



UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Dénutrition des personnes âgées dépendantes en Institution :  
Réévaluation nutritionnelle après formation du personnel sur  
l'ensemble des aspects de la restauration.**

Présentée et soutenue publiquement le 15 Novembre 2018 à 18h00  
Au Pôle Recherche

**Par Julia BLANCKAERT**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Asseseurs :**

**Monsieur le Professeur David SEGUY**

**Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE**

**Madame le Docteur Catherine GIRES**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Didier DEWEERDT**

---

## **AVERTISSEMENT**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

# ABREVIATIONS

ADDFMS	Aliments Diététiques Destinés à des Fins Médicales Spéciales
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux
CNA	Conseil National de l'Alimentation
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNO	Complément Nutritionnel Oral
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPP	Comités de Protection des Personnes
CRP	Protéine C Réactive
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GMP	GIR Moyen Pondéré
GMPS	Groupe iso-ressources Moyen Pondéré Soins
HAS	Haute Autorité de Santé
IEC	Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPP	Inhibiteur de la Pompe à Protons
MNA	Mini Nutritional Assessment
PMP	PATHOS Moyen Pondéré

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>11</b>
I. CONTEXTE DE L'ETUDE .....	12
II. DENUTRITION .....	14
1. Définition/ critères diagnostiques de la dénutrition.....	14
2. Physiologie de la personne âgée .....	15
3. Situations à risque de dénutrition.....	16
4. Dépistage de la dénutrition.....	18
5. Conséquences de la dénutrition.....	18
III. EPIDEMIOLOGIE.....	19
1. En France .....	19
2. En Europe .....	20
IV. PARTICULARITE DE L'EHPAD VAN EEGHEM .....	20
V. LES COMPLEMENTS NUTRITIONNELS ORAUX.....	21
VI. LA FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT .....	22
1. Alimentation.....	23
2. Environnement.....	25
3. Convivialité .....	26
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>28</b>
I. LES COMPLEMENTS NUTRITIONNELS ORAUX .....	29
1. Type d'étude.....	29
2. Modalité et recueil de données .....	29
3. Population .....	29
II. FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT .....	30
1. Type d'étude.....	30
2. Modalité .....	30
3. Recueil de données .....	30
4. Population .....	31
III. AUTORISATIONS .....	32
IV. ANALYSES STATISTIQUES.....	32
<b>RESULTATS.....</b>	<b>33</b>
I. LES COMPLEMENTS NUTRITIONNELS ORAUX .....	34
1. Description de la population .....	34
2. Observation .....	34
II. FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT .....	36

1.	Description de la population : statistiques descriptives .....	36
2.	Objectif principal : prévalence de la dénutrition en EHPAD .....	38
3.	Objectifs secondaires .....	40
a)	Concentration d'albumine.....	40
b)	Fréquence des événements .....	41
4.	Comparaison de la population entre les deux périodes .....	43
5.	Autre constat.....	44
<b>DISCUSSION</b>	<b>.....</b>	<b>46</b>
I.	ANALYSE DES RESULTATS .....	47
1.	Les compléments nutritionnels oraux.....	47
2.	Formation du personnel soignant .....	48
a)	Objectif principal .....	48
b)	Objectifs secondaires .....	48
c)	Autres constats.....	50
II.	L'ALIMENTATION DES PERSONNES AGEES EN EPHAD .....	51
1.	Budget alimentaire en EHPAD.....	52
2.	Impératifs économiques et organisationnels impactant sur l'intérêt sanitaire des personnes âgées.....	55
3.	Un suivi nutritionnel insuffisant .....	56
III.	LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE .....	57
1.	Limites .....	57
2.	Forces .....	57
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>58</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>62</b>

# RESUME

**Introduction :** La dénutrition du sujet âgé est un des 1<sup>ers</sup> facteurs menant à la perte d'autonomie. Malgré un respect strict des critères de l'HAS et de l'ANESM concernant la prévention et la prise en charge de la dénutrition, il persiste un pourcentage de dénutrition à 29.23% au sein de l'EHPAD. Ces protocoles sont théoriques et ne s'intéressent pas à la spécificité de l'individu. La formation du personnel soignant sur l'ensemble des aspects de la restauration serait indispensable pour avoir un impact sur le statut nutritionnel et la qualité de vie des résidents. Notre principal objectif est d'évaluer l'impact de cette formation sur l'état nutritionnel des résidents dénutris, afin d'observer si celle-ci permet de diminuer le pourcentage de dénutrition en institution. Secondairement de déterminer si elle a un impact positif sur la concentration d'albumine, le nombre d'hospitalisations, d'infections, d'antibiothérapies, de chutes et d'escarres.

**Matériel et Méthode :** Une étude qualitative observationnelle monocentrique, avant versus après formation du personnel soignant a été menée au sein de l'EHPAD Van Eeghem à Dunkerque. Le recueil d'informations a été collecté par lecture des dossiers médicaux informatisés de Janvier 2017 à Juin 2018.

**Résultats :** Il n'y a pas de différence statistiquement significative sur la prévalence de la dénutrition globale entre 2017 et 2018 ( $p=0.69$ ). La prévalence de la dénutrition sévère s'est atténuée de façon significative entre l'hiver 2017 et l'hiver 2018 ( $p=0.01$ ). La concentration d'Albumine moyenne a augmenté significativement de 31.9 d/dl en Janvier 2017, à 34.6 d/dl en Juin 2018 ( $p=0.024$ ). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux périodes sur le taux d'hospitalisations, d'infections, d'antibiothérapies, de chutes et d'escarres.

**Conclusion :** Une prise en soin nutritionnelle plus adaptée et plus humaine portant sur le concept holistique, en EHPAD, a permis d'atténuer la sévérité du taux de dénutrition. Elle n'a cependant pas eu d'impact positif sur la prévalence des événements supposés en lien. Une étude qualitative pourrait être menée auprès des soignants mais aussi auprès des résidents communicants pour savoir si cette formation leur apporte un bien être professionnel ou une meilleure qualité de vie.

## INTRODUCTION

*« Le plaisir de la table est de tous les âges, de toutes les conditions, de tous les pays et de tous les jours. Il peut s'associer à tous les autres et reste le dernier pour nous consoler de leur perte. »*

Jean Anthelme Brillat-Savarin, avocat, gastronome.

## I. CONTEXTE DE L'ETUDE

La dénutrition du sujet âgé, par sa fréquence et son impact en matière de morbi-mortalité, est désormais reconnue par les institutions comme un véritable problème de santé publique. (1)

C'est l'un des premiers facteurs menant à la perte d'autonomie et elle est à l'origine de déficits immunitaires, d'escarres, d'infections, ou encore de fractures secondaires à des chutes. Or les études montrent que jusqu'à 38% des personnes âgées résidant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sont touchées par la dénutrition, d'un point de vue national.

Malgré une prévalence importante de patients dénutris en EHPAD, la prise en charge nutritionnelle reste aléatoire. Et dans la plupart des cas, donner du plaisir par l'alimentation n'est pas la priorité des établissements de santé.

A ce jour, les pouvoirs publics n'ont pas mené d'enquêtes d'ampleur sur ce sujet et aucun contrôle officiel n'a été réalisé sur la qualité nutritionnelle des repas servis en institution.

Pourtant, l'alimentation devrait faire partie intégrante des soins de la personne âgée institutionnalisée.

Au sein de l'EHPAD Van Eeghem, à Dunkerque, il existe des protocoles spécifiques pour le dépistage de la dénutrition. Le but étant de dépister à la fois les situations à risque mais également les situations de dénutrition, et ce, le plus précocement possible.

Ces protocoles sont bénéfiques puisqu'ils permettent d'abaisser le pourcentage de dénutrition au sein de l'EHPAD, en dessous du seuil national. Mais malgré un respect strict des critères de la HAS (Haute Autorité de Santé) et de l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et des services Sociaux et Médico-sociaux) concernant la prévention et la prise en charge de la dénutrition, il persiste un pourcentage qui semble encore trop élevé, chiffré à 29.23% en Janvier 2017.



Cependant, ces protocoles sont très théoriques et ne s'intéressent en aucune façon aux gestes alimentaires ni à la spécificité de l'individu concerné.

Les CNO (Compléments Nutritionnels Oraux) sont souvent placés en première position dans la prise en charge de la dénutrition mais leur prise semble être aléatoire. Il serait donc intéressant d'observer quelle est la prise réelle des CNOs prescrits aux résidents dénutris.

Il convient également de prendre en compte la dimension bio-médico-psycho-sociale de ce soin, en s'appuyant sur l'instauration de repas évaluatifs, sur la qualité de l'aide au repas et sur l'environnement dans sa globalité, afin de promouvoir une conception du repas dans la dynamique éthique et philosophique.

Dans ce contexte, la formation et l'information de l'ensemble des professionnels ayant un lien avec l'alimentation dans les EHPADs seraient indispensables pour agir sur la consommation alimentaire, et par la même, sur le statut nutritionnel et la qualité de vie des résidents.

Ce travail d'étude a donc pour but d'évaluer l'impact de la formation du personnel concernant la prise en soin de l'acte alimentaire sur l'état nutritionnel des résidents dénutris en EHPAD. Afin d'observer si celle-ci est utile pour améliorer la prise en charge nutritionnelle et ainsi diminuer le pourcentage de dénutrition en institution.

Les objectifs secondaires ont pour but d'observer si cette pratique a un impact positif sur la concentration moyenne d'albumine des résidents dénutris, le nombre d'hospitalisations, le nombre d'infections nécessitant une antibiothérapie, le nombre de chutes et le nombre d'escarres.

## II. DENUTRITION

### 1. Définition/ critères diagnostiques de la dénutrition

Selon l'HAS, la dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères. (2)

La HAS propose de commencer à dépister la fragilité chez les personnes âgées à partir de 65ans et la dénutrition à partir de 70ans. (3)

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

- Sur des mesures anthropométriques :
  - Perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois

Le poids de référence est le poids mesuré antérieurement, ou le poids habituel déclaré en tenant compte de l'état d'hydratation, des œdèmes ou des épanchements liquidiens.

- IMC (Indice de Masse Corporelle)  $< 21$

$IMC = \text{Poids}/\text{Taille}^2$  ; poids (kg), Taille (m)

Mais un IMC  $\geq 21$  n'exclut pas le diagnostic de dénutrition, en cas d'obésité avec perte de poids.

- Sur des mesures biologiques
  - Albuminémie  $< 35$  g/l

Mais l'hypoalbuminémie n'est pas spécifique de la dénutrition, elle doit être interprétée en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué par le dosage de la CRP (protéine C réactive).

- Sur une enquête alimentaire scorée :
  - MNA (Mini Nutritional Assessment) global < 17 (score évalué sur 30) (Annexe 1)

La sévérité de la dénutrition repose sur un ou plusieurs des critères suivants :

- Perte de poids  $\geq$  à 10% en 1 mois ou  $\geq$  à 15% en 6 mois
- IMC < 18
- Albuminémie < 30 g/l. (4)

La dénutrition sévère justifie une prise en charge nutritionnelle rapide car elle est associée à une augmentation importante de la morbi-mortalité.

## **2. Physiologie de la personne âgée**

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les besoins des personnes âgées en nutriments ne sont pas inférieurs, mais supérieurs à la population générale. On ne doit donc pas manger moins sous prétexte que nous sommes âgés. Cela peut s'expliquer par le fait que la capacité à utiliser les nutriments de l'alimentation est moins bonne. Il est donc recommandé d'avoir des apports énergétiques égaux voire supérieurs aux sujets plus jeunes, soit au minimum 2100 kcal/j, ou plus, notamment dans le cas de personnes démentes qui déambulent toute la journée. Il est préférable d'augmenter la ration en ajoutant des collations. (5,6)

De plus, une caractéristique de la personne âgée est la fonte musculaire. Au cours du vieillissement, la prise de poids se fait principalement au profit de la masse grasse et au détriment de la masse musculaire. (3) Cette perte musculaire est aussi due à la diminution de l'activité physique, à la résistance à l'insuline, mais aussi par insuffisance d'apports de protéines. C'est pour cela que l'apport recommandé n'est pas de 0.8 g/kg/j mais devrait être de 1 à 1.2 g/kg/j. (5) Les repas du soir ne doivent pas être négligés et doivent contenir une portion de viande ou équivalent (comme de l'œuf, du fromage ou du poisson). (6)

D'un point de vue lipidique et glucidique, les besoins sont les mêmes ; cependant on privilégiera les sucres lents et on évitera les sucreries qui provoquent des hypoglycémies à distance.

Les apports en calcium doivent être augmentés à 1g au lieu de 800mg/j. Cet apport est assuré uniquement si la personne consomme 4 produits laitiers par jour. Rappelons que cet apport est indissociable d'un apport en vitamine D et d'une activité physique quand elle est possible. (6)

En ce qui concerne les régimes, encore couramment prescrit chez les personnes âgées, le CNA (Conseil national de l'Alimentation) pointe l'absence de bénéfice des restrictions alimentaires et surtout leurs conséquences néfastes. Il est donc recommandé de limiter les régimes restrictifs et plus généralement, toute restriction alimentaire volontaire. (5)

Les effets du vieillissement peuvent avoir un retentissement sur le plan nutritionnel pour différentes raisons :

- Au niveau digestif : on constate une diminution des sécrétions digestives et donc de l'absorption intestinale ainsi qu'une diminution de la motricité digestive responsable de la constipation.
- Au niveau de la perception : celle de l'odorat et du goût baisse, notamment le goût salé et conduit à une perte d'appétit. De même que la sensation de soif, responsable de déshydratation.
- Au niveau ORL : on note une dégradation de l'état bucco-dentaire, une diminution de la force masticatoire et des troubles de la déglutition. (7)
- Au niveau métabolique : on observe une diminution du métabolisme protidique par diminution de l'activité physique et de la masse musculaire, ainsi qu'une altération du métabolisme glucidique qui entraîne des hyperglycémies après les repas et des hypoglycémies à distance, facteur de risque de chute.
- Au niveau des os : un autre facteur de risque de chute est la déminéralisation osseuse chez les personnes âgées notamment de sexe féminin. (6)

### **3. Situations à risque de dénutrition**

Il existe deux catégories de situations à risque de dénutrition, enseignées et connues parfaitement au sein de l'EHPAD Van Eeghem.

