

**Université Paris Descartes**  
**Faculté Cochin - Port Royal**

Diplôme Universitaire d'Infirmier(ière) Référent(e) en EHPAD et  
en SSIAD2014-2015

---

**RÔLE DE L'INFIRMIÈRE COORDINATRICE DANS  
L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ EN EHPAD.**

**Virginie BETTE**

**Directeur de mémoire : Véronique ESNAULT**

Tout d'abord, je remercie Véronique Esnault, directrice de l'EHPAD<sup>1</sup>

« Soleil d'Automne » à Lambersart et Céline Tavernier, infirmière coordinatrice, de m'avoir accompagnée et suivie dans mes recherches pendant mon stage.

Je remercie aussi ma famille et surtout maman qui m'a soutenue et poussée à me lancer dans ce projet, en plus de mon travail quotidien.

Je me suis inscrite au Diplôme Universitaire d'IRES : Infirmier Référent en EHPAD et en SSIAD<sup>2</sup> pour avoir les connaissances théoriques qui me manquent dans le quotidien de mon activité.

J'ai travaillé en tant qu'infirmière de soins pendant quatre ans et demi en EHPAD et j'assure le poste d'infirmière coordinatrice depuis un an.

SITES :

[www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_QV4\\_2012-2.pdf](http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_QV4_2012-2.pdf)

<http://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-16/a0161475.htm>

[www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS\\_2011-2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf)

[www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/outil\\_auto\\_eval.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/outil_auto_eval.pdf)

---

<sup>1</sup> EHPAD : établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

<sup>2</sup> SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

|   |                    |
|---|--------------------|
| REMERCIEMENTS.....  | page 1             |
| <b>SOMMAIRE .....</b>   | <b>pages 2-3</b>   |
| <b>INTRODUCTION .....</b>   | <b>Page 4</b>      |
| <b>I. PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE .....</b>  | <b>page 5</b>      |
| « Soleil d'Automne » de Lambersart  |                    |
| <b>II. RÉFÉRENCES ET RECOMMANDATIONS OFFICIELLES .....</b>  | <b>pages 6-7-8</b> |
| <b>III. AUDIT ET ÉVALUATION</b>   |                    |
| <b>1) <u>AUDIT</u></b>  |                    |
| a) Outils mis en place .....  | page 9             |
| b) Entretiens avec des professionnels .....   | page 9             |
| c) Analyse de l'environnement .....   | page 9             |
| d) Analyse de l'état nutritionnel des résidents .....   | page 9             |
| <b>2) <u>EVALUATION</u></b>   |                    |
| a) par rapport aux outils utilisés .....  | page 10            |
| b) par rapport aux entretiens .....   | pages 10-11        |
| c) par rapport à l'environnement .....  | page 11            |
| d) par rapport à l'état nutritionnel des résidents .....  | page 12            |
| <b>IV. MISE EN ŒUVRE DE LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE LA NUTRITION DANS L'EHPAD .....</b> | <b>page 13</b>     |
| <b>1) <u>MISE à JOUR DES OUTILS</u> .....</b>   | <b>page 13</b>     |
| a) Fiche Habitudes Petit Déjeuner .....   | page 13            |
| b) Fiche Habitudes alimentaires .....   | page 13            |

|  |             |
|--|-------------|
| 2) <b><u>L'ÉTAT NUTRITIONNEL DES RÉSIDENTS</u></b> .....                 | pages 13-14 |
| a) Mise à jour du dossier de soins.....                                  | pages 13-14 |
| b) Résultats de l'étude chiffrée .....                                   | pages 14-15 |
| 3) <b><u>FORMATION DU PERSONNEL</u></b> .....                            | page 16     |
| a) La formation .....  | pages 16    |
| b) Mise à jour des protocoles .....                                      | page 17     |
| 4) <b><u>PROPOSITIONS DANS LE CADRE DE LA DÉMARCHE QUALITÉ</u></b> ..... | p17         |
| <b>V. RÔLE DE L'INFIRMIÈRE COORDINATRICE EN EHPAD</b> .....              | page 18     |
| <b>CONCLUSION</b> .....  | page 19     |
| <b>ANNEXES</b> :.....  | page 20     |

