



Prévention et prise en charge de la dénutrition dans les structures des Pays de la Loire accueillant des personnes âgées dépendantes

Mars 2010

Comité technique régional nutrition santé
des Pays de la Loire

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DES PAYS DE LA LOIRE



Cette étude a été menée à la demande du Comité technique régional nutrition santé (CTRNS), et grâce à un financement de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) des Pays de la Loire (crédits d'études de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Drees).

Sa mise en œuvre a été assurée par l'Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire (Carole Dagorne, Sandrine David, Laurence Girard, Marie-Cécile Goupil, Brigitte Klok sous la direction du Dr Anne Tallec).

Un comité de pilotage a contribué de façon importante au choix des objectifs et à l'élaboration des questionnaires de l'enquête. Ce comité, ainsi qu'un comité de lecture, ont enrichi l'analyse des résultats par leurs critiques et suggestions.

Ces comités étaient composés des personnes suivantes :

- Dr Emmanuel Alix, gériatre, CH Le Mans
- Martine Aubert, cadre de santé, équipe diététique-nutrition, CH Le Mans
- Florence Berbudeau, directrice d'EHPAD, Piriac-sur-Mer
- Dr Juliette Daniel, médecin inspecteur de la santé, Drass Pays de la Loire
- Pr Dominique Darmaun, unité assistance nutritionnelle - pôle digestif, président du CLAN, CHU de Nantes
- Carole Dagorne, interne en santé publique, ORS Pays de la Loire
- Dr Pierre-Henri Ducluzeau, endocrinologie - diabétologie - nutrition, CHU Angers
- Marie-Thérèse Dupé, diététicienne, Ddass de Loire-Atlantique
- Didier Girard, ingénieur restauration, CH Le Mans
- Pr Michel Krempf, clinique d'endocrinologie - maladies métaboliques et nutrition, CHU de Nantes, président du Comité technique régional nutrition santé des Pays de la Loire
- Dr Nadine Le Cars, médecin coordonnateur d'EHPAD en Vendée
- Anne Le Gall, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Drass Pays de la Loire
- Dr Anne Tallec, directrice de l'ORS Pays de la Loire

L'ORS des Pays de la Loire remercie également :

- le service statistique de la Drass (Viviane Massinon, Odile 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,

- ainsi que l'ensemble des structures qui ont répondu à cette enquête.

Sommaire

Introduction.....	7
PARTIE 1 Méthodologie de l'enquête	9
1.1 Population de l'enquête.....	9
Cadre institutionnel et statut des structures enquêtées	10
Capacité d'accueil des structures enquêtées.....	10
Profil des résidents des structures enquêtées.....	11
1.2 Recueil de données	12
Elaboration des questionnaires.....	12
Déroulement de l'enquête.	14
1.3 Taux de réponse à l'enquête et redressement.....	15
Taux de réponse	15
Redressement des données	15
1.4 Traitement des données	16
Analyses univariées et bivariées.....	16
Régressions logistiques	17
Typologie	18
1.5 Limites	19
PARTIE 2 Résultats	21
2.1 Contexte général.....	21
Axe nutritionnel dans le projet de soins	21
Travail avec un CLAN	21
Intervention d'une diététicienne.....	23
Echanges d'informations.....	24
Formation du personnel.....	25
Utilisation des guides du PNNS	27
2.2 Restauration	28
2.2.1 Contexte.....	28
Gestion de la restauration	28
Cahier des charges de la restauration	29
Plan alimentaire.....	30
Coût moyen d'une journée alimentaire	30
Commission des menus.....	32
Validation des menus	33
Fiches techniques	34
Composition du petit déjeuner	34
Textures modifiées	35
Lieu des repas.....	37
Durée et horaires des repas.....	38
Jeûne nocturne.....	40
Remise en température des plats	42
Environnement des repas	42
2.2.2 Prise en compte des attentes et besoins des usagers	43
Recueil des goûts et des préférences alimentaires.....	43
Enquêtes de consommation alimentaire	44
Enquêtes de satisfaction	44
Avis de la commission des usagers ou du conseil de vie sociale	45
Choix des composantes du repas.....	46
Repas accompagnant	46

2.3 Activité physique adaptée et animations autour de l'alimentation	47
Activité physique adaptée.....	47
Autres activités	48
2.4 Soins liés à la nutrition.....	49
2.4.1 Contexte général.....	49
Fréquence et encadrement des régimes	49
2.4.2 Dépistage de la dénutrition ou de son risque	50
Fréquence du dépistage	50
Procédure écrite de dépistage	51
Contenu du dépistage	52
2.4.3 Bilan initial des patients dénutris ou à risque	54
Surveillance alimentaire	54
Evaluation nutritionnelle	55
Examens biologiques.....	55
Classement de la sévérité de la dénutrition	57
Eléments mentionnés dans le dossier médical.....	59
2.4.4 Prise en charge de la dénutrition ou de son risque	60
Modalités de prise en charge	60
Procédure écrite de prise en charge de la dénutrition ou de son risque	64
Suivi des résidents dénutris	65
2.5 Besoins et attentes.....	66
Avis sur l'alimentation dans l'établissement.....	66
Actions utiles pour améliorer l'alimentation des personnes âgées	66
Formation du personnel.....	69
Besoins en modèles de procédures ou de protocoles.....	70
2.6 Profils des structures à l'égard de la prévention et la prise en charge de la dénutrition	72
PARTIE 3 Synthèse.....	75
Bibliographie	85
ANNEXES.....	89
Annexe 1 : Questionnaire adressé au directeur de l'établissement	91
Annexe 2 : Questionnaire adressé au médecin responsable de la structure	95
Annexe 3 : Mini nutritional assessment (MNA).....	99

Liste des sigles

ACM : Analyse des correspondances multiples
Aggir : Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources
AP-HP : Assistance publique - Hôpitaux de Paris
CAH : Classification ascendante hiérarchique
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalier universitaire
CHS : Centre hospitalier spécialisé
CLAN : Comité de liaison alimentation nutrition
CME : Commission médicale d'établissement
CNA : Comité national de l'alimentation
CNO : Complément nutritionnel oral
CRP : C-reactive protein
CTRNS : Conseil technique régional nutrition santé
Ddass : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS : Direction générale de la santé
DGAS : Direction générale de l'action sociale
Drass : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (enquête)
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
IMC : Indice de masse corporelle
Isped : Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement
Finess : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GCS : Groupement de coopération sanitaire
GEMRCN : Groupe d'étude des marchés de restauration collective et de nutrition
GMP : Groupe iso-ressources moyen pondéré
GPEMDA : Groupement permanent d'études de marché sur les denrées alimentaires
GRSP : Groupement régional de santé publique
HAS : Haute autorité de santé
MeaH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
MNA : Mini nutritional assessment
OMS : Organisation mondiale de la santé
ORS : Observatoire régional de la santé
PMP : Pathos moyen pondéré
PNNS : Programme national nutrition santé
PRSP : Plan régional de santé publique
SAE : Statistique annuelle des établissements
UniHA : Union des hôpitaux pour les achats
USLD : Unité de soins de longue durée

Introduction

La dénutrition des personnes âgées constitue un problème fréquent puisque sa prévalence est estimée entre 4 et 10 % à domicile, 15 et 38 % en institution, et entre 30 et 70 % à l'hôpital [1, 2]. La dénutrition est d'ailleurs souvent présente dès l'admission en institution ou à l'hôpital, ce problème s'aggravant alors avec la durée de séjour. Ses conséquences en termes de morbi-mortalité sont nombreuses : diminution de l'autonomie, dégradation de la qualité de vie, risque accru d'escarres et d'infections nosocomiales, diminution de la masse musculaire avec risque de chutes et fractures, aggravation d'états pathologiques, augmentation de la mortalité à domicile comme à l'hôpital. Son retentissement économique est également important, avec en particulier une augmentation de la consommation médicamenteuse et de la durée des séjours hospitaliers [1, 3-5]. Différentes études ont par ailleurs mis en évidence que l'intervention nutritionnelle prévient la survenue de diverses pathologies dans des situations à risque ou permet d'en améliorer le pronostic [6-8].

Enfin, du fait de l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées dénutries, vivant à domicile ou en institution, devrait continuer à progresser au cours des prochaines années, amplifiant les enjeux dans ce domaine [9, 10].

Cette situation a été prise en compte depuis quelques années par les politiques publiques. En 2001, le premier Programme national nutrition santé (PNNS) avait entre autres objectifs celui de *prévenir, dépister et limiter la dénutrition des personnes âgées* [11]. Cet objectif a été repris par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, avec l'ambition de *réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de 70 ans ou plus dénutries* [12]. Le second Programme national nutrition santé (PNNS 2), qui concerne la période 2006-2010, insiste sur l'aspect transversal et coordonné de la prise en charge de la dénutrition ou de son risque, notamment chez les personnes âgées, en ville, dans les établissements de santé et médico-sociaux. Il préconise pour cela la mise en place de formations pour les professionnels de santé et les autres professionnels, ainsi que le développement et la diffusion d'outils de dépistage de la dénutrition et de son risque [13, 14]. En 2007, la Haute autorité de santé (HAS) a notamment publié des recommandations professionnelles pour le repérage et la prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées [15].

Au niveau régional, la déclinaison du PNNS s'inscrit dans le Plan régional de santé publique (PRSP) et est mise en œuvre par le Comité technique régional nutrition santé (CTRNS), dans le cadre du Groupement régional de santé publique (GRSP). Le CTRNS, qui fonctionne depuis 2002 en Pays de la Loire et dont le secrétariat est assuré par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass), doit ainsi susciter, coordonner et animer les programmes et actions en alimentation-nutrition dans la région.

Afin de disposer d'éléments lui permettant d'élaborer un programme de lutte contre la dénutrition des personnes âgées en institution, le CTRNS des Pays de la Loire a confié, en 2008, à l'Observatoire régional de la santé la réalisation d'une enquête dans les 600 structures de la région accueillant des personnes âgées dépendantes. L'objectif de cette étude était d'établir un état des lieux du contexte et des pratiques professionnelles en matière d'alimentation et de nutrition dans ces établissements, mais aussi de sensibiliser à cette problématique les professionnels travaillant dans ces structures ainsi que les décideurs régionaux.

PARTIE 1

Méthodologie de l'enquête

1.1 Population de l'enquête

■ Deux types de structures accueillent des personnes âgées dépendantes : les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les Unités de soins de longue durée (USLD) des établissements de santé. Ces structures sont recensées par le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), géré au plan régional par le service statistique de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass).

Ce fichier recense des entités juridiques auxquelles est attribué un numéro « Finess », et distingue pour chacune d'entre elles, les éventuelles structures pour personnes âgées dépendantes qui leur sont rattachées.

■ La définition de la population d'enquête s'est toutefois avérée assez complexe, notamment parce que le contexte institutionnel de ces structures était en pleine évolution au moment de l'enquête, avec d'une part la partition de certaines USLD, d'autre part le regroupement d'EHPAD autonomes (encadré 1.1).

L'analyse de Finess, au début de l'étude, a par ailleurs mis en évidence la grande hétérogénéité des établissements concernés, de l'EHPAD autonome de taille modeste au Centre hospitalier universitaire (CHU) comprenant plusieurs EHPAD et USLD. Ce constat a conduit à choisir comme unité statistique non pas l'établissement mais l'unité EHPAD ou USLD, afin de réaliser l'enquête au plus près des acteurs concernés. Ces unités sont désignées dans cette étude sous le terme de « structure ».

Ont ainsi été enquêtés les 533 EHPAD et 64 USLD des Pays de la Loire que comptait le fichier Finess en novembre 2008, soit **597 structures**.

Encadré 1.1

EHPAD et USLD : définitions

Le terme EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) désigne tous les établissements médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées ayant signé une convention tripartite, entre l'établissement, le Conseil général, et la Ddass. Ils sont financés pour l'hébergement par le résident, pour ce qui relève de la dépendance par le Conseil général, et pour les soins par l'assurance maladie.

Les USLD (Unités de soins de longue durée) des établissements de santé sont des structures sanitaires. Toutefois, une partition des USLD a été engagée en 2006 selon les critères définis par l'assurance maladie, et devait s'achever en juin 2009.

A la suite de cette démarche, une USLD peut :

- soit être entièrement redéfinie en USLD,
- soit donner naissance à une « USLD redéfinie », sanitaire, et à un « EHPAD issu de la partition », relevant du médico-social,
- soit basculer entièrement dans le champ médico-social en devenant EHPAD. L'un des indicateurs utilisés pour cette partition est le Pathos moyen pondéré (PMP), qui caractérise la charge en soins médico-techniques.

Les 597 structures enquêtées sont très différentes sur le plan institutionnel, mais aussi selon leur taille et les caractéristiques des résidents accueillis.

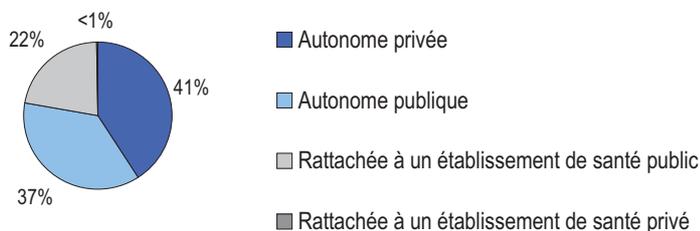
Cadre institutionnel et statut des structures enquêtées

■ Les structures qui accueillent des personnes âgées dépendantes peuvent être :
- soit rattachées à un établissement de santé, public ou privé,
- soit autonomes, de statut public ou privé.

■ 463 des 597 structures enquêtées sont autonomes (78 %) : 41 % sont privées et 37 % publiques.

Les 134 structures rattachées à un établissement de santé (22 %) sont très majoritairement de statut public (figure 1.1). Ces 134 structures sont rattachées à 60 établissements de santé.

Figure 1.1 Répartition des structures enquêtées selon leur statut



Source : Finess, novembre 2008, Drass Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire

Capacité d'accueil des structures enquêtées

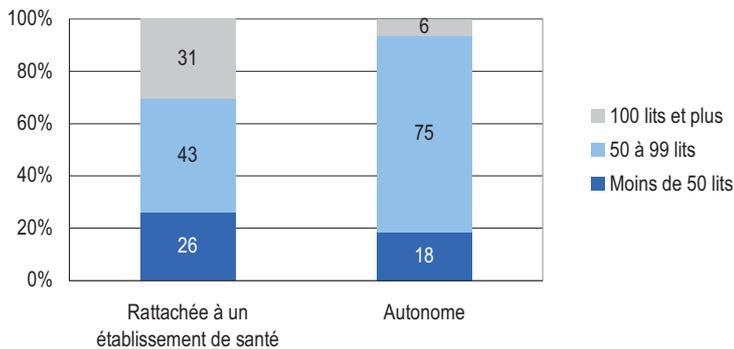
■ La capacité globale d'accueil des 597 structures des Pays de la Loire est estimée à plus de 43 000 lits.

Parmi ces 597 structures enquêtées, 68 % comptent 50 à 99 lits, 20 % moins de 50 lits et 12 % 100 lits ou plus.

■ La capacité des structures apparaît liée à leur statut. Les structures autonomes sont plus souvent de taille intermédiaire (50-99 lits) que les structures rattachées à un établissement de santé (75 % vs 43 %), et moins souvent de grande taille (6 % ont 100 lits ou plus, vs 31 %, figure 1.2).

■ Enfin, en ce qui concerne les 60 établissements de santé auxquels sont rattachées 134 structures, leur capacité moyenne est d'environ 400 lits et s'étend d'un minimum de 25 places à 2 684 lits (en hospitalisation complète). 30 % ont une capacité inférieure à 150 places, et 23 % ont une capacité supérieure à 500 places [16].

Figure 1.2 Répartition des structures enquêtées selon leur capacité d'accueil et leur statut



Source : Finess, novembre 2008, Drass Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire

Profil des résidents des structures enquêtées

■ Selon les données régionales de l'enquête EHPA (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées) 2007 disponibles pour 406 des 597 structures enquêtées, le Groupe iso-ressources moyen pondéré (GMP¹), indicateur qui permet de mesurer le niveau moyen de dépendance des personnes accueillies dans l'établissement, est supérieur à 583 (valeur médiane) dans la moitié des structures. Plus de la moitié des résidents accueillis dans ces structures sont partiellement ou totalement dépendants (côté B ou C sur grille Aggir²) pour l'alimentation (53 %), pour les déplacements/transferts (52 %) et pour le comportement (66 %).

■ Les structures rattachées à un établissement de santé accueillent globalement des personnes avec un niveau de dépendance plus élevé que les structures autonomes. En effet, le GMP médian s'élève à 741 pour les structures rattachées à un établissement de santé contre 573 pour celles autonomes. Plus précisément, les résidents accueillis dans les structures rattachées à un établissement de santé sont en proportion plus nombreux à être partiellement ou totalement dépendants pour l'alimentation (61 % vs 50 %), pour les déplacements/transferts (59 % vs 49 %) et pour le comportement (79 % vs 60 %) que les résidents de structures autonomes (figure 1.3).

Figure 1.3 Proportion de personnes dépendantes pour l'alimentation, les déplacements et transferts, et le comportement, selon le statut de la structure

	Rattachée à un établissement de santé (n=102)	Autonome (n=303)
Alimentation	61 %	50 %
Déplacements, transferts	59 %	49 %
Comportement	79 %	60 %

Source : EHPA 2007, Drass Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire

¹ Le GMP s'obtient en divisant le total des points GIR (Groupe iso-ressources) d'un établissement par le nombre de personnes hébergées.

² La grille nationale Aggir (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources) est un outil destiné à évaluer le degré de dépendance, physique et psychique, dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

1.2 Recueil de données

Elaboration des questionnaires

■ L'élaboration du questionnaire a été mise en œuvre par l'équipe de l'ORS, en collaboration avec le groupe de travail issu du CTRNS mis en place pour suivre ce projet. La diversité des fonctions et des cadres institutionnels des membres du groupe de travail a été particulièrement précieuse à ce stade de l'étude, apportant ainsi les compétences et la pluridisciplinarité nécessaires à ce thème particulièrement transversal.

■ Afin de prendre en compte l'ensemble de la problématique, il a d'emblée paru pertinent de recueillir des informations auprès de la direction d'une part, et des soignants d'autre part. Ainsi, deux questionnaires ont été élaborés pour le recueil de données.

- Un premier questionnaire, intitulé « nutrition au sein de l'établissement » (cf. annexe 1), portait sur l'organisation et la politique alimentaire de la structure : démarche qualité, formations, restauration, hôtellerie, activités de loisirs liées à l'alimentation, activité physique.

Ce premier questionnaire était destiné au directeur de l'établissement, à défaut à un autre membre de la direction ou à la personne en charge de la restauration.

- Un deuxième questionnaire, intitulé « soins nutritionnels » (cf. annexe 2), abordait les pratiques médicales en matière de prévention, de dépistage, et de prise en charge de la dénutrition ou de son risque.

Ce second questionnaire était destiné au médecin coordonnateur d'EHPAD ou responsable d'USLD, à défaut au cadre de santé ou à l'infirmière référente.

- Les deux questionnaires comportaient une partie commune sur les « attentes et besoins », où le répondant pouvait choisir parmi une liste de 15 propositions les actions qui lui semblaient les plus utiles pour améliorer la situation alimentaire et nutritionnelle des résidents dans leur structure.

Par ailleurs, des versions « EHPAD » et « USLD » des questionnaires ont été réalisées pour ajuster la terminologie (utilisation du mot USLD au lieu d'établissement, du mot médecin responsable d'USLD au lieu de médecin coordonnateur...).

■ Différents travaux de référence ont été utilisés lors de la phase d'élaboration des questionnaires :

- d'une part, les différents référentiels concernant ce thème :

- recommandations de la HAS pour le dépistage et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées (2007, 2008) [15, 17],

- outil « Angélique » d'auto-évaluation de la qualité en institution pour personnes âgées, élaboré par le Ministère chargé de l'emploi et de la solidarité (2000) [18],

- guide de bonnes pratiques en EHPAD, élaboré sous l'égide de la DGS, de la DGAS et de la Société française de gériatrie de gérontologie (2007) [19],

- recommandations du Groupe d'étude des marchés restauration collective et nutrition (GEMRCN, ex-GPEMDA) publiées en 2007, servant de support aux acheteurs publics pour l'élaboration du cahier des charges de leurs contrats de restauration collective [20].

- d'autre part, trois enquêtes réalisées sur le même thème en Aquitaine, Poitou-Charentes, et en Haute-Normandie (encadré 1.2) [21-23].

■ Afin de réduire le temps nécessaire au remplissage du questionnaire, la partie « identification de la structure » de chaque questionnaire était préremplie avec les informations du fichier Finess.

Par ailleurs, certaines des données nécessaires à l'étude, qui avaient été recueillies lors de l'enquête EHPA 2007 organisée quelques mois auparavant (avril à septembre 2008), n'ont pas été collectées une nouvelle fois auprès des structures et ont été mises à disposition par le service statistique de la Drass, gestionnaire de l'enquête EHPA.

■ Plusieurs réunions ont permis de finaliser les deux questionnaires. Enfin, un test des questionnaires a permis d'apporter d'ultimes ajustements.

Encadré 1.2

Trois enquêtes régionales récentes sur la prise en charge de la dénutrition

En Aquitaine

En 2005, une enquête a été réalisée, par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) d'Aquitaine et l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped), auprès des maisons de retraite et des USLD d'Aquitaine afin de déterminer la prévalence de sujets âgés dénutris dans ces institutions et de faire un état des lieux des pratiques des professionnels en matière de prévention et prise en charge de la dénutrition. Cette enquête s'est déroulée en deux temps. Un premier questionnaire a été envoyé à l'ensemble des structures (469 maisons de retraite et 45 USLD). Un second a été distribué à un échantillon de 42 structures, permettant d'approfondir les thèmes évoqués dans le premier questionnaire. Puis, dans chacune de ces structures, environ 15 résidents ont été tirés au sort. Pour ces résidents, le MNA a été calculé pour définir leur état nutritionnel et ainsi estimer la prévalence de la dénutrition [1].

En Haute-Normandie

En 2003, une enquête a été menée par la Drass de Haute-Normandie auprès des établissements de santé et EHPAD afin de faire un état des lieux des actions et moyens mis en œuvre pour prendre en charge la dénutrition. Un questionnaire a été envoyé par courrier aux 225 établissements de la région, 116 ont participé à l'enquête (51 %). Ces établissements ont été interrogés sur l'environnement des repas (choix des repas, distribution des repas, recueil des goûts, texture proposée, collation...), le personnel dédié à l'aide au patient pendant les repas, le dépistage et la prise en charge médicale de la dénutrition, et l'organisation autour de la nutrition (mise en place d'un CLAN, commission des menus...) [2].

En Poitou-Charentes

En 2003, un audit a été réalisé dans 40 établissements volontaires (EHPAD, établissements publics ou privés, hôpitaux locaux, maisons de retraite non conventionnées, foyers résidences) de Poitou-Charentes pour établir un état des lieux de la qualité de prise en charge nutritionnelle des personnes âgées hébergées en institution. Un questionnaire préliminaire a été envoyé à chaque établissement afin que le recueil d'informations lors de l'audit soit le plus pertinent possible. Chaque établissement a fait l'objet d'une visite d'une journée. Lors de cet audit, différents éléments ont été évalués dont le mode de fonctionnement de la restauration, la qualité sanitaire, la qualité des achats alimentaires, les apports nutritionnels, la formation du personnel, le déroulement des repas, les régimes alimentaires, les activités proposées, la prise en charge médicale... [3].

[1] Prévention de la dénutrition des personnes âgées en institution en Aquitaine. Situation en 2005. Drass Aquitaine, Iresp, 2007, 72 p.

[2] Prise en charge et prévention de la dénutrition. Etude transversale dans 116 établissements de Haute-Normandie. L. Bailly, J. Ladner, A. Petit, M. Carpentier, C. Baude, N. Bohic-Peneau et al. *La Presse Médicale*, 2006, vol. 35, n° 4, pp. 578-583.

[3] La qualité de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées hébergées en institution. M.L. Huc. *Information Diététique*, 2005, n° 4, pp. 421-429.

Déroulement de l'enquête

L'envoi des questionnaires aux structures a été effectué entre le 30 décembre 2008 et le 13 février 2009, par voie postale, en trois vagues, chacune ayant des modalités d'envoi adaptées aux caractéristiques des destinataires (statut, taille, organisation).

■ Vague 1 (388 structures)

Elle concernait les structures autonomes, ou les hôpitaux locaux auxquels était rattachée une seule structure.

Les documents suivants ont été adressés à la direction de ces structures :

- un lettre d'information, un questionnaire « directeur », et une enveloppe T pour le retour,
- une enveloppe à transmettre au médecin référent de la structure, contenant une lettre d'information, un questionnaire médical et une enveloppe T pour le retour.

■ Vague 2 (114 structures)

Elle concernait les situations suivantes :

- une seule structure rattachée à un établissement de santé tel qu'un CH, CHU, ou un hôpital intercommunal,
- deux structures rattachées à un hôpital local ou à une petite entité non sanitaire,
- certains cas simples avec plus de deux structures rattachées à une entité juridique non sanitaire.

Selon les cas, le courrier adressé à la direction de l'entité juridique, ou bien à la direction de la structure, contenait :

- une lettre d'information destinée à la direction de l'entité juridique,
- une ou plusieurs enveloppes « directeur », contenant chacune une lettre d'information, un ou plusieurs questionnaires, et autant d'enveloppes T correspondant,
- une ou plusieurs enveloppes « médecin », contenant chacune une lettre d'information, un ou plusieurs questionnaires, et autant d'enveloppes T correspondant.

Des contacts téléphoniques ont permis de personnaliser une partie des courriers.

■ Vague 3 (95 structures)

Cette dernière vague concernait les situations où plus de deux structures étaient rattachées à une même entité juridique, établissement de santé pour l'essentiel.

Le courrier était adressé à la direction de l'entité juridique, afin qu'elle puisse prendre connaissance de l'enquête et transmettre les documents aux personnes concernées. Ce courrier comportait :

- une lettre d'information, plusieurs questionnaires « directeur », ainsi que des enveloppes T pour les réponses,
- une ou plusieurs enveloppes « médecin », contenant une lettre d'information, un ou plusieurs questionnaires, et autant d'enveloppes T correspondant.

Les contacts téléphoniques avec les structures ou les établissements de santé ont permis de personnaliser les courriers dans de nombreux cas.

Pour chacune des vagues, un délai d'environ trois semaines a été laissé aux structures pour répondre. Au-delà de ce délai, une relance a été réalisée auprès des non-répondants, par mail ou par courrier selon les cas.

Le texte de relance proposait à la structure, en cas de besoin, d'accéder aux questionnaires et de les imprimer depuis une page internet située sur le site de l'ORS des Pays de la Loire.

1.3 Taux de réponse à l'enquête et redressement

Taux de réponse

■ 295 structures ont répondu au questionnaire « nutrition au sein de l'établissement », destiné aux directeurs, soit un taux de réponse de 49 %.

Dans plus de 60 % des structures, c'est le directeur/l'adjoint de direction de la structure ou le directeur/le cadre de santé supérieur de pôle qui a rempli le questionnaire, la contribution d'un autre membre de la structure ou du pôle (infirmière, médecin, diététicienne...) étant parfois mentionnée.

Parmi ces 295 structures, 199 étaient autonomes et 96 rattachées à un établissement de santé.

■ Les soignants de 241 structures ont répondu au questionnaire « soins nutritionnels », soit un taux de réponse de 40 %.

Ce questionnaire a été rempli par un médecin dans 78 % des cas :

- 71 % médecin coordonnateur ou responsable d'USLD,
- 2 % médecin référent ou faisant fonction de coordonnateur,
- 5 % autre médecin.

19 % ont été remplis par un cadre de santé ou un infirmier « référent » et 2 % par une diététicienne. Dans 2 % des cas, la fonction du répondant n'était pas précisée.

Parmi ces 241 structures, 172 étaient autonomes et 69 rattachées à un établissement de santé.

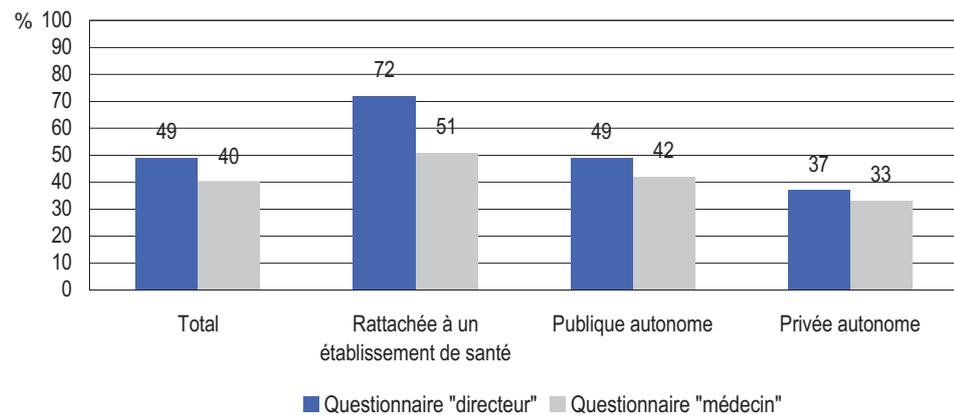
■ Au total, 190 structures, soit 32 %, ont répondu aux deux questionnaires. Parmi ces structures, 127 étaient autonomes et 63 rattachées à un établissement de santé.

