RECUEIL D'ACTIONS POUR

L'AMÉLIORATION DE L'ALIMENTATION

EN ÉTABLISSEMENTS HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
DE L'AGROALIMENTAIRE
ET DE LA FORÊT

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Bien manger c'est l'affaire de tous!
Programme National pour l'Alimentation
alimentation.gouv.fr

Avant-Propos

Le temps des repas constitue un moment privilégié et essentiel de plaisir, de sociabilité et de convivialité ; en particulier pour les personnes âgées fragiles résidant en établissements d'hébergement. Ainsi, notre alimentation répond non seulement à des besoins physiologiques, mais revêt aussi une grande importance en apportant à notre corps un plaisir essentiel à notre bien-être et à notre santé. C'est pourquoi le programme national pour l'alimentation (PNA), qui décline en actions concrètes la politique publique de l'alimentation, a souhaité aborder l'alimentation dans toutes ses dimensions et a voulu mobiliser tous les acteurs de la chaîne alimentaire afin notamment d'encourager la conservation de la qualité et l'amélioration des moments de prise des repas au sein des structures hébergeant des personnes âgées.

Améliorer l'environnement des repas autant que les repas eux-mêmes, c'est participer au bien-être de nos aînés les plus fragiles, c'est améliorer leur statut nutritionnel et ainsi retarder leur perte d'autonomie, c'est aussi et surtout stimuler et rendre le plaisir de manger et le plaisir de vivre. Cette démarche concerne l'ensemble des acteurs des établissements accueillant des seniors et n'est pas réservée à quelques-uns : elle doit être une composante à part entière du projet d'établissement, en mettant les besoins et attentes des résidents au cœur de la réflexion. Pour être efficace et avoir du sens, elle doit être collective et collaborative en mobilisant professionnels de santé, professionnels de restauration et administratifs car, comme le dit le logo du PNA, « bien manger, c'est l'affaire de tous ! ».

Le parti pris de ce recueil est de partir des pratiques existantes, sans ambition d'exhaustivité, pour mettre en avant les actions exemplaires favorisant le bien-être des résidents. Il s'agit ainsi non seulement de valoriser le travail déjà réalisé par certains, mais aussi d'encourager la mise en place de ces pratiques par le plus grand nombre grâce à une approche pratique et didactique. Toutefois, il n'y a pas de « recette magique » : les indications énoncées dans les fiches pratiques correspondent à une approche idéale et peuvent ne pas être adaptées, en l'état, à votre établissement. Aussi doivent-elles être considérées avec recul, comme des exemples servant de point de départ à une réflexion pluridisciplinaire, afin de les adapter à vos spécificités, votre organisation et vos moyens financiers.

> « La capacité à prendre du plaisir reste intacte, c'est le plaisir pris au repas qui chute dès lors qu'il est considéré comme subi. Même si la qualité organoleptique est au rendez-vous ! Cela peut venir du manque de choix du menu, du fait que le repas est préparé par autrui... Dans les deux cas, cela revient à une rupture pour la personne âgée. »
>
> *Isabelle Maître, enseignant-chercheur à l'ESA d'Angers, membre du projet collectif Aupalesens*

> « Les établissements doivent surtout se questionner, en équipe, pour trouver les solutions les plus adaptées au cas par cas, car il n'y a pas de solution miracle. Tout va dépendre du contexte et de la typologie des résidents. Une solution qui marche à un endroit peut ne pas du tout fonctionner ailleurs ! »
>
> *Dominique Samson, consultant et formateur à l'Institut Meslay, Montaigu*

Remarque
Si ce recueil s'adresse plus particulièrement aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et aux unités de soins de longue durée (USLD), il reste potentiellement utile, par extension, à toute structure ou service hébergeant des personnes âgées à moyen terme, notamment les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les services de soins palliatifs.

