

UNIVERSITE PARIS DESCARTES. FACULTE COCHIN - PORT ROYAL

PROJET :
AUTONOMIE
ALIMENTAIRE
en
EHPAD

Bertrand BONNAY

DIU de MEDECIN COORDONNATEUR d'EHPAD

Année 2015.

Directeur de Mémoire : Madame M.C. FOURNIER

TABLE DES MATIERES :

1. Introduction

1.1 : Description de l'EHPAD de Janville

1.2 : Définition de l'autonomie alimentaire

2. Problématique du projet

3. Le choix du bilan

4. Le constat au 1^{er} Janvier 2013

5. Méthode du programme

5.1 Recettes de cuisine déjà pratiquées

5.1.1 : pour l'ensemble des résidents

5.1.2 : pour les dénutris

5.2 Ergonomie

5.2.1 le couvert

5.2.1.1 : les antidérapants

5.2.1.2 : Les assiettes

5.2.1.3 : Les couverts

5.2.1.4 : Les verres

5.2.1.5 : Les pichets

5.2.2 les tables

5.2.3 le Manger Main

5.2.3.1 : définition

5.2.3.2 : A qui s'adresse-t-il en général

5.2.3.3 : A qui cela pourrait s'adresser dans l'EHPAD

- 5.2.3.4 : Projet de matériel
- 5.2.3.5 : Projet de nourriture
- 5.2.3.6 : Inconvénients et difficulté

5.2.4 : Les bouchées enrichies adaptées

- 5.2.4.1 : La recette
- 5.2.4.2 : Les avantages
- 5.2.4.3 : Trois avis du « trio » de l'EHPAD de Puyraveau
 - 5.2.4.3.1 : l'IDEC
 - 5.2.4.3.2 : Le Médecin Coordonnateur
 - 5.2.4.3.3 : Le Directeur

6. Les résultats

- 6.1 Sur les mesures déjà en place
- 6.2 Escomptés sur les bouchées enrichies

7. Le financement

- 7.1 Prévu au budget 2015
- 7.2 A prévoir au budget 2016
- 7.2 A prévoir dans la prochaine Convention Tripartite.

8. Conclusion

Bibliographie

1. INTRODUCTION :

1.1 Description de l'EHPAD de Janville :

Janville, commune de 1750 habitants, à 90 km au sud-ouest de Paris est un chef-lieu de canton (selon la dénomination d'avant avril 2015). Ce canton avait alors une population d'environ 10.000 habitants.

L'EHPAD Résidence Jeanne d'Arc, à Janville, en Eure et Loir, est un EHPAD rural, de 95 lits. Il est situé à moins de 100 mètres de l'église et du cœur de village

A mon arrivée dans ce village, le 1^{er} Juillet 1976, c'était un hôpital rural, avec Long et Moyen Séjour et une maison de retraite, pour une capacité totale de 86 lits. Je l'ai connu ensuite sous l'intitulé « Centre de Cure » pour devenir enfin EHPAD en 2006.

Les travaux de rénovations et d'agrandissement ont eu lieu entre 2006 et 2010 en trois phases ; l'EHPAD compte maintenant 95 lits. Chacun dans une chambre individuelle avec une salle de douche « à l'italienne » dans chaque chambre. Il existe 6 chambres individuelles pouvant être transformées en 3 appartements pour couples.

Les locaux sont très clairs, gais, fonctionnels.

Ces nouveaux bâtiments se regroupent sur 3 étages. Si le rez-de-chaussée ne comporte que 11 chambres, le premier et le second sont divisés à parts égales, soit 42 chambres par étage. Chaque étage est subdivisé en deux secteurs appelés le côté « plaine » pour les premiers et le côté « village » pour les seconds.

Trois salles à manger sont disponibles :

- La salle à manger la plus importante avec des tables rondes de 4 résidents
- La salle à manger « coquelicots » qui reçoit les résidents handicapés qu'il faut aider à manger. Cette salle peut accueillir une douzaine de résidents en fauteuil roulant.
- Le salon des familles, où une, voire deux, familles peuvent déjeuner avec leur résident

Les résidents de l'EHPAD au 31.12.2014 étaient 94, soit 64 femmes et 30 hommes.

- La moyenne d'âge de 90 ans et 7 mois.
- 6 femmes sont centenaires, la plus âgée ayant 109 ans.
- Le plus jeune résident est un homme de 69 ans et 7 mois.
- Le taux de remplissage pour 2014 est de 99,53%.
- Le G.M.P est de 675,26.
- le P.M.P est de 163.

Le recrutement des résidents est essentiellement cantonal : en effet, plus des deux tiers des résidents ont vécu à Janville ou dans ses alentours proches. L'autre tiers, à quelques exceptions près, a vécu en Eure et Loir ou dans le Loiret, département situé à 5 kilomètres de Janville.

