qui ont appris plus ou moins vaguement les choses. C'est parfois même un certain mépris : « le miam miam » n'est pas considéré comme un soin. Judiciarisation nécessaire pour implication ? - Dans la plupart des cas, une PA dénutrie n'a pas faim et ne va pas demander spontanément une prise en charge contrairement à quelqu'un qui a mal exprime sa douleur et demande une prise en charge de la douleur. - Les moyens consacrés à l'alimentation sont souvent des variables d'ajustement. Dans un plan de retour à l'équilibre pour un hôpital, la logistique pour l'alimentation ne sont pas considérés comme prioritaires. Il faut aussi souligner que la logique de séjour le plus court possible par rapport à la DMS peut inciter à fermer les yeux sur la dénutrition - Le problème de l'alimentation à l'hôpital c'est que l'on a favorisé la sécurité. Il y a des priorités mal définies: si quelqu'un ne se lave pas c'est un problème mais le système fait que quelqu'un qui ne mange pas se voit retirer son plateau souvent dans l'indifférence. - A domicile, problèmes de revenus pour assumer une alimentation variée. Les services personnalisés de portage à domicile sont encore relativement coûteux.	- Il y a d'abord un frein propre au patient qui peut avoir une attitude réfractaire: déni et refus de manger. Il faut essayer d'en comprendre les causes : dentition, douleurs... - Ensuite, la dénutrition n'est pas considérée comme une comorbidité. Or la dénutrition est une maladie en soi. - En France, il n'y a pas encore de cohésion des médecins : chaque professeur a son système à lui, ce qui est dommage. - A domicile, les gens sont seuls ou en situation d'abandon. Se pose le problème des préemptions dans les réfrigérateurs voire parfois des frigos qui ne marchent pas. - Question du coût : A l'étranger les canadiens ont pris conscience qu'avoir un coût de matière bas, ce n'est pas faire de bonnes économies. Il faut faire des vrais repas et mieux prendre en compte la dimension éthique dans la relation avec la personne âgée.
5. Quelles seraient les solutions pour prévenir la dénutrition chez les PA tout au long du parcours ? Solutions à l'étranger ?	- Etude d'impact très prochainement sur l'outil MobiQual - Adapter l'outil MobiQual au domicile avec les acteurs de soins et de l'aide à domicile pour le repérage de la dénutrition. - Communiquer et lutter contre les idées reçues comme l'idée que la douleur est normale en vieillissant donc « si j'ai mal c'est que je suis encore vivant » - Attention le bio n'est pas forcément meilleur en terme de dénutrition. Le secteur étant très porteur, chacun veut apporter sa touche et s'implanter sans qu'il y ait forcément de cohérence entre les différents acteurs. La mise en œuvre du kit MobiQual fonctionne bien avec des retours très positifs et	- Formaliser et systématiser le dépistage de la dénutrition après discussion des référentiels d'action. Inciter à un passage tous les ans chez le dentiste. - Concernant un rdv obligatoire de dépistage de la dénutrition chez le médecin généraliste tous les ans, cela semble peu pertinent étant donnée que les personnes âgées vont déjà régulièrement leur médecin traitant surtout quand ils sont fragiles. - A l'hôpital, il n'est pas concevable qu'il y ait pas des systèmes de pesée adaptée aux PA comme des chaises balances ou des lèves malades avec poids. - Il faudrait favoriser en long et moyen séjour les repas en salle à manger avec une attention particulière à la présentation du repas. Ces petites choses font que la PA mangera volontiers beaucoup plus dans la convivialité que si elle était assise au lit.	- Mettre en place un système de restaurant en institution où les PA peuvent venir manger à l'heure qu'elles souhaitent. Importance de l'environnement : avoir un choix d'entrée, tables avec nappes et fleurs. Il faut donner aux PA l'envie de manger en prenant en compte les « effets de cohorte » - En ville, renforcer les appartements collectifs protégés avec une gouvernante qui fait à manger et fait participer les PA - Envisager des publicités institutionnelles à la TV pour sensibiliser le public ur le problème de la dénutrition des PA - Développer un observatoire de la dénutrition.

	Mme Marie LEJEUNE, Directrice de l'Association Locale pour le Développement Sanitaire (structure d'aide et de soins à domicile) du canton de Plouzévédé et Plouescat.	Mme ANNICK En charge du portage de repas à domicile pour l'Association Locale pour le Développement Sanitaire du canton de Plouzévédé et Plouescat	Mme Sylvia LAGANA Directrice du SSAD Douai
<i>Entretien</i>	<i>Entretien en face à face 09/05 à 10h00 à Ploudalmézeau</i>	<i>Entretien en face à face 10/05 à 13H20 à Ploudalmézeau</i>	<i>Entretien en face à face le 11/05 à 19h00 à Plouvoorn</i>
1. Quelle définition donnez-vous de la dénutrition ? Quels indicateurs	- Les personnes qui ne se nourrissent pas ou mal. En vieillissant les personnes perdent le goût de cuisiner donc ils peuvent avoir des carences en matière de nourriture et avoir des conséquences sur leur état de santé. - Peu d'indicateurs sur la dénutrition, priorité sur la dépendance physique et psychique	- Définition : ce sont les personnes qui ne mangent pas correctement ou pas équilibré. Elles ont des apports journaliers insuffisants. - Les indicateurs utilisés sont la perte de poids, la même alimentation tous les jours ou le fait qu'elles ne cuisinent pas.	- La dénutrition est une carence alimentaire, un défaut d'alimentation et une étape préalable à la perte de poids. Elle se constate par l'intervention des personnes intervenant en qualité d'aide à domicile. Cependant, il reste une part de subjectivité dans cette appréciation. - Un indicateur efficace est celui de la mesure du poids.
2. Que pensez-vous des chiffres estimés par la HAS en 2007 sur la prévalence de la dénutrition ?	- Chiffres faibles pour les personnes à domicile par rapport aux personnes suivies hors domicile. A domicile, il y a des personnes qui sont seules et isolées. Elles ont peu de lien avec l'extérieur et il y a peu de vision sur ces personnes là. - Décalage étonnant dans les pourcentages entre le domicile et l'hôpital/institution. A l'hôpital ou en institution il y a une cuisine qui est faite spécifiquement pour les PA avec des diététiciennes, des repas adaptés au public accueilli. Et pourtant c'est là où le pourcentage est le plus élevé.	- Chiffres faibles qui reflètent pourtant une réalité : les PA n'ont plus le goût de cuisiner et ont des difficultés pour faire leurs courses. Elles ont tendance à manger la même chose et sont souvent isolées, leurs familles n'étant pas tous les jours présentes. Par ailleurs, les PA maigrissent plus vite et cela peut avoir des conséquences sur leur état de santé notamment les chutes.	- L'ordre indiqué par la HAS semble correct. - L'aide à domicile constitue une alerte en amont du risque de dénutrition et permet d'enrayer le phénomène ou de le prendre en considération rapidement. L'avantage d'une aide à domicile est qu'elle ne s'occupe que d'une personne à la fois contrairement aux professionnels dans les établissements. Certains des aides à domicile sont d'anciens professionnels d'institution qui ont choisi de travailler pour les services à domicile pour retrouver une relation individualisée avec la personne aidée. Elles retrouvent une dimension humaine qu'elles n'ont pas forcément en établissement.
3. Actuellement quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?	- Dans le cadre des activités de l'Association, des aides à domicile interviennent aux domiciles des PA pour des tâches ménagères ou pour l'aide au repas. Elles sont formées autour de la cuisine et des besoins de l'alimentation. Elles savent repérer la dénutrition ou la malnutrition par rapport aux personnes aidés et peuvent contacter la direction en cas de situations difficiles voire conseiller aux familles de mettre en place le portage de repas à domicile. A propos de l'activité de portage de repas (repas réalisés par la cuisine centrale d'un EHPAD qui respecte la diététique du sujet âgé), le cahier des charges stipule que la personne chargée de la livraison vérifie le frigidaire et remet au service cuisine de l'EHPAD, les produits périmés. - Il n'y a pas de mesures sur la dénutrition en particulier au sein de l'Association mais organisation de conférences soit pour le grand public, soit pour notre personnel.	- Livraison de repas équilibrés en deux tournées. Les repas sont suffisamment importants pour couvrir l'ensemble de la journée. Ainsi, pas d'astreintes à des heures de passages très précises car les PA ont toujours à manger le jour de notre passage. - Observation si les personnes mangent bien tous les jours en contrôlant le frigo ou en jetant les plats non consommés, lorsque l'on y met les nouvelles barquettes. S'il est constaté que la personne ne mange pas bien, il y a signalement à la directrice. De même pour les collègues aides à domicile. - Réunions de concertation entre la directrice, les responsables du portage et les auxiliaires de vie pour parler des problèmes que l'on rencontre chez certaines PA. Globalement, les PA trouvent bon ce qu'elles mangent	- Le SSAD met en œuvre des actions de sensibilisation du personnel. Il y a 200 aides à domicile qui interviennent auprès d'environ 1 000 bénéficiaires. Une chose importante est de détecter le symptôme de la maladie Alzheimer le plus rapidement. - Le sujet de la dénutrition fait partie des sujets de sensibilisation. L'année dernière nous avons sensibilisé les aides à domicile sur le sujet de la bientraitance, cette année, le thème était la dénutrition. La prochaine action portera sur l'accompagnement des personnes diabétiques et le régime alimentaire sera abordé. - Les aides à domicile apportent une aide au marché, dans les courses. Elles interviennent dans le cadre de la prévention de la dépression qui peut conduire à la dénutrition notamment par l'observation de leurs réactions. - Aide par l'apport de couvert ergonomique et suivi de l'état de la dentition des personnes aidées.
4. D'après vous quels sont les principaux freins à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours et interfaces (domicile et institution)	- Difficulté pour les PA isolées ne disposant pas d'un accompagnement d'être informé de l'existence des services d'aides et de soins à domicile (une association ne peut faire de publicité). - Difficulté d'avoir un impact le plus large possible quand sont réalisées des campagnes d'information autour du thème de la dénutrition. - Difficultés d'accès à cette catégorie de personnes en difficultés. La liberté de disposer et de manger ce qu'ils veulent est donc un frein. On ne peut pas obliger les PA à utiliser les portages de repas ou de s'astreindre à une alimentation adaptée. Même si l'association est interpellée par les voisins ou par les services municipaux, nous ne pouvons pas contraindre. - Difficulté pour les personnes chargées du portage de repas d'assurer une surveillance de ce que la PA consomme car, parfois, elle cache ses repas en dehors du frigidaire, laissant à penser qu'elle mange convenablement.	- Difficulté pour les personnes qui disposent du portage de repas de s'habituer à un nouveau régime alimentaire. Souvent réticentes au début, les PA doivent s'habituer à cette nourriture faite de légumes et de beaucoup de laitage. - Pas d'intervention directe des services de portage sur la gestion de la prévention de la nutrition : « pas notre rôle » « nous ne pouvons pas nous le permettre ». Absence de formation sur la diététique ou sur la nutrition/dénutrition de la PA. - Manque de temps pour assurer une surveillance quotidienne compte tenu de la zone géographique large de livraisons : plus de 100 kms par jour. - Manque de présence au moment du repas. Il faudrait qu'il y ait une personne au moment du repas, mais c'est très difficile.	- Manque de motivation et d'attention individualisée pour stimuler les PA lors de la prise des repas. - Manque de formations sur le sujet, or l'alimentation peut être à la base de beaucoup de problèmes. - Le temps du repas doit être allongé. Il y a un problème de moyens : là où avant le Conseil Général finançait entre 40 ou 60 heures par mois d'aide à domicile, il n'en finance plus qu'une trentaine. Ce manque de temps est pris sur celui du repas. - Il y a là une différence entre les personnes handicapées qui bénéficient de la PCH qui est une aide pour financer les besoins de compensation des personnes, alors que l'APA constitue une enveloppe en fonction du Conseil Général et tient compte des revenus, mais sans tenir en compte les besoins réels des personnes âgées.
5. Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes tout au long du parcours ? Solutions à l'étranger ?	- Le CLIC a un grand rôle à jouer de coordinateur car il touche à tous les domaines qui intéressent les PA de plus de 60 ans. Il est le lien entre les différentes structures et c'est un point d'information commençant à être connu. - Les institutions disposent de professionnels pour prendre en charge les PA. Les repas sont réalisés en fonction de la personne mais se pose la question de sa capacité à pouvoir manger. Dans ces établissements, les choses doivent être prises pour réduire ces risques. - Ce qui est important, c'est ce qui se passe en amont ; la prévention des personnes à partir d'un certain âge qui peut passer par le CLIC, les communes. Le local est important et cela passe par la gestion de l'isolement des PA et l'implication des élus locaux. - La coopération des différents services qui interviennent au domicile permet une meilleure prise en charge. Le fait que les différents intervenants puissent se parler permet une prise en charge globale et réduit par conséquent tout risque.	- Renforcer la présence à chaque repas avec les personnes perturbées. Nécessité de créer du lien. - Développer le portage de repas pour les personnes qui sont isolées. Ce qui leur permettrait de manger beaucoup plus équilibré. - Avoir un meilleur suivi avec plus de temps pour communiquer avec la personne - Etablir une bonne coordination entre les différents intervenants pour que chacun puisse améliorer le service. - Instaurer une formation destinées aux porteurs sur la diététique et sur la prévention de la dénutrition pour conseiller les personnes.	- Il faudrait œuvrer davantage pour l'aide dans les déplacements pour faire les courses, la préparation des repas, la présentation du repas (jouer sur le contraste, jouer sur les couleurs). - Il faudrait du temps pour une meilleure connaissance de la personne aidée et une surveillance objective du poids de la personne. Il ne faut pas penser qu'il s'agit là d'un sujet médical. La nutrition relève du quotidien. - Il faudrait renforcer le rôle et une meilleure reconnaissance des missions de l'aide à domicile. - Il faudrait une meilleure coordination entre les professionnels qui interviennent (notamment entre les professionnels de santé et les aides à domicile). - Une meilleure valorisation du travail des aides à domicile et la reconnaissance de leurs capacités à détecter en amont les difficultés rencontrées par les PA

	Mr. ANTHONY Chef de cuisine de l'EHPAD de Ploudalmézeau	Dr. Olivia FIERS médecin-nutritionniste au Centre Hospitalier de Dinard et et Mr. Gilles PICHON, responsable du Service Restauration	Mme Nadine FUSADE, Ingénieur en restauration, responsable de l'ensemble des services de repas
<i>Entretien</i>	<i>Entretien en face à face du 11/05, à 12h à Ploudalmézeau</i>	<i>Entretien en face à face le 09 /05 à 16h au CH de Dinard</i>	<i>Entretien en face à face le 10 /05 à 10h au CH de Libourne</i>
1. Quelle définition donnez-vous de la dénutrition ? Quels indicateurs	- Définition : une personne qui ne peut pas manger. Cela dû à sa pathologie ou lié au fait que la PA n'aime pas les repas. Sur les pathologies, on peut rencontrer des maladies, des problèmes dentaires ou de la fatigue. Cela empêche la PA de manger, cela provoque une perte de poids et donc une dénutrition. - Les critères de dénutrition sont principalement la perte de poids, l'état général (visage, faciès) de la personne et les problèmes de santé provoquant des escarres	- Définition nationale : prise en compte du poids, vitesse de la perte de poids, de la taille, de l'IMC. Cercle vicieux : dénutrition => ostéoporose => fracture => hospitalisation... - Définition malnutrition : équilibre alimentaire très perturbé de la proportion lipides, glucides et protéines. Il y a un catabolisme important des PA surtout quand elles sont atteintes de pathologies comme le cancer.	- La dénutrition est avant tout dans le champ de la diététique. Elle part d'un constat physique de la personne ; c'est l'aspect technique. Mais, il y a aussi la dimension psychologique, sociale et affective : rapport à l'alimentation et l'envie de manger. On ne peut donc pas régler le problème de la dénutrition par seulement l'apport de produits diététiques ou de médicaments. - Critères de la dénutrition : l'IMC, le poids et la taille. Mais aussi des évaluations sur l'aspect consommation du plateau repas. Contrôle à faire par les soignants qui peuvent être aidés par les agents de restauration. Il faut comprendre pourquoi les aliments n'ont pas été consommés : Est-ce que le repas ne lui plaît pas ? – La texture ? – La quantité ? La faiblesse de la PA ?
2. Que pensez-vous des chiffres estimés par la HAS en 2007 sur la prévalence de la dénutrition ?	- Chiffres étonnamment élevés même si la dénutrition est tellement vaste : une personne peut être obèse et dénutrie. - La difficulté en institution est de faire plaisir à tout le monde tout en offrant une alimentation variée. Il y a un GEMRCN (Groupe d'Etude des Marchés Restauration Collective et Nutrition) qui est un groupement de médecin, nutritionnistes, cuisiniers faisant des recommandations en matière de fréquence, de variété et de poids des produits par catégories de personnes (enfants, adultes, PA).	- Chiffres nettement sous évalués en EHPAD (entrée tardive en institution). Il y a de plus en plus d'obèses dénutris et ces cas-là sont très difficiles à gérer, car ils peuvent perdre jusqu'à 50kgs, mais cette perte de poids se traduit par une fonte musculaire et parfois développement d'œdèmes. - Hôpitaux : fortes disparités selon les services (70-80% PA dénutries en cancérologie) - A domicile : chiffres sous évalués (remontée d'info inégale selon médecin traitant ou SSAD). A domicile, c'est le médecin généraliste qui prescrit l'enrichissement des repas mais Sodexo peut également préparer des repas enrichis pour les SSAD.	- Si, l'on enlève l'aspect maladie pour les personnes hospitalisées, ces chiffres amènent à penser à la dimension affective du rapport à l'alimentation. - Les forts taux de dénutrition en institution et à l'hôpital peuvent s'expliquer par la rupture avec l'ancien mode de vie, l'inquiétude sur sa santé. De plus on peut perdre l'aspect convivial du repas. La personne est-elle seule devant son plateau ou en salle à manger avec d'autres personnes, les soignants sont – ils disponibles pour une aide ?
3. Actuellement quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?	- Outil de base : les recommandations GEMRCN. Cela permet d'avoir une variété au niveau des plats et notamment de la viande. On essaie néanmoins d'adapter au goût des gens. On travaille en liaison chaude midi et soir et en froide pour les personnes qui dînent en chambre. - Les résidents ne bénéficient pas de menus de substitution si elles n'aiment pas un plat. C'est trop difficile de gérer les choix de tous. On ne fonctionne qu'avec les aversions (recueil de ce que le résident aime ou n'aime pas) et les allergies. On le fait avec certaines personnes mais pas tous car ce serait ingérable.	- Réunions interCLAN en présence de professionnels pluridisciplinaires (rédaction du livret nutrition délivré à la sortie du patient et continuité du suivi). Un site internet permet de renseigner le public. - Projet d'ateliers cuisines pour les patients en réadaptation cardiologique et atteints de cancers, leurs familles et les aidants : travailler les structures d'aliments, présence d'une diététicienne, fréquence hebdomadaire. L'objectif est de redonner du plaisir aux patients qui redoutent souvent le moment du repas. - Au niveau régional : intervention auprès des nouveaux responsables de restauration de la fondation, auprès des établissements privés partenaires (contrats harmonisés). - Au niveau local : formation spécifique à l'arrivée des nouveaux personnels de cuisine (modification des textures) ; projet d'ateliers en présence de pys et diététiciens	- Pour les résidents en lieu de vie : échanges directs avec les soignants pour connaître ce que les résidents ont envie de manger, prestations particulières (servir des petits déjeuners améliorés, fournir des denrées pour faire des gâteaux, des crêpes, des soupes maison tout en respectant le cadre réglementaire sur l'hygiène), mise en place de groupes de dégustation hebdomadaires (avec les cuisiniers, le responsable qualité, le cadre de santé, la responsable hygiène), des mixés maison - Pour les patients hospitalisés. C'est plus compliqué car les menus ne sont pas forcément adaptés. Lorsqu'il y a une difficulté particulière relevée par les soignants, c'est le service diététique qui intervient : apport de compléments nutritionnels ou aide des soignants au moment du repas. Revoir les techniques de remise en température des aliments (liaison froide) notamment par l'acquisition d'un système thermo-contact et non air pulsé. L'air pulsé provoque un choc thermique pour les aliments alors que le système « thermo contact » propose une remise en température progressive pendant 1h, améliorant la qualité des aliments
4. D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours et interfaces (domicile et institution)	- La culture alimentaire. La PA préfère manger des féculents (pomme de terre prioritairement car la population est plutôt agricole) et des produits sucrés plutôt que de manger des légumes - Le manque de personnel est aussi un frein - Les contraintes réglementaires / aux normes d'hygiène limitent de plus en plus. Exemple : une entrée froide doit être servie à 3°C selon les normes. Or c'est difficile pour une PA de la manger à cette température.	- Mauvais image de la dénutrition auprès des médecins : déficit de formation lié au coût du temps médical. La les médecins négligent souvent la dénutrition et cultivent parfois la peur et la culpabilisation chez les patients (« à votre âge, le beurre est néfaste ») - Difficulté de faire la promotion de l'éducation alimentaire, d'évaluer et de suivre un patient individuellement. Par ailleurs, pour les PA l'alimentation peut constituer le seul moyen de résistance qu'il leur reste face au corps médical. - Absence de formation spécifique des cuisiniers en milieu hospitalier (module à développer dans les lycées hôteliers). L'hôpital est pourvoyeur de dénutrition : jeûne pour examens et opérations - Mentalités difficiles à changer : enjeux d'organisation et de charges de travail - A domicile, le système de portage de repas n'est pas satisfaisant. L'absence de convivialité, l'isolement et les problèmes bucco-dentaires constituent des difficultés supplémentaires. Le coût des repas restant à la charge des PA demeure important	- La formation du personnel. L'alimentation fait appel au professionnalisme et appelle à du personnel formé qui connaît à minima les besoins de la personne âgée et ce qui peut être proposé sur l'institution. C'est indispensable pour l'adéquation des besoins de la personne âgée et la réponse faite. Un programme de formation va être proposé à tous les soignants : la saisie informatique des repas – les questions d'hygiène – des notions de diététiques - Le temps repas. La disponibilité du personnel et une coordination entre les soignants et le personnel de restauration dans les services. Remobiliser le personnel autour du temps de repas. En faire un espace, un temps déterminé et fort pour les soignants et le personnel hôtelier. C'est un projet soignant et hôtelier construit pour chaque patient et surtout pour ceux qui ont des difficultés à s'alimenter. - La réglementation avec responsabilité pénale et individuelle laisse peu de place à l'improvisation.
5. Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes tout au long du parcours ? Solutions à l'étranger ?	- Nécessité d'avoir une diététicienne et un ergothérapeute à temps complet en institution - Donner plus le choix au PA mais se pose le problème du matériel et du budget car l'organisation peut changer mais les budgets difficilement. - Proposer un buffet d'entrée, cela aiderait beaucoup car visuellement cela donne envie aux PA. On commence toujours par manger avec les yeux. Créer une ambiance avec des repas plus allongés.	- Garantir un travail de transversalité est indispensable. La transversalité implique nécessairement de connaître le travail de l'autre (cuisiniers, soignants, médecins) - Reconnaître davantage que les IDE et ASD jouent un rôle primordial dans l'observation quotidienne et la surveillance alimentaire des PA : relais entre le patient et le corps médical. - Sensibiliser les médecins à la psychologie et à l'écoute des envies des PA (dimension éthique) et revaloriser les actes intellectuel de l'ensemble des professionnels (entretien, écoute, accompagnement, conseil). L'alimentation et la nutrition ne sont pas uniquement de la technique. La démarche de bientraitance implique de passer du temps auprès de la personne. Redonner le goût de manger à quelqu'un prend du temps (DMS augmente) - Nécessité d'une implication partagée du tandem médecin coordonnateur et directeur d'établissement (mallette MobiQual qui s'inscrit dans une démarche qualité) - Assurer la promotion de la cuisine collective (journée thématique dédiée au goût). - Création d'un poste de cuisinier dédié à l'enrichissement des plats.	- Définir les champs de responsabilités de chaque professionnel (les soignants et les hôtelières) autour de l'alimentation - Construire un projet d'équipe autour du temps repas. Il faut que cela devienne une priorité comme un autre soin. L'alimentation est un soin.