Celles sans lien avec l'âge, comme :

- Les cancers
- Les défaillances d'organes chroniques et sévères : cardiaques, rénales, respiratoires ou hépatiques
- Les pathologies infectieuses ou inflammatoires chroniques
- Les pathologies d'origine digestives responsables de mal digestion/ malabsorption
- Toutes les situations responsables d'une diminution d'apports alimentaires, une augmentation des besoins énergétiques, une malabsorption ou les trois associées.

Celles plus spécifiques à la personne âgée, qui doivent alerter chaque personnel soignant s'il y est face :

- Psycho-socio-environnementales : isolement social/ deuil/ difficultés financières/ maltraitance/ hospitalisation/ changement des habitudes de vie
- Troubles bucco-dentaires : troubles de la mastication/ mauvais état dentaire/ appareil mal adapté/ sécheresse de la bouche/ candidose oropharyngée/ dysgueusie
- Troubles de la déglutition : pathologies ORL/ pathologies neurodégénératives ou vasculaires
- Troubles psychiatriques : syndromes dépressifs/ troubles du comportement
- Syndromes démentiels : maladie d'Alzheimer/ autres démences
- Autres troubles neurologiques : syndromes confusionnels/ troubles de la vigilance/ syndromes parkinsoniens
- Traitements médicamenteux au long cours : polymédication/ médicaments responsables de sécheresse buccale, de dysgueusie, d'anorexie, de trouble digestif, de somnolence. Les principaux médicaments impliqués sont les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, la terbinafine, le zopiclone, la pénicillamine, les imidazolés, les macrolides, les inhibiteurs calciques. (8)
- Toutes affections aiguës ou décompensation d'une pathologie chronique
- Dépendance pour les actes de la vie quotidienne : dépendance pour l'alimentation, la mobilité

- Régimes restrictifs : sans sel/ diabétique/ hypocholestérolémiant/ sans résidu

Parallèlement à toute prise en charge nutritionnelle, il est recommandé de corriger les facteurs de risque en proposant par exemple des aides techniques ou humaines, des soins buccodentaires, une réévaluation de la pertinence des médicaments et une prise en soin des pathologies sous-jacentes. (6)

Devant ces situations à risque, le personnel de l'EHPAD est sensibilisé à dépister une dénutrition, à l'aide de protocoles, en réalisant un MNA de dépistage, en effectuant les mesures anthropométriques et en sollicitant le médecin traitant pour doser la concentration d'albumine. (Annexe 2)

#### **4. Dépistage de la dénutrition**

De façon théorique, l'évaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée institutionnalisée doit être réalisée à l'entrée en institution puis au moins une fois par mois.

Il est également primordial de connaître les situations à risque de dénutrition afin d'intervenir en amont.

Le médecin coordinateur d'EHPAD est responsable du dépistage de la dénutrition et de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées, en étroite collaboration avec les soignants et l'entourage. (4)

#### **5. Conséquences de la dénutrition**

Les conséquences d'une mauvaise alimentation sont particulièrement graves.

On évoque une « spirale de la dénutrition », décrite par Monique Ferry et Emmanuel Alix comme un enchaînement de dégradations de l'état de santé initié par la dénutrition et déclenchant un premier état pathologique, qui entraîne à son tour une dénutrition supplémentaire, responsable alors d'un autre épisode pathologique plus grave. (5)  
(Annexe 3)

En chiffre, on estime que la dénutrition augmente la durée d'hospitalisation par 2 à 4, le risque de pathologies infectieuses par 2 à 6 et le risque de mortalité par 2 à 8. (5)

### **III. EPIDEMIOLOGIE**

#### **La dénutrition des personnes âgées en chiffres**

##### **1. En France**

La dénutrition est une véritable maladie et sa prévalence augmente avec l'âge.

La dénutrition touche entre 450 000 et 700 000 personnes âgées en France et la répartition se fait comme suit : 5% de celles vivant à leur domicile, 15 à 38% en EHPAD et 50% à 70% des personnes âgées hospitalisées, selon une étude de l'HAS. (9)

Au 1<sup>e</sup> janvier 2016, la France comptait 66.6 millions d'habitants ; dont 18.8% avaient au moins 65ans. (10)

Selon les projections de population de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), la proportion de personnes âgées de plus de 60ans progresserait fortement, jusqu'en 2035. Cette forte augmentation reposerait principalement sur l'arrivée aux grands âges des enfants du baby-boom. (11) Après cette date, leur part devrait continuer à progresser mais de façon plus modérée.

En 2060, 23.6 millions de personnes seraient âgées de plus de 60ans, soit une personne sur trois. (5,10)

Actuellement, en France, 728 000 personnes fréquentent un EHPAD ou y vivent, d'après l'enquête EHPA de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). (12) Mais très peu de recherches ont été menées dans les maisons de retraite, et il est difficile de formuler des recommandations sur la qualité des soins, fondées sur des données réelles.

## 2. En Europe

D'après les projections de populations établies par Eurostat, la population de l'Union européenne compterait 517 millions d'habitants en 2060 et connaîtrait un important vieillissement. (10)

La population âgée d'au moins 65ans représenterait 30% de la population européenne, et celle de plus de 80ans, 12%. (10)

## IV. PARTICULARITE DE L'EHPAD VAN EEGHEM

L'évaluation de la perte d'autonomie est réalisée à l'aide de la grille nationale AGGIR et donne un classement pour chaque personne dans un GIR « groupe iso-ressources » ; ceci permet de calculer le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées, dénommé GMP « groupe iso-ressources moyen pondéré ».

L'évaluation des besoins en soins est réalisée à l'aide du PATHOS ; cet outil permet d'estimer, à partir de situations cliniques, les soins médico-techniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées. La cotation de ces besoins se fait sous forme de points PATHOS qui permet de calculer un indicateur synthétique des besoins en soins, dit PMP « pathos moyen pondéré ».

L'indicateur GMPS ( $[GMP + (2.59 \times PMP)]$ ) « groupe iso-ressources moyen pondéré soins » reflète le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées dans l'établissement et leurs besoins en soins.

L'EHPAD Van Eeghem se caractérise en 2016, par un GMP chiffré à 728 pour une moyenne nationale à 699, un PMP à 209 pour une moyenne nationale à 181, un GMPS à 1269 pour une moyenne nationale à 1167.

On constate donc une perte d'autonomie supérieure à la moyenne nationale.

Une évaluation externe a été réalisée au sein de l'EHPAD en 2014 sur la prévention et la prise en charge de la dénutrition, selon les critères de l'ANESM.



Ces critères regroupent 4 préconisations :

- Préconisation n°1 : mise en place d'une politique de prévention et de lutte contre la dénutrition et la déshydratation.
- Préconisation n°2 : mise en œuvre de moyens techniques et matériels pour faire du repas un temps agréable et convivial.
- Préconisation n°3 : mise en œuvre de moyens thérapeutiques et techniques pour prévenir et lutter contre la dénutrition et la déshydratation.
- Préconisation n°4 : mise en place d'une politique coordonnée entre les différents acteurs dans le cadre d'une filière structurée comprenant au moins une structure ressource de type médecin nutritionniste, diététicien...

Ce rapport révèle un respect des critères à hauteur de 96%. (Annexe 4)

## **V. LES COMPLEMENTS NUTRITIONNELS ORAUX**

Les CNOs ne doivent en aucun cas se substituer à l'alimentation des patients. Ils sont prescrits uniquement en cas d'échec des actions menées, c'est-à-dire après avoir délivré les conseils nutritionnels pour augmenter les apports alimentaires et enrichir l'alimentation, ou bien d'emblée chez les personnes âgées présentant une dénutrition sévère. (5)

Les CNOs sont des Aliments Destinés à des Fins Médicales Spéciales (ADDFMS).

Ce sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques, de goûts et de textures variés qui font partis de la stratégie nutritionnelle de la personne âgée dénutrie, et sont considérés comme des dispositifs médicaux. (13)

Ils ont beaucoup évolué en matière de goûts, de textures, et offrent une gamme très large de choix.

En pratique, pour éviter une diminution de la consommation du repas, ils doivent être proposés en dehors des repas, plus de 2 heures avant le repas suivant.

Pour favoriser leur consommation, ils doivent être présentés comme un traitement de la dénutrition et donc comme quelque chose de transitoire. Il faut varier les CNOs en respectant les goûts des résidents afin de limiter le phénomène de lassitude, et les adapter aux handicaps éventuels en modifiant la texture par exemple.

Ils doivent être servis à la bonne température, et une fois ouverts peuvent être conservés 2 heures à température ambiante et jusqu'à 24 heures au réfrigérateur.

L'estimation du coût des CNOs varie de 3 à 5 euros par jour et par résident. Dans la pratique, la plupart des établissements préfèrent avoir recours aux CNOs plutôt qu'à des plats enrichis. (14)

Le point essentiel est de vérifier régulièrement la bonne observance. (15)

C'est pour cela qu'a été mis en place un travail au sein de l'EHPAD Van Eeghem visant à observer sur une courte durée, la prise réelle des CNOs prescrits aux résidents dénutris.

## **VI. LA FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT**

La formation délivrée à l'ensemble du personnel est un véritable accompagnement dans la bientraitance. Elle est basée sur une approche émotionnelle et le respect de l'humain.

Le concept phare appelé « Gastronomie holistique® » est une approche intégrale et innovante permettant de traiter tous les aspects de la restauration. Une vision holistique de l'être humain tient compte de ses dimensions physique, mentale, émotionnelle, familiale, sociale, culturelle et spirituelle.

La formation consiste à sensibiliser l'ensemble du personnel soignant sur les moyens de lutte contre la dénutrition des personnes âgées en Institution, après acquisition des outils concrets de compréhension et de gestion des entraves aux repas.

Ainsi, elle va permettre d'améliorer la conception, l'élaboration et l'organisation des repas en lien direct avec les valeurs d'accueil et d'accompagnement nécessaires à une approche conviviale et bientraitante. (16)

La base de cette formation est de mettre en place le repas évaluatif et le repas personnalisé prescrit. (Annexe 5)

Le but étant de favoriser le plaisir du repas afin de lutter efficacement contre la dénutrition, voire la faire totalement disparaître notamment en EHPAD. (16)

La formation a eu lieu du 13 au 17 juin 2016 au sein de l'EHPAD Van Eeghem.

Elle se présentait sous forme de cours magistraux et pratiques.

Durant cette formation étaient présents, le médecin coordinateur de l'EHPAD, l'infirmière coordinatrice, des infirmiers dont l'infirmière référente nutrition, des aides-soignants, le cuisinier de l'EHPAD, la directrice de l'établissement et l'animatrice.

Les principales actions de cette formation se basent sur l'alimentation, l'environnement, la convivialité, en adoptant une approche individualisée et humaniste.

## **1. Alimentation**

Un des points fondamentaux est la mise en place du repas évaluatif et du repas personnalisé prescrit. Ainsi, chaque résident bénéficie d'une surveillance alimentaire personnalisée pour connaître ses préférences, ses intolérances, et ses habitudes alimentaires. L'avis du résident, quand cela est possible, est toujours pris en compte. Mais la plupart du temps, ils ne sont pas en mesure de l'exprimer. C'est pour cela qu'une enquête doit être menée pour comprendre ce qui les empêche de manger. Pour se faire, une fiche est élaborée pour chaque patient, le but étant que n'importe quel soignant, qui ne connaît pas la personne âgée, puisse s'en occuper de la meilleure façon. En permanence, les repas évaluatifs doivent être contrôlés, vérifiés, afin d'ajuster les actions correctrices. Chaque résident a un vécu alimentaire, un rythme de vie qui lui est propre et qui dépendent de leur histoire de vie, alors pourquoi devrait-il tout changer lors de leurs dernières années de vie ?

On observe aussi quel résident nécessite une aide à l'alimentation, en prenant en compte son degré d'autonomie. L'aide au repas doit respecter également plusieurs règles, comme s'asseoir à bonne hauteur dans le but de partager un échange de regard. Pour les personnes dysphagiques, le soignant se positionnera un peu plus bas afin

que la personne âgée fléchisse légèrement la tête vers l'avant pour protéger le carrefour aérodigestif.

Le geste alimentaire, surnommé « la becquée » n'est pas anodin et peut avoir un impact négatif, surtout si la personne âgée possède encore des capacités physiques et/ou cognitives. Cela peut faire prendre conscience au patient de sa dépendance et installer un sentiment de frustration. (7) Pour les patients qui n'ont plus les capacités pratiques pour manier des couverts, le « finger-Food » leur est proposé. Ce savoir-faire particulier permet de retrouver l'autonomie alimentaire. Le cuisinier adapte les textures afin que le résident puisse rester autonome, ce qui permet de favoriser le plaisir, la satisfaction et l'estime de soi.

Pour les personnes nécessitant des textures particulières comme le régime mixé, la texture sera remodelée. Cela permet aux personnes dysphagiques, ou présentant des troubles buccodentaires, d'avoir visuellement un plat attrayant, grâce à des moules spécifiques.

Aussi, il est facile de repérer pour chaque résident, son repas clef de la journée pour lui apporter des modifications afin d'augmenter l'apport énergétique. Pour les patients friands du petit-déjeuner et réticents à l'idée de consommer des CNOs, le lait au chocolat sera enrichi ou remplacé, à leur insu, par des CNOs chocolatés chauffés par exemple. Pour ceux qui préfèrent les entrées aux plats, celles-ci seront agrémentées d'un apport protidique supplémentaire comme les œufs ou du jambon. Pour les gourmands de fromage, des parts supplémentaires seront systématiquement données. Les adeptes des plaisirs sucrés auront plusieurs desserts ou collations lors de la journée. Les CNOs seront volontiers remplacés au profit d'une alimentation enrichie ou de « compléments du chef ».

Pour les patients plus « impatient », qui ne peuvent rester à table pour de longue durée, du fait de leur instabilité psychomotrice, l'ensemble du repas leur sera apporté en une fois, pour ne pas risquer qu'ils ne quittent la table entre les différentes étapes du menu. De même, il est mis à disposition de quoi grignoter tout au long de la journée chez ces patients déambulant et dépensant donc une énergie supplémentaire.

Certains résidents prennent plus de temps que d'autres à manger, ils sont donc installés en priorité pour bénéficier d'un aménagement du temps de repas.

Pour les patients ayant un mauvais sommeil et donc des réveils nocturnes fréquents, il est intéressant de leur proposer des collations nocturnes. Cela permet, en plus de leur faire bénéficier d'un apport supplémentaire, de réduire le jeûne nocturne qui est souvent beaucoup trop important dans les EHPADs du fait de l'heure précoce du repas du soir.