L'encadrement est effectué par une équipe pluridisciplinaire de 67,1 ETP (équivalents temps plein) dont 0.5 ETP de médecin coordonnateur, une IDEC et six IDE.

Au niveau libéral, trois médecins généralistes, un chirurgien-dentiste, un orthophoniste, deux kinésithérapeutes, trois podologues interviennent dans l'établissement. Une diététicienne est présente dans l'établissement deux demi-journées par mois. Elle équilibre son temps entre soins et cuisine.

L'équipe cuisine est composée d'un maître ouvrier qualifié, de deux ouvriers professionnels qualifiés, et de deux aides cuisine affectés aux préparations froides.

En 2013, un PASA a été construit dans l'enceinte de la structure. Il a été labellisé au premier trimestre 2014. Il possède deux grandes pièces, avec cuisine et salle à manger d'une part, et un grand salon d'autre part comportant une cheminée...factice mais donnant l'impression de fonctionner, « comme à la maison ». Ce PASA accueille des groupes de 14 résidents. 28 résidents y vont régulièrement, 4 jours et demi par semaine. Tous les jours de fonctionnement du PASA, 14 résidents y déjeunent.

1.2. Définition de l'autonomie alimentaire

En règle générale, la dénutrition des personnes âgées, existe déjà avant leur entrée en institution, (même si elle n'est pas toujours chiffrée). Elle perdure lors de leur entrée et peut même se poursuivre plusieurs mois après leur intégration en EHPAD.

Le problème est soulevé depuis de nombreuses années et bon nombre d'institutions tentent de lutter contre cette dénutrition. Les bilans sont faits, certaines structures font appel à des diététiciens pour aider les médecins traitants et coordonnateurs à améliorer la situation. C'est le cas dans l'EHPAD Résidence Jeanne d'Arc.

En revanche, l'autonomie alimentaire des personnes âgées n'est pas développée dans les EHPAD.

Comment définir l'autonomie alimentaire ?

Autonomie vient du grec *autos* = *soi et nomos* = *loi*, c'est-à-dire celui qui fixe sa propre loi.

L'autonomie alimentaire pourrait se définir comme le principe qui consiste, pour une personne, à avoir la capacité et/ou le droit de choisir les règles et l'orientation de ses actes en matière alimentaire ainsi que d'en calculer les risques pour son état de santé.

Si la personne âgée agit de manière volontaire et indépendante, sans contrainte extérieure, et en toute conscience des risques encourus par ses actes alimentaires, on peut la considérer comme autonome.

Cette autonomie alimentaire a des répercussions très profondes sur l'autonomie plus générale de la personne et sur son identité même.

Les sentiments d'appartenance, de valeurs, de normes constituent les éléments fondateurs de l'individu et à ce titre lui donne une place singulière dans la dynamique identitaire : préserver la liberté de choix de la personne accueillie en EHPAD lors des repas et prendre en compte tous ses singularismes (goûts, aversions, culture, « obligations religieuses ») contribuent à reconnaître et respecter l'identité de la personne.

Cependant, ce concept peut paraître antinomique avec la vie en institution où il est difficile de marier identité des personnes accueillies et contraintes dues à la restauration collective ; Flischler explique qu'historiquement, le principe de la restauration collective a instauré « entre l'institution fournissant la prestation, et celui qui la reçoit, une forme de dépendance, de sujétion ». Cette sujétion entre en totale contradiction avec l'idée même de l'individu libre de ses choix.

Cette définition de l'autonomie alimentaire devrait respecter les droits et les libertés de la personne accueillie. Aussi plusieurs dispositifs initiés par la loi du 2 janvier 2002 renouant l'action sociale et médico-sociale, doivent permettre l'expression collective des résidents comme la création « d'une commission menu » au sein des EHPAD ou la réalisation annuelle de questionnaire de satisfaction mais aussi l'expression individuelle du résident via la rédaction de son « projet de vie » où toutes ses habitudes alimentaires (mais pas uniquement) doivent être consignées ;

Ces définitions nous montrent combien il est difficile de concilier identité et autonomie alimentaire de la personne au sein de lieux de vie communs.

Enfin, considérant l'impact de la dénutrition sur la qualité de vie des personnes âgées et sur leur santé, l'alimentation doit en premier lieu s'attacher à répondre à un enjeu « pratique » qui me paraît essentiel :

Comment développer et améliorer cette autonomie alimentaire dans un EHPAD pour les personnes handicapées et/ou atteintes de troubles neuro-dégénératifs déambulants, et en corollaire, comment prévoir le budget d'investissement et de fonctionnement ?

