Prévention de la dénutrition et Qualité de la nutrition en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Document du Groupe de travail réuni en 2009-2010 à la DDASS puis l'ARS, délégation territoriale des Yvelines

Plaisirs épicuriens, par Valérie Bechtel

Agence Régionale de Santé Île-de-France

Délégation Territoriale des Yvelines

Prévention de la dénutrition et Qualité de la nutrition en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Sommaire

INTRODUCTION……...3

- Selon l'avis de l'AFSSA du 9 janvier 2009……3
- Le rapport de l'IGAS……3

1- LE REPERAGE……5

1.1 Le bilan d'admission……5
1.2 Vérifier les points critiques……5
- L'état bucco-dentaire (voir Fiche n°6 et ses annexes)……5
- Les médicaments « à risque »……5
- Les carences (vit D, vit C)……6
- Le risque de fausses routes……7
- La douleur physique ou morale……7

1.3 Evaluer les régimes et les textures (savoir les remettre en cause ou les ré-évaluer)……8
1.4 La pesée régulière……8
- Le matériel de pesée……8
- Le suivi mensuel de la courbe de poids……8

2- AUTOUR DU REPAS……9

2.1 Respecter les équilibres alimentaires……9
2.2 S'intéresser à la qualité dans l'assiette……10
- Satisfaire la vue……10
- Satisfaire le goût et l'odorat……10

2.3 S'intéresser à l'environnement (voir Fiche n°7)……10
2.4 S'intéresser aux moyens à mettre en œuvre……10
2.5 Aider aux repas……11
- Le temps du repas……11
- Le respect des rythmes……11
- L'implication des personnels……11
- La place des aidants familiaux et des bénévoles……11

3- L'IMPLICATION DE L'ETABLISSEMENT……12

3.1 La direction……12
3.2 Les référents soignants (MEDEC, IDEC)……12
- La correction d'un facteur de risque……12
- La formation et sensibilisation des personnels……12
- La mise en place de protocoles complémentaires aux repas habituels……12

3.3 Les référents non soignants……13
3.4 Les services de la restauration (dans et hors établissement)……13
- Un préalable à la qualité nutritionnelle : le respect de la réglementation et de l'hygiène……13
- La cuisine……13
- Traduction en menus des recommandations du Plan National Nutrition Santé (PNNS)……13

3.5 « Ce qu'il ne faut pas faire dans son établissement » (Fiche n°1)……13

4- L'ORGANISATION GENERALE ET « TRANSVERSALE »……14

4.1 Place de la nutrition dans le projet d'établissement……14
4.2 Place de la nutrition dans un objectif « bientraitance »……14
4.3 Importance de la communication dans l'établissement……14
4.4 Importance de la communication inter-établissement……14

CONCLUSION……15

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SITES……16

ANNEXES

Annexe 1 : Résultats de l'enquête initiale……17
Annexe 2 : Personnes ayant participé au GT……25
Annexe 3 : « Etude Nutrition », une expérience de changement d'organisation au sein d'un EHPAD des Yvelines pour une meilleure adéquation avec les recommandations……26

FICHES PRATIQUES

Fiche N°1 : Ce qu'il ne faut pas faire dans son établissement……30
Fiche n°2 : L'implication de la direction……36
Fiche n°3 : Le respect de la réglementation concernant la restauration collective……42
Fiche n°4 : Evaluation nutritionnelle à l'entrée……48
Fiche n°5 : Systèmes de pesée……53
Fiche n°6 : Soins buccodentaires……54
Fiche n°7 : Conditions du repas en salle……61
Fiche n°8 : Compléments nutritionnels oraux……64
Fiche n°9 : Animation/Exercice Physique/Vitamine D……73
Fiche n°10 : Alimentation et hydratation en fin de vie……75

INTRODUCTION

A l'initiative de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Yvelines (DDASS, devenue Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé-DT/ARS le 1er avril 2010), une enquête rapide auprès des EHPAD du département a démontré l'importance de la dénutrition au sein de la population des personnes accueillies (**annexe 1**).Un groupe de travail a été mis en place (**annexe 2**) afin d'élaborer un guide pratique sur la prévention de la dénutrition en EHPAD.

Le groupe de travail s'est régulièrement réuni entre avril 2009 et novembre 2010, au siège de la DDASS 78 puis de la DT ARS, 143 bd de la Reine à Versailles (78 000).

Le présent document ne prétend pas être un document de référence ni d'expertise sur le sujet. Des documents faisant autorité existent déjà dans le domaine, qu'ils concernent les bonnes pratiques professionnelles ou des recommandations plus générales. On peut les retrouver notamment sur les sites de la Haute Autorité de Santé (HAS), de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA, devenue après sa fusion avec l'AFSSET le 2 juillet 2010 l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, ANSES), de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM), ou du Groupe d'étude des marchés de restauration collective et de nutrition (GEMRCN). Les Comités de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) participent également à cette expertise au service des professionnels.

Le groupe de travail s'est avant tout attaché à simplifier et hiérarchiser les aspects spécifiques de la prise en charge nutritionnelle en EHPAD.
Son souhait était que ce document constitue un support départemental pour un partage à minima et si possible une harmonisation des pratiques dans les EHPAD du département.
Il a semblé intéressant de rappeler dans l'introduction les deux points suivants :

- **Selon l'avis de l'AFSSA du 9 janvier 2009**,
  les conséquences de la dénutrition chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies ont été « clairement mises en évidence » et peuvent ainsi être résumées :
  - augmentation des infections nosocomiales
  - augmentation des chutes et fractures
  - augmentation des escarres
  - augmentation de la durée du séjour à l'hôpital
  - augmentation de la mortalité en ville comme à l'hôpital

- **Le rapport de l'IGAS**
  sur « Evaluation du programme national nutrition santé PNNS 2 2006-2010 », paru en avril 2010 met l'accent, au chapitre dénutrition des personnes âgées (ch.3.3), sur les points suivants :
  - C'est une problématique encore très méconnue du grand public
  - Le nombre d'études est encore insuffisant sur le sujet, mais une certitude existe cependant sur l'impact négatif de la dénutrition en termes de mortalité et morbidité (escarres, chutes, fractures, infections nosocomiales…)
  - L'approche de la problématique de dénutrition chez la personne âgée est jusque là très hospitalo-centrée (avec objectifs précis et résultats les plus probants dans les établissements de soins notamment)

- Il faut identifier clairement un programme spécifique de« prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition des personnes âgées, à domicile et en établissement », assorti de fiches-actions incombant à des pilotes nationaux et susceptibles d'être déclinées en région
- La prévention et la prise en charge de la dénutrition se heurtent toutefois en EHPAD à quelques obstacles financiers

    - si la présence de diététicienne dans les EHPAD s'est développée, notamment avec la première génération de conventions tripartites (de l'ordre d'un mi-temps pour un EHPAD standard de 80 à 90 lits), il semble d'une part que cela soit davantage le cas dans les EHPAD rattachés à un groupe (associatif ou privé) ayant mis en place une politique nutritionnelle, et moins dans les EHPAD « autonomes ». Surtout, ce mouvement bute aujourd'hui sur les modalités de calcul de la dotation soins.
    - la tarification ternaire des EHPAD fait reposer essentiellement sur le tarif hébergement, à la charge du résident, les coûts susceptibles de faciliter la prévention de la dénutrition. Ainsi, les activités physiques adaptées en EHPAD sont imputées le plus souvent sur le budget animation, quelques rares départements ayant accepté d'innover en acceptant d'en imputer tout ou une partie sur les forfaits soins et/ou dépendance.
    - le recours à des compléments nutritionnels oraux (CNO), hyper caloriques et/ou hyper protidiques peuvent représenter un coût supplémentaire allant jusqu'à 1 euro par jour, alors qu'ils sont imputés sur les dispositifs médicaux dont le forfait est plafonné à 2,32 euros/jour, amputant ainsi la ressource disponible pour l'établissement pour d'autres dispositifs médicaux.

Le chapitre du rapport de l'IGAS en question conclut sur cette recommandation :

« Une culture de la dénutrition doit donc encore se généraliser au sein des EHPAD. Cela suppose une sensibilisation/formation des personnels soignants et non soignants à la dénutrition ».

1. LE REPERAGE

Le repérage de la dénutrition est indispensable dès l'admission du résident. On considère que 30 à 60 % des personnes âgées sont dénutries dès leur entrée en EHPAD. Ce pourcentage varie notamment en fonction des situations ayant précédé l'admission (domicile, retour d'hospitalisation, etc…).
Notre enquête initiale conforte cette estimation (voir **Annexe 1**). Le suivi nutritionnel est aussi à faire tout au long du séjour, nécessitant au minimum une pesée régulière, et une vigilance des équipes.

1.1 Le bilan d'admission

La Fiche N° 4 propose un support d'évaluation nutritionnelle à l'entrée (pré-admission ou admission). Chacun peut à partir de cette trame construire la fiche qui lui convient le mieux.
Le MNA (Mini nutritionnel assessement) est un test de référence préconisé par la HAS. En pratique, il semble être peu utilisé (voire peu utile) en EHPAD, du fait notamment de la présence d'autres indicateurs plus rapidement exploitables (dont la réactivité des équipes).

1.2 Vérifier les points critiques

- **l'état bucco-dentaire** (voir **Fiche N° 6** et ses annexes)
- **les médicaments « à risque »**

Médicaments susceptibles d'être impliqués dans la perte de poids	
Médicaments anorexigènes	**- Cardio-vasculaires** : digoxine, amiodarone, procaïnamide, quinidine, spironolactone **- Gastro-intestinaux** : cimétidine, interféron **- Psychiatriques** : phénothiazines, butyrophénones, lithium, amitriptyline, imipramine, fluoxétine et autres inhibiteurs de la recapture de la sérotonine **- Anti-infectieux** : la plupart des antibiotiques, métronidazole, griséofulvine **- Suppléments nutritionnels** : fer, sel de potassium, excès de vitamine D **- Antinéoplasiques** : cyclophosphamide et presque tous les autres **- Antirhumatismaux** : anti-inflammatoires non stéroïdiens, colchicine, pénicillamine **- Pulmonaires** : théophylline
Médicaments entraînant une malabsorption	- Laxatifs - Cholestyramine - Méthotrexate - Colchicine - Néomycine - « *ganglionic blockers* »
Médicaments augmentant le métabolisme	- Théophylline - L-thyroxine en excès - Triiodothyrosine en excès - D-pseudoéphédrine

HAS / Service des recommandations professionnelles / Avril 2007

les carences (vit D, vit C…)

Différentes études ont montré que les personnes âgées étaient particulièrement vulnérables à des carences vitaminiques dues aussi bien à une modification de leur utilisation, à un défaut d'absorption ou de stockage ou encore à une baisse des apports caloriques. Les mesures de correction des carences et de prévention des récidives ne sont pas consensuelles.

Concernant la vit C : chez les personnes en institution, 40 à 80 % des résidents sont carencés[*]. Un dépistage attentif notamment en institution semble donc nécessaire pour corriger rapidement les carences sévères, d'autant que celles-ci correspondent à des situations de fragilité gériatrique : altération cognitive, altération de l'autonomie ou encore situations de pathologies aigües.

Une mesure préventive par l'apport d'un verre de pur jus d'orange par jour permettrait de limiter ces carences.

Attention, la Vit C est instable, on considère qu'elle est dégradée au bout d'une vingtaine de minutes à la lumière. Il est préférable d'utiliser des jus frais pressés. Si on utilise des jus du commerce, il faut favoriser les présentations en brique (protection des UV)

Vitamine C : AJR =
80 mg/jour pour les femmes
150 mg/jour pour les hommes

Dosage sérique normal > 5mg/L
Carence de 2 à 5 mg/L
Risque de scorbut si < 2mg/L
(pour le dosage : tube prélevé transporté à l'abri de la lumière, papier d'aluminium)

1 orange = 125 ml de jus pressé (1 verre) = 55mg de Vit C

Concernant la vitamine D : chez la personne âgée de plus de 80 ans confinée au domicile comme en institution, même active, la carence en vitamine D est très fréquente (60 à 80%). Ainsi, sans même qu'il soit nécessaire de prouver la carence biologique, une supplémentation en vitamine D par Colecalciférol est recommandée. Selon les normes HAS de 2005, il faut donner 100 000 UI de vit D tous les 4 mois. D'autres pratiques à 80 000 UI tous les 3 mois ou encore 200 000 UI tous les 6 mois sont possibles. Une alternative à un dosage biologique initial serait dans ces protocoles systématiques « à l'aveugle » de contrôler la carence par un dosage de la vitamine D au bout de 6 mois de traitement.

Par ailleurs, pour réduire significativement les risques de fracture, il faut rappeler que la supplémentation en vitamine D doit impérativement être associée au calcium, 1,2 g par jour, soit au moins un laitage à chaque repas associé à une alimentation variée et diversifiée. (voir **Fiche N°9**)

[*] *Carence en Vitamine C en Unité de Soins de Longue Durée- Etude chez 159 personnes âgées : prévalence, indicateurs et supplémentation par jus d'orange (Buisson S, Antoine V, Mallet A, Barthélémy F, Bodenan L, Razafimanonjy J, Age et nutrition 2007, vol.18, n°3*

Vitamine D : AJR = 25 µg/jour
Dosage sérique normal : 30 à 80 mmoles/L
Carence si < 30 mmoles/L
Au dessus de 60 mmoles/L, le risque de chute diminuerait de 23%

Quelques équivalences :

- ***Soleil 12mn/jour : 3000 UI***
- ***Poisson gras : 400 à 600 UI/100g= 10 à 15 µg/100g.***
- ***Œuf : 80 UI= 1,5 µg (10 µg.= 400 UI)***

Calcium : AJR= 1,2 g/jour

Dosage sérique normal = 2,2 à 2,6 mmoles/L corrélé à la protidémie et à l' albuminémie

Quelques équivalences :

- ***Pour 100g de***
  - ***lait ou yaourt= 120 mg de Ca ++***
  - ***fromage = 500 mg de Ca ++ en moyenne (de 120 mg pour le fromage frais à 1200 mg pour le parmesan)***
- ***Pour 1 litre d'eau Contrexéville, Courmayeur, Hépar = 500mg de Ca ++***
  Badoit, San Pellegrino, Salvetat, Quézac = 200 mg de Ca ++
- ***Pour 100 g de***
  - ***légumes = 200 à 300 mg de Ca ++***
  - ***sardines = 300 mg de Ca ++***

le risque de fausses routes

avec ses origines possibles à rechercher : ORL, neurologique, notamment séquelles d'AVC, démence sévère, neuroleptiques, déshydratation, mauvaise installation du résident au moment de l'alimentation orale (éviter l'hyper-extension du cou notamment)

La douleur physique ou morale

(rechercher une dépression notamment)

1.3 Evaluer les régimes et les textures (savoir les remettre en cause ou les ré-évaluer)

- Avec le patient et/ou la famille
- Avec l'équipe soignante et le médecin
- Avec l'orthophoniste et diététicien(ne)
- Avec l'ergothérapeute, le kinésithérapeute, le psychomotricien (couverts adaptés, installation, maintien..)
- Avec l'équipe de restauration

1.4 La pesée régulière

Elle est la base et le minimum requis.
Celle-ci aura lieu **mensuellement** ou plus si nécessaire

- **Le matériel de pesée**

Il est à choisir par l'établissement en fonction de ses propres critères et besoins à préciser (existence d'une unité protégée, degré de dépendance, accessibilité des locaux, nécessité de plusieurs types de balance par exemple)
La **Fiche N° 5** présente quelques repères pour aider dans le choix d'un appareil de pesée.

- **Le suivi mensuel de la courbe de poids**

Le relevé mensuel doit être facilement consultable (dossier, classeur de soins ou support informatique).
Ce système de vigilance sera d'autant plus performant que des « référent(s) » auront été clairement désignés dans l'établissement (une infirmière ou aide-soignante par étage, par exemple).

2. AUTOUR DU REPAS

2.1 Respecter les équilibres alimentaires

3 repas principaux, et un gouter en théorie

- **Petit déjeuner :**

Il doit représenter en théorie 25% de l'apport journalier

- Céréales: pains, viennoiseries
- Produits laitiers: Yaourts
- Jus de fruits ou fruits
- Thé, café, chocolat

- **Déjeuner :**

Il doit représenter en théorie 40% de l'apport journalier

- Entrée,
- Viande, poisson ou œuf
- Légumes ou féculents
- Fromages ou laitage et dessert

- **Gouter :**

Il doit représenter en théorie 5% de l'apport journalier

- Produit laitier, gâteaux,
- Boisson chaude ou froide

- **Dîner :**

Il doit représenter en théorie 30% de l'apport journalier

- Soupe + apport identique au déjeuner

- **Les collations :**

- Il faut prévoir une collation supplémentaire (diurne ou nocturne) pour les personnes ayant des besoins nutritionnels augmentés ou des difficultés à consommer un repas complet ou sur prescription médicale pour certaines pathologies (diabétique, gastrectomisé…).
- Il est souhaitable de fractionner les repas en cas de troubles alimentaires (déments déambulants) ou fatigabilité (fin de vie).
- En pratique, il faudrait prévoir la possibilité d'un accès alimentaire par l'équipe de nuit pour certains résidents en respectant les normes d'hygiène et de conservation des produits.

2.2 S'intéresser à la qualité dans l'assiette

Indépendamment des compétences professionnelles des cuisiniers, obtenir la qualité dans l'assiette du résident nécessite la réunion de plusieurs facteurs:

- **Satisfaire la vue**
  - Assiette bien présentée, décorée, équilibrée (sensibiliser le personnel en cuisine).