## **2. Environnement**

L'environnement dans lequel le résident se restaure est tout aussi important. La dimension sociale du repas participe à l'envie de manger. Cela part de la constatation que de nombreuses personnes âgées, qui mangent très peu en Institution, voient leur appétit décupler lorsqu'ils mangent à l'extérieur lors des sorties organisées. D'où le rôle important de chaque membre du personnel soignant, comme l'animatrice, qui permet de nous renseigner sur ce qui se passe en dehors de l'établissement et sur leur vie personnelle antérieure.

Le but est donc de transformer la salle à manger en un véritable restaurant au sein de l'EHPAD. Et cela commence par l'affichage du menu qui est inscrit sur une grande ardoise à l'entrée, tel un restaurant particulier.

Un effort est fait sur le choix de la vaisselle tant sur la matière que sur la couleur, sur la disposition des tables, sur la luminosité, sur l'ambiance sonore et olfactive. Le choix de la vaisselle est également adapté et guidé par l'ergothérapeute de l'établissement (rebord d'assiette, couverts ergonomiques...). Un résident connu pour avoir un petit appétit, se verra servir dans des assiettes plus petites.

Les assiettes ou verres en plastique que l'on peut voir dans d'autres établissements sont bannis. Hormis le côté pratique, cela reste très infantilisant.

Le cuisinier, vêtu de sa veste de chef, est amené à passer en salle, tel un chef étoilé d'un grand restaurant. Il faut que le cuisinier connaisse les habitudes de ses clients ainsi que leurs attentes. Il observe les restes de chacun afin d'élaborer une réflexion, non pas dans le but de moins produire mais dans le but de moins jeter.

Les fauteuils roulants restent à l'extérieur de la salle « restaurant », afin que chaque personne âgée puisse être installée sur de vrais fauteuils.

### **3. Convivialité**

Afin de rendre l'endroit le plus convivial possible, chaque personne âgée est placée en fonction des affinités ; les places ne sont pas définitives et sont réévaluées en permanence. Ils ont également la possibilité d'inviter des gens extérieurs. Car nous savons que la convivialité agit positivement sur l'envie de manger et sur le moral.

Il est possible aussi que certaines personnes soient trop agitées lorsqu'elles sont en assemblée, cela peut varier d'un jour à l'autre ou d'un moment à l'autre de la journée. Il est donc possible de les faire manger à une place différente, ou en chambre si cela s'avère nécessaire.

Les repas à thème sont organisés de façon plus fréquente, cela se réfère au point cité plus haut, en ce qui concerne les sorties à l'extérieur. Nous avons pu constater que les repas à thème étaient appréciés.

La part psychologique a également une place importante. Des stratégies de valorisation sont mises en place, toujours dans le but d'augmenter les apports alimentaires. Ainsi il est possible, en s'adaptant au profil psychologique de chacun, d'ajouter dans la journée une prise de complément en lui expliquant qu'il s'agit d'une attention toute particulière dont il est le seul à en bénéficier.

L'organisation en EHPAD soulève quelques obstacles notamment les contraintes des équipes ; on peut voir s'écourter le repas du soir pour coucher rapidement les résidents avant la relève de nuit ou encore voir l'équipe soignante prendre sa pause repas en même temps que le résident. Il est donc essentiel d'aménager le temps des repas. Dans le cas des petits-déjeuners, il est nécessaire de s'adapter aux heures de lever. Pour les plus matinaux, proposer plusieurs fois le petit-déjeuner est une stratégie à adopter.

Pour les patients nécessitant une aide totale pour les repas, la qualité de l'aide est indispensable. Le repas est un soin relationnel où la communication qu'elle soit verbale ou non verbale, tient un rôle central et demande de l'énergie aux soignants. (7)

Il est primordial que l'ensemble des points évoqués soit respecté. Chaque maillon de la chaîne a un rôle essentiel. En effet quel bénéfice attendre d'un plat bien préparé si celui-ci est servi froid au patient, par un soignant désagréable, ou en compagnie d'un voisin de table déplaisant ?

## MATERIEL ET METHODE

*« L'Univers n'est rien que par la vie, et tout ce qui vit se nourrit. Les animaux se repaissent ; l'Homme mange. »*

Jean Anthelme Brillat-Savarin, 1842, avocat, gastronome.



# **I. LES COMPLEMENTS NUTRITIONNELS ORAUX**

## **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative observationnelle réalisée au sein de l'EHPAD Van Eeghem du 01 septembre 2015 au 11 novembre 2015 soit une période de 72 jours.

Il s'agit d'un recueil rétrospectif dont l'objectif principal est de quantifier la prise réelle des CNOs par pesée de tous les compléments alimentaires administrés.

## **2. Modalité et recueil de données**

Durant cette période, le personnel soignant avait pour consigne de collecter l'ensemble des CNOs donnés aux résidents, chaque jour, et de les disposer dans une caisse dédiée.

En fin de journée, les compléments recueillis étaient pesés par moi-même.

A la fin de l'enquête, un questionnaire a été délivré à l'ensemble des Aides-soignants de l'EHPAD, relatif à la délivrance des CNOs. (Annexe 6)

## **3. Population**

La population concernée dans cette étude était l'ensemble des patients en dénutrition sévère, résidant à l'EHPAD Van Eeghem à Dunkerque. Ces patients bénéficiaient, quotidiennement, d'une prescription médicale de 2 CNOs.

La dénutrition sévère a été définie, selon les critères de la HAS.

16 sujets ont été inclus du 1<sup>e</sup> septembre 2015 au 11 novembre 2015.

## **II. FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT**

### **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative observationnelle monocentrique, hors champ de la loi Jardé, avant versus après formation du personnel soignant au sein de l'EHPAD Van Eeghem à Dunkerque.

### **2. Modalité**

Une formation a été organisée auprès du personnel soignant de l'EHPAD afin de les sensibiliser sur les moyens de lutte contre la dénutrition des personnes âgées en Institution.

La formation a duré 4 jours du 04 juin au 07 juin 2016.

Aucune intervention n'a été réalisé jusque Octobre 2017.

La période d'inclusion avant la mise en place de la formation, nommée période 1, regroupait les données du 01 au 31 Janvier 2017 et du 01 au 30 Juin 2017.

La période d'inclusion après la mise en place de la formation, nommée période 2, regroupait les données du 01 au 31 janvier 2018 et du 01 au 30 juin 2018, soit une période incluant période hivernale et estivale.

### **3. Recueil de données**

Le médecin coordonnateur effectue des recueils d'informations pour tous les pensionnaires de l'EHPAD.

Chaque résident bénéficiait d'une enquête concernant leurs goûts et leurs aversions, d'une pesée mensuelle avec calcul du BMI, d'un dosage biologique de la concentration d'albumine couplé au dosage de la CRP tous les 6 mois, d'une surveillance alimentaire rapprochée, avec discussion des cas particuliers de façon hebdomadaire. Le questionnaire MNA était utilisé également pour rechercher les facteurs de risque de dénutrition. La surveillance pouvait être plus rapprochée selon l'avis médical.

Chaque évènement médical était répertorié dans le dossier médical du résident.

Le recueil d'informations des résidents dénutris ou à risque de dénutrition était collecté par mes soins, par lecture des dossiers médicaux informatisés de Janvier 2017 à Juin 2018.

Les données suivantes étaient recueillies :

- Caractéristiques des patients : âge, sexe, unité de vie au sein de l'EHPAD, GIR, durée de séjour au sein de l'EHPAD, nombre de médicaments, mobilité, pathologies en cours : trouble cognitif, néoplasie ou suspicion de pathologie néoplasique, fin de vie, état buccodentaire, suivi dentaire, aide nutritionnelle, régime alimentaire.
- La concentration d'albumine et le dosage de la CRP
- Nombre d'hospitalisations, d'infections, d'antibiothérapies, de chutes, d'escarres durant l'hiver 2016-2017 nommé hiver 1 et l'hiver 2017-2018 nommé hiver 2.

#### **4. Population**

Les patients inclus étaient des personnes résidant au sein de l'EHPAD Van Eeghem dans une situation de dénutrition modérée, sévère ou à risque de dénutrition.

La dénutrition a été définie, selon les critères de la HAS.

Le seul critère d'exclusion était l'institutionnalisation au sein de cet EHPAD dans les 2 mois précédents la fin du recueil.

Pour répondre à l'objectif principal, la prévalence de la dénutrition de la période 1 a été comparé à celle de la période 2, soit après la mise en pratique de la formation du personnel soignant.

Pour répondre aux objectifs secondaires, la population de l'étude a été séparée en deux groupes, soit en fonction de la période 1 et de la période 2.

Les caractéristiques des patients ont été comparées entre les deux périodes.

Les paramètres étudiés étaient la concentration moyenne d'albuminémie, le taux d'hospitalisations, d'infections, d'antibiothérapies, d'escarres et de chutes. Ces paramètres ont également été comparés entre ces deux périodes.

### **III. AUTORISATIONS**

Ce travail de thèse est une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles et n'entre donc pas dans le cadre de la loi Jardé. L'autorisation du CPP (Comité de Protection des Personnes) n'est donc pas nécessaire de même que la recherche du consentement des résidents.

Une déclaration à la CNIL (Comité Nationale de l'Informatique et des Libertés) a été faite.

### **IV. ANALYSES STATISTIQUES**

Le recueil de données était réalisé à partir des dossiers médicaux et compilé dans un tableau Excel (Microsoft®). L'analyse a été faite avec le logiciel statistica 10.0 (statsoft).

Une analyse descriptive des données des patients a été réalisée.

Pour les variables quantitatives, la moyenne l'écart type, la médiane, le minimum et le maximum ont été calculés.

Pour les variables qualitatives, l'effectif et la fréquence de chaque modalité ont été calculés.

Pour les variables quantitatives, les comparaisons ont été faites avec les tests student et analyse de variance pour les données gaussiennes et un test non paramétrique pour les données non gaussiennes.

Pour les variables qualitatives, les comparaisons ont été faites avec le test de  $X^2$ .

Le seuil de significativité des tests a été fixé à 5%.

## RESULTATS

*« Un problème sans solution est un problème mal posé. »*

Albert Einstein

# I. LES COMPLEMENTS NUTRITIONNELS ORAUX

## 1. Description de la population

16 sujets, en dénutrition sévère, ont été inclus durant cette période. Cette population était composée à 93.7% de personnes de sexe féminin.

L'âge des personnes âgées dénutries s'étendait de 80 à 103 ans, soit une moyenne d'âge de 90.6 ans.

2 sujets sont décédés durant cette période.

## 2. Observation

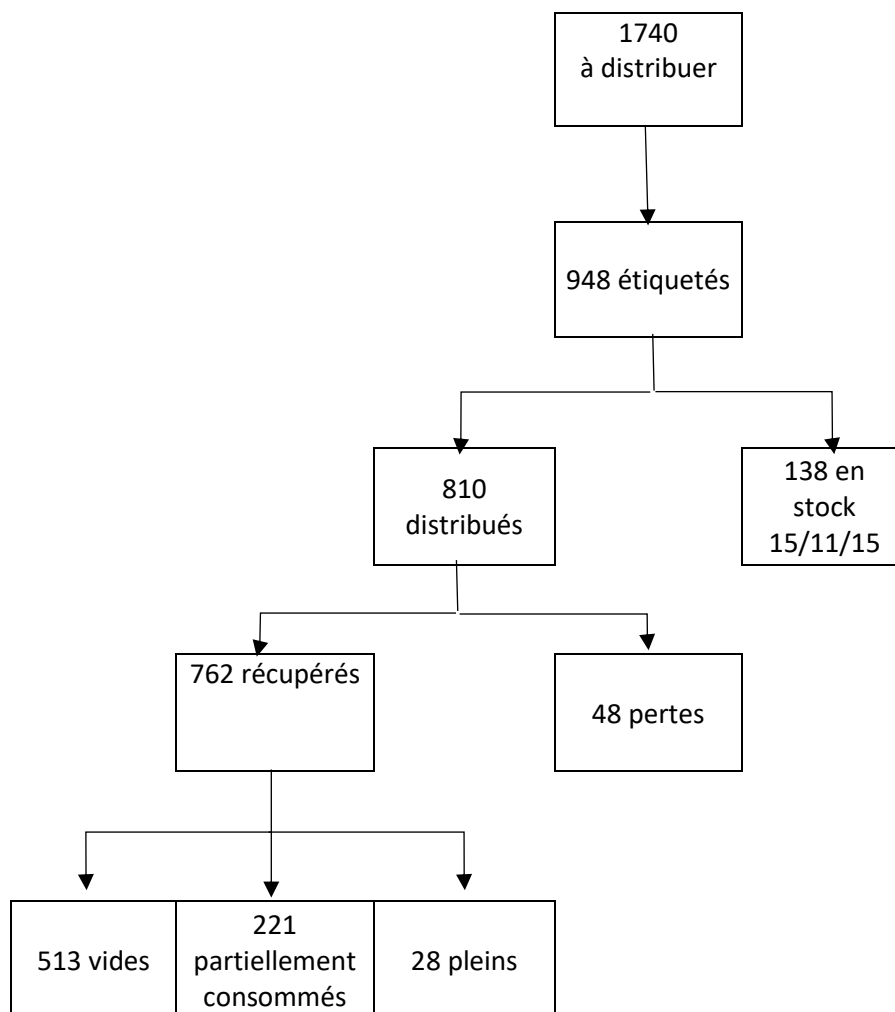


Figure 1 : Recueil des CNOs

948 CNOs ont été étiquetés par mes soins. A la date du 11 novembre 2015, le stock de CNOs à disposition comptait 138 CNOs.

810 CNOs ont donc été distribués. 762 CNOs ont été récupérés, soit une perte de 48 CNOs.

Si l'on considère que chaque sujet inclus doit bénéficier de 2 CNOs par jour, selon la prescription médicale, 1740 CNOs devaient être distribués durant cette période.

46.6% des CNOs ont donc été distribués.

Dans les 762 CNOs récupérés, 67.3% étaient vides, 29% étaient consommés partiellement, 3.6% étaient pleins.