Une amélioration de cette autonomie devrait permettre de limiter le nombre de résidents dénutris.

2. PROBLEMATIQUE DU PROJET :

Le projet s'articule en 3 axes:

- La diminution du nombre de résidents dénutris, quelque soit leur degré d'autonomie.

- La possibilité de manger de façon autonome pendant les repas pour tout résident ayant des problèmes de mobilisation. A ce titre, l'ARS d'Eure et Loir a demandé à l'EHPAD Résidence Jeanne d'Arc d'être un établissement « test et pilote » pour analyser le fonctionnement et voir le bénéfice que l'on peut attendre de supports de bras articulés vus au Salon Santé Autonomie d'octobre 2014. Il en existe de deux types sur le site du fabricant « Ergo-Diffusion »: le type « Edero » où le bras du résident se glisse sur le support, et le bras « Neater Eater » où la main du résident va faire fonctionner le bras articulé muni d'un couvert.

Si le résultat est satisfaisant, l'ARS pourrait en financer pour tous les établissements d'Eure et Loir.

- La possibilité pour les dénutris « boudant » les repas de pouvoir s'alimenter en dehors des ceux-ci.

Ce constat devrait être une des préoccupations de tout médecin coordonnateur mais d'emblée il existe quelques difficultés de mise en place.

- la première est d'avoir une diététicienne consultante, en effet, les EHPAD de moins de 100 lits n'ont pas d'ETP affecté à une diététicienne. Il faut que la Direction soit motivée et trouve une solution de rémunération.

- la deuxième vient du Médecin Coordonnateur lui-même qui donne (ou pas) priorité à la dénutrition.

- les médecins traitants libéraux, à la demande du médecin coordonnateur et après concertation, doivent s'impliquer, ne serait-ce que par la prescription de bilan.

- Enfin, l'ensemble de l'Equipe pluridisciplinaire doit aussi prendre une part active, comme dans tout projet concernant l'établissement, non seulement l'équipe de restauration (comme je vais vous le démontrer) mais aussi le personnel soignant.

3. LE CHOIX DU BILAN.

Selon les recommandations françaises de l'HAS, le diagnostic de dénutrition repose sur quatre items :

- Perte de poids
 - . Soit > ou = à 5 % au cours des trois derniers mois,
 - . Soit > ou = à 10 % au cours des 6 derniers mois ;
- Indice de Masse Corporelle (IMC = poids/taille²) inférieur à 21 kg/m² ;
- Albuminémie < 35g/l
- Mini-Nutritional Assessment (MNA), score <17/30. Ce test de référence comporte trente questions sur des paramètres anthropométriques (circonférence brachiale, du mollet...), des données générales (dépression, prises médicamenteuses, démence), des données sur le régime alimentaire.

Rappelons que la dénutrition est certifiée sur la perturbation d'un seul de ces 4 items et que les chiffres énoncés ci-dessus ne concernent que la dénutrition légère à modérée...

Lorsque, peu après mon arrivée dans l'EHPAD, la diététicienne est venue me parler de la dénutrition, nous avons choisi de nous intéresser prioritairement à deux de ces 4 critères, afin d'avoir un outil simple, efficace, accepté par les médecins traitants et non chronophage.

- la perte de poids : chaque résident est pesé une fois par mois, ce poids est acté sur ordinateur (logiciel PSI). Il est aussi demandé au personnel de peser le résident après un séjour hospitalier. Un écart trop important entre deux pesées est vérifié le lendemain afin d'être certain qu'il n'y a pas eu erreur de pesée ou de lecture.

- l'albuminémie : elle a recueilli l'accord de nos médecins libéraux prescripteurs. C'est un examen simple, facile d'interprétation et fiable. Des tableaux de suivi d'albuminémie sont mis en place avec un suivi tous les 2 mois pour les résidents sévèrement dénutris, tous les six mois ou une fois par an pour les autres résidents,

4. LE CONSTAT AU 1^{ER} JANVIER 2013

Les statistiques sont implacables : Il y avait alors 91 résidents :

- 46 résidents ne sont pas dénutris soit 52%
- 43 sont dénutris, soit 48%.
- 2 résidents n'ont pas été dosés.

5. METHODE DU PROGRAMME

5.1 Recettes de cuisine déjà pratiquées.

L'EHPAD a encore sa cuisine indépendante, avec des cuisiniers diplômés, formés et motivés. Il existe un plan alimentaire sur quatre semaines décliné en différents menus élaborés conjointement entre la diététicienne, le chef cuisinier, la directrice et les résidents de la « commission des menus ».

5.1.1 : Pour tous les résidents :

Comme dans bon nombre d'EHPAD, nous avons depuis longtemps introduit des compléments nutritionnels oraux (CNO) dans le potage servis lors de tous les dîners de l'année.