Redressement des données

■ Une régression logistique a été réalisée, à partir des données des 597 structures issues de l'enquête EHPA, afin d'identifier les facteurs associés à la non-réponse pour chaque questionnaire. Dans ces régressions ont été intégrées les variables susceptibles d'être corrélées avec la problématique de l'enquête : le statut, la catégorie, la capacité d'accueil de la structure et le département d'implantation de la structure.

Le taux de réponse, à chacun des questionnaires, était plus faible pour les structures privées autonomes (figure 1.4), les structures de moins de 50 lits pour les deux questionnaires, et pour les structures implantées dans les départements de la Mayenne et le Maine-et-Loire pour le questionnaire « directeur ».

Figure 1.4 Taux de réponse aux questionnaires selon le statut de la structure



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

■ Afin de réduire le biais dû à la non-réponse et ainsi d'améliorer la représentativité des résultats de l'enquête, les données de chaque questionnaire ont été redressées (calage sur marge) sur les trois variables suivantes : le statut, la capacité d'accueil et le département d'implantation de la structure. Cette technique repose sur l'hypothèse que les structures manquantes dans une catégorie ont un « profil » plus proche des structures de cette catégorie qui ont répondu à l'enquête que de celles de l'ensemble de l'échantillon.

1.4 Traitement des données

Analyses univariées et bivariées

■ Une analyse descriptive univariée a été effectuée pour chaque question. Pour la majorité des questions, les proportions présentées ont été calculées parmi les structures répondantes et à partir des données redressées (sauf mention contraire). Si le taux de non-réponse aux questions est supérieur à 10 %, celui-ci est précisé systématiquement.

■ Pour la majorité des questions, des analyses bivariées (tris croisés) ont été réalisées avec cinq facteurs de contexte, susceptibles d'influencer les pratiques en matière de restauration et de soins nutritionnels.

Ces facteurs concernent :

- l'environnement institutionnel (rattachement ou non à un établissement de santé),
- la population accueillie (GIR 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) (figure 1.5).

Figure 1.5 Variables sélectionnées pour les tris croisés et les régressions logistiques

Variables	Modalités
Statut de la structure	Rattachée à un établissement de santé Autonome
Présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins	Oui Non
Travail avec un CLAN	Oui Non
Intervention d'une diététicienne	Diététicienne salariée Diététicienne non salariée Pas de diététicienne
GIR moyen pondéré de la structure	Inférieur à 550 Entre 550 et 699 Supérieur à 700 Non renseigné

Les tris croisés effectués sur une variable d'intérêt recueillie dans le questionnaire « directeur » ont ainsi été réalisés sur les 295 structures qui ont répondu à ce questionnaire.

Les tris croisés effectués sur une variable d'intérêt recueillie dans le questionnaire « médecin » ont été réalisés sur les 241 structures qui ont répondu à ce questionnaire.

Les croisements entre une variable d'intérêt recueillie dans le questionnaire « médecin » et la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins, le travail avec un CLAN, et l'intervention d'une diététicienne, trois variables recueillies dans le questionnaire « directeur », sont basés sur les 190 structures qui ont répondu aux deux questionnaires.

Par ailleurs, des tris croisés ont été effectués ponctuellement avec d'autres variables que les cinq sélectionnées (taille de la structure, mode de restauration...).

Le test du chi-deux de Pearson ou le test exact de Fisher (en cas d'effectifs théoriques inférieurs à 5) a été utilisé pour ces analyses bivariées, afin de tester la significativité statistique des différences.

Régressions logistiques

■ Pour certaines questions, des régressions logistiques ont été effectuées afin d'estimer l'effet propre des cinq facteurs de contexte sélectionnés pour les tris croisés (figure 1.5). Ces régressions ont été réalisées sur 295 structures lorsque la variable d'intérêt était issue du questionnaire « directeur » et sur 190 si celle-ci était recueillie dans le questionnaire « médecin ».

Il convient de préciser que la sélection systématique des mêmes variables ne conduit pas nécessairement à un modèle de régression satisfaisant. De plus, certaines variables du modèle ne sont pas indépendantes. Les modèles logistiques ne sont pas utilisés ici à des fins prédictives, mais uniquement pour mesurer l'influence d'une variable sur une autre « toutes choses égales par ailleurs ».

■ Pour l'ensemble des analyses bivariées et multivariées (tris croisés et régressions logistiques), trois seuils de significativité ont été retenus : 5 %, 1 % et 0,1 %.

Ces traitements statistiques ont été réalisés sous le logiciel SPSS.

Typologie

■ Afin de dégager des profils de structures homogènes en matière de pratiques d'alimentation-nutrition, une Analyse des correspondances multiples (ACM) complétée par une Classification ascendante hiérarchique (CAH) a été réalisée à partir des données des 190 structures ayant répondu aux deux questionnaires de l'enquête.

Pour ces analyses, 23 variables actives et 6 variables illustratives ont été sélectionnées et ont fait l'objet d'un recodage (figure 1.6).

Ces analyses ont été réalisées sous le logiciel SPAD.

Figure 1.6 Liste des variables retenues pour la typologie

Variables	Modalités
Variables actives	
Existence d'un cahier des charges et/ou d'une charte de restauration	Oui Non Non-réponse
Utilisation des guides PNNS	Ne connaît pas Connaît mais n'utilise pas Utilise
Dépistage systématique de la dénutrition ou de son risque à l'admission ou lors du suivi	Dépistage à l'entrée et lors du suivi Dépistage à l'entrée ou lors du suivi Pas de dépistage à l'entrée, ni lors du suivi
Le maintien d'un régime mis en place antérieurement est réévalué systématiquement à l'admission	Toujours Souvent, rarement, jamais Non-réponse
Evaluation nutritionnelle effectuée à partir d'une surveillance alimentaire pour les personnes dénutries	Oui Non/Non-réponse
Un dosage de l'albumine et le CRP réalisés pour le bilan initial d'un résident dénutri	Oui Non/Non-réponse
Conseils diététiques au résident font partie des modalités de prise en charge des personnes dénutries	Oui Non/Non-réponse
Le fractionnement des repas fait partie des modalités de prise en charge des personnes dénutries	Oui Non/Non-réponse
La décision d'enrichissement (alimentation enrichie et/ou CNO) fait l'objet d'une prescription médicale	Toujours Souvent, rarement, jamais
Classement de la sévérité de la dénutrition selon les modalités de la HAS	Oui Non/Pas de classement
Objectifs nutritionnels mentionnés dans le dossier médical du résident	Toujours, souvent Rarement, jamais Non-réponse
Existence d'une procédure écrite de dépistage de la dénutrition ou de son risque	Oui Non/Non-réponse
Existence d'une procédure écrite de prise en charge de la dénutrition	Oui Non/Non-réponse
Recueil systématique des goûts et des préférences alimentaires à l'admission	Oui Non Non-réponse
Possibilité pour le résident de choisir les différentes composantes de son repas	Oui Non
Enquête de consommation alimentaire réalisée au cours des deux dernières années	Oui Non/Non-réponse
Un fruit ou un jus de fruit proposé au petit déjeuner	Toujours Souvent, rarement, jamais Non-réponse
Un apport protidique complémentaire proposé au petit déjeuner	Toujours, souvent Rarement, jamais Non-réponse

Temps suffisant offert aux résidents pour les trois principaux repas (au moins 30 minutes pour le petit déjeuner, 1 heure pour le déjeuner, 45 minutes pour le dîner)	Oui Non
Jeûne nocturne de plus de 12 heures pour au moins un résident et pas de collation nocturne proposée aux résidents concernés	Oui Non Non-réponse
Animations physiques collectives proposées aux résidents au moins une fois par semaine	Oui Non/Non-réponse
Formation en alimentation-nutrition des personnes âgées programmée pour l'année 2009	Oui Non/Non-réponse
Echanges formalisés entre soignants et personnels de restauration et d'hôtellerie concernant l'alimentation et la nutrition des résidents, sur le plan individuel	Oui Non Non-réponse
Variables illustratives	
Statut	Rattachée à un établissement de santé Autonome
Présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins	Oui Non/Pas de projet de soins
Travail avec un CLAN	Oui Non
Intervention d'une diététicienne	Diététicienne salariée Diététicienne non salariée Pas de diététicienne
GMP	<550 [550-699] ≥700 Non-renseigné
Mode de restauration	Autogéré Sous-traité

1.5 Limites

■ Parmi les différentes limites des résultats de cette enquête, la plus importante est sans aucun doute celle qui résulte d'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. En l'absence d'enquête complémentaire auprès des non-répondants, il n'est pas possible de lever ce doute.

Le redressement des données a toutefois permis d'améliorer la représentativité des résultats, en prenant en compte la moindre participation de certaines catégories de structures (notamment autonomes).

■ Par ailleurs, il s'agit d'une enquête déclarative, et non d'un audit des pratiques. D'où une relative subjectivité des réponses, qui peut être à l'origine de biais de mesure, que les répondants en aient conscience ou non.

■ Une autre difficulté réside dans la diversité des répondants, qui sont susceptibles d'avoir des perceptions, des niveaux d'implications et de connaissances différents. Dans les EHPAD, l'intervention des médecins libéraux, dont les pratiques peuvent être diverses mais aussi mal connues du médecin coordonnateur, peut notamment constituer une limite concernant les résultats sur les soins nutritionnels (encadré 1.3).

■ Enfin, l'importance des taux de non-réponses à certaines questions incite à considérer certains résultats avec prudence. C'est notamment le cas des questions concernant la part des personnels formés à l'alimentation-nutrition, le jeûne nocturne, les fiches techniques, les éléments du suivi des résidents dénutris, dont les taux de non-réponses dépassaient 20 %. Quelques questions n'ont pas été exploitées en raison d'un trop grand nombre de réponses manquantes ou ininterprétables, notamment celle relative au temps consacré par le personnel aux différentes tâches liées au repas et celle concernant les budgets utilisés pour l'achat des compléments nutritionnels oraux.

Encadré 1.3

Une organisation médicale différente en EPHAD et en USLD

L'USLD étant une structure sanitaire, le médecin responsable est un praticien hospitalier gériatre, employé à temps plein. Ce praticien prend en charge les patients de l'unité dans leur globalité.

L'EHPAD, dès lors qu'il a signé la convention tripartite, doit se doter d'un médecin coordonnateur dans les six mois à compter de la date de la signature de cette convention.

Ce médecin doit être titulaire d'un Diplôme d'études supérieures complémentaires (DESC) de gériatrie, d'une capacité de gérontologie, d'un Diplôme universitaire ou Diplôme inter-universitaire (DU ou DIU) de médecin coordonnateur en EHPAD, ou à défaut d'une attestation de formation continue. Il a cependant trois ans pour satisfaire à l'obligation de formation [1]. Quand la structure est rattachée à un établissement de santé, le médecin coordonnateur peut s'occuper uniquement de l'EHPAD ou être également responsable de l'USLD.

Contrairement au médecin responsable d'USLD, le médecin coordonnateur, dont les missions sont définies par décret [1], est avant tout le conseiller technique du directeur, l'animateur des soignants et le prescripteur de prise en charge. Il peut assurer des soins aux patients, mais ce rôle est en principe dévolu aux médecins traitants des résidents.

Son temps de travail est variable. Le décret relatif à son temps d'exercice, qui date de 2007, fixe un temps de travail minimum qui dépend de la taille de l'établissement : 0,20 Equivalent temps plein (ETP) pour 25 à 44 places, 0,30 ETP pour 45 à 59 places, 0,40 ETP pour 60 à 99 places, et 0,50 ETP pour 100 places et plus [2]. Ces ratios sont mis en œuvre progressivement au moment du renouvellement de la convention tripartite.

[1] Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. *Journal Officiel de la République Française*, 28 mai 2005, 2 p.

[2] Décret n° 2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. *Journal Officiel de la République Française*, 13 avril 2007, 1 p.

PARTIE 2

Résultats

2.1 Contexte général

Axe nutritionnel dans le projet de soins

Le projet de soins, qui est l'une des composantes du projet d'établissement, définit les principes et objectifs de la prise en charge des personnes accueillies, et la nutrition peut donc en constituer l'une des dimensions. Un tel projet est obligatoire dans les structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes, qu'elles soient rattachées à un établissement de santé ou autonomes.

La nutrition présente dans les trois quarts des projets de soins

- La nutrition constitue une dimension des soins reconnue dans de nombreuses structures pour personnes âgées dépendantes dans les Pays de la Loire puisque :
 - 74 % d'entre elles ont un axe nutritionnel dans leur projet de soins,
 - 20 % déclarent qu'un tel axe n'existe pas pour l'instant, mais qu'il est prévu d'en intégrer un dans le prochain projet ou à plus long terme,
 - 1 % indiquent qu'un tel axe n'existe pas et qu'elles n'ont pas l'intention d'en développer un,
 - 5 % déclarent ne pas avoir de projet de soins.
- Les structures rattachées à un établissement de santé ont plus fréquemment un axe nutritionnel dans leur projet de soins que les structures autonomes (85 % vs 71 %, $p < 0,05$). Par contre, il n'existe pas de différence significative selon le niveau moyen de dépendance des personnes accueillies, apprécié par le GMP (Groupe iso-ressources moyen pondéré) de la structure.

Travail avec un CLAN

Le CLAN, Comité de liaison alimentation nutrition, est une structure consultative, qui participe par des avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades et de la qualité de la restauration.

Les obligations réglementaires en matière de CLAN sont différentes selon le statut des établissements :

- Dans les établissements de santé, les CLAN sont recommandés par une circulaire datant de 2002. Un décret de 2006 concernant les établissements de santé publics et rendant obligatoire l'existence, au sein de la Commission médicale d'établissement (CME), d'une commission unique en charge de l'ensemble de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, précise que le CLAN peut être intégré à cette commission, ou rester autonome [24, 25].
- Pour les établissements médico-sociaux, aucune recommandation n'a été élaborée dans ce domaine. Toutefois, pour ces derniers, la mise en place d'un CLAN ou la collaboration avec une telle structure a été recommandée à diverses reprises [14].

Enfin, l'intérêt de constituer des CLAN interétablissements pour les petites structures, notamment entre un hôpital local et une maison de retraite situés dans une même zone géographique, a été souligné par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) dans son guide publié en mars 2008 [26].

Encadré 2.1

Les CLAN en Pays de la Loire

En Pays de la Loire, la mobilisation en matière de création de CLAN a été précoce, puisqu'en 2004, 36 % des établissements de santé de la région étaient dotés d'un CLAN contre 30 % au niveau national [1].

En 2007, on dénombrait 25 CLAN intra ou interétablissements dans les établissements publics de santé de la région [2]. En 2008, date du dernier état des lieux national, ce nombre atteignait 36 dont 32 CLAN intra-établissement, 2 CLAN interétablissements, 1 CLAN départemental, 1 CLAN régional [3]. Leur répartition par département est la suivante :

- Loire-Atlantique : 8 CLAN intra-établissement et 1 CLAN interétablissements (7 en 2007),
- Maine-et-Loire : 6 CLAN intra-établissement (4 en 2007),
- Mayenne : 6 CLAN intra-établissement et 1 CLAN interétablissements (7 en 2007),
- Sarthe : 7 CLAN intra-établissement (4 en 2007),
- Vendée : 7 CLAN intra-établissement (3 en 2007).

S'y ajoutaient un CLAN départemental en Sarthe, et un CLAN régional dont le siège est situé à Angers.

[1] Etat des lieux des CLAN en 2004. J. Vidal, J. Desport, E. Alix, D. Girard, L. Monier, S. Chauvin, et al. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 2005, vol. 19, n° 3, pp. 116-125.

[2] GRSP Pays de la Loire, Comité de liaison alimentation-nutrition Pays de la Loire. *La Lettre Régionale des CLAN*, 2008, n° 1, 10 p.

[3] Où sont les CLAN en Pays de la Loire ? Que font-ils ? [page internet]
<http://www.grsp-pays-de-la-loire.sante.fr/clanpl.htm>

25 % des structures pour personnes âgées dépendantes travaillent avec un CLAN

■ Parmi les structures enquêtées début 2009 :

- 25 % travaillent avec un CLAN,
 - 15 % ont ce projet, pour 2009 (7 %) ou à plus long terme (8 %).
- Mais 18 % d'entre elles déclarent ne pas connaître ce type d'instance.

■ Lorsque les structures travaillent avec un CLAN, il s'agit le plus souvent d'un comité intra-établissement (59 % des cas), rarement d'un comité inter-établissements (6 %), et dans 35 % d'un CLAN départemental ou régional.

Le travail avec un CLAN beaucoup plus fréquent dans les structures rattachées à un établissement de santé

■ Les structures rattachées à un établissement de santé déclarent beaucoup plus fréquemment travailler avec un CLAN (82 % vs 9 %, $p < 0,001$) que les structures autonomes, de même que celles qui accueillent des personnes très dépendantes (57 % des structures avec un $GMP \geq 700$ vs 19 % des structures avec un $GMP < 700$ ou non renseigné, $p < 0,001$).

Par ailleurs, les structures ayant un axe nutritionnel dans leur projet de soins travaillent plus souvent avec un tel comité (29 % vs 15 %, $p < 0,05$).

■ L'analyse multivariée, qui permet d'étudier l'effet propre de chacun des facteurs, met en évidence que « toutes choses égales par ailleurs » seul le fait d'être rattaché à un établissement de santé est significativement associé au fait de travailler avec un CLAN.

■ Enfin, on constate que 23 % des structures autonomes ne connaissent pas les CLAN alors qu'aucune des structures rattachées à un établissement de santé n'est dans ce cas. Les structures n'ayant pas d'axe nutritionnel dans leur projet de soins sont par ailleurs en proportion plus nombreuses à ne pas connaître ces comités (31 % vs 13 %, $p < 0,001$).

Intervention d'une diététicienne

L'action des diététiciennes est essentielle pour l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées en institution, et dans son avis n°53 de 2005, le Conseil national de l'alimentation (CNA) recommande que chaque EHPAD bénéficie des services d'une telle professionnelle au moins une demi-journée par semaine (soit 0,1 Equivalent temps plein, ETP), avec un financement de ce poste sur le budget soins [27].

Une diététicienne intervient dans les deux tiers des structures...

■ 67 % des structures enquêtées déclarent bénéficier de l'intervention d'au moins une diététicienne, et cette professionnelle fait partie de l'effectif salarié de l'établissement dans 43 % des cas. Ce sont donc, au total, 28 % des structures pour personnes âgées dépendantes de la région qui disposent d'une diététicienne salariée³ et 39 % d'une diététicienne « non salariée ».

... mais avec un temps de travail souvent très limité

■ Le temps de travail, recueilli pour les seules diététiciennes qui sont salariées des établissements pour personnes âgées dépendantes, apparaît peu important :

- 22 % d'entre elles ont une durée de travail inférieure à 0,1 ETP,

- plus de la moitié (53 %) ont une durée de travail inférieure à 0,25 ETP.

Ce temps de travail est peut-être surestimé par l'enquête, la formulation de la question ayant pu amener les structures rattachées à un établissement de santé à mentionner le temps de travail total de la diététicienne au sein de l'établissement, et non au sein de la seule structure concernée².

■ Au total, si l'on considère les structures qui ne disposent pas de temps de diététicienne et celles qui ont une diététicienne salariée dont le temps de travail est inférieur à 0,1 ETP⁴, au moins 39 % des structures ne répondent pas aux recommandations du CNA dans ce domaine.

³ Les structures, qu'elles soient autonomes ou rattachées à un établissement de santé, ont été interrogées lors de l'enquête sur l'intervention d'une diététicienne et sur son temps de travail (si elle est salariée) dans l'établissement et non dans la structure.

⁴ Lors de l'enquête, le temps de travail des diététiciennes salariées a été recueilli mais pas celui des diététiciennes non salariées.

Une présence plus importante dans les structures rattachées à un établissement de santé

■ La situation est très différente entre les structures rattachées à un établissement de santé et les structures autonomes. Pour ces dernières, l'intervention d'une diététicienne est moins fréquente (58 % vs 97 %, $p < 0,001$), ces professionnelles sont moins souvent salariées (17 % vs 94 %) et leur temps de travail⁵ est plus souvent inférieur à 0,1 ETP

L'intervention d'une diététicienne, et plus particulièrement d'une diététicienne salariée, est plus fréquente dans les structures avec un GIR moyen pondéré supérieur ou égal à 700.

Par ailleurs, 76 % des structures qui travaillent avec un CLAN ont une diététicienne salariée vs 12 % des autres structures ($p < 0,001$).

Enfin, les structures ayant un axe nutritionnel dans leur projet de soins sont également plus nombreuses à bénéficier de l'intervention d'une diététicienne (71 % vs 57 %, $p < 0,05$), et notamment d'une diététicienne salariée (34 % vs 15 %).

■ L'analyse multivariée confirme que le statut de la structure (rattachée ou non à un établissement de santé) constitue un déterminant majeur de l'intervention d'une diététicienne. Dans une moindre mesure, la présence d'une diététicienne salariée est aussi significativement associée, après ajustement, à l'existence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins et au travail avec un CLAN.

Echanges d'informations

Si les CLAN constituent un lieu privilégié d'échanges au niveau collectif, le partage d'informations entre professionnels concernant l'alimentation et la nutrition de chaque résident, est également indispensable, dans la mesure où l'alimentation et la nutrition sont au carrefour de multiples compétences.

La communication entre les équipes constitue d'ailleurs l'un des axes du référentiel de l'AP-HP concernant l'évaluation de la qualité de l'alimentation et de la nutrition dans les services de soins (« Les transmissions entre les équipes du service de soins, de la cuisine centrale, de diététique et de la pharmacie sont organisées ») [28].

Des échanges d'informations concernant la nutrition des résidents formalisés dans les deux tiers des structures

■ Les deux tiers (67 %) des structures déclarent que les échanges d'informations concernant l'alimentation et la nutrition des résidents sur le plan individuel, entre les soignants et le personnel de restauration et d'hôtellerie, sont formalisés.

Parmi les modalités d'échanges proposées par le questionnaire, les outils de type cahier de liaison entre les équipes sont les plus souvent utilisés, devant les réunions de travail spécifiquement dédiées. D'autres modalités ont également été spontanément citées par quelques établissements, comme « le tableau de cuisine », « la fiche régime » ou « le dossier informatisé ».

⁵ Lors de l'enquête, le temps de travail des diététiciennes salariées a été recueilli mais pas celui des diététiciennes non salariées.

■ L'existence d'échanges formalisés n'apparaît pas liée significativement, après ajustement, aux caractéristiques de contexte que sont le rattachement ou non à un établissement de santé, le GMP de la structure, le travail avec un CLAN, la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins et l'intervention d'une diététicienne.

Formation du personnel

La formation du personnel constitue également un élément essentiel de la qualité de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées dépendantes. Dans son avis n°53 de 2005, le CNA préconise qu'au moins 20 % des personnels reçoivent chaque année une formation spécifique sur l'alimentation et les risques nutritionnels chez la personne âgée [27]. Le seuil retenu dans l'enquête (moins de 25 % de personnel formé au cours des deux dernières années) est donc moins exigeant.

Une formation des personnels qui apparaît insuffisante

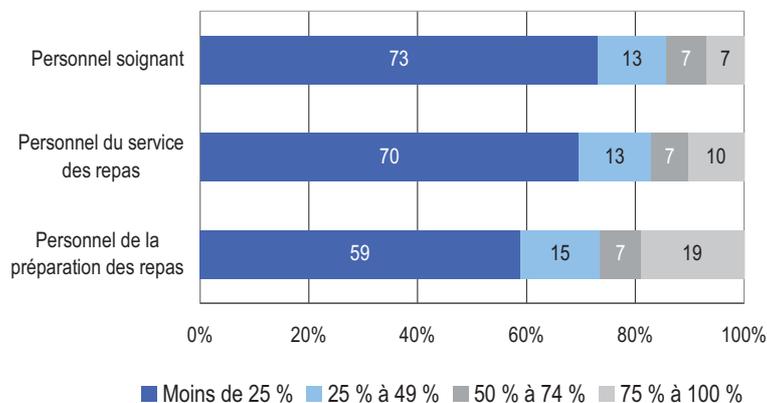
■ Interrogées sur la proportion du personnel ayant bénéficié d'une formation spécifique concernant la nutrition des personnes âgées au cours des deux dernières années, environ 25 % des structures ne se sont pas prononcées. On peut faire l'hypothèse que cette proportion élevée de non-réponses est liée à la difficulté de disposer rapidement des éléments nécessaires pour répondre à cette question.

Dans la majorité des structures qui se sont exprimées, 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. La proportion de professionnels formés sur cette période est en effet inférieure à ce seuil dans :

- 73 % des structures pour le personnel soignant,
- 70 % des structures pour le personnel du service des repas,
- 59 % des structures pour le personnel de la préparation des repas (figure 2.1).

Pour ces trois catégories de personnel, la situation apparaît ainsi, dans la majorité des structures, insuffisante au regard des recommandations du CNA.

Figure 2.1 Proportion de personnels formés au cours des deux dernières années à la nutrition des personnes âgées selon le type de personnel



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

■ Il se peut toutefois qu'une dynamique émerge dans ce domaine, puisque près de la moitié des structures (47 %) déclarent que des formations spécifiques concernant la nutrition des personnes âgées sont programmées en 2009.

L'axe nutritionnel, principal déterminant de la dynamique de formation

■ Pour les trois catégories de personnel (soins, préparation des repas, service des repas), la proportion de structures ayant au moins un quart de personnel formé à la nutrition des personnes âgées au cours des deux dernières années n'est pas significativement différente entre les structures autonomes et celles rattachées à un établissement de santé.

Par contre, la proportion de structures ayant programmé, en 2009, des formations spécifiques concernant la nutrition des personnes âgées, est nettement plus élevée dans les structures rattachées à un établissement de santé (74 % vs 40 %, $p < 0,001$), ainsi que dans les structures avec un GIR moyen pondéré supérieur ou égal à 700 par rapport aux autres structures (GMP inférieur à 700 ou non renseigné).

Les structures ayant un axe nutritionnel dans leur projet de soins font état d'une plus forte proportion de personnel des différentes catégories formé au cours des deux dernières années. Ces structures ont aussi plus fréquemment programmé des formations pour l'année 2009 que les structures n'ayant pas de projet de soins ou d'axe nutritionnel dans leur projet de soins (54 % vs 30 %, $p < 0,001$).

Dans les structures travaillant avec un CLAN, la part de personnel formé au cours des deux dernières années n'apparaît pas plus importante, mais les projets de formation pour l'année 2009 sont plus fréquents (70 % vs 40 %, $p < 0,001$). Ce constat peut être rapproché du caractère relativement récent de la mise en place des CLAN.

Enfin, la proportion de structures ayant au moins un quart du personnel de la préparation des repas formé au cours des deux dernières années est plus faible parmi les structures disposant d'une diététicienne salariée (29 % vs 46 % des structures disposant d'une diététicienne non salariée ou d'aucune diététicienne, $p < 0,05$).

■ L'analyse multivariée met en évidence que, parmi les variables étudiées, la présence d'un axe nutritionnel est le facteur le plus discriminant d'une dynamique de formation, avec un effet favorable sur la part du personnel formé dans les différentes catégories et sur la programmation de formations en 2009. Par ailleurs, la formation du personnel soignant est plus répandue dans les structures accueillant des personnes fortement dépendantes ($GMP \geq 700$).

En revanche, la présence d'une diététicienne salariée s'avère inversement associée à la formation du personnel de préparation mais aussi à celle du personnel du service des repas (bien que cette dernière association n'ait pas été mise en évidence en analyse bivariée).

Utilisation des guides du PNNS

Dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), un certain nombre de guides nutrition destinés à la population générale ou à des groupes spécifiques ont été publiés. Trois guides sur la nutrition des personnes âgées sont parus en septembre 2006 : un guide destiné aux personnes âgées, un guide pour les aidants et un guide destiné aux professionnels de santé. Ces guides ont été largement diffusés lors de leur parution, mais sont également disponibles sur demande auprès de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Des guides surtout connus par les structures rattachées à un établissement de santé

■ Interrogés sur les guides du PNNS,

- 34 % des structures déclarent les utiliser,
- 20 % déclarent connaître ces documents mais ne pas les utiliser,
- et 46 % ne pas les connaître.

Parmi les structures qui ne connaissent pas ces guides, 76 % souhaitent recevoir une information à leur sujet, et un exemplaire de certains de ces outils.

■ La quasi-totalité (97 %) des répondants de structures rattachées à un établissement de santé déclarent connaître les guides du PNNS, alors qu'ils ne sont que 42 % dans les structures autonomes ($p < 0,001$). Cette différence, confirmée par l'analyse multivariée ($OR = 5,7$; $p < 0,05$), est à rapprocher du ciblage de la diffusion de ces guides par l'Inpes, puisque tous les établissements de santé et seulement certains EHPAD (les ex foyer-logement) en ont été destinataires.

Toutefois, d'autres facteurs jouent également un rôle dans ce domaine puisque l'analyse multivariée met en évidence un lien entre la connaissance de ces guides et d'une part le travail avec un CLAN ($OR = 4,2$; $p < 0,01$), d'autre part l'intervention d'une diététicienne salariée (comparé aux structures sans diététicienne, $OR = 5,0$; $p < 0,01$).