- 1) Questionnaire d'évaluation « Restauration » rempli par l'IDEC
- 2) Questionnaire : Entretien avec un professionnel
- 3) Fiche Petit déjeuner (version précédente et nouvelle version)
- 4) Fiche Habitudes alimentaires (les 2 versions)
- 5) Fiche de surveillance alimentaire
- 6) Protocoles relatifs à la nutrition :
  - Recommandations générales pour l'alimentation d'un résident
  - Pesée et calcul de l'IMC
  - Hygiène bucco-dentaire
  - Fausse route
  - Dépistage et diagnostic de la dénutrition protéino-énergétique

## INTRODUCTION

Dans le cadre de ma formation de préparation au diplôme universitaire d'infirmière référente en EHPAD et en SSIAD, un stage doit être effectué.

J'ai choisi de le réaliser à l'EHPAD « Soleil d'automne ». Dans le cadre de l'extension de ce dernier, beaucoup de projets sont à mettre en place. Lors de mon premier entretien avec la directrice, j'ai choisi de travailler sur le rôle de l'infirmière coordinatrice dans la démarche continue d'amélioration de la qualité. Et plus particulièrement, me poser la problématique du **rôle de l'infirmière coordinatrice dans l'amélioration de la qualité de la nutrition de la personne âgée en EHPAD.**

Après avoir introduit l'EHPAD dans lequel j'ai réalisé le stage de février à juin, je présente les directives officielles et recommandations applicables dans un établissement médico-social concernant la nutrition de la personne âgée. Ces recommandations me permettent de réaliser ma démarche d'audit.

Celui-ci porte sur la prise en charge de la nutrition. Les points forts et ceux à améliorer y sont relevés et permettent de définir les axes d'amélioration pour l'établissement ainsi que le rôle de l'infirmière coordinatrice dans cette démarche d'amélioration de la qualité.

## I. PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE



La résidence « Soleil d'Automne » se situe à Lambersart (Nord).

A l'origine en 1997, un domicile collectif pour personnes âgées avait été créé. L'évolution du public accueilli fait que l'association de gestion « Soleil d'Automne » demande la transformation en EHPAD en 2009. La requalification de cette première structure de 20 lits en EHPAD a été faite avec une ouverture de 66 lits supplémentaires sur un autre site pour l'été 2014. Il est géré par une association loi 1901, à but non lucratif.

L'EHPAD est structuré en six unités de vie indépendantes permettant aux résidents d'avoir un cadre rassurant, proche du cadre familial. Elles contiennent de 13 à 20 chambres, une salle à manger, une cuisine pour le réchauffage des plats mais aussi pour des ateliers, et une salle permettant aux résidents de recevoir leurs familles. L'une de ces unités est dédiée aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

L'établissement compte également un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés). Pendant la journée, il accueille 14 résidents de l'EHPAD répondant aux critères d'admission pour une file active de 25 à 30. Le PASA propose des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives, permettant de maintenir ou de réhabiliter les capacités fonctionnelles, les fonctions cognitives, sensorielles et les liens sociaux des résidents.

## II. REFERENCES ET RECOMMANDATIONS OFFICIELLES

Certaines recommandations sont nécessaires et indispensables pour traiter le sujet de la nutrition en EHPAD.

- « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : l'évaluation interne. Volet 4 : Qualité de vie en EHPAD, L'accompagnement personnalisé de la santé du résident : Prévention et gestion des risques liés à la santé : prévention et prise en charge de la dénutrition. ANESM<sup>3</sup> »

Ces recommandations sont des repères, des orientations destinées à permettre aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques pour améliorer la qualité des prestations rendues aux usagers et mettre en œuvre la démarche de l'évaluation interne.

Il s'agit de donner à la nutrition une place au cœur du projet de soin individualisé.