	Mme Corinne MENDEZ Cadre de santé diététicienne au CH de Libourne	M. GUEVEL directeur de l'EHPAD de Ploudalmézeau et Mme BIANIC cadre supérieur de santé à l'EHPAD ;	Mme NESNARD Sylvie, Auxiliaire de Vie Sociale à l'ADMR de Plouvoorn
Entretien	Entretien en face à face du 10/05, à 24h à Libourne	Entretien en face à face le 11/05 à 10h45 à l'EHPAD de Ploudalmézeau	Entretien en face à face le 11/05 à 19h00 à Plouvoorn
1. Quelle définition donnez-vous de la dénutrition ? Quels indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> - La dénutrition a été définie par la HAS en avril 2007. La mesure de référence est l'IMC (seuil de 21 pour PA) et la perte de poids. Il y a également le dosage de l'albuminémie et pré albuminémie - A partir des recommandations de la HAS, le CLAN a élaboré un logigramme à destination des équipes soignantes et médicales pour être une aide à la décision - Le MNA est peu utilisé sur l'institution, seulement par un médecin de l'EHPAD. Par contre, certains services de soins et en particulier les services de CSG et l'orthopédie utilisent des outils de relevé des repas. Ces relevés sont très utiles pour connaître réellement les apports : ingest) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mme BIANIC : Pour une PA, cela se manifeste par différents signes tels que la baisse de l'albuminémie, une perte de poids (10% en 6 mois) et une modification de l'aspect physique. On se base sur l'IMC, le poids, l'albuminémie et bilan nutritionnel. - M GUEVEL : c'est une personne qui ne s'alimente pas de façon habituelle. En tant que directeur, on ne peut pas concevoir qu'une personne soit dénutrie dans son établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Définition : une personne qui ne mange plus ou pour laquelle les apports essentiels pour que son corps fonctionne bien sont insuffisants. - Les critères de dénutrition : la perte de poids, la fatigue, l'absence d'urine qui signifie que la personne n'est pas bien hydratée.
2. Que pensez-vous des chiffres estimés par la HAS en 2007 sur la prévalence de la dénutrition ?	<ul style="list-style-type: none"> - Ces chiffres, en particulier à domicile semblent sous-estimés car l'établissement accueille des personnes très dénutries. Par contre, en institution (lieu de vie), il y a vraiment une prise de conscience de la dénutrition des PA et peut-être les chiffres s'améliorent. - En hospitalisation, je pense que les chiffres en 2012 sont les mêmes qu'à la date de l'enquête HAS. Un début de sensibilisation du personnel soignant va permettre de dépister au plus tôt la dénutrition dans les services Médecine – Chirurgie – SSR, notamment en donnant du sens à l'obligation de tracer les indicateurs IPAQSS (poids - perte de poids – IMC). 	<ul style="list-style-type: none"> - Mme BIANIC : chiffres peu surprenants car la plupart des PA qui entrent en institution ont une prescription de compléments alimentaires (hyper caloriques et hyper protéinés). Les PA ont des troubles physiques et cognitifs les empêchant de se nourrir correctement + alimentation très pauvre et peu variée. - M. GUEVEL : On est passé d'une notion de maison de retraite comme substitut du domicile à EHPAD, induisant une prise de conscience que ces établissements étaient de véritables acteurs de santé publique. Cela requiert des actions. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un auxiliaire de vie intervient quand le médecin traitant ou la famille le demande cad quand ils s'aperçoivent que la PA est dénutrie, mais ce n'est pas de suite qu'ils s'en rendent compte. - Aussi, le changement de structuration de la cellule familiale qui induit que la PA est de plus en plus seule et qu'elle ne se fait plus sur manger permet de montrer ces chiffres. Ces chiffres ne sont pas surprenants et on pourrait même penser qu'il y en a davantage
3. Actuellement quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?	<ul style="list-style-type: none"> - Staff de dénutrition tous les mardis dans les deux services de médecine CSG avec examen des résultats biologiques et demande si besoin d'une consultation diététique - Un outil de relevé des repas existent sur certains services de soins (systématique dans les services de court séjour gériatrique et dans les services d'orthopédie pour PA). Les soignants notent par plats la quantité réelle consommée par les patients. La diététicienne référent du service évalue les apports consommés et adapte. - Les petits déjeuners et potages sont systématiquement enrichis pour les patients atteints de démence. Pour les autres, la recherche des goûts est faite par la diététicienne ou les soignants. - Un bilan sur les services de CSG sera fait après l'été car le but est aussi économique. Il faut « coter » la dénutrition du patient afin qu'elle soit financée car les dépenses en compléments alimentaires sont devenues plus importante depuis peu. - Les patients sortent de l'hôpital avec une prescription adaptée de compléments énergétiques, des conseils diététiques. Très peu de retour sur le vécu à domicile après l'hospitalisation. 	<ul style="list-style-type: none"> - M. GUEVEL : mise place d'un travail important en 2010 au moment de notre étude PATHOS (calcul de l'IMC de chaque PA), lancement d'un plan d'action 2011-2013 autour de la nutrition accompagné d'une formation des personnels sur l'hygiène buccodentaire (objectif : réduire les suppléments oraux), recrutement d'une diététicienne il y a 3 ans pour gérer la restauration de l'établissement, formation de l'équipe hôtelière sur la nutrition et l'équipe de cuisine sur la cuisine adaptée au PA (parler de terrine ou de verrine plutôt que de mixé ou mouliné pour valoriser l'instapt repas). - Mme BIANIC : mise en place à l'entrée de chaque nouveau résident de la recherche du poids, IMC, bilan nutritionnel (par la diététicienne), albuminémie (prescrit par le médecin coordonnateur). Mise en place d'un staff biannuel entre le médecin coordonnateur, la diététicienne, une IDE, un agent de restauration et la cadre pour veiller à l'alimentation de chacun 	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le domaine de la nutrition, l'auxiliaire de vie se charge de réaliser les courses alimentaires avec ou sans la PA, de préparer les repas et de cuisiner pour les PA à leur domicile. En cas de besoin, il faut parfois aider à la prise de repas. - Mise en place d'un travail préventif de la dénutrition à travers plusieurs actions: observation de l'état de la personne, vérification des péremptions et des consommations au moment du nettoyage du frigo, répercussion en cas de besoin au secrétariat. Au cours des courses alimentaires, il faut au maximum respecter les choix de la personne tout en tentant d'aiguiller vers certains produits. - Dans la formation d'auxiliaire de vie, il y a des cours sur la nutrition mais on les oublie vite. Il n'y a par ailleurs pas de formation continue spécifique sur l'alimentation de la PA. .
4. D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours et interfaces (domicile et institution)	<ul style="list-style-type: none"> - Le manque de diététicienne pour pouvoir rapidement répondre et suivre les patients - Le manque de sensibilisation des médecins car l'alimentation n'est pas encore une priorité même si cela s'améliore. Même schéma et prise de conscience que la prise en charge de la douleur il y a quelques années. - Le manque de temps des soignants mais par d'autres moyens comme la lutte contre l'apparition d'escarres, les soignants sont de plus en plus alertés et cela va permettre une vision globale - Le Manque de coordination avec le domicile après une hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> M. GUEVEL : Approche est trop centrée sur des recommandations médicales (quantités de protéines). Insuffisance des moyens : manque de personnels en nombre suffisant pour accompagner convenablement les personnes qui ont besoin d'une aide importante et quotidienne, surtout au moment du repas. - Problème de communication qui rend la prévention mal adaptée. Manger 5 fruits et légumes et buvez 1.5 l d'eau par jour, message peu adapté aux PA. - Difficultés des PA à financer leur courses qui respectent les rations journalières préconisées et notamment en protéine - Aspect culturel : les PA préfèrent manger des féculents que des légumes, ce qui rend difficile de les satisfaire tout en respectant les recommandations - Manque de cohérence d'un point de vue des pouvoirs publics de ce phénomène. Financement de la diététicienne par les usagers Mme BIANIC : - Manque de coordination des différents intervenants à domicile, chacun intervenant dans son champ de compétence en silo - Les médecins traitants ne sont pas formés à la gestion et à la prévention 	<ul style="list-style-type: none"> - La culture alimentaire : les PA aiment les pommes de terre et le porc, un régime peu varié et pauvre en légume. Difficultés à convaincre. - Le coût : Il est plus facile en temps (temps limité pour préparer les repas) et en coût (les pensions des personnes ne sont pas très élevées et les fruits et légumes coûtent chers) de préparer des plats à base de féculents que des plats plus élaborés. - Problème de gestion des courses : c'est la PA qui décide. La méconnaissance des budgets, réduit l'autonomie sur les décisions de choisir les menus. - Rôle préventif en matière de conseils diététiques insuffisant car manque de connaissance important. - Les PA et les professionnels ont des idées bien arrêtées sur l'alimentation. Elles pensent qu'elles n'ont pas besoin de manger plus car elles ne bougent pas beaucoup.
5. Quelles solutions pour prévenir la dénutrition chez les personnes tout au long du parcours ? Solutions à l'étranger ?	<ul style="list-style-type: none"> - Un CLAN initiateur et plus dynamique sur cette problématique pour définir des stratégies - Le fait que la dénutrition peut être codée dans les GHM et avoir un pendant financier incite les médecins à travailler sur la dénutrition. - Communiquer sur l'importance de tracer le poids, la perte et l'IMC dans le dossier patient - Une coordination hôpital - domicile – libéral sur le mode de réseau comme pour l'éducation thérapeutique : partage de dossier informatique – fiche de liaison ou courrier aux médecins traitants et aux autres libéraux, rencontres avec ces partenaires. Il faut prévoir aussi de convoquer à nouveau le patient si cela est possible (dans le mois qui suit la sortie de l'hôpital) - Pendant l'hospitalisation, il est important de connaître les goûts des patients et coller à ses goûts pour les menus. Savoir faire preuve de créativité dans les menus proposés et adapter les textures. - Assurer une présence soignante durant le temps du repas et assurer une formation à la nutrition à tous les soignants (AS-ASH-IDE). Par exemple, les soignants doivent savoir, qu'en EHPAD, ils peuvent facilement enrichir les plats en rajoutant du beurre ou des œufs. - Remplacer le repas comme faisant partie intégrante du soin 	<ul style="list-style-type: none"> M GUEVEL - valoriser les métiers et notamment ceux des cuisines. Faire de la nutrition et de la gestion de la dénutrition une compétence pluri professionnelle - développer les compétences par la présence de diététiciens dans les établissements et au domicile. Financement par l'AM/dépendance et non à la charge des usagers. - prendre en compte les appétences et goût des résidents - Avoir une conception gérologique (sociologie de la PA) de l'alimentation et non gériatrique (médecine de la PA). Faire évoluer les pratiques - Former les professionnels qui interviennent auprès des PA à la nutrition y compris le portage. Adapter et favoriser un cadre agréable, présentation des tables. Mme BIANIC : -Engager une démarche de réflexion sur la question avec l'ensemble des personnels. Mettre en place au domicile un dossier patient qui centraliserait toutes les informations que les différents intervenants ont besoin de notifier. Cela permettrait un meilleur suivi de l'alimentation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des examens par rapport aux apports nutritionnels et des pesées régulières - Rencontrer une fois par an une diététicienne. Organiser un système d'information - Le portage de repas, trop sophistiqué pour les PA en proposant des repas très différents des habitudes alimentaires, doit tenir compte des envies de la personne. - Former les professionnels pour qu'ils puissent faire de l'information aux personnes qu'ils accompagnent

	<p align="center">Mme Anne DUCHAMP, infirmière en nutrition, Hospices Civils de Lyon Mme Dominique COMBREY, cadre supérieure diététicienne, HCL Direction Centrale des Soins</p>	<p align="center">Mr. Paul TRONCHON Directeur Général Saveurs et Vie, organisation de service à la personne, proposant des repas diététiques personnalisés et conseils à domicile</p>
Entretien	Entretien téléphonique du 11/05, 10H00	Entretien téléphonique du 10/05, 19H00
<p>1. Quelle définition donnez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?</p>	<p>- Définition : déséquilibre entre les apports en nutriments et les besoins de l'organisme. Les critères que l'on ventile sont ceux retenus par la HAS à savoir : l'IMC inférieur à 21, perte de poids dans le temps Il y a aussi les paramètres biologiques : pour la personne qui a plus de 70 ans, une albumine inférieure à 35g avec une CRP (syndrome inflammatoire) inférieure à 15mg. Il n'y a pas de préconisations particulières des tests MNA sur les HCL mais il existe une unité d'évaluation gériatrique approfondie sur un site. Le personnel recourt peu aux tests MNA car les critères recommandés par la HAS permettent de diagnostiquer plus de 95% des dénutris. Concernant la conférence du mollet, elle est utilisée par les médecins nutritionnistes mais là encore il faut que le personnel soit formé, avec l'implication de mêmes personnes pour avoir des données fiables et reproductibles. Cette mesure est donc uniquement réalisée sur des patients ciblés et identifiés mais pas pour du dépistage, pas encore validé au niveau national par les sociétés savantes.</p>	<p>- Définition HAS, semble être la meilleure et acceptée dans les différents milieux professionnels : différence entre les besoins de la personne âgée et les apports effectifs, c'est la notion de balance négative. Il faut souligner les consommations importantes pour les PA, qui ont pratiquement les mêmes besoins voire des besoins amplifiés du fait des polyopathologies et des maladies chroniques.. - Il faut distinguer la dénutrition par rapport à la malnutrition.. Dans le grand public, les problèmes nutritionnels c'est avant tout l'obésité c'est-à-dire une malnutrition liée à un surpoids. Quant aux problématiques de dénutrition, elles sont peu connues avec peu de sensibilisation à la fois du grand public mais également du corps médical même si les choses semblent avancer. - Les indicateurs HAS sont bien déterminés : le poids, la variation de poids, l'IMC avec les différents critères donnés en fonction de l'âge. C'est aussi les critères biologiques/anthropométriques : albumine, pré-albumine et dosage de la CRP</p>
<p>2. Que pensez-vous des chiffres estimés par la HAS en 2007 sur la prévalence de la dénutrition ?</p>	<p>- Difficile de calculer réellement la prévalence de la dénutrition à l'hôpital : il y a PA en gériatrie mais aussi dans tous les services. En gériatrie, davantage autour de 80%-85% de dénutris. Pourcentage plus élevé à l'hôpital parce que les personnes admises ont un état de santé précaire et altéré par rapport aux PA qui restent à domicile ou en institution. En effet, on qualifie souvent les personnes âgées de « on/off » (phénomène de décompensation, spirale infernale avec dégradation accélérée). Il faut aussi insister sur la durée de jeûne assez élevée à l'hôpital qui aggrave la situation des PA dénutries. - <u>Importance de la réflexion éthique sur le ratio bénéfique/risque des examens entraînant des situations longues de jeûne.</u></p>	<p>- Ces chiffres sont bien documentés particulièrement sur les hôpitaux Ils résultent de l'implication des CLAN (mis en place dans la dynamique du rapport du Professeur Guy-Grand remis en 1997 : <i>Alimentation en milieu hospitalier</i>) et du CNANES (2002) - Pour mieux sensibiliser, plus que des pourcentages, il faut aussi parler des volumes de personnes. Parler de 4 à 10% des PA à domicile potentiellement à risque de dénutrition ou dénutries, cela représente 500 000 personnes. On a l'impression que sur le domicile il y en a moins, mais si on le donne en volume, il y en a beaucoup car les PA sont majoritairement à domicile. - Des spécialistes ont tendance à parler d'une sous estimation du fait d'absence d'études récentes, de l'allongement de la durée de vie, de la chronicité et du côté poly pathologique des infections des PA.</p>
<p>3. Actuellement quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?</p>	<p>- Les HCL ont un projet novateur depuis 2010 pour lutter contre le fléau de santé publique qu'est la dénutrition : 2 infirmières à temps plein pour pouvoir accompagner les équipes soignantes dans le dépistage de la dénutrition en relais avec les diététiciennes. Il a été constaté, au vu des critères IPAQSS une large amélioration au niveau de la mesure du poids, de la variation de poids et de l'IMC. Pour pouvoir pérenniser ce projet, ont été mis en place des audits dénutrition. L'idée est de pouvoir s'inscrire dans une Evaluation des Pratiques Professionnelles et dans les développements professionnels continus. Mais surtout cela permet de s'interroger sur les pratiques et sur le sens. - Rôle central du CLAN qui développe des formations aux HCL : journées sur le thème du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition animées par des diététiciennes, infirmières et médecins. - Les HCL ont lancé un partenariat avec l'institut Paul Bocuse pour la prise en charge de la dénutrition : l'idée est de travailler sur le temps du repas et l'envisager comme un soin. En sortant du cadre hospitalier et en allant voir ce qui se passe ailleurs, des professionnels ont été formés sur le comportement à avoir pour pouvoir favoriser la prise alimentaire du patient. - <u>Concernant la mise en place du nouveau CENS (Centre Européen Nutrition Santé). Ce centre sera en partenariat avec d'autres centres de recherche et l'on peut imaginer que la dénutrition sera une des thématiques de travail</u> - <u>Il faut aussi insister sur la mise en place d'ateliers flashs sur le terrain sur des sujets posant des problèmes de bon fonctionnement: consommation des compléments nutritionnels oraux (utilisation et coût élevé), surveillance alimentaire des PA (avoir des outils utilisables rapidement). Il y a aussi tout un travail avec les équipes pour que l'information comme quoi un patient a été dénutri pendant un séjour et le traitement qu'il a eu figurent dans le courrier de sortie.</u></p>	<p>- Saveurs et Vie développe des offres de prise en charge nutritionnelle à domicile tenant compte de la problématique de la dénutrition. Aspect Conseil. A domicile, il y a un contact direct des professionnels diététiques avec les familles avec un conseil nutritionnel adapté. Aspect Prestation de restauration. Il s'agit de livrer le bon repas à domicile par l'intermédiaire d'une personnalisation de la prestation. Le repas est adapté à la personne contrairement à un système de restauration collective. attention particulière est portée à ce que la PA aime : c'est une dynamique de plaisir choisi et non obligé. - Saveurs et Vie s'intéresse aussi beaucoup à la sortie d'hospitalisation, et en amont des hospitalisations. Il est développé « le support nutritionnel au parcours de soin » qui permet d'outiller les équipes diététiques du site et les conseils auprès des familles et des aidants A cela s'ajoute la logique de prise en charge à domicile. Les livreurs ont un rôle de veille sociale, ils sont chargés de contrôler les plats dans les réfrigérateurs des personnes âgées parfois désorientés qui n'ont pas le réflexe de jeter les péremptions. Ils participent aussi au retour d'information concernant les non consommations de plats, gérées ensuite par la diététicienne avec les aidants (fiche de signalisation). - Il y a aussi un site internet « Bien Manger Pour Mieux Vivre » pour les aidants et les familles avec des solutions d'informations sur la façon de résoudre les croisements entre pathologie et nutrition et de travailler sur la dénutrition</p>
<p>4. D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours et interfaces (domicile et institution)</p>	<p>- Crainte d'avoir une charge de travail qui s'alourdit. En fait ce frein est assez vite levé ; il masque une autre réalité qui est le manque de connaissance des professionnels de santé sur le sujet de la dénutrition. Or la dénutrition impacte d'autres prises en charge : charge de soins plus lourde, escarre, risque de chute. Ces liens entre les différents projets institutionnels sont porteurs - Problème de matériel pour la pesée en particulier - Manque de connaissance de la part des professionnels de ville (médecins traitants, infirmiers libéraux, aides soignants et auxiliaires de vie) et donc besoin de formation qui en résulte. Ce qui est aussi compliqué c'est que la dénutrition se palpe souvent au décours d'une complication. Quand il y a un problème de concret (cicatrisation, infection), on met quelque chose de concret sur de l'abstrait. On est dans une culture où maigrir en vieillissant c'est normal : idée reçue que quand on vieillit on mange moins, on a moins d'appétit. Il y a beaucoup à faire sur ce point (cf. travail de la région Centre sur la chaîne alimentaire). - <u>La dénutrition est encore considérée comme le parent pauvre de la nutrition. Il est parfois difficile de motiver les acteurs à travailler sur ce sujet car cela ne se voit pas. Le fait que les directions s'intéressent à la dénutrition est très aidant à la mise en lumière et à la sensibilisation sur le sujet.</u></p>	<p>- Premier obstacle : sensibilisation des acteurs médicaux, paramédicaux et soignants. On est dans des démarches longues pour pouvoir chez des spécialistes parler de dénutrition. Ce n'est souvent pas leur premier souci, il faut leur faire comprendre la nécessité de prise en charge de ce risque. - Deuxième obstacle : par rapport à la « valeur » avec derrière la notion de coût/prix mais aussi la notion d'importance des conséquences. Il y a des coûts induits à la non prise en charge de la dénutrition qui est beaucoup plus cher que le coût lui-même : ré hospitalisation, durée moyenne de séjour, complications dans le parcours de santé de la personne. On voit trop souvent le portage à domicile comme une dépense et pas assez comme un investissement. - La valeur c'est aussi des moyens humains avec un élément clé qui est d'avoir des acteurs avec une vision suffisamment transversale sur l'ensemble du parcours. Cet enjeu de coordination, c'est vrai pour la dénutrition comme pour les autres éléments de la prise en charge de la PA : contrôle de l'habitat, prévention des chutes...</p>
<p>5. Quelles seraient les solutions tout au long du parcours ? Solutions à l'étranger ?</p>	<p>- Une meilleure organisation des repas permettra non de prévenir la dénutrition mais d'éviter une aggravation. Collaboration étroite entre Direction des Soins et de la Restauration. La nourriture hospitalière est souvent décriée, alors que l'institut Bocuse montre qu'en fonction de l'attitude du soignant/de la présentation du plateau, il y a des différences significatives d'ingesta. - L'amélioration des transmissions est un défi majeur (cf Unités Transversales de Suisse, qui ont mobilisé les soignants) - <u>Tout repose sur la collaboration des professionnels. A partir du moment où les professionnels sont convaincus, où l'on a donné un sens avec un maillage dans la prise en charge de la dénutrition, on va vers l'optimalité</u> - <u>Facteur de réussite : communication autour des projets nutrition par les personnes qui les mènent: faire savoir, faire connaître les expériences et valoriser les résultats.</u></p>	<p>- Par rapport à l'étranger il y a des spécificités françaises sur le domicile avec peu d'études sur l'alimentation de la personne âgée et donc des difficultés pour importer un modèle étranger. En hospitalisation, il y a eu des approches intéressantes en Suisse et en Belgique sur la valeur de la sensibilisation du risque de dénutrition et ses conséquences. - L'enjeu principal se situe au niveau des politiques de santé en ville : il y a une transmission très faible du médecin traitant sur ce sujet là du fait de la dispersion des médecins et du temps réduit passé sur ce sujet. - Sur la sensibilisation, il faudrait une vraie fongibilité/valeur du parcours de santé de la personne âgée. On s'aperçoit des actes redondants entre l'institution, l'hôpital et le domicile : manque de coordination. Il faudrait aussi renforcer la communication sur la personnalisation pour créer un véritable cercle vertueux.</p>