D'après le questionnaire remis aux aides-soignants :

- Les CNOs non récupérés étaient un oubli des aides-soignants dans 64.7% des cas, jetés par la famille ou le patient dans 35.3%.
- Les compléments délivrés par l'aide-soignant, étaient transvidés dans un verre dans 100% des cas.
- Le contenu du verre, quand il n'était pas terminé, était parfois ou toujours jeté dans l'évier dans 71.4% des cas. Dans 28.6% des cas, l'aide-soignant retransvidait le contenu.
- Certains patients ne recevaient qu'un seul ou aucun CNO par oubli de l'aide-soignant dans 13.8% des cas, par refus du patient dans 41.4%, parce que le patient n'était pas dans l'établissement dans 10.4% des cas, parce qu'il n'avait pas terminé son précédent CNO dans 27.6% des cas et par mauvaise connaissance du protocole ou parce qu'il s'agissait d'une fin de vie dans 3.4% des cas.
- Les patients qui ne figuraient pas dans la liste des dénutris, recevaient un CNO par erreur dans 35.2% des cas, par volonté du patient lui-même dans 11.7% des cas, parce qu'il avait peu mangé dans 47% des cas, ou parce qu'il s'agissait d'une fin de vie, par initiative de l'aide-soignant dans 6.1% des cas.

- Les CNOs n'étaient pas terminés car le patient n'appréciait pas le goût dans 64.7% des cas, par manque d'appétit dans 29.4% des cas, par défaut de stimulation dans 5.8% des cas.
- Du fait du ramassage des CNOs, 98.8% des aides-soignants ont avoué avoir changé de comportement vis-à-vis de la délivrance des CNOs et avoir été plus attentifs.

## II. FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT

### 1. Description de la population : statistiques descriptives

La moyenne d'âge était de 88.9 ans. L'âge des personnes dénutries ou à risque de dénutrition s'étendait de 70 à 102 ans.

La durée moyenne du séjour en EHPAD était de 37.8 mois, la durée s'étendait de 0 à 130 mois.

Sur le plan thérapeutique, le nombre moyen de médicaments était de 8.04, allant de 2 à 17 médicaments par résidents dénutris.

Selon les données de la pharmacie référente de l'EHPAD, durant l'année 2017, on comptait 6.3 médicaments chroniques par résidents, sur l'ensemble des résidents de l'EHPAD (dénutris et non dénutris).

	Total	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart type
Ages (en années)	103	88,98	70	102	6,46
Durée Séjour (en mois)	103	37,86	0	130	33,60
Nombre médicaments	103	8,03	2	17	3,43

**Tableau 1 : Description de la population – Variables quantitatives**

La population de l'étude était composée de 82.1% de personnes de sexe féminin.

Les résidents suivis vivaient en secteur fermé dans 17.9% des cas.



Ils présentaient :

-un trouble cognitif dans 53.8% des cas

-une pathologie ou une suspicion de pathologie néoplasique dans 8.5% des cas

Ils étaient en fin de vie dans 5.7% des cas.

Sur le plan physique, la moitié ne se déplaçait pas du tout, 22.6% marchaient seuls, 6.6% déambulaient en permanence, 17.9% marchaient avec aide (humaine ou matérielle : canne ou déambulateur)

Leur état buccodentaire était correct dans 52.8% des cas, et 33% avaient un suivi dentaire récent (inférieur à 2 ans).

D'un point de vue nutritionnel, la moitié (50.9%) était autonome, 25.5% bénéficiaient d'une aide partielle, 7.5% d'une aide totale, et 13.2% d'une aide partielle ou totale en fonction de leur état clinique.

Sur le plan du régime alimentaire, la majorité avait un régime normal (60.4%), un régime coupé dans 14.2%, un régime mixé dans 15.1%, un régime mixte (coupé/mixé) dans 4.8% et un régime « finger Food » dans 2.8% des cas.

On a compté 6 décès au cours de l'étude.

		Effectif (%)
Sexe Patient	Féminin	82,07
	masculin	15,09
Unité de vie	Classique	79,24
	UVA	17,92
Trouble cognitif	Oui	53,77
	Non	43,39
Néoplasie active ou suspicion	Oui	8,49
	Non	88,67
Fin de vie	Oui	5,66
	non	90,56
État bucco-dentaire	Bon	52,83
	Mauvais	44,33
Suivi dentaire récent (< 2ans)	Oui	33,01
	Non	64,15

Aide nutritionnelle	Autonome	50,94
	Partielle	25,47
	Partielle/totale	13,20
	Totale	7,54
Régime alimentaire	Normal	60,37
	Coupé	14,15
	Mixé	15,09
	Coupé/mixé	4,71
	Finger food	2,83
Mobilité	Marche seul	22,64
	Marche avec aide	17,92
	Déambule	6,60
	Ne marche pas	50,00

**Tableau 2 : Description de la population – variables qualitatives**

## **2. Objectif principal : prévalence de la dénutrition en EHPAD**

En janvier 2017, sur les 65 personnes résidents au sein de l'EHPAD Van Eeghem, 9 étaient en situation de dénutrition sévère et 10 en dénutrition modérée, soit un pourcentage estimé à 29.23% de dénutrition globale dont 13.84% de dénutrition sévère.

En juin 2017, sur les 67 résidents, 12 étaient en dénutrition modérée et 4 étaient en dénutrition sévère, soit une dénutrition globale estimée à 23.88%, dont 5.9% de dénutrition sévère.

En janvier 2018, sur les 67 résidents, 19 étaient en dénutrition modérée et 3 étaient en dénutrition sévère, soit une dénutrition globale à 32.83% dont 4.47% de dénutrition sévère.

En juin 2018, sur les 68 résidents, 16 étaient en dénutrition modérée et 5 en dénutrition sévère soit une dénutrition globale à 30.88% dont 7.35% de dénutrition sévère.

Si on effectue une moyenne entre les deux années, en 2017 la prévalence de la dénutrition globale est à 26.55% contre 31.85% en 2018.

Sur le plan de la sévérité de la dénutrition, nous sommes passés d'une prévalence de dénutrition sévère de 9.87% en 2017 à 5.91% en 2018.

DENUTRITION	Tableau de Synthèse : Effectifs Observés				
Date du recueil	01/17	06/17	01/18	06/18	Totaux
Sévère	9	4	3	5	21
A risque	3	6	7	9	25
Modérée	10	12	19	16	57
Totale	22	22	29	30	103
Dénutris	19	16	22	21	78
Non dénutris	46	51	45	47	189
Nombre total de résidents	65	67	67	68	267

$X^2 = 1,43$   $P = 0,69$

**Tableau 3 : Estimation de la dénutrition au sein de l'EHPAD aux 4 périodes**

Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative entre la prévalence de la dénutrition globale en 2017 et celle de 2018 ( $p=0.69$ ).

Date du recueil	01/17	06/17	01/18	06/18	Totaux
<b>Dénutris sévères</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>21</b>
<b>Dénutris modérés</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>57</b>
<b>Dénutrition globale</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>78</b>

$X^2 = 6,14$   $P = 0,01$

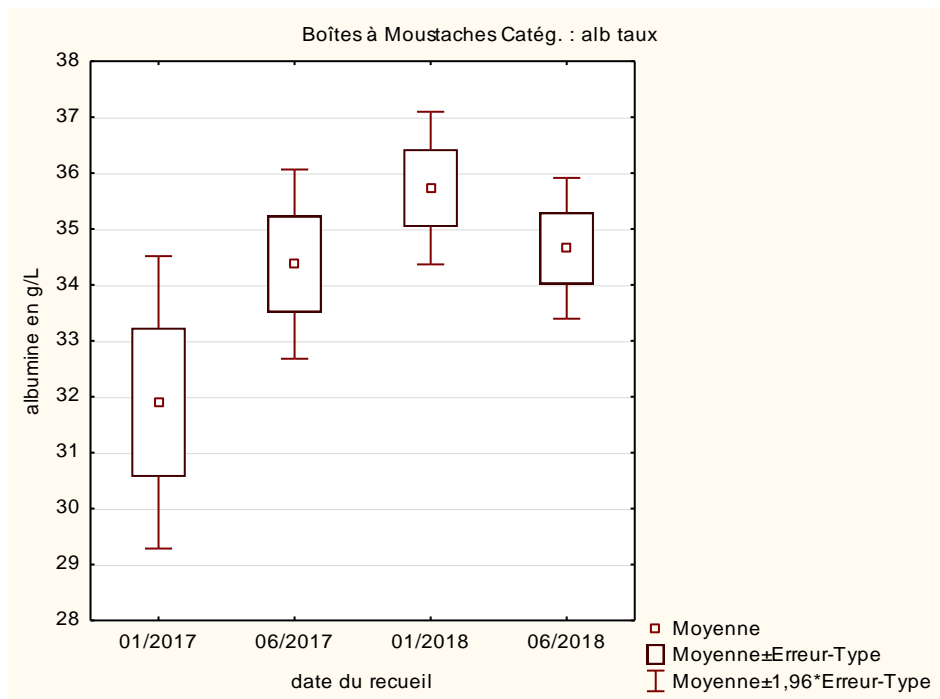
**Tableau 4 : Estimation de la dénutrition sévère au sein de l'EHPAD aux 4 périodes**

La prévalence de la dénutrition sévère est moins importante durant l'hiver 2018 que l'hiver 2017 ( $p=0.01$ ).

### 3. Objectifs secondaires

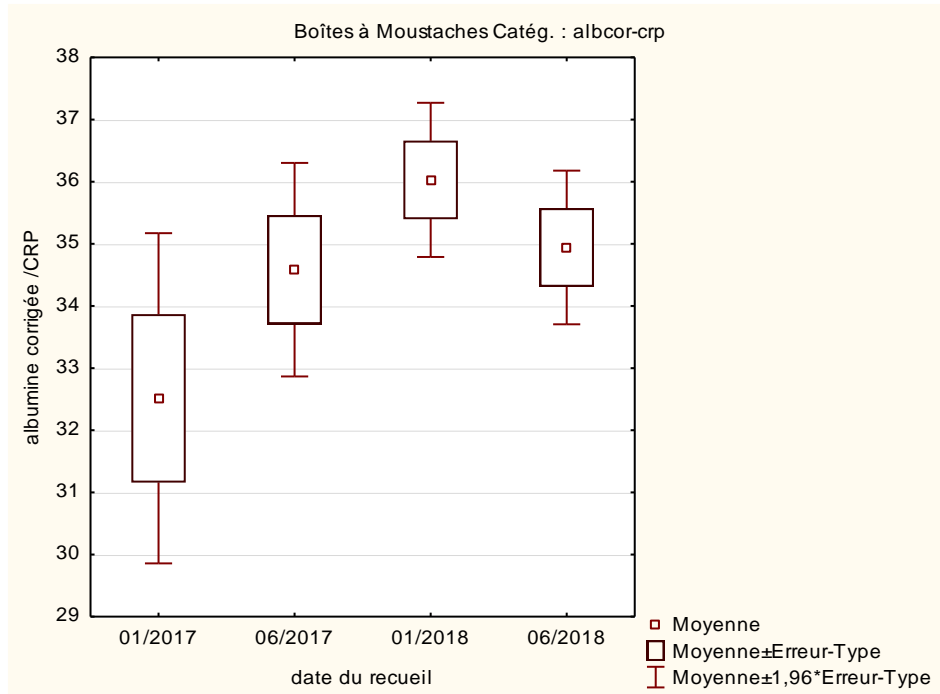
#### a) Concentration d'albumine

La concentration d'albumine moyenne a augmenté significativement de 31.9g/L à la date de Janvier 2017 à 34.6 g/L à la date de Juin 2018 ( $p < 0.024$ ).



**Figure 2 : Variation de la concentration d'albumine moyenne en fonction des 4 périodes**

Même tendance en tenant compte de la concentration d'albumine corrigée ( $p < 0.04$ ).



**Figure 3 : Variation de la concentration d'albumine moyenne corrigée en fonction des 4 périodes**

### **b) Fréquence des événements**

En ce qui concerne l'hospitalisation, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux hivers que ce soit le nombre d'hospitalisations ou la durée moyenne du séjour à l'hôpital.

Nous n'avons pas non plus constaté de différence statistiquement significative entre les deux hivers pour le nombre d'escarres, pour le nombre de chutes global, de même pour le nombre de moyen de chutes par résident et le nombre moyen de chutes graves par résident.

Sur le plan infectieux, le nombre d'épisodes infectieux n'est pas statistiquement différents entre les deux hivers, de même que la durée moyenne de prise d'antibiotiques par résident.

		TOTAL	HIVER 1	HIVER 2	p value
HOSPITALISATION (Nombre d'épisodes)	Oui	31	15	16	p=0.33
	Non	184	72	112	
ESCARRE	Oui	21	11	10	p=0.31
	Non	159	65	94	
CHUTE (Nombre d'épisodes)	Oui	58	19	39	p=0.16
	Non	157	68	89	

**Tableau 5 : Comparaison des évènements entre les deux hivers - valeurs qualitatives**

		TOTAL	HIVER 1	HIVER 2	p value
INFECTIONS ( nombre d'épisode)	0	155	61	94	p=0.59
	1	53	21	32	
	2	7	5	2	

	NA	HIVER 1	HIVER 2	valeur t	p value
Durée moyenne ATB par personne (en jours)	P1: 87 P2: 128	2,75	1,63	1,73	p=0,08
Nombre moyen de chutes totales par personne	P1: 87 P2: 128	0,33	0,46	-1,12	p=0,26
Nombre moyen de chutes graves par personne	P1: 87 P2: 128	0,05	0,08	-0,62	p=0,53
Durée moyenne d'hospitalisations par personnes ( en jours )	P1: 87 P2: 128	1,2	1,28	-0,07	p=0,93

**Tableau 6 : Comparaison des évènements entre les deux hivers – valeurs quantitatives**

#### 4. Comparaison de la population entre les deux périodes

Les caractéristiques des patients entre les périodes ont été comparées. On constate que les patients présentent les mêmes caractéristiques que ce soit au niveau de l'âge, du nombre de médicaments ou de la durée du séjour.

	PERIODE	TOTAL	MOYENNE	E-cart type	p value
Âge (année)	01/01/17	103	88,81	5,99	p=0.87
	01/06/17		88,59	5,23	
	01/01/18		88,68	6,95	
	01/06/18		89,66	7,32	
Durée de séjour (mois)	01/01/17	103	43,40	35,40	p=0,73
	01/06/17		40,81	34,86	
	01/01/18		35,34	32,49	
	01/06/18		34,06	33,35	
Nombre de médicaments	01/01/17	103	8,31	3,72	p=0,97
	01/06/17		8,04	3,53	
	01/01/18		7,93	3,40	
	01/06/18		7,93	3,352	

**Tableau 7 : Comparaison de la population entre les périodes- variables quantitatives.**

Même constat en ce qui concerne les antécédents médicaux. On observe une même part de patients atteints de troubles cognitifs, de néoplasie ou suspicion de néoplasie, et de fin de vie.