- « Programme National Nutrition Santé 2011-2015 »

L'amélioration de l'état nutritionnel de la population constitue, en ce début de 21<sup>ème</sup> siècle, un enjeu majeur pour les politiques de santé publique en France, en Europe et dans le monde. Une nutrition satisfaisante est un facteur de protection de la santé. Mesure 2 : Décliner la stratégie de prévention nutritionnelle dans le champ de l'alimentation.

Dans les actions : 6 – Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité (Axe I du Programme National pour l'Alimentation)

3<sup>ème</sup> point : Mieux manger en établissements de santé et médico-sociaux.

L'objectif étant de mettre en évidence l'importance de la mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements médico-sociaux et de l'environnement du résident accueilli.

---

<sup>3</sup> ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité dans les établissements médico-sociaux

- « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD. DGS<sup>4</sup>/DGAS<sup>5</sup>/SFGG<sup>6</sup>.  
Octobre 2007, pages 10-13 et 62-63 »

Elles reprennent le rôle du personnel soignant : infirmiers, médecins, aides-soignants, dans le dépistage (poids, taille, indice de masse corporelle, bilans sanguin), l'importance de la diététicienne ou d'un professionnel alimentation, le recours à des protocoles de prise en charge ainsi que l'information aux résidents et aux familles.

Des évaluations intermédiaires sont réalisées, le suivi et le réajustement des projets peuvent ainsi être faits. On relèvera l'importance de la traçabilité des informations et des interventions dans le dossier de soins du résident.

- « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. HAS<sup>7</sup> 2007
- « Critères qualité : Dénutrition de la personne âgée.  
HAS janvier 2008 »

Des situations à risques existent, à nous de les repérer et les dépister afin de poser le diagnostic et ainsi prendre en charge la dénutrition.

L'objectif de la prise en charge est de restaurer l'état nutritionnel et de retrouver une alimentation normale.

- « Outil du programme Mobiqua / Alimentation. 2001 »

Le programme Mobiqua – Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles – propose des outils scientifiques et pédagogiques de référence sur les thématiques gériatriques et gérontologiques essentielles aux fins d'information, de sensibilisation et de formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, en établissement comme à domicile.

Cet outil m'a permis d'aborder le sujet alimentation lors de la formation des professionnels de santé.

---

<sup>4</sup> DGS : direction générale de la santé

<sup>5</sup> DGAS : direction générale des affaires sociales

<sup>6</sup> SFGG : société française de gériatrie et de gérontologie

<sup>7</sup> HAS : haute autorité de santé

- Questionnaire « Améliorer la qualité en EHPAD : Restauration ;  
Ministère de l'emploi et de la solidarité. MARTHE- ENSP<sup>8</sup> »

L'outil d'auto-évaluation est le résultat du travail d'un groupe réuni dans le cadre de la mission MARTHE, composé de représentants des services de l'Etat, des conseils généraux, de l'assurance maladie, de responsables et professionnels d'établissements tant du secteur public que privé, et de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Elaboré à partir du cahier des charges publié par arrêté en date du 26 avril 1999, il a été enrichi par les tests et remarques des professionnels travaillant en établissement, des organismes représentatifs, de Conseils Généraux et représentants de l'assurance maladie, des DDASS et DRASS.

Cet outil s'adresse plus particulièrement aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il a pour objectif d'aider les établissements à établir leur bilan initial, afin de leur permettre de dégager leurs points forts et leurs points faibles, et de préciser les améliorations en matière de qualité qu'ils considèrent comme prioritaires.

Toutes ces recommandations et références m'ont permis de construire ma démarche d'audit.

---

<sup>8</sup> ENSP : école nationale de santé publique

### III. AUDIT ET ÉVALUATION

#### 1) **AUDIT**

Il est axé essentiellement sur la dénutrition et le risque de dénutrition en EHPAD. La recherche des informations se situe autour de quatre points :  
Les outils mis en place, les entretiens avec différents personnels, l'environnement et l'état nutritionnel des résidents.

##### a) **Les outils mis en place :**

➤ Les pratiques professionnelles.