- **Satisfaire le goût et l'odorat**

  - Ne pas faire l'économie d'utiliser des épices et des condiments, des herbes aromatiques, etc, pour stimuler les perceptions.
  - Attention aux médicaments, dont certains modifient le goût :
    - antibiotiques
    - antithyroïdiens
    - hypoglycémiants
    - antimitotiques
    - anti-inflammatoires
    - anti-contracturants
    - cardiotoniques
    - anti-parkinsoniens
    - psychotropes…
  - Eviter de donner les médicaments (notamment les gels, etc) avant le repas, mais préférer à la fin ou après le repas.

2.3 S'intéresser à l'environnement (voir **Fiche n° 7)**

2.4 S'intéresser aux moyens à mettre en œuvre

Ces moyens doivent être réfléchis, discutés et évalués au sein de l'établissement en considérant qu'ils ne sont pas seulement au service du confort des résidents, mais qu'ils sont un élément de la prévention/santé.

- **Le temps de diététicien(ne) :**
  - 0,20 ETP paraît un bon compromis (explorer les possibilités de mutualisation)
- **Les achats :**
  - Produits frais et de saison à privilégier
  - Soigner le petit déjeuner car de sa réussite dépend l'équilibre alimentaire de la journée
  - Etre généreux pour la collation : produits laitiers, gâteaux, tartes, jus de fruits 100% pur jus
- **Les cuisiniers :**
  - Prévoir un nombre de cuisiniers suffisant et leur remplacement
- **Le personnel de service :**
  - Il doit être en nombre suffisant pour permettre au résident
    - de manger chaud
    - de manger au calme
    - de respecter le rythme propre de chacun.
- **Le matériel de cuisine :**
    - Disposer au minimum d'un chariot chauffant
    - blender (pour les préparations)

2.5 Aider aux repas

- **le temps du repas**

  - **les horaires des repas**

Ceux-ci impactent l'organisation de tout l'établissement. Adapter des horaires aux divers impératifs ou besoins des résidents nécessite par conséquent une réflexion en amont avec les équipes concernées et la direction. Les recommandations (moins de 12h de jeûne nocturne, un temps suffisant de 3h au moins entre les différents repas) se trouvent souvent en contradiction avec la pratique des établissements, notamment ceux qui sont éloignés des moyens de transport, avec l'impossibilité pour les personnels à commencer trop tôt ou finir trop tard. Des expériences ont été faites cependant dans certains établissements qui montrent que les changements sont non seulement possibles, mais au final bien acceptés et favorables pour la satisfaction des résidents et des personnels **(Annexe 3).**

  - **la durée du repas**

De la même façon, elle doit garantir une certaine souplesse pour allier le temps suffisant à une alimentation sereine, sans grever trop radicalement l'organisation générale (cf. **Fiche N°7**: avis du CNA : « Le temps consacré aux repas doit être suffisant pour se nourrir convenablement »).

- **le respect des rythmes**

  - **au moment du repas**

Le respect du rythme des repas doit permettre notamment de favoriser certaines souplesses individuelles dès lors qu'elles n'entrainent pas de perturbation majeure pour l'ensemble des résidents.
Le regroupement des résidents les plus dépendants dans des espaces dédiés peut permettre une prise en charge adaptée.
L'ordre des plats peut être éventuellement changé pour une meilleure prise alimentaire.

  - **dans la journée**

Chercher et trouver des alternatives pour les résidents très dépendants, opposants, déambulants : fractionnement des repas, collations…

- **l'implication des personnels**

Nécessité de formation/sensibilisation : formations externes **(**comme celles assurées par le CODES notamment, voir **Fiche N°2)** ou internes à l'établissement.

- **la place des aidants familiaux et des bénévoles**

Cette question doit être abordée et précisée au sein de chaque établissement avec les équipes et les familles, notamment au sein du Conseil de la Vie Sociale (CVS). Il est souhaitable d'établir une convention avec les bénévoles afin de préciser la place et responsabilité de chacun.

3. L'IMPLICATION DE L'ETABLISSEMENT

3.1 La direction

Comme pour les autres aspects de la prise en charge des résidents, la qualité de la prise en charge nutritionnelle ne saurait exister sans une implication manifeste et explicite de la direction de l'établissement. Celle-ci devrait concilier au mieux les impératifs économiques avec le type de restauration, choisie ou imposée (prestataire extérieur ou cuisine dans les locaux), les configurations architecturales spécifiques de l'établissement, ainsi que les demandes des familles et des résidents (au Conseil de la vie sociale, aux commissions menus, aux commissions restauration), et les besoins en formation/information des personnels.
Idéalement, comme pour d'autres sujets (bientraitance, canicule…) et selon les disponibilités des personnels et la taille de l'établissement, la désignation d'une personne « référent-nutrition » peut-être un bon moyen de responsabiliser les professionnels et d'améliorer avec la direction la circulation de l'information dans les 2 sens (ascendant/descendant). Ce référent est responsable à la fois de la traçabilité et du suivi des procédures, mais peut également être impliqué dans la formation et la sensibilisation des autres personnels.
La Fiche N° 2 s'attache à considérer les points clés dans ce cadre.

3.2 Les référents soignants (MEDEC, IDEC)

Leur rôle, en plus du bilan initial et du suivi (poids, état nutritionnel, repérage d'une carence…) est majeur dans

- **la correction d'un facteur de risque**

Ceux-ci sont rappelés dans le document de la HAS (tableau N°6 à 10 de « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » avril 2007). En dehors des facteurs de risque concernant la vie au domicile (facteurs socio-économiques notamment), les personnes âgées en EHPAD se trouvent toutes concernées par un ou plusieurs de ces facteurs de risque, comme la poly médication, ou les problèmes de dépendance. L'entrée en institution est en soi un facteur de risque, et le rôle du médecin est évidemment premier pour repérer et corriger les facteurs médicaux associés.
Nous insisterons ici principalement sur les problèmes bucco-dentaires, dont la prise en charge est pluridisciplinaire. Les autres facteurs de correction et leur surveillance dépendent avant tout des bonnes pratiques professionnelles des personnels de soin (médecins en premier lieu, voir Fiche N° 6 et ses annexes)

- **la formation et sensibilisation des personnels**

Il faut prévoir dans l'établissement un calendrier des formations internes, avec fiche de suivi des personnels formés en distinguant les formations extérieures et les formations internes (par le Medec par ex.) et en n'oubliant pas les procédures de sensibilisation/tutorat pour les stagiaires, intérimaires et/ou bénévoles.

- **la mise en place de protocoles complémentaires aux repas habituels**
  - collations, horaires variables, (« Etude Nutrition » en annexe 3)
  - compléments nutritionnels oraux (Fiche N° 8)
  - alimentation entérale (et ses limites)
  - alimentation en fin de vie (Fiche N° 10)

3.3 Les référents non soignants

La première personne à réagir en cas de problème alimentaire peut être celle qui débarrasse les repas et constate par exemple la non consommation systématique du repas servi au résident. Sa formation est essentielle : le simple fait d'avoir appris au personnel à ne pas banaliser cette situation et à la signaler peut permettre d'économiser les temps de détection/réaction/correction du problème.
Outre la formation, la bonne communication interne dans l'établissement est aussi un élément à ne pas négliger (il faut que le personnel, quelque soit sa place et sa fonction, sache que sa parole sera prise en compte).
Pour le signalement de tout événement inhabituel (perte d'appétit, fausse route, etc…), il peut être utile de disposer d'un système de suivi ou d'alerte accessible à l'ensemble du personnel intervenant au repas (voir exemples de fiches de recueil annexées à la Fiche N°4).

3.4 Les services de la restauration (dans et hors établissement)

- **Un préalable à la qualité nutritionnelle : le respect de la réglementation et de l'hygiène**
  - **La Fiche N°3** rappelle la réglementation en vigueur (il faudra veiller à ce que cette réglementation soit actualisée).

- **la cuisine**
  - L'établissement doit mener une réflexion sur l'opportunité d'avoir une cuisine interne ou sous-traitée, d'une liaison chaude ou froide.
  - En cas de prestataire extérieur, il faut préciser les termes du contrat et la possibilité d'un temps de diététicienne.

- **traduction en menus des recommandations du Plan National Nutrition Santé (PNNS)**
  - Les grammages sont établis par les diététiciens pour l'apport recommandé minima, mais les grammages recommandés sont à adapter. Par exemple, le groupe de travail du Conseil National de l'Alimentation (CNA, dans son avis N°53) propose pour couvrir les besoins majorés des personnes âgées institutionnalisées, donc malades, d'augmenter le grammage minimum préconisé par le GPEM/DA (Groupe permanent d'étude des marchés/denrées alimentaires) en tenant compte notamment des ANC (apports nutritionnels conseillés) et non des AJR (apports journaliers recommandés).

3.5 « Ce qu'il ne faut pas faire dans son établissement » **(Fiche N°1)**

La **Fiche N°1 reprend en grande partie** le document des recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD (2007, Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale et Société française de gériatrie et gérontologie, p.10). Elle peut servir d'exercice d'auto-évaluation initial à toute équipe désirant, au sein de l'établissement, connaitre son degré d'implication sur la question.

4. L'ORGANISATION GENERALE ET « TRANSVERSALE »

4.1 Place de la nutrition dans le projet d'établissement

Le projet d'établissement constitue fréquemment un des objectifs de la convention tripartite. La problématique de la nutrition en est un pilier incontournable.

4.2 Place de la nutrition dans un objectif « bientraitance »

- **nommer un « référent nutrition» par équipe, par étage…**
- **se référer aux guides ANESM** (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux)
- **intégrer la dimension activité physique (voir Fiche N° 9)**

4.3 Importance de la communication dans l'établissement

pour

- **fédérer les équipes**
- **faire vivre et s'approprier les procédures (traçabilité, alerte, etc)**
- **accueillir et sensibiliser les nouveaux personnels (salariés, stagiaires…)**
- **avoir le retour des résidents et familles**
- (enquêtes de satisfaction, registre des plaintes, Conseil de la Vie Sociale, boite à idées…)

4.4 Importance de la communication inter-établissement

pour

- **favoriser les échanges avec d'autres établissements** (échanges d'expériences, etc)
- **voir si des mutualisations sont possibles** (avec le Commission de Liaison Alimentation Nutrition, diététicienne, etc**)**

CONCLUSION

La nutrition en EHPAD ne peut plus être considérée en 2010 comme une prestation de service strictement « hôtelière ». Au regard de l'importance de la dénutrition chez la personne âgée dépendante, au regard des bénéfices attendus d'une « Qualité de l'offre nutritionnelle » au sein de l'établissement, le projet nutritionnel doit faire partie intégrante du projet d'établissement. Que la question nutritionnelle en EHPAD soit à terme considérée comme faisant réglementairement partie du soin est souhaitable. Ce document a comme principal objectif de sensibiliser les équipes des EHPAD sur le territoire des Yvelines à ce sujet. Les quelques outils élaborés à cette occasion peuvent permettre aux équipes d'investir cette thématique et de développer une politique d'amélioration de la qualité nutritionnelle dans leur établissement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SITES

Voir encadré à la fin de chaque fiche, en relation avec la thématique traitée

ANNEXES

Annexe 1 : résultats de l'enquête initiale
Annexe 2 : personnes ayant participé au GT
Annexe 3 : « Etude Nutrition », une expérience de changement d'organisation au sein d'un EHPAD des Yvelines pour une meilleure adéquation avec les recommandations

FICHES PRATIQUES

N°1 Ce qu'il ne faut pas faire dans son établissement

N°2 L'implication de la direction

N°3 Le respect de la réglementation concernant la restauration collective

N°4 Evaluation nutritionnelle à l'entrée

N°5 Systèmes de pesée

N°6 Soins buccodentaires

N°7 Conditions du repas en salle

N°8 Compléments nutritionnels oraux

N°9 Animation/exercice physique/vitamine D

N°10 Alimentation et hydratation en fin de vie

ANNEXES

ANNEXE 1 : Résultats de l'enquête initiale
ANNEXE 2 : Personnes ayant participer au GT
ANNEXE 3 : « Etude Nutrition », une expérience de changement d'organisation au sein d'un EHPAD des Yvelines pour une meilleure adéquation avec les recommandations

Plaisirs épicuriens, par Valérie Bechtel

Agence Régionale de Santé Île-de-France

Délégation Territoriale des Yvelines

ANNEXE 1 : **résultats de l'enquête initiale**

Début d'année 2009, un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes dans le département des Yvelines (voir modèle ci-dessous)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative

Direction départementale
des affaires sanitaires et sociales
des Yvelines

Pôle Santé
……, Directrice Adjointe

Service HANDICAP & DEPENDANCE
……., Inspectrice Principale

Affaire suivie par ….
Tel : 01
Fax : 01

Versailles, le 12 janvier 2009

Le Directeur Départemental
des Affaires Sanitaires et Sociales

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs
des Etablissements pour Personnes
Agées Dépendantes

Objet : Enquête sur le risque nutritionnel en EHPAD

Comme vous le savez, chez la personne âgée, la dénutrition entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance, et favorise la survenue de morbidités. Elle est également associée à une aggravation du pronostic des maladies sous-jacentes et augmente le risque de décès. La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique augmente avec l'âge. Elle est de 4 à10 % chez les personnes âgées vivant à domicile, de 15 à 38 % chez celles vivant en institution et de 30 à 70 % chez les malades âgés hospitalisés (source Haute Autorité de Santé 2007).

C'est la raison pour laquelle je me permets de vous solliciter pour renseigner une enquête sur le repérage et la prise en charge de ce trouble dans le département, qu'il pré-existe ou non à l'entrée dans votre établissement, et sur les mesures éventuellement mises en place pour le prévenir.

Votre participation à cette enquête nourrira la réflexion sur cette question, permettra des échanges d'information entre établissements et devrait aider à élaborer des outils pour une meilleure prise en charge dans ce domaine.

Aussi je vous remercie de bien vouloir répondre à cette enquête **au plus tard le 15 février 2009, par télécopie au …… à l'attention du Docteur …..., ou par mail à …..gouv.fr.**

Le Directeur Départemental
des Affaires Sanitaires et Sociales

Merci de répondre même si vous ne disposez pas de toutes les informations sollicitées.

L'exploitation des données anonymisées sera effectuée par la DDASS et selon analyse des résultats un groupe de travail pourra être mis en place dans le but d'aider les établissements qui le souhaitent à mieux répondre aux exigences spécifiques de cette prise en charge.

Nom de l'établissement : ……
Commune : ……

1. Existe-t-il dans votre établissement un dispositif systématique de dépistage de la mal/dénutrition dès l'entrée de la personne accueillie ?
❒ oui ❒ non
Si oui, s'agit il de :
❒ Pesée simple mensuelle ❒ Index de masse corporelle ❒ courbe de poids individuelle ❒ évaluation de la prise alimentaire ❒ Albuminémie

2. Votre établissement dispose d'au moins un :

❒ Pèse personne simple ❒ « chaise balance» ❒ Plateau balance (acceptant le fauteuil roulant)

3. Combien de résidents étaient concernés par un trouble nutritionnel dans votre établissement en 2007? (si vous ne disposez pas d'un chiffre documenté, donnez une estimation chiffrée en notant « estimé »)

Nbre à l'entrée : Nbre en cours de séjour :

4. Existe-t-il dans votre établissement un dispositif de repérage des personnes à risque?
❒ oui (dans ce cas, expliquer succinctement en quoi consiste ce dispositif)

❒ non

Si oui, quel vous semble être dans votre établissement le facteur de risque le plus fréquemment impliqué dans la survenue d'une pathologie de dé/malnutrition parmi les facteurs ci-dessous (une seule réponse):
❒ trouble bucco-dentaire ❒ trouble de la déglutition ❒ pathologie chronique décompensée
❒ régime restrictif (sans sel, diabétique, etc…) ❒ dépendance pour les actes de la vie quotidienne
❒ traitement médicamenteux au long cours ❒ Alzheimer et autres syndromes démentiels ❒ troubles psychiatriques (dépression par ex.)

5. Existe-t-il un dispositif de coordination à l'intérieur de votre établissement permettant la sensibilisation des professionnels au repérage du risque (comité/référent nutrition, charte, réunions thématiques, autres…)?
❒ oui ❒ non

6. Seriez vous intéressés à participer à un groupe de travail départemental piloté par la DDASS sur le thème de la prévention de la dé/malnutrition en institution avec comme objectif d'élaborer et partager des outils simples de repérage et d'amélioration de la prise en charge du risque chez la personne âgée dépendante?

❒ oui ❒ non

Questionnaire renseigné par : (Nom – Prénom – Qualité)

Environ 1/3 des établissements ont répondu à l'enquête. Les résultats sont résumés ci-dessous dans le power point qui a été présenté aux membres du GT lors de la première réunion du groupe :

Enquête nutrition EPHAD

- 35 réponses
- sur 88 établissements

Sylvain Lerasle Misp DDASS 78

Rappel des questions

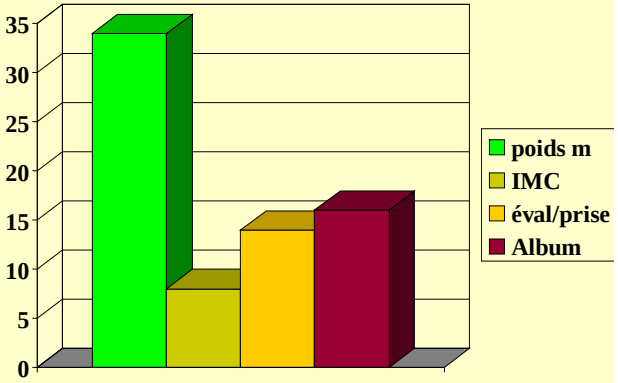
- Dispositif systématique de dépistage
- type de matériel
- estimation du nombre de résidents concernés
- repérage des personnes à risque
- dispositif de coordination dans l 'EHPAD
- GT?