ANNEXE 2 : PROPOSITION DE STRATEGIE (1/3)

Axes	Mesures	Actions	Moyens/Outils	Acteurs	Calendrier	
Axe 1 : Favoriser un état nutritionnel optimal tout au long de la vie	Promouvoir une sémantique commune	Former les intervenants	Projet d'établissement	Directeur d'établissement	5 ans	
			Plan de formation	Responsables de formation	Programme sur 3 ans pour former l'ensemble des équipes	
			Former les chauffeurs chargés du portage de repas et les auxiliaires de vie. Fixer dans le cahier des charges des services de portage de repas un plan de formation tenant compte de la nutrition	Responsables des services de portage de repas	Tous les 3 ans	
		Informers le public	Mise en place d'un numéro vert à l'échelle régionale	ARS	A la discrétion du DG ARS mais très rapidement par un avenant aux PSRS	
			Campagnes de promotion de la nutrition à l'échelle communale	CCAS	A la discrétion du directeur du CCAS mais très rapidement.	
			Sensibilisation du médecin traitant, des équipes hospitalières	CCAS, ARS et établissements de santé	Programme sur 2	
	Favoriser l'hygiène bucco-dentaire	Mettre en place des consultations dentaires systématiques pour les personnes âgées de plus de 70 ans	Protocole de visites stomatologiques systématiques des PA	Etablissements de santé	1 an	
			Protocole de consultations systématiques à l'entrée : contractualisation avec un dentiste	EHPAD	1 an	
			Favoriser l'accompagnement des PA en consultation dentaire : détacher du temps d'aide à domicile pour cette action, en remplacement d'une autre activité	Auxiliaires de vie, familles	Le plus rapidement possible	
	Renforcer le lien social et la convivialité	Permettre aux PA vivants seules de prendre les repas dans l'EHPAD de secteur	Protocole entre CCAS et directeur de L'EHPAD: négociation d'un coût "raisonnable" et accessible à la PA. Accompagnement assuré par AVS	Directeur d'EHPAD/CCAS	6 mois	
			Veiller à un maillage du territoire concernant les commerces alimentaires	Aide à l'installation de jeunes commerçants, reprise des tournées et des commerces ambulants	La mairie et le Conseil Général	Variable selon les communes et les possibilités
			Organiser des brigades de bénévoles pour visiter les PA à domicile	Constituer une équipe de bénévoles : mise en place d'une charte, d'un cahier des charges	CCAS, service civique, personnes qui participent aux clubs du 3ème âge, lycéens, personnes en réinsertion sociale	6 mois

ANNEXE 2 : PROPOSITION DE STRATEGIE (2/3)

Axe 1 : Favoriser un état nutritionnel optimal tout au long de la vie	Promouvoir l'activité physique	Inciter la personne âgée à faire de l'activité physique	Développer les parcours de santé en institution avec une aide au financement par ARS	Directeur de l'EHPAD, ARS	1 an	
			Mise en place d'activités favorisant l'activité : équiper les institutions de Wii, gym douce, ...	Animateur, AMP ou ergothérapeute	1 an	
			Favoriser la marche : encourager les PA à accompagner les AVS ou familles aux courses	AVS, familles	Le plus rapidement possible	
	Conserver le plaisir de manger : améliorer la qualité des prestations	Trouver un juste milieu entre les contraintes et les petits plaisirs	Réorganiser le temps autour des repas	Privilégier la liaison chaude à la liaison froide	Services de portage de repas, EHPAD	2 ans
				Différer la prise des médicaments en fin de repas et faciliter les systèmes d'ouverture des plats	Service infirmier, AS, AVS	6 mois à 1 an après formation
				Réduire autant que possible le temps de jeûn nocturne à moins de 12h00 ou adapter par la distribution de collations en début de nuit	Directeur d'EHPAD, cadre de santé, personnel soignant	6 mois à 1 an après formation
		Concilier les goûts des personnes âgées et la variété des apports nutritionnels	Réorganiser le temps autour des repas	Formation des personnels qui permet de prendre en compte les besoins des PA de façon globale	Services de portage de repas, EHPAD, service infirmier, AS, AVS	1 à 3 ans
				Réorganiser les temps des toilettes : ne pas hésiter à faire des toilettes l'après midi (entre dans le cadre d'une pratique réflexive de l'accompagnement des PA)	Services de portage de repas, EHPAD, service infirmier, AS, AVS	1 à 3 ans
				Augmenter la présence soignante : passage d'un ratio de 0,4 à 0,8 agent par PA	Directeurs d'EHPAD et de services d'aide à domicile	A négocier dans le cadre des procédures budgétaires
				Mutualisation par les différentes structures d'aide aux PA d'un temps de diététicien : GCSMS? Ou convention?	Directeurs d'EHPAD et de services d'aide à domicile	1 an
		Acquérir du matériel adapté	Concilier les goûts des personnes âgées et la variété des apports nutritionnels	Adapter la texture et la quantité des aliments à l'état de santé des personnes : privilégier la présentation dans l'assiette	Service cuisine et portage de repas	1 an
				Utiliser un vocabulaire qui promeut la gastronomie : parler de verrine ou terrine plutôt que de mixé ou mouliné	L'ensemble des acteurs	1 an
				Favoriser les prises de repas collectives : en EHPAD favoriser les repas au restaurant plutôt qu'en chambre. A domicile, inviter les PA à prendre les repas entre voisins	L'ensemble des acteurs de l'aide à domicile	1 an
	Plate-formes de pesées pour favoriser la surveillance de l'état nutritionnel			Directeurs d'EHPAD et de services d'aide à domicile	3 mois	
	Tables, plats et couverts adaptés à la dépendance de la personne. Mutualisation par les différentes structures d'aide aux PA d'un temps d'ergothérapeute : GCSMS? Ou convention?			Ergothérapeute, AS, AVS	1 an	
	Engager une démarche coordonnée	Positionner les différents acteurs au cœur de la stratégie de prévention	Faire du médecin traitant un pivot	Le CLAN et l'INTER CLAN doivent être positionnés comme des instances stratégiques en matière de prévention de la dénutrition. Généraliser les Unités Transversales de Nutrition à l'ensemble des établissements de santé et centres hospitaliers de proximité	Présidents de CLAN et INTER CLAN	2 fois par an
				Rendre obligatoire une certification pour les services d'aides à domicile à l'aide d'indicateurs précis	ARS, directeurs SSAD	5 ans
				Nommer un coordonnateur nutrition dans chaque établissement et notamment à l'échelle locale pour les PA à domicile	Direction, CCAS	1 an
				Redéfinir les rôles et missions des CLIC et MAIA afin qu'ils puissent assurer un véritable travail de coordination de la gestion de la dénutrition	CCAS, ARS, Conseil Général, responsables de CLIC et MAIA	2 ans
		Assurer la traçabilité des informations relatives à la nutrition et au suivi des mesures corporelles	Faire du médecin traitant un pivot	Valoriser financièrement les consultations approfondies, tenant compte de la recherche des signes de la dénutrition	UNCAM	Relèverait d'un choix d'une politique nationale
Favoriser le partage des informations avec les différents intervenants de l'aide à la personne. Mettre en place un dossier patient.				ARS, ensemble des acteurs	1 an	
Valoriser l'ouverture et l'utilisation du Dossier Médical Personnel pour l'ensemble des PA				CPAM, médecin traitant, professionnels de santé	5 ans	
Assurer la traçabilité des informations relatives à la nutrition et au suivi des mesures corporelles		Faire du médecin traitant un pivot	Sensibiliser les AVS à la traçabilité et à la gestion des risques de dénutrition (prévenir, alerter, réajuster)	CPAM, Coordonnateur "nutrition", Centre de formation	6 mois	
			Réunions de concertation pluridisciplinaire	L'ensemble des acteurs	1 an	

ANNEXE 2 : PROPOSITION DE STRATEGIE (3/3)

Axe 2 : Diagnostiquer le plus précocement possible la dénutrition	Dépister systématiquement la dénutrition	Combiner l'utilisation de plusieurs indicateurs	Généraliser et rendre obligatoire l'utilisation du Kit mobiQual : - par la formation des professionnels en institution - par le cahier des charges des services de portage de repas qui doit prévoir l'utilisation de cet outil	Directeurs d'établissements sanitaires et médico sociaux, services de portage de repas	2 ans
			Utiliser l'échelle de Blandford pour les personnes souffrant de troubles du comportement	Tous les acteurs dont les familles	1 an
		Améliorer l'organisation et la valorisation du suivi	Mise en place d'une coordination	Référent nutrition, CLIC, MAIA, CLAN	1 an
			Renforcer le rôle du CLAN dans la mise en œuvre des outils de suivi	CLAN	1 an
	Promouvoir la recherche clinique et fondamentale dans le domaine de la nutrition de la personne âgée	Encourager les programme de recherche sur le thème de la dénutrition	Financer les Programmes Hospitaliers de Recherches Cliniques (PHRC) et Programmes de Recherches Infirmières Paramédicales (PRIP)	Etablissements de santé	5 ans
			Favoriser le partenariat public- privé : conception de produits diététiques adaptés aux PA (textures, goûts, ...)	Etablissements de santé, laboratoires, industriels	2 ans
			Prix européen de l'innovation de la diététique du sujet âgé	Etablissements de santé, laboratoires, industriels	3 ans
Axe 3 : Prévenir les complications de la dénutrition	Mise en place d'une stratégie d'une renutrition adaptée	Comprendre la nécessité d'une alimentation entérale	Favoriser la prise de décision pluridisciplinaire. Renforcer le partenariat entre les prestataires de services, les soignants, les diététiciens et les aidants à domicile	Chirurgiens, médecins hospitaliers	6 mois
		Disposer du matériel adapté	Mise en place d'un protocole de sortie tenant compte des besoins de la PA par rapport à son niveau de dépendance : types de compléments alimentaires, types de pompes à nutrition, matériels adaptés en fonction des différentes complications (matelas anti escarres...)	Médecins hospitaliers, diététiciens, prestataires de matériels médicaux	6 mois
		Assurer un suivi post hospitalier (domicile ou institution)	Intervention de l'Equipe MOBILE de Gériatrie au domicile de la PA ou de l'équipe Hospitalisation à Domicile	Directeur des établissements de santé, EMOG, HAD	1 an

ANNEXE 3 - ENTRETIEN TELEPHONIQUE DU JEUDI 3 MAI 2012 AVEC LE DOCTEUR JEAN-PHILIPPE FLOUZAT Médecin gériatre à la Direction Générale de la Cohésion Sociale

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

C'est une pathologie fréquente touchant chez les personnes âgées. Actuellement, on ne sait pas quelle est la proportion exacte des personnes âgées qui en sont victime. Cette pathologie est la conséquence d'une maladie, d'une infection et de facteurs convergents. L'absence d'envie de manger peut conduire à une dégradation rapide de l'état de santé.

En institution : ce phénomène est très prégnant en institution pour cause d'arrivée tardive des personnes âgées en institution (impossibilité de rester à domicile, perte d'autonomie, troubles cognitifs...).

Le personnel peut se retrouver démuné face à phénomène (alimentation inadaptée...).

A domicile : le portage de repas n'est pas une alternative satisfaisante actuellement (problèmes d'isolement des personnes âgées, famille désemparée).

Au regard de cette réalité complexe à appréhender, la mobilisation des acteurs est essentielle. Une prise de conscience collective des équipes est indispensable (vigilance et traçabilité grâce à la pesée régulière par exemple). La formation des aidants doit être développée à l'image de ce qui est déjà mis en place pour le plan Alzheimer (deux jours de formation dédiés à la prise en charge sous forme pédagogique avec un rappel des problématiques essentielles et les conséquences des troubles cognitifs lors des repas).

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ vivant au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des personnes hospitalisées) ?

En institution : il est difficile de parler de sous estimation à proprement parler. Le phénomène d'entrée tardive des personnes âgées en institution est insuffisamment pris en compte actuellement.

A domicile : il s'agit d'un phénomène complexe (peu d'études sont disponibles). Les services de soins à domicile et les auxiliaires de vie ont une mission primordiale.

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

En institution, les indicateurs mis en place sont l'IMC et la mesure de la perte de poids, auxquels s'ajoutent des examens complémentaires (albuminémie...).

Les outils que nous utilisons sont le guide et le Plan National Alimentation grâce à un copilotage entre la Direction Générale de la Cohésion Sociale et le Ministère de l'Agriculture. Il s'agit d'une approche ni médicale, ni soignante à visée plus global, l'objectif étant d'améliorer l'alimentation de la personne âgée aussi bien à domicile qu'en établissement. Le guide se veut pédagogique et ludique afin de faire prendre conscience de ce problème majeur en institution. A domicile, le service de portage de repas reste perfectible : il s'agit de recueillir les pratiques et de proposer un service adapté par des professionnels sensibilisés, notamment les personnes chargées de l'élaboration et de la production des repas qui doivent également s'occuper des personnes. La nourriture proposée doit être appétissante, à température correcte.

La dénutrition est la conséquence d'une maladie aggravée par un environnement et des professionnels indifférents. En effet l'institution n'est pas une cantine universitaire.

A titre d'exemple, les mesures à entreprendre pourraient être :

Une organisation améliorée des espaces de restauration, Un soin apporté à la conception des plats et à leur présentation, Assurer la variété des menus, proposer des fruits et légumes de saison, des aliments adaptés à la mastication, Travailler en lien avec les associations afin de développer le partage d'expériences, Mettre en place des plans de table afin de favoriser les échanges et la convivialité, rétablir le lien social pendant les repas, Solliciter les 5 sens, Accompagner selon les goûts et les habitudes de vie, Ajuster les apports nutritionnels, Définir comment établir le diagnostic, Favoriser la consommation des plats (épices, richesse des saveurs...), Agir afin de maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire, Prendre en compte les troubles psycho-comportementaux et cognitifs, Le guide permet de repérer les bonnes actions et celles à valoriser (le portage de repas), Proposer des corbeilles de fruits frais en institution Développer les programmes de recherche à l'Hôpital (financement PHRC Ile-de-France) : régimes pulsés. Travail effectué par deux médecins à l'Hôpital Emile ROUX dans les EHPAD : comment les personnes âgées qui mangent mal peuvent bénéficier de protéines (poissons, viandes...) à doses renforcées.

La mallette MOBIQUAL initiée par la Société Française de Gériatrie est un outil de formation utilisé en EHPAD par les professionnels de santé et des directeurs d'établissements s'appuyant sur différents supports (DVD, fiches, questionnaires, informations pratiques sur les troubles de déglutition, outils d'évaluation, outils permettant une surveillance et un suivi alimentaire, courbes de poids...) afin de les aider à améliorer leurs pratiques.

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

Les freins identifiés sont similaire à ceux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : les personnes âgées ne font plus attention à l'état de santé et ne nourrissent moins. Ces personnes ne sont pas capables d'exprimer leur ressenti et ne se rendent pas compte de leur état. Elles cessent de s'alimenter et se replient davantage sur elles-mêmes. Leurs proches ne sont pas assez vigilants. Le médecin généraliste prend conscience de ce problème lorsque la perte de poids est exceptionnelle, lorsqu'il y a une chute ou en cas d'anorexie...

Les conséquences de la dénutrition sont plus difficiles à résorber lorsque celle-ci intervient au domicile. En effet, ce problème est mieux appréhendé dans les établissements (une pesée est effectuée mensuellement). Néanmoins, les problèmes d'organisation du travail ne prennent pas plus de temps que de soigner les escarres ou poser des perfusions.

On constate un manque de vigilance, de formation et d'information. Il est nécessaire d'instaurer une traçabilité des dossiers de soins (mesure et suivi de la courbe de poids, alerte du corps médical et paramédical en cas d'anomalie constatée). Le cancer et la dépression peuvent également expliquer une perte de poids importante.

L'autre frein éventuel est le manque de coordination entre professionnels : chacun reste enfermé dans sa spécialité, ce qui occasionne des problèmes de remontée d'information. Le système actuel reste compartimenté.

Les aides-à-domicile effectuent les repas et les courses : elles jouent un rôle d'alerte mais il existe une insuffisance de financement de leur formation par l'Etat et des problèmes d'organisation. Ces professionnels peuvent passer le relais au médecin afin de faciliter la circulation de l'information.

Il est nécessaire d'identifier le rôle du médecin coordonnateur par rapport au médecin traitant.

Certains médecins ne sont pas motivés, il est nécessaire de coordonner et faciliter les échanges entre professionnels.

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

Les personnes isolées ou en couple vieillissantes perdent l'envie de cuisiner. Il convient d'améliorer la formation et la sensibilisation des professionnels et notamment le portage de repas à domicile qui ne fonctionne pas de façon optimale. Les prestataires sont de qualité inégale. L'alimentation doit être appétissante tout en respectant les conditions de sécurité. Les services offerts par les prestataires doivent être améliorés. En effet, ils pourraient vérifier si le repas a été consommé, si les dates de péremption sont respectées par la personne âgée et signaler toute anomalie constatée.

Des études ont été menées mais il faut définir un cahier des charges. Cet outil permettra d'éviter les hospitalisations.

Le financement du portage : l'APA prend en charge une partie en fonction de la perte d'autonomie (GIR I à IV) et selon les ressources de la personne âgée. Cette aide est également valable pour l'emploi d'une aide à domicile. Néanmoins, les coûts sont variables (un colloque prévu en fin d'année se penchera sur cette question).

Vers un dépistage ciblé en lien avec le médecin traitant ? Les consultations de gériatrie le font déjà. Un examen standard est pris en charge afin d'éviter les situations catastrophiques ;

Le problème est de cibler la population, à partir d'un âge avancé : 75-80 ans. Un examen annuel représenterait un coût élevé. L'enjeu est de sensibiliser le grand public à la question de la dénutrition afin qu'elle puisse sensibiliser à son tour les professionnels.

Une comparaison avec d'autres pays présentant un système de santé développé est intéressante. Les médecins gériatres experts de la HAS et de l'ANESM ont publié des recommandations à ce sujet

Le gérontopôle Toulouse a mené une enquête en EHPAD dans la région Midi-Pyrénées puis dans toute la France. L'étude REHPA (hébergement des personnes âgées) de 2008-2009 relative aux problèmes liés à la maladie d'Alzheimer (diagnostic de dénutrition) dispose de chiffres fiables

ANNEXE 4 - ENTRETIEN TELEPHONIQUE DU VENDREDI 4 MAI 2012 AVEC LE DOCTEUR BRUNO LESOURD Professeur de nutrition et de gériatrie au CHU de Clermont-Ferrand

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

La dénutrition a une définition internationale : les apports nutritionnels (alimentation) sont inférieurs aux dépenses nutritionnelles (métabolisme de base/transformation des aliments au cours de la digestion et l'absorption des nutriments/activité physique). Chez les personnes âgées, la dépense énergétique de repos diminue très peu avec l'âge car elles ont un mauvais rendement métabolique. Par conséquent, si l'activité physique est effectivement modifiée, il convient de rappeler que pour une activité physique donnée, la dépense énergétique d'une personne âgée est supérieure à celle d'une personne plus jeune (20 à 30%). Les personnes âgées doivent donc manger comme les autres ! En institution, l'on s'adresse à des gens malades or, la dépense au repos augmente, les besoins des sujets malades sont souvent au dessus des besoins de sujets non malades. Cependant pratiquement tous les régimes hospitaliers ainsi que les régimes d'EHPAD sont réalisés sur les seules données basées sur les besoins nutritionnels des sujets en bonne santé, ils sont donc sous estimés. Les personnes âgées rentrent à l'hôpital souvent dénutries, il est donc primordial de mesurer l'état nutritionnel à leur entrée pour voir s'il n'y a pas eu des modifications qui expliqueraient cette situation.

Les indicateurs ont été définis par l'HAS en 2007, ils sont au nombre de cinq :

- la perte de poids antérieur (supérieure 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois), il convient d'avoir une idée du poids adulte ;
- l'IMC (< 21 chez le sujet âgé contre 18 chez le sujet jeune) traduit la maigreur or on peut être en surpoids et dénutri ;
- le dosage des protéines sanguines (l'albumine couplée à la CRP/ pré albumine), l'albumine doit être supérieur à 38, de 35 à 38 on parle de risque dénutrition, entre 35 et 30 de dénutrition et en dessous de 30 de dénutrition sévère. Toutefois, il convient de pondérer ce résultat en fonction de la CRP qui traduit l'inflammation et donc l'augmentation temporaire des besoins mais il n'existe pas de mesures précises pour corréliser la baisse d'albumine qui est liée à l'inflammation et celle liée à la dénutrition. Le dosage de l'albumine permet donc de détecter la dénutrition des personnes en surpoids. Par ailleurs, il est important de vérifier s'il y a des œdèmes quand on mesure le poids pour connaître la part d'eau en trop dans le corps.
- les ingestions c'est-à-dire ce que mangent vraiment les gens, on estime en moyenne que les rations servies en institution ne sont pas entièrement mangées (30% de moins par rapport au plat apporté). Cela est souvent mal relevé par le personnel et ce n'est donc pas tracé. S'il existe des outils (tableaux), le personnel les utilise rarement ou bien ils ne sont pas exploités. La nutrition est un vrai soin, or dans les hôpitaux elle n'est souvent pas prise en compte, il faut donc changer les mentalités. Les gens âgés mangent moins, et pour améliorer les choses, il faut repérer les troubles nutritionnels qu'ils ont, il faut leur laisser le temps de manger, les éléments doivent être adaptés aux personnes âgées. Tous les hôpitaux devraient avoir un menu spécifique pour les personnes âgées. Ce menu devrait être composé notamment de protéines et de calcium car les besoins en protéines des personnes âgées sont augmentés de 20 à 30% et d'un tiers en calcium. De même, ses personnes rencontrent souvent des difficultés de mastication, l'alimentation doit donc être tendre. Enfin, l'alimentation doit être adaptée aux goûts des personnes âgées c'est-à-dire qu'elle doit correspondre à ce qu'ils avaient l'habitude de manger enfant (« les plats de grand-mère »). Il faut donc choisir ce que l'on va mettre et le mode de cuisson qui permet de garder la tendresse des aliments. Concernant l'amélioration des portages des repas, un travail important est réalisé au ministère sur un guide qui devrait sortir fin 2012, début 2013. Les personnes consomment un repas porté pour le déjeuner et le dîner, ce qui pose un problème de sous nutrition. Par ailleurs, il n'y a souvent pas de vrai contact entre les livreurs et les personnes pour les informer sur la manière de réchauffer les plats. Il est donc aujourd'hui préconisé qu'une personne soit présente au moment des repas afin d'accompagner la personne âgée, de l'encourager à manger.
- le Muni Nutritional Assesment (MNA) qui permet de mesurer quel état est lié à la pathologie peut être rempli par la personne elle-même, le médecin traitant, une infirmière ou une diététicienne.