Une utilisation favorisée par la présence d'une diététicienne

■ Parmi les structures qui connaissent ces guides, les structures rattachées à un établissement de santé (79 % vs 53 %, $p < 0,001$) et dans une moindre mesure, les structures avec un GMP supérieur à 550 ou non renseigné (68 % vs 42 % si $GMP < 550$, $p < 0,01$) déclarent plus fréquemment les utiliser.

Par ailleurs, l'utilisation des guides PNNS est plus fréquente dans les structures :

- travaillant avec un CLAN (77 % vs 52 %, $p < 0,01$),
- bénéficiant de l'intervention d'une diététicienne (71 % vs 33 % des structures sans diététicienne, $p < 0,001$).

Par contre, il n'existe pas de différence significative selon la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins.

■ Toutefois, en analyse multivariée, l'utilisation de ces guides ne s'avère liée qu'à l'intervention d'une diététicienne.

2.2 Restauration

2.2.1 Contexte

Gestion de la restauration

Les structures pour personnes âgées dépendantes peuvent assurer elles-mêmes les diverses activités liées à la restauration (restauration dite autogérée ou « en gestion directe »), ou les sous-traiter, en totalité ou en partie. Par ailleurs, la restauration est dite « concédée » quand la préparation des repas est réalisée au sein de l'établissement par un prestataire de service.

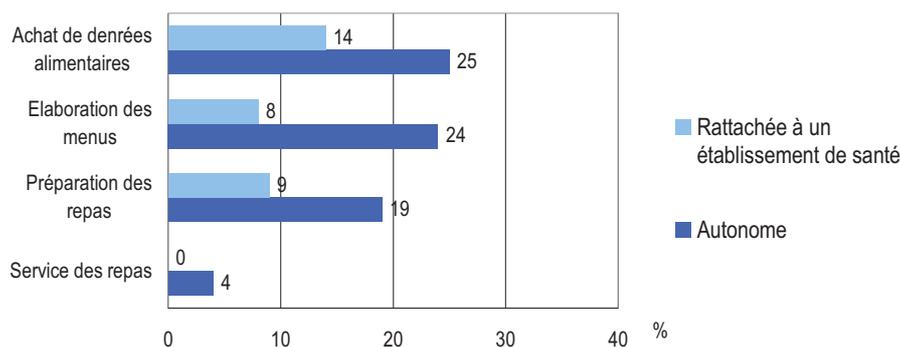
Une minorité de structures sous-traitent les activités liées à la restauration

■ Dans 76 % des structures, l'ensemble des activités liées à la restauration, c'est-à-dire l'élaboration des menus, l'achat des denrées alimentaires, la préparation des repas et le service des repas sont autogérés.

Le service des repas est la prestation la moins souvent sous-traitée (3 %) alors que 17 % des structures sous-traitent la préparation des repas, 21 % l'élaboration des menus et 23 % l'achat des denrées alimentaires.

■ Les structures autonomes sont en proportion un peu plus nombreuses que les structures rattachées à un établissement de santé à sous-traiter l'une des activités de restauration (27 % vs 14 %, $p < 0,05$). Cette différence est liée à la sous-traitance plus fréquente dans les structures autonomes de l'élaboration des menus (24 % vs 8 %, $p < 0,01$) et de l'achat de denrées alimentaires (25 % vs 14 %, $p < 0,05$). Pour la préparation et le service des repas, la différence observée selon le statut n'est pas significative (figure 2.2).

Figure 2.2 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

■ 39 % des structures qui élaborent elles-mêmes les menus ne disposent pas d'une diététicienne. Cette situation est rare dans les structures rattachées à un établissement de santé (3 %) mais concerne plus de la moitié des structures autonomes qui sont dans ce cas.

Par ailleurs, les structures qui sous-traitent l'élaboration des menus disposent beaucoup plus fréquemment d'une diététicienne non salariée (76 %) que celles qui l'autogèrent (29 %, $p < 0,001$). On peut donc faire l'hypothèse que ces

diététiciennes non salariées interviennent dans certains cas au titre de la société de restauration, et qu'elles ont alors un champ d'intervention beaucoup plus limité.

Un système de portage des repas à l'extérieur relativement fréquent

- Parmi les structures où les repas sont préparés en interne, un tiers déclarent organiser un portage de repas à l'extérieur, le plus souvent au domicile de personnes âgées (80 %), dans 19 % des cas auprès d'établissements scolaires.
- La proportion de structures assurant un portage de repas à l'extérieur n'est pas significativement différente entre les structures autonomes et celles rattachées à un établissement de santé.

Cahier des charges de la restauration

En cas de sous-traitance de tout ou partie de la restauration, les établissements publics ont l'obligation d'élaborer un cahier des charges, qui précise les règles d'organisation de la restauration, et notamment les caractéristiques quantitatives et qualitatives des repas. Ces documents jouent donc un rôle tout à fait essentiel pour la qualité nutritionnelle des repas.

Les établissements où la restauration est entièrement autogérée, non concernés par cette obligation, peuvent néanmoins élaborer un document de ce type. Dans son avis n°53, le CNA souligne l'intérêt d'une telle pratique : « 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 » [27].

Afin d'aider les acheteurs publics à élaborer leur cahier des charges et leurs contrats de restauration collective, le Groupe d'étude des marchés de restauration collective et de nutrition (GEMRCN, ex-GPEM-DA), émet des recommandations dont la dernière mise à jour a été publiée en mai 2007. Ces recommandations constituent également une référence pour les acteurs privés [20].

Des documents qui semblent encore peu répandus

- Globalement, 37 % des structures accueillant des personnes âgées dépendantes en Pays de la Loire déclarent disposer d'un cahier des charges et/ou d'une charte concernant la restauration.

Pour les structures qui sous-traitent tout ou partie de la restauration, et ont donc l'obligation de disposer d'un tel document, cette proportion atteint seulement 57 %. Ce constat peut résulter pour partie d'une mauvaise compréhension de la question. Mais dans tous les cas, il témoigne d'une attention insuffisante portée à ce type de document dont le rôle est essentiel en matière de qualité de la restauration.

A l'inverse, la mobilisation des structures qui n'ont pas d'obligation en matière de cahier des charges apparaît non négligeable, puisque 31 % d'entre elles déclarent en disposer.

- Parmi les structures qui travaillent avec un CLAN, 53 % déclarent que leur cahier des charges de la restauration a été validé par cette instance, conformément aux recommandations du GEMRCN [20].

Des cahiers des charges plus fréquents dans les structures travaillant avec un CLAN, ou ayant un axe nutritionnel dans leur projet de soins

- Quel que soit le mode de restauration (autogéré ou sous-traité), l'élaboration d'un cahier des charges de la restauration est plus fréquente dans les structures :
 - rattachées à un établissement de santé,
 - travaillant avec un CLAN,
 - bénéficiant de l'intervention d'une diététicienne salariée,
 - ayant un axe nutritionnel dans leur projet de soins.

De plus, parmi les structures qui autogèrent leur restauration, celles qui accueillent des personnes fortement dépendantes ($GMP \geq 700$) sont en proportion plus nombreuses à posséder un cahier des charges de la restauration. Ce résultat n'est pas retrouvé pour les structures qui sous-traitent tout ou partie de leur restauration.

- Outre le rôle du mode de gestion de la restauration (autogéré ou sous-traité), qui constitue le déterminant majeur de l'élaboration d'un cahier des charges, l'analyse multivariée confirme que la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins et le travail avec un CLAN favorisent l'élaboration de tels documents.

Plan alimentaire

Un plan alimentaire correspond à la planification des plats sur une période donnée, afin d'évaluer, à travers leur fréquence, l'équilibre nutritionnel et la diversité des repas.

Plusieurs recommandations ont été proposées concernant la durée de cette planification. Le CNA conseille une durée comprise entre 5 et 8 semaines (avis n°53) [27]. La durée minimum préconisée par le GEMRCN est nettement moindre puisqu'elle porte sur 20 repas successifs en cumulant les déjeuners et dîners (soit 10 jours pour les structures concernées par l'enquête) [20].

- Dans 95 % des structures qui disposent d'un cahier des charges, ce document comporte un plan alimentaire, et ce dernier est validé par une diététicienne dans 88 % des cas. Ce plan est établi pour 5 semaines ou plus dans 80 % des structures et il comporte des cycles été/hiver dans plus de 90 % des cas.

Coût moyen d'une journée alimentaire

La qualité nutritionnelle et gustative des repas est liée pour une large part au budget disponible pour l'achat des denrées alimentaires qui les composent.

Dans son avis émis en 2005, le CNA estimait que le budget consacré 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 minimale de 1,5 % par an, cela correspond en 2009 à un budget minimum de 3,7 € par résident et par jour [27].

Toutefois, depuis plusieurs années, le secteur des achats alimentaires des établissements de santé connaît de profondes évolutions avec le développement de structures permanentes d'achats groupés. Ces structures permettent de massifier les commandes et donc de négocier de meilleurs prix.

En 2005, le Groupement de coopération sanitaire (GSC) UniHA (Union des hôpitaux pour les achats) a été constitué ; il réunit 53 adhérents, dont l'ensemble des CHU et les CH les plus importants de France. Dans les Pays de la Loire,

outre les CHU de Nantes et Angers, les CH du Mans et de la Roche-sur-Yon font notamment partie de ce réseau [29].

Depuis cette réorganisation des achats dans le secteur hospitalier public, les CH et hôpitaux locaux appartenant auparavant à des groupements d'achats coordonnés par les établissements qui ont intégré le GSC UniHA gèrent eux-mêmes leurs achats, certains ont réussi à créer des groupements d'achats.

Ce contexte mérite d'être souligné car un budget identique peut correspondre à un niveau de qualité des denrées alimentaires différent selon que la structure est ou non rattachée à un groupement d'achats et selon l'importance de ce dernier.

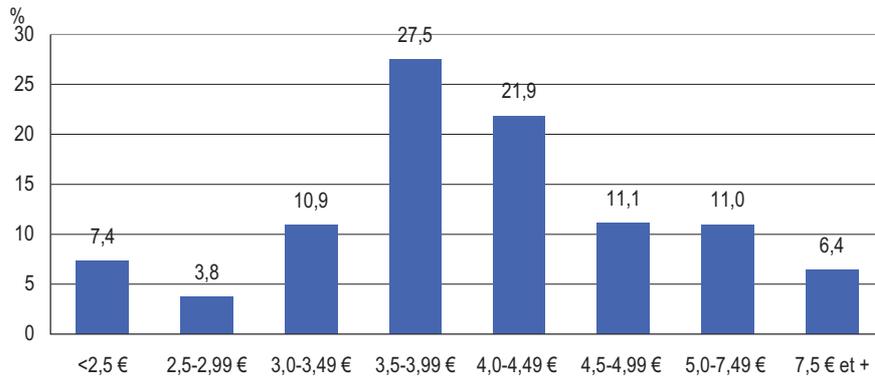
Un budget journalier insuffisant dans plus de 30 % des structures

■ Questionnées sur le coût moyen d'une journée alimentaire d'un résident, boissons comprises, les trois quarts des structures ont déclaré le connaître.

Les coûts moyens déclarés varient de façon très importante, entre 1,6 et 11,6 €. Cette dispersion, et particulièrement les chiffres élevés, sont vraisemblablement liés à la prise en compte par certaines structures d'autres coûts que ceux des achats des denrées alimentaires.

Dans 71 % des structures, ce coût moyen est compris entre 3 et 5 €. Dans 32 %, il est inférieur à 3,7 €, budget minimum préconisé par le CNA en 2005 et actualisé pour tenir compte de l'inflation, et dans 50 % inférieur à 4 € (figure 2.3).

Figure 2.3 Répartition des structures selon le coût moyen d'une journée alimentaire d'un résident



Parmi les structures qui se sont exprimées

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

■ La proportion de structures ayant un coût moyen de la journée alimentaire inférieur à 3,7 € n'est pas significativement différente entre les structures rattachées à un établissement de santé et les structures autonomes. Par contre, les structures qui gèrent elles-mêmes l'achat des denrées alimentaires sont en proportion plus nombreuses que les structures qui le sous-traitent à avoir un budget inférieur à 3,7 € (37 % vs 15 %, $p < 0,01$).

Commission des menus

La commission des menus a pour rôle de veiller au bon fonctionnement du service de restauration avec une vigilance particulière quant à l'équilibre des menus, au suivi de la qualité et de la présentation des repas (étude des plans alimentaires et menus). Elle agit de manière concertée, en associant les usagers au choix de leur restauration.

L'avis n°53 du CNA, comme les recommandations de bonnes pratiques en EHPAD 2004 et 2007, préconisent la mise en place de ce type de commission dans les établissements pour personnes âgées [19, 27, 30]. L'outil « Angélique » (auto-évaluation de la qualité en EHPAD) mentionne le compte-rendu de commission des menus comme étant un « dispositif permettant de recueillir les attentes et souhaits des résidents ou de leurs familles » (encadré 2.2) [18].

La composition de cette commission est évoquée seulement dans l'avis du CNA qui propose la participation des résidents, des infirmiers et aides-soignantes, du médecin coordonnateur et des membres de la direction.

Aucune de ces sources n'apporte de précisions sur le mode de fonctionnement de cette commission. Une publication récente fait toutefois des propositions concernant la composition et les missions des commissions de menus au sein des EHPAD [31].

Une commission des menus présente dans près de 90 % des structures

■ L'existence d'une commission permettant de discuter des menus est très répandue, puisque 89 % des structures déclarent disposer d'une commission des menus ou d'une instance équivalente.

Cette proportion n'est pas significativement différente entre les structures autonomes et celles rattachées à un établissement de santé. Par contre, les structures qui sous-traitent tout ou partie de la restauration sont en proportion un peu plus nombreuses que celles qui gèrent elles-mêmes l'ensemble de cette activité à disposer d'une commission des menus (96 % vs 87 %, $p < 0,05$).

■ Dans la grande majorité des structures, le « chef cuisinier » (96 %) et des résidents (81 %) participent à la commission des menus.

Le directeur ou un membre de la direction est présent dans 64 % des cas.

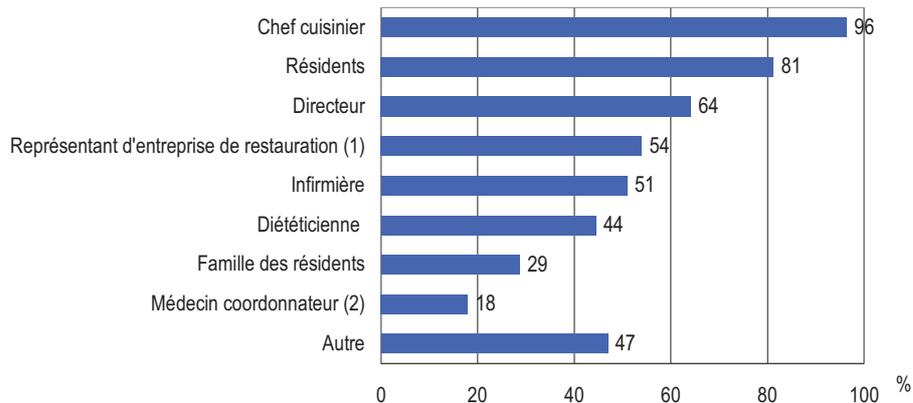
Une infirmière participe à cette commission dans la moitié des structures, une diététicienne dans 44 %, et des membres de la famille des résidents dans 29 %. Dans les structures qui disposent d'une diététicienne, cette dernière participe plus souvent aux commissions de menus quand elle est salariée que non salariée (96 % vs 39 %, $p < 0,001$).

En EHPAD, la participation du médecin coordonnateur, dont le temps de présence dans la structure est souvent limité, apparaît peu fréquente : 18 % des cas. Elle n'est pas significativement plus importante dans les EHPAD autonomes que dans ceux rattachés à un établissement de santé.

Pour les structures où des services de restauration sont sous-traités, un représentant de l'entreprise de restauration prestataire participe à cette commission dans un peu plus de la moitié des cas (54 %).

Enfin, près de la moitié des structures ont mentionné d'autres professionnels participant à cette commission : personnel soignant (22 %), animateurs (11 %), cadre de santé (7 %) ... (figure 2.4).

Figure 2.4 Participants aux commissions des menus ou à une instance équivalente



(1) Parmi les structures sous-traitant l'une des activités de restauration (n=65) ; (2) Parmi les EHPAD (n=222)
 Source : Enquête nutrition des personnes âgées en institution 2009, CTRNS-Drass, ORS Pays de la Loire

Encadré 2.2

L'outil « Angélique »

L'outil d'auto-évaluation « Angélique » a été élaboré en 2000 par le Ministère chargé de l'emploi et de la solidarité afin d'aider les EHPAD à établir un état des lieux initial, identifier leurs points forts et leurs points faibles, et préciser les améliorations en matière de qualité qu'ils considèrent comme prioritaires pour leur projet de convention.

Cet outil comporte 141 critères répartis en quatre parties :

- attentes et satisfaction des résidents et familles,
- réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins,
- l'établissement et son environnement,
- démarche qualité.

Améliorer la qualité en EHPAD : outil d'auto-évaluation. Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000, 27 p.

Validation des menus

La validation des menus porte à la fois sur l'équilibre alimentaire de la journée et la fréquence de présentation des plats. Elle peut être réalisée par une diététicienne et/ou un responsable de cuisine.

■ Dans 88 % des structures, les menus sont validés par une diététicienne et/ou un « responsable de cuisine ». Cette pratique est logiquement plus fréquente dans les structures qui disposent d'une diététicienne, salariée (99 %) ou non (98 %), que dans celles qui n'en disposent pas (64 %).

Seulement 70 % de ces structures ont mentionné le rythme de validation des menus. Pour 54 % d'entre elles, les menus sont validés mensuellement ou plus souvent.

■ Les menus sont plus souvent validés dans les structures rattachées à un établissement de santé (98 % vs 85 % des structures autonomes, $p < 0,05$) et dans celles disposant d'un cahier des charges de la restauration (97 % vs 82 %, $p < 0,001$).

Fiches techniques

Selon les recommandations 2007 du GERMEN, lors de la livraison de produits ou de plats par des fournisseurs extérieurs, ces derniers doivent mettre à disposition des fiches techniques précisant notamment la liste des ingrédients, le poids (notamment pour les aliments sources de matières grasses) et les valeurs nutritionnelles des produits. Ces fiches doivent également être établies pour les plats préparés dans l'établissement [20].

Les fiches techniques, des documents qui semblent peu répandus et/ou mal identifiés

■ Tous les établissements sont amenés à acheter des denrées alimentaires, directement ou par l'intermédiaire d'un prestataire, et sont donc concernés théoriquement par cette question. Mais la fourniture de fiches techniques avec les produits et/ou plats livrés semble mal identifiée, puisque, interrogées sur l'existence de ces fiches :

- 32 % des structures n'ont pas répondu,
- 8 % ont déclaré ne pas savoir,
- 30 % ont répondu que ces documents n'étaient pas fournis,
- seules 30 % déclarent disposer de tels documents.

Il est toutefois possible, qu'en raison du caractère relativement spécifique de cette question, un certain nombre de répondants n'ait pas su répondre, ni trouver dans leur entourage immédiat quelqu'un capable de les renseigner.

■ Les structures qui disposent de telles fiches techniques déclarent que figurent sur ces fiches :

- la liste des ingrédients (97 %),
- le poids des produits et/ou plat (98 %),
- et la valeur nutritionnelle pour 100 g ou par portion (72 %).

■ Les structures ont également été interrogées sur l'élaboration de fiches techniques pour les recettes des plats fabriqués dans l'établissement. Parmi les structures concernées, c'est-à-dire celles qui autogèrent la préparation des repas :

- 54 % élaborent des fiches techniques,
- 36 % n'en élaborent pas,
- 8 % déclarent « ne pas savoir » et 2 % n'ont pas répondu à cette question.

Parmi ces structures élaborant des fiches techniques, 52 % indiquent que ces fiches contiennent le grammage des matières grasses, 26 % que ce grammage n'y figure pas, et 23 % ont déclaré « ne pas savoir » si cette information est mentionnée.

Composition du petit déjeuner

Selon les recommandations du GEMRCN, pour les personnes âgées en institution qui nécessitent des apports spécifiques, les composantes du petit déjeuner peuvent être complétées par un aliment protidique (type fromage, fromage blanc, jambon ou œuf) et/ou par un fruit ou jus de fruit [20]. Ceci est d'autant plus important que le petit déjeuner est le repas le plus apprécié des personnes âgées [32].

Un fruit ou un jus de fruit est fréquemment proposé au petit déjeuner...

■ Plus de 75 % des structures déclarent proposer un fruit ou un jus de fruit au petit déjeuner « toujours » ou « souvent » aux résidents (57 % « toujours », 20 % « souvent », 12 % « rarement », 11 % « jamais »).

■ Aucune différence significative n'est observée à ce propos entre les structures rattachées à un établissement de santé et les structures autonomes, ni selon la présence d'un axe nutritionnel ou d'un CLAN.

Par contre, un fruit ou un jus de fruit est plus fréquemment « toujours » ou « souvent » proposé dans les structures où une diététicienne intervient (83 % vs 64 % des structures n'ayant pas de diététicienne, $p < 0,001$).

Par ailleurs, les structures accueillant des personnes moyennement ou fortement dépendantes ($GMP \geq 550$) sont en proportion plus nombreuses à proposer un fruit ou un jus de fruit au petit déjeuner (83 % vs 71 % pour les structures avec un $GMP < 550$ ou non renseigné, $p < 0,05$).

■ En analyse multivariée, seule l'association avec l'intervention d'une diététicienne est retrouvée.

... alors qu'un complément protidique l'est moins souvent

■ 31 % des structures déclarent proposer « toujours » ou « souvent » un complément protidique (fromage, fromage blanc, jambon ou œuf) au petit déjeuner (11 % « toujours », 20 % « souvent », 35 % « rarement », 34 % « jamais »).

■ Les structures rattachées à un établissement de santé sont en proportion plus nombreuses que les structures autonomes à proposer « toujours » ou « souvent » un apport protidique complémentaire au petit déjeuner (46 % vs 26 %, $p < 0,01$). C'est aussi le cas de celles qui ont un GIR moyen pondéré supérieur ou égal à 550 (39 % vs 21 % pour les structures avec un $GMP < 550$ ou non renseigné, $p < 0,01$).

Cette proposition est également plus fréquente dans les structures :

- travaillant avec un CLAN (47 % le font « toujours » ou « souvent » vs 25 % des structures ne travaillant pas avec un CLAN, $p < 0,001$),
- bénéficiant de l'intervention d'une diététicienne salariée (43 % vs 27 % dans les structures avec une diététicienne non salariée, 26 % pour celles n'ayant pas de diététicienne, $p < 0,05$).

Par contre, la proposition d'un apport protidique complémentaire au petit déjeuner n'est pas significativement associée à la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins.

■ Après ajustement, la proposition d'un apport protidique complémentaire au petit déjeuner ne se révèle liée qu'au GMP de la structure.

Textures modifiées

Les textures modifiées sont indispensables pour les résidents présentant des troubles de la déglutition et/ou de la mastication, transitoires ou permanents, qui les empêchent de consommer une alimentation de texture normale. La diversité des préparations proposées - coupées menu devant le résident, hachées, mixées,

lisses liquides, semi-liquides - est un gage de qualité car elle traduit une volonté de répondre au mieux aux spécificités individuelles.

Il est préférable de préparer ces textures sur place, à partir du menu du jour, et de ne pas mélanger les différents éléments du plat principal afin d'assurer une bonne qualité gustative et une présentation agréable [32].

Enfin, pour assurer aux résidents un apport protéino-énergétique suffisant, l'alimentation à texture modifiée peut être enrichie en protéines, par exemple avec du jaune d'œuf, du fromage râpé, de la poudre de lait ou du jambon. L'apport énergétique peut également être augmenté par l'ajout de beurre ou de crème fraîche. Enfin, l'ajout de lait permet d'accroître l'apport en calcium [20].

Des menus à texture modifiée proposés par la quasi-totalité des structures...

■ La grande majorité des structures de la région proposent à leurs résidents des textures mixées (98 %), hachées (94 %) ou coupées menu devant le convive (82 %). 19 % des structures ont déclaré que d'autres textures étaient proposées aux résidents.

... le plus souvent préparés sur place à partir du menu du jour...

■ L'intérêt de réaliser ces préparations sur place à partir du menu du jour est bien connu puisque 75 % des structures déclarent adopter « toujours » ce type de pratique et 19 % « souvent ».

■ Les repas à texture modifiée sont plus fréquemment préparés sur place à partir du menu du jour dans les structures :

- autonomes (85 % l'effectuent « toujours » vs 38 % des structures rattachées à un établissement, $p < 0,001$),
- avec un GMP < 700 ou non renseigné (79 % vs 52 %, $p < 0,001$),
- ne travaillant pas avec un CLAN (84 % vs 47 %, $p < 0,001$),
- ayant une diététicienne non salariée ou aucune diététicienne (84 % vs 48 %, $p < 0,001$),

Par contre, cette pratique n'est pas significativement plus fréquente dans les structures qui disposent d'un axe nutritionnel dans leur projet de soins.

■ Cependant, l'analyse multivariée met en évidence qu'après ajustement sur les facteurs de contexte seul le fait d'être une structure autonome est associé à une plus grande fréquence de préparation des repas à texture modifiée sur place à partir du menu du jour. Toutefois, la formulation de cette question et notamment l'ambiguïté éventuelle de la notion de « sur place » incite à interpréter ce résultat avec précaution.

... et qui comprennent fréquemment une préparation enrichie

■ Les menus à texture modifiée comportent fréquemment une préparation enrichie (crème fraîche, œufs, lait écrémé...) : « toujours » dans 20 % des structures et « souvent » dans 55 %.

■ La part de structures incorporant « toujours » ou « souvent » une préparation enrichie aux menus à texture modifiée n'est pas significativement différente selon le statut ou le GMP de la structure, le travail avec un CLAN, l'intervention d'une diététicienne ou la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins.

Mais des habitudes qui semblent moins favorables concernant le mélange des éléments du plat principal

■ Les habitudes semblent plus partagées concernant la question du mélange des éléments du plat principal.

- 4 % des structures ont déclaré « ne pas savoir » si les différents éléments du plat principal sont mélangés pour les repas à texture modifiée,
- 18 % des structures n'ont pas répondu à cette question,
- et seulement 57 % de celles qui se sont exprimées ne mélangent pas les différents éléments du plat principal au menu de jour.

La proportion de non-réponses relativement élevée peut résulter d'une méconnaissance par le personnel de direction de ces habitudes dans ce domaine, mais aussi d'un manque de précision de la question. En effet, celle-ci ne permettait pas de distinguer d'éventuelles différences de pratiques en matière de mélange selon les textures (hâché, mixé, coupé menu).

■ Parmi les structures qui préparent les repas à texture modifiée sur place à partir du menu du jour, ne serait-ce qu'occasionnellement, le non-mélange des différents éléments du plat principal pour les repas à texture modifiée est plus fréquent dans les structures :

- rattachées à un établissement de santé (78 % vs 51 % des structures autonomes, $p < 0,001$),
- travaillant avec un CLAN (80 % vs 50 %, $p < 0,001$),
- bénéficiant de l'intervention d'une diététicienne salariée (78 % vs 55 % pour les structures ayant une diététicienne non salariée, 40 % pour les structures où aucune diététicienne intervient, $p < 0,001$).

Par contre, aucune différence significative n'est observée selon le GMP de la structure ou la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins.

■ En analyse multivariée, l'intervention d'une diététicienne est le seul facteur étudié qui s'avère associé au fait de ne pas mélanger les différents éléments du plat principal pour les repas à texture modifiée.

Lieu des repas

La question du lieu des repas est un problème difficile à résoudre en institution pour personnes âgées. En effet, la prise du repas en salle à manger favorise la vie sociale et la mobilisation physique et psychique des résidents. L'avis n°53 du CNA souligne ainsi que le service des repas doit s'effectuer de préférence à table, plutôt qu'en plateau dans les chambres [27]. Toutefois, les personnes âgées souvent fatiguées, parfois déprimées, souffrant de différentes douleurs ou déficits, ne souhaitent pas toujours se déplacer ou prendre leur repas collectivement. Or, la personne hébergée est libre de ses choix, comme le stipulent la Charte des personnes âgées accueillies en institution de 1986 et la Charte des droits et libertés de la personne accueillie de la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [33, 34]. L'équilibre est donc difficile à trouver pour le personnel en charge des personnes âgées dépendantes entre le respect du libre choix de la personne et l'incitation à se déplacer, favorable à la santé individuelle et à l'animation de la vie sociale de la structure.

En période estivale, manger à l'extérieur permet de rompre la monotonie, mais aussi de favoriser la synthèse de vitamine D, qui est déficitaire chez plus de 90 % des patients institutionnalisés [35].

Mais dans tous les cas, la question du lieu des repas renvoie à celle du personnel disponible pour accompagner le déplacement des personnes.

Le petit déjeuner est servi le plus souvent en chambre, le déjeuner et le dîner dans la salle à manger

■ Le petit déjeuner est habituellement servi en chambre dans 71 % des structures, et dans la salle à manger dans 11 % d'entre elles. 18 % des structures ont déclaré que ce repas était pris habituellement soit en chambre, soit dans la salle à manger.