22/02/2011

dépistage d'un trouble nutritionnel

Commentaires:

- poids et courbe ont été confondues à dessein
- albuminémie était souvent noté comme complément

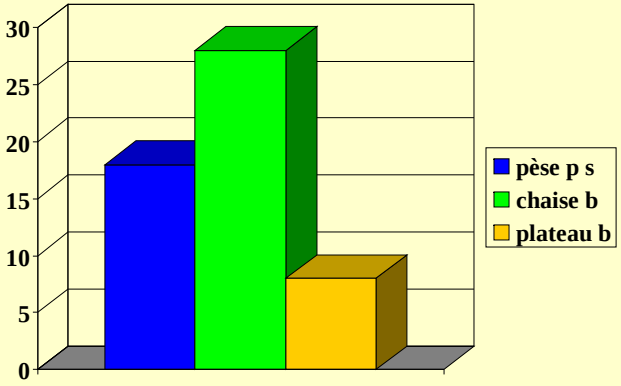


22/02/2011

Matériel disponible

Commentaires:

- réponses variées
- certains établissements ont les trois dispositifs
- tous les établissements disposent d 'au moins un dispositif (ouf!)

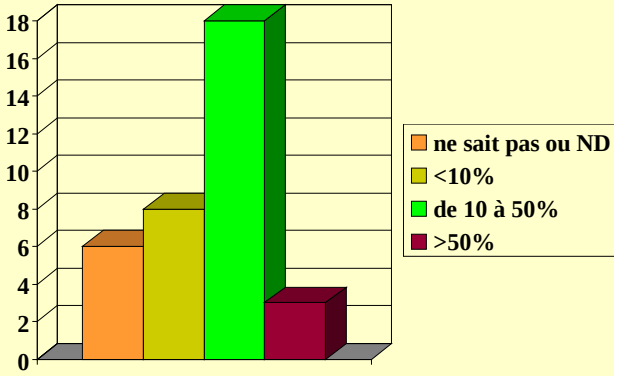


22/02/2011

Estimation du nombre de personnes dénutries

Commentaires:

- en général estimations, mais certains questionnaires sont bien documentés
- la plupart autour de 30%
- par simplification, a été pris le chiffre le plus haut entre entrée et séjour
- ND: non documenté

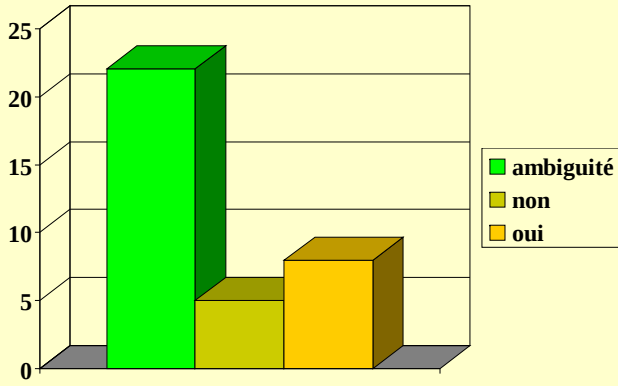


22/02/2011

Repérage des personnes à risque

Commentaires:

- Question pas toujours bien comprise (bilan sanguin, pds…troubles de l'appétit, surveillance des repas)
- 5 réponses négatives
- MNA entre autres. Un établissement répond que tous sont à risque dès lors que déments



22/02/2011

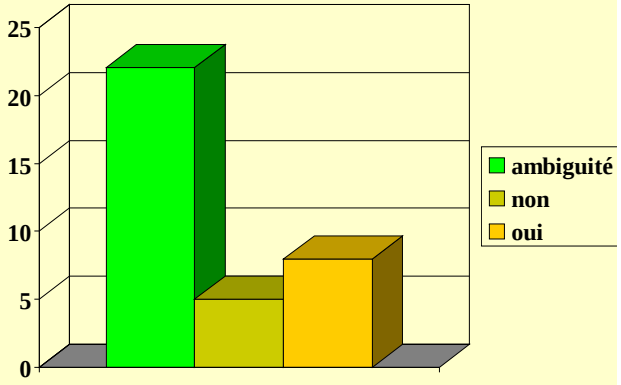
Repérage des personnes à risque

Commentaires:

•Question pas toujours bien comprise (bilan sanguin, pds…troubles de l'appétit, surveillance des repas)

• 5 réponses négatives

• MNA entre autres. Un établissement répond que tous sont à risque dès lors que déments



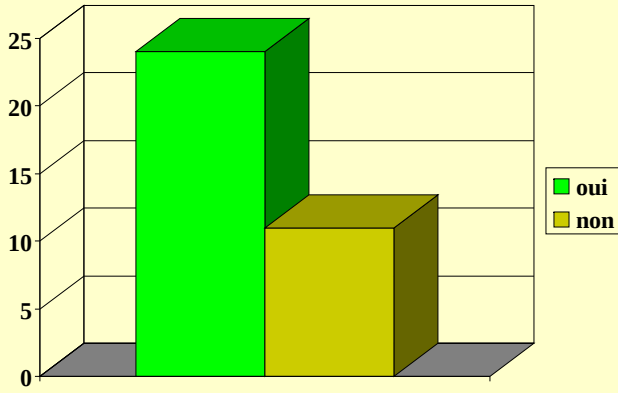
22/02/2011

Dispositif de coordination dans l'établissement

Commentaires:

• colonne verte: dispositifs variés depuis réunions d 'info jusqu 'à référent en passant par formations, sensibilisations, etc…

• une majorité des établissements est donc sensibilisée au sujet



22/02/2011

Conclusion

- La dénutrition/malnutrition **n 'est pas marginale** selon vos réponses
- la nutrition semble faire partie des sujets importants **déjà** + ou - pris en compte
- probablement à développer (7 non à la question du GT, en général pour des questions d 'agenda)

22/02/2011

ANNEXE 2 : **Composition du Groupe de travail nutrition en EHPAD**

Ce groupe, qui s'était fixé comme objectif de produire un document en 12 à 16 mois, s'est réuni entre le mois d'avril 2009 et le mois de novembre 2010 dans les locaux de la DDASS puis de la Délégation Territoriale de l'ARS Ile de France à Versailles, environ toutes les 6 semaines, un peu de retard ayant été pris en raison de l'épisode épidémique H1N1 de l'hiver 2009/2010.Un compte rendu était envoyé chaque fois à l'ensemble des EHPAD du département, qui pouvaient ainsi réagir ou intervenir dans les débats.
Ont de fait participé à ce travail (attention, le lieu d'exercice est susceptible d'être incomplet ou d'avoir changé pour certains membres du groupe) :

Dr MF.Bernard medec (résidence La Fontaine, Marly le Roi), **Mme V.Berr idec (**résidence de la Tour, Conflans St Honorine), **Dr L. Bodénan gériatre** (Centre hospitalier Poissy-St Germain), **Mme G.Bonassi idec** (Quiéta-Korian, Montigny le Bretonneux), **Mr B.Bouarab directeur-soins** (Orpea, St Rémy-les-Chevreuse), **Mme N.Capitaine cadre de santé** (Maison de retraite Richard, Conflans St Honorine), **Dr F.Catelain medec** (résidence de la Tour, Conflans St Honorine), **Dr S. Charpin medec** (résidence Hotelia, Le Chesnay), **Mr G. de Courreges directeur** (Les Dames Augustines, St Germain en Laye), **Mme S.Dedieu directrice** (Le Parc de l'Abbaye, St Cyr l'Ecole), **Mme S. Durand Gasselin chargée de projets** (CODES 78), **Dr A.Forestier medec** (Lépine-Providence, Versailles), **Mr JP.Foubert directeur adjoint** (Hôpital du Vésinet, Le Vésinet), **Mme F.Girault diététicienne** (Hôpital local, Jouars-Pontchartrain), **Mme M.Guillaumont aide-soignante** (Ehpad, Ablis), **Mme C. Jougleux directrice** (résidence Médicis, Sartrouville), **Dr G.Kemlin gériatre** (Claire-Demeure, Versailles), **Dr H.Kopff medec** (Mapi, Poissy), **Mme B.Lemaitre directrice** (Le Val Bièvres, Versailles), **Dr S. Lerasle médecin inspecteur** (Délégation territoriale de l'ARS Ile de France), **Dr A.Mallet gériatre** (Centre hospitalier Poissy-St Germain), **Mme ML. Martellosio cadre de santé** (Ehpad, Ablis), **Dr T.Meret medec** (Orpea, St Rémy-les-Chevreuse), **Mme C.Milan idec** (résidence Médicis, Sartrouville), **Dr R.Murray medec** (Maison de retraite Richard, Conflans St Honorine), **Mme J.Ortiz idec** (La Maréchalerie, La Queue les Yvelines), **Mme M.Perchet idec** (Le Parc de l'Abbaye, St Cyr l'Ecole), **Mme E. Pican ide** (résidence St Joseph, Louveciennes), **Mme B.Poquillon idec** (Mapi , Chatou), **Dr O.Rimbeau medec** (Le Parc de Montfort, Montfort L'Amaury), **Mme L.Roux chef de projet** (Cramif), **Mme C.Royer cadre de santé** (Hôpital local, Jouars-Pontchartrain), **Dr AM.Samour medec** (résidence Repotel, Voisins le Bretonneux), **Dr M.Samson responsable du pôle gérontologie** (Centre hospitalier de Versailles), **Dr V.Savin medec** (Hôpital local, Jouars-Pontchartrain), **Dr JC.Seguier responsable Clan** (Centre hospitalier Poissy-St Germain), **Dr A.Simon responsable du pôle gérontologie** (Hôpital Gérontologique et Médico-Social, Plaisir).

Relecteurs : A.Forestier, S.Lerasle, A.Mallet, R.Murray, V.Savin.

***Remerciements particuliers à** :*

- ***Céline Burnel**, secrétaire du service « personnes âgées », **Brigitte Fleury**, chargée de communication, et **Sylvain Burnel** aux fonctions support à la DDASS (puis DT/ARS), pour leur participation active tant à l'organisation des réunions qu'à l'élaboration des documents.*
- ***Valérie Bechtel**, qui a accepté gracieusement de prêter son talent pour une illustration haute en couleur et suggestive des plaisirs alimentaires à préserver y compris en EHPAD…*

ANNEXE 3 : Résultats d'une expérience nutritionnelle menée de Février à Mai 2010 inclus à l'EHPAD « Richard » à Conflans-Saint-Honorine*

OBSERVATION : De nombreux résidents ont une prescription au long court de compléments nutritionnels oraux (CNO) mais la prise effective est aléatoire de part

- la lassitude
- le goût

OBJECTIFS : Arriver à une meilleure prise pour améliorer l'état nutritionnel de nos résidents en remplaçant les CNO par une alimentation naturelle enrichie

MOYENS : L'expérience s'inscrit dans une réflexion globale de la prise en charge de la nutrition dans l'établissement.
Nous avons remplacé la prescription de 2 HP/jour par 2 yaourts enrichis avec du lait concentré et la prescription de 3 HP/jour par 2 yaourts enrichis et une soupe enrichie
Les horaires choisis pour la prise des enrichies :

- un yaourt enrichi au petit déjeuner
- un yaourt enrichi au goûter
- une soupe enrichie au dîner

Inclusion de 40 résidents d'un service de l'établissement (représentant 1/5ème de l'ensemble des résidents).
Ces résidents ont été suivis mensuellement au niveau de leur poids et à J0, J60 et J120 au niveau de l'albuminémie (CRP prélevé en même temps)

RESULTATS :

- à J0 :
  - 14 résidents ne sont pas dénutris, albuminémie > 34.4g/l
  - 19 ont une dénutrition modérée, albuminémie comprise entre 30 et 34.4g/l
  - 7 ont une dénutrition sévère, albuminémie < 30g/l

- à J120, il reste 39 résidents (un décès)
  - 14 ne sont pas dénutris
  - 18 ont une dénutrition modérée
  - 7 une dénutrition sévère

Résultats stables mais en analysant de plus près

- au niveau des résultats de l'albuminémie à J120
  - 16 résidents l'ont amélioré de façon significative
  - 12 l'ont stabilisé
  - 11 l'ont abaissé

Soit 28/39 résidents stables ou en amélioration ce qui représente 72% de la population, et 11/39 soit 28% en baisse

- au niveau du poids
  - 11 résidents ont stabilisé leur poids

- 16 l'ont augmenté de façon significative
- 12 résidents ont perdu du poids

Soit 27/39 résidents stables ou en prise de poids ce qui représente 69% de la population et 12/39 ont perdu du poids soit 31% de la population.

CONCLUSION :

Deux tiers de la population de départ a stabilisé ou est en voie d'amélioration de son état nutritionnel au bout des 4 mois.

Ces résultats sont bien sûr à prendre avec précaution puisque :

- l'expérience n'a pas d'étude comparative avec une population similaire ne prenant que des compléments nutritionnels oraux
- 1 yaourt enrichi avec du lait concentré ne contient pas autant de protéines qu'un CNO
- Nous avons procédé à d'autres changements pouvant améliorer l'état nutritionnel de nos résidents
  - En revoyant la répartition des horaires des repas, en reculant l'horaire du dîner et en avançant l'horaire du petit déjeuner, il a été constaté par les soignants que les résidents avaient d'avantage faim au moment du déjeuner
  - En individualisant d'avantage les textures
  - En remplaçant le fromage en portion individuel par un plateau de fromage bien plus appétissant
  - En se préoccupant de la gestion de la constipation par des moyens plus naturels, nous avons instauré un jus d'orange et des pruneaux au petit déjeuner

Le retour positif des résidents et des soignants et ces résultats nous ont encouragé à étendre progressivement l'expérience sur l'ensemble de l'établissement, à ce jour 4 services fonctionnent avec les enrichis naturels.

Une réévaluation a été faite fin Septembre auprès des 39 résidents de départ.
Les résultats au niveau des pesées ne diffèrent pas par rapport à J120.
Au niveau du dosage de l'albuminémie et toujours par rapport au dosage de départ :

- 24 résidents l'ont amélioré de façon significative
- 12 l'ont stabilisé
- 3 l'ont aggravé

Donc 36/39 résidents soit 92% de la population a stabilisé ou amélioré son état nutritionnel.

SUITE :

- intégration du 5ème service courant Octobre
- comparaison sur trois semaines pour les résidents constipés de l'impact
  - du pain au son sur un service
  - du pain complet sur un autre service
- amélioration de la soupe enrichie
- réflexion sur d'autres aliments à utiliser
- réflexion sur les coûts puisque l'alimentation est affecté sur le budget « hébergement » et les CNO sur le budget « soins »

Un grand merci à l'ensemble des équipes qui a soutenu et rendu possible ces changements au bénéfice de la santé et du plaisir à table de nos résidents.

* D'autres expériences ont lieu dans d'autres établissements, dont les résultats peuvent être intéressants à diffuser. Il se trouve que le groupe Isatis (dont fait partie l'EHPAD de Vernouillet) lance

une expérience sur 2 établissements (dans le 75 et le 93) cette fois ci comparative entre alimentation enrichie sur un établissement et CNO sur l'autre, elle démarre le 18 octobre 2010 et ce pour 3 mois.

Ci-dessous, est jointe la partie du compte rendu de séance du 20 mai 2010 correspondant à la phase initiale de cette expérimentation. Il nous a semblé intéressant de retranscrire ce texte, qui montre notamment qu'un aménagement d'horaire est possible lorsqu'un travail en amont est fait avec les équipes en place, même si chaque établissement a ses spécificités qui favorisent plus ou moins de tels aménagements.

2) Retour d'expérience :

Le Dr Murray a initié sur son établissement une organisation permettant si possible une meilleure répartition de la charge nutritionnelle sur la journée (avec la problématique souvent évoquée de la durée du jeûne nocturne supérieur à 12 h notamment).
Les premiers résultats de son expérience, encore en cours, semblent d'ores et déjà très prometteurs à maints égards.

Rappel des objectifs :

Il s'agissait de travailler sur la possibilité dans un service de diminuer la durée du jeûne nocturne des résidents, en jouant sur l'horaire des repas, et/ou en proposant des solutions alternatives. L'établissement Richard à Conflans a une capacité de 197 places, et comprend plusieurs unités.

Préalable : L'organisation pour atteindre ces objectifs a été réfléchie au sein de l'établissement et initiée par un Comité de Pilotage dans lequel toutes les catégories de personnel étaient représentées.

Mise en œuvre :

1. Une première phase de l'action a consisté à reculer l'heure du diner de l'ensemble des résidents. Cette phase a été initiée en juin 2009. Elle a nécessité des réunions préparatoires entre cadre hôtelier et responsables de chaque service concerné, pour accompagner les équipes et adapter au mieux les contraintes à la faisabilité du projet. Elle a abouti à un déplacement du début de l'heure du diner de 17h 15 à 17h45 pour les « + dépendants » et de 18h30 à 19h pour les « - dépendants ». Elle implique que la vaisselle soit faite le soir en « service » et non plus en « cuisine », sans changement d'horaire pour le personnel de cuisine qui gère les chariots de « débarrassage » de la même manière. Ce sont les ASH (du service hôtelier du soir « HOS ») qui font la vaisselle, l'équipe de nuit participant à d'autres tâches en contrepartie.