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

Ces chiffres sont réels et même parfois sous estimés. En institution, les chiffres ne tiennent pas compte de obèses dénutries donc on serait plutôt entre 20 et 50% et à l'hôpital, en services de gériatrie aigue se serait plutôt de l'ordre de 80 à 90% car nous sommes en présence de personnes malades. Il faut rappeler qu'à partir d'une dizaine de jours d'hospitalisation la dénutrition s'aggrave, il faut donc mesurer l'état nutritionnel à l'entrée mais également à la sortie des personnes âgées afin de pouvoir orienter la prise en charge à venir. Les chiffres donnés sont donc des chiffres à minimas.

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

La première mesure passe par les cuisines : un menu personne âgées avec des plats adaptés aux personnes âgées (alimentation tendre). De nombreux hôpitaux travaillent en chaîne froide ce qui implique qu'il y ait une remise en température, les services de soins doivent donc maîtriser la remise en température or ce n'est pas le cas actuellement. Un autre élément doit être pris en compte, les personnes âgées mangent très lentement, il conviendrait de servir deux ou trois petites portions qu'il faudrait réchauffer successivement.

La deuxième mesure passe par une aide à la prise alimentaire, les personnes âgées doivent être bien installées, être encouragées... De temps en temps on peut rencontrer des patients qui n'arrivent pas à manger assis (Alzheimer, trouble du comportement), pour cela il faut trouver des aliments qui soient adaptés à cela. De même, il y a parfois des patients qui mangent avec les doigts, il faut s'adapter à des troubles du comportement alimentaire difficiles à prendre en charge. Les formations sont nécessaires mais il faudrait des formations avec suivi et accompagnement. On forme les gens, on va voir avec eux ce qui est mis en place et l'on revient régulièrement afin d'éviter les dérives. Les formations doivent donc être continues

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

A domicile les principaux freins sont : les courses ; la préparation des repas du fait de difficultés techniques que peuvent rencontrer les gens ; l'aide à manger car les personnes sont seules et que ce n'est pas évident pour eux.

A l'hôpital les principaux freins sont : * l'oubli de ce qui s'est passé avant, il faut chercher à connaître ce qu'ils aimaient manger avant. Par exemple, les petits déjeuners servis en institution sont souvent deux fois moins importants que ceux pris par les personnes âgées chez elles. Et lorsque l'on remet en place des petits déjeuners copieux en EHPAD on s'aperçoit que l'on diminue la dénutrition. Il faut donc prendre en compte ce qui se passait avant pour pouvoir intervenir. * manger en chambre, il faudrait que tous les services de convalescence puissent avoir des salles à manger comme en EHPAD. * le temps et l'aide pour manger, le repas doit redevenir l'élément central de la journée, ce doit être un élément privilégié. * le repas en plateau, les personnes commencent à manger ce qu'elles préfèrent (le dessert) puis délaissent ce dont elles ont le plus besoin (plat principal). Il faudrait donc servir les plateaux en 2 temps mais cela demande du temps.

Il y a clairement un problème d'interface réciproque entre l'hôpital et le domicile. Il faut que des réseaux soient créés, qu'il y ait un vrai parcours de soin autour du patient. Le médecin traitant doit pouvoir coordonner ce qui se passe au domicile et doit envoyer l'information à l'hôpital. L'hôpital doit quand à lui aider le médecin traitant sur la façon de faire à la sortie du patient en plus de la lettre de sortie. Les réseaux sont fondamentaux en gériatrie mais monter des réseaux est excessivement difficile. Il faudrait qu'une structure se mette en place afin de permettre une meilleure continuité des soins mais c'est une révolution à faire en médecine. La maison de santé pourrait être une solution à condition que le médecin libéral ne considère pas que le patient soit uniquement son patient, il doit accepter de coopérer avec d'autres professionnels de santé.

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

Les réseaux qui existent aux Pays Bas, au Danemark et en Suède aident beaucoup à la prise en charge. En France, un problème se pose : la dichotomie entre l'hôpital et la médecine de ville. L'hôpital doit prendre en charge les patients dans la période la plus courte possible or en gériatrie cela n'est pas bon. Les patients sortent souvent trop tôt et n'ont pas suffisamment consolidé pour pouvoir bien reprendre chez eux. La solution serait de pénaliser les hôpitaux où les patients reviennent trop souvent car ils n'ont pas assez pris en charge les patients.

Aujourd'hui, le système de financement de l'hôpital et le système de financement de la médecine de ville sont complètement dissociés, ils sont opposés l'un à l'autre. Il n'y pas de prise en charge globale du patient, on résonne dans un problème d'économie pour soi-même. Il existe des structures qui organisent la prise en charge au domicile : les CLIC. Il faudrait qu'elles soient développées. La coordination a un coût mais cela économiserait beaucoup de dépenses secondaires à moyen terme. Proposition du groupe : il faudrait sur le plan de la dénutrition clairement mesurer le poids tous les ans à 60 ans et tous les 6 mois à 70 ans en plus d'autres mesures (index annuel sur la mobilité, fonction rénale...).

ANNEXE 5 - ENTRETIEN TELEPHONIQUE DU VENDREDI 4 MAI 2012 AVEC LE DOCTEUR MONIQUE FERRY (1/2)

Chercheur hors d'âge de l'INSERM pour l'HAS

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

Il faut s'en tenir à une définition extrêmement simple : « quand il y a dénutrition c'est qu'on a des dépenses énergétiques supérieures aux besoins ». Le poids est l'indicateur le plus simple et le plus significatif. La seule difficulté est que la pathologie du vieillissement modifie le poids avec la survenue notamment d'œdèmes qui entraîne le remplacement de la masse musculaire par de la masse grasse. Ainsi à moment donné, c'est le suivi qui est important et non plus le poids.

Il existe de nombreux indicateurs qu'on utilise surtout en recherche. L'IMC en est un mais il est lié à la taille or cette donnée n'est pas forcément simple à mesurer chez la personne âgée (modification de zones, ostéoporose, tassement et perte de taille). Les disques intervertébraux ont tendance à se déshydrater et à s'affaïsser. Toute personne qui vieillit perd 2 à 3 cm de taille, ce qui peut très rapidement fausser le calcul.

De plus, on ne vieillit pas du jour au lendemain. Aussi chacun vieillit à son rythme et aucun vieillissement n'est identique d'un individu à l'autre. Désormais la norme européenne, comme la norme américaine, différencie les seniors de 50 à 75 ans et les vétérans au-delà de 75 ans. Toutefois, à 75 ans on n'est pas forcément dépendant. En France, la longévité et la qualité et hygiène de vie sont particulières et seulement 5% des personnes de plus de 75 ans sont en structure. L'important est d'avoir une longévité sans incapacité et pas seulement une longévité accrue. D'après l'OMS, l'espérance de vie se stabilise voire se réduit à cause des facteurs de risque qui deviennent les mêmes pour les hommes et les femmes. La dénutrition doit se préparer quasiment tout au long de la vie pour ne pas être dénutri en avançant dans l'âge.

Suite à une étude européenne, et contrairement aux idées reçues, l'individu de plus de 70 ans a des besoins égaux voire supérieurs à l'adulte. En vieillissant l'organisme a un moins bon rendement métabolique. Ainsi sur 1 gr absorbé, seuls 0,80 gr sont utilisés. Cette étude a porté les apports nutritionnels nécessaires à 36kcal/kg/jour pour une personne de 70 ans. Il s'agit d'un apport optimal en dessous duquel il existe un risque de dénutrition.

Une distinction est à faire entre dénutrition et malnutrition. La malnutrition est un déficit ciblé sur certains secteurs. Par exemple la malnutrition des alcooliques : l'alcool est riche en calories mais en calories qui ne sont pas utilisées pour les dépenses énergétiques d'où une malnutrition. De fait, la malnutrition mène à la dénutrition mais ce n'est pas systématique. Il y a dénutrition s'il existe une pathologie initiale qui devient une pathologie aigue inflammatoire ou infectieuse car l'individu peut rester longtemps malnutri et se précipiter alors dans la dénutrition si on ne corrige pas le déficit. C'est la pathologie, tels une grippe (fièvre et manque d'appétit) ou un cancer, qui déclenche des besoins supérieurs.

→ voir le kit MOBILQUAL créé à la demande de la CNSA dans le cadre de la gestion des risques au même titre que les prescriptions de médicaments : notion de spirale de la dénutrition.

On ne meurt pas de faim. L'organisme a un pool d'acides aminés qui fabrique les neuro médiateurs cérébraux, les antigènes, les anticorps, les récepteurs à l'insuline nécessaires et importants pour la stabilité de l'organisme. En cas de manque d'acides aminés, le corps puise dans les muscles ce qu'il ne trouve pas dans l'alimentation (fonte des muscles) d'où les risques de chute ou les infections. En dernier recours, l'organisme puise au niveau des muscles du diaphragme au détriment de complications respiratoires ou autres. Le foie se trouve occupé à fabriquer des protéines inflammatoires pour lutter contre les microbes et virus à la place des protéines nutritionnelles (albumine et pré albumine). Cette activité du foie augmente les besoins alors qu'à ce stade les apports ne peuvent pas être augmentés malgré des besoins accrus. D'où une nécessaire intervention dès la malnutrition protéino-énergétique pour éviter la dénutrition.

Un autre indicateur est la mesure de la circonférence du mollet qui remplace l'IMC dans le MNA. Du fait des difficultés d'avoir la taille réelle de la personne âgée, c'est cet indicateur qui est retenu.

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

Les chiffres sont issus de travaux de la HAS. Aujourd'hui, ils peuvent paraître sous-estimés car ils ne tiennent pas compte de la notion de solitude et du fait que les personnes arrivant en institution sont déjà dénutries.

Dans le premier cas, la prévalence de la dénutrition est de 4% (identique à la prévalence du diabète dans la population adulte) dont 10% ont plus de 80 ans. En réalité, ce taux est de 23% si les personnes sont isolées ou dans la solitude. Les causes sont pathologiques ou psychologiques. Dans le second cas, d'après une récente étude sur la dénutrition menée en EHPAD, le constat est, qu'en institution, 45% des personnes sont dénutries mais cette donnée n'est pas prise en compte. En effet, à leur arrivée, les personnes âgées hospitalisées sont codées pour leur morbidité qui en fait n'est que la conséquence de leur dénutrition. Les personnes âgées étaient déjà dénutries à leur domicile dans 40% des cas.

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

Le Docteur FERRY est l'auteur de nombreuses parutions et a mené de nombreuses études.

L'une des études comprenait 19 pays pour la plupart européens laissant penser qu'il y a autant de façon de se nourrir de pays. Cependant, chacun arrive à trouver les apports nécessaires en fonction des ressources alimentaires du pays où il vit. La difficulté de l'étude consistait à trouver des individus « élites » à savoir sans pathologies, ne prenant pas de médicaments, nés sur place, de 70 à 75 ans pour les suivre et faire une enquête alimentaire. La Finlande ayant déjà une enquête nationale en cours en avait été exclue. Toutefois, les 1500 individus préalablement retenus ont été gardés et c'est cette étude qui avait conclu que la dénutrition se constituait à domicile et qu'elle était suivie dans 40% des cas par une hospitalisation. En découle la volonté d'introduire dès aujourd'hui le kit MOBILQUAL au domicile pour y développer la prévention puisque l'hospitalisation n'améliore pas l'état de santé de la personne âgée dénutrie.

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

Actuellement, le Docteur FERRY est sollicitée par la Société Française de gériatrie en matière de dénutrition notamment en EHPAD. Elle va tout d'abord faire un état des lieux et ensuite une intervention est prévue sur les freins.

Un des premiers freins est le manque d'entente parfaite entre la Direction et le personnel intéressé par la nutrition. La Direction doit être convaincue que l'alimentation est un soin. Cette notion est importante car s'il n'y a pas d'entente il est inutile d'évaluer la dénutrition. Référence à ses publications dans les Cahiers de nutrition et diététique ou la Revue de gériatrie et l'ouvrage « Nutrition de la personne âgée » des éditions Masson (4^{ème} édition en cours d'édition) : le rôle des aides-soignants est un rôle de sentinelle tout comme l'aide-ménagère à domicile. La dénutrition est transversale quel que soit le lieu de vie et les circonstances. Il faut s'appuyer sur les personnes qui voient les personnes âgées au quotidien et qui peuvent ainsi alerter. La création d'un nouveau grade d'assistants en gérontologie s'inspire des « case manager » américains ou canadiens. Chargées de connaître une cinquantaine de personnes âgées à domicile ou en structure, ces personnes alertent en cas de besoin. Actuellement le sujet a été discuté à travers le programme MAIA pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il pourrait être repris pour les problèmes de dénutrition.

Un autre frein est le rôle du portage des repas. Tout dépend de la façon dont se passe le service. Avec le CNA Mme le Docteur FERRY a rédigé des recommandations pour le domicile mais, selon les structures, certains n'ont pas le droit de franchir la porte de leur client. Or aller voir ce qu'il y a dans le frigo de la personne âgée et constater qu'il est vide ou que les produits sont périmés est le meilleur moyen de détecter la dénutrition.

De même le service n'est pas identique si la liaison est froide ou chaude. Pourtant, une enquête (expérience Pizzagroom et Fringaline) a montré que les personnes livrées en liaison chaude au bon moment mangent 2 fois plus que les personnes qui recevaient un repas froid dont il fallait enlever l'opercule, faire réchauffer De plus dans le calcul du coût du portage de repas il faut prendre en compte le coût de l'ingrédient et ce qui est pris en charge par le portage pour finalement se rendre compte que la liaison chaude effectuée par des prestataires issus des métiers de bouche revient moins cher. Cette piste n'a pas été suivie et aucune convention signée.

Un autre frein est la réglementation. La Haute Autorité au niveau européen a modifié les paramètres en tenant compte du fait qu'en mangeant, l'eau est liée aux aliments mais il n'est pas facile de faire boire. Le CNA recommande de boire beaucoup même si ce n'est pas que de l'eau. Cette recommandation est aussitôt accusée de prôner l'alcoolisme. Mme le Docteur FERRY lutte contre toutes les dépendances mais pense qu'il faut trouver des aménagements pour les personnes âgées ayant dépassé l'âge des études épidémiologiques. A l'inverse, il faut refuser tous les régimes restrictifs.

Le plan obésité ne tient pas compte de la spécificité du sujet âgé en considérant que le sujet âgé n'est autre qu'un vieil adulte alors qu'il ne faut pas mettre au régime restrictif les personnes âgées obèses mais simplement rééquilibrer leur alimentation pour conserver leur masse musculaire.

Référence à l'ouvrage fait à partir de « lettres d'anciens jeunes aux futurs vieux ». Référence au texte paru dans le Quotidien des médecins sur les TGV « les très grands vieux et petits plaisirs de la vie » quand la personne est un adulte même très âgé qui refuse le vieillissement. L'addictologie des personnes âgées est différente même s'ils restent des adultes. Souvent l'institution interdit toutes addictologies (alcool, tabac). Ces règles freinent les personnes âgées à aller en institution. Elles préfèrent, de fait, rester chez elles et garder leurs habitudes au risque de manger moins bien.

ANNEXE 5 - ENTRETIEN TELEPHONIQUE DU VENDREDI 4 MAI 2012 AVEC LE DOCTEUR MONIQUE FERRY (2/2)
Chercheur hors d'âge de l'INSERM pour l'HAS

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

Il suffit pour l'essentiel d'un peu de bon sens. De nombreuses expériences sont menées chez nos voisins.

Genève : le suivi à domicile des patients après une hospitalisation montre la ré-hospitalisation assurée 1 mois après si la personne ne mangeait pas ou que d'un repas elle en faisait plusieurs.

L'idée de dépistage systématique comme pour le cancer du sein a été avancée mais nécessite la mobilisation des personnes et des moyens.

Etats Unis : le programme « EAT AND MOVE MORE » reprend le premier facteur de risque de ne pas manger assez et le second facteur de risque la sédentarité ne pas bouger assez. Il faut un minimum d'exercice physique car manger et bouger vont ensemble.

Quelqu'un doit pouvoir vérifier que la personne âgée a mangé suffisamment et qu'elle a bougé et mangé en fonction. La fixation d'une limite d'âge pour le marathon de New York est fait pour éviter ces problèmes car sinon on peut faire de la compétition à tout âge.

Danemark : système avec des visiteurs même non formés pour aller au domicile parler aux personnes âgées. La démarche consiste simplement à garder un contact régulier et faire baisser l'hospitalisation de ces personnes. Expérience avec la création de résidence pour personnes âgées mais avec un coût élevé. Les personnes peuvent participer au programme dès 50 ans mais pas au-delà d'un certain âge.

Le Danemark est le pays le plus impliqué devant la Suède, Londres ou la France. Ce sont les 4 pays qui ont les meilleures connaissances en gériatrie qui est une science récente.

Angleterre : culture de l'esprit collectif avec une bonne discipline.

Ou encore une autre étude a posteriori avec les études nutritionnelles de toute l'Europe qui montre que le bon vieillissement est favorisé par les principes suivants : ne pas prendre de poids, ne pas fumer trop, garder une tension artérielle stable et contrôlée ...

En France, on est intermédiaire sans vraiment de discipline.

L'Europe a enfin compris que la dénutrition est un enjeu de santé publique en instaurant le « Nutrition Day ».

Tous ces exemples viennent peu des pays du sud. L'Italie au contraire demande aux personnes âgées de maigrir alors qu'il ne faut surtout pas demander cela au-delà de 70 ans !

ANNEXE 6 - ENTRETIEN DU MERCREDI 9 MAI 2012 A DINARD AVEC LE DOCTEUR FIERIS / ET M. PICHON médecin nutritionniste et gériatre (présidente de l'inter-CLAN) / responsable de la cuisine Sodexo.

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

La dénutrition a une définition nationale qui prend en compte d'une part le poids, la taille, l'IMC et d'autre part la perte de poids et la vitesse de la perte de poids. Il s'agit des critères essentiels de la dénutrition. L'IMC doit être inférieur à 18 pour un adulte normal et de 21 à 22 pour les personnes âgées. Lorsque l'on parle de poids de forme, on fait référence au poids de confort. La vitesse de perte de poids doit être supérieure à 5% sur 1 mois et de 10% sur 6 mois.

La malnutrition prend en compte la qualité de l'alimentation et l'équilibre alimentaire très perturbé dans la proportion de glucides, de lipides et de protéines. Les personnes âgées ne mangent pas normalement mais ont néanmoins un catabolisme important, surtout lorsqu'elles sont atteintes de pathologies telles que le cancer.

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

En institution il semble que les chiffres soient nettement sous-estimés car en EHPAD les personnes ont des pathologies beaucoup plus évoluées. On observe de plus en plus de personnes dépendantes et malades. Il y a de plus en plus d'obèses dénutris et ces cas-là sont très difficiles à gérer, car ces personnes peuvent perdre jusqu'à 50kgs, mais cette perte de poids se traduit par une fonte musculaire et ces personnes sont victimes d'oedèmes. Dans les services de cancérologie, 70 à 80% des personnes sont dénutries. En cardiologie, la majorité des personnes sont âgées d'environ 90 ans mais les plus jeunes sont également concernées. En milieu hospitalier, le dépistage est plus développé mais cela dépend des établissements et des services. Cette situation s'explique notamment du fait de l'absence de moyens financiers, les personnes retardant ainsi leur entrée en EHPAD. Il s'agit le plus souvent de personnes démentes qui ne s'alimentent plus. On voit désormais des gens revenir avec des escarres du fait de la réduction de la durée moyenne de séjour. A domicile, c'est le médecin généraliste qui prescrit l'enrichissement des repas mais Sodexo peut également préparer des repas enrichis pour les services de SSAD.

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

L'hôpital de Dinard fait partie de l'inter-CLAN de Bretagne et travaille avec les ARS (comité santé nutrition). Cette instance est propice aux échanges et aux informations entre professionnels pour tous les établissements qui le désirent. A titre d'exemple, la rédaction du livret sur la nutrition délivré à la sortie des patients a été effectuée à cette occasion. Un site internet (<http://www.interclanbretagne.fr/>) permet de renseigner le public. L'hôpital utilise des outils dédiés à l'hygiène (méthode HACCP: Hazard Analysis Critical Control Point, méthode et principes de gestion de la sécurité sanitaire des aliments) et travaille en collaboration avec le CLIN.

L'hôpital a également pour projet la mise en place d'ateliers de cuisine à destination des patients en réadaptation cardiologique et atteints de cancers. Cette initiative s'adresse également à leur conjoint, aux familles et aux aidants. L'objectif est de redonner du plaisir aux patients qui redoutent souvent le moment du repas. Par exemple, c'est l'occasion de travailler les textures ou de promouvoir des outils utiles et pratiques pour cuisiner. Une diététicienne animera cet atelier une fois par semaine, le mercredi après-midi, sur la base du volontariat (les médecins concernés en feront la proposition aux patients).

Le travail en partenariat est indispensable, aussi bien à l'échelon local que régional, quel que soit le type de structure. Le responsable de la cuisine forme les responsables de cuisine régionaux. Les contrats passés sont similaires d'un établissement à l'autre. Des réunions inter-CLAN sont organisées tous les 1,5 à 2 ans.