Suivi des pesées et de la taille, calcul de l'indice de masse corporelle, contrôle des bilans sanguins, suivi des textures proposées et distribution des compléments nutritionnels oraux.

➤ Les documents relatifs à l'alimentation.

Les fiches de suivi dans les unités, les protocoles.

➤ Le support de travail.

Le logiciel de soins « TITAN ».

##### b) **Entretiens avec différents professionnels**

Cuisinier, médecin coordonateur, infirmière coordinatrice.

##### c) **Analyse de l'environnement**

Unités de vie, mobilier adapté, prestataire extérieur/ Restauration API

##### d) **Analyse de l'état nutritionnel des résidents**

Il repose sur l'étude de trois critères à évaluer :

- Le dosage de l'albuminémie
- La prise de poids
- Le calcul de l'IMC : indice de masse corporelle

L'étude comparative chiffrée porte sur la présence de l'indice de masse corporelle calculée et une albuminémie connue récente.

## 2) ÉVALUATION

L'évaluation nous permet d'avoir les résultats de l'audit.

### a) Par rapport aux outils utilisés :

- La fiche « Petit déjeuner » par unité de vie. On y trouve sept colonnes. Voir annexes
- La fiche « Suivi des régimes » par unité de vie. Onze colonnes permettent de connaître quelques données, goûts et nécessité de prise en soin du résident. Voir annexes
- La fiche de surveillance alimentaire si le résident est diagnostiqué dénutri. Voir annexes
- Le logiciel « TITAN ». Le relevé des indicateurs de l'état nutritionnel : le suivi de la pesée, de l'albuminémie et de la taille des résidents. L'utilisation de l'informatique permet un calcul rapide et automatique de l'IMC. Le logiciel permet une visualisation du dossier de soin du résident dans sa globalité.
- La commission « menus » qui permet d'associer tous les acteurs autour du thème alimentation. (médecin coordonateur, infirmière coordinatrice, diététicienne API<sup>9</sup>, cuisinier API, +/- responsable société API, résidents et familles).
- La fiche de recueil pour les repas de substitution, travail effectué lors d'un atelier quotidien avec l'animatrice, qui se charge de transmettre l'information au chef cuisinier.

### b) Par rapport aux entretiens :

- Le chef cuisinier : travaille pour la société API, société familiale fondée en 1956. Il a une expérience de plus de 12 ans en tant que cuisinier pour les EHPAD. Il prépare les menus validés par la diététicienne, commande les produits nécessaires, entretient la cuisine selon les normes HACCP<sup>10</sup>, gère les coûts alimentaires, le planning du personnel de cuisine et participe à l'organisation des animations avec l'équipe soignante.  
Le travail avec une société de prestation extérieure pour la restauration permet à la structure de ne pas devoir gérer ce personnel en particulier, faire respecter les règles d'hygiène et les commandes relatives à la restauration. C'est pour eux, le cœur de leur métier donc pour l'EHPAD une satisfaction de travailler avec des professionnels.  
Il existe un point à améliorer : la communication entre le cuisinier et les équipes.

---

<sup>9</sup> API : société restauration, prestataire extérieur

<sup>10</sup> HACCP : hazard analysis critical control point = analyse des dangers, point critique pour leur maîtrise (au regard de la sécurité des aliments)

- Le médecin coordonnateur : travaille dans l'établissement depuis 2009 deux jours et demi par semaine. Elle participe aux projets réalisés à l'EHPAD concernant les soins. Elle est référente du thème alimentation.
- L'infirmière coordinatrice : a d'abord travaillé en tant qu'aide-soignante pendant ses études. Après avoir obtenu son diplôme en mars 2014, elle a travaillé en EHPAD. Est arrivée en juillet 2014 à l'EHPAD « Soleil d'Automne » dans le soin, depuis février 2015 assure le poste de coordinatrice. Son rôle de référente est nouveau pour elle. En janvier 2016, elle suivra une formation : certificat de compétence d'IDEC<sup>11</sup> à la CNAM<sup>12</sup>.