Les sauces, midi et soir, quand elles existent, sont aussi systématiquement enrichies en protéines avec de la poudre de lait.

5.1.2 : Pour les dénutris :

Le problème posé est le goût, les compléments nutritionnels oraux étant peu appréciés des personnes âgées. Notre cuisinier a « imaginé » une recette simple qui fait merveille.

Il améliore le complément nutritionnel du commerce de la façon suivante :

Pour faire 18 ramequins servis lors du goûter des personnes dénutries, il mélange :

- 8 compléments nutritionnels de 125cc type FRESENIUS°
- 2 à 4 litres de lait
- un entremet pour « parfumer » la préparation.

Le résultat ne s'est pas fait attendre, les résidents ont aimé. Il arrive même que l'on continue à en servir à certaines personnes dont les chiffres de l'albuminémie se sont normalisés et la courbe de poids inversée ...

Cependant LACTALYS vient de commercialiser un lait enrichi en protéine. Celui-ci, transformé en entremet parfumé pourrait bien devenir dans les prochains mois la nouvelle recette de l'EHPAD. Il reste à déterminer si l'enrichissement en protéines est supérieur à la méthode actuellement utilisée.

5.2 Ergonomie

L'ergonomie est une pratique améliorant l'autonomie alimentaire.

5.2.1 : Le couvert :

Dans l'EHPAD Résidence Jeanne d'Arc, 5 éléments sur la table facilitent la préhension des aliments liquides et solides : antidérapants, assiettes, couverts, verres et pichets. J'ai fait un bilan avec l'ergothérapeute et le personnel du restaurant sur ce qui existait et sur ce qui était réellement utilisé.

5.2.1.1 : les antidérapants : ils sont disposés sous les assiettes, ce sont des rectangles de couleur bleue, et sont installés pour les résidents lors de tremblements, de faiblesse, d'hémiplégie ou simple maladresse. Ils sont présents dans les deux salles de restaurant. Il y en a environ 20 (sur 95 places). Il est prévu à court terme d'en disposer sur les plateaux du petit déjeuner (servi pour tous en chambre) et pour les diners servis en chambre pour les résidents les moins autonomes, car le salon « les coquelicots » est fermé le soir.

5.2.1.2 : les assiettes : 20 personnes utilisent soit des assiettes à soupe, soit des assiettes ergonomiques, avec rebord droit, le couvert peut alors buter sur ce rebord pour se remplir.

5.2.1.3 : les couverts : deux types de couverts ergonomiques ont été achetés.

- des couverts à manche élargi et tête dirigeable, que l'on peut couder à droite ou à gauche selon que

le résident se sert de la main droite ou de la main gauche.

- un second type de couverts, moins large, toujours coudables, est plus souple et possède un système de fixation autour du poignet.

A ce jour, seuls 3 résidents utilisent les couverts ergonomiques.

5.2.1.4 : Les verres ne sont utilisés par les résidents que dans la salle à manger principale. Aux « coquelicots », les résidents ne se servent plus eux-mêmes des verres. Cependant, ils sont aussi donnés pour les petits déjeuners et les diners en chambre

- les verres ergonomiques à deux poignées sont utilisés par 3 résidents

- les verres type « canard » sont en plastique de couleur verte, d'assise plus large pour la préhension, munis d'un couvercle et d'une pipette afin d'éviter le renversement et de limiter le débit. 40 résidents sur les 80 déjeunant dans cette salle les utilisent.

- il existe aussi des petits verres avec une embase plus petite pour de petites mains. Le jour de mon questionnaire, aucun d'eux n'étaient utilisés.

5.2.1.5 : Les pichets : Ils sont plus légers et fonctionnels, plus faciles de préhension qu'une bouteille grâce à leur poignée.

5.2.2 : Les tables :

Dans le salon « Les Coquelicots », de nouvelles tables viennent d'être livrées en ce printemps 2015.

Les fauteuils roulants, quel que soit le concept, ont du mal (voire ne peuvent pas) s'insérer sous les tables habituelles. Les 3 personnels aidant nos résidents à déjeuner ne pouvaient pas se positionner en face d'eux et de ce fait avaient du mal à capter leur regard et leur attention, comme la formation « Humanitude » leur a enseigné.

La Direction vient d'investir dans 4 tables pouvant, grâce à une poignée et un vérin, se lever de plus de 50 cm. Ainsi on peut disposer correctement le fauteuil, abaisser la table.

Les couverts se trouvent alors à portée du résident et l'aidant est installé bien en face de lui. Dans cette salle à manger, le personnel aide le résident pour son repas, mais, comme pour les autres activités (toilette, habillage...). Nous privilégions toujours la stimulation afin d'utiliser l'autonomie au maximum. Le résident est assis correctement devant son assiette; il peut effectuer les gestes qu'il sait encore faire, l'aidant intervient moins.

