

## Edito

**V**ous allez trouver dans cette lettre des clans les résultats de l'enquête sur la prévention et la prise en charge des dénutritions dans les structures des Pays de Loire accueillant des personnes âgées dépendantes. Cette enquête s'inscrit dans les deux axes de travail qu'a souhaité développer le Comité Technique Régional du Programme National Nutrition et Santé. L'un concerne l'obésité et l'accompagnement de la chirurgie bariatrique et l'autre la dénutrition des personnes âgées.

Le premier élément à souligner dans cette enquête est la motivation très forte des établissements pour les problèmes liés à la nutrition. Il s'agit indiscutablement d'une avancée importante de ces 5 dernières années et qui nous encourage à aller désormais plus en avant. Le point important de cette enquête est que les structures coopératives et les mutualisations de moyens et d'expertises sont au cœur des

réflexions, en particulier avec l'organisation de Comités de Liaison Alimentation Nutrition partagés et l'implication sur plusieurs sites des diététiciens.

Un autre élément est le souhait d'une formation plus régulière des personnels accompagnants dont malheureusement la motivation ne comblera pas les effectifs jugés trop insuffisants.

Enfin, une coordination des échanges et une réflexion doivent voir le jour autour des unités de production et de l'accompagnement des patients à risque de dénutrition avec le corps médical.

Cette enquête remarquable marque une étape importante pour l'amélioration de l'accompagnement et de la qualité des soins des personnes âgées dans notre région.

**Professeur Michel KREMPF**  
Médecin nutritionniste - CHU de Nantes

*Sandrine David, Dr Anne Tallec, Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire*



## Principaux résultats de l'enquête sur la prévention et la prise en charge de la dénutrition dans les structures des Pays de la Loire accueillant des personnes âgées dépendantes

**L**a dénutrition des personnes âgées constitue un problème fréquent, dont la prévalence est estimée entre 4 et 10% à domicile, 15 et 38% en institution, et 30 à 70% à l'hôpital. Ses conséquences en termes de morbi-mortalité sont nombreuses : diminution de l'autonomie, dégradation de la qualité de la vie, risque accru de chutes, d'escarres, d'infections nosocomiales, aggravation d'états pathologiques... Son retentissement économique est important, avec en particulier une augmentation de la consommation médicamenteuse et de la durée de séjour en milieu hospitalier.

C'est pourquoi la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce de la dénutrition des personnes âgées, dont l'efficacité a été démontrée, constituent aujourd'hui des enjeux essentiels. La réduction du nombre de seniors en situation de dénutrition a ainsi été retenue en 2001 parmi les objectifs du premier Programme national nutrition santé (PNNS 1), puis de la loi de santé publique d'août 2004. Le PNNS 2 insiste, quant à lui, sur la dimension multidisciplinaire et coordonnée de la prise en charge de la dénutrition.

Dans ce contexte, le Comité technique régional nutrition santé (CTRNS) des Pays de la Loire, en charge de décliner le PNNS, a souhaité disposer d'un état des lieux des politiques relatives à l'alimentation et la nutrition et des pratiques de soins nutritionnels dans les 600 structures régionales accueillant des personnes âgées dépendantes, qui prennent en charge actuellement plus de 43 000 personnes.

Dans cet objectif, une double enquête, permettant de prendre en compte les différentes dimensions de la problématique, a été mise en place par l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire au début de l'année 2009. Les directeurs des structures ont été interrogés sur l'organisation et la politique alimentaire (organisation de la restauration, démarche qualité, formations...). Les responsables médicaux ont, quant à eux, été questionnés sur les pratiques en matière de prévention, de dépistage, et de prise en charge de la dénutrition ou de son risque.

Ce bulletin présente les principaux résultats de cette étude qui a fait par ailleurs l'objet d'un rapport détaillé\*.

\* disponible sur le site [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com)

## Le contexte

### La nutrition mentionnée dans le projet de soins de 74% des structures

La nutrition constitue une dimension des soins reconnue dans de nombreuses structures pour personnes âgées dépendantes des Pays de la Loire. Ce thème constitue en effet l'un des axes du projet de soins des trois quarts d'entre elles, avec une situation qui semble un peu plus favorable dans les structures rattachées à un établissement de santé (85%) que dans les structures autonomes (71%).

### Les CLAN surtout présents dans les structures rattachées à un établissement de santé

Le travail avec un Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) est par contre nettement moins répandu, avec seulement 25% des structures concernées. Il s'agit le plus souvent d'un comité intra-établissement (59%), rarement de CLAN inter-établissements (6%), et dans 35% d'un CLAN départemental ou régional.

En lien avec le contexte réglementaire, la situation est très différente entre les structures rattachées à un établissement de santé, dont plus de 80% déclarent travailler avec un CLAN, et les structures autonomes où cette proportion atteint seulement 9%.

