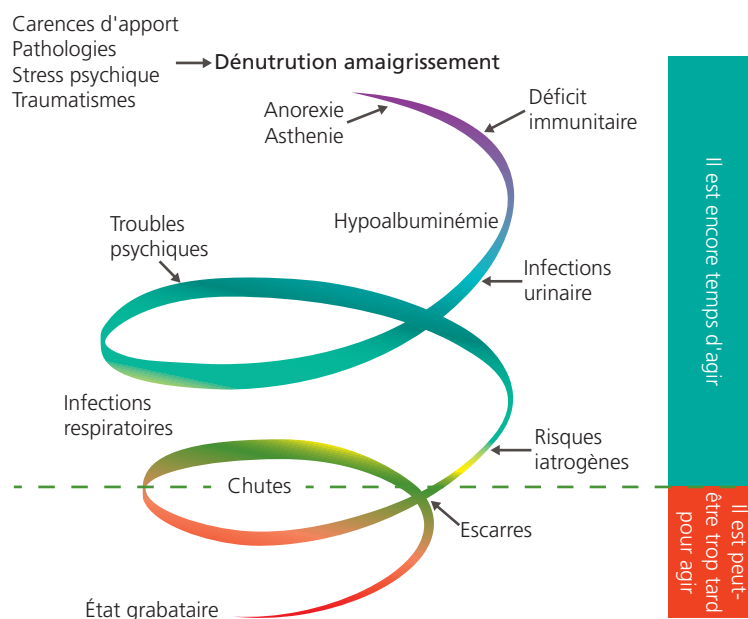


Figure 1 – La spirale de la dénutrition (Source : Dr Monique Ferry [4]).



Ces conséquences ont un impact direct sur le risque de chute, la perte d'autonomie, la dégradation de la qualité de vie et l'augmentation de la mortalité. Le travail présenté est la première étape d'un projet général d'amélioration de l'alimentation et de la nutrition pour les résidents accueillis dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) du groupe Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN). Un groupe pluriprofessionnel, issu de dix Ehpad répartis en France, a exploré les pratiques d'alimentation avec pour objectifs de diminuer le risque de dénutrition et de déterminer des leviers d'amélioration de la qualité de l'alimentation. Pour cela, il s'est engagé dans l'étude de six thématiques qui encadrent ces processus : (a) politique générale d'alimentation et de nutrition, (b) accompagnement de l'alimentation et du repas, (c) prévention et suivi de la dénutrition, (d) organisation de la restauration, (e) pratiques d'hôtellerie, (f) pilotage de l'évaluation et des actions d'amélioration des processus, en s'appuyant sur des recommandations comme celles de la Haute Autorité de santé (HAS) [1,2] et du Programme national nutrition santé (PNNS) [3] pour construire un socle de références avec l'appui du cabinet Neeria. Dans cet article, nous présentons essentiellement les résultats concernant la satisfaction des personnels et des résidents.

Méthode

Un « groupe projet » a été créé, composé du directeur médical, du responsable de la coordination des soins, du responsable restauration et d'un consultant du cabinet Neeria. Il a réalisé une revue de la littérature, rencontré des spécialistes, évalué l'intérêt et la

faisabilité d'un bilan des pratiques et établi le protocole de l'audit. Le projet a été géré selon la méthode PDCA¹ et trois leviers de succès ont été jugés indispensables : la participation du plus grand nombre de professionnels concourant au parcours alimentaire et nutritionnel, tous métiers confondus ; le caractère non discriminant et sans jugement de valeur de l'audit ; le niveau de retour de données pour les différents items. Pour assurer une forte participation, le groupe projet s'est entouré de représentants des métiers issus des dix Ehpad (directeur, chef de cuisine, diététicienne, médecins coordonnateurs, infirmières coordinatrices, aides-soignantes, référent qualité) qui ont constitué le « comité de pilotage » de la démarche. L'audit a été appliqué à dix structures médico-sociales d'une capacité d'accueil de 45 à 135 places. Le recueil d'informations et l'observation des pratiques ont concerné deux processus : la prise en charge nutritionnelle du résident et la restauration. La grille d'audit comptait plus de 230 items. L'étude a débuté par une communication quinze jours avant l'audit. Ont suivi la visite sur site du consultant (recueil documentaire, observations et entretiens collectifs et individuels), puis la restitution de quelques éléments « à chaud », avec explication des suites et des restitutions générales. Dix axes ont été audités : la stratégie nutritionnelle de l'établissement ; les référentiels utilisés ; les ressources humaines spécialisées ; les ressources logistiques ; les ressources opérationnelles ; l'organisation de l'alimentation ; les besoins nutritionnels mesurés ;