Remerciements

Ce recueil est le fruit de nombreux entretiens et de l'étude de documents et d'outils pratiques (mentionnés dans les ressources complémentaires), dont nous avons parfois repris des contenus, en accord avec leurs auteurs. Nous remercions les professionnels qui ont accepté, généreusement, de partager leurs expériences et recherches, pour vous accompagner dans votre démarche. Nous tenons également à féliciter toutes les équipes qui ont participé aux réflexions et aux mises en œuvres opérationnelles des projets évoqués ; sans eux, rien n'aurait été possible.

Établissements

Centre hospitalier de Blois	Patrick Friocourt, gériatre, et Louisette Monier, diététicienne. www.ch-blois.fr
Centre hospitalier de Chambéry	Éric de Bigault, responsable de la restauration. www.ch-chambery.fr
Centre hospitalier du Havre	Isabelle Freygères, diététicienne. www.ch-havre.fr
Centre hospitalier Le Mans	Didier Girard, ingénieur hospitalier. www.ch-lemans.fr
Centre hospitalier de Lisieux	Catherine Bitker, directrice de l'Institut de formation en soins infirmiers et aides-soignants (IFSI-IFAS). www.ch-lisieux.fr
Centre hospitalier de Montmorillon	Laurence Debord, diététicienne et vice-présidente du CLAN. www.ch-montmorillon.fr
Centre hospitalier régional universitaire de Lille	Isabelle Parmentier, diététicienne. www.chru-lille.fr
Centre hospitalier de santé mentale Henri Ey (Bonneval)	Patrick Josien, responsable de la restauration. www.ch-henriey.fr
Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand	Bruno Lesourd, gériatre nutritionniste. www.chu-clermontferrand.fr
Centre hospitalier universitaire de Nice	Stéphane Schneider, gastro-entérologue et hépatologiste. www.chu-nice.fr
Centre hospitalier universitaire de Toulouse	Anne Ghisolfi, gériatre. www.chu-toulouse.fr
Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle André Lalande (Noth)	Michel Bugeon, médecin et président du CLAN. www.fces.fr/noth
Clinique Saint-Yves (Rennes)	Pierre Ertzscheid, responsable hôtelier. www.clinique-styves.fr
EHPAD de Châteauneuf-la-Forêt	Jean-Michel Bouyat puis Cyril Chevalier, directeurs successifs de l'établissement, et madame Josette Diop, cadre de santé.
EHPAD Etxetoa (Souraide)	Bruno Brochet, cuisinier. http://www.arespara.fr/les-membres-de-arespara/maison-retraite-pays-basque-arespara/maison-de-retraite-etxetoa-souraide

EHPAD de Guer	Franck Hilton, directeur, Céline Porée-Le Luhern, diététicienne, et Maryline Gicquel, animatrice. www.ehpad-guer.com
EHPAD La Pommeraie (Périgny)	Vincent Larmet, directeur. www.perigny.fr/foyer
EHPAD Le Clos du Moulin (La Chapelle-Basse-Mer)	Martine Perron, consultante extérieure (association Éthique et Gérontologie), et Xavier Chauliac, chef cuisinier.
EHPAD Les Fontaines de Lutterbach (Lutterbach)	Édith Werrn, directrice. www.lesfontaines-lutterbach.com
EHPAD Le Foyer Paul Jordana (Aigues-Vives)	Cyril Meyer, responsable de restauration, avec l'accord et la participation de son supérieur, Alain Madelaine (Direction Régionale PACA de Sodexo).
EHPAD Le Foyer Notre-Dame de Puyraveau (Champdeniers)	Christophe Favrelière, directeur.
EHPAD de Marcillac-la-Croisille	Claire Veyre-Régner, directrice, et Régine Rossi-Lagorce, animatrice bénévole (association Bouton d'Or).
EHPAD Notre Dame des Pins (Saint-Privat-des-Vieux)	Thierry Toupnot, directeur, et Patrice Tichet, responsable restauration.
Groupe de Résidences DomusVi	Christian Florentz, directeur Hôtellerie & Restauration et Achats de moyens généraux. www.domusvi.com
Fédération nationale des maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA)	Jean-Christophe Billou, responsable de la fédération, et Laura Lévêque, chargée de mission. www.marpa.fr
Fondation Bon Sauveur d'Alby (Albi)	Anna Bandini-Bellin, diététicienne, et Jean-Louis Paul, responsable restauration. www.bonsauveuralby.fr
Fondation des caisses d'épargne pour la solidarité	Bruno Favier, gériatre. www.fces.fr
Le Domaine de la Cadène (Toulouse)	Gérard de Bataille, médecin et directeur, et Sébastien Garros, responsable de la restauration. www.domainedelacadene.fr
Hôpital Charles Richet (Villiers-le-Bel)	Carol Szekely, chef du pôle Gériatrie. http://hupnvs.aphp.fr/Hopital-Charles-Richet.html
Hôpital Émile Roux (Limeil-Brévannes)	Christian Aussel, biologiste, Olivier Bouillanne, gérontologue, et Patrick Loye, responsable de la restauration. www.aphp.fr/hopital/emile-roux
Hôpital local de Lunel	Frédérique Chevron, diététicienne, et David Cervilla, responsable de restauration.
Hôpital local intercommunal 3H Santé (Cirey-sur-Vezouze)	Pauline Calque, diététicienne, et François Gentès, responsable de la restauration.
Hôpital Vaugirard-Gabriel Pallez (Paris)	Martine Noah, diététicienne et responsable de la restauration (maintenant en poste à l'hôpital Corentin-Celton). www.aphp.fr/hopital/vaugirard-gabriel-pallez