Les CLAN restent d'ailleurs mal connus des structures autonomes, puisque près d'un quart d'entre elles déclarent ne pas connaître ces instances alors qu'aucune des structures rattachées à un établissement de santé, qui ont l'obligation de mettre en place un tel comité, n'est dans ce cas.

### Présence de diététiciennes et formation du personnel : des progrès restent à faire

Des diététiciennes interviennent dans 67% des structures. Dans près des deux tiers des cas, elles ne sont pas salariées de ces structures. Elles peuvent alors notamment exercer leur activité en lien avec la société en charge de la restauration de l'établissement.

28% des structures déclarent disposer d'une diététicienne salariée, et leur temps de travail est parfois très limité. Dans près d'un quart des cas, il est en effet inférieur au seuil minimum d'une demi-journée par semaine, recommandé par le Conseil national de l'alimentation (CNA) pour les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)<sup>1</sup>.

La situation est très différente selon le statut de la structure. Les structures qui sont rattachées à un établissement de santé bénéficient dans leur quasi-totalité d'une diététicienne (97%), celle-ci étant salariée de l'établissement dans la grande majorité des cas.

Dans les structures autonomes, la présence des diététiciennes est beaucoup moins fréquente (58%), et elles sont très majoritairement non salariées de l'établissement. En outre, quand elles sont salariées, leur temps de travail est plus souvent inférieur à la recommandation du CNA.

<sup>1</sup> Seul le temps de travail des diététiciennes salariées a été recueilli lors de l'enquête.

La dynamique de formation en matière de nutrition apparaît également insuffisante, au regard des recommandations du CNA qui préconise qu'« au moins 20% du personnel des EHPAD et des services gériatriques des hôpitaux reçoivent chaque année une formation sur l'alimentation et les risques nutritionnels du sujet âgé ».

En effet, dans la majorité des structures qui se sont exprimées à ce sujet, moins de 25% du personnel soignant, de service ou de préparation des repas, a bénéficié d'une formation spécifique sur la nutrition des personnes âgées au cours des deux dernières années.

### Encadré 1. Méthodologie et limites

Deux questionnaires ont été adressés par courrier, en janvier 2009, aux 597 structures des Pays de la Loire accueillant des personnes âgées dépendantes. Le premier questionnaire, destiné au directeur, portait principalement sur l'organisation de la restauration et la prise en compte de la nutrition au sein de la structure. Le second, destiné au médecin responsable, abordait les pratiques en matière de prévention, dépistage, et prise en charge de la dénutrition ou de son risque.

Après une relance, les taux de réponse ont été de 49% pour le questionnaire destiné aux directeurs et de 40% pour celui destiné aux médecins. Au total, 32% des structures ont répondu aux deux questionnaires. L'ensemble des résultats de cette enquête ont été redressés pour améliorer leur représentativité. Seules les différences statistiquement significatives au seuil de 5% sont mentionnées dans ce document.

#### Limites

L'interprétation des résultats de cette enquête nécessite de bien identifier les limites, et notamment celles liées à un éventuel biais de sélection. En effet, dans la mesure où la participation à cette enquête était basée sur le volontariat, on ne peut écarter l'hypothèse que les structures ayant répondu soient plus sensibilisées à la problématique de la dénutrition chez les personnes âgées, et aient de ce fait des pratiques plus favorables que les structures non répondantes.

### Encadré 2. Les structures pour personnes âgées dépendantes dans les Pays de la Loire

Au moment de l'enquête, la région comptait 597 structures pour personnes âgées dépendantes.

- ▶ 78% d'entre elles sont des structures autonomes, de statut privé (41%) ou public (37%).
- ▶ 22% sont rattachées à un établissement de santé, lequel est de statut public dans la quasi-totalité des cas.

La capacité d'accueil globale de ces 597 structures est estimée à plus de 43 000 lits. Les structures autonomes sont plus souvent de taille intermédiaire (50 à 99 lits) que les structures rattachées à un établissement de santé, et moins souvent de grande taille (100 lits et plus).

Enfin, le niveau moyen de dépendance des personnes prises en charge dans des structures rattachées à un établissement de santé est plus élevé que celui des résidents des structures autonomes.

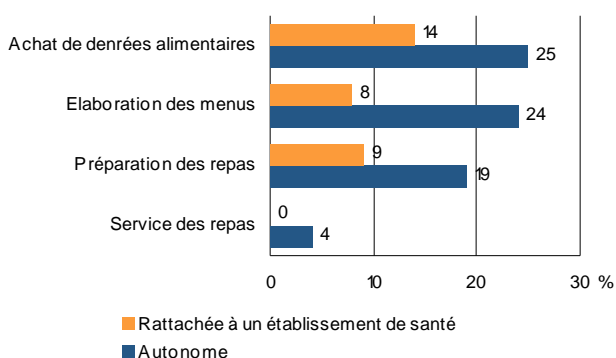
Sources : Finess 2008, SAE 2007, EHPA 2007

## La restauration

### Une minorité de structures sous-traite les activités liées à la restauration

La restauration mobilise fortement les structures pour personnes âgées dépendantes puisqu'elle est entièrement gérée en interne dans les trois quarts d'entre elles. Les structures autonomes sont en proportion un peu plus nombreuses que les structures rattachées à un établissement de santé à sous-traiter au moins une des activités de restauration (27% vs 14%,  $p < 0,05$ ). Cette différence est notamment liée à l'achat de denrées alimentaires et l'élaboration des menus, dont la sous-traitance est plus fréquente dans les structures autonomes (figure 1).