2. Une deuxième phase a consisté à avancer l'heure du petit déjeuner, notamment par la prise systématique du repas en chambre. Cette phase s'est déroulée, pour des raisons pratiques et dans un premier temps, dans une unité de 47 résidents autonomes ayant l'habitude de prendre le petit déjeuner en « salle » (au même étage) entre 8 et 10h le matin. Seuls 40 résidents ont été inclus dans l'étude, 7 n'ont pas été intégrés pour diverses raisons. Actuellement le petit déjeuner est servi à partir de 7h15 le matin. Les équipes du matin arrivent à 7h, le repas ne dure généralement pas au-delà de 8h15, la consigne étant un respect des rythmes de chacun, et ainsi les toilettes etc.. peuvent s'enchainer. Cette phase a débuté en février 2010.

3. Un travail a été mené parallèlement :

   - pour (en relation avec diététicienne) améliorer la qualité et notamment pour diminuer les complémentations protéiques au profit de denrées naturelles. Les « HP » étaient remplacés par des yaourts enrichis (lait concentré non sucré), et, en fonction des besoins, des jus de fruits + /- pruneaux (pour le transit) étaient ajoutés le matin et à 16h. Ainsi en cas d'albuminémie <30, le résident se voyait proposé 3 « enrichis » (2 yaourts + une soupe le soir), en cas d'albuminémie >30 et < 35, il se voyait proposé 2 « enrichis » (matin et 16h). Par ailleurs un plateau de fromage était proposé le midi à la place des portions individuelles (sous blister !…) distribuées auparavant.

   - pour tenter d'évaluer l'impact des mesures mises en place, le poids et l'albuminémie devaient être systématiquement notés à J0, J60, J120.

Résultats (provisoires) :

amélioration « objective » des dénutritions :

- on note à J60, sur les 40 résidents inclus, 20 dénutris moyens (entre 30 et 35 d'albuminémie) et 3 dénutris sévères (<30 d'albuminémie) pour respectivement 19 dénutris moyens et 7 sévères au départ (J0). Ces résultats (stabilisation et amélioration) demanderont évidemment à être confirmés par l'étude des résultats à J 120, à venir.

avantages constatés :

- Amélioration du plaisir à table
- Amélioration de l'état cutané (le lever se fait plus tôt)
- Augmentation de l'appétence pour le repas de midi par augmentation de la durée de jeûne entre le repas du matin et celui de la mi-journée
- Simplification dans l'organisation des équipes du matin (qui dégagent du temps pour les toilettes)
- Moins de gâchis (pour le repas de midi notamment)
- Economie (moins d'HP, denrées naturelles moins chères)

inconvénients constatés

- une certaine réticence des résidents au début de l'expérience (mais très bonne acceptabilité à 2 mois)
- la nécessité de disposer de chariots adaptés pour la distribution en chambres des petits déjeuners
- certains services ne livrent qu'à 8h du matin (boulangerie par ex.) Il faut donc composer.

Nutrition en EHPAD

Fiches Pratiques

Plaisirs épicuriens, par Valérie Bechtel

Agence Régionale de Santé Île-de-France

Délégation Territoriale des Yvelines

Fiche N°1

GT Qualité/nutrition en EHPAD « Ce qu'il ne faut pas faire dans son établissement»

Rappel de la problématique

Tout établissement, tout professionnel doit s'investir sur la qualité de la prise en charge nutritionnelle des résidents. Pourtant, un certain nombre d'erreurs « admises » et/ou relayées, peuvent continuer à circuler.
Cette fiche se veut donc un outil de réflexion et d'interrogation critique sur des pratiques inadaptées à repérer pour les corriger.

Cette fiche peut parfaitement servir de test/évaluation inaugural d'une formation interne à l'établissement.

Le résident s'alimente seul

Il ne faut pas	Car
Penser qu'une personne âgée, inactive, « se nourrit de peu »	Ses besoins nutritionnels sont identiques à ceux de l'adulte à activité équivalente
Prescrire un « régime »	• A part quelques exceptions très rares à discuter médicalement et à limiter dans la durée, les régimes restrictifs (sans sel, sans sucre, pauvres en…etc…) sont à bannir après 75 ans, car plus néfastes que bénéfiques. • Il peut être difficile d'arrêter un régime prescrit de longue date. Il faut expliquer et trouver un compromis acceptable pour le résident en présence de sa famille et de l'équipe soignante.
Délaisser une personne qui n'est « jamais contente des repas »	Ceci traduit un état de mal-être à prendre en considération. Le problème est à rechercher en dehors du contexte du repas (dépression, douleur…)
Manquer de vigilance par rapport à la consommation des repas et à la prise de boissons	Même indépendante, la personne âgée court un risque de dénutrition et de déshydratation
Laisser un résident quitter la salle à manger sans s'assurer que ses mains et son visage soient propres	Dans le cas contraire, on laisse s'installer une forme de négligence préjudiciable tant au résident qu'à l'entourage. Se rappeler qu'une personne, même démente, reste sensible à certains stimuli négatifs (mains poisseuses, etc…)
Penser qu'un médicament peut résoudre un problème d'appétit	A part de rares indications très spécifiques, il faut plutôt considérer que nombre de médicaments peuvent être potentiellement anorexigènes (Cf HAS)

Le résident a peu d'appétit

Il ne faut pas	Car
Rester indifférent à une perte d'appétit de plusieurs jours	Celle-ci peut avoir une cause simple à corriger, à condition qu'elle soit recherchée
Apporter le plat suivant avant que la personne ait fini le précédent, ou apporter tous les plats ensemble	• Il faut laisser un temps suffisant pour manger, et laisser le plaisir de la découverte • Dans le cas contraire, il faut alors travailler sur l'organisation et les horaires des repas dans l'établissement.
Mixer les repas dès que des difficultés de mastication ou de déglutition apparaissent	• Passer au menu mixé est une décision difficile à prendre par l'équipe de soins car souvent irréversible. D'autre part, les plats doivent rester identifiables. • Lors des réunions d'équipe il est recommandé de réévaluer régulièrement l'indication, idéalement avec l'aide de l'orthophoniste en cas de fausse route.
Négliger la perte d'appétit comme « indicateur »	C'est un indicateur fiable à noter dans le dossier médical après l'avoir signalé au médecin
S'attacher à dispenser un médicament à l'utilité discutable et négliger la vertu thérapeutique première de l'alimentation	Un exemple serait de privilégier l'absorption d'un laxatif osmotique par exemple, quand le résident ne mange pas de résidus et s'hydrate peu. En outre, il faudrait distribuer les médicaments plutôt en fin ou en milieu de repas.

Le résident à besoin d'aide au repas

Il ne faut pas	Car
Mélanger les différents éléments du plat chaud	Ces mélanges sont peu esthétiques et de goût peu fidèle
Se mettre face au résident pour donner à manger	Il faut préférer l'angle de la table (90°) qui permet de libérer le champ visuel et d'apporter une aide efficace et plus discrète, donc mieux tolérée. Provoquer l'hyper-extension de la tête peut à soi seul induire des fausses- routes notamment en cas d'hypotonie.
Faire manger plusieurs personnes à la fois « machinalement »	Quelques mots personnalisés permettent de « reconnecter » la communication et améliorent la prise alimentaire
Parler avec des collègues pendant qu'une aide est apportée	Cela ne favorise guère la communication résiduelle utile
Précipiter le repas	C'est un facteur de risque de dénutrition

Le résident est dément

Il ne faut pas	Car
Le solliciter trop fortement	L'angoisse génère l'opposition et les troubles du comportement. Il faut au contraire le solliciter doucement et avec patience, pendant toute la durée du repas.
Etre stricte sur les horaires, les « habitudes », l'ordre des plats, les aliments proposés	**Il faut lui laisser la possibilité de** • Mélanger les éléments du repas • Manger debout s'il le souhaite • Grignoter des aliments mis à sa disposition (biscuits, fruits frais ou secs… l'essentiel est qu'il mange) c'est le rôle des collations accessibles à toute heure y compris la nuit • Déambuler dans les espaces dédiés

Et concernant le personnel (quel qu'il soit), et dans le cadre de la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance

Il ne faut pas	Car
Banaliser une attitude, un comportement qui vous paraît inadapté ou choquant, y compris si celui-ci est le fait d'un collègue plus « expérimenté » ou dont vous dépendez hiérarchiquement (ceci vaut évidemment pour ce qui concerne l'aide aux repas, et au-delà)	• Chacun est responsable à son niveau des personnes vulnérables qu'il a en charge. • La direction de l'établissement doit avoir mis en place un dispositif permettant à chacun de parler de ses doutes ou questionnements (groupes de paroles, réunions d'équipes, etc…), ainsi qu'un « référent » bientraitance pour l'établissement. • Dans tous les cas, un signalement doit être fait aux tutelles (DT/ARS, CG, AGY..)* si vous êtes témoins d'une suspicion de maltraitance ou d'une maltraitance avérée, qu'elle soit le fait d'un personnel de l'établissement ou non (membre familial, autre résident, etc..)

Pour en savoir plus…

Sites :

www.sante.gouv.fr/htm/actu/alzheimerpresse/ehpad.pdf
http://www.anesm.sante.gouv.fr/
http://www.afssa.fr/Documents/NUT2008sa0279.pdf
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nutri_hosp/sommaire.htm
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee

Références :

- Avis de l'AFSSA sur l'évaluation des besoins nutritionnels chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies afin de définir des références nutritionnelles permettant d'adapter leur prise en charge nutritionelle (9 janvier 2009)
- Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD octobre 2007
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM) dont « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », et « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »
- Recommandations professionnelles, HAS, 2007

***** *Dans les Yvelines, a été mis en place un numéro d'écoute départemental grand public tous les matins de 9h30 à 12h30 du lundi au vendredi (01 39 55 58 21) en articulation avec le numéro national (3977) de 9h00 à 19h00. En dehors des horaires d'ouverture, possibilité de laisser un message sur le répondeur ou appeler les numéros d'urgences (Samu au 15 ou Police au 18).*

Signalement *: Signaler consiste à alerter l'autorité administrative ou judiciaire (après une évaluation pluridisciplinaire si possible) en vue d'une intervention. Ce n'est pas seulement porter à la connaissance d'un professionnel ou d'une équipe, la situation d'une personne vulnérable qui serait en danger.*

Un signalement est un écrit objectif comprenant une évaluation de la situation d'une personne vulnérable supposée maltraitée.

AGY : *L'Association Gérontologique des Yvelines est une association de Loi 1901 fondée en 1987. Cette association a pour principale activité la formation et le développement de la pratique des professionnels dans le domaine gérontologique. Depuis 2000, le Conseil Général des Yvelines lui a délégué sa mission de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes adultes handicapées au travers du dispositif MAV78.*

MAV *: Le dispositif Maltraitance Aux personnes Vulnérables est un dispositif de l'AGY depuis 2000, par délégation du Conseil Général des Yvelines de la mission de prévention et de lutte de la maltraitance envers les personnes âgées et les personnes adultes handicapées. Le dispositif MAV78 a pour missions principales l'animation de la plate-forme d'écoute téléphonique destinée aux professionnels et au grand-public concernant ces actes de maltraitance, la formation et la sensibilisation des professionnels, la sensibilisation au grand public, le Groupe Technique Pluridisciplinaire (GTP) destiné à aider les professionnels dans leur pratique ainsi que la mise en place et le suivi de l'Observatoire départemental de la maltraitance envers les personnes âgées et les personnes adultes handicapées.*

GTP *: (ou Groupe Technique Pluridisciplinaire). Il s'agit d'une réunion pluridisciplinaire qui tente d'apporter un autre regard et des préconisations face à une ou des situation(s) difficile(s) de maltraitance ou de grande vulnérabilité que présentent des professionnels. Après avoir exposé avec le plus d'informations possibles une situation respectant l'anonymat quant à la personne supposée victime, les membres du GTP tenteront d'analyser la situation et de préconiser des actions afin de poursuivre une action médico-sociale dans les meilleures conditions. Le GTP peut être saisi dès qu'une situation pose problème. Il est en effet important de ne pas attendre que la situation devienne critique pour faire appel au GTP. L'étude d'une situation dure 1 heure.*

Fiche N°2

GT Qualité/nutrition en EHPAD

L'implication de la direction

Rappel de la problématique :

L'établissement ne pourra développer une politique de prévention de la dénutrition et de qualité nutritionnelle que si sa direction est au minimum sensibilisée à la question et consciente de l'impact, au-delà de la stricte question de la sécurité alimentaire et de l'hygiène. Cet aspect spécifique de la prise en charge, qui devrait être assimilé à du soin (recommandations du CNA), ne se résume pas à la seule prestation hôtelière mais dépend de nombreux facteurs : environnementaux, voire architecturaux, mise à disposition des denrées, matériels et équipements adaptés, compétence et qualification des équipes en place, et organisation existant au sein de l'établissement.
En outre, les actions mises en place dans le domaine particulier de la nutrition devraient idéalement s'inscrire dans un plus vaste programme de « bientraitance » au sein de l'établissement.

Les questions à se poser	Les réponses proposées

Les exigences de sécurité et d'hygiène en restauration collective sont elles respectées ?
 	
Les personnels sont ils qualifiés, rôdés aux procédures de sécurité alimentaire et capables de s'adapter aux exigences spécifiques de la « clientèle » des résidents (cuisinier, etc…) ?
	Vérifier que les procédures réglementaires sont en place : cf. fiche N°3
	
	Vérifier les compétences professionnelles :
	• CAP de cuisinier au minimum et formation aux problèmes spécifiques de l'alimentation des personnes âgées concernant notamment :
	  ◦ Equilibre des menus
	  ◦ Alimentation à texture modifiée
	  ◦ Alimentation enrichie
	
	• Formations régulières sur le thème nutrition (et bientraitance) pour les autres personnels (AS/AMP, mais aussi personnel soignant et hotelier)

Le système existant est il le mieux adapté à l'établissement (et aux demandes des familles et résidents) ? **Sous-questions** • **cuisine autogérée ou prestataire ?** • **Quelle qualité rechercher en fonction de la taille de l'établissement, des possibilités existantes (groupes, etc..), du budget, etc**	• Pour simplifier, la cuisine centrale avec liaison froide permet une meilleure maitrise des coûts et sécurité sanitaire **MAIS** la qualité « organoleptique » pâtit souvent de la remise en température du plat • Ne pas hésiter à préciser le type et le contenu du **contrat lorsqu'il** s'agit d'un prestataire (voire cahier des charges en Annexe de la fiche) • D'une manière générale, la qualité finale est plus souvent au RV en cas de cuisine « sur place », mais cela peut être discuté en fonction des moyens respectifs disponibles
Y a-t-il une commission des menus ? et si oui, joue-t-elle son rôle ?	Si non, la mettre en place, et définir ses objectifs, le rythme de ses séances (plutôt mensuel) Prévoir une traçabilité (compte-rendu)
Y a-t-il une Commission « restauration » ? **En cas de prestation extérieure, un représentant de la société prestataire de restauration participe t il à la commission ?**	Si non, la mettre en place, et définir ses objectifs, le rythme de ses séances (plutôt trimestriel)* Un diététicien devrait participer à cette commission.
Quel budget consenti ?	Le GT estime que les coûts peuvent varier du simple au triple selon les établissements…Cette question est majeure, elle doit être discutée au sein du groupe, de l'établissement, de la commission restauration
Grammages	Doivent être basés sur les Apports Nutritionnels Conseillés (ANC) plutôt que sur les Apports Journaliers Recommandés (AJR), à respecter selon les tables en vigueur, (voir références encadrées et annexe 2 du document du GEMRCN) Ces précisions très « techniques » doivent être

	précisées si possible avec un diététicien dans le Cahier des charges rempli par le prestataire.
La cuisine est elle capable de proposer des menus individualisés, ainsi que des aliments à texture modifiée (dont mixé, haché, mouliné, etc) ?	1. Attention à ne pas multiplier les contraintes. Il vaut mieux proposer un menu unique, avec des adaptations individuelles que des menus « à la carte », exposant à gâcher sans bénéfice direct pour les résidents 2. Il faut prévoir des menus mixés, hachés, supplémentés, etc, mais éviter les régimes sans sel, sans sucre strictes 3. Se souvenir qu'une prescription doit être à l'origine d'un « régime » spécifique, et que celle-ci doit être régulièrement réévaluée (pour les aliments à texture modifiée notamment) 4. Travailler en cuisine à proposer des assiettes attractives pour ces types de menus (jouer sur les couleurs, les odeurs, les consistances, etc…)
Le MEDEC organise-t-il des formations ou réunions internes à l'établissement pour maintenir les équipes mobilisées ?	Il faut bien distinguer 1. le rôle propre du médecin, qui concerne les prescriptions en rapport avec une difficulté objective du résident, qu'elle soit passagère ou définitive (trouble de la déglutition, risque de fausse route, problème masticatoire, dénutrition aigüe, régimes nécessaires, etc). Les formations s'adresseront alors au personnel soignant en priorité 2. d'un rôle plus général de sensibilisation à la question de la qualité de la prise en charge nutritionnelle (intérêt, vigilance, temps consacré, etc) qui peut s'adresser de manière plus large au personnel hôtelier, avec un dialogue à privilégier entre diététicien et cuisinier.
S'est on posé la question de la place de la ou des salles à manger, par rapport à la cuisine ?	Une salle à manger permettant de recueillir les odeurs de cuisine et donc de stimuler l'odorat est préférable, si l'architecture de l'établissement le permet
Un temps de diététicien est il prévu pour l'établissement ? **S'agit-il d'un professionnel formé à la nutrition des personnes âgées ?**	• Si l'établissement fait appel à un prestataire, vérifier qu'un(e) diététicien(ne) peut être mobilisé(e) • Voir si une mutualisation est possible avec les autres établissements du groupe, ou avec des établissements de proximité, 0,2 ETP pour un établissement de taille moyenne (80 résidents) semble un compromis acceptable • Demander à ce qu'il (elle) participe aux commissions restauration
Des formations sont elles prévues dans l'établissement?	• Prévoir un plan de formation des personnels sur la question de la nutrition des personnes âgées dépendantes • Connaître la possibilité des formations

	externes comme celles du Codes (en annexe de la fiche)
Existe-t-il un cahier des réclamations dans l'établissement, facilement accessible à l'accueil ?	Si certaines « doléances » nécessitent une réponse urgente, d'autres sont autant d'opportunités pour alimenter le travail et les suggestions des commissions de restauration ou des menus. Ce cahier peut être généraliste pour tout ce qui a trait à la « bientraitance » et à la qualité de la prise en charge, ou spécifique à la question de l'alimentation.
Existe-t-il un programme de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance intégré au projet d'établissement ?	Même si ce programme dépasse évidemment le simple sujet de la nutrition, il est clair que sa mise en œuvre est déjà la garantie d'une qualité minimale de prise en charge nutritionnelle au sein de l'établissement.