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

La dénutrition souffre actuellement d'une mauvaise image. Les cuisiniers ne bénéficient pas de formation spécialisée en milieu hospitalier. La restauration collective n'est pas assez valorisée dans l'Education Nationale. A titre de comparaison, des modules relatifs à la cuisine diététique existent pour les thermes, ils pourraient être initiés au sein des cantines collectives. Actuellement, il n'existe pas de corrélation entre la formation et les métiers. Il conviendrait donc de proposer un complément de formation permettant de satisfaire les besoins des patients dans les structures collectives.

Le principal frein provient des médecins qui demeurent insuffisamment formés aux enjeux de la nutrition.

La culture purement médicale reste encore prédominante alors que la nutrition fait partie intégrante du soin. Par exemple en cardiologie, les médecins négligent souvent la dénutrition et cultivent parfois la peur et la culpabilisation chez les patients (« à votre âge, le beurre est néfaste pour la santé »). Cette tendance provient de leur formation.

L'alimentation fait appel à des valeurs et à des croyances complexes. Ainsi, il est difficile de faire la promotion de l'éducation alimentaire, d'évaluer et de suivre un patient individuellement. Par ailleurs, pour les personnes âgées cela peut constituer le seul moyen de résistance qu'il leur reste face au corps médical.

L'hôpital est également un pourvoyeur de dénutrition, les personnes âgées sont mises à jeun avant chaque opération et cela peut durer parfois plusieurs jours.

L'attitude des professionnels de santé vis-à-vis du patient est très importante. Le travail en collaboration demande du temps et de l'organisation et les mentalités restent difficiles à changer. Les aides-soignants qui participent au confort et au bien-être des personnes âgées sont promoteurs de la bientraitance.

Une prévention de la dénutrition chez les personnes âgées implique une coopération optimale entre le directeur et le médecin coordonnateur. Les services sont le reflet des comportements des médecins et des cadres : si le personnel est bien traité, les patients le seront aussi. Le personnel doit être suffisamment sensibilisé et impliqué pour que la prévention fonctionne pleinement. C'est le cas par exemple grâce à la mallette MobiQual, guide de bonnes pratiques qui s'inscrit dans la démarche qualité des établissements.

A domicile, la qualité du service de livraison des repas est insuffisante. Ce service nécessiterait une aide permettant à la personne âgée de s'alimenter correctement. Par ailleurs, l'absence de convivialité, l'isolement et les problèmes bucco-dentaires constituent des difficultés supplémentaires. De même, et ce en dépit des aides financières, le coût des repas restant à la charge des personnes demeure important (en moyenne 15 euros pour deux repas journaliers pour l'ADS). En outre, la prévention n'est pas codée dans le PMSI alors même que dénutrition des personnes âgées entraîne un cercle vicieux : dénutrition => ostéoporose => fracture => hospitalisation...

Enfin, le problème de l'épidémie d'obésité chez les enfants pose la question de leur devenir en tant que futures personnes âgées...

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

La Suisse et l'Allemagne privilégient la nutrition entérale. Parfois il faut agir vite et savoir repérer la dénutrition en amont. Pour cela, il convient de changer le regard porté sur les gens. Actuellement, on s'attache surtout à ce que coûtent les gens et à ce qu'ils rapportent. Cela se traduit par une accumulation d'actes sur la feuille de sortie du patient alors que la démarche de bientraitance implique de passer du temps auprès de la personne. L'acte intellectuel n'est plus considéré comme il le devrait alors que l'alimentation et la nutrition ne sont pas uniquement de la technique. Redonner le goût de manger à quelqu'un prend nécessairement du temps et de ce fait la durée moyenne d'hospitalisation augmente souvent.

Un travail de transversalité est donc indispensable. La plupart du temps, les professionnels entendent par transversalité multidisciplinarité or ce n'est pas aussi productif. La transversalité implique nécessairement de connaître le travail de l'autre. Il est nécessaire de s'enquérir de la manière dont les cuisiniers travaillent sur le terrain car ces derniers participent également à la qualité de prise en charge des patients...

Les médecins devraient être davantage sensibilisés à la psychologie et à l'écoute des envies des patients afin d'éviter la culpabilisation. Cela relève de problématiques d'ordre éthique avec lesquelles le corps médical n'est pas toujours à l'aise. Lorsqu'elles atteignent un âge avancé, les personnes âgées peuvent refuser de s'alimenter. Le problème pour les professionnels de santé est alors de respecter ce choix. En effet, c'est le seul moyen de pression qu'il reste au patient.

Cette difficulté est notamment présente pour les patients en fin de vie. En dépit du fait que la pose de sonde gastrique n'ait pas bonne presse (tant du point de vue des soignants que des familles), force est de constater que les résultats positifs obtenus en matière de lutte contre la dénutrition sont notables : ainsi on note une rapide amélioration de l'état général. Les infirmiers et aides-soignants jouent un rôle primordial dans l'observation quotidienne et la surveillance de l'alimentation des personnes âgées : ils sont le relais entre le patient et le corps médical. Ces professionnels ne sont pas toujours suffisamment reconnus. Enfin, il existe un savoir-faire et un faire-savoir. Le soin ne doit pas être assimilé à une agression, il s'agit de prendre la personne dans sa globalité.

ANNEXE 7 - ENTRETIEN DU JEUDI 10 MAI 2012 A SURESNES AVEC LE DOCTEUR GENEVIEVE RUAULT (1/2)

Déléguée générale Société Française de Gériatrie et Gérontologie, du Collège Professionnel des Gériatres Français et Responsable du Programme MobiQual

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

La définition de la dénutrition est celle donnée par la HAS.

Il s'agit d'un déséquilibre entre les apports et la consommation avec un curseur allant de la dénutrition à la dénutrition sévère. La dénutrition a un aspect médical mais qui n'est pas suffisant lorsqu'on parle des personnes âgées. De plus, elle est essentiellement protéino-énergétique. De nombreux mécanismes interviennent, le vieillissement à lui seul n'explique pas la dénutrition. Les indicateurs, tout comme la définition, sont ceux énumérés par la HAS :

- La **perte de poids** ;
- L'**IMC** qui est toutefois à relativiser car la taille est une donnée difficile à obtenir sauf à prendre celle de la carte nationale d'identité mais qui n'est pas forcément exacte ;
- Le **mini MNA de dépistage** avec la mesure de la circonférence du mollet en remplacement de l'IMC ;
- L'**albumémie** en tenant compte du processus inflammatoire sinon cet indicateur n'a aucune valeur.

A noter, que le mini MNA a une valeur plus importante dans le dépistage que l'un de ces indicateurs pris séparément.

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

Les chiffres sont issus de travaux de la HAS. Aujourd'hui, de nouvelles études montrent des chiffres plus élevés, on peut donc considérer qu'ils sont sous évalués du moins en institution. Ces chiffres sont à manipuler avec précaution car ce sont des statistiques. L'accent est à mettre à l'hôpital dans les services autres que les services gériatriques tel le service de cardiologie où les problèmes de dénutrition chez les personnes âgées de plus de 80 ans ne sont pas assez pris en compte. Ce sont des repas servis en plateau avec quasi systématiquement des régimes sans sel, sans aide au repas et un manque d'évaluation de ce qui est consommé. Il en résulte une fragilité accrue et de fait une dépendance iatrogène qui amène une réflexion sur la prévention de la dépendance induite par des soins inappropriés.

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

Présentation du programme MobiQual et remise d'un kit complet. Le kit MobiQual est une pochette relative à la nutrition, dénutrition, alimentation de la personne âgée en EHPAD et établissements de santé. Ce kit a été mis en œuvre par la SFGG avec le soutien de la CNSA et différents ministères et consiste en la promotion de l'amélioration des pratiques professionnelles dans le cadre du programme MobiQual.

Le kit comprend :

- 1 classeur comprenant : Le détail des contenus sous forme de livret, La plaquette de présentation, 12 fiches pratiques et synthétiques par exemple la fiche sur les troubles de la déglutition, l'hygiène bucco-dentaire, 3 fiches « Ils le font » retraçant quelques expériences, des trucs et astuces, 6 fiches outils d'évaluation par exemple celle relative à la surveillance alimentaire « Que consomme vraiment la personne ? » ou encore celle avec l'échelle de Blandford décrivant les troubles du comportement alimentaire des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ;
- 2 posters : Poster sur l'évaluation des portions alimentaires (photos ingrédients en grammage), Poster sur la surveillance alimentaire : adapter la PEC nutritionnelle lors du suivi d'une personne dénutrie (schéma).
- 1 DVD ROM avec des séquences vidéo et des documents imprimables
- 1 mètre ruban de couturière destiné à mesurer la circonférence du mollet
- 1 questionnaire pré et post remise du kit à remplir par l'institution destinataire du kit.

Le programme MobiQual est le résultat d'une mobilisation sur un programme national soutenu par la CNSA pour améliorer la qualité des pratiques professionnelles en EHPAD, établissement de santé et à domicile autrement dit visant à améliorer la qualité du service rendu par l'ensemble des professionnels auprès des personnes âgées. La SFGG a des thématiques pour chaque programme. Chaque thématique fait l'objet d'un outil complet. Par exemple la thématique de la bientraitance est une thématique centrale sans être un concept mais un questionnement des pratiques professionnelles sur les besoins des personnes âgées mais également sur leurs attentes. Cette thématique centrale est émaillée de thématiques plus transversales faisant l'objet de plans de santé publique comme la douleur, la dépression, la maladie d'Alzheimer, les soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, la prévention des risques infectieux ou encore la nutrition, dénutrition, alimentation de la personne âgée dont le programme est inscrit dans le PNA.

Le programme MobiQual s'inscrit dans l'ensemble de ces plans de santé publique. Les objectifs sont de reprendre clairement tout ce qui est produit en termes de recommandations de bonnes pratiques (HAS, ANESM ...) pour produire quelque chose dont les acteurs peuvent s'approprier directement par :

- La formation continue c'est-à-dire l'actualisation des connaissances par des contenus de formation pour chaque acteur ;
- L'aide à la pratique et l'aide à la décision avec des outils et la fiche de suivi pour la traçabilité dans une idée de démarche qualité ;
- La création de liens de coopération grâce à des conventions (exemple : EHPAD et réseau de soins palliatifs ou service de court séjour) avec une culture d'évaluation.

D'autres démarches sont menées en parallèle notamment avec la DSS sur l'aspect de gestion des risques à travers la notion d'efficience des soins par la diffusion de circulaires aux ARS leur proposant des thèmes prioritaires GDR. En 2011, le thème sur la nutrition, dénutrition, alimentation de la personne âgée en EHPAD faisait partie des axes prioritaires avec comme support le programme MobiQual présenté comme une aide au développement de la qualité et donc à l'élaboration du schéma régional médico-social et comme appui pour organiser les réunions infra régionales (gestion des risques le matin et présentation MobiQual l'après-midi).

Autrement dit, le programme MobiQual occupe 7 ETP et a pour mission d'aider au développement de la qualité en assurant la cohérence des programmes d'action publique et en rendant les actions opérationnelles sur des bases scientifiques et est enrichi d'un volet communication.

De même, l'ANESM établit des recommandations de bonnes pratiques en direction des EHPAD entre autres pour la maladie d'Alzheimer. Actuellement elle a sorti un guide pour l'évaluation interne des EHPAD avec des indicateurs (dénutrition, douleur ...). A chacun de ces indicateurs correspond un outil MobiQual.

Le problème de la dénutrition est un tout et tout doit être fait pour être cohérent d'où la participation de nombreux représentants comme la SFNEP, SFN, FCES, FNAPAEF (représentant les usagers et les familles), et des personnes qualifiées tels des ergothérapeutes, des soignants.

Il s'agit d'un travail pluridisciplinaire car mieux vaut prévenir, repérer, favoriser la renutrition, reprendre les principes de l'alimentation et les troubles de la déglutition, approfondir la spécificité de la maladie d'Alzheimer, revoir le rythme des horaires de repas pour éviter le jeûne de 12 heures, être attentif aux portions alimentaires, la position à table (assise dans le fauteuil, voisin de table) et l'aide au repas (disposition dans l'assiette), l'environnement mais aussi les activités physiques (ne pas faire à la place de), l'hydratation, les textures modifiées.

Autant d'outils combinés dans un kit pour savoir positionner les aliments dans l'assiette si la personne âgée a des troubles de la vue, veiller à une bonne ergonomie du verre pour la préhension, enrichir les recettes, détecter les freins vitaux mais surtout psychologiques notamment le refus alimentaire qui doit être repéré comme une urgence et doit immédiatement provoquer une réflexion pour comprendre pourquoi il y a refus ... le but étant que la personne âgée mange.

Chaque outil est créé pour valoriser l'action de chacun auprès de la personne âgée, pour donner du sens aux missions.

La diffusion du kit MobiQual est gratuite aux établissements volontaires en échange de la signature par le Directeur ou le Médecin coordonnateur d'une charte d'engagement dans la démarche. L'établissement remplit alors un questionnaire pré et post (à 6 mois voire 1 an) intervention. Le kit est également demandé par les organismes de formation continue et les IFSL.

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

La dénutrition doit être prise en considération à l'hôpital et plus particulièrement dans les services spécialisés où les personnes âgées sont, de plus, immobilisées donc sans aucune activité physique.

Dans les EHPAD, la dénutrition se heurte au manque d'identification. Les personnes âgées ne sont pas repérées comme dénutries et par conséquent ne sont quasiment pas notées dans PATHOS.

L'organisation et le rythme des repas sont un frein quand ils ne sont pas cohérents avec les habitudes de vie et les habitudes alimentaires de la personne âgée. Le turn over, le manque de formation ou de formations non harmonisées dans les structures est également un frein car peuvent être frustrants pour le personnel.

ANNEXE 7 - ENTRETIEN DU JEUDI 10 MAI 2012 A SURESNES AVEC LE DOCTEUR GENEVIEVE RUALT (2/2)
Déléguée générale Société Française de Gériatrie et Gérontologie, du Collège Professionnel des Gériatres Français et Responsable du Programme
MobiQual

Si les EHPAD ne sont pas un substitut du domicile, le domicile est particulier au sens où il est méconnu, c'est un huit clos où sont véhiculées de nombreuses idées reçues comme manger moins. D'autres freins relèvent de la difficulté à s'approvisionner de façon diversifiée or la monotonie réduit l'appétit (bourgeon du goût), difficulté à bouger, à cuisiner. Ceci est souvent lié au contexte économique (argent donné aux petits enfants ou nourriture pour les animaux domestiques) d'autant que les personnes âgées culpabilisent d'exister d'où cette volonté de dédouanement par des largesses autour d'elles. Les portages de repas restent une problématique en termes de qualité et de quantité surtout quand la personne âgée utilise un repas pour toute la journée.

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

Un grand chantier est à mener à l'hôpital et non pas seulement en EHPAD. La prochaine piste de travail est d'adapter l'outil MobiQual au domicile avec les acteurs de soins et de l'aide à domicile pour le repérage de la dénutrition.

Il est essentiel de communiquer et de lutter contre les idées reçues comme l'idée que la douleur est normale en vieillissant donc « si j'ai mal c'est que je suis encore vivant » mais les générations et les cultures évoluent et sont de plus en plus des « consommateurs éclairés ».

Attention le bio n'est pas forcément meilleur en terme de dénutrition. Le secteur étant très porteur, chacun veut apporter sa touche et s'implanter sans qu'il y ait forcément de cohérence entre les différents acteurs.

Le modèle économique doit être pertinent et doit réunir à la fois la production locale, la qualité nutritionnelle, le goût, la présentation ... et de nombreuses expériences ont été faites et sont en cours comme les paniers fermiers mais tout en restant cohérent et en prenant en compte ce qui a déjà été fait pour ne pas être contradictoire.

La prise de conscience que la dénutrition est un enjeu de santé publique est acquise.

La mise en œuvre du kit MobiQual fonctionne bien avec des retours très positifs et appréciés et pourra donner lieu à une étude d'impact très prochainement.

ANNEXE 8 - ENTRETIEN TELEPHONIQUE DU JEUDI 10 MAI 2012 AVEC M. PAUL TRONCHON,

Directeur Général Saveurs et Vie

Saveurs et vie, est une organisation de service à la personne, proposant des repas diététiques personnalisés à domicile, tout en assurant un conseil nutritionnel. Pour 80% les clients de S&V sont des personnes âgées avec une attention particulière à l'amont et à l'aval de l'hospitalisation.

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

La définition donnée par l'HAS, semble être la meilleure et acceptée dans les différents milieux professionnels : différence entre les besoins de la personne âgée et les apports effectifs, c'est la notion de balance négative. Il faut souligner les consommations importantes pour les personnes âgées, qui ont pratiquement les mêmes besoins voire des besoins amplifiés du fait des polyopathologies et des maladies chroniques. Derrière ces besoins, les apports sont souvent plus faibles. S'ajoute à cela l'imaginaire collectif et les idées reçues selon lesquelles une personne âgée devrait moins manger alors que c'est l'inverse en matière d'expertise médicale.

Il faut distinguer la dénutrition par rapport à la malnutrition. La problématique de l'obésité a fait l'objet de beaucoup de communications notamment du fait des PNSS 1 et 2. Dans le grand public, les problèmes nutritionnels c'est avant tout l'obésité c'est-à-dire une malnutrition liée à un surpoids. Quant aux problématiques de dénutrition, elles sont peu connues avec peu de sensibilisation à la fois du grand public mais également du corps médical même si les choses semblent avancer. Il y a en plus des spécificités dans la dénutrition avec le phénomène de l'obèse dénutri particulièrement présent dans les structures aigües. Les indicateurs HAS sont bien déterminés, on a une bonne vision de ce qu'il faut faire en termes de diagnostic de la dénutrition. Evidemment, c'est le poids, la variation de poids dans le temps, l'IMC avec les différents critères donnés en fonction de l'âge. C'est aussi les critères biologiques/anthropométriques : albumine, pré-albumine et dosage de la CRP (syndrome inflammatoire). Il semble y avoir un vrai consensus avec une définition et des indicateurs plutôt bien intégrés même s'il faut souligner que ce mouvement est récent (5 dernières années). Il y a eu un gros travail de fait par les spécialistes sur la question notamment à travers des groupes de travail sur le diagnostic.

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

Ces chiffres sont bien documentés particulièrement sur les établissements hospitaliers de court-séjour, moyen-séjour, long séjour. Ils résultent de l'implication des CLAN (mis en place dans la dynamique du rapport du Professeur Guy-Grand remis en 1997 : *Alimentation en milieu hospitalier*) et du Comité National Alimentation Nutrition des Etablissements de Santé.

Pour le domicile, les études sont assez anciennes mais toujours confortées au niveau des proportions (cf Monique Ferry et Bruno Lesourd). Cela étant pour mieux sensibiliser, plus que des pourcentages, il faut aussi parler des volumes de personnes que cela représente. Parler de 4 à 10% des PA à domicile potentiellement à risque de dénutrition ou dénutries, cela représente 500 000 personnes. On a l'impression que sur le domicile il y en a moins, mais si on le donne en volume, il y en a beaucoup plus qu'en proportion car les personnes âgées sont majoritairement à domicile. Les taux pris de manière isolée n'ont que peu de sens car les volumes en face n'ont rien à voir (volumes très faibles en court séjour/EHPAD par rapport à domicile).

Des spécialistes ont tendance à parler d'une sous estimation du fait d'absence d'études récentes, de l'allongement de la durée de vie, de la chronicité et du côté polypathologique des infections des personnes âgées. Aussi les études à domicile sont plus rares qu'en milieu hospitalier, ce qui aurait tendance à dire qu'il y a une légère sous estimation à domicile.

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

Saveurs et Vie développe des offres de prise en charge nutritionnelle à domicile tenant compte de la problématique de la dénutrition. Il y a deux choses importantes développées chez Saveurs et Vie :

- Aspect Conseil. A domicile, les solutions doivent passer une face à face entre d'une part des professionnels de la nutrition et d'autre part les patients et leurs familles pour mieux prévenir le risque de dénutrition. Il y a donc un contact direct des professionnels diététiques avec les familles avec un conseil nutritionnel adapté. Chaque client de Saveurs et Vie est pris en charge par une diététicienne et suivi.
- Aspect Prestation de restauration. Il s'agit de livrer le bon repas à domicile par l'intermédiaire d'une personnalisation de la prestation. Le repas est adapté à la personne contrairement à un système de restauration collective. Dès lors, il faut avoir une large solution à la carte et le choix est fait en fonction de la situation de la personne notamment du risque de dénutrition. Une attention particulière est portée à ce que la personne âgée aime : c'est une dynamique de plaisir choisi et non obligé.

Il y a deux systèmes pour personnaliser la restauration : 1) recueil d'aversionnements alimentaires quand la personne n'est pas en mesure de joindre Saveurs et Vie toutes les semaines pour faire sa commande (contact mensuel pour la « revue des aversions ») 2) contact direct avec les diététiciens quand la personne âgée ou l'aidant peut joindre Saveurs et Vie. C'est alors une démarche de coaching et de contrôle pour promouvoir la consommation du repas choisi, aimé et adapté

Saveurs et Vie s'intéresse aussi beaucoup à la sortie d'hospitalisation, et en amont des hospitalisations. Il est développé « le support nutritionnel au parcours de soin » qui permet d'outiller les équipes diététiques du site et les conseils auprès des familles et des aidants. Il s'agit de s'assurer que le diagnostic soit bien fait pendant la période d'hospitalisation et qu'il y ait ensuite les informations à la prise en charge de la sortie d'hospitalisation pour tenir compte de la période d'hospitalisation (chirurgie, intervention en médecine...). Cela passe par des fiches de liaison produites sur des supports standardisés et adaptés ensuite sur les sites qui font partie du dossier médical du patient. Ces fiches sont transmises aux diététiciens de Saveurs et Vie et permettent par la suite de transmettre des informations sur le suivi nutritionnel à domicile. Saveurs et Vie couvre toute la France pour les solutions de repas à domicile en sortie d'hospitalisation par une livraison de colis réfrigérés. Il y a aussi une solution spécifique par camion réfrigéré sur l'ensemble de l'Ile de France voire même avec des vélos dans les contrats avec la ville de Paris et sur les 4 arrondissements piétons du centre de Paris. Saveurs et Vie adapte sa logistique au bassin et à sa situation géographique. Tout est en liaison froide car l'organisation ne peut se faire de manière optimale en liaison chaude dans le respect de la réglementation et des coûts : les temps de transport entre les lieux de production et de consommation sont trop longs pour respecter les 2 heures de la liaison chaude. A cela s'ajoute la logique de prise en charge à domicile. Les livreurs ont un rôle de veille sociale, ils sont chargés de contrôler les plats dans les réfrigérateurs des personnes âgées parfois désorientés qui n'ont pas le réflexe de jeter les péremptions. Ils participent aussi au retour d'information concernant les non consommations de plats, gérées ensuite par la diététicienne avec les aidants (fiche de signalisation). Cela permet un contrôle de la prestation.