**Figure 1. Proportion de structures sous-traitant les différentes activités de restauration selon leur statut**



Source : Enquête nutrition des personnes âgées en institution 2009, CTRNS-Drass, ORS Pays de la Loire

La majorité des structures (89%) s'appuient sur une commission de menus, chargée de veiller au bon fonctionnement de la restauration et plus particulièrement à l'équilibre des menus, à la qualité et à la présentation des repas. Et dans 88% des structures, les menus sont validés par une diététicienne et/ou un responsable de cuisine.

39% des structures qui élaborent elles-mêmes les menus ne disposent pas d'une diététicienne (52% des structures autonomes vs 3% des structures rattachées à un établissement de santé).

### Les cahiers des charges de la restauration, des outils essentiels qui semblent mal identifiés

Les cahiers des charges (ou chartes) de la restauration précisent les règles d'organisation de la restauration et notamment les caractéristiques quantitatives et qualitatives des repas. 37% des structures déclarent disposer d'un document de ce type. Et dans les structures qui sous-traitent tout ou partie de leur restauration et ont donc l'obligation de disposer d'un tel document, cette proportion n'atteint que 57%. Ces cahiers des charges sont donc peu répandus et/ou

mal identifiés, et ne semblent pas jouer, dans un grand nombre de structures, leur rôle d'outil de gestion ou de négociation de la qualité des repas.

Autres outils qui semblent également peu répandus et/ou mal identifiés, les fiches techniques précisant la composition et la valeur nutritionnelles des différents plats, que ces derniers soient préparés sur place ou livrés à l'établissement.

### Des budgets alimentaires qui paraissent insuffisants dans plus de 30% des structures

Les budgets consacrés aux achats des denrées alimentaires, qui conditionnent pour partie la qualité nutritionnelle et gustative des repas, apparaissent souvent insuffisants. En effet, dans un avis émis en 2005, le CNA estimait que le budget destiné à l'achat des denrées alimentaires ne devait pas être inférieur à 3,5 € (hors taxes) par résident et par jour. Sur la base d'une inflation annuelle de 1,5%, cela correspond à 3,7 € en 2009. Dans l'enquête, plus de 30% des structures déclarent des coûts moyens inférieurs à ce montant. Pour cet indicateur, il n'existe pas de différence significative entre les structures rattachées à un établissement de santé et les structures autonomes.

### Des situations de jeûne nocturne prolongé fréquentes

Le déjeuner et le dîner sont servis en salle à manger dans la grande majorité des structures, ce qui favorise la vie sociale et la mobilisation physique et psychique des résidents. Toutefois, la durée des repas apparaît souvent insuffisante. En effet, dans 40% des structures, au moins un des trois principaux repas a une durée inférieure aux recommandations du CNA (30 minutes pour le petit déjeuner, 1 heure pour le déjeuner, 45 minutes pour le dîner).

Les situations de jeûne nocturne prolongé sont fréquentes puisque 48% des structures qui se sont exprimées déclarent que tous leurs résidents ont un jeûne nocturne de plus de 12 heures. Cette situation est d'autant plus fréquente que le dîner est servi tôt. Elle concerne 39% des structures autonomes et 75% des structures rattachées à un établissement de santé. Enfin, seulement 44% des structures concernées mettent en place une collation nocturne pour pallier au jeûne nocturne prolongé.

### Les attentes et besoins individuels semblent pris en compte par la majorité des structures

Plus des trois quarts des structures accueillant des personnes âgées dépendantes dans la région effectuent systématiquement un recueil des goûts et des préférences alimentaires à l'admission de chaque résident.

L'usage de textures modifiées est largement répandu puisque 98% des structures proposent à leurs résidents des préparations mixées, 94% des préparations hachées, 82% des aliments coupés-menu devant le convive. Dans 75% des structures, ces textures sont « toujours » préparées sur place à partir du menu du jour, permettant d'assurer une qualité gustative des plats.

Cette volonté de répondre au mieux aux attentes et besoins des personnes accueillies est également mise en évidence par les fortes proportions de structures qui offrent aux résidents la possibilité de choisir les composantes de leur repas (81%), de remettre les plats à température si nécessaire (plus de 80%), ou qui ont effectué auprès des résidents une enquête de satisfaction sur l'alimentation et son environnement au cours des deux dernières années (76%).