1- Plan, do, check, act (planifier, faire, vérifier, agir), méthode d'amélioration continue issue des travaux de William Edwards Deming.

les besoins nutritionnels exprimés par les résidents ; les réponses opérationnelles professionnelles et les interfaces avec les établissements partenaires. Ces grilles ont été complétées par des questionnaires auprès de tous les acteurs en lien direct ou indirect avec l'alimentation ou la nutrition. Ce recueil s'est enrichi du point de vue des résidents et de leurs représentants. Les résultats concernant la satisfaction des acteurs ont été présentés sur une échelle de 1 à 10 : 1 étant les réponses les plus éloignées des référentiels, 10 les réponses en correspondance avec les référentiels ou recommandations retenues pour l'étude.

Analyse documentaire préalable

Préalablement, une revue de la littérature a permis d'orienter les axes à explorer. Les recherches, les constats et les recommandations sont riches dans ce domaine et des choix ont dû être opérés par le groupe. On retiendra, en particulier, les premières recommandations de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, rédigé, dès 2007, par la HAS [1,2]. En 2013, l'Institut national de recherche agronomique (Inra) publiait aussi un dossier de recherche complet sur l'interaction entre l'alimentation et les personnes vieillissantes [5] avec des orientations de politique générale alimentaire et de prévention de la dénutrition. Fin 2014, l'Association française de normalisation (Afnor) publiait une étude réalisée sur les attentes des seniors et de leurs aidants [6]. Les résultats plaçaient, clairement, l'alimentation en tête de leurs préoccupations (76,8%), loin devant la santé (66,2%) et les nouvelles technologies (51,5%). Un résultat qui confirme l'attente de cette population en matière de services et de produits adaptés, particulièrement dans les établissements qui accueillent les personnes âgées dépendantes. À cela s'ajoutent des recherches cliniques mettant en évidence la prévalence de la dysphagie oropharyngée [7] chez les personnes en institution, une des difficultés rencontrées par les équipes professionnelles pour organiser l'alimentation au sein des Ehpad.

Résultats

Au total, 404 personnes ont été sollicitées. Sur un effectif de 317 professionnels du soin et d'hôtellerie-restauration, 213 ont répondu, soit 67,2%. Variant de 27,3% à 90,5%, le taux de retour des questionnaires n'est pas équivalent entre établissements, avec une forte participation de 6 établissements sur 10. Sur 909 résidents, 76 ont répondu au questionnaire, soit 8,3% (de 4,9% à 20,2% selon l'établissement). Fin juin 2019, les résultats des questionnaires ont été transmis aux équipes de proximité pour un premier retour. Après anonymisation des établissements, ils ont été transmis à leur directeur. Les différents audits ont été bien accueillis par les professionnels en établissement. Tous ont unanimement transmis leur satisfaction

sur le déroulé et la conduite du projet global malgré des conditions parfois difficiles (travaux au sein des établissements, absence de personnes ressources).

Perception globale des résidents

Les réponses aux questionnaires de satisfaction par les résidents sont très différentes selon les sites. Seuls deux établissements ont des scores de satisfaction au-dessus de 7,5/10, les autres se situant entre 5,9 et 7,2/10. Selon les items, le respect des régimes est satisfaisant, mais les propositions de plats et le service sont à améliorer pour la majorité des Ehpad. Pour les résidents, la propreté et l'ambiance à leur table sont satisfaisantes, mais plusieurs sont gênés par le bruit et la luminosité des espaces collectifs pour les repas. Ils regrettent par ailleurs le manque de variété des plats de substitution ainsi que le manque d'attention à leurs goûts et dégoûts, et l'absence du chef cuisinier en salle à manger. Pour autant, le moment du repas est estimé agréable avec une écoute attentive et une gentillesse des personnels

Perception globale des professionnels

Dans deux établissements sur dix seulement, les professionnels estiment la qualité de l'alimentation au-dessus de 8/10, les autres se situant entre 5 et 7/10. Ce niveau de satisfaction globale des professionnels est assez différent de celui des résidents dans plus de la moitié des Ehpad. De plus, il existe une différence significative de satisfaction entre les métiers du soin et ceux de la restauration (en moyenne 6,4/10 et 8,1/10 respectivement).