Le déjeuner et le dîner sont servis habituellement :

- dans la salle à manger dans respectivement 90 % et 81 % des structures,
- en salle à manger ou en chambre dans respectivement 8 % et 14 % des structures,
- en chambre dans respectivement 1 % et 5 % des structures.

■ La fréquence du service du petit déjeuner uniquement dans la chambre ne varie pas selon le statut de la structure (rattaché ou non à un établissement de santé) ou son GMP, ni avec la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins, le travail avec un CLAN, l'intervention d'une diététicienne.

Par contre, la proportion de structures servant le déjeuner et le dîner uniquement dans le salon ou la salle à manger est plus faible dans les structures :

- rattachées à un établissement de santé,
- accueillant des personnes avec un niveau moyen de dépendance élevé ($GMP \geq 700$),
- travaillant avec un CLAN,
- et ayant une diététicienne salariée.

■ En analyse multivariée, seul le GMP de la structure s'avère associé au lieu du service du dîner.

Des repas en terrasse les jours de beau temps plus fréquents dans les petites structures

■ La possibilité de manger en terrasse extérieure les jours de beau temps est offerte à « tous les résidents ou presque » dans 22 % des structures, et « seulement aux résidents autonomes » dans 16 % d'entre elles.

■ La proportion de structures déclarant que « tous les résidents ou presque » peuvent manger en terrasse les jours de beau temps diminue avec le nombre de places dans la structure : 38 % pour les structures de moins de 50 places, 20 % pour celles disposant entre 50 et 99 places, 7 % pour celles de 100 places et plus. Par contre, il n'y a pas de différence significative entre les structures rattachées à un établissement de santé et les structures autonomes, ni selon le GMP de la structure, le travail avec un CLAN, la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins et l'intervention d'une diététicienne.

Durée et horaires des repas

Dans son avis consacré aux besoins alimentaires des personnes âgées, le CNA recommande de réserver au moins :

- 30 minutes pour le petit déjeuner,
- 1 heure pour le déjeuner,

- et 45 minutes pour le dîner [27].

Ce temps est en effet nécessaire pour que la personne âgée, à la motricité souvent diminuée, puisse consommer son repas en totalité, sans tension. Il est également indispensable pour compenser certaines conséquences physiologiques du vieillissement. Une bonne mastication permet en effet de compenser la baisse du flux salivaire et la motricité souvent diminuée du tube digestif, favorisant ainsi la déglutition et la digestion. Par ailleurs, la mastication fait ressortir l'arôme des plats, ce qui limite les conséquences des altérations du goût et de l'odorat qui apparaissent avec l'âge et sont souvent à l'origine d'une perte d'appétit.

Une durée des trois principaux repas suffisante dans seulement 60 % des structures

■ Le petit déjeuner dure au moins 30 minutes dans plus de 70 % des structures, mais moins de 15 minutes dans 7 % d'entre elles. A noter que quelques structures ont mentionné que le temps pour le petit déjeuner était illimité.

Le déjeuner dure au moins une heure dans 72 % des structures, mais moins d'une demi-heure dans 5 % d'entre elles.

Le dîner dure au moins 45 minutes dans 78 % des structures, mais moins de 30 minutes dans 6 %.

■ Au total, en référence aux recommandations du CNA, 60 % des structures offrent à leurs résidents un temps suffisant pour les trois principaux repas, à savoir au moins 30 minutes pour le petit déjeuner, une heure pour le déjeuner et 45 minutes pour le dîner.

■ Cette proportion est un peu plus élevée dans les structures autonomes (63 %) que dans les structures rattachées à un établissement de santé (50 %, $p < 0,05$). En revanche, il n'existe pas de différence significative selon le GMP de la structure, ni selon la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins, le travail avec un CLAN, ou l'intervention d'une diététicienne.

■ En analyse multivariée, la différence selon le statut de la structure n'est pas retrouvée.

Dans 62 % des structures, le dîner est servi à 18h30 ou plus tard

■ Le dîner est servi rarement avant 18h00 puisque seulement 9 % des structures déclarent être dans ce cas. Dans 29 % des structures, son service commence entre 18h00 et 18h29, et dans 62 % d'entre elles à partir de 18h30 (48 % entre 18h30 et 18h59, 15 % à 19h00 ou plus tard).

■ Le dîner est servi plus tardivement dans les structures :

- autonomes que dans celles rattachées à un établissement de santé (respectivement 70 % servent le dîner à partir de 18h30 contre 35 %, $p < 0,001$),

- qui accueillent des personnes dont le niveau moyen de dépendance est relativement peu élevé (76 % si $GMP < 550$ ou non renseigné vs 50 % si $GMP \geq 550$, $p < 0,001$),

- de petite ou moyenne capacité (58 % si moins de 50 places, 67 % si 50-99 places, 42 % si 100 places ou plus),

- n'ayant pas de diététicienne ou une diététicienne non salariée (71 % vs 38 % pour les structures ayant une diététicienne salariée, $p < 0,001$),

- ne travaillant pas avec un CLAN (71 % vs 36 %, $p < 0,001$).

En revanche, il n'existe pas de différence significative selon la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins, ni selon le fait que la structure élabore ou non la préparation des repas.

■ Cependant, en analyse multivariée, seul le GMP de la structure apparaît comme un déterminant de l'horaire du dîner, qui est servi plus tôt lorsque la population accueillie est plus dépendante.

Selon les responsables de structures, les résidents sont majoritairement satisfaits du lieu et des horaires du dîner

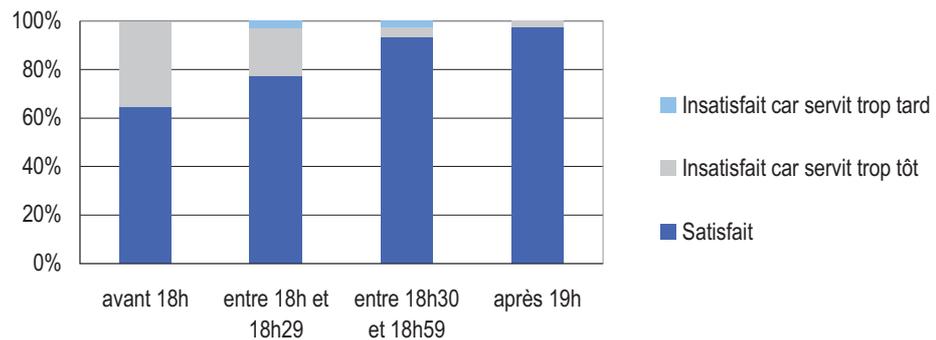
■ Interrogés sur la satisfaction des résidents sur le lieu du dîner d'une part et sur les horaires de ce repas d'autre part, respectivement 12 % et 19 % des répondants au questionnaire « directeur » ne se sont pas prononcés. Les structures ayant réalisé au cours des deux dernières années une enquête de satisfaction sur l'alimentation et son environnement auprès de leurs résidents sont en proportion plus nombreuses à s'être exprimées à propos de la satisfaction des résidents sur les horaires (87 % vs 71 %, p<0,01).

■ Parmi les répondants, la quasi-totalité estime que les résidents sont majoritairement satisfaits du lieu du dîner, et on n'observe pas de différence selon que le dîner soit servi en chambre ou en salle à manger.

■ Concernant les horaires, 88 % des répondants ont indiqué que les résidents en sont majoritairement satisfaits, 10 % que les résidents sont majoritairement insatisfaits car il est servi trop tôt, et 2 % qu'ils sont majoritairement insatisfaits car le service est trop tardif.

Les responsables de structures estiment d'autant plus souvent que les résidents sont satisfaits de l'horaire du dîner que ce dernier est servi plus tardivement (figure 2.5).

Figure 2.5 Perception de la satisfaction des résidents vis-à-vis de l'horaire du dîner selon son horaire de service



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

Jeûne nocturne

Le jeûne nocturne est la période sans apports alimentaires qui sépare la fin du dîner et le début du petit déjeuner. La Haute autorité de santé (HAS) recommande d'éviter un jeûne nocturne supérieur à 12 heures, en retardant l'horaire du dîner, en avançant l'horaire du petit déjeuner et/ou en proposant une collation entre ces deux repas [15].

Un jeûne nocturne supérieur à 12 heures relativement fréquent

■ Lors de l'enquête, les structures ont été interrogées sur le nombre de résidents qui ont un jeûne nocturne supérieur à 12 heures. Près de 80 % des structures, ayant répondu à l'enquête, ont mentionné l'effectif de résidents concernés.

Parmi ces structures, 78 % ont indiqué avoir au moins un résident concerné par un jeûne nocturne de plus de 12 heures, et 48 % que la totalité de leurs résidents sont dans ce cas.

Seulement 42 % des structures qui ont au moins un résident et 44 % de celles qui ont tous leurs résidents concernés par un jeûne nocturne de plus de 12 heures ont déclaré proposer une collation nocturne à leurs résidents.

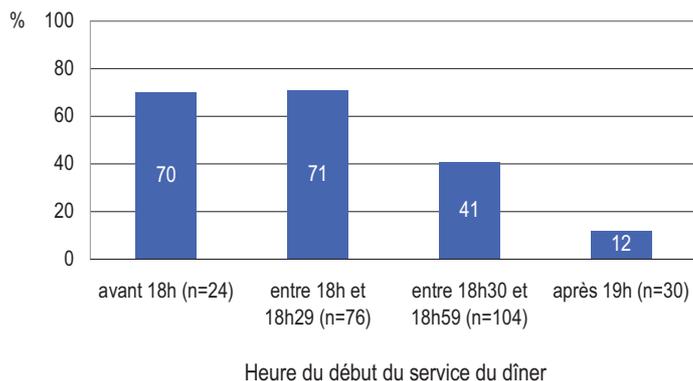
Au total, dans 25 % des structures qui se sont exprimées⁶, tous les résidents ont un jeûne nocturne de plus de 12 heures et aucune collation nocturne n'est proposée aux résidents pour réduire ce jeûne.

■ Rapporté au nombre total de résidents accueillis par l'ensemble des structures répondantes, environ 70 % des personnes âgées dépendantes vivant en institution dans la région ont un jeûne nocturne supérieur à 12 heures, et seulement environ 40 % d'entre elles bénéficient d'une collation nocturne (données non redressées).

Une situation moins favorable dans les structures qui servent tôt le dîner

■ La proportion de structures déclarant que tous leurs résidents ont un jeûne nocturne de plus de 12 heures est nettement plus élevée lorsque le dîner est servi tôt. Dans plus de 70 % des structures qui servent le dîner avant 18h30, l'ensemble des résidents ont un jeûne nocturne supérieur à 12 heures. Cette proportion atteint 41 % lorsque le dîner est servi entre 18h30 et 18h59, et 12 % lorsqu'il est servi à 19 h ou plus (figure 2.6).

Figure 2.6 Proportion de structures déclarant que tous les résidents ont un jeûne nocturne de plus de 12 heures selon l'heure du début du service du dîner



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

⁶ Structures qui se sont exprimées sur le nombre de personnes concernées par un jeûne nocturne de plus de 12 heures et la mise en place d'une collation nocturne.

- La proportion de structures déclarant que tous leurs résidents ont un jeûne nocturne de plus de 12 heures est plus élevée dans les structures :
 - rattachées à un établissement de santé (75 % vs 39 % des structures autonomes, $p < 0,001$),
 - travaillant avec un CLAN (70 % vs 40 %, $p < 0,01$),
 - bénéficiant de l'intervention d'une diététicienne salariée (65 % vs 43 % des structures avec une diététicienne non salariée, 39 % de celles n'ayant pas de diététicienne, $p < 0,01$),
 Par contre, cette proportion est plus faible pour les structures qui accueillent des personnes avec un niveau moyen de dépendance relativement peu élevé (32 % si $GMP < 550$ vs 54 % si $GMP \geq 550$ ou non renseigné, $p < 0,01$).

- Cependant, en analyse multivariée, seules les associations avec le statut (autonome ou rattachée à un établissement de santé) et le GMP persistent.

Remise en température des plats

Un plat révèle toutes ses saveurs quand il est à bonne température, et ceci est d'autant plus important que le sujet âgé connaît une baisse de la perception du goût. Mais garder un plat chaud peut être difficile dans une collectivité pour personnes âgées car, aux délais de service liés au nombre de convives s'ajoute le temps parfois important de la consommation des plats par les personnes aux capacités motrices diminuées, ou ayant des difficultés de déglutition. Dans ce contexte, il est donc essentiel de pouvoir remettre en température un plat refroidi au cours du repas.

Dans plus de 80 % des structures, le personnel peut « toujours » ou « souvent » réchauffer pendant le repas les plats des résidents qui le demandent (61 % « toujours », 21 % « souvent », 13 % « rarement », 6 % « jamais »). Cette proportion ne varie pas selon le statut de la structure, ni selon sa taille.

Environnement des repas

La HAS recommande de proposer les repas dans un environnement agréable [15]. Cet environnement doit être notamment, le moins bruyant possible. Si la salle à manger est trop bruyante, le résident préférera prendre ses repas dans sa chambre. Par ailleurs, le bruit peut gêner la communication entre l'aidant et le résident lors des repas.

L'outil d'auto-évaluation « Angélique » destiné aux EHPAD, comporte notamment une question sur le cadre de vie des résidents selon quatre aspects : visuel, auditif, olfactif et sensoriel (température des locaux) [18].

Par ailleurs, le choix d'une vaisselle agréable constitue un des éléments de la qualité de l'environnement des repas.

- Dans un tiers des structures, la salle à manger bénéficie de mesures d'insonorisation. Ces mesures concernent le plus souvent le plafond (87 %), parfois le sol (26 %) mais rarement les plateaux (6 %) et les couverts (1 %).
- Dans 85 % des structures, les repas sont servis uniquement dans de la vaisselle en porcelaine. 15 % utilisent à la fois de la vaisselle en porcelaine et de la vaisselle « à usage unique ».

Les structures autonomes sont en proportion plus nombreuses que les structures rattachées à un établissement de santé à servir les repas uniquement dans de la vaisselle en porcelaine (92 % vs 58 %, $p < 0,001$). Par contre, aucune différence significative n'est observée entre les structures qui gèrent elles-mêmes la préparation des repas ou leur service, et celles qui les sous-traitent.

2.2.2 Prise en compte des attentes et besoins des usagers

Recueil des goûts et des préférences alimentaires

Le recueil des goûts et préférences en matière d'alimentation, pour des personnes dont l'institution est devenue le lieu de vie, est essentiel pour favoriser les apports alimentaires. Il s'agit d'ailleurs d'un item répertorié dans l'outil d'auto-évaluation « Angélique » (encadré 2.2, p.33).

Un recueil des goûts effectué à l'admission dans les trois quarts des structures...

■ 78 % des structures déclarent effectuer systématiquement un recueil des goûts et des préférences alimentaires de chaque résident à leur admission.

■ Ce recueil est plus fréquemment réalisé dans les structures :

- rattachées à un établissement de santé (89 % vs 74 % des structures autonomes, $p < 0,01$),

- accueillant une forte proportion de personnes avec un niveau de dépendance moyen ou élevé (84 % pour les structures avec un $GMP \geq 550$ vs 70 % pour les structures avec un $GMP < 550$ ou non renseigné, $p < 0,01$),

- ayant un axe nutritionnel dans leur projet de soins (82 % vs 64 %, $p < 0,01$),

- bénéficiant de l'intervention d'une diététicienne salariée (88 % vs 77 % des structures avec une diététicienne non salariée, 70 % de celles n'ayant pas de diététicienne, $p < 0,05$),

- travaillant avec un CLAN (89 % vs 74 %, $p < 0,01$).

■ Mais, en analyse multivariée, seuls la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins et le GMP sont associés au recueil de goûts et des préférences alimentaires à l'admission.

... à partir d'un questionnaire standardisé dans la moitié des structures...

■ Dans les structures concernées, ce recueil est le plus souvent effectué par le personnel soignant (83 %), et un questionnaire standardisé est utilisé dans la moitié des cas.

L'utilisation d'un questionnaire standardisé pour le recueil de goûts n'est pas significativement plus fréquente en présence d'un CLAN ou d'une diététicienne.

■ 82 % des structures qui ne disposent pas d'un questionnaire standardisé souhaitent qu'un modèle leur soit proposé par le Comité technique régional nutrition santé (CTRNS), et 14 % d'entre elles ne se sont pas exprimées sur cette proposition.

... mais des données qui ne figurent pas toujours dans le projet de vie du résident

Interrogées sur la mention des données sur les goûts et préférences alimentaires des résidents dans le projet de vie individuel du résident, 85 % des structures se sont prononcées.

Respectivement 44 % et 33 % d'entre elles déclarent que ces informations apparaissent « toujours » ou « souvent » dans le projet de vie individuel.

Les non-réponses à cette question peuvent résulter de l'absence de projet de vie. Certaines structures l'ont d'ailleurs précisé en commentaires.

Enquêtes de consommation alimentaire

Les enquêtes de consommation alimentaire ont pour objectif d'évaluer, de façon quantitative et qualitative, les apports alimentaires d'un groupe de patients, pour permettre d'identifier d'éventuels problèmes nutritionnels [36].

Des enquêtes de consommation alimentaire peu développées

■ Interrogées sur leur pratique de ce type d'enquête, 15 % des structures ne se sont pas prononcées. On peut faire l'hypothèse que cette proportion relativement importante de non-réponses résulte d'une méconnaissance de ces enquêtes. Parmi les structures qui se sont exprimées, 38 % ont réalisé une enquête de consommation alimentaire au cours des deux dernières années.

■ Cette situation est plus fréquente dans les structures ayant un axe nutritionnel dans leur projet de soins (45 % vs 18 %, $p < 0,001$). En revanche, ces enquêtes semblent moins souvent réalisées dans les structures accueillant des personnes avec un niveau moyen de dépendance relativement peu élevé (25 % si $GMP < 550$) que dans les autres (plus de 40 %). Par contre, il n'y a pas de différence significative selon le rattachement ou non à un établissement de santé, le travail avec un CLAN, et l'intervention d'une diététicienne.

■ L'analyse multivariée confirme le rôle déterminant de la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins pour la réalisation d'enquête de consommation alimentaire.

C'est également le cas, dans une moindre mesure, du niveau de dépendance des résidents : toutes choses égales par ailleurs, la réalisation de ce type d'enquête apparaît en effet moins fréquente dans les structures avec un GMP inférieur à 550.

Enquêtes de satisfaction

Des enquêtes de satisfaction dans 76 % des structures

■ Les trois quarts des structures déclarent avoir effectué, au cours des deux dernières années, au moins une enquête de satisfaction auprès de leurs résidents sur l'alimentation et son environnement.

■ Il n'y a pas de différence significative à ce propos selon le statut (rattachée ou non à un établissement de santé), ni selon la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins, la présence d'une diététicienne ou le travail avec un CLAN.

En revanche, la réalisation de telles enquêtes paraît moins fréquente dans les structures accueillant des résidents avec un niveau moyen de dépendance élevé ($GMP \geq 700$; 53 %) que dans les autres structures. Cette association persiste après ajustement.

Avis de la commission des usagers ou du conseil de vie sociale

Une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge doit être instituée dans chaque établissement de santé depuis 2005 [37]. Elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et de contribuer par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de la prise en charge des personnes hébergées et de leurs proches. Elle peut être saisie par demande écrite adressée au directeur de l'établissement.

Un conseil de vie sociale doit être mis en place dans les EHPAD, et se réunir au moins trois fois par an. Ce conseil, qui est l'instance de représentation des personnes hébergées, est invité à donner son avis et à formuler des propositions au Conseil d'administration sur toutes les questions concernant le fonctionnement de l'établissement (organisation intérieure, vie quotidienne, activités, animations, services thérapeutiques, projets de travaux...) [38].

Des avis sur l'alimentation formulés au moins trois fois par an par les instances de représentation des usagers dans près de la moitié des structures

■ Dans près de la moitié des structures, au moins trois avis sur l'alimentation et son environnement sont émis en moyenne chaque année par le conseil de vie sociale, la commission des usagers ou son équivalent institutionnel. Pour un tiers des structures, un avis est donné une ou deux fois par an et 19 % moins fréquemment.

■ Les avis du conseil de vie sociale ou de la commission des usagers (ou son équivalent) concernant l'alimentation et son environnement sont moins fréquents dans les structures rattachées à un établissement de santé. En effet, 31 % de ces structures formulent moins d'un avis chaque année à ce sujet et 30 % trois avis ou plus, contre respectivement 15 % et 54 % des structures autonomes.

De tels avis sont également moins fréquents dans les structures accueillant des personnes avec un niveau moyen de dépendance élevé ($GMP \geq 700$) et dans celles ayant une diététicienne salariée.

En revanche, il n'existe pas de différence entre les structures selon qu'elles travaillent avec un CLAN, ou qu'elles aient formalisé un axe nutritionnel dans leur projet de soins.

Par ailleurs, on constate que les structures où des avis sont émis trois fois ou plus dans l'année ont également plus souvent réalisé une enquête de satisfaction au cours des deux dernières années.

■ Après ajustement, seule persiste la moindre fréquence des avis par les instances représentant les usagers dans les structures dont le niveau moyen de dépendance de la population accueillie est élevé.

Choix des composantes du repas

Le repas est à la fois un choix collectif et individuel. Pouvoir choisir une ou plusieurs composantes du repas permet au résident d'être reconnu en tant qu'individu, mais aussi d'être acteur de son alimentation.

Les résidents ont la possibilité de choisir les composantes de leur repas dans 81 % des structures

■ Dans 81 % des structures, le résident peut choisir les éléments composant son repas. Parmi ces structures, ce choix est possible pour :

- l'entrée, dans 74 % des cas,
- le plat principal, 81 %,
- le fromage ou le produit laitier, 67 %,
- le dessert, 78 %.

Le choix des différentes composantes des repas se fait :

- en amont du service des repas dans 32 % des structures concernées,
- lors du service des repas dans 42 % d'entre elles,
- et dans 26 %, à la fois en amont et lors du service du repas.

Dans seulement la moitié des structures où le choix des composantes des repas se fait uniquement en amont du service, il existe « toujours » ou « souvent » des possibilités de substitution lors du service des repas (22 % « toujours », 34 % « souvent », 39 % « rarement », 4 % « jamais »).

■ La possibilité pour le résident de choisir les différentes composantes de ses repas est plus fréquente dans les structures :

- rattachées à un établissement de santé (91 % vs 78 % des structures autonomes, $p < 0,05$),
- accueillant des personnes dont le niveau moyen de dépendance est élevé (91 % si $GMP \geq 700$ vs 79 % si $GMP < 700$ ou non renseigné, $p < 0,05$),
- ayant une capacité d'accueil de plus de 100 lits (97 % vs 79 %, $p < 0,05$),
- et bénéficiant de l'intervention d'une diététicienne salariée (91 % vs 78 % des structures avec une diététicienne non salariée, 76 % pour celles n'ayant pas de diététicienne, $p < 0,05$).

Par contre, il n'y a pas de différence significative selon la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins, le travail avec un CLAN, ni selon le fait que le service de préparation ou le service des repas soit sous-traité ou non.

■ Toutefois, en analyse multivariée, aucun des éléments de contexte étudiés n'était associé à la possibilité pour le résident de choisir les différentes composantes de ses repas.

Repas accompagnant

Afin de favoriser le maintien des liens relationnels, il est nécessaire que l'établissement permette aux résidents de partager des repas avec leur famille ou des proches [33].

Dans la quasi-totalité (99 %) des structures, des « repas-invités » peuvent être préparés à la demande d'un résident qui souhaite partager un repas avec des proches.

2.3 Activité physique adaptée et animations autour de l'alimentation

Activité physique adaptée

Chez les personnes âgées, la pratique d'une activité physique adaptée constitue un facteur important de prévention de la dénutrition, en raison de ses effets tant sur le plan physiologique que psychologique. En effet, elle stimule l'appétit, préserve le capital osseux et la masse musculaire, contribue à la prévention de la constipation, fréquente dans cette population, et participe d'une façon globale au maintien de l'autonomie [32]. Par ailleurs, elle renforce l'estime de soi et améliore la qualité de vie, tout en contribuant à la lutte contre l'ennui.

Un rapport récent recommande ainsi « de promouvoir les activités physiques sportives (APS) adaptées au sein des maisons de retraite et autres résidences d'hébergement en les intégrant dans le projet d'établissement, et de former les aidants et les professionnels de la santé et des APS aux conditions spécifiques de pratique des seniors » [39].

Des animations physiques collectives hebdomadaires dans les deux tiers des structures

■ Des animations physiques collectives sont mises en place dans la grande majorité des établissements, 86 % déclarent en proposer à leurs résidents : 67 % au moins une fois par semaine, 14 % moins fréquemment et 5 % ne se sont pas prononcées sur leur fréquence.

■ La proposition d'animations physiques collectives chaque semaine n'est pas significativement plus fréquente dans les structures rattachées à un établissement de santé que dans les structures autonomes. De même, il n'existe pas de différence dans ce domaine selon le niveau moyen de dépendance des personnes accueillies dans la structure (GMP), la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins, le travail avec un CLAN, et l'intervention d'une diététicienne.

Un professeur spécialisé en activité physique adaptée intervient dans 28 % des structures

■ Un professeur spécialisé en activité physique adaptée intervient dans 28 % des structures. L'association « SIEL Bleu », citée par plusieurs structures, semble notamment être très active dans la région.

■ La fréquence de l'intervention d'un tel professionnel ne varie pas selon le statut (rattachée ou non à un établissement de santé) et le niveau moyen de dépendance des personnes accueillies dans la structure (GMP), ni avec la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins, le travail avec un CLAN, et l'intervention d'une diététicienne.

Des plans individuels d'activité physique adaptée peu répandus

■ L'élaboration d'un plan d'activité physique adaptée pour chaque résident apparaît peu fréquente. Ainsi, seulement 12 % des structures déclarent établir « toujours » ou « souvent » un tel plan. Pour 29 % des structures, ce type de plan est « rarement » mis en place et pour 59 % « jamais ».

Autres activités

De multiples activités peuvent contribuer à stimuler la personne âgée sur le plan nutritionnel, tout en contribuant à la qualité de vie.

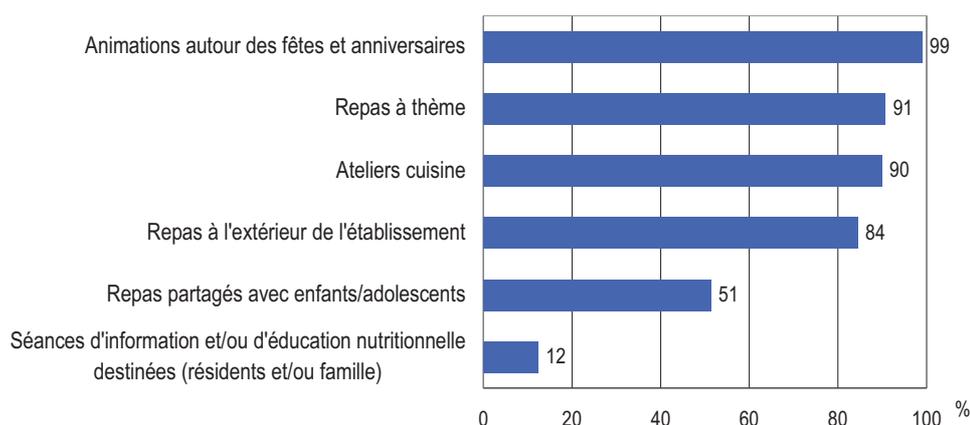
■ La grande majorité des structures ont organisé au cours des douze derniers mois des animations (repas, goûters) autour des fêtes et anniversaires (99 %), des repas à thème (91 %), des ateliers cuisine (90 %) ou des repas à l'extérieur de la structure (84 %) (figure 2.7).

Les repas intergénérationnels constituent également une source d'animation relativement fréquente puisque 51 % des structures ont organisé, au cours de l'année, des repas avec des enfants ou adolescents dans le cadre d'un partenariat avec une école primaire ou un collège.

■ La fréquence de ces repas intergénérationnels ne varie pas selon le statut de la structure (autonome ou rattachée à un établissement de santé), ni selon l'existence ou non d'un axe nutritionnel dans le projet de soins, le travail avec un CLAN et l'intervention d'une diététicienne. En revanche, la mise en place de tels repas semble un peu moins fréquente dans les structures accueillant des personnes dont le niveau moyen de dépendance est élevé ($GMP \geq 700$ ou non renseigné). Ce dernier résultat est confirmé en analyse multivariée.

■ Enfin, les séances d'information et/ou d'éducation nutritionnelle destinées aux résidents et/ou à leur famille apparaissent peu fréquentes, mises en place par 12 % des structures durant l'année écoulée.

Figure 2.7 Animations mises en place dans les structures au cours des 12 derniers mois



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

2.4 Soins liés à la nutrition

2.4.1 Contexte général

Fréquence et encadrement des régimes

Le fait d'être sous régime, restrictif ou à texture modifiée, constitue l'une des situations à risque de dénutrition. A ce titre, le cadre de prescription des régimes et de leur renouvellement sont importants à formaliser.

Un résident sur trois suit un régime lié à un problème de santé

■ Lors de l'enquête, les structures ont été interrogées sur le nombre de résidents suivant un régime (restrictif ou à texture modifiée) lié à un problème de santé. Près de 80 % des structures ont mentionné cet effectif.