MARPA Arc-en-ciel (Saint Mesmin)	Marie-Dominique Ferret, responsable de la MARPA. http://www.marpa.fr/
Réseau des établissements gérontologiques des Hautes-Vosges (REGEHVO)	Nathalie Bourdaire, pilote du groupe « Diététique de la personne âgée » et diététicienne au centre hospitalier de Remiremont, et Luc Livet, directeur de l'EHPAD du Val d'Ajol et secrétaire du REGEHVO.
Réseau gérontologique inter établissements et services du Val d'Oise (REGIES-95)	Françoise Lorentz, coordonnatrice du réseau. www.regies95.com
Résidence Aramons (Marsillargues)	Françoise Bravo, directrice. www.aramons.com

Associations professionnelles, programmes nationaux, organismes de recherche et de conseil

Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)	Pascal Champvert, président. www.ad-pa.fr
Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN)	Isabelle Parmentier, présidente. www.afdn.org
Centre Culinaire Contemporain	Marie-Loïc Garin, conseillère Ingénierie et innovation culinaires.
Comité de coordination des collectivités (CCC France)	Marie-Cécile Rollin, déléguée nationale. www.ccc-france.fr
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)	Bénédicte Roch-Durand, conseiller Santé-Social Personnes Âgées, secteur Social et Médico-Social. www.fehap.fr
Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA)	Françoise Toursière, directrice. www.fnadepa.com
Gérontopôle des Pays de la Loire	Christine Merjagnan-Vilcoq, directrice.
Institut de Formation Meslay (Montaigu)	Dominique Samson, consultant et formateur. www.meslay.org
Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	Monique Ferry, gériatre et nutritionniste. www.inserm.fr
Institut Pasteur de Lille	Béatrice Dalle, consultante et formatrice. www.pasteur-lille.fr
Pôle de gérontologie interrégional Bourgogne Franche-Comté	Vanessa Bailly, directrice. www.pole-gerontologie.com
Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) / Programme MobiQual	Geneviève Ruault, déléguée générale de la SFGG et responsable du programme MobiQual. www.sfgg.fr - www.mobiqual.fr

Programme Aupalesens	Isabelle Maître, enseignant-chercheur à l'École supérieure d'agriculture d'Angers. www2.dijon.inra.fr/aupalesens/index.php
Société francophone Nutrition clinique et Métabolisme (SFNEP)	Agathe Raynaud-Simon, gériatre et nutritionniste. www.sfnep.org
Syndicat national de la restauration collective (SNRC)	Carole Galissant, diététicienne nutritionniste, membre de la commission Nutrition du SNRC. www.snrc.fr
Union des ingénieurs hospitaliers en restauration (UDIHR)	Didier Girard, président. www.udihr.fr
Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)	Alain Villez, conseiller technique Personnes âgées. www.uniopss.asso.fr