À partir des observations et entretiens plus détaillés, l'estimation globale de la qualité du processus est très différente selon les Ehpad : de 5,1 à 8,7. Le score (sur 10) attribué aux différents thèmes du processus est présenté au **Tableau I**. Seuls trois établissements ont une pratique dans l'ensemble proche des référentiels connus. Mais beaucoup sont en difficulté sur la politique et le pilotage (2, 4, 10), la maîtrise du risque de dénutrition (2, 3, 5, 10) et le suivi des actions (2, 3, 4, 5, 6, 7, 10). L'accompagnement à l'alimentation et la restauration apparaissent comme une force pour huit établissements sur dix.

Perception des médecins

Les médecins ont répondu largement (13/14) et la moitié d'entre eux déclare une satisfaction globale inférieure à 6/10. Les réponses concernant le dépistage de la dénutrition sont homogènes : calcul de l'indice de masse corporelle, mesure du poids et recherche d'une perte récente. L'estimation de l'appétit et le calcul du MNA^{®2} simplifié sont rarement

2- Le *Mini Nutritional Assessment*[®] est un outil d'évaluation permettant d'identifier les personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition.

utilisés. Certaines pratiques sont systématiques pour 6 médecins sur 9 : bilan biologique à l'entrée et une fois par an, ou encore bilan orthophonique. En moyenne, 8/10 sont favorables à l'application de protocole pour le dépistage ou la prise en charge de la dénutrition pour les résidents ayant un trouble de la déglutition, des problèmes bucco-dentaires, des escarres ou certaines maladies chroniques, en particulier cancéreuses. Mais seulement la moitié utilise un protocole formalisé pour les régimes alimentaires, qui font quasi systématiquement l'objet d'une prescription médicale. Celle-ci est plus rarement associée à une activité physique adaptée (4/10). Face au risque de dénutrition, tous appellent à une meilleure formation, en particulier des aides-soignants, et au recours à plus de personnel pour l'aide au déplacement et au repas. Plusieurs soulignent le manque de personnel disponible pour préparer ou organiser les repas, et le défaut de communication intra-équipe.

Perception des diététiciennes

Sur les 7 Ehpad bénéficiant du conseil d'une diététicienne, 5 ont répondu au questionnaire particulier. Les diététiciennes sont le plus souvent satisfaites de l'alimentation (8/10). Mais elles participent peu aux actions entreprises pour la qualité gustative et nutritionnelle des repas, à la réalisation d'un plan alimentaire, à l'analyse de la dénutrition chez les résidents ou à l'aide au repas. Si toutes contribuent à la composition des menus « régime », seulement 1/3 participent aux repas, et une seule organise des dégustations « tests » avec les résidents et les professionnels de cuisine ; deux élaborent les régimes avec le médecin coordonnateur et 3/5 entretiennent des relations régulières avec les cuisiniers.

Perception des équipes de cuisine

Le niveau de satisfaction générale est très hétérogène. Moins de la moitié des répondants participent aux commissions « menu » ou autres instances liées à l'alimentation (comité de liaison alimentation et nutrition...). Plus de 50% expriment être insuffisamment associés aux décisions relatives à l'alimentation (note de 5/10). Concernant l'alimentation et le bien-être

(noté 5,8/10), ils regrettent de ne pas être plus associés au budget moyen discuté lors des commissions et le peu de soutien des diététiciens pour garantir la qualité nutritionnelle. Pour autant, plus des 2/3 disposent de cahiers des charges précis sur les besoins et régimes des résidents. La majorité des équipes produisent du « fait maison » et près d'1/3 utilisent des produits d'assemblage ou de l'agroalimentaire. Dans l'ensemble, elles sont satisfaites de la présentation, de l'odeur, de l'aspect visuel, et de la quantité des plats proposés aux résidents.

Perception des équipes soignantes et hôtelières

Ce groupe rassemble des aides-soignantes (les plus nombreuses), le personnel hôtelier (le quart) et les infirmiers (15%). Cette répartition est représentative des compétences présentes dans les Ehpad. Les résultats globaux pour ce groupe par établissement sont hétérogènes avec des écarts de 5,1/10 à 7,9/10, mais plus homogènes par métier (entre 6/10 et 7/10). Selon les thématiques, on observe des écarts significatifs notamment pour le « dépistage et la prévention de la dénutrition » (de 3,9/10 à 8/10) : les infirmiers et hôteliers sont plus en retrait que les aides-soignants sur ce sujet. En revanche ils se rejoignent sur le thème « alimentation et bien-être » des résidents et plusieurs critères sont très satisfaisants : possibilité d'un apport de fruits (8,6/10) et d'une durée suffisante (7,9/10) pour le petit-déjeuner ; durée du déjeuner (7,9/10) avec possibilité de réchauffer le plat (7,7/10). Mais beaucoup d'autres items sont moins évalués entre 2,6/10 et 4,8/10 : apport de protéines complémentaires au petit-déjeuner (fromage, œufs...), recueil des goûts et dégoûts des résidents, possibilité d'une formation à la nutrition de la personne âgée, temps supplémentaire accordé à l'accompagnement des résidents pour des repas en terrasse, possibilité pour les résidents de choisir une composante de leur repas.