### c) Par rapport à l'environnement :

- Le fonctionnement en unités de vie permet une convivialité et des affinités avec les voisins de table.  
Chaque agent est affecté dans une unité précise ce qui facilite la prise en soins des résidents. Ces derniers sont habitués au personnel et à leurs places à table. Il y a toujours la possibilité s'ils le désirent de changer de place à table.  
Les résidents mangent dans leurs unités sauf un midi par semaine où ils se réunissent tous dans la grande salle à manger pour échanger avec les résidents d'autres unités.

*« Le repas s'apprécie bien au-delà de ce que l'on trouve dans l'assiette. Il est d'abord un acte social, et même quand il est pris en solitaire, il doit au moins refléter le respect du à la personne âgée et reconnaître sa place dans notre société. Il est l'occasion de la solliciter, de lui permettre d'exprimer son individualité. Le repas est un temps fort en relations sociales tant dans les échanges entre les résidents que dans les relations avec le personnel. Il doit être un moment de plaisir (gustatif, olfactif et visuel). Le bien manger demeure un acte essentiel de bonheur vécu au quotidien »<sup>13</sup>*

- Le désir du personnel de se former et d'améliorer leurs pratiques professionnelles.

---

<sup>11</sup> IDEC : infirmier coordonnateur

<sup>12</sup> CNAM : caisse nationale d'assurance maladie

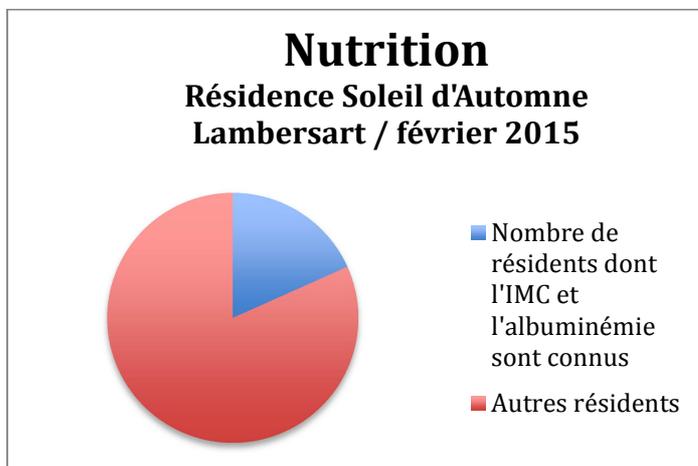
<sup>13</sup> C. Abramovici : Le goût de la vie. Gérontologie et Société, décembre 1997 n°83 p85-86

**d) Par rapport à l'état nutritionnel des résidents :**

En février 2015 :

Sur 82 résidents, il y en a 15 dont les chiffres sont exploitables.  
Soit 18 % de résidents dont l'état nutritionnel peut être évalué.

Sur 15 résidents, 8 sont dénutris soit 53 % de résidents.  
(on entend par dénutri : un résident dont l'IMC est inférieur à 21 ou que le dosage de son albuminémie est inférieur à 35g/l.)  
8 ont une albuminémie inférieure à 35  
dont 7 ont un IMC inférieur à 21



## IV. MISE EN ŒUVRE DE LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE LA NUTRITION DANS L'EHPAD

Afin de planifier cette démarche, des priorités sont définies.

### 1) LA MISE A JOUR DES OUTILS

#### a) La fiche **Habitudes « Petit Déjeuner »** :

Celle-ci manque d'informations, elle a donc été complétée et détaillée. La date d'édition y est ajoutée afin de suivre l'évolution des changements. Le nom du référent alimentation de l'unité y est inscrit. De sept, on passe à dix-sept colonnes. Voir annexes

#### b) La fiche « **Suivi des régimes** » change de nom.

Elle a été élargie aux « **Habitudes alimentaires des résidents** » d'où sa nouvelle appellation. On y retrouve des détails concernant les différents choix alimentaires, s'il y a risque de fausses routes, s'il y a besoin d'utiliser de la vaisselle adaptée, l'installation à table, la différenciation des textures des repas ou s'il y a une surveillance particulière. Voir annexes