Pour en savoir plus…

Sites et Références :

http://www.minefi.gouv.fr/directions_services/daj/guide/gpem/nutrition/nutrition.htm
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_maltraitance_etablissement.pdf

- Nouvelle Recommandation Relative à la Nutrition du GEM RCN du 4 mai 2007 (Groupe d'Etude des Marchés de Restauration Collective et de Nutrition/Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie
- Avis N°53 du CNA (2005)
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » et « La bientraitance : définition et repères pour mise en œuvre » ANESM

*La Commission restauration :

1. **Ses objectifs :**

- Associer les usagers au choix de leur restauration
- Effectuer les choix en fonctions des critères de
    i. Goût des résidents
    ii. Recommandations diététiques
    iii. Produits de saison
    iv. Contraintes économiques

2. **Sa composition minimum**

- Le chef de cuisine
- Une diététicienne
- Un ou des représentants des résidents
- Un représentant des familles
- Le directeur des services économiques

Annexes

Cahier des charges restauration :
(extrait de l'avis N°53 du CNA)

- **Que la restauration en institution soit en gestion directe** ou concédée à un prestataire extérieur, il faudrait encourager les établissements à établir un cahier des charges aussi précis et complet que possible ; une personne compétente devrait être désignée pour vérifier son respect. Si le prix du repas est un élément important de la négociation du contrat, le cahier des charges devrait également prendre en compte les éléments suivants :
    a. le mode de préparation des repas sur place ou livrés à partir d'une cuisine centrale (privée ou publique) ;
    b. le rattachement au prestataire du personnel de préparation et de distribution (notamment dans le cas du portage à domicile) selon les besoins du client ;
    c. le service des repas, de préférence à table plutôt qu'en plateaux dans les chambres;
    d. les horaires des repas, en tenant compte des amplitudes alimentaires pour la santé des personnes âgées ;
    e. la manière d'établir les menus ; par avance par le service diététique de la société de restauration, ou en établissant un plan alimentaire de cinq à huit semaines soumis à la commission de restauration définie par le client (résidents, infirmiers, aides soignantes, membre de la direction, médecin coordonnateur) ;
    f. la gestion des repas mixés et des régimes ;
    g. la qualité nutritionnelle et le respect des grammages recommandés par le GPEM/DA, etc.

Exemple de formations proposées par le CODES 78

(sous réserve de la reconduction des financements)

FORMATION

Prévention de la dénutrition et de la déshydratation chez la personne âgée résidant en EHPAD

Objectifs pédagogiques :

- Actualiser les connaissances sur l'alimentation de la personne âgée dans une approche globale
- Favoriser la réflexion sur les questions éthiques autour de la personne âgée pendant l'acte alimentaire.
- Participer à prévenir l'état de dénutrition et de déshydratation des résidents âgés par des apports alimentaires et hydriques adaptés.
- Améliorer l'organisation du dépistage des personnes à risque élevé de dénutrition.
- Donner des repères concrets pour repérer les symptômes et signes de dénutrition et déshydratation.
- Renforcer les compétences des professionnels sur l'accompagnement pendant l'acte alimentaire.
- Expérimenter des situations concrètes autour du repas pour permettre une prise en compte de la personne et de ses besoins dans la globalité.
- Donner des repères concrets sur l'aménagement de l'espace (disposition des tables, codes couleurs…) pendant les temps de repas.

Public : Deux groupes d'environ 16 professionnels des EHPAD du département des Yvelines.

Programme prévu :

JOUR 1 : Comportement alimentaire:

- aspects psycho-socio-affectifs des repas,
- rôle et importance des repas : choix des plats, le temps du repas et le rôle des personnes présentes pendant le service, horaires et durée…
- messages nutritionnels : savoir les cibler et les adapter aux populations concernées : travail sur les idées reçues

Apports de la physiologie:

- rappel sur les modifications liées au vieillissement et leurs répercussions sur les besoins nutritionnels
- les risques nutritionnels -dénutrition, déshydratation…-, les moyens de les prévenir et de les prendre en charge
- présentation du CLAN : outils d'évaluation de l'état nutritionnel et politique nutritionnelle

JOUR 2 : Analyse des besoins et des comportements alimentaires des personnes atteintes de pathologies : maladie d' Alzheimer et apparentées, maladie de Parkinson…

- modifications & troubles du comportement alimentaire
- exemples d'enrichissement protidique et de recettes adaptées
- les troubles de la déglutition et la prévention des fausses routes

Méthodes pédagogiques : Apports théoriques, études de cas, mises en situations

Intervenants : Diététicienne et orthophoniste, diététicienne du CLAN de l'hôpital Mignot.

Coordination pédagogique : Sabine Durand-Gasselin, chargée de projets au CODES 78.

Fiche N°3

GT Qualité/nutrition en EHPAD

Le respect de la réglementation concernant la restauration collective

Rappel de la problématique :

Préalablement ou parallèlement au travail sur la qualité nutritionnelle, l'établissement devra satisfaire aux exigences réglementaires en matière de restauration collective.

Les questions à se poser	Les réponses proposées
La Direction Départementale des Services Vétérinaires (DDSV) a –t –elle été prévenue ?	L'établissement doit se déclarer et s'enregistrer auprès de la DDSV dès lors qu'y sont manipulées des denrées alimentaires (cas de tous les EHPAD)
S'il s'agit d'une cuisine centrale (prestataire), celle-ci est elle en règle ?	Les cuisines centrales doivent être « agrées » par la DDSV (annexe III du règlement 853/2004. l'agrément suit en principe un contrôle sur place des services)

Quelle est la réglementation actuellement en vigueur ?	La restauration collective est soumise à une réglementation stricte, régie par le règlement européen (Règlement CE 178/2002 du 28 janvier 2002) qui gère la sécurité alimentaire sur l'ensemble de la chaine alimentaire (principes généraux fixant les procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires), renforcé par une série de prescriptions constituant le « paquet hygiène », comprenant 5 réglements dont 2 sont applicables à la restauration collective depuis le 1er janvier 2006 : **Règlement CE n° 852/2004 du parlement européen et du conseil du 29 avril 2004** relatif à l'hygiène des denrées alimentaires *(modifié par réglement n°1019/2008 du 17 octobre 2008)* **Règlement CE n° 853/2004 du parlement européen et du conseil du 29 avril 2004** fixant des règles spécifiques d'hygiène applicables aux denrées alimentaires d'origine animale *(modifié par les réglements n°1662/2006 et n°1666/2006, et n°1020/2008 du 17 octobre 2008)* **Règlement CE n°2073/2005 de la Commission du 15 novembre 2005** concernant les critères microbiologiques applicables aux denrées alimentaires Par ailleurs, les Arrêtés interministériels restent en vigueur sur le territoire national pour les dispositions qui ne s'opposent pas à celles des règlements européens : **- Arrêté du 29 septembre 1997** fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social *(abrogé en ce qui concerne les produits d'origine animale et les denrées alimentaires en contenant par l'arrêté du 21 décembre 2009)* **- Arrêté du 21 décembre 2009** relatif aux règles sanitaires applicables aux activités de commerce de détail, d'entreposage et de transport de produits d'origine animale et denrées alimentaires en contenant *(fixant notamment des températures de conservation).*

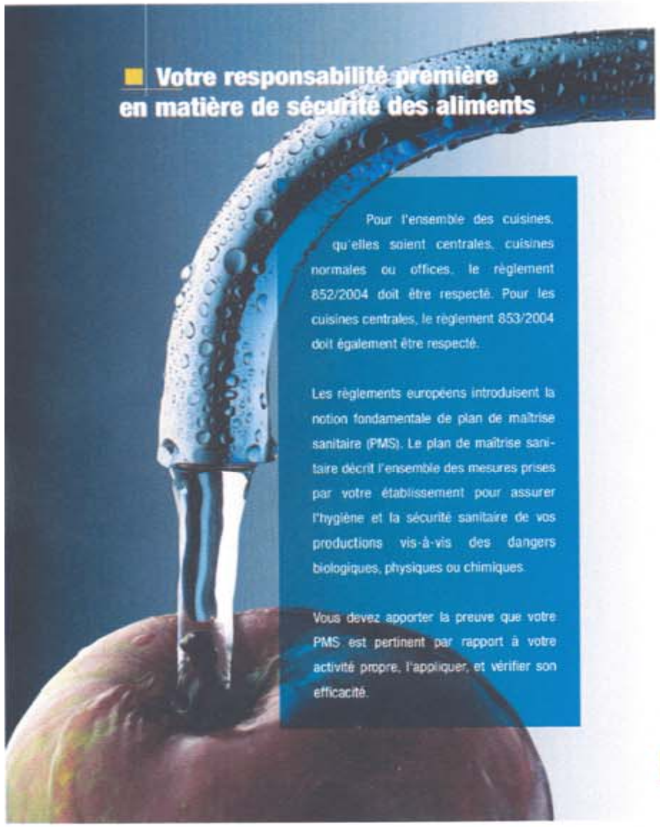
Quelle conséquence directe de cette réglementation en termes de responsabilité ?	**La responsabilité du gestionnaire est renforcée :** • **Obligation de résultat concernant la sécurité et la salubrité des aliments** • **Mise en place de procédures de maitrise fondées sur les principes « HACCP » (**(Hazard Analysis Critical Contrôle Point) Il appartient aux professionnels de définir les moyens pour atteindre les objectifs de maitrise des risques, après identification des « points critiques » repérés lors du circuit des aliments et au cours des diverses procédures.
Qu'est ce que le Plan de maitrise sanitaire ?	**Le Plan de maitrise sanitaire (introduit par l'arrêté du 8 juin 2006) comporte 3 volets :** ➢ **Le principe de traçabilité des produits** (Conservation des étiquettes/produits, durées réglementées et plats témoins) ➢ **Le Plan HACCP**(identification des points critiques et actions correctives et maitrise des risques) rendu obligatoire par l'arrêté du 29 sept 97 ➢ **La mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène générales et spécifiques, notamment :** • Approvisionnement en eau • Maintenance des locaux et matériel • Maîtrise des températures • Mesures hygiène : plan de nettoyage, tenues adaptées, lavages des mains, port de gants, gestion des déchets, marche en avant…
Le personnel est il formé et suivi ?	**Le personnel doit être formé et suivi** • Formation continue à l'hygiène alimentaire prenant en compte les spécificités de chaque catégorie de personnel • Surveillance des personnels par la médecine préventive (à l'embauche, chaque année, et après interruption de travail spécifique > à 6 mois, affection digestive ou respiratoire)

Pour en savoir plus…
Sites et Références :

http://www.minefi.gouv.fr/directions_services/daj/guide/gpem/nutrition/nutrition.htm
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_maltraitance_etablissement.pdf

- Groupe d'Etude des Marchés de Restauration Collective et de Nutrition (GEMRCN) MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE
- Document du service Santé environnement (DDASS 78) voir en annexe ci-dessous

ANNEXE : (document du service Santé Environnement de la DDASS 78, disponible en version pdf à la DT ARS des Yvelines)



Votre responsabilité première en matière de sécurité des aliments

Pour l'ensemble des cuisines, qu'elles soient centrales, cuisines normales ou offices, le règlement 852/2004 doit être respecté. Pour les cuisines centrales, le règlement 853/2004 doit également être respecté.

Les règlements européens introduisent la notion fondamentale de plan de maîtrise sanitaire (PMS). Le plan de maîtrise sanitaire décrit l'ensemble des mesures prises par votre établissement pour assurer l'hygiène et la sécurité sanitaire de vos productions vis-à-vis des dangers biologiques, physiques ou chimiques.

Vous devez apporter la preuve que votre PMS est pertinent par rapport à votre activité propre, l'appliquer, et vérifier son efficacité.

Contacts et liens utiles

Contacts

Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
143, boulevard de la Reine - 78000 VERSAILLES
Tél : 01.30.97.73.00 - Télécopie : 01.73.02.48.26
dd78-sante-environnement@sante.gouv.fr
dd78-veille-sanitaire@sante.gouv.fr

Direction Départementale des Services Vétérinaires
22, rue René Dorme - 78330 FONTENAY-LE-FLEURY
Tél : 01.30.07.23.70 - Télécopie : 01.34.60.32.01
ddsv78@agriculture.gouv.fr

Pour en savoir plus :

http://www.yvelines.pref.gouv.fr rubrique l'Etat en action / sécurité alimentaire
http://www.agriculture.gouv.fr/spip/actualites.paquethygiene_a4786.html

PREFECTURE DES YVELINES
PÔLE DE COMPÉTENCE SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

La nouvelle réglementation européenne

Une politique européenne unique en matière d'hygiène a été instituée, applicable à toutes les denrées alimentaires, à toutes les étapes et à tous les exploitants du secteur alimentaire, pour gérer la sécurité des aliments sur l'ensemble de la chaîne alimentaire.

Règlement européen (CE) 178/2002

Afin d'aider les professionnels à comprendre les systèmes et procédures à mettre en place, le « paquet hygiène » est venu renforcer le règlement 178/2002.
Il comprend 5 règlements dont 2 sont applicables à la restauration collective depuis le 1er janvier 2006.

Règlement (CE) n° 852/2004
- concerne l'hygiène des denrées alimentaires

Règlement (CE) n° 853/2004
- définit les règles spécifiques aux denrées animales
- concerne les cuisines centrales
- définit l'agrément communautaire.

La responsabilité du gestionnaire est renforcée :

- obligation de résultat concernant la sécurité et la salubrité des aliments
- mise en place de procédures de maîtrise fondées sur les principes « HACCP ».

Il appartient aux professionnels de définir les moyens pour atteindre ces résultats et objectifs. Pour vous aider dans ce contexte, un guide de bonnes pratiques d'hygiène est en cours d'élaboration.

Le plan de maîtrise sanitaire

Il vous est demandé de :

- **conserver les étiquettes des produits** 5 ans après leur utilisation pour la fabrication. Pour les denrées périssables, une durée de 6 mois pour la conservation des étiquettes pourra être tolérée.

⚠ Si vous avez des raisons de penser qu'une denrée présente un risque pour le consommateur (résultats bactériologiques insatisfaisants par exemple ...), vous devez avertir votre direction départementale des services vétérinaires et prendre les mesures nécessaires concernant la gestion de ces denrées.

- **élaborer et mettre en œuvre le plan HACCP*** qui est le plan d'analyse des dangers et des points critiques pour leur maîtrise, en particulier :

- identifier les dangers inhérent à votre activité

- identifier les points critiques à maîtriser pour chaque danger (biologique, chimique et physique) et déterminer des moyens pour s'assurer de leur maîtrise (critère, seuil, action corrective).

- élaborer des procédures (art. 5 du règlement CE 852/2004) avec des actions correctives pré-établies et des enregistrements.

Un guide de Bonnes Pratiques d'Hygiène et d'application de l'HACCP pour la restauration collective à caractère social est en cours d'élaboration et devrait être prochainement publié. Lors de sa publication, vous pourrez vous y référer et appliquer ses dispositions.

- **mettre en place des bonnes pratiques d'hygiène (BPH) générales ou spécifiques.**

Les BPH concernent l'ensemble des opérations destinées à garantir l'hygiène, c'est à dire la sécurité et la salubrité des aliments.
Ces bonnes pratiques sont les pré-requis indispensable sans lequel l'élaboration d'un plan HACCP n'aurait pas d'efficacité.

* Hazard Analysis and Critical Control Point (Analyse des dangers - points critiques pour leur maîtrise)

TIAC

Une toxi-infection alimentaire collective (TIAC) est l'apparition d'au moins deux cas groupés de troubles essentiellement digestifs (nausées, vomissements, diarrhées, douleur abdominales) avec ou sans fièvre, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

Sans délai, vous êtes tenu de signaler toute TIAC ou suspicion à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (article R3113-4 du Code de la Santé Publique).

Afin de faciliter l'enquête conjointe des services officiels, vous devez tenir à leur disposition les renseignements nécessaires et tout particulièrement :

- les menus concernés pour l'enquête épidémiologique (DDASS),

- les échantillons de tous les plats, conservés au froid positif, pendant au moins 5 jours après leur dernière présentation au consommateur pour l'investigation environnementale (DDSV).

Organisation du suivi médical du personnel

La surveillance médicale des personnels appelés à manipuler des denrées alimentaires est une obligation pour l'exploitant : **elle vise à protéger, d'une part la santé du salarié, et d'autre part, celle du consommateur**.

- à l'entrée dans la profession : examen clinique et dépistage

- chaque année : renouvellement de l'examen clinique

- après une interruption de travail de plus de 6 mois ou après une interruption de travail pour affection du tube digestif ou des voies respiratoires : examen clinique et dépistage.