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

Le premier obstacle, en partie avancé mais où il reste beaucoup à faire, est la sensibilisation des acteurs médicaux, paramédicaux et soignants. On est dans des démarches longues pour pouvoir chez des spécialistes parler de dénutrition. Ce n'est souvent pas leur premier souci, il faut leur faire comprendre la nécessité de prise en charge de ce risque et en amont et en aval.

Le deuxième obstacle, se situe par rapport à la « valeur » avec derrière la notion de coût/prix mais aussi la notion d'importance des conséquences si on ne met pas la valeur qu'il faut dans l'établissement ou à domicile. Il y a des coûts induits à la non prise en charge de la dénutrition qui est beaucoup plus cher que le coût lui-même : réhospitalisation, durée moyenne de séjour, complications dans le parcours de santé de la personne âgée. Cette valeur qu'on met dans le système pour la prise en charge de la dénutrition semble trop faible par rapport aux enjeux. En effet, on voit trop souvent le portage à domicile comme une dépense et pas assez comme un investissement. Or une prise en charge incorrecte de ses services à des conséquences en terme de soins. La valeur c'est aussi des moyens humains avec un élément clé qui est d'avoir des acteurs avec une vision suffisamment transversale sur l'ensemble du parcours. Cet enjeu de coordination, c'est vrai pour la dénutrition comme pour les autres éléments de la prise en charge de la personne âgée : contrôle de l'habitat, prévention des chutes, tout ce qui concerne le retour à domicile. La convivialité est un élément majeur, même si on ne le règle pas avec le portage de repas. Saveurs et Vie intervient sur ce thème dans le travail de coaching avec les aidants par la diététicienne. On insiste sur la nécessaire convivialité du repas. Il y a aussi un site internet « Bien Manger Pour Mieux Vivre » pour les aidants et les familles avec des solutions d'informations sur la façon de résoudre les croisements entre pathologie et nutrition et de travailler sur la dénutrition. La formation et l'information des aidants, c'est par là que passe la logique d'appui à la convivialité du repas.

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

Par rapport à l'étranger il y a des spécificités françaises sur le domicile avec peu d'études sur l'alimentation de la personne âgée et donc des difficultés pour importer un modèle étranger. En hospitalisation, il y a eu des approches intéressantes en Suisse et en Belgique sur la valeur de la sensibilisation du risque de dénutrition et ses conséquences. Pour mieux prévenir la dénutrition, l'enjeu principal se situe au niveau des politiques de santé en ville : il y a une transmission très faible du médecin traitant sur ce sujet là du fait de la dispersion des médecins et du temps réduit passé sur ce sujet.

Sur la sensibilisation, il faudrait une vraie fongibilité/valeur du parcours de santé de la personne âgée. On s'aperçoit des actes redondants entre l'institution, l'hôpital et le domicile : manque de coordination. Il faudrait aussi renforcer la communication sur la personnalisation pour créer un véritable cercle vertueux.

ANNEXE 9 - ENTRETIEN DU MERCREDI 9 MAI 2012 AVEC MME MARIE LEJEUNE, Directrice de l'Association Locale pour le Développement Sanitaire canton de Plouzévéde et Plouescat

Nous disposons d'un service de soins à domicile de 60 places, un service prestataire d'aide à domicile (87000heures en 2011), un service mandataires (les personnes aidées sont employeurs), un service de portage de repas qui livre 90 à 100 personnes et depuis le début de l'année, une équipe spécialisée Alzheimer (équipe d'Assistants de soins en Gérontologie). C'est une association loi 1901 et je suis le chef d'orchestre de tout ça.

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

« Oh là »...pour moi la dénutrition c'est d'une part les personnes qui ne se nourrissent pas ou mal et il est vrai qu'en vieillissant les personnes perdent le goût de cuisiner donc ils peuvent avoir des carences en matière de nourriture et avoir des conséquences sur leur état de santé.

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

C'est peu à domicile par rapport aux personnes qui ne sont pas suivies à domicile. On sait qu'à domicile, il y a des personnes qui sont seules et isolées et qui ont peu de lien avec l'extérieur et on n'a pas de vision sur ces personnes là et je pense qu'au niveau alimentaire, ils doivent être plus concernés que par les personnes suivies par un service quelconque. Ça me paraît tout de même peu 4 à 10%.

Par rapport au gens qui sont à l'hôpital ou en institution où c'est énorme alors qu'il y a une cuisine qui est faite spécifiquement pour eux avec des diététiciennes, des repas adaptés au public accueilli. Je trouve un peu bizarre le décalage entre ces trois secteurs

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

Dans le cadre de nos activités, nous avons des aides à domicile qui interviennent aux domiciles des PA pour des tâches ménagères ou pour l'aide au repas. Elles sont formées autour de la cuisine et des besoins de l'alimentation et savent repérer la dénutrition ou la malnutrition par rapport aux personnes aidées. Elles peuvent nous contacter en cas de situations difficiles ou conseiller aux familles de mettre en place le portage de repas à domicile.

A propos de l'activité de portage de repas (repas réalisés par la cuisine centrale d'un EHPAD qui respecte la diététique du sujet âgé), dans notre cahier des charges, la personne chargée de la livraison vérifie le frigo et remet au service cuisine de l'EHPAD, les produits périmés.

Il n'y a pas de mesures sur la dénutrition en particulier, nous avons déjà organisé des conférences soit pour le grand public par rapport à l'alimentation, soit pour notre personnel. Mais il n'y a pas de grosses mesures par rapport à ces éléments là.

Ce n'est pas notre priorité par rapport à des personnes qui sont dépendantes du fait de maladies type Alzheimer, où nous sommes plutôt focalisés. Je pense que nous n'avons pas de difficultés sur le secteur même si ces chiffres, 4 à 10%, sont faibles. Ils (les personnes qu'ils suivent) sont bien entourés et on n'a pas repéré ce phénomène (la dénutrition) comme quelque chose à étudier ou à élaborer des actions plus précises au niveau de l'institution. On est plus focalisé sur autre chose (la dépendance)

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

Il y a une difficulté pour les personnes qui ne disposent pas d'un accompagnement d'être informé que des services comme le notre existent. Nous sommes association et nous ne pouvons pas faire de publicité. Il y a encore beaucoup de gens isolés qui ne connaissent aucuns services pour les aidés et on ne peut pas les obliger à les connaître.

Difficulté d'avoir un impact le plus large possible quand il est réalisé des campagnes d'information autour du thème de la dénutrition. C'est donc la méconnaissance des structures

C'est une catégorie de personnes que l'on n'a pas accès et c'est normal car les gens sont en droit de vivre comme ils souhaitent même s'ils sont en difficultés.

La liberté de disposer et de manger ce qu'ils veulent est donc un frein. On ne peut pas les obliger à utiliser les portages de repas ou de s'astreindre à une alimentation adaptée. Même si nous sommes interpellés par les voisins ou par les services municipaux, nous ne pouvons pas les obliger à ce que nous intervenons. Ils sont libres de faire ce qu'ils veulent même si on estime qu'ils ne sont pas dans des situations correctes.

Difficulté pour les personnes chargées du portage de repas d'assurer une surveillance de ce que la personne consomme car, parfois, elle cache ses repas en dehors du frigo, ce qui laisserait penser qu'elle mange convenablement. Or parfois on retrouve des plats dans des pièces...

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

Le CLIC a un grand rôle à jouer car il touche à tous les domaines qui intéressent les personnes de plus de 60 ans. Il est le lien entre les différentes structures et c'est un point d'information qui commence à être connu.

Les institutions (nous, les hôpitaux ou EHPAD) disposent de professionnels pour les prendre en charge. Les repas sont réalisés en fonction de la personne mais se pose la question de sa capacité à pouvoir manger. Dans ces établissements, les choses doivent être prises pour réduire ces risques.

Ce qui est important, c'est ce qui se passe en amont ; la prévention des personnes à partir d'un certain âge qui peut passer par le CLIC, les communes. Le local est important et cela passe par la gestion de l'isolement des personnes et les élus locaux connaissent bien leurs administrés.

Le CLIC doit être le coordinateur.

La coopération des différents services qui interviennent au domicile permet une meilleure prise en charge. Nous assurons un ensemble de prestation et le fait que nos différents intervenants puissent se parler permet une prise en charge globale et réduit par conséquent tout risque.

ANNEXE 10 - ENTRETIEN DU MERCREDI 9 MAI 2012 AVEC MME ANNICK

Chargée du portage de repas à domicile pour l'Association Locale pour le Développement Sanitaire du canton de Plouzévé et Plouescat

Annick, chargée du portage de repas à domicile pour l'Association Locale pour le Développement Sanitaire (structure d'aide et de soins à domicile) du canton de Plouzévé et Plouescat. Nous sommes 3 personnes à assurer 2 tournées toute la semaine sauf le dimanche.

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

Ce sont les personnes qui ne mangent pas correctement ou pas équilibré. Elles ont des apports journaliers insuffisants. Mes indicateurs sont la perte de poids, la même alimentation tous les jours ou le fait qu'elles ne cuisinent pas.

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

Je pense qu'il y en a plus que cela mais cela ne me surprend pas car les personnes âgées n'ont plus le goût de cuisiner et ont des difficultés pour faire leurs courses. Elles ont tendance à manger la même chose et sont souvent isolées car leurs familles ne sont pas tous les jours présentes. Les personnes âgées maigrissent plus vite et cela peut avoir des conséquences sur leur état de santé notamment les chutes.

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

Je suis chargée de livrer des repas équilibrés sur une première tournée c'est-à-dire le lundi je livre le repas de mardi, et mercredi, mercredi je livre les repas du jeudi et vendredi et le vendredi les repas du samedi, dimanche et lundi et dans la seconde tournée, je livre mardi les repas de mercredi et jeudi, je livre jeudi les repas du vendredi et samedi et je livre samedi les repas de dimanche, lundi et mardi. Les repas sont suffisamment importants pour couvrir l'ensemble de la journée. Ainsi, nous ne sommes pas astreintes à des heures de passages très précises car elles ont toujours à manger le jour de notre passage. On observe si les personnes mangent bien tous les jours en contrôlant le frigo ou en jetant les plats non consommés.

Nous ne faisons que la livraison en mettant les barquettes dans les frigos. Si nous constatons que la personne ne mange pas bien, nous la signalons à la directrice. D'ailleurs, nous avons nos collègues aides à domicile qui interviennent chez certains et transmettent aussi en cas de besoin à la direction.

Nous avons parfois des réunions entre la directrice, nous et les AVS pour parler des problèmes que l'on rencontre chez certains. Mais globalement, elles trouvent bon ce qu'elles mangent

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

Il y a la difficulté pour les personnes qui disposent du portage de repas de s'habituer à un nouveau régime alimentaire. Elles doivent s'habituer à cette nourriture faite de légumes et de beaucoup de laitage. Ca ne leur plaît pas trop mais par la suite elles s'habituent et ça passe très bien.

Nous n'intervenons pas dans la gestion de la prévention de la nutrition car ce n'est pas notre rôle mais surtout car nous ne pouvons pas nous permettre. Nous n'avons jamais eu de formation sur la diététique ou sur la nutrition/dénutrition de la PA.

Nous avons beaucoup de personnes à livrer chaque jour avec plus de 100km par jours, ce qui fait que nous disposons que de très peu de temps pour assurer une surveillance.

Il y a un manque de présence au moment du repas. Il faudrait qu'il y ait une personne au moment du repas, mais c'est très difficile.

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

- Il faudrait pour les personnes perturbées une présence à chaque repas avec la nécessité de créer du lien. Nous avons toutefois un service qui marche bien.
- Développer le portage de repas pour les personnes qui sont isolées. Ce qui leur permettrait de manger beaucoup plus équilibré.
- Nécessité d'avoir un meilleur suivi avec plus de temps pour communiquer avec la personne
- Une bonne coordination entre les différents intervenants pour que chacun puisse améliorer le service.
- Une formation sur la diététique et sur la prévention de la dénutrition pour conseiller les personnes.

ANNEXE 11 - ENTRETIEN DU VENDREDI 11 MAI 2012 AVEC MME SYLVIE NESNARD Auxiliaire de Vie Sociale depuis 2 ans à l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) de Plouvorn.

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

C'est une personne qui ne mange plus ou pour laquelle les apports essentiels pour que son corps fonctionne bien sont insuffisants. Les critères que j'utilise sont la perte de poids, la fatigue, l'absence d'urine qui signifie que la personne n'est pas bien hydratée.

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

On intervient quand le médecin traitant ou la famille le demande c'est à dire quand ils s'aperçoivent que la personne est dénutrie, mais ce n'est pas tout de suite qu'ils s'en rendent compte. Cela devient nécessaire quand la personne et sa famille se rendent compte qu'elle ne peut plus se prendre en charge seule et à ce moment il y a une inversion des rôles au point que l'enfant devient le parent et que celui-ci devient l'enfant et souvent c'est le moment de l'hospitalisation. Aussi, le changement de structuration de la cellule familiale qui induit que la PA est de plus en plus seule et qu'elle ne se fait plus à manger permet de montrer ces chiffres. Ils ne me surprennent pas et je pense même qu'il y en a plus.

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

J'ai en charge dans le domaine de la nutrition de préparer les repas donc je cuisine pour elles à leur domicile. Je suis chargée de réaliser les courses alimentaires avec ou sans la personne. Et aussi d'aider à la prise de repas en cas de besoin.

Dans ces trois cas, je réalise un travail préventif de la nutrition :

- En observant l'état de la personne.
- Au moment du nettoyage du frigo, je vérifie les péremptions, ce qui me permet de savoir si la personne mange bien ou insuffisamment
- Je rends compte en cas de besoin au secrétariat
- Je réalise les courses alimentaires en respectant les choix de la personne mais parfois je peux l'aiguiller sur certains produits mais c'est difficile ;

Dans ma formation AVS, j'ai eu des cours sur la nutrition que j'ai oublié mais je n'ai pas de connaissances suffisantes pour leur apporter des conseils diététiques. Je n'ai pas eu de formations spécifiques sur l'alimentation de la PA depuis que je travaille.

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

- La culture alimentaire : les PA aiment les pommes de terre et le porc, un régime peu varié et riche en glucides et pauvre en légume
- Le coût : Il est plus facile en temps (nous avons un temps limité pour préparer les repas) et en coût (les pensions des personnes ne sont pas très élevées et les fruits et légumes coûtent chers) de préparer des plats à base de féculents que des plats plus élaborés.
- Le choix de la personne qui préfère son habitude alimentaire plutôt que de respecter les recommandations diététiques. Elles sont difficiles à convaincre.
- Problème de gestion des courses : c'est la PA qui décide et la manipulation d'argent quand elle ne nous accompagne pas reste toujours difficile même si globalement elle nous fait confiance. On ne connaît pas les budgets, ce qui réduit notre autonomie sur les décisions de choisir les menus.
- Rôle préventif en matière de conseils diététiques est insuffisant car manque de connaissance important.
- Les PA et les professionnels ont des idées bien arrêtées sur l'alimentation. Elles pensent qu'elles n'ont pas besoin de manger plus car elles ne bougent pas beaucoup.

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

- Réaliser des examens par rapport aux apports nutritionnels
- Réaliser des pesées régulières
- Rencontrer une fois par an une diététicienne. Cela nécessite d'organiser un système d'information
- Le portage de repas, trop sophistiqué pour les personnes âgées en proposant des repas très différents des habitudes alimentaires, doit tenir compte des envies de la personne.
- Former les professionnels pour qu'ils puissent faire de l'information aux personnes qu'ils accompagnent

ANNEXE 12 - ENTRETIEN DU VENDREDI 11 MAI 2012 AVEC M. GUEVEL ET / MME BIANIC Directeur de l'EHPAD de Ploudalmézeau / cadre supérieur de santé à l'EHPAD .

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

Mme BIANIC : Pour une PA, cela se manifeste par différents signes tels que la baisse de l'albuminémie, une perte de poids (10% en 6 mois) et une modification de l'aspect physique.

On se base sur l'IMC, le poids, l'albuminémie et bilan nutritionnel.

M GUEVEL : En tant que directeur et issue d'une formation de juriste et non soignante, je ne sais pas ce que c'est que la dénutrition mais je ne peux pas concevoir qu'une personne soit dénutrie dans mon établissement. Néanmoins, je peux dire que c'est une personne qui ne s'alimente pas de façon habituelle.

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

Mme BIANIC : cela ne me surprend pas surtout que la plupart des personnes qui entrent dans l'établissement ont une prescription de compléments alimentaires (hyper caloriques et hyper protéinés). Les personnes ont des troubles physiques et cognitifs les empêchant de se nourrir correctement, sans parler de leur alimentation très pauvre et peu variée.

M. GUEVEL : On est passé d'une notion de maison de retraite comme substitut du domicile à EHPAD, induisant une prise de conscience que ces établissements étaient de véritables acteurs de santé publique et que cela nécessitait une diminution de leur fragilité, de favoriser le lien social. C'est pour cela qu'on prend conscience de ce phénomène. Cela requiert de mettre en place des actions.

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

- M. GUEVEL :
 - Nous avons mis en place un travail important en 2010 au moment de notre étude PATHOS. Nous avons calculé l'IMC de chaque PA (ce qui est trop peu répandu dans les établissements).
 - Pour les années 2012-2013, nous mettons un plan d'action autour de la nutrition accompagné d'une formation des personnels sur l'hygiène buccodentaire. L'objectif est de réduire les supplémentations orales (compléments hyper protéinés).
 - J'ai par ailleurs recruté une diététicienne il y a 3 ans pour gérer la restauration de l'établissement.
 - J'ai envoyé l'équipe hôtelière en formation sur la nutrition et l'équipe de cuisine sur la cuisine adaptée au PA ; Ils parlent plus de terrine ou de verrine que de mixé ou mouliné (ce qui revient à la même chose en terme de texture mais qui valorise l'instant repas).
- Mme BIANIC :
 - Nous allons mettre en place à l'entrée de chaque nouveau résident, la recherche du poids, IMC, Bilan nutritionnel (qui sera fait pas la diététicienne), albuminémie (prescrit par le médecin coordonnateur)
 - Mise en place d'un staff entre le médecin coordonnateur, la diététicienne, une Ide, un agent de la restauration et moi pour nous intéresser à l'alimentation de chaque personne 2 fois par an.

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

- Je crois que l'approche est trop centrée sur des recommandations médicales c'est à dire liées à des quantités de protéines. Mais avant de pouvoir mettre en œuvre des politiques de prévention de la dénutrition, je pense que les pouvoirs publics ne nous donnent pas les moyens suffisants. Nous manquons de personnels en nombre suffisant pour accompagner convenablement les personnes qui ont besoin d'une aide importante et quotidienne, surtout au moment du repas. Nous sommes en sous effectif chronique. C'est une difficulté qui joue sur ce problème.
- Il y a un problème de communication qui rend la prévention mal adaptée. Elle a peu d'impact sur les PA du domicile. Regardez les recommandations du mangez 5 fruits et légumes et buvez 1.5 l d'eau par jour, c'est difficile à faire.
- Bien manger coûte cher et les retraités qui disposent de faibles retraites ont beaucoup de difficultés à financer leur courses qui respectent les rations journalières préconisées et notamment en protéine

- Il y a l'aspect culturel : les PA préfèrent manger des féculents que des légumes, ce qui rend difficile de les satisfaire tout en respectant les recommandations diététiques. Le message est décalé par rapport aux attentes.
- Manque de cohérence d'un point de vue des pouvoirs publics de ce phénomène. En effet, au niveau des établissements, la diététicienne, qui doit être un acteur central dans la prévention de la dénutrition est financée par les usagers et non financée par la dépendance (donc Conseil Général) ou le soin (donc Assurance Maladie/ARS)

• Mme BIANIC :

- Il y a un manque de coordination des différents intervenants à domicile, chacun intervenant dans son champ de compétence sans s'intéresser aux autres acteurs du maintien à domicile. Et plus il y a d'acteurs différents qui interviennent au domicile, sans coordination, plus le risque augmente.
- Les médecins traitants ne sont pas formés à la gestion et à la prévention de la dénutrition. On constate d'ailleurs que dans les dossiers d'admission, ils ne renseignent quasi jamais le poids et la taille (bien qu'ils soient demandés).

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

• M. GUEVEL :

- Il est nécessaire de valoriser les métiers et notamment ceux des cuisines. Il faut supprimer la toute puissance soignante (médecins et paramédicaux) qui pense pouvoir apporter des éclairages sur la cuisine aux cuisiniers sans que ces derniers ne puissent, eux, émettre une idée sur la prise en soins, au motif qu'il faut être soignant pour parler de soins. Etre cuisinier en EHPAD, c'est une spécificité et tout le monde ne peut pas y exercer sans une compétence. Si la nutrition et la gestion de la dénutrition est une compétence pluri professionnelle (soignante et service de restauration), cela peut fonctionner.
- Développer les compétences par la présence de diététiciens dans les établissements et au domicile. Financement par l'AM ou la dépendance et non à la charge des usagers.
- Nécessité de prendre en compte les appétences des résidents. Il y a un gros travail à faire pour prendre en considération les goûts des PA et revoir les pratiques : laitage régulier dans les repas mais qui reste un principe soignant d'apporter des protéines et du calcium. Je connais très peu de PA à domicile qui mange souvent des laitages.
- Pourquoi les repas n'évoluent pas dans les institutions ? c'est un problème culturel. L'EHPAD n'est pas un musée, ça évolue avec son temps. Il faut avoir une conception gérontologique (sociologique de la PA) de l'alimentation et non gériatrique (médecine de la PA). Cela veut dire que nous devons faire évoluer nos pratiques avec l'évolution socioculturelle et non être dans l'habituel.
- Former les différents professionnels qui interviennent auprès des PA à la nutrition et à la diététique du sujet âgé : Adapter et favoriser un cadre agréable, présentation des tables...

• Mme BIANIC :

- Engager une démarche de réflexion sur la question avec l'ensemble des personnels.
- Au domicile, le médecin traitant, les AVS, les personnes chargées du portage de repas devraient être formés à la nutrition et à la prévention de la dénutrition.
- Mettre en place au domicile un dossier patient qui centraliserait toutes les informations que les différents intervenants ont besoin de notifier. Cela permettrait un meilleur suivi de l'alimentation.

ANNEXE 13 - ENTRETIEN DU VENDREDI 11 MAI 2012 AVEC ANTHONY Chef de cuisine de l'EHPAD de Ploudalmézeau

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

C'est une personne qui ne peut pas manger et c'est dû à sa pathologie ou lié au fait que la personne n'aime pas les repas. Sur les pathologies, ça peut être des maladies, des problèmes dentaires ou de la fatigue qui empêche de manger et donc elle est dénutrie et provoque une perte de poids.

Les critères de dénutrition sont la perte de poids, sont état général (visage, faciès) et problèmes de santé qui provoquent escarres mais je ne peux pas aller plus loin car je ne suis pas infirmier.

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

Je suis étonné, je les trouve vraiment élevés. Après la dénutrition c'est tellement vaste, une personne peut être obèse et dénutrie. La difficulté en institution est de faire plaisir à tout le monde, c'est trouver un compromis entre faire plaisir aux résidents et leur donner une alimentation variée.