La proportion de résidents concernés est inférieure à 25 % dans 40 % des structures, comprise entre 25 et 50 % dans 40 % d'entre elles et supérieure à 50 % dans 20 % d'entre elles.

■ Rapporté au nombre global de résidents de l'ensemble des structures répondantes, (données non redressées), c'est environ 1 résident sur 3 qui est concerné par un régime lié à un problème de santé.

■ Cette proportion apparaît plus élevée dans les structures rattachées à un établissement de santé (43 % vs 28 % des résidents des structures autonomes) et dans celles accueillant des personnes avec un niveau moyen de dépendance élevé (44 % des résidents des structures avec un GMP \geq 700 vs 31 % des résidents des autres structures ; données non redressées).

Les régimes systématiquement réévalués à l'admission dans la moitié des structures

■ Plus de 85 % des structures déclarent réévaluer systématiquement « toujours » ou « souvent », à l'admission d'un nouveau résident, la nécessité de maintenir un régime mis en place antérieurement (51 % « toujours », 36 % « souvent », 10 % « rarement », 4 % « jamais »).

■ Cette pratique est un peu plus fréquente dans les structures où le projet de soins comporte un axe nutritionnel (92 % vs 77 %, p<0,05). Par contre, aucune différence significative n'est observée selon le statut et selon le niveau moyen de dépendance des résidents (GMP de la structure), ni selon le travail avec un CLAN, et l'intervention d'une diététicienne.

■ Après ajustement, l'association avec la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins n'est pas retrouvée.

Les régimes alimentaires mis en place sur prescription médicale dans les trois quarts des structures

■ Dans 72 % des structures, la mise en place d'un régime alimentaire pendant le séjour fait toujours l'objet d'une prescription médicale.

■ Cette pratique apparaît un peu plus fréquente dans les structures ayant une diététicienne (79 % vs 61 % des structures n'ayant pas de diététicienne, $p < 0,05$). Par contre, elle ne varie pas significativement avec le statut ou le GIR moyen pondéré de la structure. De même, il n'existe pas de différence significative en fonction de la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins ou du travail avec un CLAN.

■ L'analyse multivariée confirme l'effet de la présence d'une diététicienne au sein de la structure sur le fait que les régimes alimentaires mis en place pendant le séjour fassent toujours l'objet d'une prescription médicale.

70 % des structures disposent de protocoles écrits pour les différents types de régimes

■ Près de 70 % des structures disposent de protocoles écrits pour « certains » ou pour « tous » les types de régimes alimentaires (42 % « certains », 26 % « tous »). Ces protocoles détaillent la composition du régime dans 79 % des cas, et dans environ 30 % le rythme de réévaluation du besoin du résident (tolérance, efficacité, adéquation avec la situation clinique).

■ Les structures qui disposent de protocoles ne déclarent pas plus fréquemment réévaluer systématiquement les régimes instaurés avant l'admission, ni toujours établir une prescription médicale pour les régimes alimentaires.

■ L'existence de protocoles écrits pour « tous » ou « certains » des régimes alimentaires ne varie pas selon le statut de la structure, ni selon la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins, le travail avec un CLAN, ou l'intervention d'une diététicienne.

Par contre, les structures qui accueillent une forte proportion de personnes très dépendantes ($GMP \geq 700$) disposent moins fréquemment de protocoles écrits pour « certains » ou pour « tous » les types de régimes alimentaires. Cependant, cette association n'est pas retrouvée après ajustement.

2.4.2 Dépistage de la dénutrition ou de son risque

Fréquence du dépistage

Selon les recommandations de la HAS, le dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées en institution doit être réalisé à l'admission, puis une fois par mois lors du séjour. Chez les personnes âgées à risque de dénutrition, la fréquence du dépistage doit être augmentée en fonction de l'état clinique de la personne et de l'importance du risque [15].

Un dépistage réalisé systématiquement à l'admission dans près de 80 % des structures...

■ Lors de l'admission d'un nouveau résident, 77 % des structures déclarent dépister systématiquement la dénutrition ou son risque. Interrogées sur le délai de réalisation de ce dépistage, 10 % de ces structures ne se sont pas prononcées. Parmi celles qui se sont exprimées, 90 % effectuent ce dépistage au cours du premier mois suivant l'admission.

... et le plus souvent dans les structures disposant d'un axe nutritionnel dans leur projet de soins et dans celles accueillant des personnes fortement dépendantes

■ La réalisation systématique d'un dépistage de la dénutrition ou de son risque à l'entrée est plus fréquente dans les structures :

- rattachées à un établissement de santé (93 % vs 72 % des structures autonomes, $p < 0,01$),
- accueillant des personnes avec un niveau moyen de dépendance élevé (98 % des structures avec un $GMP \geq 700$ vs 72 % des autres structures, $p < 0,001$),
- dont le projet de soins comporte un axe nutritionnel (87 % vs 46 %, $p < 0,001$),
- ayant une diététicienne salariée (92 % vs 78 % pour les structures avec une diététicienne non salariée, 61 % pour celles n'ayant pas de diététicienne),
- et travaillant avec un CLAN (89 % vs 72 %, $p < 0,05$).

■ Toutefois, en analyse multivariée, seuls l'existence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins de la structure et le fait d'avoir un GMP supérieur ou égal à 700 sont significativement associés à la mise en œuvre systématique d'un dépistage de la dénutrition ou de son risque à l'admission.

Seulement 30 % des structures réalisent un dépistage à une fréquence suffisante au cours du séjour

■ Au cours du séjour d'un résident sans problème nutritionnel, 76 % des structures effectuent un dépistage systématique de la dénutrition ou de son risque. Interrogées sur la fréquence de réalisation de ce dépistage, 14 % de ces structures ne se sont pas prononcées. Parmi celles qui se sont exprimées, seulement 43 % réalisent ce dépistage tous les mois alors que 36 % le mettent en œuvre trois à dix fois par an et 21 % une ou deux fois par an.

Au total, parmi les structures qui se sont exprimées sur la réalisation et la fréquence du dépistage, seulement 31 % dépistent systématiquement et à une fréquence suffisante (une fois par mois) la dénutrition au cours du séjour des résidents sans problème nutritionnel.

■ Cette dernière proportion ne varie pas significativement selon le statut (rattachée ou non à un établissement de santé), le niveau moyen de dépendance des personnes accueillies (GMP de la structure), ni selon la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins, le travail avec un CLAN ou l'intervention d'une diététicienne.

Procédure écrite de dépistage

Moins de la moitié des structures disposent d'une procédure écrite de dépistage

■ Interrogées sur l'existence d'une procédure écrite de dépistage de la dénutrition ou de son risque au sein de l'établissement, 5 % des structures ne se sont pas prononcées.

Parmi les structures qui se sont exprimées, 43 % ont déclaré disposer d'une procédure à ce sujet, et quelques-unes ont déclaré qu'un tel document était en cours d'élaboration.

- L'existence d'une procédure écrite de dépistage de la dénutrition ou de son risque est plus fréquente dans les structures :
 - rattachées à un établissement de santé que dans les structures autonomes (64 % vs 36 %, $p < 0,001$),
 - accueillant des personnes avec un niveau moyen de dépendance élevé (66 % pour les structures avec un $GMP \geq 700$ vs 37 % pour les autres structures, $p < 0,001$),
 - travaillant avec un CLAN (64 % vs 34 %, $p < 0,001$),
 - bénéficiant de l'intervention d'une diététicienne salariée (63 % vs 36 % pour les structures avec une diététicienne non salariée, 34 % pour celles n'ayant pas de diététicienne, $p < 0,01$),
 - ayant un axe nutritionnel dans leur projet de soins (50 % vs 24 %, $p < 0,01$).

■ Toutefois, en analyse multivariée, seuls l'existence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins de la structure et le fait d'accueillir des personnes très dépendantes ($GMP \geq 700$) sont significativement associés à l'existence de procédures écrites de dépistage.

Un dépistage à l'admission plus fréquent dans les structures qui disposent d'une procédure écrite

L'existence d'une procédure écrite semble favoriser la mise en œuvre d'un dépistage systématique à l'entrée puisque 92 % des structures qui en disposent, dépistent systématiquement la dénutrition à l'admission contre 66 % des structures qui n'ont pas de procédure écrite ($p < 0,001$). Par contre, la réalisation d'un dépistage à une fréquence suffisante au cours du séjour d'un résident sans problème nutritionnel n'est pas significativement plus fréquente dans les structures qui disposent d'une telle procédure que dans celles qui n'en disposent pas.

Contenu du dépistage

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 (IMC⁷).

Ce dépistage peut être formalisé par le Mini nutritional assessment (MNA⁸).

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 [15].

⁷ L'Indice de masse corporelle (IMC) est égal au rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètres) ; $IMC = P/T^2$ en kg/m^2 .

⁸ Les deux versions du MNA (simplifiée et complète) constituent 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. Une version simplifiée a été développée, comportant 6 questions (perte d'appétit, perte de poids récente, motricité, maladie aiguë ou stress psychologique, problèmes neurologiques, IMC). Si le score est inférieur à 11, cela 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) (cf. annexe 3).

Des pratiques de dépistage à améliorer

■ La mesure et le suivi du poids et de l'IMC

La mesure du poids fait partie dans la quasi-totalité des cas du dépistage systématique de la dénutrition à l'admission ou lors du séjour d'un résident sans problème nutritionnel (figure 2.8).

L'IMC est calculé dans 60 % des cas lors de l'admission, et dans 32 % au cours du séjour. Dans ce dernier cas, la courbe de poids est privilégiée, elle est établie dans 60 % des cas.

Au total, 72 % des structures établissent donc une courbe de poids et/ou calculent l'IMC lors du suivi.

■ L'estimation de l'appétit et la recherche d'une perte récente de poids font fréquemment partie du dépistage à l'admission (respectivement 79 % et 71 %) comme lors du suivi (75 % et 68 %).

■ La recherche systématique de situations à risque de dénutrition est réalisée dans 69 % des cas à l'admission et dans 52 % des cas au cours du séjour.

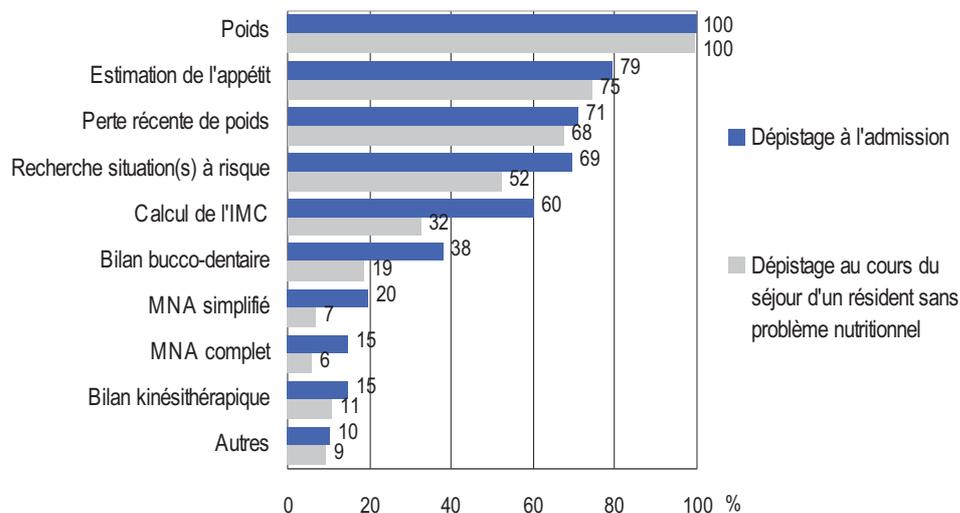
■ Un bilan bucco-dentaire est plus souvent réalisé à l'admission (38 %) qu'au cours du séjour (19 %).

■ Le MNA simplifié et le MNA complet (quand le MNA simplifié est inférieur à 12) sont calculés à l'admission dans respectivement 20 % et 15 % des structures. Au cours du séjour, ils sont rarement calculés (7 % et 6 %).

Le calcul du MNA simplifié comme celui du MNA complet sont assurés par un seul professionnel de santé, et non de façon pluridisciplinaire, dans respectivement 72 % et 63 % des structures.

■ Un bilan de kinésithérapie est relativement peu souvent réalisé, à l'admission (15 %) comme au cours du séjour (11 %).

Figure 2.8 Eléments utilisés pour le dépistage systématique de la dénutrition ou de son risque lors de l'admission d'un nouveau résident et au cours du séjour d'un résident sans problème nutritionnel



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

■ Les autres éléments du dépistage

Environ 10 % des structures ont indiqué que d'autres éléments que ceux proposés par le questionnaire faisaient partie des dépistages à l'admission ou au cours du séjour, le dosage d'albumine étant le plus souvent cité (respectivement par 4 % et 6 % des structures concernées).

Des pratiques souvent éloignées des recommandations de la HAS

■ Au total, les recommandations de la HAS en matière de contenu du dépistage (réalisation simultanée de la mesure du poids, du calcul d'une perte de poids récente et de l'IMC, de l'estimation de l'appétit et de la recherche de situations à risque) étaient suivies par 33 % des structures réalisant un dépistage systématique à l'admission et 12 % de celles mettant en œuvre un dépistage au cours du séjour des personnes sans problème nutritionnel.

■ En analyse multivariée, aucun des cinq éléments de contexte étudiés (statut, niveau moyen de dépendance des personnes accueillies - GMP de la structure, intervention d'une diététicienne, travail avec un CLAN, axe nutritionnel) ne paraît influencer la mise en œuvre des recommandations de la HAS quant au contenu du dépistage à l'entrée du résident dans la structure, ou lors de son séjour.

2.4.3 Bilan initial des patients dénutris ou à risque

Le bilan initial des personnes dénutries ou à risque de dénutrition, qui va permettre de décider de la stratégie de prise en charge, repose d'une part sur une évaluation nutritionnelle (étude des apports alimentaires spontanés par une surveillance alimentaire, estimation des apports nutritionnels qui en résultent et mise en regard des besoins de la personne), et d'autre part sur l'analyse du statut nutritionnel des résidents.

Surveillance alimentaire

Une surveillance alimentaire moins fréquemment réalisée chez les personnes à risque de dénutrition que chez les résidents dénutris

■ Des feuilles de surveillance sont mises en place par 88 % des structures lors du bilan initial des résidents dénutris, et par 69 % lors du bilan initial des personnes à risque de dénutrition.

Conformément aux recommandations de la HAS qui fixent à trois jours la durée d'une surveillance alimentaire, la quasi-totalité des structures concernées réalisent cette surveillance sur trois jours ou plus (32 % sur trois jours, 68 % sur quatre jours).

Dans 83 % des structures, la surveillance alimentaire comprend « systématiquement » les prises alimentaires en dehors des repas. Ces apports sont comptabilisés « dans certains cas seulement » par 13 % des structures.

Une surveillance des apports hydriques était instaurée dans plus de 85 % des structures qui réalisent une surveillance alimentaire.

■ 15 % des répondants estiment que les feuilles de surveillance alimentaire sont « toujours » bien remplies, 75 % qu'elles le sont « souvent » et 10 % « rarement ».

■ L'existence d'une procédure écrite de prise en charge des personnes à risque de dénutrition semble favoriser la réalisation d'une surveillance alimentaire pour le bilan initial de ces personnes : 82 % qui disposent d'une telle procédure effectuent cette surveillance vs 65 % de celles qui n'en ont pas ($p < 0,01$). Cette association n'est toutefois pas retrouvée pour le bilan des résidents dénutris.

■ Entre les structures rattachées à un établissement de santé et les structures autonomes, aucune différence significative n'est mise en évidence pour la mise en place de feuille de surveillance alimentaire, leur qualité de remplissage, la prise en compte des apports alimentaires en dehors des repas, et la surveillance des apports hydriques.

Par contre, les structures accueillant des personnes avec un niveau de moyen dépendance relativement élevé ($GMP \geq 550$) réalisent plus souvent une surveillance alimentaire pour le bilan initial des personnes à risque de dénutrition (78 % vs 61 % pour les structures avec un $GMP < 550$ ou non renseigné, $p < 0,01$).

Les structures disposant d'un axe nutritionnel dans leur projet de soins mettent en place plus fréquemment une surveillance alimentaire, pour le bilan initial des résidents dénutris (91 % vs 80 %, $p = 0,07$) comme pour celui des résidents à risque (76 % vs 55 %, $p < 0,05$).

■ Les analyses multivariées confirment l'ensemble de ces associations.

Evaluation nutritionnelle

Une surveillance alimentaire qui n'aboutit pas toujours à une évaluation nutritionnelle

■ Une évaluation nutritionnelle, à partir de la surveillance alimentaire, est effectuée :

- pour les résidents dénutris dans près de 75 % des structures qui réalisent une telle surveillance,
- et pour les personnes à risque de dénutrition dans environ 70 % d'entre elles.

■ Après ajustement, cette évaluation est plus fréquemment réalisée pour les résidents dénutris comme pour les résidents à risque dans les structures ayant un axe nutritionnel dans leur projet de soins, et pour les personnes à risque de dénutrition dans les structures travaillant avec un CLAN.

Par contre, il n'y a pas de différence significative en analyse multivariée selon l'intervention ou non d'une diététicienne dans la structure.

Examens biologiques

L'albuminémie est l'un des quatre critères de diagnostic de la dénutrition préconisés par la HAS, avec la perte de poids, l'IMC et le MNA global. Ce dosage doit toutefois être accompagné d'un dosage de la protéine C-réactive (CRP) pour tenir compte dans l'appréciation de l'albuminémie d'un éventuel état inflammatoire du malade [15].

Le dosage de l'albuminémie n'est par contre pas préconisé pour le bilan initial des personnes à risque de dénutrition sauf contexte particulier.

■ Les structures ont donc été interrogées sur le dosage de ces deux éléments, albumine et CRP, lors du bilan initial des personnes dénutries ou à risque de dénutrition, mais aussi sur l'usage d'autres marqueurs (préalbumine, lymphocytes, micronutriments, PINI - encadré 2.3) qui ne sont pas ou plus préconisés.

L'analyse des réponses à ces questions est complexe car dans les EHPAD, les examens biologiques peuvent être prescrits par le médecin traitant ou par le médecin coordonnateur. Ainsi, 15 % des structures ne se sont pas prononcées sur les examens faisant partie du bilan initial d'un résident dénutri et de celui d'un résident à risque de dénutrition. Certaines d'entre elles ont notamment précisé que les examens réalisés lors du bilan initial dépendaient ou variaient selon le médecin traitant.

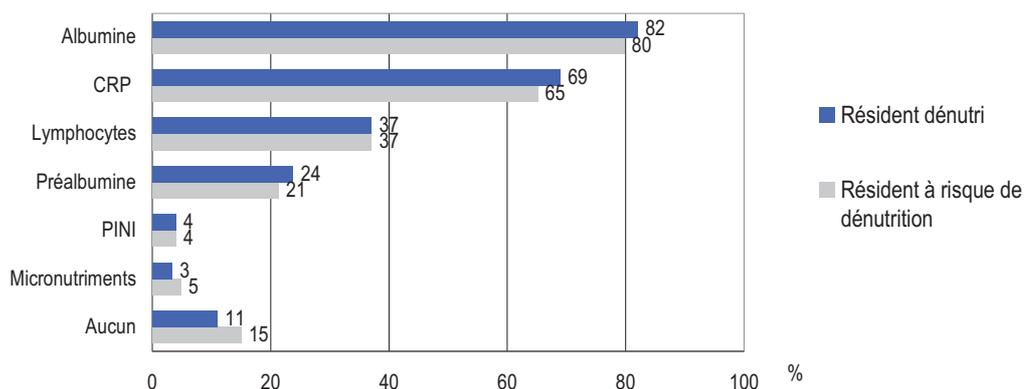
Le dosage de l'albumine et de la CRP sont les examens les plus souvent réalisés lors du bilan initial d'une personne dénutrie ou à risque

■ Dans les structures qui se sont exprimées, le dosage de l'albumine et de la CRP sont les plus fréquemment réalisés, utilisés par respectivement 82 % et 69 % des structures pour les personnes dénutries et respectivement 80 % et 65 % pour les personnes à risque de dénutrition.

Mais, les autres marqueurs biologiques proposés par le questionnaire apparaissent également souvent utilisés : les lymphocytes font partie du bilan initial des résidents dénutris ou à risque dans plus de 35 % des structures, et la préalbumine dans plus de 20 %. Par contre, le calcul du PINI et le dosage des micronutriments sont rarement effectués.

Enfin, 11 % des structures ont indiqué qu'aucun des six examens ou tests biologiques proposés ne faisaient partie du bilan initial d'un résident dénutri et 15 % du bilan d'un résident à risque de dénutrition (figure 2.9).

Figure 2.9 Eléments faisant partie du bilan initial des résidents dénutris ou des résidents à risque de dénutrition



Parmi les structures qui se sont exprimées

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

Encadré 2.3

Le PINI (Pronostic Inflammatory and Nutritionnal Index) est un index pronostique. Son calcul est basé sur deux marqueurs de l'état nutritionnel (albumine et préalbumine) et deux marqueurs de l'inflammation (orosomucoïde et CRP). Si le score du PINI est supérieur à 30, le pronostic vital du patient est engagé (PINI <1: patient sans risque, 1-10 : risque faible ; 11-20 : risque modéré ; 21-30 : risque élevé ; >30 : risque vital).

Cet index a été développé chez des sujets jeunes et n'a jamais fait l'objet d'une validation spécifique en population âgée. Plusieurs études ont cependant mis en évidence une relation entre la valeur du PINI et la mortalité à court terme chez les sujets âgés [1-3].

[1] Evaluation de l'état nutritionnel. Dans *Nutrition de la personne âgée*. M. Ferry, E. Alix, P. Brocker, T. Constans, B. Lesourd, D. Mischlish, et al. 3^e éd. Masson, 2007, pp. 103-115.

[2] Usefulness of the prognostic inflammatory and nutritional index (PINI) in hospitalized elderly patients. M. Bonnefoy, L. Ayzac, Y. Ingenbleek, T. Kostka, R.C. Boisson, J. Bienvenu. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*, 1998, vol. 63, n° 3, pp. 189-195.

[3] PINI as a mortality index in the hospitalized elderly patient. T. Constans, A. Bruyere, B. Grab, C. Rapin. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*, 1992, vol. 62, n° 2, pp. 191-192.

■ Au total, 68 % des structures qui se sont exprimées déclarent réaliser, conformément aux recommandations de la HAS, un dosage de l'albumine et de la CRP pour le bilan initial d'une personne dénutrie. Une proportion peu différente de structures (63 %) effectuent ces dosages pour le bilan initial des résidents à risque de dénutrition alors que, sauf situations particulières, il n'y a pas de valeur ajoutée à la réalisation de ces examens.

■ La réalisation de ces deux dosages (albumine et CRP) est plus fréquente :

- pour le bilan initial d'un résident dénutri, dans les structures :

- rattachées à un établissement de santé (82 % vs 63 %, $p < 0,01$),

- accueillant des personnes avec un niveau moyen de dépendance élevé (87 % des structures avec un $GMP \geq 700$ vs 63 % des autres structures, $p < 0,01$),

- travaillant avec un CLAN (83 % vs 64 %, $p < 0,05$).

- pour le bilan initial d'un résident à risque de dénutrition, dans les structures accueillant des personnes avec un niveau moyen de dépendance élevé (83 % des structures avec un $GMP \geq 700$ vs 58 % des autres structures, $p < 0,01$).

■ Après ajustement, seule cette dernière association est retrouvée.

Classement de la sévérité de la dénutrition

Différents classements de la sévérité de la dénutrition sont disponibles.

La HAS a établi un classement de la dénutrition chez les personnes âgées qui distingue la dénutrition et la dénutrition sévère en fonction de plusieurs critères : IMC, perte de poids, albuminémie et MNA (figure 2.10) [15].

L'OMS a, quant à elle, établi des grades de dénutrition basés sur l'IMC, pour la population adulte mais qui n'est pas adaptée pour les personnes âgées (figure 2.11) [40].

La classification de la HAS est utilisée par moins de 40 % des structures

■ Plus de la moitié des structures déclarent ne pas utiliser de classement de la sévérité de la dénutrition.

38 % des structures classent la sévérité de la dénutrition selon les modalités de la HAS (dont 2 % utilisent également la classification OMS).

5 % utilisent seulement la classification OMS et 4 % indiquent utiliser un classement autre que celui de l'OMS ou de l'HAS (à partir de l'IMC, du poids, taux d'albumine...).

■ L'utilisation du classement de la HAS est liée à l'existence :

- de procédures de dépistage de la dénutrition (52 % des structures qui ont une telle procédure utilisent le classement de la HAS vs 28 % de celles qui n'en ont pas, $p < 0,001$),

- et de procédures de prise en charge de la dénutrition (55 % vs 28 %, $p < 0,001$).

■ Les critères définis par la HAS pour classer la sévérité de la dénutrition sont plus fréquemment utilisés dans les structures :

- rattachées à un établissement de santé (56 % vs 31 % des structures autonomes $p < 0,001$),

- accueillant des personnes dont le niveau moyen de dépendance est élevé (64 % pour les structures avec $GMP \geq 700$ vs 31 % pour les autres structures, $p < 0,001$),

- travaillant avec un CLAN (58 % vs 31 %, $p < 0,01$),

- disposant d'une diététicienne (46 % vs 25 % pour les structures n'ayant pas de diététicienne, $p < 0,01$).

■ Après ajustement, seule l'association avec le GMP persiste.

Figure 2.10 Critères diagnostiques de la dénutrition, et de la dénutrition sévère chez les personnes âgées de 70 ans et plus

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères :

Dénutrition	Dénutrition sévère
Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois	Perte de poids ≥ 10 % en 1 mois, ou ≥ 15 % en 6 mois
IMC < 21	IMC < 18
Albuminémie* < 35g/l	Albuminémie* < 30 g/l
MNA global < 17	

* à interpréter en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive

Source : HAS 2007

Figure 2.11 Classification de la dénutrition chez l'adulte en fonction de l'IMC

IMC	Grade de dénutrition	Stades de dénutrition
< 10	Grade V	Dénutrition sévère
10-12,99	Grade IV	
13-15,99	Grade III	
16-16,99	Grade II	Dénutrition modérée
17-18,49	Grade I	Dénutrition légère
< 18,5	Maigreux	Dénutrition

Source : OMS

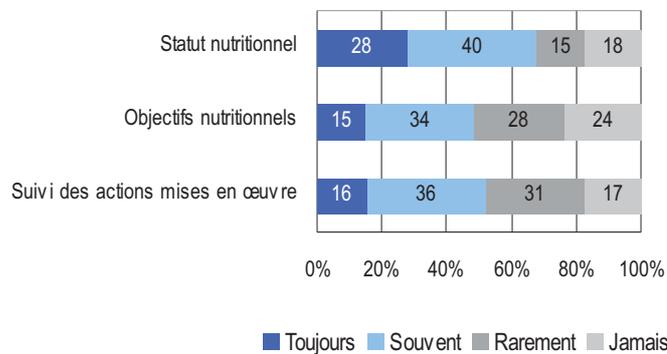
Éléments mentionnés dans le dossier médical

Statut, objectifs nutritionnels et actions mises en œuvre pas systématiquement notés dans le dossier médical

■ Dans 67 % des structures, le statut nutritionnel (dénutrition ou à risque) du résident est « toujours » (28 %) ou « souvent » (40 %) tracé dans son dossier médical.

Les objectifs nutritionnels, encore appelés projet de renutrition, ainsi que le suivi des actions mises en œuvre, sont un peu moins souvent mentionnés (respectivement 49 % et 52 %, figure 2.12).

Figure 2.12 Informations nutritionnelles (statut, objectifs et actions) mentionnées dans le dossier médical du résident



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

■ Globalement, la mention de ces trois éléments (statut, objectifs, suivi des actions) dans le dossier médical du résident est plus souvent effectuée dans les structures rattachées à un établissement de santé, dans celles accueillant des personnes avec un niveau moyen de dépendance élevé ($GMP \geq 700$), et dans les structures disposant d'un axe nutritionnel dans leur projet de soins.

La mention du statut nutritionnel du résident dans le dossier médical est également associée positivement à l'intervention d'une diététicienne, salariée ou non.

Les objectifs nutritionnels sont aussi plus fréquemment indiqués dans le dossier du résident au sein des structures travaillant avec un CLAN et de celles où une diététicienne salariée intervient.

Enfin, la mention des actions mises en œuvre est également liée au fait de travailler avec un CLAN.

■ L'analyse multivariée confirme que la mention dans le dossier médical du statut nutritionnel, des objectifs nutritionnels et des actions mises en œuvre est liée à l'existence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins.

De même, l'intervention d'une diététicienne semble favoriser la mention du statut nutritionnel, et le travail avec un CLAN la mention des objectifs nutritionnels.

2.4.4 Prise en charge de la dénutrition ou de son risque

Modalités de prise en charge

La stratégie de prise en charge nutritionnelle dépend du statut nutritionnel du patient et du niveau des apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés. Elle doit également tenir compte des pathologies sous-jacentes et des handicaps associés. La prise en charge doit également intégrer l'avis du malade et/ou de son entourage, ainsi que des considérations éthiques (HAS 2007) [15].