5.2.3 : Le manger main.

5.2.3.1 : Définition : le manger main ou « finger food » est une méthode de complément aux repas, améliorant l'alimentation des patients déambulants dénutris présentant des troubles cognitivo-comportementaux, car ils peuvent alors prendre avec leurs doigts, des bouchées hyper nutritives tout au long de la journée.

5.2.3.2 : A qui cela s'adresse en général : Cette méthode d'alimentation s'adresse à la population dénutrie, mais ayant d'autres troubles, tels que :

- les résidents dénutris déambulant ne restant pas assez longtemps à table,
- ceux qui ne mangent pas suffisamment au moment des heures « programmées » et qui expriment le désir d'avoir une bouchée à « grignoter » dans la matinée ou l'après midi
- les résidents présentant une désorientation temporelle et n'ayant pas le souvenir de s'être alimentés,
- les résidents ayant des troubles praxiques et qui ne savent plus ou ne veulent plus manger avec les couverts ergonomiques

5.2.3.3 : A qui cela pourrait s'adresser dans l'EHPAD

Au mois de Juin 2015, sur 95 résidents, le nombre de dénutris est de 25. Ce chiffre est élevé car 9 nouveaux résidents, intégrés depuis l'hiver dernier sont arrivés dénutris.

Sur ces 25 résidents, seuls 8 seulement pourraient bénéficier du « finger food ».

5.2.3.4 : Projet de matériel

Au niveau de l'investissement à proprement parler, il faut acheter des armoires réfrigérées de taille modeste.

Trois sites sont possibles, un à chaque étage.

Après concertation avec Madame la Directrice, seuls les sites du 1^{er} et 2^{ème} étages seraient retenus. La disposition d'une armoire réfrigérée au rez-de-chaussée présente deux inconvénients majeurs : le passage trop important de pensionnaires mais aussi d'enfants et petits-enfants de tous âges cela rend la surveillance plus complexe. Dans les étages, ces armoires seraient disposées aux points stratégiques : carrefour entre la partie « plaine » et la partie « village ». Cela correspond en outre aux salons situés face à la salle de soins (1^{er} étage) et à la pharmacie (2^{ème} étage). Il y a donc beaucoup plus de personnel pouvant surveiller.

5.2.3.5 : Projet de nourriture.

Pour le « manger main », il est recommandé de fabriquer de petits toasts et des verrines. Les smoothies ont du gout et pourraient permettre d'aiguiser l'appétit (n'en trouve-t-on pas dans tout buffet et apéritif ?), mais ce procédé présente de nombreux inconvénients et difficultés

5.2.3.6 : Inconvénients et difficultés

Les inconvénients et difficultés sont de plusieurs types :

- Cette option ne peut fédérer que les personnes les plus autonomes, elle en exclue certaines autres :

- . Les verrines sont à manger avec une petite cuiller. Plonger la petite cuiller dans la verrine, ramener cela à la bouche, sans renverser peut s'avérer impossible chez la personne âgée souffrant de troubles cognitivo comportementaux, de troubles praxiques, d'hémiplégie.

- . Les toasts peuvent être dangereux chez les résidents susceptibles de faire des fausses routes.

- . La dénutrition et la déshydratation vont souvent de pair. Le « manger main » n'améliore pas la prise hydrique.

. Ces difficultés augmenteraient la surveillance incombant au personnel.

- Charge de travail pour les cuisiniers, donc augmentation du coût « personnel » : si ce problème est souvent soulevé par les responsables d'EHPAD, il s'avère qu'à l'EHPAD Résidence Jeanne d'Arc le personnel des cuisines est assez nombreux pour que ce critère négatif ne puisse être retenu.

- Augmentation substantielle du coût des « matières premières »

- Les aspects sociaux et sociétaux : Pour certaines personnes, manger avec les doigts est vécu comme plus dégradant que l'aide au repas : leur éducation et leur dignité les arrêtent dans ce moyen de s'alimenter.

Le regard très critique des autres face à ces pratiques ne doit pas pour autant suspendre ce genre d'initiative car manger avec les mains doit contribuer à améliorer l'autonomie et mérite donc d'être respecté par les autres résidents et les visiteurs. Il faut, cependant, que cette méthode reste propre et supportable à la vue de tous.

5.2.4 : Les bouchées enrichies adaptées.

Devant les difficultés nombreuses du « manger main », l'EHPAD Notre Dame de Puyraveau (Deux Sèvres) a trouvé une solution et peut être : LA SOLUTION. Celles des bouchées enrichies adaptées. En effet, après avoir étudié le « finger food » et en ayant trouvé plus d'inconvénients que d'avantage, ils ont gardé le concept en améliorant le contenu.