Je serai affolé si on me disait que 50 % des résidents étaient dénutris et j'arrêteraient d'appliquer la GEMRCN (Groupe d'Etude des Marchés Restauration Collective et Nutrition). C'est un groupement de médecin, nutritionnistes, cuisiniers qui font des recommandations en matière de fréquence, de variété et de poids des produits par catégories de personnes (enfants, adultes, PA) et nous on se base sur ces recommandations.

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

On se base sur le GEMRCN. Ça permet d'avoir une variété au niveau des plats et notamment de la viande. On essaie néanmoins d'adapter au goût des gens. On travaille en liaison chaude midi et soir et en froide pour les personnes qui dînent en chambre. C'est rare d'opter pour ces 2 types de distribution mais à partir d'une certaine heure, dans les EHPAD, les cuisiniers préparent les bains marie et assurent un rôle d'agent d'office de cuisine. On a préféré laissé ce rôle aux officières et nous d'assurer notre rôle de cuisinier. C'était donc inutile d'avoir des cuisiniers après 17H00. On prépare toutes les assiettes et on sait ce que les personnes aiment.

Les résidents ne bénéficient pas de menus de substitution si elles n'aiment pas un plat. C'est trop difficile de gérer les choix de tous. On ne fonctionne qu'avec les aversions (recueil de ce que le résident aime ou n'aime pas) et les allergies. On le fait avec certaines personnes mais pas tous car ce serait ingérable.

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

- La culture alimentaire. La PA préfère manger des féculents (pomme de terre prioritairement car la population est plutôt agricole) que de manger des légumes. Et les produits sucrés
- Le manque de personnel est aussi un frein
- Les contraintes réglementaires / aux normes d'hygiène. Ça limite de plus en plus. Exemple : une entrée froide doit être servie à 3°C selon les normes, or c'est difficile pour une PA de la manger à cette température.

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

- Une diététicienne et un ergothérapeute à temps complet
- Donner plus le choix au PA mais se pose le problème du matériel et du budget car l'organisation, elle, peut changer mais les budgets, c'est plus difficile.

Proposer un buffet d'entrée, cela aiderait beaucoup car visuellement cela donne envie aux PA. On commence toujours par manger avec les yeux. Créer une ambiance avec des repas plus allongés.

ANNEXE 14 - ENTRETIEN DU VENDREDI 11 MAI 2012 AVEC MME NADINE FUSADE

Ingénieur en restauration, responsable de l'ensemble des services de production des repas au CH de Libourne

Mme FUSADE Nadine, ingénieur en restauration, responsable de l'ensemble des services de production des repas soit l'unité centrale de production culinaire (UCPC), l'office relais et les 2 restaurants du personnel.

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

La dénutrition est avant tout dans le champ de la diététique. Pour moi qui participe au CLAN (comité de liaison de l'alimentation et de la nutrition) c'est d'abord l'évaluation du niveau de dénutrition de la personne par le calcul de l'IMC.

La dénutrition part d'un constat physique de la personne ; c'est l'aspect technique.

Mais pour moi, il y a aussi la dimension psychologique c'est-à-dire le rapport à l'alimentation et l'envie de manger.

Si la dénutrition est seulement l'aspect technique, la réponse est mécanique comme l'apport de compléments alimentaires. Mais à mon sens, c'est beaucoup plus complexe. Si une personne est dénutrie, il y a certainement une problématique psychologique, sociale et affective. Nous ne pouvons donc pas régler le problème de la dénutrition par seulement l'apport de produits diététiques ou de médicaments car le rapport affectif à l'alimentation est une dimension essentielle à prendre en compte. Il faut intégrer cette dimension dans la réponse au problème.

Donner l'envie de manger

Les indicateurs

Les mesures techniques précédemment cités : l'IMC, le poids et la taille qui permettent de calculer l'IMC.

Mais aussi des évaluations sur l'aspect consommation du plateau repas, contrôler visuellement ce qui a été réellement consommé sur le plateau

Contrôle à faire par les soignants qui peuvent être aidés par les agents de restauration.

L'IMC étant un indicateur technique, il permet d'avoir une référence de départ et ainsi suivre si la personne continue de maigrir ou se stabilise. L'IMC peut être mesuré à échéance régulière durant son hospitalisation mais il faut contrôler les réels apports tous les jours à chaque repas. Alors intervient, la dimension psychologique du rapport à l'alimentation car il faut comprendre pourquoi les aliments n'ont pas été consommés par la personne. Est-ce que le repas ne lui plaît pas ? – La texture ? – La quantité ? La faiblesse de la personne si elle est malade ? Etc...

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

Si, j'enlève l'aspect maladie pour les personnes hospitalisées, ces chiffres m'amènent à penser à la dimension affective du rapport à l'alimentation.

Les forts taux de dénutrition en institution et à l'hôpital peuvent s'expliquer par la rupture avec l'ancien mode de vie, l'inquiétude sur sa santé. De plus on peut perdre l'aspect convivial du repas. La personne est-elle seule devant son plateau ou en salle à manger avec d'autres personnes, les soignants sont – ils disponibles pour une aide ?

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

Deux champs

-Le premier pour les résidents en lieu de vie

Les services de restauration doivent être en lien direct et quotidien avec les soignants et toutes les personnes en contact direct avec le résident. Un coordination permet de proposer des menus adaptés en texture et en choix de plats.

Il faut aussi savoir concilier les contraintes drastiques de l'hygiène et une alimentation « plaisir ». Par exemple, si nous nous basons sur ce que nous autorise la réglementation, les résidents ne mangeront jamais d'œufs sur le plat

Sur l'établissement, parce que les mixés industriels sont infâmes, nous proposons des mixés « maison » malgré les risques de préparation que cela comporte et auxquels nous sommes très attentifs (protocoles de fabrication). Le plat du jour est aussi systématiquement proposé en texture mixée. Donc en résumé

- Des échanges directs avec les soignants pour connaître ce que les résidents ont envie de manger

- Des prestations particulières comme organiser des petits déjeuners améliorés, fournir des denrées pour faire des gâteaux, des crêpes, des soupes maison tout en respectant le cadre réglementaire sur l'hygiène

- Mise en place de groupes de dégustation hebdomadaires auxquels participent des cuisiniers, le responsable qualité, le cadre de santé, la responsable hygiène. Les mixés maison sont très appréciés

- Des menus adaptés aux personnes âgées

Le deuxième pour les patients hospitalisés

C'est plus compliqué car en systématique, les menus ne sont pas forcément adaptés mais lorsqu'il y a une difficulté particulière relevée par les soignants, c'est le service diététique qui intervient pour résoudre au mieux le problème. Cela peut être l'apport de compléments nutritionnels ou aide des soignants au moment du repas.

Dans les propositions de repas pour les services d'hospitalisation, il y a le « mouliné gériatrique » qui est une texture tendre ou mouliné même pour les crudités et enrichi en protéines.

Il faut également revoir les techniques pour remettre en température les aliments (liaison froide) notamment par l'acquisition d'un système thermo-contact et non par air pulsé. L'air pulsé provoque un choc thermique pour les aliments alors que le système « thermo contact » propose une remise en température progressive pendant une heure ce qui améliore la qualité des aliments. Mais, il est vrai que la réglementation avec responsabilité pénale et individuelle laisse peu de place à l'improvisation.

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

La formation du personnel L'alimentation fait appel au professionnalisme et donc appelle à du personnel formé qui connaît à minima les besoins de la personne âgée et ce qui peut être proposé sur l'institution. C'est indispensable pour l'adéquation des besoins de la personne âgée et la réponse faite.

Un programme de formation va être proposée à tous les soignants : la saisie informatique des repas – les questions d'hygiène – des notions de diététiques

Le temps repas La disponibilité du personnel et une coordination entre les soignants et le personnel de restauration dans les services. Remobiliser le personnel autour du temps de repas. En faire un espace, un temps déterminé et fort pour les soignants et le personnel hôtelier. C'est un projet soignant et hôtelier construit pour chaque patient et surtout pour ceux qui ont des difficultés à s'alimenter. C'est ça le temps repas.

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

- Définir les champs de responsabilités de chaque professionnel (les soignants et les hôtelières) autour de l'alimentation
- Construire un projet d'équipe autour du temps repas. Il faut que cela devienne une priorité comme un autre soin. L'alimentation est un soin.

ANNEXE 15 - ENTRETIEN DU VENDREDI 11 MAI 2012 AVEC MME CORINE MENDEZ

Cadre de santé diététicienne depuis 4 ans au CH de Libourne.

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

La dénutrition a été définie par la HAS en avril 2007, c'est notre base de travail. La mesure de référence est l'IMC et la perte de poids. L'IMC ne doit pas être inférieur ou égal à 21 pour une personne âgée Il y a également le dosage de l'albuminémie et pré albuminémie

A partir des recommandations professionnelles de la HAS, le CLAN a élaboré un logigramme à destination des équipes soignantes et médicales pour être une aide à la décision et aux actions à mettre en place dans les services.

Le MNA est très peu utilisé sur l'institution, seulement par un médecin de l'EHPAD.

Par contre, certains services de soins et en particulier les services de court séjour gériatrique et l'orthopédie utilisent des outils de relevé des repas. Ces relevés nous sont très utiles pour connaître réellement les apports nutritionnels (ingesta) et mettre si nécessaire des actions d'amélioration en place.

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

Je pense que ces chiffres en particulier à domicile sont sous-estimés car nous accueillons sur l'établissement des personnes très dénutries. Par contre, je dirais, qu'en institution (lieu de vie), il y a vraiment une prise de conscience de la dénutrition des personnes âgées et que peut-être les chiffres s'améliorent. En hospitalisation, je pense que les chiffres en 2012 sont les mêmes qu'à la date de l'enquête HAS.

Un début de sensibilisation du personnel soignant va permettre de dépister au plus tôt la dénutrition dans les services Médecine – Chirurgie – SSR, notamment en donnant du sens à l'obligation de tracer les indicateurs IPAQSS (poids - perte de poids – IMC).

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

- Un staff de dénutrition a lieu tous les mardis dans les deux services de médecine court séjour gériatrique. Les médecins examinent les résultats biologiques de tous les patients et demandent si besoin une consultation diététique pour un suivi et mise en place de mesures nutritionnelles adaptées.
- Un outil de relevé des repas existait sur certains services de soins. Il est utilisé systématiquement dans les services de court séjour gériatrique et dans les services d'orthopédie pour les patients âgés. Les soignants notent par plats la quantité réelle consommée par les patients. La diététicienne référente du service évalue les apports consommés. Elle rencontre le patient et/ou sa famille pour adapter au mieux les apports nutritionnels complémentaires.
- Les petits déjeuners et potages sont systématiquement enrichis pour les patients atteints de démence car le recueil de goût ne peut se faire ou bien tardivement en rencontrant la famille. Pour les autres patients, la recherche des goûts du patient est toujours faite par la diététicienne ou les soignants.
- Un bilan sur les services de court séjour gériatrique sera fait après l'été car le but est aussi économique. Il faut « coter » la dénutrition du patient afin qu'elle soit financée car les dépenses en compléments alimentaires sont devenues plus importantes depuis le début de cette année.
- Les patients sortent de l'hôpital avec une prescription adaptée de compléments énergétiques, avec des conseils diététiques (enrichir les préparations avec lait en poudre, œufs, plus de fromage). Mais malheureusement, il nous manque le retour sur le vécu à domicile après l'hospitalisation. Il manque donc ce lien avec le domicile et c'est frustrant car des actions sont mises en place pendant les 10 jours mais à moyen terme, nous ne connaissons pas les résultats sur l'état nutritionnel du patient.
- En orthopédie, le but est de dépister la dénutrition au plus tôt, dès le début de l'hospitalisation, en particulier pour les patients souffrant d'une fracture du col du fémur. Les relevés de repas sont systématiques pour cette pathologie.
- Un dépistage se fait sur les critères biologiques pour les patients en oncologie, hématologie, ORL pour tous les patients âgés ou plus jeunes. Les médecins peuvent décider de faire appel à la diététicienne référente du service.

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

- Le manque de diététicienne pour pouvoir rapidement répondre et suivre les patients
- le manque de sensibilisation des médecins car l'alimentation n'est pas encore une priorité même si cela s'améliore. Ce n'est pas normal que l'on nous appelle au 14^{ème} jour d'hospitalisation car le patient a aggravé son bilan biologique mais qu'il doit sortir dans les jours suivants. Même schéma et prise de conscience que la prise en charge de la douleur il y a quelques années.
- Manque de temps des soignants mais par d'autres moyens comme la lutte contre l'apparition d'escarres, les soignants sont de plus en plus alertés et cela va permettre une vision globale du patient.
- Un CLAN initiateur et encore plus dynamique sur cette problématique pour définir des stratégies
- Manque de coordination avec le domicile après une hospitalisation

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

- Le fait que la dénutrition peut être codée dans les GHM et avoir un pendant financier incite les médecins à travailler sur la dénutrition.
- Le fait également que le poids – la perte de poids et l'IMC doivent être tracés dans le dossier patient favorise une prise de conscience
- Une coordination hôpital - domicile – libéral sur le mode de réseau comme pour l'éducation thérapeutique. Avec partage de dossier informatique – fiche de liaison ou courrier aux médecins traitants et aux autres professionnels libéraux. Il faudrait aussi organiser des rencontres avec ces partenaires. Il faut prévoir aussi de convoquer à nouveau le patient si cela est possible (dans le mois qui suit la sortie de l'hôpital)
- Sur un établissement, pendant l'hospitalisation, il est important de connaître les goûts des patients et coller à ses goûts pour les menus. Savoir faire preuve de créativité dans les menus proposés et adapter les textures. Cela se fait de plus en plus en EHPAD mais encore difficile sur les services de soins.
- Assurer une présence soignante durant le temps du repas
- Assurer une formation à la nutrition à tous les soignants (AS-ASH-IDE). Par exemple, les soignants doivent savoir, qu'en EHPAD, ils peuvent facilement enrichir les plats en rajoutant du beurre ou des œufs.
- Remplacer le repas comme faisant partie intégrante du soin

Un exemple : dans les établissements de grande taille (CHU) mise en place d'équipe transversale (UTN) avec « équipe de pesée ».

Cette problématique est très prégnante sur les courts séjours mais avec une DMS souvent très courte, le relais doit absolument être fait avec le médecin traitant car autrement le dépistage ne pourra être utile.

ANNEXE 16 - ENTRETIEN DU VENDREDI 11 MAI 2012 AVEC MME SYLVIA LAGANA Directrice du Service de Soins à Domicile de Douai

C'est une association reconnue d'utilité publique qui lutte contre l'exclusion et dépendance. Il regroupe plus de 1000 établissements dont une quinzaine dans la région de Douai.

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

La dénutrition est une carence alimentaire, un défaut d'alimentation et une étape préalable à la perte de poids. Elle le constate par l'intervention des personnes intervenant en qualité d'aide à domicile. Les aides à domicile ont une bonne connaissance des personnes par leur intervention régulière. Cependant, il reste une part de subjectivité dans cette appréciation. Les aides à domicile fournissent des prestations d'aide à la préparation du repas et / ou d'aide à la prise du repas. Les changements de comportement alimentaires sont donc généralement perçus par les aides à domicile dans ce cadre. Un indicateur efficace est celui de la mesure du poids.

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

L'ordre indiqué par la HAS lui semble bon, si des personnes interviennent à domicile. Le nombre de personnes dénutries à domicile si comme évoqué une aide à domicile intervient dans la préparation et l'aide à la prise des repas. L'aide à domicile constitue une alerte en amont du risque de dénutrition et permet d'enrayer le phénomène ou de le prendre en considération rapidement.

L'avantage d'une aide à domicile est qu'elle ne s'occupe que d'une personne à la fois contrairement aux professionnels dans les établissements. Certains des aides à domicile sont d'anciens professionnels d'institution qui ont choisi de travailler pour les services à domicile pour retrouver une relation individualisée avec la personne aidée. Elles retrouvent une dimension humaine qu'elles n'ont pas forcément en établissement. Aussi les auxiliaires de vie sociale suivent une formation dans laquelle la nutrition fait partie intégrante.

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

Le SSAD met en œuvre des actions de sensibilisation du personnel. Il y a 200 aides à domicile qui interviennent auprès d'environ 1 000 bénéficiaires.

Une chose importante est de détecter le symptôme de la maladie Alzheimer le plus rapidement. Aujourd'hui plus de 5% des personnes aidées sont atteintes par cette maladie, sans compter celles qui sont non diagnostiquées. A cet effet, des réunions de formation sont organisées avec la collaboration de France Alzheimer. C'est également une demande des aides à domicile d'être sensibilisé à ce sujet.

Le sujet de la dénutrition fait partie des sujets de sensibilisation. L'année dernière nous avons sensibilisé les aides à domicile sur le sujet de la bientraitance, cette année, le thème était la dénutrition. La prochaine action portera sur l'accompagnement des personnes diabétiques et le régime alimentaire sera abordé.

Les aides à domicile apportent une aide au marché, dans les courses. Elles interviennent dans le cadre de la prévention de la dépression qui peut conduire à la dénutrition notamment par l'observation de leurs réactions.

Nous apportons également une aide par l'apport de couvert ergonomique et on tente de suivre l'état de la dentition des personnes aidées.

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

Il manque une motivation et une attention individualisée pour stimuler les personnes âgées lors de la prise des repas. Il manque également des formations sur le sujet, l'alimentation peut être à la base de beaucoup de problèmes. Le coût peut être un obstacle, mais ne constitue pas le premier des obstacles à ses yeux. Par contre, il faudrait œuvrer davantage pour l'aide dans les déplacements pour faire les courses, la préparation des repas, la présentation du repas (jouer sur le contraste, jouer sur les couleurs).

Le temps du repas doit être allongé. Il y a un problème de moyen, là où avant le Conseil Général financé entre 40 ou 60 heures par mois d'aide à domicile, il n'en finance plus aujourd'hui qu'une trentaine. Ce manque de temps est pris sur celui du repas.

Il y a là une différence entre les personnes handicapées qui bénéficient de la PCH qui est une aide pour financer les besoins de compensation des personnes, alors que l'APA constitue une enveloppe en fonction du Conseil Général et tient compte des revenus, mais sans tenir en compte les besoins réels des personnes âgées.

L'aide à domicile doit faire preuve de bon sens dans l'aide à domicile qu'elle apporte (et elles interviennent seules).

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

Il faudrait du temps pour une surveillance objective du poids de la personne. Il ne faut pas penser qu'il s'agit là d'un sujet médical. La nutrition relève du quotidien. Plus de temps, pour permettre à l'aide à domicile une meilleure connaissance de la personne aidée.

L'aide à domicile est un acteur du quotidien. Il faudrait renforcer son rôle et une meilleure reconnaissance de ses missions. Il faudrait une meilleure coordination entre les professionnels qui interviennent (notamment entre les professionnels de santé et les aides à domicile).

La valorisation du travail des aides à domicile et la reconnaissance de leurs capacités à détecter en amont les difficultés rencontrées par les personnes âgées.

Concernant les solutions à l'étranger, le Québec a été rapidement évoqué mais sans approfondissement.

ANNEXE 17 - ENTRETIEN TELEPHONIQUE DU VENDREDI 11 MAI 2012 AVEC DOCTEUR STEPHANE SCHNEIDER Professeur de Nutrition au CHU de Nice, Président du Conseil Scientifique de la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

La dénutrition est un état dynamique qui correspond aux conséquences d'une inadéquation entre les apports nutritionnels et les besoins. Ce sont les conséquences mesurables au niveau des compartiments de l'organisme sur cette inadéquation.

La « malnutrition » est un très mauvais terme parce que c'est l'inadéquation dans un sens comme dans l'autre. Il est trop souvent confondu avec la dénutrition car les américains utilisent tous le terme de « malnutrition », alors que le terme américain consacré à la dénutrition est « under nutrition ». Quant à l'expression « malnutrition protéino énergétique », elle correspond à la définition officielle de l'OMS dans la classification internationale des maladies.

Aujourd'hui, les indicateurs restent le poids même si ce n'est pas le poids seul : rapporté au carré de la taille dans le cas de l'IMC, variation du poids dans le temps par rapport à un mois plus tôt. Attention, il peut y avoir dénutrition sans perte de poids. Cf obésité et dénutrition. D'autres marqueurs cliniques peuvent être utilisés mais ils renvoient davantage à la masse musculaire : masse maigre mesurée en impédance-métrie, absorptio-métrie, ou mesurée au niveau biologique (albumine ou transferrine). La CRP n'est pas un marqueur de dénutrition, c'est un facteur de risque de la dénutrition : quand la CRP monte à partir d'un seuil qui n'est pas exactement défini, l'albumine baisse. Commencent à se répandre les marqueurs de force et de fonctions musculaires : force de préhension au niveau du poignet (serrer le plus fort possible) ou encore le test de marche (la sarcopénie étant souvent associée à la dénutrition). Le nouveau MNA qui intègre la circonférence du mollet n'est pas encore validé par l'HAS.

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

Ces chiffres reprennent les travaux d'études menées notamment par des spécialistes de la question de la dénutrition. Les chiffres dépendent beaucoup du lieu où l'on réalise l'étude et du marqueur utilisé. Si on utilise l'IMC c'est très bas, si on utilise un autre marqueur comme le MNA la fréquence sera plus importante. Le problème à souligner c'est qu'il n'y a pas de registre national et que les marqueurs changent.

On a l'impression que les proportions restent stables mais ce qu'il faut noter c'est que 4 à 10% c'est par rapport à une population qui augmente année après année. Il y a une idée reçue selon laquelle le plus grand nombre de dénutriés ne se situent pas à domicile mais en institution ou en hôpital.

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

La première chose c'est le dépistage. A chaque contact de la personne âgée avec le système de santé il faut qu'il y ait un dépistage pour une prise en charge générale de la dénutrition. Très fréquemment la dénutrition vient d'éléments curables : problème de dentition, polymédication. En effet, on estime que 70% des causes de la dénutrition chez la personne âgée sont potentiellement curables.

Au cours des consultations, il convient d'insister sur le fait que les régimes restrictifs sont souvent un facteur de risque important de dénutrition. C'est aussi des conseils : comment enrichir l'alimentation, la complémentation nutritionnelle orale et l'alimentation artificielle. En fonction des pathologies, il y a aussi une prise en charge spécifique pour les patients Alzheimer avec le « finger food », grignotage à la main. Il y a aussi le dépistage de la sarcopénie : perte de masse musculaire y compris chez l'obèse.

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

Il y a déjà un manque de connaissance des professionnels concernés qui ont appris plus ou moins vaguement les choses mais qui n'ont pas le réflexe de rechercher. C'est parfois même un désintéressement voir un certain mépris car c'est « du miam miam » et pas considéré comme un soin.