		TOTAL	01/01/2017	01/06/2017	01/01/2018	01/06/2018	p value
Trouble cognitif	Oui	57	11	12	17	17	p=0.93
	Non	46	11	10	12	13	
Néoplasie active ou suspicion	Oui	9	2	3	2	2	p=0.81
	Non	94	20	19	27	28	
Fin de vie	Oui	6	2	0	2	2	p=0.59
	Non	96	20	22	27	27	

**Tableau 8 : Comparaison de la population entre les périodes – valeurs qualitatives**

Entre les deux périodes, nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative en ce qui concerne l'autonomie à la marche, le sexe, l'unité de vie, l'aide nutritionnelle et le régime alimentaire.

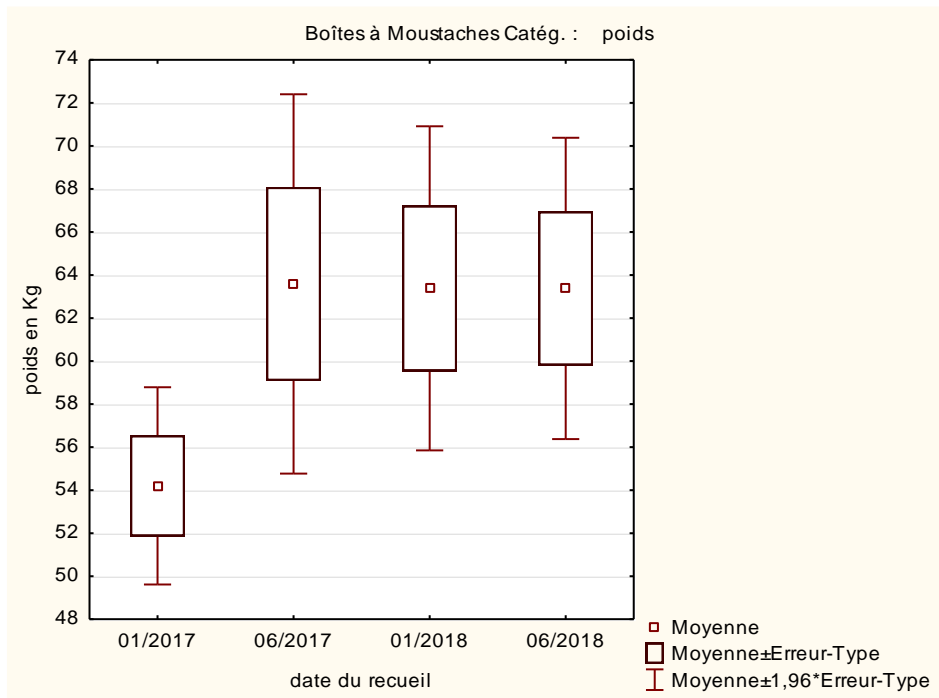
		total	01/01/2017	01/06/2017	01/01/2018	01/06/2018	p value
Marche	oui	24	4	4	4	10	p=0,18
	non	53	15	13	13	12	
	oui avec aide	19	1	9	9	6	
	oui déambule	7	2	3	3	2	
Sexe	F	87	19	20	23	25	p=0,71
	M	16	3	2	6	5	
Unité	classique	84	19	17	24	24	p=0,87
	UVA	19	3	5	5	6	
Aide Nutritionnelle	Autonome	54	8	10	17	19	p=0,08
	partielle	27	8	7	5	7	
	partielle/totale	14	2	5	6	1	
	totale	8	4	0	1	3	
Régime alimentaire	normal	64	9	14	20	21	p=0,15
	coupé	15	6	4	3	2	
	mixé	16	7	2	2	5	
	coupé/mixé	5	0	1	2	2	
	« finger-food »	3	0	1	2	0	

**Tableau 9 : Comparaison de la population entre les périodes – variables qualitatives**

### 5. Autre constat

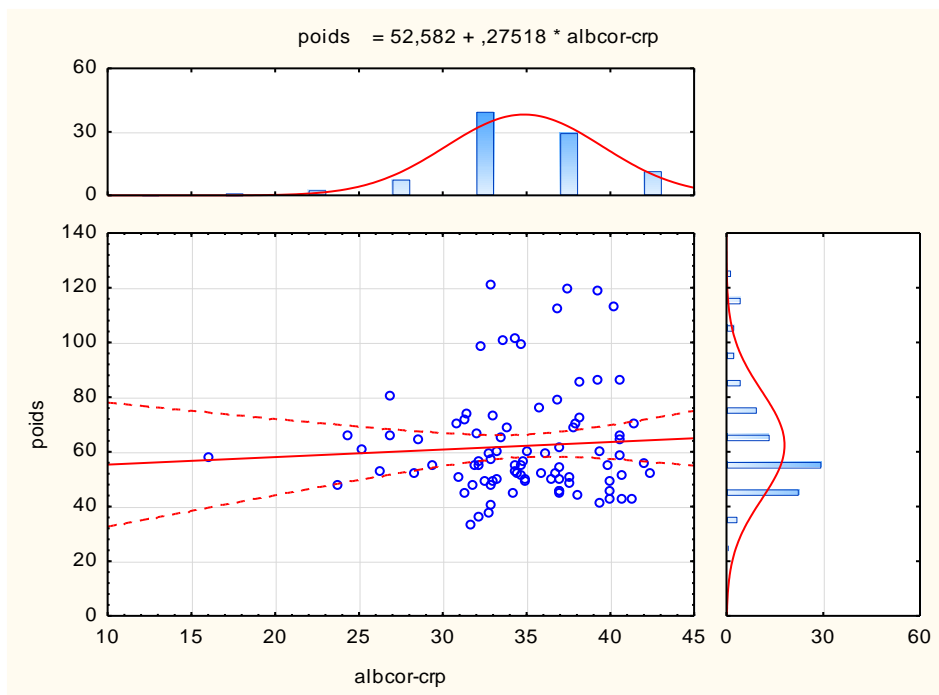
Au niveau de la prise pondérale, on note une tendance à la prise de poids, mais ces valeurs ne sont pas statistiquement significatives ( $p < 0.249$ ), même si les poids moyens sont environ de 10kgs plus bas à la période hivernale.





**Figure 4 : Variation du poids en fonction des 4 périodes**

Il n'existe cependant pas de corrélation entre l'augmentation de la concentration d'albumine et l'augmentation de poids.



**Figure 5 : Corrélation entre la concentration moyenne d'albumine et le poids**

## DISCUSSION

*« Le plaisir de la table est la sensation réfléchie qui naît de diverses circonstances de faits, de lieux, de choses et de personnes qui accompagnent le repas. »*

Jean Anthelme Brillat-Savarin

# I. ANALYSE DES RESULTATS

## 1. Les compléments nutritionnels oraux

Les CNOs sont des outils indispensables dans la prise en soin d'un patient dénutri.

A travers cette étude observationnelle, le problème des CNOs est clairement établi : leur suivi est imparfait, et nous savons que pour qu'il soit efficace, il faut qu'il soit pris.

Or cette étude révèle la difficulté de leur observance et la difficulté organisationnelle de leur délivrance, malgré la prescription médicale établie.

Pourtant, c'est au personnel soignant qu'incombe plus que jamais d'accompagner les résidents dans cette prise. Leur rôle est primordial, même si l'on constate de nombreuses failles dans l'organisation.

Un autre frein à la consommation est avant tout le fait qu'ils ne sont pas appréciés par le résident. Si le patient n'adhère pas à la prise, la prescription s'avère inutile.

Plus d'un tiers ne finissait pas les CNOs donnés et ce chiffre est largement sous-estimé car, d'après le sondage, le contenu non pris était jeté dans l'évier dans la plupart des cas.

Se pose le problème du budget. En effet, ces CNOs sont pris en charge sur le budget pharmacie qui est peu remis en cause car il s'agit d'une prescription médicale. Alors que les préparations enrichies « hyperprotidiques » sont directement imputées sur le budget « cuisine/restauration » sur lequel il est plus facile d'un point de vue économique de lésiner. (17)

Mais la question du coût des CNOs non consommés, et donc jetés, se pose avec acuité et mérite réflexion, sans parler des considérations éthiques liées au gaspillage qui en découlent.

Le gaspillage est l'autre conséquence économique à laquelle sont confrontés les EHPAD. On estime de l'ordre de 20 à 40% les pertes alimentaires en institution, ce qui occasionnerait des économies appréciables pour les établissements. (18)

Donc malgré une attention plus accrue à la délivrance des CNOs, avouée par les soignants, du fait d'une observation extérieure, les résultats restent catastrophiques et le constat est simple : les CNOs ne peuvent, à eux seuls, être une solution de prise en

soin de la dénutrition. Ils sont souvent injustement mis en première position dans la prise en charge nutritionnelle, alors qu'ils sont coûteux et peu appréciés. Leur traçabilité devrait être obligatoire et leur prescription réévaluée systématiquement.

Selon les données de la pharmacie référente de l'EHPAD, de Juillet 2016 à Juin 2017, 6360 CNOs ont été livrés à la résidence contre 8172 de Juillet 2017 à Juin 2018. On observe donc une hausse de la prescription qui peut s'expliquer par le fait que la dénutrition, objet de l'étude, est abordée avec plus d'attention et peut donc engendrait une majoration de leur prescription.

## **2. Formation du personnel soignant**

### **a) Objectif principal**

L'objectif initial de ce travail était d'améliorer la qualité de la prise en soin nutritionnel des patients résidant au sein de l'EHPAD Van Eeghem dans le cadre d'une amélioration des pratiques professionnelles.

Notre étude montre initialement une prévalence de la dénutrition à 29.23%, chiffre qui reste inférieur aux données de la littérature, estimée à 45% selon une étude de prévalence française de Blin et Al, comprenant un échantillon de 4520 sujets analysés.  
(19)

Malgré la formation du personnel soignant, nous n'avons pas su abaisser le seuil de dénutrition au sein de l'EHPAD, la différence de la prévalence de la dénutrition globale étant statistiquement non significative.

Cependant, entre l'hiver 2017 et l'hiver 2018, on note une amélioration des paramètres nutritionnels avec, en effet une prévalence moindre des patients en dénutrition sévère.

Donc, sans avoir d'impact sur la prévalence globale, c'est la gravité de la dénutrition qui s'est vue atténuée.

### **b) Objectifs secondaires**

Ce constat est confirmé également en étudiant la concentration d'albumine avec une augmentation significative de celle-ci en 2018.

Cependant, malgré cette constatation indéniablement positive, cette étude n'a trouvé aucune preuve d'amélioration du bénéfice fonctionnel ou de la réduction du nombre

d'évènement que l'on supposait en lien, c'est-à-dire le taux d'hospitalisations, d'infections, d'antibiothérapies, d'escarres ou de chutes.

En revanche, cela veut également dire, que la sévérité de la dénutrition ne s'est pas améliorée parce que les patients étaient moins fragiles car ils avaient moins d'infections, moins d'escarres ou parce qu'ils étaient moins hospitalisés, puisque nous n'avons pas de différence statistiquement significative entre ces évènements.

En comparant la population entre les deux périodes, nous avons également constaté que celle-ci était globalement identique dans le temps.

Cette étude a permis d'observer que d'une année à l'autre, la population restait la même, et était donc comparable sur les différentes caractéristiques énoncées plus haut. Sur les deux périodes, nous n'avons pas de différence statistiquement significative sur la prévalence des patients atteints de troubles cognitifs, de néoplasie, de fin de vie et les patients présentaient le même degré d'autonomie ; or nous savons que ces paramètres influencent fortement la prise en charge nutritionnelle.

Les caractéristiques des patients n'ont donc pas changé mais la concentration d'albumine s'est améliorée et ainsi la prévalence de la dénutrition sévère s'est atténuée.

La prévalence des évènements médicaux n'a pas changé non plus. Tous ces éléments nous permettent donc de suggérer que l'intervention auprès de l'ensemble du personnel soignant a permis cet impact positif, et non le fait que la population a changé ou les évènements diminués.

La population des EHPAD est en renouvellement permanent. Mais selon une étude publiée en Juillet 2017 par la DREES, sur les 223 380 sorties définitives d'un EHPAD, la durée moyenne de séjour est de 29 mois, allant de 2 mois à 43 mois. (12) Au sein de l'EHPAD Van Eeghem, les patients dénutris ont une moyenne de séjour de 37.86 mois, allant de 0 à 130 mois.

Même si l'on considère qu'il peut être difficile de travailler avec les mêmes patients au sein d'un EHPAD, une étude réalisée avec plus de reculs pourrait peut-être apporter des conclusions plus significatives.

### c) Autres constats

Sur le plan thérapeutique, nous constatons que les patients dénutris bénéficient d'une prescription plus importante de médicaments que la population générale de l'EHPAD. Les patients dénutris sont plus fragiles et nécessitent donc plus de « thérapeutique » ? Ou la prescription de nombreux médicaments pour lesquels nous connaissons le caractère anorexigène entraîne-t-elle une majoration de la dénutrition ?