Par contre, les enquêtes de consommation alimentaire auprès de l'ensemble des résidents semblent moins fréquemment mises en œuvre (38%).

### Une alimentation jugée « tout à fait satisfaisante » par 15% des responsables

Globalement, le personnel de direction et les responsables médicaux ont des avis très convergents. Ils s'accordent à juger l'alimentation des résidents « tout à fait satisfaisante » dans environ 15% des structures et « plutôt satisfaisante » dans les trois quarts d'entre elles.

Les responsables sont plus fréquemment « tout à fait satisfaits » dans les structures autonomes qui autogèrent la restauration que dans les structures autonomes qui sous-traitent la restauration et dans les structures rattachées à un établissement de santé. Cette différence peut résulter d'une situation effectivement plus favorable dans les structures autonomes qui gèrent elles-mêmes la restauration. Mais elle peut aussi être liée à des représentations différentes quant aux critères de qualité de l'alimentation des personnes âgées.

## Les soins liés à la nutrition

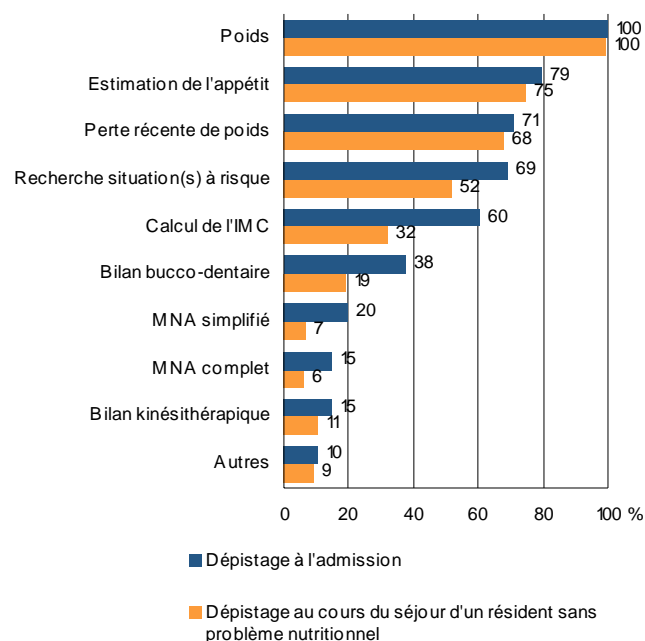
### Un dépistage fréquent à l'admission, mais dont la fréquence de réalisation au cours du séjour ainsi que le contenu sont à améliorer

Le dépistage systématique à l'admission de la dénutrition ou de son risque apparaît très répandu puisqu'il est réalisé dans près de 80% des structures.

Cette proportion est peu différente pour le dépistage au cours du séjour chez les résidents sans problème nutritionnel. Mais ce dépistage est effectué selon le rythme mensuel recommandé par la Haute autorité de santé (HAS) dans seulement 43% des structures qui le réalisent.

Le contenu du dépistage pourrait également être amélioré. Si le poids est toujours mesuré, l'estimation de l'appétit, la notion de perte de poids récente, le calcul de l'Indice de masse corporelle (IMC) ou la recherche de situations à risque, sont moins souvent pris en compte. Les bilans bucco-dentaires ou kinésithérapiques, pourtant essentiels, sont encore plus rarement effectués. Enfin, le Mini nutritional assessment (MNA), outil de référence international pour le dépistage de la dénutrition à l'hôpital et en institution après 75 ans, reste relativement peu utilisé (figure 2).

Figure 2. Eléments utilisés pour le dépistage systématique de la dénutrition ou de son risque



Note de lecture : 20% des structures, qui réalisent un dépistage à l'admission, déclarent utiliser le MNA simplifié

Source : Enquête nutrition des personnes âgées en institution 2009, CTRNS-Drass, ORS Pays de la Loire

### Encadré 3. Recommandations concernant le dépistage de la dénutrition

Selon les recommandations de la HAS de 2007, le dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées repose sur :

- ▶ la recherche de situations à risque de dénutrition (troubles de déglutition, problèmes bucco-dentaires, dépendance, démence, dépression...),
- ▶ l'estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires,
- ▶ la mesure du poids,
- ▶ l'évaluation de la perte de poids par rapport au poids antérieur,
- ▶ et le calcul de l'Indice de masse corporelle (IMC = Poids/Taille<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>).

Ce dépistage peut être formalisé par le Mini nutritional assessment (MNA, cf. encadré 4).

Concernant la mesure du poids, le patient doit être pesé une fois à l'entrée, puis une fois par mois. Il est recommandé de noter le poids dans le dossier et d'établir une courbe de poids. Toute perte de poids constitue un signe d'alerte et doit faire évoquer la possibilité d'une dénutrition.