### 2) L'ÉTAT NUTRITIONNEL DES RÉSIDENTS

#### a) Mise à jour du dossier de soin

- L'albuminémie reflète l'état de santé global du résident. C'est une protéine à demi-vie longue de 21 jours.
- L'IMC met en relation deux variables simples à mesurer. Le poids et la taille selon la formule suivante :

$$\text{IMC} = \text{Poids en kg} \div \text{(Taille en m)}^2$$

#### - Concernant le taux d'albuminémie :

Une demande est faite aux médecins intervenants dans l'EHPAD pour qu'à l'entrée un premier dosage soit fait. Puis, 3 mois après un contrôle est effectué. Si le résultat n'est pas satisfaisant, un nouveau dosage est demandé le mois suivant.

Dans la plupart des cas, ce dosage d'albuminémie est associé à celui de la CRP<sup>14</sup> afin de vérifier qu'il n'y ait pas d'état inflammatoire récent.

- Concernant le poids des résidents :

Beaucoup de dossiers ne sont pas à jour. La balance d'un des sites est défectueuse. Celle-ci a pu être réparée. Tous les résidents sont maintenant pesés une fois par mois par le référent poids de l'unité. Si un diagnostic de dénutrition est posé, que l'état d'un résident se dégrade ou lors d'un retour d'hospitalisation, la pesée se fait une fois par semaine le temps du suivi.

- Concernant la taille des résidents :

Aucune taille n'est inscrite dans le logiciel soin. Afin de mettre à jour tous les dossiers, certaines tailles sont récupérées grâce à la carte d'identité sinon il suffit de mesurer la taille genou/talon. La taille diminue avec l'âge (cyphose, tassements vertébraux, disques affaissés) mais il vaut mieux la surestimer, par la taille déclarée ou la taille indiquée sur la carte nationale d'identité, que la sous-estimer. Maintenant, à chaque entrée, l'infirmière coordinatrice entre systématiquement les données dans le logiciel.

Avec le médecin coordonateur, l'infirmière coordinatrice met en place une procédure d'entrée des données lors des admissions de nouveaux résidents (poids, taille, bilan sanguin d'entrée).