Une étude réalisée en 2001 par un Centre Régional de Pharmacovigilance a cherché à identifier les médicaments en cause dans les troubles du goût à l'aide des cas déclarés dans la Banque Nationale de Pharmacovigilance. De nombreux médicaments, appartenant à des classes diverses peuvent être responsables de trouble du goût. Les médicaments les plus impliqués étaient dans 15% des cas les IEC, dans 9% des cas les antiparkinsoniens, dans 6% des cas les anxiolytiques et hypnotiques dont le Zopiclone, responsable d'une dysgueusie à type d'amertume buccale, dans 3% des cas les antithyroïdiens de synthèse et les inhibiteurs calciques, et dans 2% des cas les diurétiques. L'article met en cause également d'autres médicaments comme le biphosphonate donnant des sensations anormales de la langue. (20)

Ces troubles iatrogènes peuvent être expliqués par différents mécanismes :

- Xérostomie avec les anticholinergiques
- Carence en zinc avec les IEC, Lévodopa
- Carence en cuivre avec les antithyroïdiens de synthèse
- Carence en vitamine A avec les statines
- Lésion de l'épithélium gustatif avec les antibiotiques et les anticancéreux (8)

D'autres médicaments sont responsables d'une diminution de l'absorption des nutriments comme les IPP (Inhibiteurs de la Pompe à protons), très largement prescrits. Il s'agit d'une des classes les plus surprescrits chez la personne âgée après les benzodiazépines et les neuroleptiques. Une étude réalisée en 2014 à Sedan, dans un EHPAD, a montré que 34% des résidents étaient sous IPP et seuls 36% d'entre eux avaient une prescription conforme aux recommandations. (21)

Devant un patient et notamment une personne âgée qui se plaint de trouble du goût, qui ne mange plus, ou qui ne prend pas de poids, le rôle du médicament est à évoquer

et permet parfois de résoudre le problème en évitant des examens complémentaires inutiles. (20)

Une bonne alimentation va de pair avec un bon état bucco-dentaire. A Van Eeghem, seule la moitié (52.28%) présentait un état bucco-dentaire correct et seulement un tiers des résidents avait bénéficié d'une consultation dentaire dans les 2 ans. Certains EHPAD ont le privilège d'être dotés d'un cabinet dentaire au sein de l'établissement, mais dans la plupart des cas, ceux-ci organisent un réseau de soins avec les dentistes libéraux. Cependant certains EHPADs rencontrent des difficultés pour répondre aux besoins des soins, liées notamment au nombre de chirurgiens-dentaires en diminution ou au temps trop important pour soigner une personne âgée. (14)

Nous n'avons pas étudié dans cette étude, l'importance de l'activité physique dans la prise en soin de la dénutrition. A Van Eeghem, il existe une salle de rééducation, permettant aux kinésithérapeutes une remise en activité physique des patients dénutris. Un partenariat a également été réalisé avec le centre de formation des éducateurs sportifs de Calais dans le but d'accueillir des stagiaires au sein de l'EHPAD pour favoriser le maintien de la mobilité chez ces résidents. Cela va dans le sens d'un article rédigé par Y. Chauleur et C. Chapelle, publié dans la Revue gériatrique en Janvier 2018, qui a montré l'importance de mener des projets pluridisciplinaires dans la lutte contre la dénutrition en EHPAD. (22)

## **II. L'ALIMENTATION DES PERSONNES AGEES EN EPHAD**

Malgré une prévalence importante de patients dénutris en EHPAD, la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées reste aléatoire.

Diverses modalités de prise en charge nutritionnelle sont mises en œuvre dans les EHPADs afin de prévenir le sujet âgé face à un risque de dénutrition. Mais ces établissements rencontrent divers obstacles comme les contraintes budgétaires et organisationnelles.

Il n'existe aucune obligation réglementaire sur la qualité nutritionnelle et les rythmes des repas servis en EHPAD par exemple.

Aucune enquête officielle nationale sur la prévention de la dénutrition dans les EHPADs n'a été réalisée. Nous avons à notre disposition uniquement des enquêtes partielles et pour beaucoup déjà anciennes.

Ces différentes études révèlent de graves problèmes :

- Au niveau du budget consacré
- Au niveau organisationnel : notamment avec les horaires du personnel
- Au niveau du suivi nutritionnel des résidents.

## **1. Budget alimentaire en EHPAD**

Les experts considèrent que le budget consacré aux denrées devrait être au minimum de 1.70€ par repas. Or une étude régionale publiée en 2009 par l'ARS Nord-Pas de Calais sur les coûts alimentaires en maison de retraite, montre que les budgets « matières » sont inférieurs à cette valeur, ce qui de facto, impacte sur la qualité nutritionnelle. En effet, selon l'enquête de l'ARS de Poitou-Charentes menée en 2003 auprès de 40 établissements, 85% n'avait pas de plan alimentaire correct.

Au sein de l'EHPAD Van Eeghem, le budget repas est estimé à 5.60€ par jour et est donc supérieur au budget minimal préconisé.

S'agissant des EHPAD, les Pouvoirs publics (Assurance maladie et Département) sont, en théorie, censés s'intéresser à la qualité nutritionnelle des repas. Mais comme ils ne financent pas les frais d'alimentation, ils ne le sont donc pas. De plus, des recommandations nutritionnelles ont été publiées en octobre 2011 par le GEMRCN mais dépourvues de tout caractère obligatoire. En conséquence, il n'existe à ce jour, aucun contrôle officiel sur la qualité nutritionnelle des repas servis en institution.

Ainsi les frais de restauration s'ils ne sont pas à la charge de l'EHPAD restent, sauf cas particuliers (aide sociale, financement par le Conseil Général), intégralement à la charge du résident ou de sa famille, ce qui représente entre 13 et 23 % du reste à charge (après déduction des frais pris en charge par l'Assurance maladie et les conseils généraux).



Pour rappel, avant Janvier 2017, les coûts d'accueil et de soins en EHPAD se répartissaient entre trois financeurs :

- Le tarif « hébergement » est entièrement à la charge du résident ou de sa famille, déduction faite éventuellement, de l'APL. Dans les établissements habilités à l'aide sociale, le conseil général, sous condition de ressources, peut prendre à sa charge ce tarif. Dans ce cas, il récupère 90 % des revenus de la personne âgée et peut faire un recours sur succession.

Ce tarif recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchisserie et d'animation de la vie sociale qui ne sont pas liées à la dépendance du résident.

- Le tarif « dépendance » est financé en partie par le conseil général, sous la forme d'une dotation globale versée à l'établissement. Reste à la charge du résident, quels que soient ses revenus, une part du tarif appelée « talon APA » ou modérateur. Celui-ci correspond au tarif « dépendance » des personnes les moins dépendantes (GIR 5 et 6) [art. R.232 -19 du CASF]

Ce tarif intègre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne qui ne sont pas liées aux soins mais liées à l'état de dépendance.

- Le tarif « soins » est entièrement pris en charge par l'assurance maladie.  
(23)

Cette tarification est donc modulée à partir de l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins requis des résidents.

Jusqu'en 2009, le rythme d'augmentation des soins aux personnes âgées hébergées en établissement a été très élevé à la suite des plans de médicalisation et de développement des capacités d'accueil des EHPAD. Depuis, la dépense augmente de façon moins soutenue, en lien avec le resserrement de la contrainte budgétaire. Alors que le nombre de personnes âgées très dépendantes (GIR 1 ou 2) en EHPAD augmente régulièrement. (11)

Depuis Janvier 2017, les EHPAD sont soumis à de nouvelles règles de financement associées au déploiement du CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens).

La loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit que la CPOM, obligatoire pour tous les EHPAD, se substitue à la convention tripartite, précédemment décrite, à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2017. (24)

Votée sous le précédent quinquennat et poursuivie par l'actuelle majorité, la réforme controversée, vise à faire converger progressivement, de 2017 à 2023, les budgets des EHPADs publics avec ceux du privé sur les enveloppes « soins », et « dépendance ». (25)

Que les établissements soient publics ou privés, la norme de financement est la même : le modèle de tarification des EHPADs repose désormais sur une allocation des ressources calculée sur la base de forfait, pour les soins et la dépendance, liées à l'état de dépendance des résidents (GMP) et leurs besoins en soins (PATHOS). (24)

Cette nouvelle réforme a entraîné deux journées de mobilisation des personnels d'EHPAD en Janvier et en Mars. Le volet « dépendance » est très contesté depuis des mois, à tel point que le gouvernement a nommé fin janvier 2018 un médiateur, et annoncé 50 millions d'euros supplémentaires en 2018 pour les établissements en difficulté. (25)

Les modalités de tarification et de financement des EHPADs sont génératrices d'inégalités dans les conditions de prise en charge des résidents et peuvent constituer un véritable frein à la mise en œuvre de politique de prévention de la dénutrition en EHPAD.

Certains EHPADs, même s'ils disposent de moyens financiers suffisants, souffrent d'une difficulté à recruter du personnel adapté et compétent, comme des chefs cuisiniers formés à des techniques de travail particulière (« finger-Food », texture modifiée ...), notamment en raison du manque de formation, de la situation géographique de l'EHPAD (les EHPADs en milieu rural étant plus particulièrement confrontés à ce problème), mais aussi des horaires de travail (7j/7, 365j/365). (20)

## **2. Impératifs économiques et organisationnels impactant sur l'intérêt sanitaire des personnes âgées**

Le CNA a établi des recommandations sur la durée des repas, qui est respectivement de minimum 30 min pour le petit déjeuner, 1 h pour le déjeuner et 45 minutes pour le dîner.

Il n'existe pas de recommandation sur la durée du goûter.

L'intervalle entre chaque repas doit être de 3h minimum ; ainsi le jeûne nocturne ne doit pas dépasser 12h. (5)

Or une des premières constatations est que la nutrition des personnes âgées résidant dans les EHPADs, est trop souvent sacrifiée par des impératifs économiques et organisationnels. (26).

Dans trop d'EHPADs, l'organisation du travail est parfois inadaptée aux soins. Les horaires des soignants sont en contradiction avec les horaires des résidents et prime sur les horaires des repas. Ainsi, afin de limiter les heures de présence du personnel, les repas sont fortement contractés en fin de journée. Ceci a pour conséquence de raccourcir l'intervalle entre le goûter et le dîner, et de rallonger le jeûne nocturne. Tout cela contribue à perturber l'alimentation des résidents. (5)

La durée des toilettes le matin peuvent parfois prendre toute la matinée, aux dépens de la durée du petit-déjeuner.

Le rythme alimentaire, la durée et la présence d'aide pendant les repas sont souvent l'objet de plaintes de la part des résidents ou des familles. (20)

Manifestement, les impératifs de gestion du personnel passent avant le bien être des personnes âgées. Etoffer les équipes permettrait de remédier à ce problème et d'offrir aux personnes les plus dépendantes le temps et l'attention qu'elles méritent. Mais cela renchérirait le prix de la journée, déjà élevé. (26)

Pour le Syndicat National des Professionnels Infirmiers SNPI CFE-CGC, la question du financement est centrale pour comprendre cette maltraitance nutritionnelle : selon la logique de cette réforme, il serait plus avantageux pour les maisons de retraite de ne pas prévenir la dénutrition afin que les besoins en soins des personnes âgées à

leur charge soient plus importants et qu'ils puissent bénéficier en retour de subventions plus importantes. (26)

### **3. Un suivi nutritionnel insuffisant**

En 2005, on a constaté que la surveillance nutritionnelle ne s'établit pas toujours dès la première rencontre avec le médecin coordinateur et cette surveillance de l'état nutritionnel n'est pas régulière.

En effet, d'après une enquête réalisée par l'UFC-Que choisir auprès de 131 établissements, entre novembre 2014 et janvier 2015, 18% des établissements s'abstenaient de peser les résidents une fois par mois.

Or il est recommandé que l'évaluation nutritionnelle s'effectue à l'admission et au minimum une fois par mois. Cela est capital pour détecter les premiers signes de dénutrition. (5) Cela est conforme à la surveillance réalisée au sein de l'EHPAD Van Eeghem.

Quant au suivi individuel par un diététicien, seulement 7 établissements sur les 43 observés le pratiquent de manière mensuelle. (27)

Pour les sujets présentant des troubles cognitifs évolués qui rendent l'évaluation nutritionnelle plus compliquée, il existe une échelle nommée l'Echelle de Blandford, qui permet d'évaluer les troubles du comportement alimentaire. (Annexe 7)

Les aides-soignants ont un rôle d'observation des faits alimentaires. A partir de leur constat, une adaptation de la prise en charge nutritionnelle peut être réalisée, en faisant appel à plusieurs acteurs : IDE, médecin traitant, médecin coordinateur, ergothérapeute, dentiste...

La nutrition en EHPAD repose donc sur une diversité d'acteurs et la qualité de cette prise en charge réside dans la coordination de leurs actions. C'est pour cela que des « staff » spécifiques sont réalisés toutes les semaines au sein de l'EHPAD Van Eeghem afin de favoriser les transmissions.

### **III. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE**

#### **1. Limites**

Le faible effectif de cette étude la rend statistiquement non significative et n'a donc pas permis d'analyser le lien entre l'augmentation de la concentration d'albumine et les différents paramètres comme le taux d'hospitalisations, d'infections, de chutes et d'escarres.

D'autres limites peuvent être citées comme le fait que cette étude soit uni centrique. Une étude de plus grande ampleur, multicentrique et sur une plus longue durée pourrait peut-être apporter des conclusions significatives.

Un biais de sélection est retrouvé, puisque les sujets ne pouvaient pas être randomisés au départ.

Ce travail pourrait être préparatoire à un travail à plus grande échelle, qui permettrait de façon statistiquement significative, de prouver qu'avoir une approche plus humaine et plus adaptée à chaque individu permettrait de réduire le pourcentage de dénutrition en institution et avoir un impact positif sur le taux d'évènements en lien, c'est-à-dire les hospitalisations, les infections, les escarres et les chutes.

#### **2. Forces**

Les points positifs sont :

- Le critère objectif d'évaluation, en effet le recueil de données a été réalisé de façon objective par lecture des dossiers médicaux informatisés et exploités de façon anonyme.
- Le critère exhaustif ; il n'y a pas de biais de recrutement puisque tous les patients dénutris ont fait partie de l'étude.

Les débats concernant la nutrition des personnes institutionnalisées sont très présents actuellement. La thématique de ce travail est d'autant plus intéressante qu'elle est un sujet d'actualité, qui concerne à la fois le personnel soignant mais aussi les proches du patient et bien sûr le patient lui-même.

## **CONCLUSION**

*« A défaut de convaincre, contentons-nous de faire réfléchir. »*

G. Braque

Notre étude suggère que les différentes mesures mises en place grâce à la formation du personnel soignant sur l'ensemble des aspects de la restauration peuvent avoir un effet positif sur les indicateurs nutritionnels, même s'il est pour l'instant encore insuffisant.

L'acte alimentaire doit être considéré comme un soin et est un enjeu multidisciplinaire.

En se basant sur la bientraitance, en adoptant une démarche plus humaine et individualisée, en adaptant des stratégies spécifiques pour faire manger les personnes âgées, les soignants sont les acteurs principaux et indispensables dans la prise en charge nutritionnelle. Il serait impossible d'appliquer les mesures spécifiques sans insister sur le temps de formation.

Il est certain que la mise en place de cette formation permet d'améliorer incontestablement l' « alimentation plaisir ».