5.2.4.1 : La recette

Elle est simple.

Pour que ces bouchées soient préhensibles proprement avec les doigts, il suffit de les confectionner avec de l'agar agar pour les recettes chaudes et de la gélatine pour les recettes froides. Si l'on met en avant les couleurs vives des légumes et des fruits, cela devient attractif. La confection de vin ou de jus de fruits « solidifiés » est réalisable, procédé simple pour limiter les fausses routes.

Bien entendu, on peut toujours proposer des couverts pour les déguster.

A l'EHPAD Notre Dame de Puyraveau il y a 80 résidents. 18 repas complets de substitution en bouchées enrichies sont servis tous les jours. Cependant, 65 des 80 résidents profitent quotidiennement, de jour comme de nuit, de ces bouchées.

L'équipe de cet EHPAD est en train d'essayer d'améliorer le respect du « grammage » en protéines. En effet, si l'on prend l'exemple du poulet, pour un repas au « grammage » standard, il faut servir une cuisse et un pilon. Le retour en cuisine est impressionnant, très peu de résidents mangent les deux morceaux. En remplaçant l'un des deux morceaux par des bouchées enrichies, le « grammage » est respecté et les restes sont nettement moins importants.

5.2.4.2 : Les avantages

Ils me paraissent nombreux et la liste que je vous propose est non exhaustive

- La densité de la bouchée permet une préhension facile. Le vin et les jus de fruits en bouchées limitent le nombre de fausse route en permettant une hydratation

- ces bouchées peuvent aussi être servies pendant les repas afin de faire retrouver une certaine autonomie.

- Les résidents souffrant d'insomnies et de réveils nocturnes fréquents ont souvent faim. Une distribution par les AS de nuit aurait pour effet d'une part de satisfaire les résidents noctambules, d'autre part de combler le « vide » alimentaire qui reste effectif de 20 heures 30 à 7 heures le lendemain matin, dans notre EHPAD.

- L'EHPAD Notre Dame de Puyraveau, depuis 5 ans de pratique, n'a pas subi d'épidémie de gastro entérite ; elle a vu ses chutes, ses escarres diminuer. Les résidents ont amélioré leurs performances dans les soins d'hygiène et sur le périmètre de marche.

- Les « bouchées enrichies » peuvent diminuer jusqu'à 50% l'utilisation de Compléments Alimentaires Oraux (CNO).

- Les vitrines sont réapprovisionnées régulièrement. Comme me l'a confirmé la directrice de notre EHPAD, la conservation de tels aliments est autorisée jusqu'à J+3, donc la fabrication peut être faite à un moment plus calme en cuisine. Les vitrines seront complètement vidées une fois toutes les 24 heures. En effet, la chaîne du froid n'est pas aussi parfaite dans ces vitrines (ouvertures itératives des portes) que dans les chambres froides des cuisines. Le réapprovisionnement peut alors se faire en toute sécurité avec une nourriture fabriquée jusqu'à 4 jours auparavant.

- Le personnel de l'EHPAD Notre Dame de Puyraveau a comptabilisé les besoins quotidiens. Ils ont ainsi lutté efficacement contre le gaspillage.

- De nombreux « aidants » sont impliqués et formés: que ce soient les aidants professionnels mais aussi les aidants familiaux. Il faut donc informer et impliquer non seulement le personnel soignant, le personnel hôtelier de l'EHPAD (formation ad aequat) mais aussi l'animatrice, les bénévoles qui travaillent avec cette dernière, sans oublier les familles qui peuvent efficacement et simplement aider leur parent à mieux se nourrir.

- Une communication accrue entre tous les intervenants médicaux et para médicaux doit aussi permettre d'améliorer le goût des bouchées enrichies proposées. Les cuisiniers seront plus à même de recevoir des critiques objectives. Ils ont accepté les remarques pour leurs crèmes enrichies, émanant d'un personnel qui s'implique dans cette formule.

5.2.4.3 : Parmi tous les commentaires que j'ai pu lire ou entendre, ceux du « Trio » de l'EHPAD Notre Dame de Puyraveau ont particulièrement retenu mon attention.