## **b) Résultats de l'étude chiffrée**

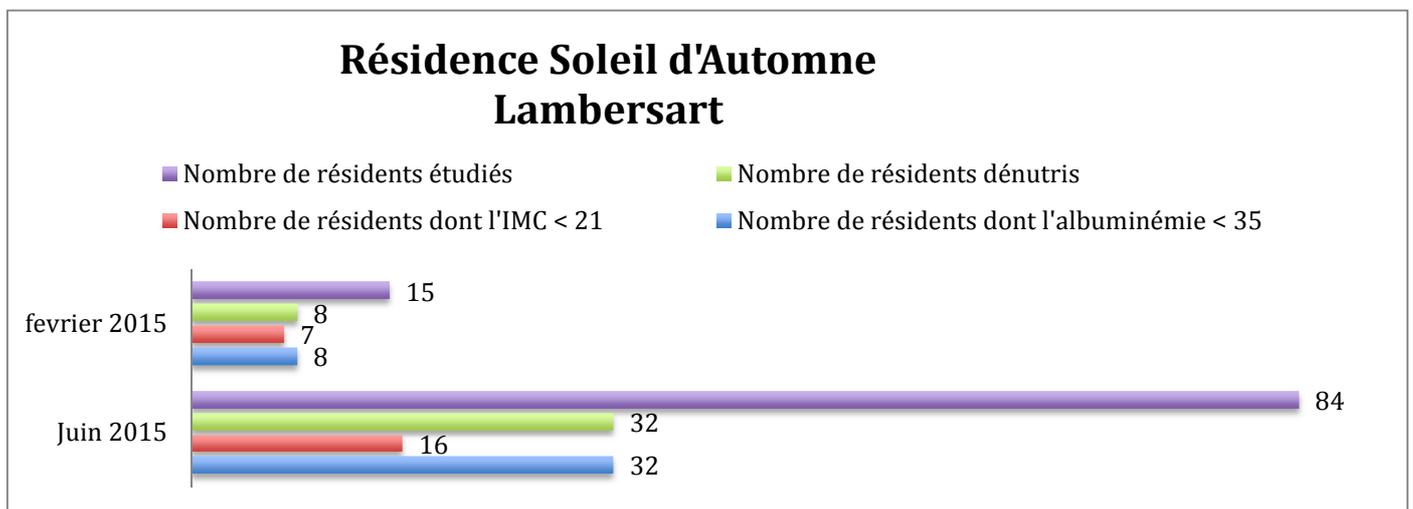
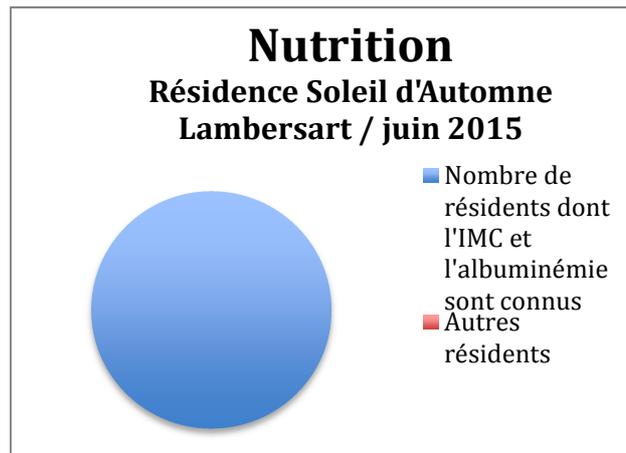
En juin 2015 :

Nous disposons désormais de tous les critères pour cette étude.  
L'ensemble des résidents rentre dans l'audit soit 84.

32 résidents sont dénutris soit 39 %.  
32 ont une albuminémie inférieure à 35  
dont 16 ont un IMC inférieur à 21

---

<sup>14</sup> CRP : protéine C réactive



La Société Française de Gériatrie et Gérologie soutenue par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a fait un constat. La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique est élevée dans la population des personnes âgées. Selon l'HAS, elle atteint 15% à 38% pour celles vivant en institution et 30% à 70% chez les personnes âgées hospitalisées. (chiffre de 2007)

Le résultat de l'EHPAD « Soleil d'Automne » est de 39%, chiffre proche de la moyenne.

### **3) FORMATION DU PERSONNEL**

#### **a) La formation**

➤ Outil utilisé :

Malette du programme Mobiqua/ Alimentation

➤ Objectif de la formation :

- Sensibiliser le personnel à l'importance du maintien d'un bon état nutritionnel des personnes âgées, en termes de besoins mais aussi de plaisir.
- Analyser les pratiques professionnelles des personnels.
- Permettre des échanges sur le thème de l'alimentation de la personne âgée.

➤ Déroulé de la formation :

Trois séances d'une heure trente par groupe ont été planifiées. Elles s'adressent à tout le personnel soignant (infirmière coordinatrice, infirmières, étudiants infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de vie, assistantes en soins gériatriques).

Le choix des diapositives a été fait pour permettre un échange.

Les diapositives visionnées :

- Définition de l'état nutritionnel
- Le vieillissement n'est pas une cause de dénutrition
- Les conséquences de la dénutrition
- Comment prévenir la dénutrition ?
- Repérage et dépistage de la dénutrition
- Enrichissement de l'alimentation, les compléments nutritionnels oraux
- Les troubles de la déglutition.

➤ Evaluation immédiate de la formation :

L'outil utilisé a permis de revoir des notions connues et les réajuster dans le cadre des pratiques professionnelles. Les diapositives sont agréables et simples à comprendre. Certains professionnels se remettent en question et échangent avec leurs collègues sur leurs propres pratiques.