Source : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique. Recommandations professionnelles, HAS, 2007

#### Encadré 4. Le Mini nutritional assessment (MNA)

Le Mini nutritional assessment (MNA) constitue un outil de dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées de plus de 75 ans à l'hôpital ou en institution.

La version complète du MNA comporte 18 items. Pour un dépistage plus rapide, une version simplifiée a été développée, comportant 6 questions (perte d'appétit, perte de poids récente, motricité, maladie aiguë ou stress psychologique, problèmes neuropsychologiques, IMC). Si le score est inférieur à 11, ceci indique une possibilité de dénutrition qu'il faut confirmer en utilisant la version complète du MNA afin de classer le patient comme « à risque de dénutrition » (score compris entre 17 et 23,5) ou « dénutri » (score <17).

#### Une surveillance alimentaire plus fréquemment mise en place pour les résidents dénutris que pour les résidents à risque de dénutrition

Le bilan initial des personnes dénutries ou à risque de dénutrition, qui va permettre de décider de la stratégie de prise en charge, repose sur l'étude des apports alimentaires spontanés (surveillance alimentaire et évaluation des apports nutritionnels), ainsi que sur l'analyse du statut nutritionnel des résidents.

La mise en place d'une surveillance alimentaire pour les résidents dénutris est largement répandue (88%), avec une durée conforme dans la très grande majorité des cas aux recommandations de la HAS (3 jours). Cette surveillance est par contre moins fréquente pour les personnes à risque de dénutrition (69%). Ceci peut être interprété comme le reflet d'une mobilisation moins marquée pour la prévention de la dénutrition que pour sa prise en charge.

A partir de cette surveillance alimentaire, une évaluation des apports nutritionnels est réalisée dans près de 75% des structures pour les résidents dénutris, et dans environ 70% pour les résidents à risque de dénutrition. Ce résultat peut être relié au manque de personnel qualifié pour quantifier les ingesta, ou à son manque de disponibilité.

Par ailleurs, 68% des structures déclarent réaliser, conformément aux recommandations de la HAS, un dosage de l'albumine et de la C-reactive protein (CRP) pour le bilan initial des résidents dénutris. Cette proportion atteint 63% pour les personnes à risque de dénutrition alors que, sauf cas particuliers, ces dosages ne sont pas nécessaires.

#### Une prise en charge qui n'accorde pas une place suffisante aux conseils diététiques

Selon la HAS, la prise en charge nutritionnelle des patients dénutris, comme de ceux présentant une diminution des apports alimentaires spontanés, doit débiter prioritairement par des conseils diététiques et une alimentation enrichie. L'utilisation de Compléments nutritionnels oraux (CNO) est envisagée en cas d'échec de ces mesures, ou bien d'emblée, chez les patients ayant une dénutrition sévère.

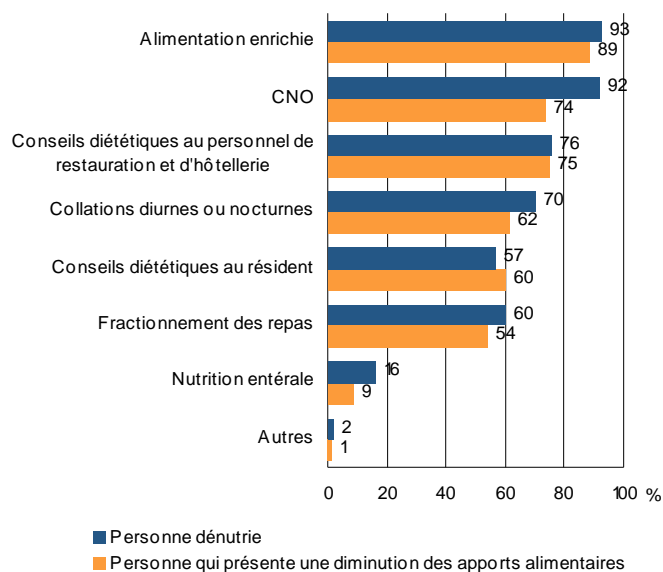
L'alimentation enrichie, même si elle apparaît très fréquente, n'est pas utilisée par toutes les structures : 93% d'entre elles déclarent y avoir recours pour les personnes dénutries et 89% pour les personnes à risque de dénutrition.

Les conseils diététiques sont encore moins souvent mis en œuvre, auprès du personnel de restauration et d'hôtellerie (environ 75% des structures), comme auprès des résidents (60%).

Par contre, l'usage des CNO apparaît répandu, puisque 92% des structures déclarent les utiliser pour les résidents dénutris et 74% pour les personnes à risque. D'une façon générale, l'enquête permet d'estimer que plus de 10% des résidents consomment quotidiennement des CNO.

Les collations et le fractionnement des repas sont par ailleurs utilisés par plus de la moitié des structures (figure 3).