Discussion

Cet audit présente des limites méthodologiques évidentes liées à la complexité du sujet, à la multiplicité des interlocuteurs et à l'hétérogénéité des éta-

Tableau I – Processus d'accompagnement alimentaire et nutritionnel des résidents. Résultats des observations et entretiens en fonction des thèmes notés sur 10.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Moyenne Ehpad
Politique et pilotage	7,0	6,7	7,0	4,6	7,0	7,2	7,4	8,5	8,5	4,7	6,8
Alimentation et nutrition	9,3	7,7	5,8	8	7,7	8,1	8,5	7,7	9,5	4,5	7,6
Dénutrition	8,3	5,1	3,3	7,4	4,3	7,3	8,6	8,6	8,2	5,4	6,6
Restauration	8,5	7,9	8,4	8,0	8,2	9,1	8,9	8,9	9,0	5,4	8,2
Hôtellerie	8,0	6,5	5,9	6,8	8	7,3	6,2	6,2	8,3	6,2	7,0
Évaluation et actions	8,4	5,9	4,8	4,3	6,3	6,4	4,7	4,7	8,9	4,3	6,3
Moyenne par Ehpad	8,1	6,3	6,5	6,5	7,1	7,7	7,5	7,5	8,7	5,1	7,1

blissements participants. Les entretiens semi-directifs ont dû être organisés de manière différente : parfois en individuel, parfois en collectif. Cette faiblesse, liée aux possibilités organisationnelles des Ehpad, s'ajoute à la subjectivité inévitable de chaque enquêteur et à celle des enquêtés, ce qui peut conduire à des biais. L'enquête de satisfaction est un apport intéressant et nécessaire, mais doit être enrichie par des observations in situ. Le croisement de celles-ci à celles de l'enquête de satisfaction nous a amenés à pondérer ou valider certains des résultats obtenus. Notons aussi que deux établissements montrent un faible retour de leurs professionnels et que les résidents sont peu nombreux à participer et probablement non représentatifs.

Cependant la force de cette étude tient à la dynamique créée par la participation des établissements à l'audit. La préparation de la méthode en utilisant les recommandations et outils de la HAS, l'avis d'experts de la nutrition et de la restauration du secteur médico-social a été une expérience positive et partagée. L'ensemble du matériel obtenu a permis à chaque établissement de s'évaluer. Cela ouvre une perspective d'orientation pour la politique d'alimentation et de nutrition au sein du groupe MGEN. De plus les résultats ont amené une réflexion profonde sur le rôle de chaque groupe professionnel, sur leurs interactions et leurs perceptions de l'alimentation.

Lors de la restitution collégiale des résultats, trois axes de travail prioritaires se sont détachés : (1) la stratégie de lutte contre la dénutrition en Ehpad, (2) la politique de restauration et (3) la coordination des professionnels.

■ Conserver le plaisir de manger pour un niveau de sécurité nutritionnel suffisant : c'est un équilibre difficile à trouver et les retours partagés entre les personnels le démontrent. Maintenir le plaisir de manger tout en tenant compte de la dépendance, des troubles de la déglutition, de la mastication, est un enjeu pour la lutte contre la dénutrition et la prévention des risques secondaires pulmonaires et infectieux. Le risque d'asphyxie lié aux difficultés de mastication peut amener les professionnels à une alimentation excessivement hachée ou mixée. Améliorer la mastication physiologique des résidents demande d'améliorer l'hygiène bucco-dentaire et la majorité des établissements ont mis en place des référents opérationnels sur le sujet, travaillant auprès des résidents. Une formation et un accompagnement des professionnels sur l'installation et les risques d'asphyxie alimentaire sont aussi indispensables. Les médecins évoquent unanimement la question de la formation, autant sur la nutrition que sur le maintien de l'autonomie alimentaire des résidents, comme levier pour l'amélioration de la nutrition des personnes âgées.