Des propositions immédiates sont faites : saucière et vinaigrette à part, dosettes de condiments à disposition, petits matériels dans unités de vie. Amélioration de la communication avec le chef cuisinier.

#### **b) La mise à jour des protocoles**

Afin de revoir en équipe les protocoles relatifs à la nutrition en EHPAD, certains ont été remis à jour : (voir annexes)

- Recommandations générales pour l'alimentation du résident.
- Pesée et Calcul de l'indice de masse corporelle.
- Hygiène bucco-dentaire.
- Fausse route.
- Dépistage et diagnostic de la dénutrition protéino-énergétique.

#### **4) PROPOSITIONS DANS LE CADRE DE LA DÉMARCHE QUALITÉ**

- Une réunion de bilan avec la directrice et le chef cuisinier a permis d'aborder les demandes de l'équipe.
- La société de restauration propose son aide ponctuelle auprès des équipes lors du service dans les unités pour la présentation dans l'assiette.
- D'autres formations pourraient être envisagées sur différents thèmes comme l'hygiène bucco-dentaire, l'utilisation de la vaisselle adaptée selon les pathologies, le suivi des formations AFGSU<sup>15</sup>.
- Afin de remettre à jour les connaissances de chacun, revoir les protocoles cités ci-dessus régulièrement en fonction d'un planning pré-établi.

---

<sup>15</sup> AFGSU : attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

## V. ROLE DE L'INFIRMIÈRE COORDINATRICE en EHPAD

L'infirmière coordinatrice est un des plus proches collaborateurs du directeur.

Avec le médecin coordonnateur, elle est responsable de l'organisation, de la coordination et du contrôle des activités de soins dans leur globalité.

Elle occupe un poste de cadre intermédiaire en évoluant dans plusieurs domaines d'intervention : Soins, Evaluation et Qualité, Ressources Humaines, Logistique, Information, Communication, Formation.

Elle effectue du management de proximité et agit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité visant à optimiser le suivi et l'accompagnement au quotidien des résidents.

C'est une fonction qui évolue et s'articule autour de quatre axes :

- La connaissance du secteur gériatrique
- Les spécificités du vieillissement
- Le management d'équipe
- La conduite de projets

Certaines compétences sont requises pour exercer cette fonction :

### ***Un savoir :***

Connaître les règles de conventionnement tripartite, l'organisation des autorités de contrôle, les outils de la loi du 02 janvier 2002 ainsi que les caractéristiques de la gériatrie.

### ***Un savoir-faire :***

Avoir des capacités organisationnelles.

Savoir travailler en équipe et s'y positionner.

Avoir le sens de l'accueil, de l'observation ainsi qu'un regard critique.

Rechercher les informations utiles et les transmettre.

S'approprier les projets et mettre en œuvre les objectifs fixés par la direction.

### ***Un savoir-être :***

En étant disponible et dynamique.

En ayant une capacité d'écoute et d'adaptation aux situations.

En faisant preuve d'ouverture d'esprit et en étant capable de se remettre en question.

## CONCLUSION

Dans ce travail, l'infirmière coordinatrice met en évidence l'importance de l'amélioration de la qualité nutritionnelle de la personne âgée en EHPAD. Les quelques outils revus à l'occasion de cette démarche permettent aux différents personnels d'investir cette thématique. La formation des équipes reste une priorité afin de les impliquer auprès du résident et ainsi offrir à la personne âgée des conditions environnementales et relationnelles plus favorables.

La dénutrition de la personne âgée peut avoir des conséquences graves comme une perte d'autonomie et un état de fragilité. Leur qualité de vie peut être amoindrie.

L'infirmière coordinatrice a pour mission d'améliorer cette qualité de vie et de faire vivre les documents de référence à appliquer en EHPAD.

Peu importe le sujet à aborder, elle doit impulser l'envie au personnel de continuer à travailler dans un esprit d'équipe, de bonnes pratiques et de bien-être au travail.



« Si la jeunesse est la plus belle des fleurs, la vieillesse est le plus savoureux des fruits. » Anne-Sophie Swetchine

# **ANNEXES**