Figure 3. Modalités de prise en charge utilisées pour les personnes dénutries ou présentant une diminution des apports alimentaires



Note de lecture : 93% des structures déclarent mettre en place une alimentation enrichie en cas de dénutrition

Source : Enquête nutrition des personnes âgées en institution 2009, CTRNS-Drass, ORS Pays de la Loire

#### Démarche qualité : une dynamique à amplifier

La démarche qualité a été appréciée lors de cette enquête à travers différentes questions.

43% des structures déclarent disposer d'une procédure écrite concernant le dépistage de la dénutrition ou de son risque, 33% d'une procédure de prise en charge des personnes dénutries et 31% d'une procédure de prise en charge des personnes à risque de dénutrition.

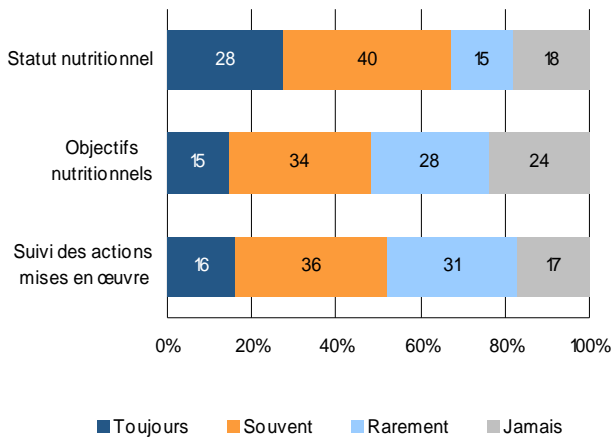
Pour les régimes alimentaires, très répandus parmi les résidents, l'existence de protocoles écrits est assez fréquente (près 70% des structures en disposent) mais elle gagnerait à être systématisée à tous les régimes.

Le statut nutritionnel du résident n'est pas systématiquement noté dans son dossier médical. Moins de 70% des structures l'y inscrivent « toujours » ou « souvent ». Les objectifs nutritionnels et les actions mises en œuvre y sont encore moins fréquemment mentionnés (respectivement 49% et 52%, figure 4). Enfin, l'utilisation d'une classification de la sévérité de la dénutrition, qui permet de communiquer avec un langage



commun sur l'état nutritionnel d'un patient et de suivre son évolution lors de la prise en charge, apparaît peu répandue. La classification de la HAS, la plus pertinente pour les personnes âgées, est utilisée seulement par 38% des structures.

**Figure 4. Informations nutritionnelles mentionnées dans le dossier médical du résident**



Note de lecture : 28% des structures déclarent toujours inscrire le statut nutritionnel du résident dans son dossier médical  
 Source : Enquête nutrition des personnes âgées en institution 2009, CTRNS-Drass, ORS Pays de la Loire

### Des animations physiques collectives fréquemment organisées

Les animations physiques collectives, qui constituent un moyen de prévention de la dénutrition mais qui permettent aussi d'améliorer la vie sociale des résidents, sont souvent organisées : 67% des structures déclarent mettre en place de telles activités une fois par semaine. L'élaboration de plans d'activité physique adaptée est en revanche peu répandue : 12% des structures élaborent « toujours » ou « souvent » de tels plans pour chacun de leurs résidents.

### Les déterminants des pratiques

De multiples facteurs sont susceptibles d'influencer les pratiques en matière de restauration et de soins nutritionnels dans les structures pour personnes âgées dépendantes. L'étude a examiné, au moyen d'analyses uni et multivariées, le rôle de cinq d'entre eux, qui concernent l'environnement institutionnel (rattachement ou non à un établissement de santé), la population accueillie (Groupe iso-ressources moyen pondéré de la structure, GMP) et l'environnement nutritionnel (présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins, travail avec un CLAN, intervention d'une diététicienne).

Ces cinq facteurs sont très liés entre eux puisque, par rapport aux structures autonomes, les structures rattachées à un établissement de santé qui accueillent une population de résidents dont le niveau de dépendance est en moyenne plus

élevé, travaillent plus souvent avec un CLAN (82% vs 9%), bénéficient plus fréquemment de l'intervention de diététiciennes salariées (76% vs 12%), et de façon moins marquée ont plus souvent un axe nutritionnel inclus dans le projet de soins. Cet environnement nutritionnel plus favorable s'accompagne d'une démarche qualité plus élaborée et de pratiques soignantes plus proches des recommandations.

L'analyse multivariée permet d'étudier le lien entre chacun des cinq facteurs et les pratiques, « toutes choses égales par ailleurs ». Elle met notamment en évidence que l'inscription d'un axe nutritionnel au sein du projet de soins semble constituer un déterminant majeur des pratiques en alimentation-nutrition.

### Les besoins et attentes

Cette enquête a permis également d'identifier un certain nombre de besoins et attentes des structures qui accueillent des personnes âgées dépendantes.

La figure 5 présente, pour chacune des 15 mesures proposées lors de l'enquête, la proportion de responsables médicaux et de personnel de direction qui la jugent « très » utile pour améliorer l'alimentation des personnes âgées dans leur établissement.