5.2.4.3.1 : L'IDEC : « Les bouchées enrichies » sont un outil qui est venu renforcer la mission qualitative dédiée aux soignants. Peu à peu, ils comprennent la nécessité de revoir leur pratique en gardant à l'esprit qu'une personne âgée est une personne unique et qu'elle le reste jusqu'au bout. Pour le soignant, les bouchées enrichies adaptées sont une aide et un outil d'optimisation de présence à l'autre. Pour la personne accompagnée, elle sont une sécurité, une aide à l'autonomie et contribuent au maintien de sa dignité. Le rôle de l'IDEC est avant tout d'expliquer, d'accompagner, de « coacher » l'équipe pour que celle-ci garde à

l'esprit que la lutte contre la dénutrition ne peut aboutir que dans l'interdisciplinarité et qu'elle contribue à l'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement des personnes »

5.2.4.3.2 : Le Médecin Coordonnateur: « Evaluer la dénutrition est aujourd'hui une nécessité au regard des dépenses de santé qu'elle génère directement ou indirectement. Après l'évaluation, se pose la question du rééquilibrage nutritionnel auquel nous procédons, dans nos EHPAD, par la prescription de compléments nutritionnels oraux. Les professionnels manquent souvent de temps pour accompagner ces prises et une lassitude voire un dégoût s'installe rapidement chez le sujet âgé qui les consomme.

Les bouchées enrichies adaptées (nous) ont permis, elles, de réduire de 35% le pourcentage de personnes dénutries en un an. Leur souplesse de distribution, leur enrichissement, leurs formes, leurs couleurs, leurs goûts et leur présentation stimulent l'appétit et encouragent l'autonomie. Elles donnent à l'alimentation une dimension ludique qui contribue largement à leur succès. En conclusion (je dirai que) les bouchées enrichies adaptées concilient la réponse MEDICALE, la réponse MEDICO-SOCIALE et le DESIR du sujet âgé ».

5.2.4.3.3 : Le Directeur:

Lors de ma conversation téléphonique avec Monsieur le Directeur de l'EHPAD de Puyraveau, nous avons beaucoup échangé sur les aspects techniques et économiques des bouchées enrichies. Vous retrouvez ces aspects dans les différents chapitres. Sa conclusion est très intéressante : « nous sommes parvenus à ce bon résultat après de nombreuses années de travail. Il est indispensable que le personnel dans son ensemble et à tous les niveaux se sente concerné et s'implique, sinon le projet est voué à l'échec. Nous avons une « référente restauration », des cuisiniers qui se remettent toujours en question afin d'améliorer leurs recettes, des personnels médicaux, para médicaux et non médicaux bien impliqués et enfin des familles qui ont compris l'intérêt de la lutte contre la dénutrition. Aujourd'hui, nous ne pourrions pas revenir en arrière ! »

6. LES RESULTATS :

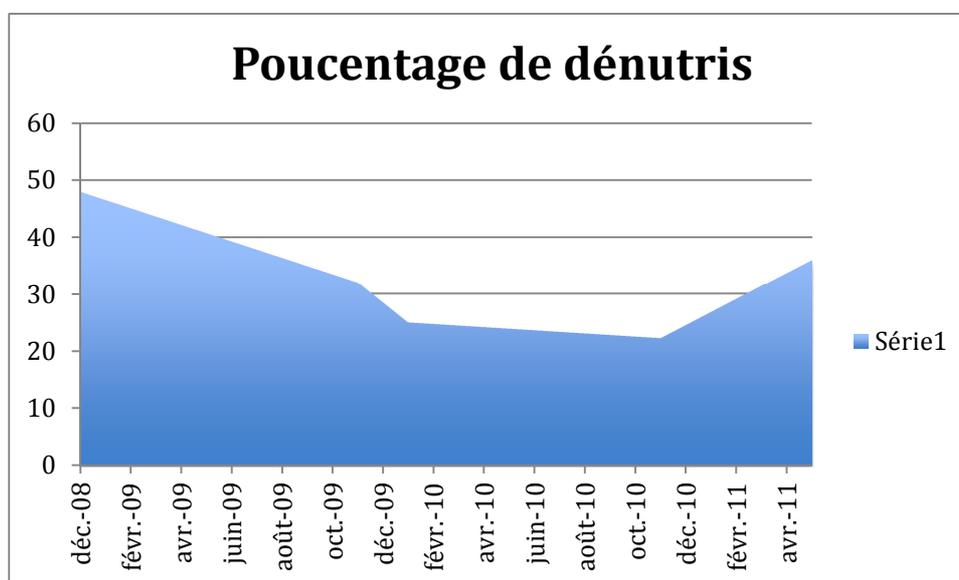
6.1. Sur les mesures déjà mises en place :

En Janvier 2013, lors du début de ce projet, le pourcentage de résidents dénutris était de 48%. En un an, le pourcentage est passé de 32%. 38 résidents ont été renutris dans le courant de l'année 2013, car les deux critères de surveillance ont été analysés mensuellement

En février 2014, on a comptabilisé 25% de dénutris (dont 11 à moins de 33g/l d'albuminémie).

En décembre 2014, 22,3% de dénutris (dont 6 à moins de 33g/l d'albuminémie). Cette année 2014 a été une année privilégiée, avec beaucoup moins de décès et de départs que les autres années.