Formation continue et renouvelée du personnel

Vous devez veiller à ce que le personnel appelé à travailler dans les locaux où circulent des denrées alimentaires suive une formation continue à l'hygiène alimentaire.

La formation doit être adaptée à l'activité professionnelle et le plan de formation doit prendre en considération les besoins et les objectifs de chaque catégorie de personnel.

Déclaration et enregistrement

Tous les établissements où sont manipulées des denrées alimentaires doivent être déclarés et enregistrés auprès de la direction départementale des services vétérinaires dont ils dépendent.

Agrément des cuisines centrales

Les cuisines centrales (c'est-à-dire celles livrant des repas à un autre établissement) doivent être agréées car elles rentrent dans les activités listées dans l'annexe III du règlement 853/2004.

Un dossier doit être déposé auprès de la direction départementale des services vétérinaires préalablement à toute ouverture. Une fois le dossier d'agrément complet déposé, une inspection sur le site est effectuée par la direction départementale des services vétérinaires. Seulement si la cuisine ne fonctionne pas encore au moment de l'inspection et si les résultats de l'inspection sont par ailleurs bons, un agrément conditionnel pourra être délivré pour une durée de 3 mois renouvelable **une seule fois**.

Une seconde visite sera effectuée par la DDSV afin d'évaluer le fonctionnement de la cuisine. Le cas échéant un agrément définitif sera délivré à votre établissement.
L'estampille apposée sur les produits change légèrement.

La liste des pièces du dossier d'agrément change. Un délai vous sera accordé pour sa mise en conformité.

Que devient l'arrêté du 29 septembre 1997 ?

Un nouvel arrêté incluant les dispositions nationales relatives au commerce de détail sera publié en complément de la réglementation communautaire. En attendant sa parution, les dispositions de l'arrêté du 29 septembre 1997 perdurent pour autant qu'elles ne s'opposent pas aux règlements. Les dispositions spécifiques concernant les plats témoins sont conservées.

Fiche N°4

GT Qualité/nutrition en EHPAD

Evaluation nutritionnelle à l'entrée

Evaluation de l'état nutritionnel à l'entrée a été faite par :
……
fonction :……

Nom : …… **Date :** ……
Prénom : …… **Pré-admission** ☐
Admission ☐

Poids : …… **Taille :** …… **Toise/carte d'identité / distance talon – genou***
IMC : …….. (Rayer la mention inutile)
Poids habituel : ……
Avez-vous maigri lors des 6 derniers mois ? oui non NSP
Commentaires : …….

Facteurs de risque

- Syndrome démentiel ou autre trouble neurologique oui non
- Dépression, troubles du comportement oui non
- Consommation supérieure à 3 médicaments / jour (recommandations HAS) oui non
- Troubles bucco-dentaires oui non
- Troubles de la déglutition oui non
- Cancer, escarres, chirurgie, douleur oui non
- Insuffisance rénale oui non
- Insuffisance respiratoire oui non
- Autre

Etat bucco-dentaire	**Texture du repas et régime**
• Prothèse dentaire : haut bas • Soins dentaires à prévoir : oui non • Mycoses et autres	• Texture : normale autre à préciser éventuellement……... • Régime particulier : …… • Sonde de gastrostomie : oui non • Préférences et aversions alimentaires (**voir annexe correspondante) ……**……

Evaluation des habitudes alimentaires

	Pas de risque de dénutrition		Si 1 case cochée : Risque de dénutrition	
1. Combien faites-vous de repas par jour ?	4 repas et +	3 repas	2 repas	1 repas
2. Mangez-vous ?	Tout le repas	Plus de la moitié	Moins de la moitié	Rien
3. Evitez-vous certains aliments ?	Non		Oui lesquels ?	
4. Avez-vous besoin d'une aide pour manger ?	Non		Oui partielle ?	Oui totale ?

Antécédents de bilan biologique Date : ……..
Albuminémie (pondérale) : …… CRP : ……. (si aucune information, demander le bilan à l'admission + CRP)

Critères diagnostiques de dénutrition
Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères ci-dessous :

Dénutrition	Dénutrition sévère
• **Perte de poids** : ≥ 5% en 1 mois, ou ≥ 10% en 6 mois • **IMC** <21 • **Albuminémie** < 35g/l	• **Perte de poids** : ≥ 10% en 1 mois ou ≥15% en 6 mois • **IMC** < 18 • **Albuminémie** < 30 g/l

Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la CRP

Conclusion de l'évaluation :

Etat nutritionnel correct	oui	non
Etat de dénutrition	oui	non
Etat de dénutrition sévère	oui	non

***** La distance talon-genou: Elle permet d'estimer la taille des personnes qui ne peuvent se tenir debout ou qui présentent des déformations ostéomusculaires rendant ces mesures non fiables. La hauteur du genou est en effet bien corrélée à la taille atteinte à l'âge adulte. La mesure est faite à l'aide d'une toise pédiatrique. Le patient doit être couché sur le dos, le genou levé et faisant un angle de 90 degrés entre la jambe et la cuisse. Le pied fait également un angle de 90° avec la jambe. La partie fixe du calibreur est placée sous le talon de la jambe, la partie mobile est placée au dessus des condyles fémoraux, l'axe du calibreur étant parallèle à l'axe du tibia. A partir de la hauteur du genou, les formules suivantes permettent de calculer la taille :
- Taille (homme) = (2,02 x dTG cm) - (0,04 x âge) + 64,19
- Taille (femme) = (1,83 x dTG cm) - (0,24 x âge) + 84,88

Attention : cette méthode est de fait peu fiable, notamment chez les femmes…

Remarques :

Une fiche de gout plus précise avec les éventuelles allergies alimentaires peut être proposée. Attention toutefois à ne pas trop compliquer le travail des cuisines, l'existence de fiches de goût trop détaillées pouvant être « contre-productive », un retour à un menu unique avec possibilités d'adaptations ponctuelles semble à certains plus réaliste.

Le choix du GT a été de hiérarchiser les facteurs de risque en considérant d'une part que tout résident en institution présente un risque, et d'autre part que certains facteurs étaient prioritaires dans la liste exhaustive de la HAS.

Lorsque l'IMC ne peut être calculé (amputés, volumineux oedèmes, taille inconnue ou non calculable, les indicateurs de risque qui peuvent être retenus sont les suivants :

- *Perte de 5 à 10% du poids du corps : risque modéré*
- *Perte de plus de 10% du poids du corps : risque fort*
- *Circonférence brachiale à mi bras : < 23.5 cm risque modéré, < 21 cm risque fort*
- *Indices subjectifs : vêtements devenus trop amples, « bijoux qui flottent », impression subjective de minceur, dénutrition, sarcopénie ou cachexie = risque fort*
- *Nombre de repas < 3, mange moins de la moitié de ses rations = risque fort*

Pour les suivis post-admission ou spécifiques (cas des dénutritions avérées « traitées » par exemple), 2 modèles de fiches de « vigilance sont proposées en ***annexe.***

ANNEXE : exemples de fiches de contrôle des apports

1 : Fiche de surveillance alimentaire (jour), d'après les travaux du CNANES dans le cadre du PNNS 1
(Extrait des recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2007)

SURVEILLANCE ALIMENTAIRE

Dépistage et suivi

Etiquette Patient

	Date												
	Consommation	❑	◪	◪	■	❑	◪	◪	■	❑	◪	◪	■
PT DEJEUNER	CAFE ou THE												
	LAIT												
	BISCOTTE BEURREE												
	BOUILLIE												
	Identification du soignant	P		T		P		T		P		T	
COLL	SUPPLEMENT												
	BOISSON												
	Identification du soignant	P		T		P		T		P		T	
DEJEUNER	ENTREE												
	VIANDES												
	LEGUMES												
	FROMAGE/LAITAGE												
	DESSERT												
	BOISSON												
	Identification du soignant	P		T		P		T		P		T	
GOUTER													
	Identification du soignant	P		T		P		T		P		T	
DINER	POTAGE												
	VIANDES												
	LEGUMES												
	FROMAGE/LAITAGE												
	DESSERT												
	BOISSON												
	Identification du soignant	P		T		P		T		P		T	

Pour l'évaluation de la consommation, cocher les cases correspondantes

❑ Rien
◪ < moitié
◪ > moitié
■ Tout

(uniquement partie consommée)

REMARQUES

Identification du soignant :
P = aide Partielle *Installation du patient, ouvrir les conditionnement, couper la viande..., stimulation pendant le repas*
T = aide Totale *Installation du patient et le faire manger*
Identification du soignant (initiales Nom Prénom)
Acte effectué ①
Acte effectué renvoyant à une cible ①↗

FICHE DE SUIVI ALIMENTATION

PROTOCOLE :

SPECIFICITE : ❑ Mixé ❑ Diabétique ❑ Autre : .....
❑ Fausses routes ❑ Sonde d'alimentation .....

DATE : du ..... au .....

RESIDENCE :
NOM :
PRENOM :
CHAMBRE :

	PETIT DEJEUNER	10 H	DEJEUNER	GOUTER	DINER	22 H
LUNDI ...../.....	YAOURT PAIN BOL	BOISSON / CA ALIMENT	ENTREE PLAT DESSERT C.A	BOISSON / CA ALIMENT	ENTREE PLAT DESSERT C.A	BOISSON / CA ALIMENT
	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :
	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :
MARDI ...../.....	YAOURT PAIN BOL	BOISSON / CA ALIMENT	ENTREE PLAT DESSERT C.A	BOISSON / CA ALIMENT	ENTREE PLAT DESSERT C.A	BOISSON / CA ALIMENT
	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :
	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :
MERCREDI...../.....	YAOURT PAIN BOL	BOISSON / CA ALIMENT	ENTREE PLAT DESSERT C.A	BOISSON / CA ALIMENT	ENTREE PLAT DESSERT C.A	BOISSON / CA ALIMENT
	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :
	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :
JEUDI ...../.....	YAOURT PAIN BOL	BOISSON / CA ALIMENT	ENTREE PLAT DESSERT C.A	BOISSON / CA ALIMENT	ENTREE PLAT DESSERT C.A	BOISSON / CA ALIMENT
	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :
	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :
VENDREDI...../.....	YAOURT PAIN BOL	BOISSON / CA ALIMENT	ENTREE PLAT DESSERT C.A	BOISSON / CA ALIMENT	ENTREE PLAT DESSERT C.A	BOISSON / CA ALIMENT
	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :
	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :
SAMEDI ...../.....	YAOURT PAIN BOL	BOISSON / CA ALIMENT	ENTREE PLAT DESSERT C.A	BOISSON / CA ALIMENT	ENTREE PLAT DESSERT C.A	BOISSON / CA ALIMENT
	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :
	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :
DIMANCHE...../.....	YAOURT PAIN BOL	BOISSON / CA ALIMENT	ENTREE PLAT DESSERT C.A	BOISSON / CA ALIMENT	ENTREE PLAT DESSERT C.A	BOISSON / CA ALIMENT
	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :
	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :	Signature :

⇨ Stabiloter la proportion consommée par le résident (boisson et aliment) CA = Complément alimentaire

Fiche N°5 - GT Qualité/nutrition en EHPAD - SYSTÈMES DE PESEES

TYPE		AVANTAGES	INCONVENIENTS	PRIX *
FAUTEUIL PESE PERSONNE		Matériel mobile sur roulettes et fiable.	Réservé aux résidants valides. Nécessite une mobilisation du résidant, par le soignant ou au lève malade.	**1 893 €**
PESE PERSONNE		Facile à manipuler et à transporter.	Réservé aux résidants valides. Nécessite des conditions identiques à chaque pesée(résidant dénudé, sans chaussure).	**135 €**
LEVE MALADE SYSTÈME DE PESEE INTEGRE		**Résidants grabataires Pesée au moment des tranferts.**	Résidants pesés après toilette au lit, donc habillés.	**6 227 €**
CHAISE DE BAIN SYSTÈME DE PESEE INTEGRE		Pesée effectuée au moment du bain institutionnel, hebdomadaire. **Patient dénudé, système performant, fiabilité de la pesée.** Mobile, peut également être utilisé comme un fauteuil pèse personne, en dehors des salles de bains.	Nécessite une mobilisation du résidant, par le soignant ou au lève malade.	**4 604 €**
PLATE FORME DE PESEE		Résidants grabataires Moins de manipulation, résidants pesés dans leur propre fauteuil roulant.	Condition de reproduction de pesée à l'identique, uniquement si même fauteuil, sinon tare à effectuer avec le fauteuil vide avant chaque pesée.	**2 676 €**

*** les prix s'entendent hors taxe, en 2009. Ces systèmes doivent être étalonnés chaque année, avec nécessité de faire intervenir les Poids et Mesures (à préciser à l'achat sur livret balance ou avec contrat de maintenance)**

Fiche N°6

GT Qualité/nutrition en EHPAD

Soins buccodentaires

Rappel de la problématique :

Le bon état bucco-dentaire doit être une des priorités de la prévention nutritionnelle des résidents en institution, avec deux facteurs défavorables souvent évoqués :

- La question de la négligence « culturelle » des soignants (qui ont souvent moins de réticence à faire une toilette ano-génitale qu'un soin de bouche)
- La question de la prise en charge adaptée et de son coût.

65% des plus de 65 ans ont des caries, de la plaque dentaire et du tartre, les ¾ ont un état dentaire perturbant l'alimentation correcte.

« Parmi tous les groupes d'âge, celui de la population âgée présente le plus mauvais état bucco-dentaire. Pour les personnes âgées dépendantes, il est influencé par la santé générale, les médicaments et la situation psychosociale. Mais un mauvais état bucco-dentaire, et surtout une hygiène négligée, peuvent devenir un facteur de risque pour la santé générale et la qualité de vie. Par ailleurs, une fonction masticatrice compromise est souvent un cofacteur de malnutrition ou de dénutrition. La prévention et les soins bucco-dentaires passent par des contrôles réguliers des patients ainsi que par la sensibilisation et la formation du personnel soignant. Les soins bucco-dentaires en gériatrie demeurent une tâche difficile. Il s'agit de savoir gérer des cas complexes aux niveaux éthique, médico-dentaire et socio-économique. »
(Riesen J.-P. Chung E. Pazos E. Budtz-Jørgensen Revue Médicale Suisse N° -586 le 20/11/2002)

Les questions à se poser	Les réponses proposées
Une grille d'évaluation de l'hygiène bucco-dentaire existe-t-elle dans l'établissement ? ***** *exemple en annexe1*	Si oui, se poser la question de savoir si elle est remplie, et si les évaluations sont faites régulièrement Si non, cette évaluation devrait être au minimum systématique dans le bilan d'entrée.
L'hygiène bucco-dentaire fait elle partie explicitement des soins d'hygiène du résident ?	Mettre en place un dispositif de sensibilisation des personnels sur la question, mais aussi sur la traçabilité de ces soins. Cela est du ressort des Aides-soignantes, sous contrôle de l'IDE/IDEC.
Un dispositif de gestion des prothèses (amovibles) est il en place sur l'établissement ?	Souvent objet de plaintes des familles (disparition des prothèses, égarées ou jetées..) au regard des conséquences économiques notamment, cette question doit faire l'objet d'une politique explicite de l'établissement, avec sensibilisation des personnels et consignes très claires. Rappel utile : • **faire graver les prothèses**
Des formations sont elles prévues sur ce thème dans l'établissement?	Si la formation initiale aborde en principe le thème, il doit être retravaillé au sein de l'établissement, si possible en formation continue, interne, en incluant les équipes soignantes de nuit, et avec la participation du psychologue et du médecin. Cette formation, souvent faite à l'occasion des soins palliatifs, doit être élargie aux soins quotidiens.
Une évaluation a-t-elle été faite quant au retentissement de l'état bucco-dentaire sur l'alimentation ?	Cette évaluation doit être évidemment collégiale (médecins, dentiste, patient famille, etc…) et s'attacher au pragmatisme avant tout, notamment concernant les personnes démentes… **Il faut se souvenir qu'on mange mieux sans dents qu'avec des appareils inadaptés ou douloureux…**

Annexe 1
Grille d'évaluation de l'hygiène bucco-dentaire de M. / Mme

(Entourer les propositions retenues)

_____

Date :

L'examen a été réalisé par :

Hygiène bucco dentaire Satisfaisante Insuffisante

Alimentation Normale Hachée Mixée Par sonde Parentérale

Haleine Bonne mauvaise

Lèvres Sans particularité En mauvais état (préciser sèches, ulcérées, fissurées, saignantes, inflammatoires…):
_____

Langue Sans particularité En mauvais état (préciser sèche, ulcérée, fissurée, saignante…):
_____

Salive Sans particularité hyposialhorrée (insuffisante) hypersialhorrée (en excès)

Muqueuses (joues, palais) Sans particularité En mauvais état (préciser si dépôts blanchâtres…):
_____

Gencives Sans particularité En mauvais état (préciser):
_____

Dents Apparemment en bon état: Oui Non

Prothèses dentaires amovibles
Oui Adaptées ou Inadaptées Non

Douleur Oui Non

Autonomie : -se lave les dents seul : Oui quelle fréquence ? : Non

Médecin-dentiste référent
Nom _____
Prénom _____
Adresse_____
No tél._____
Dernier contrôle _____

Suites à prévoir: Oui (lesquelles) Non

Annexe 2
Recommandations pour l'entretien des prothèses dentaires

1. **Idéalement le soin bucco-dentaire doit être réalisé après chaque repas mais au minimum deux fois par jour (matin et soir)**

2. **Précautions standard à respecter lors du soin :**

Le matin au réveil

Résident moins autonome	**Résident plus autonome**
Passer une compresse humide dans la bouche du résident	Vérifier si le résident s'est rincé la bouche
Rincer la ou les prothèses et l'insérer correctement dans la bouche avec les doigts (la prothèse doit être humide)	Vérifier que le résident l'a bien fait

Après chaque repas

Résident - autonome	**Résident + autonome**
Rincer la prothèse et la remettre en place	Vérifier que le résident l'a bien fait

Le soir au coucher

Résident - autonome	**Résident + autonome**
Nettoyer (brossage à l'eau et savon si prothèses neuves, comprimé ou détartrant alimentaire sinon) puis sécher soigneusement les prothèses dentaires et les ranger dans une serviette en papier sèche puis dans une boîte au nom du résident si celui-ci ne les porte pas pour dormir	Vérifier que le résident l'a bien fait
Passer ensuite une compresse humide dans la bouche du résident **Attention :** Il peut être conseillé aux patients de garder durant la nuit leur(s) prothèse(s). Il faut donc ne pas hésiter à en discuter avec le praticien concerné.	