Les résultats mettent tout d'abord en évidence la grande convergence des avis formulés par le personnel de direction et les responsables médicaux.

Les ressources humaines, à la fois en termes d'effectifs ou de qualification, sont au premier plan des besoins déclarés par ces deux groupes de professionnels.

- ▶ L'augmentation des effectifs pour l'aide et la stimulation des résidents pendant les repas d'une part, pour le dépistage et la prise en charge de la dénutrition d'autre part, se classent respectivement au 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> rang des actions jugées le plus souvent « très » utiles. L'augmentation des effectifs pour la préparation des repas est moins fréquemment jugée « très » utile.
- ▶ Le développement de la formation du personnel en matière de nutrition des personnes âgées se classe au 2<sup>e</sup> rang des mesures jugées les plus utiles pour les responsables médicaux et de direction. Plus spécifiquement, les aides-soignantes et le personnel de cuisine sont les deux groupes les plus souvent jugés prioritaires pour ces formations.
- ▶ Par ailleurs, le fait de disposer de certaines compétences spécifiques telles qu'une diététicienne ou un référent de restauration est également jugé « très » utile, notamment par les responsables médicaux (48%).

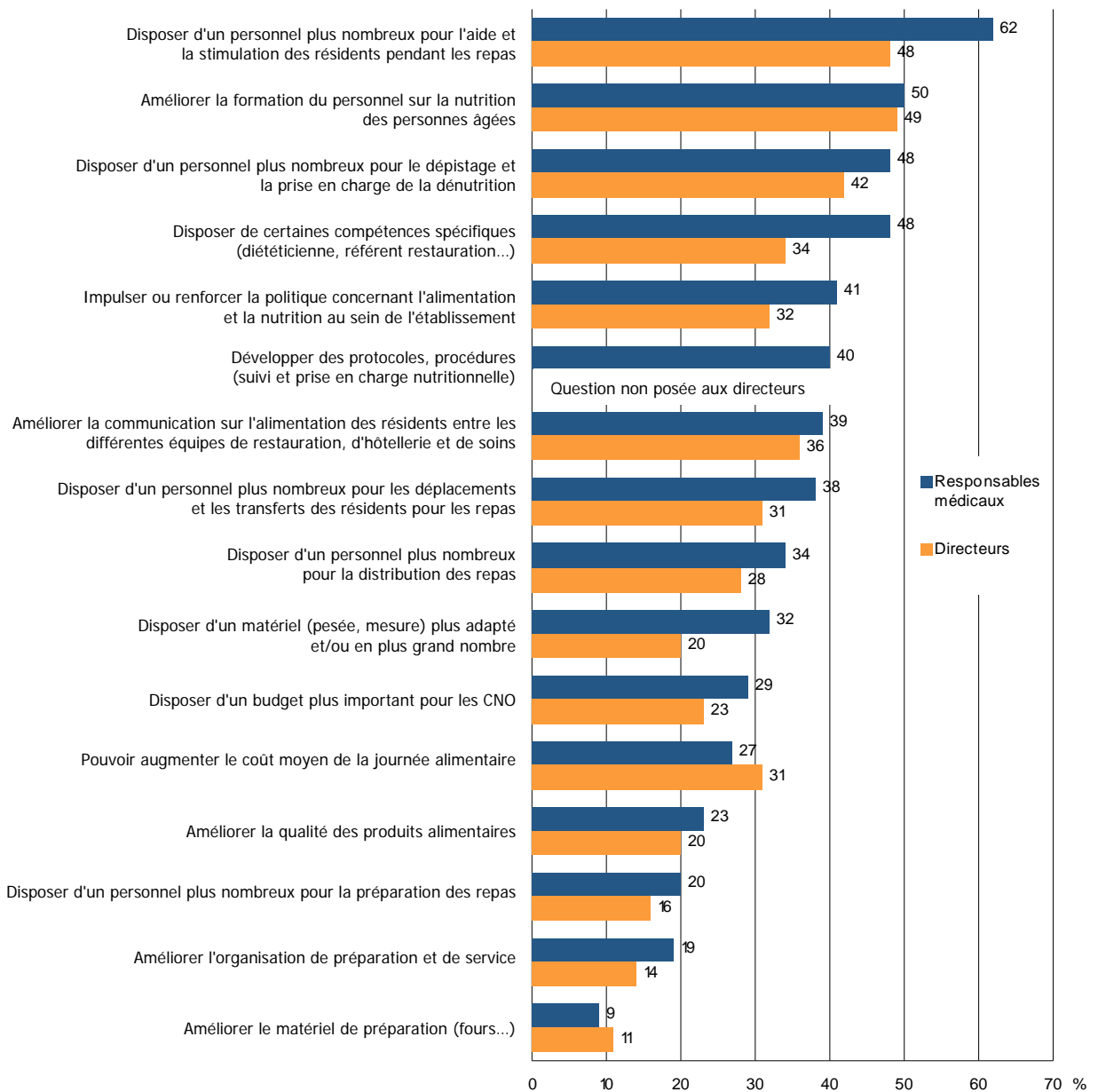
L'amélioration de la communication sur l'alimentation des résidents entre les différentes équipes (restauration, hôtellerie, soins) fait également partie des mesures jugées « très » utiles par une forte proportion de médecins (39%) et de directeurs (36%).