Lors de l'enquête, les structures ont été interrogées sur leurs modalités de prise en charge des résidents dénutris et des résidents présentant une diminution des apports alimentaires. Une liste comprenant sept items leur a été proposée : conseils diététiques au personnel, conseils diététiques au résident, alimentation enrichie, Compléments nutritionnels oraux - CNO (encadré 2.4, p. 64), fractionnement des repas, collations diurnes ou nocturnes, et nutrition entérale. Cette liste a été élaborée sur la base des recommandations de la HAS (2007) concernant la stratégie de prise en charge des personnes âgées selon leur statut nutritionnel et leurs apports alimentaires spontanés (figure 2.13).

Ainsi, dans tous les cas en dehors des situations qui contre-indiquent l'alimentation par voie orale, il est recommandé de débiter prioritairement la prise en charge de personnes dénutries et/ou ayant des apports alimentaires spontanés diminués par des conseils nutritionnels et/ou une alimentation enrichie. La complémentation nutritionnelle orale et la nutrition entérale sont envisagées en cas d'échec de ces mesures ou bien d'emblée dans les situations les plus graves. La nutrition parentérale est réservée aux trois situations suivantes : malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles, occlusions intestinales aiguës ou chroniques, échec d'une nutrition entérale bien conduite (mauvaise tolérance) [15].

Par ailleurs, le fractionnement des repas et la préparation de collations sont préférables à l'augmentation de la ration des repas [41].

Figure 2.13 Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie CNO Réévaluation* à 15 jours
	Diminués, mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 15 jours, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie CNO Réévaluation* à 1 semaine, et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie CNO Réévaluation* à 1 semaine, et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation* à 1 semaine

* Réévaluation comportant : le poids et le statut nutritionnel, l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s), l'estimation des apports alimentaires spontanés (ingesta) et la tolérance et l'observance du traitement.

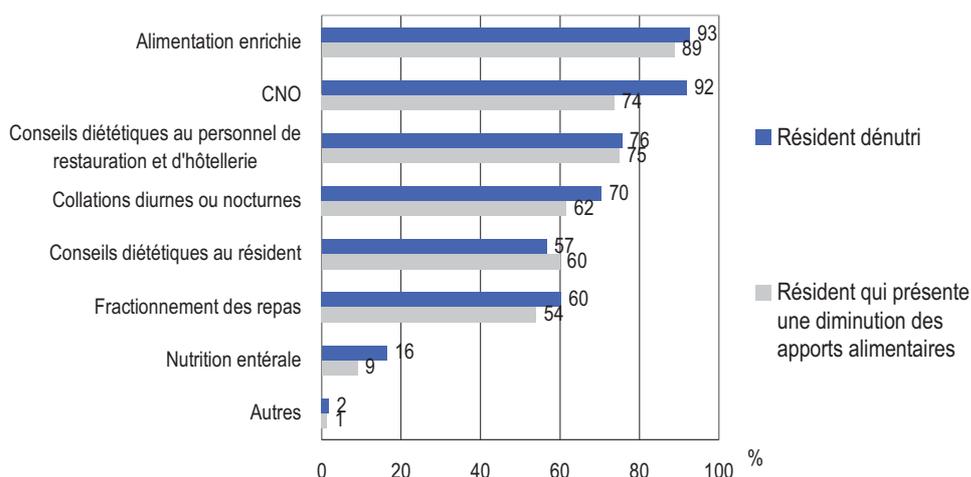
CNO : compléments nutritionnels oraux ; NE : nutrition entérale

Source : HAS 2007

Des pratiques qui peuvent encore être améliorées

- L'alimentation enrichie fait partie de la prise en charge des résidents dénutris et de celle des personnes présentant une diminution des apports alimentaires dans la très grande majorité des structures (respectivement 93 % et 89 %, figure 2.14).
- Les Compléments nutritionnels oraux (CNO) sont aussi très fréquemment utilisés pour les personnes dénutries (92 %) mais un peu moins souvent pour les résidents présentant une diminution des apports alimentaires (74 %, $p < 0,001$).
- Des conseils diététiques sont donnés, pour les résidents dénutris comme pour ceux présentant une diminution des apports alimentaires,
 - au personnel de restauration et d'hôtellerie dans environ 75 % des structures,
 - et au résident dans 60 % des structures.
- Des collations (diurnes ou nocturnes) sont instaurées dans 70 % des structures pour la prise en charge des résidents dénutris et dans 62 % d'entre elles pour les résidents présentant une diminution des apports alimentaires.
- Le fractionnement des repas est établi dans plus de la moitié des structures (60 % pour les résidents dénutris et 54 % pour les résidents présentant une diminution des apports alimentaires).
- Enfin, 58 % des structures ont la possibilité d'accueillir des personnes sous nutrition entérale. Parmi elles, 27 % déclarent avoir recours à la nutrition entérale dans le cadre de la prise en charge de résidents dénutris (soit 16 % de l'ensemble des structures) et 14 % pour les résidents présentant une diminution des apports alimentaires (9 %).

Figure 2.14 Modalités de prise en charge utilisées lorsque le résident est dénutri ou présente une diminution des apports alimentaires



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

Des conseils diététiques plus fréquemment donnés au personnel dans les structures disposant d'une diététicienne salariée

■ Pour les résidents présentant une diminution des apports alimentaires, les modalités de prise en charge apparaissent peu différentes entre les structures rattachées à un établissement de santé et les structures autonomes.

De même, la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins, le travail avec un CLAN, l'intervention d'une diététicienne ou encore l'existence d'une procédure écrite de prise en charge ne sont liés à aucune des modalités de prise en charge de ces résidents étudiées lors de l'enquête.

Par contre, on constate que les structures accueillant en moyenne des personnes avec un niveau de dépendance plus faible (GMP<550) ont un peu moins souvent recours à l'alimentation enrichie lors de la prise en charge des personnes avec une diminution des apports alimentaires⁹.

■ Pour la prise en charge des résidents dénutris, la situation varie selon le statut de la structure. Les structures rattachées à un établissement de santé ont plus souvent recours, que les structures autonomes, aux collations diurnes ou nocturnes (82 % vs 67 %, p<0,05), au fractionnement des repas (74 % vs 56 %, p<0,05) et aux conseils diététiques aux résidents (68 % vs 53 %, p<0,05).

Par ailleurs, les collations sont plus souvent proposés aux résidents dénutris dans les structures travaillant avec un CLAN (82 % vs 67 %, p<0,05).

Par contre, il n'existe pas de différence significative concernant les modalités de prise en charge des personnes dénutries selon la présence ou non d'un axe nutritionnel dans le projet de soins.

Après ajustement, seule persiste une association entre la présence d'une diététicienne salariée et la formulation de conseils diététiques au personnel de restauration et d'hôtellerie (bien que cette association n'ait pas été mise en évidence en analyse bivariée)¹⁰.

Alimentation enrichie et compléments nutritionnels oraux sont souvent prescrits par le médecin

■ La décision d'enrichissement, au moyen d'une alimentation enrichie et/ou de CNO, fait « toujours » ou « souvent » l'objet d'une prescription médicale dans 78 % des structures (40 % « toujours », 38 % « souvent », 18 % « rarement », 4 % « jamais »).

■ La proportion de structures déclarant que la décision d'enrichissement fait « toujours » l'objet d'une prescription médicale est plus élevée :

- dans les structures rattachées à un établissement de santé (63 % vs 32 %, p<0,001),

- accueillant des personnes avec un niveau moyen de dépendance élevé (58 % pour les structures avec un GMP≥700 vs 35 %, p<0,01),

⁹ En raison de faibles effectifs, aucune analyse bivariée et multivariée n'a été effectuée pour le recours à la nutrition entérale, et aucune analyse multivariée pour le recours à l'alimentation enrichie.

¹⁰ En raison de faibles effectifs, aucune analyse bivariée et multivariée n'a été effectuée pour le recours à la nutrition entérale, et aucune analyse multivariée pour le recours à l'alimentation enrichie et le recours aux CNO.

- travaillant avec un CLAN (67 % vs 24 %, $p < 0,001$),
- et dans celles disposant d'une diététicienne salariée (61 % vs 26 %, $p < 0,001$).

■ Cependant, en analyse multivariée, seule persiste l'association avec la présence d'un CLAN.

La stratégie d'enrichissement est déterminée de façon pluridisciplinaire dans 70 % des structures

■ Le choix de la stratégie d'enrichissement est réalisé de façon pluridisciplinaire dans près de 70 % des structures. Il associe le plus souvent un médecin (76 % des structures) et une infirmière (69 %), et moins fréquemment une diététicienne (33 %).

Certaines structures (environ 7 %) ont mentionné la participation d'une aide-soignante ou d'un cuisinier.

■ Une diététicienne participe plus fréquemment au choix de la stratégie d'enrichissement dans les structures bénéficiant de l'intervention d'une diététicienne salariée (92 % vs 23 % pour les structures disposant d'une diététicienne non salariée, $p < 0,001$).

■ La participation d'une diététicienne au choix de la stratégie d'enrichissement est plus fréquente dans les structures rattachées à un établissement de santé que dans les structures autonomes (88 % vs 15 %, $p < 0,001$).

Une infirmière participe plus souvent à ce choix dans les structures autonomes (74 % vs 53 %, $p < 0,01$). Aucune différence significative n'est mise en évidence entre ces structures concernant la participation d'un médecin.

Plus de 10 % des résidents consommeraient quotidiennement des compléments nutritionnels oraux

■ La quasi-totalité des structures (97 %) ont déclaré utiliser des compléments nutritionnels oraux (CNO).

Le nombre de consommateurs quotidiens de ces compléments au moment de l'enquête a été précisé par plus de 80 % des responsables médicaux.

■ Rapporté au nombre total de personnes accueillies dans les structures répondantes, environ 12 % des résidents consomment quotidiennement des CNO (données non redressées).

Cette proportion apparaît plus importante :

- dans les structures rattachées à un établissement de santé (17 % vs 9 % des résidents de structures autonomes, données non redressées),
- et dans celles accueillant des personnes avec un niveau moyen de dépendance élevé (23 % des résidents accueillis dans les structures avec un $GMP \geq 700$ vs 10 % des résidents accueillis dans les structures avec un GMP inférieur à 700 ou non renseigné ; données non redressées).

■ Parmi les structures qui utilisent des CNO hyperprotidiques (95 %), 83 % déclarent qu'il leur est possible de donner ces compléments, satiétogènes, à au moins deux heures de distance des repas (encadré 2.4).

Encadré 2.4

Les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont des préparations nutritives procurant sous un volume restreint un apport énergétique et/ou protidique important. Ils existent sous différentes textures (liquide, crème...) et sous différents goûts [1, 2].

Les CNO peuvent être pris lors de collations ou pendant les repas. Lorsqu'ils sont prévus au moment d'une collation, il est recommandé de les proposer environ deux heures avant ou après un repas pour préserver l'appétit au moment du repas [1].

Depuis août 2008, les CNO ne sont plus pris en charge par l'assurance maladie de chacun des résidents qui les consomme, mais ils sont inclus dans le budget global de l'établissement. Cette évolution est susceptible d'influencer le recours à ces compléments.

[1] Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles. Haute autorité de santé, 2007, 25 p.

[2] Complément nutritionnelle oral chez une personne âgée : indications et résultats. C. Bouteloup. Dans *Traité de nutrition de la personne âgée. Nourrir l'Homme malade*. Coordonné par X. Hébuterne, E. Alix, A. Raynaud-Simon, B. Vellas. Ed. Springer, 2009, pp. 239-250.

Procédure écrite de prise en charge de la dénutrition ou de son risque**Un tiers des structures disposent de procédures écrites**

■ 33 % des structures disposent d'une procédure écrite concernant la prise en charge (bilan, stratégie thérapeutique, suivi...) pour les personnes dénutries et 31 % pour les personnes à risque de dénutrition.

■ L'existence d'une procédure écrite de prise en charge semble avoir peu d'influence sur les pratiques. Aucune différence significative n'est mise en évidence entre les structures qui disposent de telles procédures et celles qui n'en disposent pas concernant les modalités de prise en charge utilisées (fractionnement des repas, alimentation enrichie, CNO, conseils diététiques...), la prise des CNO hyperprotidiques à distance des repas et le fait que la décision d'enrichissement fasse toujours l'objet d'une prescription médicale.

■ Les structures rattachées à un établissement de santé sont en proportion plus nombreuses que les structures autonomes à disposer d'une procédure écrite de prise en charge pour les résidents dénutris (45 % vs 29 %, $p < 0,05$) comme pour les résidents à risque de dénutrition (46 % vs 26 %, $p < 0,01$).

De même, de telles procédures existent plus souvent dans les structures dont le GIR moyen pondéré est supérieur ou égal à 700, et dans celles travaillant avec un CLAN.

Enfin, les structures ayant un axe nutritionnel dans leur projet de soins sont en proportion un peu plus nombreuses à disposer d'une procédure écrite de prise en charge pour les résidents dénutris (38 % vs 20 %, $p = 0,06$).

■ Cependant, l'analyse multivariée met en évidence que pour les résidents dénutris seuls la présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soins et le fait d'accueillir des personnes avec un niveau moyen de dépendance élevé ($GMP \geq 700$) sont associés, après ajustement, à l'existence de procédures écrites de prise en charge. Et pour les personnes à risque de dénutrition, seule l'association avec le GMP persiste.

Suivi des résidents dénutris

Selon les recommandations de la HAS (2007), le suivi des patients dénutris repose sur la mesure du poids, la surveillance des apports alimentaires et le dosage de l'albuminémie (si le taux initial est diminué). La HAS mentionne également le dosage de la préalbumine comme outil supplémentaire pour l'évaluation initiale de l'efficacité de la renutrition [15].

La mesure du poids et le dosage de l'albumine sont les critères les plus souvent utilisés pour le suivi des personnes dénutries

■ Les structures ont été interrogées sur les critères qu'elles utilisent habituellement pour suivre les résidents dénutris, quatre éléments leur étant proposés : le poids, l'albumine, la préalbumine et la composition corporelle.

Pour le suivi des personnes dénutries, 98 % des structures déclarent utiliser habituellement le poids, 69 % le dosage de l'albumine, 18 % le dosage de la préalbumine, et 15 % la composition corporelle (figure 2.15).

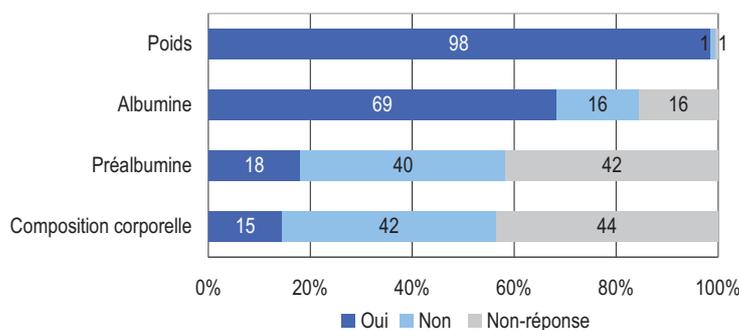
L'analyse des réponses à ces questions est complexe car dans les EHPAD, les examens biologiques peuvent être prescrits par le médecin traitant ou par le médecin coordonnateur. Cette situation explique peut-être pour partie la proportion élevée de non-réponses concernant le dosage de l'albumine (16 %), de la préalbumine (42 %) ou la mesure de la composition corporelle (44 %). Certaines structures ont également précisé que les pratiques variaient selon le médecin traitant.

■ Les structures qui disposent d'une procédure écrite de prise en charge pour les personnes dénutries sont en proportion plus nombreuses à réaliser à la fois une mesure du poids et un dosage de l'albumine pour le suivi de ces personnes (77 % vs 64 % des structures qui n'ont pas de procédure, $p < 0,05$).

■ La mesure du poids associée au dosage de l'albumine pour le suivi d'un résident dénutri est plus souvent effectuée dans les structures ayant un axe nutritionnel dans leur projet de soins (75 % vs 51 %, $p < 0,01$) et dans celles accueillant des personnes avec un niveau moyen de dépendance élevé (82 % si $GMP \geq 700$ vs 66 % si $GMP < 700$ ou non renseigné, $p < 0,05$). La réalisation conjointe de ces mesures ne varie pas selon le statut, le travail avec un CLAN et l'intervention d'une diététicienne.

■ En analyse multivariée, les associations avec le GMP et la présence d'un axe nutritionnel dans le projet restent significatives.

Figure 2.15 Eléments réalisés habituellement lors du suivi d'un résident dénutri



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

2.5 Besoins et attentes

Avis sur l'alimentation dans l'établissement

Une alimentation jugée tout à fait satisfaisante dans 15 % des structures

■ La très grande majorité des répondants considèrent que, dans leur établissement, l'alimentation proposée aux résidents est satisfaisante.

Le personnel de direction estime, en effet, que l'alimentation des résidents est « tout à fait » satisfaisante dans 15 % des cas, et « plutôt » satisfaisante dans 81 % des cas. Seulement 4 % la jugent « peu » satisfaisante et moins de 1 % « pas du tout » satisfaisante.

Pour le personnel soignant, ces proportions sont très proches, respectivement égales à 16 %, 74 %, 10 %, et moins de 1 %.

Les avis du personnel soignant et de direction sont très convergents puisque pour 71 % des structures ayant répondu aux deux questionnaires, les avis de ces deux catégories de personnel sont identiques, dans 28 % les avis sont proches et dans seulement moins de 1 % des structures, les avis sont discordants (le personnel soignant considère que l'alimentation n'est « pas du tout » satisfaisante alors que le personnel de direction la juge « plutôt » satisfaisante).

Un avis plus favorable au sein des structures autonomes qui autogèrent la restauration

■ Pour les deux questionnaires, les responsables exerçant leur activité au sein d'une structure autonome qui autogère la restauration ont un jugement plus favorable que ceux travaillant dans les structures autonomes qui sous-traitent la restauration ou dans les structures rattachées à un établissement de santé : globalement, plus de 20 % des répondants de structures autonomes qui autogèrent la restauration considèrent que l'alimentation est « tout à fait » satisfaisante vs 2 à 12 % des répondants des autres structures.

Actions utiles pour améliorer l'alimentation des personnes âgées

Lors de l'enquête, les répondants du questionnaire « nutrition au sein de l'établissement » devaient donner leur avis sur l'utilité de quinze actions proposées pour améliorer l'alimentation des personnes âgées de leur structure. Les répondants au questionnaire « soins nutritionnels » devaient également se prononcer sur l'utilité de ces actions, ainsi que sur une proposition supplémentaire relative au développement des protocoles.

Disposer d'un personnel plus nombreux pour l'aide et la stimulation des résidents pendant les repas est la mesure la plus souvent citée, devant la formation

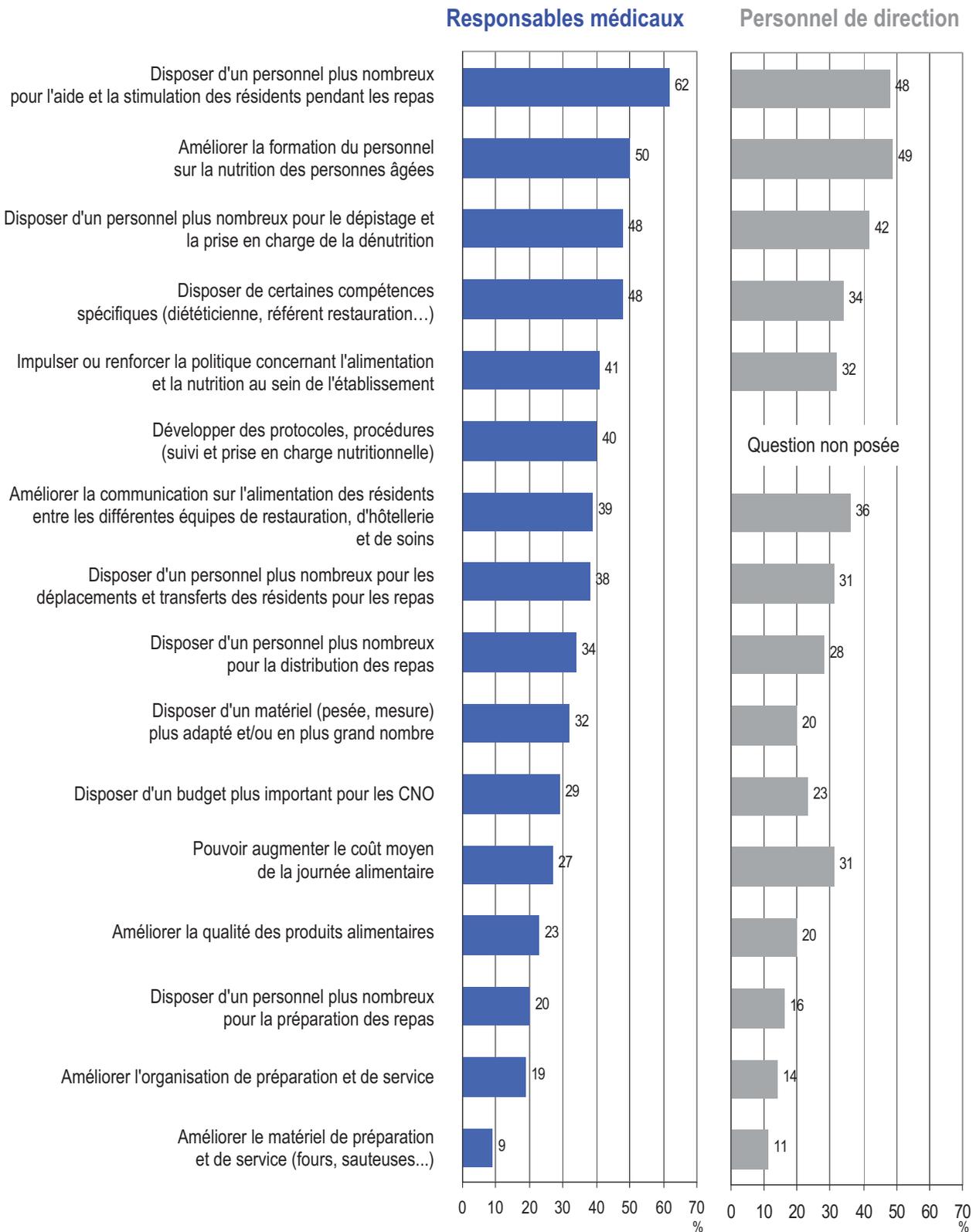
■ Les réponses des responsables médicaux et du personnel de direction sont présentées dans la figure 2.16.

Les deux mesures les plus fréquemment considérées comme « très » utiles par ces deux catégories de personnel sont les mêmes. Il s'agit de :

- *disposer d'un personnel plus nombreux pour l'aide et la stimulation des résidents pendant les repas* (respectivement 62 %, 48 %),
- *améliorer la formation du personnel sur la nutrition des personnes âgées* (50 %, 49 %).

L'intérêt de *disposer d'un personnel plus nombreux pour le dépistage et la prise en charge* arrive en troisième position (48 %, 42 %), devant le fait de *disposer de certaines compétences spécifiques (diététicienne, référent restauration...)* (48 %, 34 %).

Figure 2.16 Proportion de responsables médicaux et de direction considérant que les actions suivantes sont « 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

Formation du personnel

Lors de l'enquête, les structures ont été amenées à choisir les deux catégories de professionnels ayant besoin en priorité d'une formation en matière d'alimentation et de nutrition des personnes âgées, parmi les six catégories proposées par le questionnaire (médecin, infirmière, aide-soignante, personnel de cuisine, personnel de service, personnel administratif).

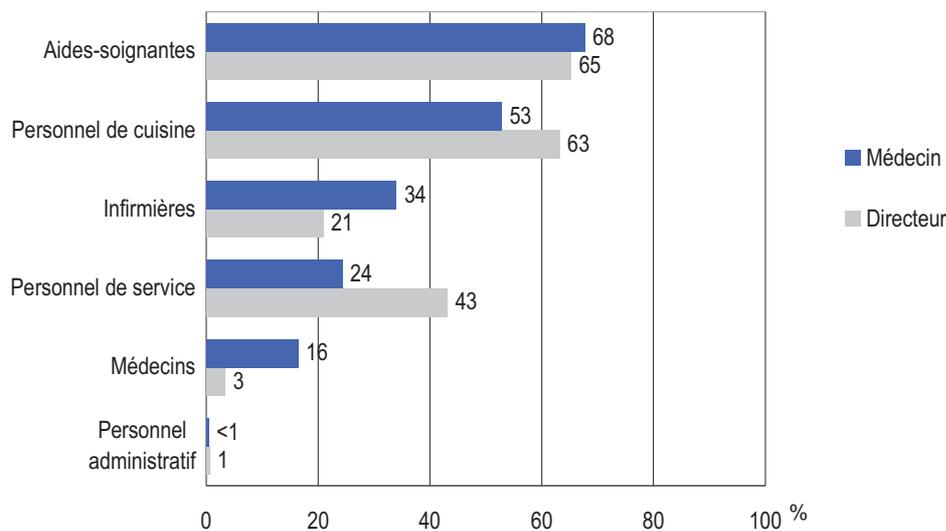
Cette question a été posée à la fois dans le questionnaire destiné au personnel de direction et dans celui destiné aux médecins responsables¹¹.

Des formations qui doivent être destinées en priorité aux aides-soignantes et au personnel de cuisine

Pour les responsables médicaux comme pour le personnel de direction, les aides-soignantes et le personnel de cuisine sont les deux catégories de professionnels ayant en priorité besoin de formation concernant l'alimentation et la nutrition des personnes âgées (figure 2.17).

Pour les autres professions, les avis sont partagés. Les infirmières et les médecins sont plus fréquemment cités par les responsables médicaux que par le personnel de direction. A l'inverse, le personnel de service est moins fréquemment considéré comme prioritaire en termes de formation par les responsables médicaux.

Figure 2.17 Proportion de responsables médicaux et de direction considérant que les professions suivantes sont l'un des deux groupes professionnels ayant besoin en priorité de formations concernant l'alimentation et la nutrition des personnes âgées



Parmi les responsables ayant répondu une ou deux catégories

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

¹¹ Pour chaque questionnaire, ont été analysées, uniquement les réponses des responsables ayant sélectionné une ou deux catégories de professionnels, conformément à la question posée.

Besoins en modèles de procédures ou de protocoles

Une forte demande de modèles de procédures

Lors de l'enquête, les responsables médicaux des structures ont été interrogés sur leurs besoins en modèles de procédures ou de protocoles concernant onze thèmes. Plus de 40 % de ces responsables souhaitent que des modèles de procédures ou de protocoles leur soient proposés pour tous les thèmes.

■ Le modèle de procédures sur la prise en charge des troubles de la déglutition est le plus demandé (90 % des structures, figure 2.18).

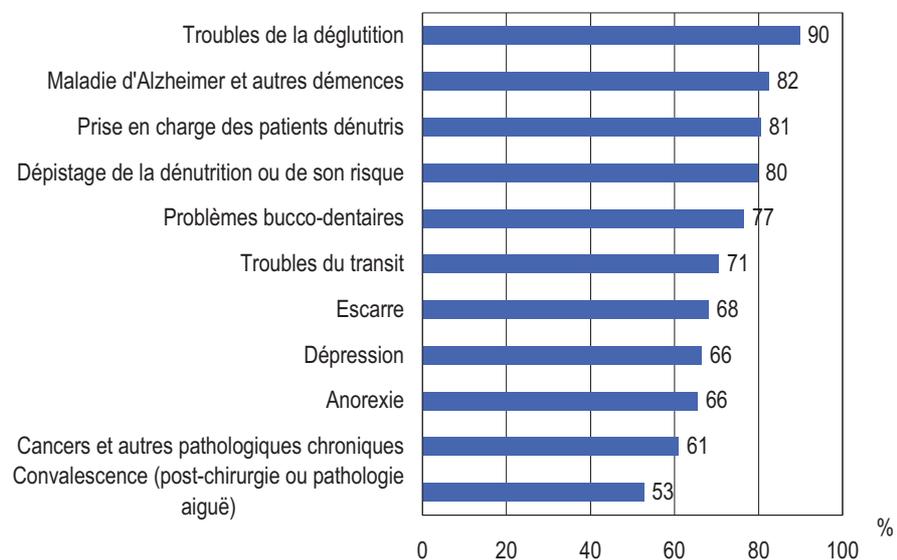
Huit structures sur dix souhaitent que leur soient proposés des protocoles concernant :

- le dépistage de la dénutrition ou de son risque,
- la prise en charge des personnes dénutries,
- la prise en charge nutritionnelle des résidents « déments » ou ayant des problèmes bucco-dentaires.

60 % à 70 % des structures sont intéressées par des modèles de procédures concernant la prise en charge nutritionnelle pour les situations suivantes : troubles du transit, escarre, dépression, anorexie, cancers et autres pathologies chroniques.

Enfin, les modèles de procédures concernant la prise en charge nutritionnelle des patients en convalescence (post-chirurgie ou pathologie aiguë), cités par 53 % des structures, sont les moins demandés.

Figure 2.18 Proportion de responsables médicaux souhaitant que des modèles de procédures ou de protocoles leur soient proposés pour les situations suivantes



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

■ Même si près de la moitié des structures disposent d'une procédure de dépistage de la dénutrition, la grande majorité des structures semblent désireuses de progresser dans ce domaine : 88 % de celles qui ne disposent pas d'une telle procédure, et même 65 % de celles qui en disposent, souhaitent en recevoir un modèle.

Ce constat est également observé pour les procédures de prise en charge des personnes dénutries : 87 % de celles qui ne disposent pas d'une telle procédure, et 69 % de celles qui en disposent, souhaitent en recevoir un modèle.