En juin 2015, 36% de résidents sont dénutris (dont 22 à moins de 33g/l d'albuminémie. Ce mauvais résultat est dû à une très forte épidémie de grippe durant l'hiver, d'une part et d'autre part d'un nombre important de décès. De ce fait, il y eut de nombreuses entrées dans l'EHPAD pendant le premier semestre 2015.



6.2. Escomptés sur les bouchées enrichies :

Le chiffre de l'EHPAD de Puyraveau qui m'a été communiqué par téléphone est de 8% de dénutris à ce jour.

7. LE FINANCEMENT

7.1 : Déjà porté au budget prévisionnel 2015 : Les tables à hauteur variable sont inscrites sur le budget d'hébergement pour une valeur de 3390€ HT, soit 4068€ TTC.

7.2 : A porter au budget 2016 : L'ARS pourrait proposer des crédits non pérennes à porter sur le budget « soins » pour tester les supports de bras.

- Système « Edero » : 2193€ HT

- Système « Neater Eater » : 1705€ HT

soit une dépense de 4677,60€ TTC

7.3 : Dans les budgets à venir : L'EHPAD résidence Jeanne d'Arc doit renouveler sa convention tripartite au début de l'année 2017. Il faudra intégrer notre demande à nos projets et le présenter aux Autorités de Tarification. Nous leur demanderons, aux vues des résultats escomptés, de prendre une partie de ces dépenses dans le « forfait soins » et le reste dans le forfait « hébergement ».

- Au niveau du budget d'investissement : Il faut, à Janville, prévoir deux vitrines réfrigérées, soit une dépense d'environ 2350€ TTC par vitrine : 4700€ TTC

- Au niveau du budget de fonctionnement, le constat est le suivant : le budget alimentaire des deux EHPAD (Puyraveau et Janville), rapporté au cout annuel par résident est identique Il est d'environ 1970€ par résident et par an (à 10€près), donc on peut conclure, qu'après une période de « rodage », un budget repas avec des « bouchées enrichies » ne dépasserait pas un budget repas habituel.

8. CONCLUSION

La dénutrition en EHPAD est un problème constant et récurrent au fil des entrées en institution.

Elle est connue de tous ceux qui s'occupent des personnes âgées. Les complications médicales de cette dénutrition sont elles aussi bien établies.

La lutte contre cette pathologie, et plus particulièrement chez les résidents présentant des troubles neuro dégénératifs, est quotidienne et pluridisciplinaire.

Elle englobe l'ensemble du personnel :

- le personnel administratif, qui doit élaborer des projets pour l'amélioration de ce problème et prévoir les budgets nécessaires tant au niveau de l'investissement, que du fonctionnement et de la formation de l'ensemble du personnel,

- le personnel de la restauration, après formation, se doit d'être créatif dans le choix des recettes de base afin que celles-ci soient attractives.

- le personnel médical et paramédical qui doit effectuer les bilans, bien installer les résidents à table, les aider à se nourrir pendant les repas et aussi en dehors des heures de repas.

Lors du renouvellement des conventions tripartites, les Autorités de Tarification : ARS et Conseil Départemental, doivent étudier les demandes de propositions du « trio » dirigeant un EHPAD. Elles permettraient ainsi de budgétiser les lignes de la « section d'hébergement », voire de la « section soins » nécessaires à ces réalisations.

Avec les petits moyens déjà en place, l'EHPAD Résidence Jeanne d'Arc de Janville a fait régresser le pourcentage de ses résidents dénutris : certaine année de façon spectaculaire (48 à 22,3%).

Le projet des « bouchées enrichies adaptées » devrait aider à améliorer encore cette statistique.

Cette solution ne pourrait qu'être bénéfique aux résidents entrant dans les critères de sélection.

Il serait valorisant pour tout le personnel.

Enfin, de bons résultats dans la lutte contre la dénutrition participent à la renommée d'un EHPAD.

BIBLIOGRAPHIE

- Nutrition de la personne âgée, aspects fondamentaux, cliniques et psycho sociaux ; M. Ferry, D. Mischlich
- Le manger et l'institution ou le paradoxe de la restauration collective ; C. Flischler
- Dénutrition en EHPAZD, La Revue de Gériatrie tome 4 N° 3 Mars 2015
- Loi du 2 janvier 2012 rénovant l'action sociale et médico-sociale ; JO N° 3 du 03.01.2002.
- L'alimentation en EHPAD, Université Evry Val d'Essonne ; Joëlle Louis, 2015.
- Bouchées enrichies adaptées : Le goût de l'autonomie ; Association ND de Puyraveau, C. Favrelière.
- site : <http://ergo-diffusion.com> (bras articulés)