L'impulsion ou le renforcement de la politique concernant l'alimentation et la nutrition au sein de l'établissement est jugé « très » utile par 41% des responsables médicaux et 32% du personnel de direction. Ces proportions ne sont pas significativement différentes dans les structures dont le projet de soins comporte un axe nutritionnel et dans celles qui ne sont pas dans ce cas.

Enfin, la nécessité de développer des procédures pour le suivi et la prise en charge des problèmes nutritionnels est partagée par

de nombreux responsables médicaux. 40% d'entre eux considèrent que cette mesure serait « très » utile pour améliorer l'alimentation des résidents de leur établissement. Cette opinion est cohérente avec la forte proportion de responsables médicaux souhaitant que leur soient adressés des modèles de procédures pour le dépistage (80%), la prise en charge de la dénutrition (81%) mais aussi pour la prise en charge nutritionnelle dans certaines situations (troubles de la déglutition, maladie d'Alzheimer et autres démences, problèmes bucco-dentaires, escarres...).

**Figure 5. Proportion de responsables médicaux et de direction considérant les actions suivantes « très » utiles pour améliorer l'alimentation des personnes âgées dans leur établissement**



Source : Enquête nutrition des personnes âgées en institution 2009, CTRNS-Drass, ORS Pays de la Loire

## Conclusion

Cette enquête constitue un premier état des lieux des pratiques de prévention et de prise en charge des problèmes nutritionnels dans les structures des Pays de la Loire accueillant des personnes âgées dépendantes. Elle permet, par ailleurs, d'identifier les besoins perçus par les responsables de ces structures dans ce domaine.

Pour répondre à leurs attentes, un certain nombre d'actions concrètes peuvent être aisément mises en œuvre. Il s'agit notamment de la diffusion de différents outils tels que des modèles de procédure pour le dépistage de la dénutrition ou de son risque, pour la prise en charge nutritionnelle des personnes souffrant de différents problèmes de santé, ou encore des guides concernant la nutrition des personnes âgées élaborés dans le cadre du PNNS...

Le développement de formations en matière d'alimentation-nutrition de la personne âgée, notamment à l'attention des aides-soignantes et du personnel de cuisine, semble par ailleurs nécessaire.

Les besoins en ressources humaines, à la fois en termes d'effectifs et de qualification, sont fortement mis en avant par les responsables des structures. Le développement de moyens mutualisés, tels que les CLAN inter-établissements, le partage de temps de diététiciennes, ou la création de réseaux nutrition ville-hôpital, notamment pour les structures autonomes, peut contribuer à répondre à ces questions particulièrement complexes. On peut rapprocher de cette dynamique de mutualisation le développement de dispositifs d'achats groupés pour les denrées alimentaires.

Enfin, l'inscription d'un axe nutritionnel au projet de soins des établissements, notamment dans le cadre du dispositif conventionnel, semble constituer un levier à ne pas négliger.

Cette enquête a été réalisée à la demande du Comité technique régional nutrition santé par l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire (Carole Dagorne, Sandrine David, Dr Anne Tallec).

Sa réalisation a été financée par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales des Pays de la Loire (crédits d'étude).

Le comité de pilotage et le comité de lecture de l'étude étaient composés des personnes suivantes : Dr E. Alix (CH Le Mans), M. Aubert (CH Le Mans), F. Berbudeau (EHPAD Piriac-sur-Mer), Pr D. Darmaun (CHU Nantes), Dr J. Daniel (DRASS Pays de la Loire), Dr P.-H. Ducluzeau (CHU Angers), M.-T. Dupé (DDASS Loire-Atlantique), D. Girard (CH Le Mans), Pr M. Krempf (CHU Nantes), Dr N. Le Cars (EHPAD Vendée), A. Le Gall (DRASS Pays de la Loire).

Merci au service statistique de la DRASS (V. Massinon, O. Soulas) pour la mise à disposition du fichier des structures des Pays de la Loire pour personnes âgées dépendantes, et d'un certain nombre de données de l'enquête EHPA 2007.

**Merci également à l'ensemble des structures qui ont répondu à cette enquête.**

### Pour en savoir plus

Le rapport d'étude complet (100 pages) est disponible en téléchargement sur le site : [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com)

N'hésitez pas à nous adresser vos propositions d'articles ou vos questions pour le prochain numéro de « La Lettre Régionale des CLAN » dont la parution est prévue pour le second semestre 2010