Une étude qualitative pourrait être menée auprès des soignants mais aussi auprès des résidents communicants, et de leur famille, dans le but de savoir si cet investissement leur apporte un bien être professionnel ou une meilleure qualité de vie.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Patry C, Raynaud-Simon A. *Prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées : quoi de neuf depuis les recommandations de l'HAS en 2007 ?* Juin 2011. NPG - Vol. 11 - N°63 - p.95 -100.
2. HAS 2007. *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.* Recommandations professionnelles. Avril 2007.
3. Raynaud-Simon A, Sanchez M., Quilliot D. *Dénutrition chez le sujet âgé obèse.* Elsevier. Septembre 2017.
4. HAS. *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique de la personne âgée.* Synthèse des recommandations. Avril 2007.
5. *Alimentation en EHPAD, une politique de prévention s'impose.* UFC-Que choisir. Mars 2015.
6. Talandier D, Lussier M-D. ANAP. *Le repas dans les établissements de santé et médico-sociaux: les textures modifiées, mode d'emploi.* Mars 2011.
7. *Recommandations nutritionnelles pour les personnes âgées.* GEM-RCN. Juillet 2015.
8. Joyau C, Veyrac G, Delamarre-Damier F, Pasquier A, Priez J, Jolliet P. *Troubles du goût d'origine médicamenteuse chez les personnes âgées : étude d'ordonnances de patients résidant en EHPAD.* Novembre 2014.
9. *Alimentation en EHPAD: l'UFC-Que Choisir pointe le problème de la dénutrition.* UFC-Que choisir. Mars 2015.
10. INSEE. *Population par âge.* Références 2016. P 26.
11. INSEE. *Personnes âgées dépendantes.* Références 2016. P 96.
12. Muller M. DREES. *Etudes et résultats.* Juillet 2017. Numéro 1015.
13. HAS. Réponse à la saisine du 05 mai 2014 en application de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale. *Référentiel " Dénutrition chez la personne âgée, compléments nutritionnels oraux, aide à la prescription".* Novembre 2014.
14. EHESP. Module interprofessionnel de Santé Publique. *"La nutrition en EHPAD, un enjeu de Santé Publique en recherche d'efficacité".* 2016. Groupe N°31
15. *Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées.* Ministère de l'agriculture et de l'agroalimentaire.
16. Formation Restauration Equipe. *Humanitude.* Disponible sur: <http://www.humanitude.fr/formation-restauration-equipe/>



17. Delapre V, Gautron S. ACEHF. *Les compléments nutritionnels oraux et la dénutrition*. Novembre 2017.
18. ADEME/Direction Régionale PACA - Pourtain N. *Perte et gaspillage. Une alimentation saine dans le respect de l'environnement au sein des établissements de santé*. Marseille - Colloque CRES et ARS PACA. Février 2018.
19. Ferry M, Vetel J, Maubourget N, Blin P. *La dénutrition en hébergement pour personnes âgées*. Nutrition clinique et métabolisme. Volume 24. Décembre 2010.
20. Revue Prescrire. *Troubles du goût : origine médicamenteuse possible*. Mars 2018.
21. Regnier-Gavier O, Cadart H, Rolland E, Bensimon D, Thiriet L. *Évaluation du bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)*. Masson E. Décembre 2014.
22. Chauler Y, Chapelle C. *Prévalence de la dénutrition dans un EHPAD et expérience d'un programme global de prise en charge*. La Revue Gériatrie. Tome 43. Janvier 2018.
23. Levray N. *10 questions sur le financement des EHPAD*. Gazette Santé Social. Mars 2011.
24. Graradji N. *Réforme tarifaire des EHPADs | CNSA*. Géroscopie. n° 75. Décembre 2016.
25. magazine LP. *Maisons de retraite: la réforme du financement, sujet qui fâche*. Le Point. Janvier 2018.
26. JIM Actualité Métier. *Quand les EHPAD lésinent sur l'alimentation*. Univadis. Septembre 2017.
27. *Alimentation des personnes âgées dans les EHPADs – La qualité alimentaire bat en retraite*. UFC-Que Choisir. Mars 2015.

## **ANNEXES**

*« Coquina medicinae famulatrix est. »*  
*(La cuisine est la servante de la médecine)*

Térence 190-159 av J.-C.

# Annexe 1 : Mini Nutritional Assessment

## Mini Nutritional Assessment

**MNA<sup>®</sup>**

Nestlé  
Nutrition Institute

Nom :		Prénom :			
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :	

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	
<b>A</b> Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = baisse sévère des prises alimentaires 1 = légère baisse des prises alimentaires 2 = pas de baisse des prises alimentaires	<input type="checkbox"/>
<b>B</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"/>
<b>C</b> Motricité 0 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>
<b>D</b> Maladies aiguës ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>
<b>E</b> Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence légère 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>
<b>F</b> Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m) <sup>2</sup> 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) 12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: à risque de dénutrition 0-7 points: dénutrition avérée  Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluation globale	
<b>G</b> Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 1 = oui 0 = non	<input type="checkbox"/>
<b>H</b> Prend plus de 3 médicaments par jour ? 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>
<b>I</b> Escarres ou plaies cutanées ? 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>
<b>J</b> Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	<input type="checkbox"/>
<b>K</b> 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 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"/>
<b>L</b> Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui	<input type="checkbox"/>
<b>M</b> Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...) 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"/>
<b>N</b> Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté	<input type="checkbox"/>
<b>O</b> Le patient se considère-t-il bien nourri ? 0 = se considère comme dénutri 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition	<input type="checkbox"/>
<b>P</b> 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"/>
<b>Q</b> Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>R</b> Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Évaluation globale (max. 16 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Score de dépistage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Score total (max. 30 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Appréciation de l'état nutritionnel	
de 24 à 30 points <input type="checkbox"/>	état nutritionnel normal
de 17 à 23,5 points <input type="checkbox"/>	risque de malnutrition
moins de 17 points <input type="checkbox"/>	mauvais état nutritionnel

Ref. Velles B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.  
Rubenstein LZ, Harker JO, Selva A, Guigoz Y, Velles B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A: M398-377.  
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-467.  
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
© Nestlé, 1994, Révision 2006. N87200 12/99 10M  
Pour plus d'informations : [www.mna-st-daily.com](http://www.mna-st-daily.com)

## Annexe 2 : Protocoles relatifs à la Dénutrition au sein de l'EHPAD Van Eeghem

E.H.P.A.D Henri Van Eeghem – 59240 Dunkerque

Protocole S N° : 29

Conduite à tenir face aux troubles de l'appétit

### I. Définition

Ce protocole retrace la démarche à suivre en cas de trouble de l'appétit d'un résident.

### II. Objectif

Mieux gérer les troubles de l'appétit dans le cadre de la maladie d'Alzheimer.

### III. Population concernée

- AS
- ASH
- IDE

### IV. Déroulement de l'action

- Repérer et traiter une éventuelle dépression ou un délire. En parler au médecin.
- Réévaluer l'ordonnance . en parler au médecin .
- Inciter le patient à manger :
  - En le faisant participer à la préparation du repas si possible .
  - En lui donnant ce qu'il aime .
  - En variant les repas
  - En installant une table , une nappe , et des couverts gais et de couleur vive. ( à voir avec la cuisine ) .
- Si le patient ne termine pas ses repas :
  - Ajouter deux collations à 10h et 16h
  - Proposer des biscuits ou une crème hyperprotéinée...
- S'il ne mange pas parce qu'il a des difficultés pour accomplir les gestes , prévoir des sets de tables antidérapants et des couverts ergonomiques . (voir avec la cuisine ) .
- Vérifier si son appareil dentaire est adapté , s'il ne se décolle pas , faire inspecter sa bouche par le médecin à la recherche d'une mycose ou d'aphtes qui le feraient souffrir.
- L'aider s'il ne retrouve plus du tout les gestes adéquats ou le laisser manger avec ses mains avec des recettes adaptées . (voir avec la cuisine).

LA NON APPLICATION DE CE PROTOCOLE CONSISTERAIT  
EN UN MANQUEMENT AUX OBLIGATIONS PROFESSIONNELLES  
Toute modification doit entraîner la mise à jour de cette fiche

« »		V I S A	
Diffusion	31/11/2016	La directrice	Médecin coordinateur
Version 1			
Créé le			

**E.H.P.A.D Henri Van Eeghem – 59240 Dunkerque**

Protocole S N°: 47

**Conduite à tenir face à une dénutrition**

**I. Définition**

La dénutrition est un état pathologique résultant d'apports nutritionnels insuffisants en regard des dépenses énergétiques de l'organisme , quelqu'en soit la cause ; insuffisance d'apport, hypercatabolisme ou malabsorption.

**II. Objectif**

Dépister précocément les états de dénutrition afin de prévenir les complications.

**III. Population concernée**

- AS
- ASH
- IDE\_+ médecin

**IV. Déroulement de l'action**

**OBJECTIFS OPERATIONNELS :**

Reconnaître les signes pouvant faire penser à une dénutrition.

**Reconnaître une situation à risque de dénutrition :**

- Difficultés psycho socio environnementales : isolement, deuil , inadaptation.
- troubles bucco dentaires.
- troubles de la déglutition.
- Décompensation aiguë d'une maladie chronique : douleur, infection, chirurgie, constipation sévère, escarres.
- dépendance.
- iatrogénie ( Effets indésirables médicamenteux).
- démences et tr psychologiques ou psychiatriques.

**Critère d'intervention :**

Anorexie > à 48h. ou apports nutritionnels < 50% des repas donnés.  
Perte de 2 kgs en 1 mois ou 4 kgs en 6 mois ou encore IMC < 21.

**ACTIONS À RÉALISER :**

**Surveiller le poids une fois par semaine et établir une feuille de surveillance alimentaire.**

**Réaliser un MNA dépistage :** si < à 12 réaliser alors le MNA complet.

Intervention renutrition si :

**MNA complet 17 à 23.5 :** suppléments oraux , mobiliser le patient + pesée 1fois/semaine

**Si MNA < 17 intervention soutenue +++** avec utilisation si nécessaire alimentation entérale

**ÉVALUATION :**

Observation de l'amélioration de la fiche de surveillance alimentaire.

Observation de la courbe de poids .

LA NON APPLICATION DE CE PROTOCOLE CONSISTERAIT  
EN UN MANQUEMEMENT AUX OBLIGATIONS PROFESSIONNELLES  
Toute modification doit entraîner la mise à jour de cette fiche

« »	V I S A		
Diffusion	La directrice	Le cadre infirmier	Membres du groupe qualité Medco V. Dewadi
Version			
Créé le			



**I. Définition**

La dénutrition est un état pathologique résultant d'apports nutritionnels insuffisants en regard des dépenses énergétiques de l'organisme , quelqu'en soit la cause ; insuffisance d'apport, hypercatabolisme ou malabsorption.

**II. Objectif**

Prévenir les dénutritions graves et leurs complications.

**III. Population concernée**

- AS
- ASH
- IDE
- médecin

**IV. Déroulement de l'action**

OBJECTIFS OPERATIONNELS :

**Reconnaître les signes pouvant faire penser à une dénutrition :**

**La dénutrition est confirmée dès que :**

- une anorexie totale dépasse 48h
- la fiche de surveillance alimentaire révèle que la consommation des plats quotidiens est inférieure à 50%,
- une perte de poids de 2 kgs en un mois ou 4kgs en six mois est constatée
- ou encore un IMC < 21.
- Le MNA de dépistage est < 12 et le MNA complet < 23.5.

**Critères d'évaluation de la dénutrition :**

**Dénutrition légère : albumine <35 g /j et préalbumine <200 mg/l**

**Dénutrition modérée : albumine entre 30 et 35g/l et préalbumine <150 mg/l**

**Dénutrition sévère : albumine <30g /l**

LA NON APPLICATION DE CE PROTOCOLE CONSISTERAIT  
EN UN MANQUEMENT AUX OBLIGATIONS PROFESSIONNELLES  
Toute modification doit entraîner la mise à jour de cette fiche

« »	V I S A		
Diffusion	La directrice	Le cadre infirmier	Membres du groupe qualité
Version			
Créé le			

**ACTIONS À RÉALISER :**

**Action sur dénutrition si défaut d'alimentation dès J3 +++**

**ETABLIR UNE FEUILLE DE SURVEILLANCE ALIMENTAIRE : dès 48h d'anorexie +++ et SURVEILLANCE POIDS UNE FOIS PAR SEMAINE.**

**SUSCITER L'activité physique +++**

**Pour le médecin :**

**Rechercher une cause médicamenteuse :** Médicaments anorexiantes . IEC en raison des dysgueusies .les AINS .

**SUPPLEMENTER EN VITAMINE D +++**

**Doser albumine .**

**Prescrire des compléments alimentaires voire si nécessaire une alimentation entérale à mettre en place en milieu hospitalier.**

**Mise en œuvre d'une renutrition :**

Donner de préférence les Compléments alimentaires l'après midi et le soir .

Fractionner les repas 6 fois par jour .Eviter le long jeûne nocturne +++

Apport en sel 4g/j sauf chez les insuffisants cardiaques compenser en ajoutant des épices .

Donner du plaisir en mangeant +++

**Règle d'usage : 4 semaines de renutrition pour 1 semaine de dénutrition .**

**ÉVALUATION :**

Réévaluer l'albumine un mois plus tard.

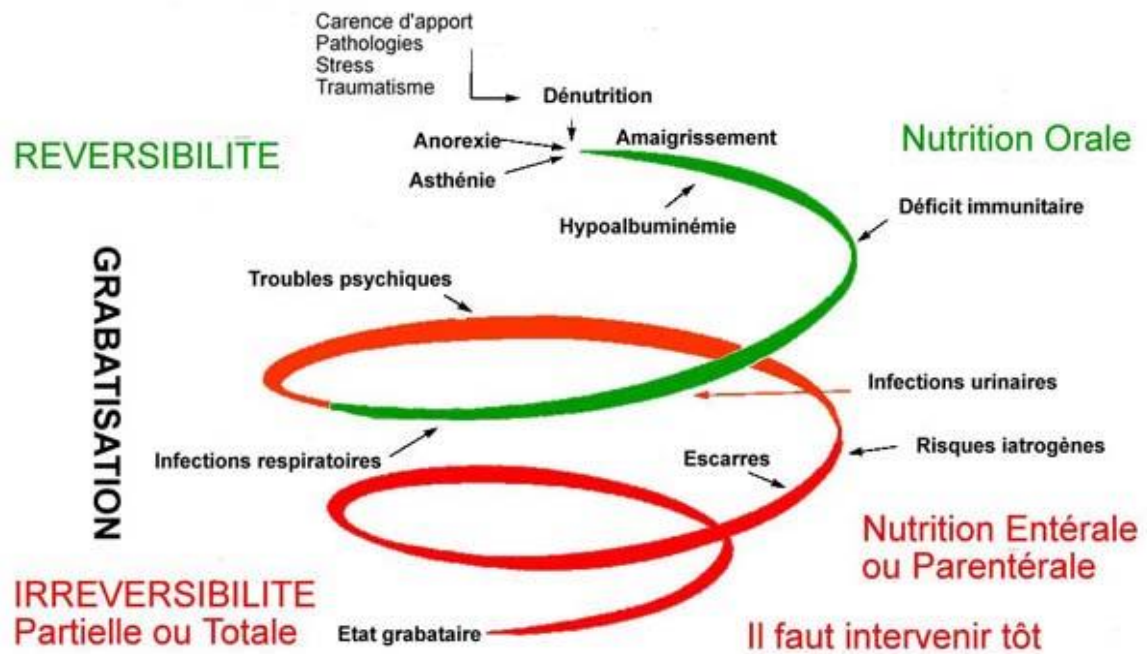
Réévaluer la feuille de surveillance alimentaire et la courbe de poids.