3. **Les Muqueuses :** Nettoyer les muqueuses, le palais et la langue si possible au doigt et compresse sinon à l'aide d'un bâtonnet imprégné de dentifrice dilué

4. **Cas particuliers :**

La prothèse fait mal:
- Arrêt du port de la prothèse
- Prévoir au plus vite une consultation dentaire
- Porter la prothèse la ½ journée qui précède le rdv

Candidose sous prothétique
- Inutile de faire tremper la prothèse
- Si elle est poreuse, elle doit être «rebasée» ou refaite
- Sinon : séchage tous les soirs au sèche-cheveux

Remarque 1 : Tous les soins impliquant un contact avec la bouche du patient nécessitent le port de gants

Remarque 2 : ATTENTION chez les patients déments (Alzheimer et apparentés) le soin peut être encore plus vécu comme une agression :

- Il est important que le résident garde son autonomie, se souvenir qu'il peut faire les choses par mimétisme.
- Si le soin est nécessaire, se souvenir que la morsure réflexe est toujours possible. Il faut à la fois beaucoup de douceur et de délicatesse, mais toujours éviter de passer un doigt entre les mâchoires sup et inf, surtout lorsque les dents (ou prothèses) sont en place.
- Ne pas utiliser de brosses à dents dures
- Et puis : se souvenir que **faire un peu est encore mieux que rien !**

Annexe 3

Soins de bouche: matériel et technique

1. Indications

- assurer l'hygiène bucco-dentaire en favorisant le bien-être et confort
- prévenir et traiter l'infection
- prévenir et traiter la douleur

2. Matériel

- solution hydro-alcoolique
- verre à dents
- bâtonnets montés pour soins de bouche
- brosse à dents souple
- boîte de rangement à prothèses dentaires
- bassin réniforme
- linge de toilette et compresses
- gants à usage unique
- crème pour les lèvres

3. Déroulement du soin auprès des résidents dépendants :

- avertir le résident et l'installer confortablement en position demi-assise ou la tête tournée vers le côté
- placer le linge de toilette protecteur
- se désinfecter les mains
- mettre les gants et ôter les prothèses dentaires s'il y a lieu
- avec les bâtonnets ou compresses nettoyer systématiquement toute la cavité buccale, la surface de la langue et les dents, en changeant très fréquemment de bâtonnets (ou compresses)
- laver la ou les prothèses dentaires et les remettre en place
- enduire les lèvres d'une crème grasse au besoin
- ôter les gants
- réinstaller le résident

Remarque • effectuer le soin de 2 à plusieurs fois en 24 heures selon le besoin

4. Déroulement du soin auprès des résidents autonomes (collaboration soignant-résident):

- Préparer le matériel
- Montrer la technique optimale
- Encourager au brossage 3 fois par jour pendant 3 mn
- Vérifier les bonnes pratiques 1 fois par jour la première semaine puis chaque semaine

Pour en savoir plus…

Sites :

www.seniordentalconfort.com

Références :

- URCAM Rhône Alpes

Santé bucco-dentaire et accès aux soins des personnes résidant en EHPAD dans la région Rhône-Alpes (Rapport de synthèse 2007)

- M. Riesen J.-P. Chung E. Pazos E. Budtz-Jørgensen

Revue Médicale Suisse N° -586 publiée le 20/11/2002

Fiche N°7

GT Qualité/nutrition en EHPAD

Conditions du repas en salle

Rappel de la problématique

S'alimenter reste un acte de plaisir, de convivialité et de partage, quelque soit l'âge. La question de l'évolution des perceptions organoleptiques des personnes âgées est complexe, car elle sollicite autant les sens (aspect, odeur, texture, saveur) que la mémoire, parfois défaillante.
Les sensations peuvent s'émousser, les médicaments peuvent majorer des inappétences, les contraintes collectives peuvent gêner le respect des rythmes individuels…
Toutes ces raisons plaident pour accorder une attention particulière aux « conditions du repas en salle ».

Les questions à se poser	Les réponses proposées
Existe-t-il des procédures pour prendre en compte les goûts des résidents ?	• commission des menus • fiche de goût à l'admission • enquête directe en cas de non consommation d'un produit • passages réguliers du cuisinier en salle • choix multiples systématiquement proposés (mais attention aux gaspillages ou à une alimentation sans variété) • ou menu unique mais adaptation individuelle possible en cas de besoin
Existe-t-il des conditions environnementales propices ?	• Salle suffisamment vaste, non bruyante • Eclairage et décoration agréable non agressive

	• Tables réparties en fonction des affinités et du respect d'espaces suffisants • Espaces dédiés aux personnes très dépendantes • Proximité des cuisines éventuellement (odeurs) • Renforcement de l'aide au repas par du personnel formé (le repas « thérapeutique » est une alternative intéressante quand l'établissement dispose d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute *)
Les règles d'hygiène et de présentation sont elles respectées ? **Des « temps » ont-ils été prévus pour cela ?**	• **Rappel** : l'établissement doit mettre à disposition du personnel une tenue spécifique (tablier, surblouse…) • Plats agréables à la vue y compris pour l'alimentation à texture modifiée (mixés, hachés, moulinés…) • Possibilité de réchauffer ou maintenir chaud les plats • Serviettes jetables (sinon, serviettes lavées régulièrement à chaque repas), nappes • Protocole vaisselle et propreté des tables et sol conforme aux normes en vigueur • Maintien de la propreté du résident avant et après le repas (hygiène des mains et visage)
Existe-t-il une possibilité d'avoir des compléments ou une adaptation spécifique	• Attention à ne pas en faire une alternative au menu • Sur prescription médicale • Sur conseil diététique • Possibilité de compléments «fait maison » en lien avec la cuisine
Les horaires des repas sont ils adaptés et suffisamment souples ?	• Le service du diner commence après 18 h 30 • Le service du petit déjeuner commence avant 8 h 00 • Le jeûne nocturne est < 12 h, sinon, une collation nocturne est prévue • Le temps du repas est suffisant (en aucun cas selon le CNA –avis N°53, il ne devrait être inférieur à 30mn pour le petit déjeuner, à 45 mn pour le repas du soir, et à 1h pour le repas de midi)**

Des modalités d'accueil des familles à l'occasion des repas ont-elles été prévues ? **Sont-elles explicitées dans le livret d'accueil de l'établissement ?**	• Salon « à part » pour les proches qui veulent s'isoler avec leur parent • Aidants bénévoles au repas (modalités à discuter et préciser au sein de l'établissement et du CVS)

* *Le repas thérapeutique favorise l'autonomie à travers les gestes liés à la prise du repas (couper du pain, se servir…). Ceux-ci sont en outre favorisés par l'ambiance calme et l'imitation (du soignant et des autres convives).*

* **Ce temps se comprend comme un temps global minimal pour l'organisation de l'établissement.* ***Le GT insiste sur le fait que ce temps minimum est difficile à respecter au regard des contraintes de personnel et organisationelles.***

Pour en savoir plus…

Sites et Références :

http://www.anesm.fr

« l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »
(ANESM, recommandations de bonnes pratiques professionnelles)

http://www.cna-alimentation.fr

Les besoins alimentaires des personnes âgées
et leurs contraintes spécifiques15/12/2005 (Avis N° 53)

Fiche N°8

GT Qualité/nutrition en EHPAD

LES COMPLEMENTS NUTRITIONNELS ORAUX (CNO)

Rappel de la problématique :

Les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont des préparations nutritives permettant d'avoir sous un volume restreint un apport énergétique et / ou protéique important.
La complémentation nutritionnelle orale, comme son nom l'indique, complète, s'ajoute, **mais ne doit pas se substituer à l'alimentation normale,** qui doit être maintenue et favorisée.
Il est utile de présenter les CNO comme des médicaments, à réserver sur prescription médicale, celle-ci se devant d'être précise et (ré) adaptée.
Il est recommandé de favoriser les produits hyperénergétiques et / ou hyperprotidiques.

Les CNO sont qualifiés par la réglementation d'Aliments Diététiques Destinés à des Fins Médicales Spéciales (ADDFMS), ils peuvent être remboursés selon certaines modalités (Cf arrêté du 2 décembre 2009 au JORF n°0284 du 8 décembre 2009 page 21182 texte N°22, qui définit la liste des produits et prestations remboursables. http://www.imad-nantes.org/images/stories/imad/pdf/arrete-tarifs-nutrition-clinique-orale.pdf)

Les questions à se poser	Les réponses proposées
L'administration de CNO est elle une mesure transitoire ou définitive ?	**L'évaluation précise est indispensable en amont de toute décision d'avoir recours aux CNO.** La ré-évaluation régulière est nécessaire par le médecin et l'équipe soignante, en fonction des indicateurs mis en place (pds, indices de satisfaction, tolérance, acceptabilité, etc..) pour décider l'arrêt ou la poursuite de cette mesure. La réponse à la question dépend donc des indications et objectifs initiaux et ré-évalués.
Quel type de CNO proposer en fonction des goûts ou indications ?	**Les CNO existent en version sucrée et salée et sous différentes textures, saveurs, arômes, présentations :** • **Textures :** - liquides ou semi-liquides (boisson lactée, jus de fruits, potage, yaourt à boire)

	- pâteuse (crème, compote) • **Saveurs :** salée/sucrée/neutre • **Arômes** variés • **Présentations** : potage, boisson lactée, jus de fruits, crèmes, yaourt à boire, compote • Avec ou sans lactose • Le plus souvent sans gluten • Avec ou sans fibre De nombreux laboratoires proposent des gammes très variées
Comment se repérer parmi les nombreuses présentations disponibles sur le marché ?	**Les compléments se répartissent en 3 catégories :** • **Les produits polymériques,** • **Les produits glucido-protidiques** • **Les produits ne contenant qu'un seul macronutriment**
Comment les choisir ?	**Le choix s'effectuera bien entendu en fonction des tolérances et indications individuelles, sachant que :** 1. **Les produits polymériques** sont des mélanges complets qui apportent des protéines, des glucides, des lipides, des minéraux, des vitamines et des oligoéléments. Ce sont les plus utilisés, ils sont classés en fonction de l'apport protéique et de l'apport calorique : ➢ **Normoprotéique** : 4,5 à 7 g de protéines / 100 ml ou g ➢ **Hyperprotidiques** : > 7 g de protéines / 100 ml ou g ➢ **Normocalorique** : 1 kcal / ml ou g ➢ **Hyperénergétique ou hypercalorique** : au moins 1,5 kcal / ml ou g Ces compléments peuvent être avec ou sans lactose, avec ou sans fibres. Il existe également des compléments destinés aux personnes présentant des troubles de la glycémie. ***EXEMPLES en Annexe2*** ▪ **Les produits glucido-protidiques** : Ces produits sont dépourvus de lipides ou très pauvre en lipides.

	▪ Il s'agit de jus ou de compote. ▪ Leur teneur en protéines est supérieure ou égale à 3,75 g /100 ml ou 100 g Leur valeur énergétique est supérieure ou égal 1,25 kcal / ml ***EXEMPLE en Annexe 2***
	▪ **Les produits ne contenant qu'un seul macronutriment** destinés à l'enrichissement de l'alimentation. ▪ Protéines seules ▪ 3.2 Glucides seuls (maltodextrines) ▪ Lipides seuls, à base de triglycérides à chaînes moyennes (TCM) ***EXEMPLE en Annexe 2***
Comment optimiser l'utilisation des CNO et en favoriser l'observance ?	**Notamment par le respect des règles de conservation, de distribution et de consommation des CNO :**
CONSERVATION	▪ Avant ouverture, à température à température ambiante dans un endroit sec ▪ **Après ouverture, 24 h maximum au réfrigérateur**
TEMPERATURE DE CONSOMMATION	▪ Servir très frais (réfrigéré au minimum 24 h à 4°C les Compléments sucrés ▪ Possibilité de réchauffer certains arômes (vanille, chocolat, café, cappuccino) au bain marie ou au four micro-ondes après déconditionnement, pour les servir au petit-déjeuner par exemple. Ne pas les faire bouillir ▪ Servir chaud les compléments salés.
DISTRIBUTION	▪ Doit se faire au moment de la consommation de façon à rester à température de consommation adéquate ▪ S'assurer que le patient aime l'arôme proposé et que la texture est adaptée aux éventuels troubles de la déglutition. ▪ Il est possible de modifier l'arôme d'un produit goût neutre ou vanille par différents parfums (exemple sirop, caramel, chocolat en poudre …) ▪ Il est possible de modifier la texture des boissons avec une poudre épaississante. (Exemple : « Thicken up » chez Fresenius Kabi) ▪ Bien agiter les compléments avant utilisation ▪ Possibilité de déconditionner le CNO et de le verser dans un verre ou un bol, si le malade n'aime pas boire à la paille.

	▪ Stimuler et encourager le malade à consommer
HORAIRE DE CONSOMMATION	▪ **Au moins 90 minutes avant ou après le repas**, pour préserver l'appétit au moment du repas ▪ **Jeter dans les 2 h maximum après la distribution** les CNO ouverts et restés à températures ambiante ▪ Ne pas laisser les CNO s'accumuler sur la table de chevet
Quelle surveillance mettre en place ?	**Toute prescription de CNO doit s'accompagner d'une surveillance qui consiste à évaluer et ré-évaluer:** ▪ **Le respect de la prescription** (distribution effective, respect des horaires, causes éventuelles de non-distribution) ▪ **L'observance du patient** (consommation effective et causes éventuelles de non-consommation) ▪ **La tolérance** (troubles de déglutition, troubles digestifs) ▪ **l'état nutritionnel** (clinique et biologique), l'évolution de la pathologie et le niveau des apports oraux spontanés (ré-évaluation régulière)
Quelle alternative à l'utilisation des CNO ?	Autant que possible, quand l'état du résident le permet, que la cuisine est adaptée, qu'un conseil diététique est disponible, etc…il faut privilégier l'alimentation traditionnelle enrichie. Elle a pour objectif d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume. Elle consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits, tels que de la poudre de lait, du lait concentré entier, du fromage râpé, des œufs, de la crème fraîche, du beurre, de l'huile ou des poudres de protéines industrielles. Voir Annexe 1 de la fiche et « Etude/Nutrition » en annexe du document général

Pour en savoir plus…

Sites :

www.has-sante.fr www.anses.fr/ www.inpes.fr/
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_et_sommaire_PNNS_.pdf

Références :

- CIQUAL (Centre d'information sur la qualité des aliments) et sa table (composition nutritionnelle des aliments) sur le site de l'ANSES
- Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées (Inpes)
- Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée (HAS)
- rapport de l'IGAS sur « Evaluation du programme national nutrition santé PNNS 2 2006-2010 » paru en avril 2010 (qui traite de la problématique des personnes âgées en 3.3, et recommande des aménagements notamment en termes d'adaptations quant à la prise en charge des CNO)
- Avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments sur l'évaluation des besoins nutritionnels chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies afin de définir des références nutritionnelles permettant d'adapter leur prise en charge nutritionnelle (Afssa – Saisine n° 2008-SA-0279)

ANNEXES

Annexe 1. Modalités d'enrichissement des repas

Modalités d'enrichissement des repas

A favoriser Pour apports HP

Poudre de lait Lait concentré entier	3 cuillères à soupe (~ 20 g) apportent ~ 8 g de protéines
Poudre de protéines (1 à 3 cuillères à soupe/jour)	1 cuillère à soupe (~ 5g) dans 150 ml de liquide ou 150 g de purée apporte ~ 5 g de protéines
Fromage râpé/fromage fondu type crème de gruyère	20 g de gruyère ~ 5 g de protéines 1 crème de gruyère de 30 g ~ 4 g de protéines
Œufs	1 jaune d'œuf ~ 3 g de protéines
Crème fraîche épaisse	1 cuillère à soupe (~ 25 g) = ~ 80 calories
Beurre fondu/huile	1 cuillère à soupe (~ 10 g) = ~ 75 à 90 calories

- *Les potages*
  En y ajoutant des pâtes à potage, du tapioca, du pain, des croûtons, de la crème fraîche, du beurre, du fromage (gruyère, crèmes de gruyère…), du lait en poudre, des œufs, du jambon.
  Penser aux soupes de poissons.