Par ailleurs cela ne correspond pas à une demande. Dans la plupart des cas, une personne dénutrie à l'hôpital et pour la personne âgée anorexique à domicile, n'a pas faim. Quelqu'un qui a mal exprime sa douleur et demande une prise en charge de la douleur. Quelqu'un qui a maigri et qui n'a pas faim ne va pas demander spontanément une prise en charge. Ce qui change aujourd'hui ce sont les campagnes de communication comme par exemple au niveau de la FSNEP. Peut être faudrait-il que le sujet de la dénutrition se judiciaire pour que ça passe mieux.

Par ailleurs les moyens consacrés à l'alimentation sont souvent des variables d'ajustement. Dans un plan de retour à l'équilibre pour un hôpital, la logistique pour l'alimentation ne sont pas considérés comme prioritaires. Il faut aussi souligner que la logique de séjour le plus court possible par rapport à la DMS peut inciter à fermer les yeux sur la dénutrition pour pas que le malade ne reste trop longtemps (+ sous codage de la dénutrition)

Le problème de l'alimentation à l'hôpital c'est que l'on a favorisé la sécurité. On n'attrapera pas d'infections à l'hôpital mais en contrepartie la sécurité de la couverture des besoins nutritionnels n'est pas couverte. Il y a des priorités mal définies : si quelqu'un ne se lave pas c'est un problème mais le système fait que quelqu'un qui ne mange pas se voit retirer son plateau souvent dans l'indifférence. De la même manière l'infection affole alors que la dénutrition qui intervient en amont n'affole pas. Il faut faire évoluer les esprits à tous les niveaux. Au CHU de Nice, les choses évoluent : tout malade doit être pesé et mesuré à l'entrée (mission IDE/AS).

A domicile, il y a aussi des problèmes de revenus pour assumer une alimentation variée. Les services personnalisés de portage à domicile sont encore relativement coûteux.

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

Dans la prévention, il s'agit avant tout de formaliser et systématiser le dépistage de la dénutrition après discussion des guidelines et des référentiels d'action. Aussi, le passage tous les ans chez le dentiste serait utile.

Concernant un rdv obligatoire de dépistage de la dénutrition chez le médecin généraliste tous les ans, cela semble peu pertinent étant donné que les personnes âgées vont déjà régulièrement leur médecin traitant surtout quand ils sont fragiles.

A l'hôpital, il n'est pas concevable qu'il y ait pas des systèmes de pesée adaptée aux personnes âgées comme des chaises balances ou des lèves malades avec poids.

Il faudrait favoriser en long et moyen séjour les repas en salle à manger avec une attention particulière à la présentation du repas. Ces petites choses font que la personne âgée mangera volontiers beaucoup plus dans la convivialité que si elle était assise au lit.

ANNEXE 18 - ENTRETIEN TELEPHONIQUE DU VENDREDI 11 MAI 2012 AVEC M. DIDIER BUFFET Gérontologue. Fondateur de l'association Nutrisenior en 2003

M Didier Buffet, gérontologue. Fondateur de l'association Nutrisenior en 2003 après la canicule. Travaille actuellement dans une biotech de l'industrie pharmaceutique, spécialisé dans les cancers du sang et dans la leucémie du sujet âgé (laboratoire Celgene).

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

La dénutrition est une maladie du métabolisme. On a soit une dénutrition exogène par carence d'apports soit endogène liée à une maladie, à un état inflammatoire chronique grave (hypercatabolisme). Souvent la dénutrition endogène induit la dénutrition exogène : on parle de dénutrition mixte qui est la forme la plus grave. Le professeur Charles Henri Rapin, ancien professeur à la Faculté de médecine de Genève, préférerait parler de « sous alimentation ». Pour lui dans les 70% de dénutrition en maison de retraite, il y a un pourcentage important de dénutrition lié à ce phénomène et à la très mauvaise qualité des aliments que les gens prennent. Ces structures ne sont pas suffisamment impliquées ou pas suffisamment surveillées. A titre d'exemple le coût matière d'un repas en institution publique, selon l'Observatoire des Maisons de Retraite, va de 16 centimes à 3 euros : comment expliquer un tel différentiel ?

La malnutrition, qui crée des maladies, est une carence/ou un excès en un nutriment, par exemple manque de potassium ou de certaines vitamines/protéines. L'obésité c'est de la malnutrition.

La dénutrition se mesure de deux façons :

- par rapport aux valeurs anthropométriques les plus souvent utilisées : poids, mesure, IMC. Toutefois cette mesure n'est pas la plus scientifique car il existe des dénutritions sournoises qui ne se voient pas à l'œil nu avec même des patients obèses qui sont dénutris
- par rapport aux données biologiques : il est intéressant de regarder l'état inflammatoire du patient ainsi que l'albumine sérique. Mais en mesurant l'albumine il faut faire attention aux pièges de diagnostic lorsqu'on a une albumine basse

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

Ces chiffres commencent à dater, il est difficile d'avoir des chiffres exacts. En EHPAD, où la moyenne d'âge est proche de 90 ans, il semblerait que l'on soit sur une fourchette entre 30 et 70% de personnes âgées dénutries. Il y a peu d'études de faites pour montrer s'il y a une relation entre le degré de dépendance d'un patient et sa dénutrition.

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

- Mise en place du « Diagramme Iso Nutritionnel », présenté depuis 2003 qui a obtenu le prix de l'innovation ANVAR Bourgogne. A l'époque il n'y a pas eu de brevet déposé en raison du coût. Par rapport à cette épidémie, à cette prévalence de la dénutrition en France, il semblait important de mettre des outils permettant d'évaluer l'état nutritionnel comme on évalue la dépendance : faire des groupes iso-nutritionnels, des DINages et avoir par établissement une photographie de l'existant. L'idée est ensuite de pouvoir mettre en place des politiques de santé efficace selon les différences géographiques, de pouvoir de corriger le tir dans les établissements où les patients ne sont pas alimentés de façon correcte, et surtout de pouvoir faire une vraie épidémiologie/étiologie scientifique (comprendre pourquoi les patients sont dénutris : corrélations avec le sexe, le métier exercé, statut social). Il convient d'insister sur le fait que la dénutrition est un fléau de santé publique qui coûte très cher à l'Etat car cela peut provoquer une accélération de l'entrée en dépendance.

Ce diagramme repose sur 4 critères (2 critères biologiques et 2 critères anthropométriques) : l'albumine, la protéine C réactive, l'IMC et la variation de poids corporel. A partir de cela est réalisé un grade qui va de A (absence de dénutrition) à D (patient proche de la mort), qui permettrait ensuite de cibler les politiques de santé publique.

- Question sur le MNA : c'est une enquête alimentaire, mais se posent plusieurs difficultés : qui fait ces enquêtes, comment faire une enquête auprès d'une personne dépendante qui n'a plus toute sa tête. Au niveau pragmatique, c'est très pratique à réaliser car non invasif et rapide. Mais il semble y avoir trop d'artefacts pour que ce soit suffisamment un outil suffisamment fiable et scientifique.

- Mise en place du site Internet par l'association Nutrisenior pour faire face au manque d'information et de formation des professionnels de santé. Il s'agit de mettre à disposition des données simples pour sensibiliser les gens sur la pathologie de la dénutrition.

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

Il y a d'abord un frein propre au patient qui peut avoir une attitude réfractaire : déni et refus de manger. Il faut essayer d'en comprendre les causes : problème de dentition, douleurs...

Ensuite, la dénutrition n'est pas considérée comme une co-morbidité. Or la dénutrition est une maladie en soi : si l'on donne des médicaments anti cancéreux à un patient qui a une hypo-albuminémie non seulement le traitement ne va pas agir mais il peut devenir toxique.

En France, il n'y a pas encore de cohésion des médecins : chaque professeur a son système à lui, ce qui est dommage. Parfois, des personnes ont préféré mené des actions politiques plutôt que de faire avancer la problématique de la dénutrition. Les moyens à mettre en place ne sont pas très coûteux et cela pourrait rapporter gros.

A domicile, les gens sont seuls ou en situation d'abandon. Se pose le problème des péremptions dans les réfrigérateurs voire parfois des frigos qui ne marchent pas.

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

- Mettre en place un système de restaurant en institution où les personnes peuvent venir manger à l'heure qu'elles souhaitent. Importance de l'environnement : avoir un choix d'entrée, manger sur des tables avec nappes et bouquet de fleurs. Si on met des plats exotiques, les personnes âgées ne vont pas beaucoup manger. Il faut ouvrir l'appétit et donner aux personnes âgées l'envie de manger en prenant en compte les « effets de cohorte » (on ne peut faire manger du mais à des gens qui ont vécu la guerre ou à des ruraux).

- En ville, renforcer les appartements collectifs protégés : 5 ou 6 personnes et 1 gouvernante. La gouvernante fait à manger et fait participer les personnes âgées. Il y a de l'humanité et de la convivialité.

- Envisager des publicités institutionnelles à la télévision pour sensibiliser le grand public sur le problème de la dénutrition des personnes âgées : ne pas faire de régimes et faire attention à ce que l'on mange. Le départ à la retraite est souvent vécu comme une angoisse, ils entrent dans une période qui mène à la mort. Il y a à partir de 70 ans une deuxième jeunesse qui revient : envie de séduire, de perdre des kilos. Or ils perdent de la masse maigre, du muscle qui constitue pour eux du capital vie (cf schéma des escaliers). La dénutrition fait dégringoler les marches très rapidement, c'est la spirale de la dénutrition du Dr Ferry.

- Développer un observatoire de la dénutrition.

- A l'étranger les canadiens ont pris conscience qu'avoir un coût de matière bas, ce n'est pas faire de bonnes économies. Il faut faire des vrais repas et mieux prendre en compte la dimension éthique dans la relation avec la personne âgée.

ANNEXE 19 - ENTRETIEN TEL DU VENDREDI 11 MAI 2012 AVEC M. ANNE DUCHAMP / MME DOMINIQUE COMBRAY

Infirmière en nutrition rattachée à la Direction Centrale des Soins aux Hospices Civils de Lyon / cadre supérieure diététicienne HCL

QUESTION 1 : Quelle définition donneriez-vous de la dénutrition ? Sur quels indicateurs la définissez-vous ?

La dénutrition est un déséquilibre entre les apports en nutriments et les besoins de l'organisme. Les critères que l'on ventile sont ceux retenus par la Haute Autorité de Santé à savoir : l'IMC inférieur à 21 et la perte de poids (5% en un mois et 10% en 6 mois pour la dénutrition classique ou 10% en un mois et 15% en 6 mois pour la dénutrition sévère). Il y a aussi les paramètres biologiques : pour la personne qui a plus de 70 ans, une albumine inférieure à 35g avec une CRP (syndrome inflammatoire) inférieure à 15mg. Il n'y a pas de préconisations particulières des tests MNA sur les Hospices Civils de Lyon mais il existe une unité d'évaluation gériatrique approfondie sur Antoine Charial. Exception faite de cette unité, le personnel recourt peu aux tests MNA car les critères recommandés par la HAS permettent de diagnostiquer plus de 95% des dénutris. Concernant la conférence du mollet, elle est utilisée par les médecins nutritionnistes mais là encore il faut que le personnel soit formé, avec l'implication de mêmes personnes pour avoir des données fiables et reproductibles. Cette mesure est donc uniquement réalisée sur des patients ciblés et identifiés mais pas pour du dépistage, d'autant plus que ce n'est pas encore validé au niveau national par les sociétés savantes.

QUESTION 2 : Que pensez vous des chiffres de la Haute Autorité de Santé de 2007 concernant la prévalence de la dénutrition (4 à 10% des 70+ au domicile, 15 à 38% de celles vivant en institution, 30 à 70% des hospitalisées) ?

Il est difficile de calculer réellement la prévalence de la dénutrition à l'hôpital compte tenu du fait qu'il y a des personnes âgées en gériatrie mais aussi dans tous les services. Pour les personnes âgées, on est au moins à 70% voire au delà en gériatrie, autour de 80%-85%. Le fait que le pourcentage soit plus élevé à l'hôpital s'explique parce que les personnes admises à l'hôpital ont un état de santé davantage précaire et altéré par rapport aux personnes qui restent à domicile ou en institution. En effet, on qualifie souvent les personnes âgées de « on/off » (phénomène de décompensation) : elles peuvent bien aller pendant un certain temps et lorsqu'une pathologie aigue vient se greffer sur leur état de santé c'est la spirale infernale et il y a une dégradation accélérée. Il faut aussi insister sur la durée de jeûne assez élevée à l'hôpital ce qui aggrave la situation des personnes dénutries. Concernant l'organisation des repas hospitaliers aux HCL, le dîner est servi vers 18h30 et l'idéal serait qu'ils aient tous déjeunés avant 8h30 ce qui est difficile. Dominique COMBREY fait remarquer l'importance de la réflexion éthique sur le ratio bénéfice/risque des examens entraînant des situations longues de jeûne.

QUESTION 3 : Actuellement, quelles sont les mesures mises en place dans votre champ de responsabilité ?

Les HCL ont un projet novateur depuis 2010 avec une volonté de la Direction de la Stratégie, de la Direction Générale, de la Direction des Soins et de la Qualité de conduire un projet pour lutter contre le fléau de santé publique qu'est la dénutrition. Il s'agit d'avoir une démarche harmonisée, construite et coordonnée au sein des HCL avec le choix d'embaucher 2 infirmières à temps plein pour pouvoir accompagner les équipes soignantes dans le dépistage de la dénutrition en relais avec les diététiciennes au niveau des groupements qui sont expertes sur le sujet. C'est un véritable accompagnement entre infirmière et diététicien pour aller répondre aux interrogations des professionnels sur le terrain. Il a été constaté, au vu des critères IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins), une large amélioration au niveau de la mesure du poids, de la variation de poids et de l'IMC du fait de la volonté institutionnelle de lutter contre la dénutrition organisée et pilotée en centrale.

Pour pouvoir pérenniser ce projet, ont été mis en place des audits dénutrition. L'idée est de pouvoir s'inscrire dans une Evaluation des Pratiques Professionnelles et dans les développements professionnels continus. Mais surtout cela permet de s'interroger sur les pratiques et sur le sens : pourquoi on fait les choses, quel est l'impact pour le patient, quel est l'impact pour l'institution au niveau des recettes ? Il ne faut pas oublier que la dénutrition est aussi une comorbidité, c'est donc un jeu gagnant gagnant.

Il faut souligner le rôle central du CLAN qui développe des formations aux Hospices Civils de Lyon avec en particulier des journées sur le thème du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition animées par des diététiciennes, infirmières et médecins. Ces formations sont ouvertes aux IDE, AS et depuis cette année aux médecins.

Les HCL ont lancé un partenariat avec l'institut Bocuse pour la prise en charge de la dénutrition : l'idée est de travailler sur le temps du repas et l'envisager comme un soin. En sortant du cadre hospitalier et en allant voir ce qui se passe ailleurs, des professionnels ont été formés sur le comportement à avoir pour pouvoir favoriser la prise alimentaire du patient. On montre par exemple aux aides soignants comment présenter le plateau repas, comment susciter l'envie de manger... Cela s'appuie sur des études qui ont démontré qu'en fonction du comportement des professionnels il y a un impact sur la prise alimentaire.

Dominique COMBREY : Concernant la mise en place du nouveau CENS (Centre Européen Nutrition Santé). Ce centre sera en partenariat avec d'autres centres de recherche et l'on peut imaginer que la dénutrition sera une des thématiques de travail. Sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition, il faut aussi insister sur la mise en place d'ateliers sur le terrain. D'une très courte durée ces ateliers concernent des sujets posant des problèmes de bon fonctionnement ou des pratiques non acquises : consommation des compléments nutritionnels oraux (utilisation et coût élevé), surveillance alimentaire des personnes âgées (avoir des outils utilisables rapidement).

Il y a aussi tout un travail avec les équipes pour que l'information comme quoi un patient a été dénutri pendant un séjour et le traitement qu'il a eu figurent dans le courrier de sortie. C'est un bon indicateur pour voir comment l'équipe médicale a pu s'impliquer dans la prise en charge de la dénutrition.

QUESTION 4 : D'après vous quels sont les principaux freins au dépistage et à la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de santé et des interfaces (domicile-institution-hôpital) ?

Le premier frein est souvent la crainte d'avoir une charge de travail qui s'alourdit. En fait ce frein est assez vite levé ; il masque une autre réalité qui est le manque de connaissance des professionnels de santé sur le sujet de la dénutrition. On retrouve l'importance de donner du sens et de comprendre le lien direct avec le patient (pas seulement la notion IPAQSS / coût) : savoir pourquoi on prend la mesure du poids. Le défi est d'intégrer cette donnée dans l'entretien d'accueil et dans la pratique en faisant comprendre qu'on ne prend pas en charge la dénutrition mais un patient dénutri. En effet la dénutrition impacte d'autres prises en charge : charge de soins plus lourde, escarre, risque de chute. Ces liens entre les différents projets institutionnels sont très porteurs pour les soignants afin de comprendre les différentes déclinaisons opérationnelles.

L'idée de mettre des référents dénutris dans les équipes de soins ne semble pas optimale : ce sont souvent les mêmes personnes qui se mobilisent pour l'ensemble des thèmes. Le retour sur investissement est difficilement mesurable.

L'autre frein identifié est le problème de matériel (pour la pesée en particulier) avec un grand travail de référencements la Direction Centrale des Soins en lien avec la Direction des Affaires Economiques et Logistiques. L'objectif a été de mieux répartir le parc de matériel. Mais ce « manque de moyens » peut aussi masquer un manque d'intérêt pour le thème de la dénutrition.

Il convient aussi de souligner le manque de connaissance de la part des professionnels de ville (médecins traitants, infirmiers libéraux, aides soignants et auxiliaires de vie) et donc le besoin de formation qui en résulte. Ce qui est aussi compliqué c'est que la dénutrition se palpe souvent au décours d'une complication. Quand il y a un problème de concret (cicatrisation, infection), on met quelque chose de concret sur de l'abstrait. On est aussi dans une culture où maigrir en vieillissant c'est normal car quand on vieillit on mange moins, on a moins d'appétit. Il y a beaucoup de choses à faire sur ce point (cf travail de la région Centre sur la chaîne alimentaire), la dénutrition n'est pas encore une pathologie qui inquiète beaucoup de monde dans notre culture.

Dominique COMBREY : la dénutrition est encore considérée comme le parent pauvre de la nutrition. Il est parfois difficile de motiver les acteurs à travailler sur ce sujet. Le fait que les directions s'intéressent à la dénutrition est très aidant à la mise en lumière et à la sensibilisation sur le sujet.

QUESTION 5 : Quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées tout au long du parcours ? Avez-vous connaissance de solutions mises en place à l'étranger ?

Une meilleure organisation des repas permettra non de prévenir la dénutrition mais d'éviter une aggravation. C'est un axe fort qui passe par une collaboration étroite entre Direction des Soins et Direction de la Restauration. Aux HCL c'est un fonctionnement par aversion alimentaire : on demande au patient ce qu'il n'aime pas et pas ce qu'il aime. Le logiciel n'est pas toujours bien utilisé. Il y a très certainement un obstacle de formation mais aussi organisationnel : rentrer les aversions ne prend pas tant de temps si on a compris l'intérêt. La nourriture hospitalière est souvent décriée, à tort, alors que l'institut Paul Bocuse démontre qu'en fonction de l'attitude du soignant et de la présentation du plateau repas, il y a des différences significatives d'ingesta. Concernant les jeunes nocturnes, s'y intéresser c'est remettre en question l'ensemble de l'organisation et des mentalités. Il faut accompagner la prévention de la dénutrition dans les mentalités.

L'amélioration des transmissions est un défi majeur (cf modèle des Unités Transversales de Suisse, qui ont réussi à mobiliser les soignants depuis 20 ans).

Dominique COMBREY : tout repose sur la collaboration des professionnels et la manière dont les transmissions sont faites. A partir du moment où les professionnels sont convaincus, où l'on a donné un sens, travaillé ensemble et que chacun à une petite part à faire dans son domaine de compétence (maillage dans la prise en charge de la dénutrition) on s'approche d'une collaboration optimale (pluri/inter/trans disciplinarité). Il faut faire des allers retours entre les différents professionnels en favorisant la confiance et la compréhension des interdépendances. Se pose aussi la question des outils de transmission et de la mise à disposition de ces outils : la gestion centralisée des documents a aidé. La mise en place de référents transversaux permet aussi la transmission d'informations aux équipes, avec pour objectif une cohérence soignants/médecins. Le sujet de la dénutrition ne passionne pas : cela ne se voit pas et n'est pas considéré comme une priorité. Un autre facteur de réussite est la communication autour des projets nutrition par les personnes qui les mènent : faire savoir, faire connaître les expériences et valoriser les résultats.

STRATEGIE COORDONNEE DE PREVENTION DE LA DENUTRITION CHEZ LES PERSONNES AGEES ET TRES AGEES

BENSMINA Amar, D3S - BOUSQUET Priscilla, IASS - CHADEFPAUD Nathalie, DS -

EVEN François, AAH - GOBENCEAUX Guillaume, EDH - JANSSEN Jimmy, D3S - □

LARUEE Patricia, D3S - MARTINEZ Valérie, AAH

Résumé :

Une étude de la HAS de 2007 montre que 4 à 10% des personnes âgées vivant à leur domicile 15 à 38% en institution et 30 à 70 % des PA hospitalisées sont dénutries. Ces chiffres qui apparaissent sous estimés au regard des différents entretiens réalisés soulignent un problème de santé publique. Ce qui justifie un éclairage dans le cadre du module interprofessionnel de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

La dénutrition de la personne âgée peut se définir, selon la Haute Autorité de Santé, comme un état pathologique résultant d'apports nutritionnels insuffisant en regard des dépenses énergétiques de l'organisme. Les causes de ce phénomène sont multifactorielles, parmi cela, on retrouve le vieillissement physiologique, l'isolement, les poly pathologies entre autres. Par ailleurs, dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées et notamment dans le champ de la nutrition, des idées reçues, bien encrées, participent de cette situation. Pour faire référence à l'expression du docteur Ferry, évoquée dans ses études, la dénutrition constitue « une spirale » qui conduit à la dégradation de l'état de santé de la personne.

C'est la raison pour laquelle mettre en œuvre une véritable stratégie de prévention et de gestion de la dénutrition tendrait à réduire non seulement le risque d'atteintes vitales mais aussi les coûts induits. Dès lors, le groupe MIP 28 a défini une méthodologie de recherche-action qui consiste à aller à la rencontre de professionnels intervenant auprès des personnes âgées. Le contenu des entretiens a été riche d'enseignements. Il en ressort que malgré la mise œuvre d'importants dispositifs, alimenté par une littérature conséquente, un certain nombre de freins demeure. Parmi ceux là nous pouvons citer l'absence de sémantique commune et le peu d'attrait par les médecins.

Mots clés : prévention – coordination – dénutrition – stratégie – personnes âgées – alimentation – indicateurs

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