■ Concernant la politique de restauration et le service du repas, les efforts sont à réaliser sur la proportion de texture modifiée, qui n'a pas été mesurée

dans l'étude. Un travail mené par la suite a révélé une grande hétérogénéité entre les établissements avec un nombre élevé de textures (près de six textures différentes et une déclinaison pour tous les régimes associés) alors que les préconisations sont de trois au niveau international, en dehors du « normal » et du « liquide ». Même si les retours de satisfaction ne sont pas suffisants pour généraliser à l'ensemble des établissements, les recueils d'observations et les entretiens montrent souvent un plat de substitution toujours identique, le défaut de mise en température et une présentation insuffisamment attrayante. Ces constatations ont amené le responsable restauration du groupe à engager un programme de formation « cuisine » avec des entreprises reconnues (comme Lenôtre) pour les chefs cuisiniers des établissements. Cette formation leur permet de réinterpréter les classiques de la cuisine française enrichis par des produits énergétiques et protéiques.

■ Pour autant, s'attacher à chaque groupe professionnel n'est pas suffisant, la coordination des professionnels est un enjeu essentiel. Les résultats de l'audit montrent une différence de perception de l'alimentation et de la nutrition entre les équipes de soin et de restauration. Cette différence est identifiée dans les commentaires par des moments d'interactions insuffisants. Les travaux menés par le responsable restauration du groupe MGEN ont révélé une incompréhension réciproque des soignants, des diététiciens et des chefs cuisiniers sur la sémantique utilisée pour les plats et leur préparation. Le langage professionnel de l'art culinaire n'est pas accessible aux professionnels de soin et, de la même manière, les termes médicaux utilisés pour la nutrition ne sont pas toujours compréhensibles par les cuisiniers. L'absence de diététiciens renforce cet écart de compréhension des deux milieux professionnels. La déclinaison des textures et des produits de base des plats apparaît parfois inadaptée à la demande soignante. L'enjeu est de créer un pont de correspondance des langages professionnels pour répondre au mieux aux besoins des résidents. Pour ce faire, outre le plan général de réduction des textures déjà évoqué précédemment, il est nécessaire d'augmenter les temps de coordination de ces deux corps professionnels par la mise en place de commissions pluriprofessionnelles sur les menus et les plats pour tous les Ehpad.

Conclusion

Cet audit a permis de mettre en lumière des points de vigilance au sein des structures et de centrer les actions sur les besoins et les attentes des résidents. Ceci a conduit à des actions concrètes sur les différents axes du processus de manière individuelle pour chaque établissement : logistique, administratif, compétences humaines, médical, pharmaceutique et soignant. Les résultats apportent un matériel suf-

fisant pour poursuivre le projet national sur la mise en œuvre d'actions concertées « restauration-soins-politique qualité ». Une des structures auditées s'est engagée dans la mise en œuvre d'un programme basé sur les axes d'amélioration identifiés dans cette étude. Cet établissement pilote permettra d'orienter

et d'ajuster le plan d'actions commun à tous pour une alimentation adaptée à l'autonomie et les goûts des résidents. Car l'étape de généralisation nécessite l'accompagnement pour un changement culturel vers de nouvelles pratiques pluriprofessionnelles coordonnées et comprises de tous. ■

Références

- 1- Haute Autorité de santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles (2007). Synthèse accessible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf (Consulté le 03-10-2020).
- 2- Haute Autorité de santé et Fédération française de nutrition. Recommandation de bonne pratique. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. Paris, 2019. 25 p. Accessible à : https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/reco277_recommandations_rbp_denutrition_cd_2019_11_13_v0.pdf (Consulté le 31-03-2020).
- 3- Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national nutrition santé 2019-2023. Paris, 2019. 94 p. Accessible à : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf (Consulté le 30-06-2020).
- 4- Ferry M. La spirale de la dénutrition, 1993. Accessible à : https://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/mip/groupe_28.pdf (Consulté le 30-06-2020).

- 5- Institut national de la recherche agronomique. Les chercheurs se mettent à la table des séniors. Dossier de presse. Avignon, 2014. 16 p. Accessible à : <https://inra-dam-front-resources-cdn.brainsonic.com/ressources/afile/262020-33918-resource-dossier-seniors.html> (Consulté le 31-03-2020).
- 6- Association française de normalisation. Enquête nationale silver économie : attente de consommation des séniors et leurs aidants. La Plaine-Saint-Denis, 2014. 28 p. Accessible à <https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/12/afnor-etude-silver-economie-dec2014-2.pdf> (Consulté le 17-02-2020).
- 7- Baijens LWJ, Clavé P, Cras P, et al. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medecin Society white paper. Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. Clin Interv Aging 2016;11:1403-1428. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5063605/> (Consulté le 31-03-2020).

Remerciements

Nous remercions la direction de la qualité des soins et l'ensemble des professionnels des Ehpad du groupe MGEN, le responsable hôtelier restauration du groupe, l'équipe de consultants du cabinet Neeria et le comité de pilotage du projet.

Financement: aucun déclaré.