- *Les entrées*
  Compléter les crudités avec des œufs durs, du jambon émincé, des lardons, des dés de poulet, du thon, des sardines, des harengs, des crevettes, du surimi, des cubes de fromage, des croûtons, du maïs, des raisins secs, des olives…
  Varier avec du saucisson, des pâtés, des salades de pommes de terre ou de céréales, des entrées pâtissières…

- *Le plat protidique*
  Choisir des plats naturellement riches, tels que des viandes en sauce, des soufflés, des gratins de poisson, des quenelles, des lasagnes, des pâtes farcies…
- *Les légumes*
  Les servir plutôt en béchamel, en sauce blanche ou en gratins enrichis avec du lait en poudre, du gruyère, de la crème fraîche, du beurre, des œufs, de la viande hachée…

- *Les purées*
  En ajoutant des jaunes d'œufs, du gruyère ou autre fromage râpé, du lait en poudre…

- *Les pâtes et le riz*
  En les additionnant de parmesan ou gruyère râpé, de beurre, de crème fraîche, de jaunes d'œufs comme pour la carbonara, de lardons, de jambon, de viande hachée comme pour la bolognaise, de petits pois, avec des morceaux d'omelette comme pour le riz cantonnais…

- *Les laitages et desserts*
  En incorporant du lait en poudre, du lait concentré sucré, de la crème fraîche, de la confiture, du miel, de la crème de marron, du caramel, du chocolat, des nappages à la fraise, des fruits comme la banane, des fruits au sirop, etc.
  Les desserts les plus énergétiques sont : les gâteaux de riz ou semoule, les flans aux œufs, les crèmes anglaises ou pâtissières, les clafoutis de fruits, les quatre-quarts, les gratins de fruits…

- *Les boissons*
  Enrichir le lait avec du lait en poudre (soit une cuillère à soupe pour 100 ml de lait entier de préférence) à consommer chaud ou froid aromatisé (chocolat, café, sirop de fruits).
  Penser au lait de poule (un œuf battu avec du lait, du sucre, de la vanille ou du rhum), au milk-shake (lait battu avec crème fraîche et fruits).

  Enrichir le jus de fruits avec du lait en poudre, du miel.

Annexe 2

(Les exemples ci-dessous sont proposés à titre d'illustration, sans intention de privilégier un laboratoire au détriment d'un autre)

Exemple de produits polymériques

LABORATOIRE NOM DU PRODUIT	PRESENTATION ARÔMES	CARACTERISTIQUES NUTRITIONNELLES
FRESENIUS KABI Fresubin 2 kcal Fibre 	BOISSON LACTEE EN BOUTEILLE DE 200 ML **Saveurs :** Chocolat Vanille Cappuccino Citron	• HYPERCALORIQUE : **400 Kcal** / 200 ml • HYPERPROTIDIQUE : 20 g de Protéines/ 200 ml • 3 à 3,2 g de fibres / 200 ml • SANS LACTOSE • SANS GLUTEN • Calcium : 410 mg
NESTLE NUTRITION Resource Soup 	SOUPES EN COUPELLE DE 200 ML **Saveurs :** Légumes du soleil Crème de légumes Tomates	• HYPERCALORIQUE : **300 Kcal** / 200 ml • Source de Protéines : 14 g de Protéines / 200 ml • SANS LACTOSE • SANS GLUTEN
Avantages : arômes variés permettant également une hydratation 1 verre de Fresubin 2 kcal = 200 kcal + 10 g de Prot.		
LABORATOIRE NOM DU PRODUIT	PRESENTATION ARÔMES	CARACTERISTIQUES NUTRITIONNELLES
FRESENIUS KABI Fresubin Crème 	CREME DESSERT EN POT DE 125 G **Saveurs :** Chocolat Vanille Cappuccino Praliné Fraise des Bois	• HYPERCALORIQUE : **300 Kcal** / 125 g • HYPERPROTIDIQUE : 12,5 g de Protéines/125 g • 2,5 g de fibres / 125 g • SANS LACTOSE • SANS GLUTEN • Calcium : 245 mg

Exemple de produit glucido-protidique

LABORATOIRE NOM DU PRODUIT	PRESENTATION ARÔME	CARACTERISTIQUES NUTRITIONNELLES
LACTALIS **NUTRITION SANTE** Delical Boisson Fruitée 	BOISSON A BASE DE JUS DE FRUITS TETRA BRICK DE 200 ML **Saveurs :** Orange Fruits du Verger Raisin Mangue & abricot	• HYPERCALORIQUE : **250 Kcal** / 200 ml • Glucides : 54,2 g /200 ml • Source de Protéines : **8 ,5 g** de Protéines/200 ml • SANS LACTOSE
Avantages : pour les patients n'aimant pas le goût lacté mais moindre teneur en protéines		

Exemple de produit ne contenant qu'un seul macro-nutriment

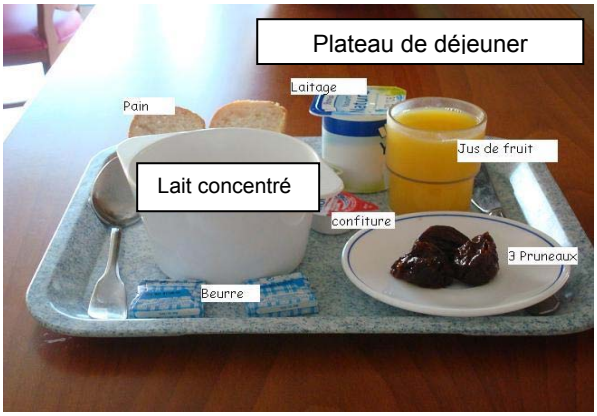
LABORATOIRE NOM DU PRODUIT	PRESENTATION ARÔME	CARACTERISTIQUES NUTRITIONNELLES
NUTRICIA PROTIFAR PLUS 	POUDRE DE PROTEINES à incorporer dans des aliments salés ou sucrés	• 89 G de protéines pour 100 g • 1350 mg de Calcium pour 100 g
Avantages : Utilisation facile et goût neutre ***Inconvénients*** : Nécessite une rigueur et une constance du personnel dans la préparation		

Annexe 3 *(exemple à la Maison de retraite Richard/Conflans St Honorine)* 16 juin 2010

Composition de petit déjeuner, goûter enrichi et dîner enrichi

Objectifs :

- Lutter contre la dénutrition
- Lutter contre la constipation chronique
- Suppression des compléments alimentaire au profit d'une alimentation normale



Préparation des plateaux :

- Plateau
- Bol
- Lait concentré
- Sucre
- Laitages (yaourt ou fromage blanc)
- Consommable (café, café au lait, beurre, confiture, thé, chocolat)

Pour les résidents dénutris

Quand	Où	Quoi	Comment
➢ Petit déjeuner	➢ En chambre	- Lait concentré et laitages	- Verser la portion de 7g de lait concentré dans le laitage pour remplacer les forticrème et rajouter un peu de sucre **Ne pas ajouter de sucre pour les diabétiques**
		- Pruneaux	- 3 pruneaux par résident
		- Jus d'orange	- Un verre de 125 ML
➢ Goûter	➢ Au salon et en chambre	- Lait concentré et laitages	- Verser une portion de 7g de lait concentré dans le laitage et rajouter un peu de sucre **Ne pas ajouter de sucre pour les diabétiques**
		- Jus d'orange	- Un verre de 125 ML coupé avec de l'eau (un demi litre de jus d'orange dans un pichet et remplir le pichet avec l'eau de la fontaine)
➢ Dîner	➢ Au salon, en salle à manger ou chambre	- Portage et lait en poudre	- Une cuillère à soupe de lait en poudre

Pour tous les résidents

Quand	Où	Quoi	Comment
➢ Petit déjeuner	➢ En chambre	- Laitage	**Ne pas ajouter de sucre pour les diabétiques**
		- Pruneaux	- 3 pruneaux par résident
		- Jus d'orange	- Un verre de 125 ML
➢ Goûter	➢ Au salon et en chambre	- Laitage	**Ne pas ajouter de sucre pour les diabétiques**
		- Jus d'orange	- Un verre de 125 ML coupé avec de l'eau (un demi litre de jus d'orange dans un pichet et remplir le pichet avec l'eau de la fontaine)

Ps : la liste des résidents sous forticrème correspond à la liste des résidents dénutris

Fiche N°9

GT Qualité/nutrition en EHPAD

Animation/exercice physique/vitamine D

Rappel de la problématique :

Même s'il n'est pas démontré que des programmes d'activité physique en EHPAD ont un impact positif direct sur l'amélioration nutritionnelle, la conservation d'une activité physique, ne serait ce que la marche, est un des premiers facteurs de lutte contre la dépendance.
Le maintien d'une activité physique régulière permet d'améliorer la qualité de vie du résident en maintenant une bonne densité osseuse, en limitant la fonte musculaire et les maladies cardio-vasculaires notamment.

Les questions à se poser	Les réponses proposées
L'établissement dispose-t-il d'un espace sécurisé de déambulation ?	• L'espace existe, intérieur et/ou extérieur • Un projet existe (par exemple, à l'extérieur, déambulation et jardin thérapeutique) • Dans tous les cas, vérifier la sécurisation de l'espace dédié, et encadrer son utilisation pour un rapport liberté/sécurité maximal
Une salle de kinésithérapie existe elle ? **Une coopération existe-t-elle entre l'établissement et les kinésithérapeutes des résidents ?**	• L'équipe médicale doit sensibiliser les kinésithérapeutes intervenant dans l'établissement à : ▪ participer aux évaluations, synthèses pluri-professionnelles (sur les projets de soin et de vie notamment, mais aussi sur le projet d'établissement) ▪ assurer un suivi et une traçabilité des actions mises en œuvre intégrées au dossier du résident • L'établissement signe une convention pour préciser les coopérations et objectifs de celles ci

Le projet d'animation de l'établissement inclut il des actions favorables à l'activité physique ? **Des sorties extérieures sont elles prévues dans l'année ?**	**Privilégier les jeux collectifs (ballon, gymnastique douce, etc)** Attention : • Les sorties extérieures à l'établissement ont un intérêt si elles ne se résument pas à un temps de voyage. Elles peuvent être « thérapeutiques », accompagnées d'un psychomotricien, pour la visite de monuments, pépinières, sorties piscine, etc… • Si l'environnement le permet, les sorties au sein de l'établissement (parc, terrasses, etc) sont à privilégier, même si elles sont de courte durée
La supplémentation en vitamine D fait elle partie des habitudes des médecins traitants?	Dès l'admission du résident, prévoir un accord entre Médec et médecins traitants pour cette supplémentation et la modalité de prescription, délivrance et suivi, après un dosage initial ou non.

Pour en savoir plus…

Sites :

www.anesm.sante.gouv.fr/
http://semaineergo38.over-blog.com/ext/http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/MemoireNRoumagne.pdf

Références :

- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social (ANESM-recommandations de bonnes pratiques professionnelles)
- "Les bénéfices de l'activité physique sont objectivés par des marqueurs biologiques de la maladie d'Alzheimer » Liang KY et al. Ann Neurol. 2010;68:311-318.
- Activité physique et maladie d'Alzheimer (Y. Rolland : Cah. Année Gérontol. 2010 2:24-29)
- « Effets d'un programme d'activités physiques sur les fonctions cognitives et la marche des personnes âgées atteintes d'une démence en institution » (Nicolas Romagné-mémoire Master 2, 2007 – 2008)
- "Exercise program for nursing home residents with alzheimer's disease : A 1-year randomized, controlled trial" J Am Geriatr Soc. 2007 Yves Rolland, MD, PhD; Fabien Pillard, MD; Adrian Klapouszczak, MD; Emma Reynish, MD; David Thomas, MD; Sandrine Andrieu, MD, PhD; Daniel Rivière, MD; Bruno Vellas, MD, PhD
- Bonnefoy M. Bénéfices de l'activité physique chez le sujet âgé. La Revue de Gériatrie 2000 ; 25 : 311-6.
- Blain H, Vuillemin A, Blain A, Jeandel C. Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées. La Presse Med 2000 ; 29 :1240-8.
- Rivière D. Activités physiques, sports et troisième âge. La lettre de l'Observatoire du mouvement 2001 ; 3 : 6
- Bénéfices de l'activité physique chez la personne âgée : Revue de gériatrie Sept.1992 Arroyo-JF, bengoa-JM,
- Mayoux-Benhamou MA, Poiraudeau S, Lefèvre-Colau MM et al. Exercice physique : prévention de l'ostéoporose et des chutes. Quel exercice pour quel âge ? La Revue du Généraliste et de la Gérontologie 2000 ; 69 : 402-6.
- Les apports conseillés en vitamine D ne devraient-ils pas être revus à la hausse ? Bischoff-Ferrari HA et al. Osteoporos Int. 2010;21:1121-1132.

Fiche N°10

GT Qualité/nutrition en EHPAD

Alimentation et hydratation en fin de vie

Rappel de la problématique :

Y compris en fin de vie, manger et boire doit rester un acte par lequel peut s'opérer une relation d'échange qui soit perçue comme gratifiante.
L'accompagnement nutritionnel de la personne âgée en fin de vie se fera dans le respect de sa dignité, dans le cadre réglementaire (loi Léonetti-2005) qui proscrit notamment l'acharnement thérapeutique, et dans un souci « éthique », en accord avec l'équipe soignante, la famille, et les intervenants extérieurs.

Les questions à se poser	Les réponses proposées
Le médecin et l'entourage ont-ils corrigé tous les facteurs pouvant rendre l'acte alimentaire désagréable voire douloureux ?	**Contrôle de la douleur et des autres symptômes** : dyspnée, prothèses dentaires défectueuses, nausées, constipation, etc.. **Contrôle de l'hygiène buccale** : un défaut d'hygiène buccale entraîne une sensation de soif, produit de mauvaises odeurs, rend l'élocution difficile et cause des difficultés de déglutition. (**Causes nombreuses chez les malades âgés :** déshydratation respiration bouche ouverte médications antimitotiques, anticholinergiques … radiothérapie antérieure hypovitaminose **mycoses ++)** **Les soins de bouche** nécessitent l'utilisation de solutions contenant un antifongique. Les solutions antiseptiques du commerce sont souvent irritantes. **ET ne pas oublier de traiter** d'éventuelles anomalies endocriniennes (dysthyroïdie, diabète, insuffisance surrénalienne).
Les principes de l'alimentation en fin de vie sont ils respectés ? (si l'exigence d'efficacité nutritionnelle n'est plus pertinente à ce stade, le bien-	Respect des souhaits du malade concernant les quantités d'aliments : les petits repas fréquents (4 à 6/j) sont mieux tolérés. Respect des habitudes alimentaires et des souhaits du

être physique et moral à poursuivre en maintenant la symbolique du repas lorsque le patient l'exprime)	malade. Texture des aliments proposés appropriée aux possibilités du malade : en cas de nausées, il est préférable d'offrir des plats froids, sans odeur. Glaces, crèmes et yaourts sont souvent appréciés. Présentation attractive des plats, faits de petites portions. Recherche de la convivialité
La question de l'hydratation en fin de vie a-t-elle été abordée de façon collégiale (avec l'équipe soignante et la famille, voire, si cela a pu être anticipé, avec le patient lui-même) ?	La déshydratation est fréquemment source de conflits au sein de l'équipe soignante ou avec la famille du malade, en raison de l'inconfort qu'elle est susceptible de provoquer. L'apport d'eau et de sels minéraux chez un malade trop faible pour boire efficacement est une autre source de conflits quand il faut recourir à une technique d'hydratation artificielle (perfusion ou usage d'une sonde naso-gastrique). Hydratation et déshydratation ont des avantages et des inconvénients qu'il faut utiliser en fonction de la situation propre au malade, en évitant toute attitude dogmatique (cf Tableau ci-dessous). Qu'il y ait ou non recherche d'hydratation efficace, il faut néanmoins toujours assurer un état d'hygiène buccale parfait et soulager la sensation de soif par des pulvérisations d'eau dans la bouche.

Hydratation Avantages/inconvénients :

Contre	Pour
• les patients comateux ne se plaignent ni de faim ni de soif (?) • l'hydratation peut prolonger inutilement le processus de mort (?) • moins d'émission d'urines provoque moins de besoins • le tarissement des sécrétions digestives diminue les vomissements • la déshydratation diminue les sécrétions bronchiques et la toux • la déshydratation diminue le volume des œdèmes et de l'ascite • la déshydratation est un anesthésique naturel du système nerveux central (?) • l'hydratation parentérale limite les mouvements du malade	• la réhydratation procure un certain confort • les liquides seuls ne prolongent pas la vie • la déshydratation entraîne une confusion • la soif est diminuée par l'hydratation • la déshydratation favorise la constitution d'escarres • la déshydratation majore les effets indésirables des opioïdes

Pour en savoir plus…

Références et Sites :

- Décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires) (Journal officiel du 7 février 2006).
- British Society of Gastroenterology. Oral feeding difficulties and dilemmas: a guide to practical care, particularly towards the end of life. 6 janvier 2010. www.rcplondon.ac.uk
- « Cuisiner le plaisir » Guide pour un service hôtelier adapté aux patients en fin de vie dans les établissements de santé **extraits sur** www.presses.ehesp.fr
- Guide des soins palliatifs du médecin vaudois (sup. au Courrier du méd.vaudois N°5-2008) L'alimentation et la Nutrition : http://www.sans-douleur.ch/pdf/Dlrs_4.pdf
- Nutrition et hydratation artificielles en fin de vie : réflexions et pratiques palliatives 2007 (Devalois Bernard, Leys Arnaud, Gineston L, Unité de soins palliatifs, CH Puteaux.92) http://www.sante-aquitaine.net/cpm/palliadour/sections/public/contenu-formation/nutrition-hydratation-en
- Nutrition et hydratation en fin de vie (Daniel D'Herouville, Unité de soins palliatifs, Maison Médicale Jeanne Garnier, Paris Gastroenterol Clin Biol 2004;28:D26-D30 (http://www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/0J-Seminaire/PDF/2004/2004-mod1-03.pdf

  - http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_recommandations_finales_mise_en_ligne.pdf
  - www.rcplondon.ac.uk
  - http://www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/0J-Seminaire/PDF/2004/2004-mod1-03.pdf