Des besoins différents entre les structures autonomes et celles rattachées à un établissement de santé

Les responsables médicaux des structures autonomes sont en proportion plus nombreux que ceux des structures rattachées à un établissement de santé à souhaiter que leur soient proposés des modèles de procédures/protocoles concernant :

- le dépistage de la dénutrition (87 % vs 55 %, $p < 0,001$),
- la prise en charge des personnes dénutries (90 % vs 55 %, $p < 0,001$),
- la prise en charge nutritionnelle des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres démences (87 % vs 69 %, $p < 0,01$) et ayant des escarres (72 % vs 57 %, $p < 0,05$).

A l'inverse, les responsables des structures rattachées à un établissement de santé sont en proportion plus nombreux à souhaiter des modèles de procédures sur la prise en charge nutritionnelle des résidents ayant des problèmes bucco-dentaires (86 % vs 73 % des responsables de structures autonomes, $p < 0,05$).

2.6 Profils des structures à l'égard de la prévention et la prise en charge de la dénutrition

Afin de dégager des profils de structures homogènes en matière de pratiques d'alimentation-nutrition, une Analyse des correspondances multiples (ACM) complétée par une Classification ascendante hiérarchique (CAH) a été réalisée à partir des données des 190 structures ayant répondu aux deux questionnaires de l'enquête. 23 variables actives et 6 variables illustratives ont été sélectionnées pour ces analyses (cf. méthode p. 18).

La classification a permis d'identifier trois profils de structures à l'égard des pratiques de prévention et de prise en charge de la dénutrition.

■ **Le premier profil** regroupe 36 % des structures. Il est constitué de **structures qui ont globalement de « bonnes » pratiques de prévention et de prise en charge de la dénutrition.**

Ces structures semblent **investies dans une démarche qualité en matière d'alimentation-nutrition** : existence de procédures écrites de dépistage et de prise en charge de la dénutrition, cahier des charges de la restauration, objectifs nutritionnels notifiés dans le dossier médical du résident, classement de la dénutrition selon les modalités de la HAS.

Cette dynamique s'accompagne ainsi de **meilleures pratiques soignantes**. La très grande majorité de ces structures effectuent un dépistage de la dénutrition à l'admission et au cours du séjour des patients sans problèmes nutritionnels, ainsi qu'une évaluation nutritionnelle chez les personnes dénutries. Elles réalisent plus fréquemment un dosage de l'albumine et de la CRP pour le bilan initial d'un résident dénutri. Ces structures sont en proportion plus nombreuses à réévaluer systématiquement à l'admission un régime établi antérieurement. La décision d'enrichissement (alimentation enrichie ou CNO) fait également plus souvent l'objet d'une prescription médicale. En outre, dans ces structures, un apport protidique complémentaire est plus souvent proposé au petit déjeuner. Par ailleurs, ces structures déclarent plus souvent avoir programmé des formations spécifiques concernant l'alimentation des personnes âgées pour l'année 2009.

Par contre, ces structures sont en proportion moins nombreuses à proposer des animations physiques collectives chaque semaine et sont plus souvent confrontées à des situations de jeûne nocturne prolongé non compensé par une collation.

Dans ce groupe, les structures rattachées à un établissement de santé (46 %), disposant d'un axe nutritionnel dans leur projet de soins (87 %), travaillant avec un CLAN (52 %), bénéficiant de l'intervention d'une diététicienne salariée (49 %), accueillant des personnes très dépendantes ($GMP \geq 700$; 36 %) et autogérant leur restauration (88 %) sont surreprésentées (figure 2.19).

■ **Le second profil**, d'effectif comparable au premier, rassemble 38 % des structures. Globalement, ces structures semblent avoir de « **bonnes** » **pratiques concernant la restauration et la prise en compte des besoins des résidents mais des progrès restent à faire en matière de démarche qualité.**

Ainsi, ces structures réalisent plus souvent un recueil des goûts et des préférences alimentaires des résidents à leur admission. Dans ces structures, les résidents ont plus fréquemment possibilité de choisir les composantes de leurs repas. Des animations physiques collectives sont également plus souvent proposées.

Par contre, un apport protidique complémentaire est moins souvent proposé au petit déjeuner.

Ces structures semblent avoir une bonne organisation des repas ; elles sont en proportion plus nombreuses à offrir un temps suffisant à leurs résidents pour les trois principaux repas et elles sont moins souvent confrontées aux situations de jeûne nocturne prolongé non compensé par une collation. Concernant le dépistage et la prise en charge de la dénutrition ou de son risque, leurs pratiques sont globalement peu différentes de celles de l'ensemble des structures.

En revanche, la très grande majorité de ces structures ne disposent pas de procédures écrites ou de protocoles concernant le dépistage de la dénutrition ainsi que de sa prise en charge. Ces structures, le plus souvent, ne classent pas la sévérité de la dénutrition ou utilisent un classement autre que celui de la HAS.

Les structures qui accueillent peu de personnes très dépendantes, celles qui disposent d'une diététicienne non salariée, les structures qui ne travaillent pas avec un CLAN ainsi que celles qui sous-traitent leur restauration sont mieux représentées dans ce groupe que dans l'ensemble des structures.

■ Le **dernier profil** rassemble 26 % des structures. Ces dernières semblent globalement **moins investies dans la prévention et de la prise en charge de la dénutrition**. Comme dans le second profil, la grande majorité des structures ne disposent pas de procédures écrites ou de protocoles concernant le dépistage de la dénutrition ainsi que de sa prise en charge. Elles n'ont pas, le plus souvent, de cahier des charges de la restauration. Ces structures sont en proportion moins nombreuses à réaliser un dépistage de la dénutrition à l'admission et au cours du séjour, et à classer la dénutrition selon les recommandations de la HAS. De même, elles effectuent moins fréquemment une évaluation nutritionnelle chez les personnes dénutries, et un dosage de l'albumine et de la CRP pour le bilan initial des résidents dénutris. Dans ces structures, le fractionnement des repas apparaît également moins souvent mis en place pour les résidents dénutris. De plus, ces structures sont en proportion moins nombreuses à réévaluer le maintien d'un régime établi avant l'admission et à établir une prescription médicale pour les décisions d'enrichissement (alimentation enrichie ou CNO). Les objectifs nutritionnels sont, par ailleurs, moins souvent mentionnés dans le dossier médical du résident. Sur le plan de la restauration, le recueil des goûts et la possibilité pour le résident de choisir les composantes sont moins fréquemment pratiqués. En outre, les répondants de ces structures sont en proportion plus nombreux à ne pas avoir mentionner l'effectif de résidents concernés par un jeûne nocturne de plus de 12 heures. Enfin, la grande majorité des structures n'ont pas programmé en 2009 de formations sur la nutrition des personnes âgées.

La quasi-totalité de ces structures sont autonomes (94 %) et ne travaillent pas avec un CLAN (91 %). Les structures qui n'ont pas d'axe nutritionnel dans leur projet de soins, pas de diététicienne et qui accueillent des personnes les moins dépendantes (GMP<550) sont en proportion plus nombreuses dans ce groupe.

Figure 2.19 Caractéristiques des trois profils de structures

	Profil 1 (36 % ; n=68)	Profil 2 (38 % ; n=73)	Profil 3 (26 % ; n=49)	Total (100 % ; n=190)
Variables actives				
Existence d'un cahier des charges et/ou charte de restauration	61 %	41 %	7 %	39 %
Ne connaît pas les guides PNNS	16 %	36 %	77 %	39 %
Utilise ces guides	64 %	28 %	8 %	36 %
N'utilise pas ces guides	17 %	31 %	14 %	22 %
Dépistage réalisé à l'admission et au cours du séjour des résidents sans problème nutritionnel	89 %	59 %	30 %	62 %
Régime « toujours » réévalué à l'admission	71 %	49 %	31 %	53 %
Evaluation nutritionnelle pour le bilan initial des résidents dénutris	86 %	67 %	38 %	66 %
Réalisation d'un dosage de l'albumine et de la CRP pour le bilan initial des résidents dénutris	74 %	55 %	24 %	54 %
Conseils diététiques donnés aux résidents dénutris	64 %	57 %	44 %	56 %
Fractionnement des repas pour les résidents dénutris	70 %	64 %	49 %	62 %
« Toujours » prescription médicale pour les décisions d'enrichissement (alimentation enrichie, CNO)	52 %	37 %	11 %	36 %
Classement de la sévérité de la dénutrition selon les modalités de la HAS	65 %	27 %	14 %	38 %
Objectifs nutritionnels mentionnés dans le dossier médical du résident	66 %	54 %	26 %	51 %
Existence d'une procédure écrite de dépistage de la dénutrition	86 %	11 %	22 %	41 %
Existence d'une procédure écrite de prise en charge de la dénutrition	80 %	2 %	13 %	33 %
Recueil des goûts et préférences alimentaires effectué à l'admission	82 %	95 %	45 %	78 %
Possibilité pour le résident de choisir les différentes composantes de son repas	89 %	95 %	57 %	83 %
Enquête de consommation alimentaire réalisée au cours des 2 dernières années	31 %	29 %	42 %	33 %
Un fruit/jus de fruit « toujours » proposé au petit déjeuner	53 %	67 %	58 %	60 %
Apport protidique complémentaire « toujours » ou « souvent » proposé au petit déjeuner	48 %	21 %	22 %	31 %
Temps suffisant offert aux résidents pour les 3 principaux repas	58 %	71 %	52 %	61 %
Jeûne nocturne de plus de 12 h pour au moins un résident et pas de collation nocturne proposée	39 %	16 %	35 %	29 %
Jeûne nocturne inférieur à 12 h ou collation proposée aux résidents si jeûne supérieur à 12 h	45 %	61 %	10 %	42 %
Non-réponse	16 %	23 %	56 %	29 %
Animations physiques collectives une fois par semaine	52 %	81 %	57 %	64 %
Formations sur la nutrition des personnes âgées programmées en 2009	62 %	48 %	17 %	45 %
Echanges formalisés entre soignants et personnels de restauration/hôtellerie	67 %	62 %	57 %	62 %
Variables illustratives				
Rattachée à un établissement de santé	46 %	17 %	6 %	25 %
Axe nutritionnel inscrit dans le projet de soins	87 %	73 %	56 %	74 %
Travail avec un CLAN	52 %	18 %	7 %	28 %
Diététicienne salariée	49 %	19 %	6 %	26 %
Diététicienne non salariée	24 %	50 %	45 %	40 %
Pas de diététicienne	27 %	29 %	49 %	33 %
GMP<550	23 %	22 %	38 %	27 %
GMP=]550-699]	26 %	44 %	36 %	36 %
GMP≥700	36 %	10 %	1 %	17 %
GMP non renseigné	15 %	23 %	24 %	20 %
Restauration autogérée	88 %	68 %	74 %	77 %

Les chiffres en gras correspondent aux valeurs test supérieures à 1,96 (en valeur absolue)

PARTIE 3

Synthèse

■ Cette étude sur la prévention et la prise en charge de la dénutrition dans les structures des Pays de la Loire accueillant des personnes âgées dépendantes, réalisée à la demande du Comité technique régional nutrition santé par l'Observatoire régional de la santé, repose sur une double enquête.

Les directeurs de ces 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.

■ Les taux de réponse à cette double enquête, menée début 2009, sont plutôt satisfaisants puisqu'ils atteignent 49 % pour le questionnaire « directeur » et 40 % pour le questionnaire « médecin ». Ils témoignent de l'intérêt des institutions de la région pour les questions d'alimentation et la nutrition du sujet âgé.

Toutefois, un éventuel biais de sélection ne peut être écarté, résultant notamment d'une meilleure participation des structures les plus sensibilisées à la problématique de la dénutrition chez les personnes âgées.

Le contexte général

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), porteur de l'articulation de la politique alimentation-nutrition au sein de l'institution [42, 43], 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 interétablissements (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 EHPAD¹².

■ 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.

■ 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.

Ce constat est récurrent, en France comme en Europe, à l'hôpital comme en hébergement [21, 22, 44, 45], et la situation n'est pas différente entre les structures autonomes et celles qui sont rattachées à un établissement de santé. Toutefois, pour ces dernières, la programmation de formations dans ce domaine apparaît plus fréquente que dans les structures autonomes.

Des contextes très différents dans les structures autonomes et dans celles qui sont rattachées à un établissement de santé

■ D'une façon globale, le contexte dans lequel s'exerce la politique nutritionnelle est donc très différent entre les structures autonomes et celles rattachées à un établissement de santé. Ces dernières se distinguent des structures autonomes par une fréquence beaucoup plus importante du travail avec un CLAN et de l'intervention de diététiciennes salariées. Un axe nutritionnel est en outre un peu plus fréquemment inclus dans le projet de soins.

S'y ajoutent des spécificités comme une capacité d'accueil plus importante, liée au rattachement à un établissement de santé, mais aussi propre à la structure puisque 31 % ont une capacité de plus de 100 lits contre 6 % des structures autonomes. Enfin, les structures rattachées à un établissement de santé accueillent des personnes avec un niveau moyen de dépendance plus élevé que les structures autonomes.

¹² Seul le temps de travail des diététiciennes salariées a été recueilli lors de l'enquête.

La restauration

Une minorité de structures sous-traitent 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 liées à la 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.
- 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. Cette situation est rare dans les structures rattachées à un établissement de santé (3 %) mais concerne plus de la moitié des structures autonomes qui sont dans ce cas.

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

- Les cahiers des charge (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. Par contre, quand ils existent, ces documents comportent dans 95 % des cas un plan alimentaire.
- 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 [27]. 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.

Il semblerait intéressant de compléter ce constat concernant le niveau souvent insuffisant des budgets consacrés aux achats de denrées alimentaires par une analyse des modalités de ces achats, et notamment de leur regroupement ou non dans le cadre de réseaux d'achats, en particulier pour 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, si l'usage exclusif de vaisselle en porcelaine est fréquent, seulement un tiers des structures font état de mesures d'insonorisation dans la salle à manger.

■ Par ailleurs, 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. Elles concernent 39 % des structures autonomes et 75 % des structures rattachées à un établissement de santé.

Seulement 44 % des structures concernées mettent en place une collation nocturne pour pallier au jeûne nocturne prolongé.

Le jeûne nocturne prolongé étant d'autant plus fréquent que le dîner est servi tôt, le recul de l'heure du repas du soir peut permettre de lutter contre cette situation, et des expérimentations de réorganisation de la restauration ont été menées dans cette perspective par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) [46-48].

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

L'enquête apporte également de nombreuses informations sur la prise en compte des attentes et besoins des usagers, et la situation apparaît globalement satisfaisante.

■ 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. Cependant, la mention de ces données dans le projet de vie du résident n'est pas systématique.

■ 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 %).
- Enfin, des « repas-invités » peuvent être préparés pour les résidents qui souhaitent inviter des proches dans la quasi-totalité des structures, et les animations autour des repas (anniversaires, repas à thème, ateliers cuisine, repas à l'extérieur) sont très répandues.

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 aucune des données recueillies lors de l'enquête ne permet de conforter cette hypothèse. 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.

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 (trois jours) [15]. 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. La stratégie d'enrichissement est déterminée de façon pluridisciplinaire dans 70 % des structures concernées, notamment par un médecin et une infirmière.
- 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.

Démarche qualité : une dynamique à amplifier

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

- Les procédures de dépistage de la dénutrition ou de son risque, et de prise en charge de ces problèmes ne sont pas encore très répandues puisque 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. Toutefois, ces outils ne semblent pas s'inscrire dans une démarche qualité globale dans ce domaine puisque leur existence ne s'accompagne pas d'une plus grande fréquence de la réévaluation systématique des régimes instaurés avant l'admission, ni de la prescription des régimes par un médecin.
- 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 %).
- 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.

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).

- Le contexte très différent, dans lequel s'exerce la politique nutritionnelle dans les structures autonomes et dans celles rattachées à un établissement de santé, explique vraisemblablement pour une large part les différences de pratiques mises en évidence par les analyses univariées entre ces structures. L'environnement nutritionnel plus favorable dans les structures rattachées à un établissement de santé s'accompagne en effet d'une démarche qualité plus élaborée et de pratiques soignantes plus proches des recommandations.

Les analyses multivariées ont permis d'approfondir les analyses univariées, et plus spécifiquement d'identifier les associations entre les pratiques et chacun des cinq facteurs de contexte « toutes choses égales par ailleurs ».

- Ces analyses mettent tout d'abord 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. L'existence d'un tel axe s'accompagne de situations plus favorables pour la formation des différentes catégories de personnel, l'élaboration d'un cahier des charges de la restauration, le recueil des goûts et des préférences alimentaires à l'admission, la réalisation d'enquêtes de consommation alimentaire, le dépistage systématique de la dénutrition ou de son risque à l'admission, la réalisation d'une surveillance alimentaire ainsi que d'une évaluation nutritionnelle chez les résidents dénutris ou à risque, l'existence de procédures écrites concernant le dépistage et la prise en charge des personnes dénutries, ainsi que la mention dans le dossier médical du résident de la dénutrition ou de son risque, des objectifs nutritionnels, et du suivi des actions mises en œuvre.

■ Le travail des structures pour personnes âgées dépendantes avec un CLAN a un rôle déterminant de moindre ampleur. Il semble favoriser la mise en place d'une évaluation nutritionnelle lors du bilan initial d'un résident à risque de dénutrition, la prescription médicale pour l'alimentation enrichie et les CNO, la mention dans le dossier médical du résident des objectifs nutritionnels, ainsi que l'élaboration d'un cahier des charges de la restauration.

■ Les diététiciennes jouent un rôle majeur dans la mise en œuvre des pratiques. L'intervention de ces professionnelles semble favoriser la mise en place systématique d'une prescription médicale pour les régimes alimentaires, la mention du statut nutritionnel dans le dossier médical du résident, le non-mélange des différents éléments du plat principal pour les repas à texture modifiée, la proposition d'un fruit (ou jus de fruit) au petit déjeuner, et l'utilisation des guides PNNS.

Par contre, la formation moins fréquente du personnel de préparation et du service des repas dans les structures disposant d'une diététicienne salariée semble à première vue relativement paradoxale, et soulève plusieurs hypothèses : est-ce le reflet de l'existence de formations informelles organisées en interne, comme semble l'indiquer la plus grande fréquence des conseils diététiques aux personnels de restauration et d'hôtellerie dans les structures avec une diététicienne salariée ? ou bien s'agit-il d'un choix stratégique de la structure, lié plus ou moins fortement à des contraintes financières ? d'un effet secondaire lié à la présence d'une personne référente ?

■ Le profil des résidents, et plus précisément leur niveau moyen de dépendance, analysés selon quatre catégories de GMP - GIR moyen pondéré - (<550, 550-699, 700 et plus, non renseigné), influence certaines pratiques. Les structures accueillant une population de résidents très dépendante ($GMP \geq 700$) semblent plus souvent former leur personnel soignant aux questions de nutrition, dépister systématiquement la dénutrition ou son risque à l'admission, doser l'albumine et la CRP lors du bilan initial des personnes à risque de dénutrition, disposer de procédures de dépistage et de prise en charge de la dénutrition, procéder au classement de sa sévérité à partir des modalités de la HAS.

Par contre, le fait d'accueillir des personnes d'un niveau moyen de dépendance élevé est associé à une prise du dîner plus fréquente en chambre, à une moindre fréquence des enquêtes de satisfaction, des repas intergénérationnels ainsi que des avis émis par les instances représentant les usagers.

■ Pour compléter les analyses, une typologie basée sur une vingtaine de variables a permis de distinguer trois profils de structures homogènes en matière de pratiques de restauration et de soins nutritionnels (cf. p. 72).

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.

■ Elle met tout d'abord en évidence la grande convergence des avis formulés par le personnel de direction et les responsables médicaux (cf. figure 2.16, p. 68).

■ 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^{er} et 3^e 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^e 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.

■ La nécessité de développer des procédures pour le suivi et la prise 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 structures 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...).

■ Enfin, bien que le coût moyen de la journée alimentaire semble insuffisant au regard des recommandations du CNA dans près d'un tiers des structures, son augmentation ne se situe pas parmi les mesures considérées comme les plus utiles pour améliorer l'alimentation des résidents. Cette mesure se positionne, parmi les quinze mesures proposées, au 7^e rang pour le personnel de direction (31 % d'entre eux la jugent « très » utile) et uniquement au 11^e rang pour les responsables médicaux (27 %).

Conclusion

■ Malgré une prévalence très élevée (15 à 38 %) et des conséquences bien documentées en termes de morbi-mortalité [1, 2], la dénutrition des personnes âgées en institution reste encore insuffisamment prise en compte. La prévention, le dépistage et la prise en charge précoce de ce problème constituent donc un enjeu essentiel, tant pour les établissements concernés que pour les acteurs institutionnels en charge de la politique de santé dans la région.

■ Dans cette perspective, cette enquête auprès des structures des Pays de la Loire qui accueillent actuellement près de 43 000 personnes âgées dépendantes constitue un premier état des lieux, qui peut contribuer au développement de politiques adaptées.

■ Si certains résultats témoignent d'une réelle mobilisation des structures régionales, les pratiques doivent encore progresser en matière de restauration comme dans le domaine des soins, pour atteindre les niveaux préconisés par les référentiels.

■ Cette enquête permet, par ailleurs, d'identifier les besoins perçus par les responsables de ces structures dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition. 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,
- des guides concernant la nutrition des personnes âgées élaborés dans le cadre du Plan national nutrition santé (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, constitue également un champ d'action à investir.

■ 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 (CLAN interétablissements, partage de temps de diététiciennes, 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 des dispositifs conventionnels, semble constituer un levier à ne pas négliger.

Bibliographie

- [1] Dénutrition de la personne âgée : épidémiologie et conséquences. A. Raynaud-Simon. Dans *Traité de nutrition de la personne âgée. Nourrir l'Homme malade*. Coordonné par X. Hébuterne, E. Alix, A. Raynaud-Simon, B. Vellas. Ed. Springer, 2009, pp. 165-174.
- [2] Epidémiologie de la dénutrition. Dans *Nutrition de la personne âgée*. M. Ferry, E. Alix, P. Brocker, T. Constans, B. Lesourd, D. Mischlish, et al. 3^{ème} éd. Masson, 2007, pp. 93-102.
- [3] Conséquences de la dénutrition. Dans *Nutrition de la personne âgée*. M. Ferry, E. Alix, P. Brocker, T. Constans, B. Lesourd, D. Mischlish, et al. 3^{ème} éd. Masson, 2007, pp. 132-137.
- [4] Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. The Malnutrition Prevalence Group. J. Edington, J. Boorman, E.R. Durrant, A. Perkins, C.V. Giffin, R. James, et al. *Clinical Nutrition*, 2000, vol. 19, n° 3, pp. 191-195.
- [5] Hospital length of stay and nutritional status. U.G. Kyle, L. Genton, C. Pichard. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 2005, vol. 8, n° 4, pp. 397-402.
- [6] Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers : a systematic review and meta-analysis. R.J. Stratton, A.C. Ek, M. Engfer, Z. Moore, P. Rigby, R. Wolfe, et al. *Ageing Research Reviews*, 2005, vol. 4, n° 3, pp. 422-450.
- [7] Nutritional supplementation for hip fracture aftercare in older people. A. Avenell, H.H.G. Handoll. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, n° 4, CD001880.
- [8] Meta-analysis : protein and energy supplementation in older people. A.C. Milne, A. Avenell, J. Potter. *Annals of Internal Medicine*, 2006, vol. 144, n° 1, pp. 37-48.
- [9] Projections de population 2005-2050. Vieillesse de la population en France métropolitaine. I. Robert-Bobée. *Economie et Statistique*, Insee, 2007, n° 408-409, pp. 95-112.
- [10] Pays de la Loire : 64 000 personnes âgées potentiellement dépendantes en 2015. A. Lebeauupin, J. Rabaud. *Etudes*, Insee Pays de la Loire, 2007, n° 53, 4 p.
- [11] Programme National Nutrition-Santé PNNS 2001-2005, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2003, 40 p.
- [12] Pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs pour la promotion de la nutrition en France. Eléments de bilan du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS 2 (2006-2008). S. Hercberg. Ministère de la santé et des solidarités, 2006, 280 p.
- [13] Deuxième Programme national nutrition santé - 2006-2010 : Actions et mesures. Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, 2006, 51 p.
- [14] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal Officiel de la République Française*, 11 août 2004, 85 p.

[15] Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles. Haute autorité de santé, 2007, 25 p.

[16] Statistique annuelle des établissements de santé 2007 (SAE). Données administratives. Drees
<http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>

[17] Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques. Haute autorité de santé, 2008, 18 p.

[18] Améliorer la qualité en EHPAD : outil d'auto-évaluation. Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000, 27 p.

[19] Les bonnes pratiques de soins en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Quelques recommandations. DGS, DGAS, Société française de gériatrie de gérontologie, 2007, 115 p.

[20] Recommandation relative à la nutrition du 4 mai 2007. Groupe d'étude des marchés de restauration collective et de nutrition. Observatoire économique de l'achat public, 2007, 69 p.

[21] Prévention de la dénutrition des personnes âgées en institution en Aquitaine. Situation en 2005. Drass Aquitaine, Isped, 2007, 72 p.

[22] Prise en charge et prévention de la dénutrition. Etude transversale dans 116 établissements de Haute-Normandie. L. Bailly, J. Ladner, A. Petit, M. Carpentier, C. Baude, N. Bohic-Peneau et al. *La Presse Médicale*, 2006, vol. 35, n° 4, pp. 578-583.

[23] La qualité de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées hébergées en institution. M.L. Huc. *Information Diététique*, 2005, n° 4, pp. 421-429.

[24] Circulaire DHOS/E1 n°2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et la nutrition dans les établissements de santé.

[25] Décret n°2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement.

[26] Comité de Liaison Alimentation et Nutrition. Mettre en place et animer un CLAN. Guide pour les établissements de santé. MeaH, 2008, 70 p.

[27] Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques. Conseil national de l'alimentation, 2005, 24 p. (Avis n° 53).

[28] Evaluation de la qualité de l'alimentation et de la nutrition dans les services de soins. Référentiel. A.S. Poisson-Salomon, F. Fabre, M.C. Puissant, A. Lamy, P. Tronchon. Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 2000, 53 p.

[29] Uni.H.A : Union des Hôpitaux pour les Achats confirme sa montée en puissance dans le domaine de l'achat hospitalier [page internet]
<https://www.uniha.org>

- [30] Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD. Ministère de la santé et des solidarités, 2004, 61 p.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/reco_soins ehpad/rbps_ ehpad.pdf
- [31] Propositions de structuration des commissions de menus en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. A. Massoulard, J.C. Desport, A. Baptiste, P. Jésus, J.L. Fraysse, C. Villemonteix, et al. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 2009, vol. 23, n° 3, pp. 109-112.
- [32] Alimentation en institution. B. Derycke. Dans *Traité de nutrition de la personne âgée. Nourrir l'Homme malade*. Coordonné par X. Hébuterne, E. Alix, A. Raynaud-Simon, B. Vellas. Ed. Springer, 2009, pp. 303-312.
- [33] Charte des personnes âgées dépendantes en institution. Commission "Droits et Libertés" de la Fondation nationale de gérontologie, 1986, 3 p.
- [34] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. *Journal Officiel de la République Française*, 3 janvier 2002, pp. 124-142.
- [35] Faut-il supplémenter les sujets âgés en vitamines et en oligoéléments ? O. Guérin. Dans *Traité de nutrition de la personne âgée. Nourrir l'Homme malade*. Coordonné par X. Hébuterne, E. Alix, A. Raynaud-Simon, B. Vellas. Ed. Springer, 2009, pp. 251-257.
- [36] Evaluation de l'état nutritionnel. Dans *Nutrition de la personne âgée*. M. Ferry, E. Alix, P. Brocker, T. Constans, B. Lesourd, D. Mischlish, et al. 3^{ème} éd. Masson, 2007, pp. 103-115.
- [37] Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique. *Journal Officiel de la République Française*, 4 mars 2005, 5 p.
- [38] Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles. *Journal Officiel de la République Française*, 27 mars 2004, pp. 5909-5911.
- [39] Retrouver sa liberté de mouvement. PNAPS. Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive. J.F. Toussaint, 2008, 295 p.
- [40] Le disque de calcul de l'indice de masse corporelle chez l'adulte. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Inpes, 2003, 4 p.
- [41] Stratégie thérapeutique nutritionnelle. Dans *Nutrition de la personne âgée*. M. Ferry, E. Alix, P. Brocker, T. Constans, B. Lesourd, D. Mischlish, et al. 3^{ème} éd. Masson, 2007, pp. 138-151.
- [42] Alimentation en milieu hospitalier : rapport de mission. B. Guy-Grand. Secrétariat d'Etat à la santé et à la sécurité sociale, 1997, 248 p.
- [43] Une nouvelle stratégie hospitalière : le CLAN (Comité de Liaison-Alimentation Nutrition). C. Ricour. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 1997, vol. 11, n° 3, pp. 157-158.

[44] Etat des lieux des CLAN en 2004. J. Vidal, J. Desport, E. Alix, D. Girard, L. Monier, S. Chauvin, et al. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 2005, vol. 19, n° 3, pp. 116-125.

[45] Alimentation et soins nutritionnels dans les hôpitaux : une vision européenne. J. Melchior. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 2003, vol. 17, n° 4, pp. 207-212.