LA NON APPLICATION DE CE PROTOCOLE CONSISTERAIT  
EN UN MANQUEMENT AUX OBLIGATIONS PROFESSIONNELLES  
Toute modification doit entraîner la mise à jour de cette fiche

« »	V I S A		
Diffusion	La directrice	Le cadre infirmier	Membres du groupe qualité <i>Medeo</i>
Version			<i>J. Dewalle</i>
Créé le			<i>J</i>

## Annexe 3 : Spirale de la dénutrition

### La Spirale de la dénutrition (Dr Monique FERRY 1993)















## Annexe 4 : Evaluation externe 2014 sur la prévention et la prise en charge de la dénutrition par l'ANESM

### VI. Axe 2 Thème 6 : La prévention et la prise en charge de la dénutrition

L'enjeu de cette thématique est de prévenir la dénutrition des résidents, dépister les résidents dénutris et prendre en charge les résidents dénutris.

Le tableau ci-dessous présente les **résultats de l'évaluation du thème 6**.

AXE 2 : LA PREVENTION DES RISQUES INHERENTS A LA VULNERABILITE DES RESIDENTS		
Thème 6 : La prévention et la prise en charge de la dénutrition	Niveau d'atteinte	% obtenus à la préconisation
<b>Préconisation 1 : L'établissement a mis en place une politique de prévention et de lutte contre la dénutrition et la déshydratation.</b>		<b>100%</b>
Il existe une personne référente pour la prévention et la prise en charge de la dénutrition et/ou de la déshydratation.	■	100%
Les risques de dénutrition et de déshydratation lors de l'élaboration et de la réévaluation du projet personnalisé sont évalués.	■	100%
Les professionnels sont formés sur la prévention et les conduites à tenir face à une <u>personne dénutrie ou à risque de dénutrition</u> .	■	100%
Les professionnels sont formés sur la prévention et les conduites à tenir face à une <u>personne déshydratée ou à risque de déshydratation</u> .	■	100%
La diffusion des protocoles élaborés précisant les conduites à tenir face à un <u>résident dénutri ou à risque de dénutrition</u> est assurée.	■	100%
La diffusion des protocoles élaborés précisant les conduites à tenir face à un <u>résident déshydraté ou à risque de déshydratation</u> est assurée.	■	100%
La bonne exécution des protocoles est assurée.	■	100%
Le partage des informations en équipe pluridisciplinaire est organisé.	■	100%
Chaque intervenant (interne ou externe) de l'établissement est informé et formé à son rôle dans la prise en charge de la dénutrition - déshydratation.	■	100%
Le résident et ses proches sont informés sur sa prise en charge	■	100%
<b>Préconisation 2 : L'établissement met en œuvre l'ensemble des moyens techniques et matériels pour faire du repas un temps agréable et convivial.</b>		<b>81%</b>
Les particularités (goûts, besoins, habitudes alimentaires) de chaque résident sont prises en compte.	■	100%
Le recueil de l'avis des résidents concernant les repas est organisé.	■	75%
L'aide à apporter pour les repas (évaluation des besoins d'aide, installation, couverts adaptés) est organisée.	■	75%

La convivialité des repas (cadre des salles à manger, plan de table, horaires des repas, qualité gustative des repas) est favorisée.		75%
<b>Préconisation 3 : L'établissement met en œuvre l'ensemble des moyens thérapeutiques et techniques existants pour prévenir et lutter contre la dénutrition et la déshydratation.</b>		<b>100%</b>
La surveillance du poids est organisée.		100%
Les résidents lourdement dépendants bénéficient d'une surveillance du poids avec des balances adaptées et disponibles.		100%
Les modifications de poids observées chez le résident sont l'objet d'une analyse pluridisciplinaire.		100%
Les indications d'alimentation par sonde gastrique ou gastrostomie sont discutées avec l'équipe, avec le résident et ses proches.	nc	
Ces indications sont régulièrement réévaluées.	nc	
Le risque de déshydratation fait l'objet d'une démarche de prévention.		100%
<b>Préconisation 4 : La prévention et la lutte contre la dénutrition et la déshydratation font l'objet d'une politique coordonnée entre les différents acteurs dans le cadre d'une filière structurée comprenant au moins une structure ressource de type médecin nutritionniste, diététicienne...</b>		<b>95%</b>
L'accès à une consultation spécialisée (consultation nutritionniste, consultation endocrinologue ...), à une diététicienne est organisé.		100%
La coordination avec les acteurs libéraux et médecin traitant est organisée.		100%
Les modalités de transmission des effets constatés des thérapeutiques mises en place sont organisées.		100%
Les cas difficiles peuvent être orientés vers une "structure ressource"		100%
L'établissement dispose de partenariat dans le cadre de la prise en charge de la dénutrition - déshydratation.		75%

<b>Niveau d'atteinte du thème</b>	<b>96%</b>
-----------------------------------	------------

<b>LEGENDE</b>				
	Atteint	Globalement atteint	Partiellement	Peu atteint

## Annexe 5 : Fiche « repas personnalisé prescrit »

PRESCRIT PAR :	
NOM :	DATE DE LA PRESCRIPTION :
PRENOM :	DATE DE LA PROCHAINE PRESCRIPTION :

PROFIL	DEBOUT	DEBOUT-ASSIS	ASSIS-DEBOUT	ASSIS-COUCHE	
ACCOMPAGNEMENT A LA SALLE A MANGER:					
RETOUR :					

<b>OBJECTIF PRINCIPAL</b>	
ALLERGIES	
DESIRS SPECIFIQUES	
AVERSIONS PARTICULIERES	

<b>INSTALLATIONS PARTICULIÈRES :</b>		<b>AIDE</b>					
CHAISE	FAUTEUIL ROULANT	TOTALE			PARTIELLE		
COUSSIN	ADAPTABLE	STIMULATION VERBALE			SIMPLE PRESENCE		
SEUL (E)	AUTRE	GESTES ACCOMPAGNES			AUTRE :		
<b>TEXTURES DES ALIMENTS</b>		<b>APPAREILLAGE</b>					
NORMALE	MOULINEE	Mal entendant	oui	non	Mal voyant	oui	non
HACHEE	TEXTURE MIXEE	Prothèses auditives	Dte	Gche	LUNETTES		
COUPEE COUTEAU	MANGER-MAINS	P. dentaires	Haut	Bas	OXYGENE : l / mn		
<b>TEXTURES DES BOISSONS</b>		<b>PORTIONS (noircir)</b>			<b>RYTHME</b>		
Eau plate		1 part= un peu 2 parts= moyen 3 parts = beaucoup 4 parts = tout Resservir			mange lentement		
Eau gazeuse					mange vite mais patiente entre les les plats		
Eau gélifiée					mange vite et ne patiente pas entre entre les plats		
<b>REGIME PARTICULIER</b>							
<b>DRESSAGE</b>							
<b>ASSIETTE</b>		<b>VERRE</b>			<b>COUVERTS</b>		
Ergonomique		TYPE			TOUS		
Taille et forme		Taille et	forme		CITER		
AUTRES PROPOSITIONS		AUTRES PROPOSITIONS			AUTRES PROPOSITIONS		

## **Annexe 6 : Questionnaire relatif au recueil des CNOs destiné aux Aides-soignants**

### **Questionnaire relatif au recueil des compléments alimentaires :**

**1. 6% des compléments, environ, n'ont pas été récupérés : pour quelle raison ?**

- Oubli
- Complément jeté par le patient
- Autre : .....

**2. De nombreux compléments ne sont pas bus à la paille : les versez-vous dans un verre ?**

- Oui
- Non

**Si oui : vous est-il arrivé de jet le contenu du verre dans la poubelle/évier ?**

- Toujours
- Jamais
- De temps en temps

**3. Certains jours, les patients ne reçoivent qu'un (ou aucun) complément alimentaire : pour quelle raison ?**

- Oubli
- Refus du patient
- Patient en sorti à l'extérieur
- Complément du matin non fini
- Autre : .....

**4. Certains patients ont reçu des compléments alimentaires alors qu'ils ne figuraient pas sur la liste des « Dénutris sévères », pour quelle raison ?**

- Erreur
- Volonté du patient à recevoir un complément
- Patient n'ayant pas beaucoup mangé ce jour là
- Autre : .....

**5. Pour quelle raison les CNOS ne sont-ils pas terminés ?**

- Manque de stimulation
- N'apprécie pas le goût
- Manque d'appétit
- Autre .....

**6. Avez-vous changé de comportement vis-à-vis de la délivrance des CNOs ?**

- Non
- Oui, plus attentif

## Annexe 7 : échelle de Blandford

### ÉCHELLE DE BLANDFORD Description des troubles du comportement alimentaire

Nom :	Prénom :			
Date :	Sexe :	Âge :	Poids (kg) :	Taille (cm) :

COMPORTEMENT DE RÉSISTANCE	OUI	NON
Détourne la tête à la vue de la cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repousse la nourriture ou la personne qui veut la nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Met les mains devant la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agrippe, frappe ou mord celui qui essaie de le nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crache ou jette la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DYSPRAXIE ET AGNOSIE	OUI	NON
A besoin d'être cajolé pour manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise les doigts plutôt que la fourchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapable d'utiliser les couverts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mélange et joue avec la nourriture plutôt que de l'avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parle de façon continue pendant le repas de sorte qu'il ne s'alimente pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange des choses non comestibles (serviette...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quitte la table et va marcher pendant les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble ne pas reconnaître les aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPORTEMENT SÉLECTIF	OUI	NON
A besoin de compléments nutritionnels spécifiques, sinon ne mange rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A besoin de compléments nutritionnels spécifiques, les goûte, se plaint, puis les refuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refuse de manger une grande variété d'aliments, et ne mange par exemple que du pain, des desserts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne prend que des petites quantités de nourriture, puis ne mange plus, même si on le fait manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préfère les liquides (plus de 50% des apports)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refuse les solides mais accepte les liquides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INCOORDINATION ORALE NEUROMUSCULAIRE	OUI	NON
N'ouvre pas la bouche spontanément quand on lui présente la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plisse les lèvres, empêchant l'entrée de la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ferme la bouche, serre les dents et les lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait des mouvements continus de la langue ou de la bouche qui empêchent l'ingestion des aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accepte la nourriture puis la crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accepte la nourriture mais ne la mâche pas, et ne l'avale pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nourriture dégouline de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FAUSSES ROUTES	OUI	NON
Tousse ou bien s'étouffe en mangeant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Gargouillement" de la voix (voix humide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉPENDANCE ALIMENTAIRE	OUI	NON
Présente un problème du comportement alimentaire mais s'alimente seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A besoin d'être aidé de temps en temps pour s'alimenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne s'alimente que si on le fait manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ÉCHELLE DE BLANDFORD**  
Description des troubles du comportement alimentaire

**AUTEUR : Nom :** BLANCKAERT

**Prénom :** Julia

**Date de Soutenance :** 15 Novembre 2018

**Titre de la Thèse :** DENUTRITION DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES EN INSTITUTION : REEVALUATION NUTRITIONNELLE APRES FORMATION DU PERSONNEL SUR L'ENSEMBLE DES ASPECTS DE LA RESTAURATION.

Thèse - Médecine - Lille 2018

**Cadre de classement :** Médecine

**DES de Médecine Générale**

**Mots-clés :** dénutrition, personnes âgées, EHPAD, formation, restauration

**Introduction :** La dénutrition du sujet âgé est un des 1<sup>ers</sup> facteurs menant à la perte d'autonomie. Malgré un respect strict des critères de l'HAS et de l'ANESM concernant la prévention et la prise en charge de la dénutrition, il persiste un pourcentage de dénutrition à 29.23% au sein de l'EHPAD. Ces protocoles sont théoriques et ne s'intéressent pas à la spécificité de l'individu. La formation du personnel soignant sur l'ensemble des aspects de la restauration serait indispensable pour avoir un impact sur le statut nutritionnel et la qualité de vie des résidents. Notre principal objectif est d'évaluer l'impact de cette formation sur l'état nutritionnel des résidents dénutris, afin d'observer si celle-ci permet de diminuer le pourcentage de dénutrition en institution. Secondairement de déterminer si elle a un impact positif sur la concentration d'albumine, le nombre d'hospitalisations, d'infections, d'antibiothérapies, de chutes et d'escarres.

**Matériel et Méthode :** Une étude qualitative observationnelle monocentrique, avant versus après formation du personnel soignant a été menée au sein de l'EHPAD Van Eeghem à Dunkerque. Le recueil d'informations a été collecté par lecture des dossiers médicaux informatisés de Janvier 2017 à Juin 2018.

**Résultats :** Il n'y a pas de différence statistiquement significative sur la prévalence de la dénutrition globale entre 2017 et 2018 ( $p=0.69$ ). La prévalence de la dénutrition sévère s'est atténuée de façon significative entre l'hiver 2017 et l'hiver 2018 ( $p=0.01$ ). La concentration d'albumine moyenne a augmenté significativement de 31.9 d/dl en Janvier 2017, à 34.6 d/dl en Juin 2018 ( $p=0.024$ ). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux périodes sur le taux d'hospitalisations, d'infections, d'antibiothérapies, de chutes et d'escarres.

**Conclusion :** Une prise en soin nutritionnelle plus adaptée et plus humaine portant sur le concept holistique, en EHPAD, a permis d'atténuer la sévérité du taux de dénutrition. Elle n'a cependant pas eu d'impact positif sur la prévalence des événements supposés en lien. Une étude qualitative pourrait être menée auprès des soignants mais aussi auprès des résidents communicants pour savoir si cette formation leur apporte un bien être professionnel ou une meilleure qualité de vie.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur François PUISIEUX

**Asseseurs :** Monsieur le Professeur David SEGUY

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Madame le Docteur Catherine GIRES

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Didier DEWEERDT