[46] Diminution du jeûne nocturne et repositionnement des horaires des repas dans les services de gériatrie du centre hospitalier Albertville-Moùtiers. Centre hospitalier Albertville-Moùtiers, 25 janvier 2008, 20 diapositives.

[47] Organisation de la fonction restauration. Retour d'expériences. Centre hospitalier spécialisé de Lorquin. MeaH, 2008, 14 diapositives.

[48] Réduire le jeûne nocturne et modifier les horaires des repas. Expérience au Centre hospitalier de Béthune (62). CHS de Béthune, 2008, 18 diapositives.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire adressé au directeur de l'établissement

Enquête nutrition auprès des institutions pour personnes âgées des Pays de la Loire

QUESTIONNAIRE « NUTRITION AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT »

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

N° Finess :

Adresse :

PERSONNE AYANT REMPLI LE QUESTIONNAIRE

Nom Prénom

Fonction.....

Tél. Mail

ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT AUTOUR DE LA NUTRITION

1/ Au cours des 2 dernières années, avez-vous organisé auprès des résidents de l'établissement...?

- au moins une enquête de satisfaction concernant l'alimentation et son environnement ? ₁ oui ₂ non

- au moins une enquête de consommation alimentaire ? ₁ oui ₂ non

2/ Combien d'avis concernant l'alimentation et son environnement sont-ils émis en moyenne chaque année par le conseil de vie sociale/commission des usagers (ou son équivalent institutionnel) ?

₁ 3 par an ou plus ₂ 1 à 2 par an ₃ moins d'1 par an

3/ L'axe nutritionnel fait-il partie du projet de soins actuel de l'établissement ? ₀ pas de projet de soins

₁ oui ₂ non, mais prévu pour le prochain projet de soins ₃ non, mais en projet à plus long terme ₄ non

4/ L'établissement travaille-t-il avec un CLAN (Comité de liaison alimentation nutrition) ?

₁ oui ₂ non ₃ je n'ai pas connaissance de ce type de structure

Si oui, le CLAN est-il ? ₁ intra-établissement ₂ inter-établissement (partenariat) ₃ départemental

Si non, - existe-t-il une structure qui assure des fonctions équivalentes ? ₁ oui (son nom :.....) ₂ non

- avez-vous le projet de travailler avec un CLAN ?

₁ oui, en 2009 ₂ oui, à plus long terme ₃ non ₄ ne sais pas

5/ Utilisez-vous des guides du plan national nutrition santé (PNNS) dans l'établissement ?

₁ oui ₂ non, mais je les connais ₃ non, et je ne les connais pas

Si non, souhaiteriez-vous recevoir une information et un exemplaire de certains de ces outils ? ₁ oui ₂ non

6/ Une diététicienne intervient-elle dans l'établissement ?

₁ oui, comme salariée de l'établissement

↳ quel est son temps de travail en ETP (équivalent temps plein) ? |_|_|,|_|_|_|

₂ oui, mais non salariée de l'établissement

₃ non

7/ Sur une journée, quel est en moyenne le nombre total d'heures consacrées par le personnel aux tâches suivantes ?

	Petit déjeuner	Déjeuner	Goûter*	Dîner
Distribution des repas (en chambre ou en salle à manger)	_ _ _ H _ _ _ min	_ _ _ H _ _ _ min	_ _ _ H _ _ _ min	_ _ _ H _ _ _ min
Aide et/ou stimulation des résidents pour les repas ?	_ _ _ H _ _ _ min	_ _ _ H _ _ _ min	_ _ _ H _ _ _ min	_ _ _ H _ _ _ min
Aide des résidents pour les déplacements vers les lieux de restauration ou les transferts pour la prise de repas ?	_ _ _ H _ _ _ min	_ _ _ H _ _ _ min	_ _ _ H _ _ _ min	_ _ _ H _ _ _ min

* S'il n'existe pas de service de goûter, mettre un 0 dans les cases correspondantes

8/ Quelle proportion du personnel de l'établissement a bénéficié d'une formation spécifique concernant la nutrition des personnes âgées au cours des deux dernières années ?

Personnel					ne sais pas	non concerné (service sous-traité)
Soignant	<input type="checkbox"/> ₁ 75 à 100 %	<input type="checkbox"/> ₂ 50 à 75 %	<input type="checkbox"/> ₃ 25 à -50 %	<input type="checkbox"/> ₄ moins de 25 %	<input type="checkbox"/> ₅	
Préparation des repas	<input type="checkbox"/> ₁ 75 à 100 %	<input type="checkbox"/> ₂ 50 à 75 %	<input type="checkbox"/> ₃ 25 à -50 %	<input type="checkbox"/> ₄ moins de 25 %	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
Service des repas	<input type="checkbox"/> ₁ 75 à 100 %	<input type="checkbox"/> ₂ 50 à 75 %	<input type="checkbox"/> ₃ 25 à -50 %	<input type="checkbox"/> ₄ moins de 25 %	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

9/ Des formations spécifiques concernant la nutrition des personnes âgées sont-elles programmées pour 2009 ?

₁ oui ₂ non

10/ Utilisez-vous des compléments nutritionnels oraux (CNO) dans votre établissement ? ₁ oui ₂ non

Si oui, aviez-vous un budget spécifique les concernant avant l'été 2008 ? ₁ oui ₂ non

↳ **si oui**, quel était son montant pour 2007 ? |_|_|_|_| euros (arrondir à 1 euro près)

PRISE EN COMPTE DES ATTENTES ET BESOINS DES PERSONNES ...PROJET DE VIE INDIVIDUEL

11/ Un recueil systématique des goûts et préférences alimentaires est-il effectué à l'admission de chaque résident ?

₁ oui ₂ non

Si oui,

- qui assure habituellement le recueil ? ₁ famille du résident ₂ personnel soignant ₃ autre, précisez :

- les données recueillies apparaissent-elles dans le projet de vie individuel ? ₁ toujours ₂ souvent ₃ rarement ₄ jamais

- utilisez-vous un questionnaire standardisé pour ce recueil ? ₁ oui ₂ non

↳ **si non**, souhaiteriez-vous qu'un modèle vous soit proposé par le Comité Technique Régional Nutrition ? ₁ oui ₂ non

12/ Un professeur spécialisé en activité physique adaptée (APA) intervient-il dans l'établissement ?

₁ oui ₂ non

RESTAURATION

13/ Quel est le mode de fonctionnement de la restauration des résidents dans l'établissement ?

	Autogéré	Sous-traité
Elaboration des menus	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Achats des denrées alimentaires	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Préparation des repas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ sur place <input type="checkbox"/> ₃ à l'extérieur de l'établissement
Service des repas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

14/ Si les repas sont fabriqués sur place, certains sont-ils portés à l'extérieur de l'établissement ? ₁ oui ₂ non

Si oui, (plusieurs réponses possibles)

- précisez : établissements scolaires portage à domicile pour personnes âgées autre (entreprise,....)

- indiquez le nombre moyen de repas destinés à l'extérieur chaque jour ? |_|_|_|

15/ Connaissez-vous le coût moyen de la journée alimentaire d'un résident, boissons comprises ? ₁ oui ₂ non

(dépenses des denrées alimentaires pour l'ensemble des repas / nombre de journées-résidents)

Si oui, quel est-il ? |_|_|_|,|_|_| euros

16/ L'établissement dispose-t-il d'un cahier des charges et/ou d'une charte concernant la restauration ? ₁ oui ₂ non

Si oui,

- a-t-il été validé par un CLAN ou son équivalent ? ₁ oui ₂ non ₉ non concerné (pas de CLAN ou équivalent)

- ce cahier des charges (charte) comporte-t-il un plan alimentaire ? ₁ oui ₂ non ₃ ne sais pas

↳ **si oui**, - sur combien de semaines est établi le plan alimentaire ? |_| semaines

- le plan alimentaire comporte-t-il des cycles été/hiver ? ₁ oui ₂ non ₃ ne sais pas

- chaque plan alimentaire est-il validé par une diététicienne ? ₁ oui ₂ non ₃ ne sais pas

17/ Les menus sont-ils validés par une diététicienne et/ou un responsable cuisine (composition alimentaire de la journée, fréquence des plats) ? ₁ oui ₂ non ₃ ne sais pas **si oui**, à quel rythme ? toutes les |_|_| semaines

18/ Les fiches techniques des produits et/ou plats livrés dans l'établissement ont-elles été fournies par le prestataire à l'établissement ? ₁ oui ₂ non ₃ ne sais pas

Si oui, comportent-elles les renseignements suivants ? - liste des ingrédients ₁ oui ₂ non
- poids ₁ oui ₂ non
- valeur nutritionnelle (pour 100g ou par portion) ₁ oui ₂ non

19/ Si les repas sont fabriqués dans l'établissement, des fiches techniques pour les recettes composant les menus ont-elles été établies ? ₁ oui ₂ non ₃ ne sais pas

Si oui, font-elles apparaître le grammage des matières grasses ? ₁ oui ₂ non ₃ ne sais pas

20/ Existe-t-il au sein de l'établissement une instance qui permet de discuter des menus ?

₁ oui, commission des menus ou équivalent ₂ non

Si oui, qui participe à cette commission (*plusieurs réponses possibles*) ?

chef cuisinier diététicienne résidents familles des résidents médecin coordonnateur
 directeur infirmière représentant entreprise de restauration autre

21/ Quelles sont les différentes textures modifiées proposées aux résidents ? (*plusieurs réponses possibles*)

coupé-menu devant le résident haché mixé autres ne sais pas

22/ Les repas à texture modifiée sont-ils préparés sur place à partir du menu du jour ?

₁ toujours ₂ souvent ₃ rarement ₄ jamais

Si oui, les différents éléments du plat principal sont-ils mélangés ? ₁ oui ₂ non ₃ ne sais pas

23/ Les menus à texture modifiée comportent-ils une préparation enrichie (avec crème fraîche, œufs, lait écrémé, ...) ?

₁ toujours ₂ souvent ₃ rarement ₄ jamais ₅ ne sais pas

24/ Existe-t-il habituellement des possibilités de choix pour les différentes composantes du repas ? ₁ oui ₂ non

Si oui, (*plusieurs réponses possibles pour les 2 questions qui suivent*)

- lesquelles sont concernées ? l'entrée le plat le fromage ou produit laitier le dessert

- à quel(s) moment(s) se fait (font) le(s) choix ? en amont du service des repas lors du service des repas

↳ Pour les choix effectués en amont du service des repas, existe-t-il des possibilités de substitution lors du service des repas ? ₁ toujours ₂ souvent ₃ rarement ₄ jamais

25/ Proposez-vous au petit déjeuner les éléments suivants ?

- un apport protidique complémentaire (fromage, fromage blanc, jambon, œuf) ₁ toujours ₂ souvent ₃ rarement ₄ jamais

- un fruit ou un jus de fruit ₁ toujours ₂ souvent ₃ rarement ₄ jamais

HOTELLERIE

26/ Quel est le lieu habituel de restauration pour : - le petit déjeuner ? ₁ chambre ₂ salle à manger
- le déjeuner ? ₁ chambre ₂ salle à manger
- le dîner ? ₁ chambre ₂ salle à manger

27/ Quelle est la durée minimale des repas suivants (*en minutes*) ?

Petit déjeuner : |__|__ min

Déjeuner : |__|__ min

Dîner : |__|__ min

28/ A quelle heure commence le service du dîner ? |__|__ h |__|__ min

29/ Les résidents sont-ils majoritairement satisfaits ... - du lieu du dîner ? ₁ oui ₂ non ₃ ne sais pas

- de(s) l'heure(s) du dîner ? : ₁ oui ₂ non, trop tôt ₃ non, trop tard ₄ ne sais pas

30/ Quel est le nombre de résidents qui ont un jeûne nocturne (entre dîner et petit déjeuner) supérieur à 12 heures ?

|__|__|__| (*mettre 0 si aucun*) précisez dans tous les cas le nombre total de résidents dans l'établissement |__|__|__|

Si certains résidents sont concernés, leur proposez-vous une collation nocturne ? ₁ oui ₂ non

31/ Dans quel type de vaisselle sont servis les repas ?

₁ tout en porcelaine ₂ mixte (porcelaine et « usage unique ») ₃ tout en « usage unique »

32/ Le personnel parvient-il à réchauffer les plats de tous les résidents qui le demandent pendant le repas ?

₁ toujours ₂ souvent ₃ rarement ₄ jamais

- 33/ L'ensemble des salles à manger bénéficie-elles de mesures d'insonorisation ? ₁ oui ₂ non
 Si oui, précisez à quel(s) niveau(x) (plusieurs réponses possibles) : plafonds sols couverts rangement/plateaux
- 34/ Les résidents peuvent-ils manger en terrasse extérieure les jours de beau temps ?
₁ oui, tous ou presque ₂ oui mais seulement les résidents autonomes ₃ non
- 35/ Des "repas - invités" peuvent-ils être préparés à la demande d'un résident qui souhaite inviter ses proches ?
₁ oui ₂ non si oui, quel est le prix d'un repas invité ? |__|__|,|__|__| euros

ANIMATIONS, ACTIVITES

- 36/ Au cours des 12 derniers mois, les événements suivants ont-ils eu lieu ?
- séances d'information et/ou d'éducation nutritionnelle destinées aux résidents et/ou à leurs familles ? ₁ oui ₂ non
 - repas à l'extérieur de l'établissement ? ₁ oui ₂ non
 - repas à thème (cuisine étrangère, cuisine du sud-ouest, etc...) ? ₁ oui ₂ non
 - atelier cuisine (pâtisserie, découverte de nouveaux goûts, etc...) ? ₁ oui ₂ non
 - repas partagés avec enfants ou adolescents dans le cadre d'un partenariat avec école primaire/collège ? ₁ oui ₂ non
 - animations (repas, goûter) autour des fêtes et anniversaires ? ₁ oui ₂ non
- 37/ Des animations physiques collectives sont-elles proposées aux résidents ? ₁ oui ₂ non
 Si oui, combien de fois par semaine : |__| / semaine (mettre 0 si moins d'1 fois par semaine)

BESOINS ET ATTENTES

- 38/ Globalement, comment jugez-vous l'alimentation des résidents dans l'établissement ?
₁ tout à fait satisfaisante ₂ plutôt satisfaisante ₃ peu satisfaisante ₄ pas du tout satisfaisante

39/ Quelles actions vous semblent utiles pour l'améliorer ? (1 seule réponse par ligne)

	très utile ₁	assez utile ₂	peu utile ₃	pas utile ₄	ne sais pas ₅
Améliorer la qualité des produits alimentaires	<input type="checkbox"/>				
Améliorer l'organisation de préparation et de service	<input type="checkbox"/>				
Améliorer le matériel de préparation et de service (fours, sauteuses,)	<input type="checkbox"/>				
Disposer d'un matériel de pesée et/ou de mesure des résidents plus adapté et/ou en plus grand nombre	<input type="checkbox"/>				
Disposer d'un personnel plus nombreux pour					
- la préparation des repas	<input type="checkbox"/>				
- la distribution des repas	<input type="checkbox"/>				
- les déplacements et transferts des résidents pour les repas	<input type="checkbox"/>				
- l'aide et la stimulation des résidents pour les repas	<input type="checkbox"/>				
- le dépistage et la prise en charge de la dénutrition	<input type="checkbox"/>				
Disposer de certaines compétences spécifiques (diététicienne, référent restauration...)	<input type="checkbox"/>				
Pouvoir augmenter le coût moyen de la journée alimentaire	<input type="checkbox"/>				
Disposer d'un budget plus important pour les CNO	<input type="checkbox"/>				
Impulser ou renforcer la politique nutrition au sein de l'établissement	<input type="checkbox"/>				
Améliorer la communication sur l'alimentation des résidents/patients entre les différentes équipes de restauration, d'hôtellerie et de soins	<input type="checkbox"/>				
Améliorer la formation du personnel sur l'alimentation et la nutrition des personnes âgées	<input type="checkbox"/>				
Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/>				

- 40/ S'il existe des besoins de formation du personnel concernant l'alimentation et la nutrition des personnes âgées, quels sont selon vous les deux catégories de professionnels concernées en priorité ?
 médecins infirmières aides- soignantes personnel de service personnel de cuisine personnel administratif

COMMENTAIRES ET PRECISIONS EVENTUELS :

MERCI POUR VOTRE CONTRIBUTION

Annexe 2 : Questionnaire adressé au médecin responsable de la structure

Enquête nutrition auprès des institutions pour personnes âgées des Pays de la Loire

QUESTIONNAIRE « SOINS NUTRITIONNELS »

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

N° Finess :
ADRESSE

PERSONNE AYANT REMPLI LE QUESTIONNAIRE :

Nom Prénom

Tél. Mail

Fonction :

₁ médecin coordonnateur ₂ médecin référent/faisant fonction de coordonnateur ₃ autre médecin ₄ cadre/référent infirmier

DEPISTAGE DE LA DENUTRITION OU DU RISQUE DE DENUTRITION

	A l'ENTREE dans l'établissement	Lors du SUIVI d'un résident sans problème nutritionnel
1/ Existe-t-il un dépistage systématique de la dénutrition ou du risque de dénutrition?	<input type="checkbox"/> ₁ oui <input type="checkbox"/> ₂ non Si oui, sous quel délai ? <input type="checkbox"/> ₁ inf ou égal à 1 mois <input type="checkbox"/> ₂ sup à 1 mois	<input type="checkbox"/> ₁ oui <input type="checkbox"/> ₂ non Si oui, à quel rythme ? _ _ fois par an
2/ Si oui, cochez les cases des éléments qui font partie du dépistage		
Mesure du poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ₁ avec courbe <input type="checkbox"/> ₂ sans courbe
Recherche d'une perte de poids récente (en % du poids initial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcul de l'Indice de masse corporelle (IMC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimation de l'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recherche systématique de situations à risque de dénutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcul du MNA* simplifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcul du MNA complet quand MNA simplifié <12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan bucco-dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan kiné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez)

* MNA : Mini Nutritional Assessment

3/ Si le MNA simplifié est calculé, qui réalise ce test ?

₁ un seul professionnel de santé ₂ plusieurs membres de l'équipe ₃ non concerné

4/ Si le MNA complet est calculé, qui réalise ce test ?

₁ un seul professionnel de santé ₂ plusieurs membres de l'équipe ₃ non concerné

5/ Existe-t-il au sein de l'établissement une procédure écrite concernant le dépistage de la dénutrition ou du risque de dénutrition?

₁ oui ₂ non

PREVENTION DE LA DENUTRITION

6/ Actuellement, combien de résidents suivent un régime (restrictif et/ou à texture modifiée) lié à un problème de santé ?

____ (noter 0 si aucun)

précisez dans tous les cas le nombre total de résidents _____

7/ La nécessité de maintenir un régime mis en place antérieurement est-elle systématiquement réévaluée à l'entrée dans l'établissement ?

₁ toujours ₂ souvent ₃ rarement ₄ jamais

8/ Les régimes alimentaires font-ils toujours l'objet d'une prescription médicale ?

₁ oui ₂ non

9/ Les différents types de régimes alimentaires font-ils chacun l'objet d'un « protocole » écrit ?

₁ oui, tous ₂ oui, certains ₃ non

Si oui, chaque protocole détaille-t-il :

- la composition du régime ? ₁ oui ₂ non

- le rythme de réévaluation du patient (tolérance, efficacité, adéquation avec la situation clinique) ? ₁ oui ₂ non

10/ Les échanges d'informations entre soignants et personnels de restauration et d'hôtellerie concernant l'alimentation et la nutrition des résidents / patients, sur le plan individuel, sont-ils formalisés ?

₁ oui ₂ non

Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

- réunions de travail spécifiquement dédiées ? ₁ oui ₂ non

- cahier de liaison (ou équivalent) entre les 2 équipes ? ₁ oui ₂ non

- autre, précisez :

11/ Un plan d'activité physique adaptée (APA) est-il établi pour chaque résident ?

₁ toujours ₂ souvent ₃ rarement ₄ jamais

BILAN INITIAL DES PATIENTS DENUTRIS OU A RISQUE DE DENUTRITION

12/ La mise en place d'une feuille de surveillance alimentaire fait-elle partie du bilan...

- du patient dénutri ? ₁ oui ₂ non

- du patient à risque de dénutrition ? ₁ oui ₂ non

Si vous utilisez des feuilles de surveillance, répondez aux questions suivantes, sinon passez directement à la question 18

13/ Sur combien de temps est réalisée la surveillance alimentaire ?

₁ 1 jour ou moins ₂ 2 jours ₃ 3 jours ₄ 4 jours ou plus

14/ Prend-elle en compte les prises alimentaires en dehors des repas ?

₁ oui systématiquement ₂ oui dans certains cas seulement ₃ non

15/ Les feuilles de surveillance alimentaires sont-elles, de ce vous voyez, bien remplies ?

₁ toujours ₂ souvent ₃ rarement ₄ ne sais pas

16/ Une évaluation nutritionnelle est-elle effectuée à partir de la surveillance alimentaire....

- pour les patients dénutris ? ₁ oui ₂ non

- pour les patients à risque de dénutrition ? ₁ oui ₂ non

17/ Existe-t-il une surveillance des apports hydriques ?

- pour les patients dénutris ? ₁ oui ₂ non

- pour les patients à risque de dénutrition ? ₁ oui ₂ non

18/ Parmi les examens biologiques suivants, lesquels font partie du bilan initial du patient dénutri ou à risque de dénutrition ? (cochez les cases correspondantes)

	Patient à risque de dénutrition	Patient dénutri
albumine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
préalbumine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lymphocytes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
micronutriments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
calcul du PINI *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aucun de ces éléments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Prognostic Inflammatory and Nutritional index d'Ingelbleek

19/ Comment classez-vous la sévérité de la dénutrition ?

- ₁ pas de classement
- ₂ selon la classification de l'OMS (5 grades basés sur l'IMC)
- ₃ selon les critères diagnostiques de la recommandation HAS 2007 (dénutrition modérée, dénutrition sévère)
- ₄ autrement (précisez) :.....

20/ Les notions suivantes sont-elles tracées dans le dossier médical du patient :

- la dénutrition ou le risque de dénutrition *quand tel est le cas* ₁ toujours ₂ souvent ₃ rarement ₄ jamais
- les objectifs nutritionnels (ou projet de renutrition) ₁ toujours ₂ souvent ₃ rarement ₄ jamais
- le suivi des actions mises en œuvre ₁ toujours ₂ souvent ₃ rarement ₄ jamais

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DENUTRIS OU A RISQUE DE DENUTRITION

21/ Quels sont les différentes modalités de prise en charge utilisées dans les cas suivants ? (cochez les cases correspondantes)

	Patient qui présente une diminution des apports alimentaires	Patient dénutri
conseils diététiques au personnel de restauration et d'hôtellerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
conseils diététiques au résident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alimentation enrichie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
compléments nutritionnels oraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fractionnement des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
instauration d'une ou plusieurs collations diurnes ou nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nutrition entérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre (précisez)

22/ La décision d'enrichissement (alimentation enrichie et/ou compléments nutritionnels oraux) fait-elle l'objet d'une prescription médicale ? ₁ toujours ₂ souvent ₃ rarement ₄ jamais

23/ Par qui est choisie la stratégie d'enrichissement ? (plusieurs choix possibles)

- médecin infirmière diététicienne autre (précisez :.....)

24/ Combien de patients consomment des compléments nutritionnels oraux actuellement ? (noter 0 si aucun)

tous les jours | |_|_|_| occasionnellement | |_|_|_|

25/ Les compléments nutritionnels oraux hyperprotidiques étant satiétogènes, vous est-il possible de les donner à distance des repas (au moins 2 heures avant) ?

- ₁ oui ₂ non ₉ non concerné (pas de CNO hyperprotidiques)

26/ Pouvez-vous accueillir au sein de l'unité des patients sous nutrition entérale?

- ₁ oui ₂ non

27/ Quels critères utilisez vous habituellement pour le suivi des patients dénutris ?

- le poids ₁ oui ₂ non
- l'albumine ₁ oui ₂ non
- la préalbumine ₁ oui ₂ non
- la composition corporelle ₁ oui ₂ non
- autre, précisez :.....

28/ Existe-t-il au sein de l'unité une procédure écrite concernant la prise en charge (bilan, stratégie thérapeutique, suivi)

- des patients dénutris ? ₁ oui ₂ non
- des patients à risque de dénutrition ? ₁ oui ₂ non

BESOINS ET ATTENTES

29/ Comment jugez-vous l'alimentation des personnes âgées dans l'établissement ?

- ₁ tout à fait satisfaisante ₂ plutôt satisfaisante ₃ peu satisfaisante ₄ pas du tout satisfaisante

30/ Quelles actions vous semblent utiles pour améliorer l'alimentation des personnes âgées dans l'établissement ?

(1 seule réponse par ligne)	très utile ₁	assez utile ₂	peu utile ₃	pas utile ₄	ne sais pas ₅
Améliorer la qualité des produits alimentaires	<input type="checkbox"/>				
Améliorer l'organisation de préparation et de service	<input type="checkbox"/>				
Améliorer le matériel de préparation et de service (fours, sauteuses,)	<input type="checkbox"/>				
Disposer d'un matériel de pesée et/ou de mesure des résidents plus adapté et/ou en plus grand nombre	<input type="checkbox"/>				
Disposer d'un personnel plus nombreux pour					
- la préparation des repas	<input type="checkbox"/>				
- la distribution des repas	<input type="checkbox"/>				
- les déplacements et transferts des résidents pour les repas	<input type="checkbox"/>				
- l'aide et la stimulation des résidents pour les repas	<input type="checkbox"/>				
- le dépistage et la prise en charge de la dénutrition	<input type="checkbox"/>				
Disposer de certaines compétences spécifiques (diététicienne, référent restauration...)	<input type="checkbox"/>				
Pouvoir augmenter le coût moyen de la journée alimentaire	<input type="checkbox"/>				
Disposer d'un budget plus important pour les compléments nutritionnels oraux	<input type="checkbox"/>				
Impulser ou renforcer la politique concernant l'alimentation et la nutrition au sein de l'établissement	<input type="checkbox"/>				
Améliorer la communication sur l'alimentation des résidents entre les différentes équipes de restauration, d'hôtellerie et de soins	<input type="checkbox"/>				
Développer des protocoles et procédures relatifs au suivi et à la prise en charge nutritionnelle des résidents / patients ?	<input type="checkbox"/>				
Améliorer la formation du personnel sur la nutrition des personnes âgées	<input type="checkbox"/>				
Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/>				

31/ S'il existe des besoins de formation du personnel concernant l'alimentation et la nutrition des personnes âgées, quels sont selon vous les deux catégories de professionnels concernées en priorité ?

médecins infirmières aides- soignantes personnel de service personnel de cuisine personnel administratif

32/ Souhaiteriez-vous que des modèles de procédures/ protocoles vous soient proposés pour les situations suivantes ?

	OUI ₁	NON ₂
Dépistage de la dénutrition ou du risque de dénutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge des patients dénutris (bilan, stratégie thérapeutique, suivi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge nutritionnelle des situations suivantes :		
- anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- troubles du transit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- maladie d'Alzheimer et autres démences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- troubles de la déglutition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- problèmes bucco-dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- escarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cancers et autres pathologies chroniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- convalescence (post-chirurgie ou pathologie aiguë)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENTAIRES ET PRECISIONS EVENTUELS :

MERCI POUR VOTRE CONTRIBUTION

Annexe 3 : Mini nutritional assessment (MNA)

NESTLÉ NUTRITION SERVICES



Evaluation de l'état nutritionnel Mini Nutritional Assessment MNA™

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

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

Dépistage	
A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie	<input type="checkbox"/>
B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	<input type="checkbox"/>
C Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>
D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>
F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg/m ²) 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Score de dépistage (sous-total max. 14 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 points ou plus normal pas besoin de continuer l'évaluation	
11 points ou moins possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation	

Evaluation globale	
G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile? 0 = non 1 = oui	<input type="checkbox"/>
H Prend plus de 3 médicaments 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>
I Escarres ou plaies cutanées? 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ, 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*. Supplement #2:15-59.
Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bâle, in press.

© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	<input type="checkbox"/>
K Consomme-t-il? • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes? 0 = non 1 = oui	<input type="checkbox"/>
M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté	<input type="checkbox"/>
O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition	<input type="checkbox"/>
P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22 1,0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31	<input type="checkbox"/>

Evaluation globale (max. 16 points) ,
Score de dépistage
Score total (max. 30 points) ,

Appréciation de l'état nutritionnel
de 17 à 23,5 points risque de malnutrition
moins de 17 points mauvais état nutritionnel

08/08 F

Ce rapport ainsi qu'une synthèse de cette étude, publiée dans un numéro spécial de la lettre régionale des CLAN des Pays de la Loire en mars 2010, sont disponibles sur : www.santepaysdelaloire.com et www.grsp-pays-de-la-loire.sante.fr

Citation suggérée

ORS Pays de la Loire, CTRNS Pays de la Loire. *Prévention et prise en charge de la dénutrition dans les structures des Pays de la Loire accueillant des personnes âgées dépendantes*. Mars 2010, 99 p.

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire
Hôtel de la Région
1 rue de la Loire - 44966 Cedex 9
Tél. : 02 51 86 05 60 - Fax : 02 51 86 06 61
accueil@orspaysdelaloire.com - www.santepaysdelaloire.com