Comité d'experts

Luc Cynober (co-président du comité)	Professeur de nutrition, directeur du département de biologie expérimentale métabolique et clinique (BEMC) de l'université Paris Descartes, chef du service de biochimie des hôpitaux Cochin et Hôtel-Dieu (APHP).
Yves Rolland (co-président du comité)	Gériatre au centre hospitalier universitaire de Toulouse.
Jean-Pierre Corbeau	Professeur de sociologie de la consommation et de l'alimentation à l'université François Rabelais de Tours.
Nathalie Maubourguet	Présidente de la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs d'EHPAD (FFAMCO-EHPAD).
Marie-Pierre Hervy	Responsable de projet secteur Personnes âgées à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).
Didier Girard	Ingénieur hospitalier au centre hospitalier Le Mans et président de l'UDIHR.
Sylvain Denis	Vice-président du Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA).
Patrick Josien	Responsable de la restauration du centre hospitalier de santé mentale Henri Ey (Bonneval) et référent restauration hospitalière du Comité de coordination des collectivités (CCC France).
Alain Villez	Conseiller technique Personnes âgées à l'UNIOPSS.
Isabelle Parmentier	Diététicienne au centre hospitalier régional universitaire de Lille.

Liste des abréviations

AD-PA : association des directeurs au service des personnes âgées

AFDN : association française des diététiciens nutritionnistes

AMP : aide médico-psychologique

ANAP : agence nationale d'appui à la performance

ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ARS : agence régionale de santé

AS : aide-soignant(e)

ASG : assistant(e) de soins en gérontologie

ASH : agent des services hospitaliers

AVC : accident vasculaire cérébral

BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive

CCAS : centre communal d'action sociale

CCC : comité de coordination des collectivités

CCTP : cahier de clauses techniques particulières

CLAN : comité de liaison en alimentation et nutrition

CNA : conseil national de l'alimentation

CNO : compléments nutritionnels oraux

CNRPA : comité national des retraités et personnes âgées

CRITT : centre régional d'innovation et de transfert de technologies

CRP : protéine C-réactive

DDPP : direction départementale de la protection des populations

DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge

DMS : durée moyenne d'hospitalisation

EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FEHAP : fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

FFAMCO-EHPAD : fédération française des associations de médecins coordonnateurs d'EHPAD

FNADEPA : fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées

FN MARPA : fédération nationale des maisons d'accueil rurales pour personnes âgées

GEMRCN : groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition

GNRI : indice de risque nutritionnel gériatrique

HACCP : *hazard analysis critical control point*

IDE : infirmier / infirmière diplômé(e) d'État

IMC : indice de masse corporelle

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

LINUT : réseau Limousin nutrition

MARPA : maison d'accueil rurale pour personnes âgées

ORL : otorhinolaryngologie

PNA : programme national pour l'alimentation

PNNS : programme national nutrition santé

REGEHVO : réseau des établissements gérontologiques des Hautes-Vosges

SFGG : société française de gériatrie et gérontologie

SFNEP : société francophone nutrition clinique et métabolisme

SNRC : syndicat national de la restauration collective

SSR : service de soins de suite et de réadaptation

UDIHR : union des ingénieurs hospitaliers en restauration

UFSBD : union française pour la santé bucco-dentaire

UNIOPSS : union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

USLD : unité de soins de longue durée

Comment utiliser ce recueil ?

Cet ouvrage se divise en quatre grandes parties :

- **des pré-requis**, qui reprennent les principaux facteurs de réussite de tout projet d'amélioration continue de l'alimentation dans votre établissement ;
- **des fiches pratiques**, classées par thème, avec pour chacune un objectif opérationnel et des indications générales de mise en pratique ;
- **une boîte à outils** contenant principalement des exemples et modèles de documents que vous pourrez personnaliser selon vos besoins et les caractéristiques propres à votre établissement ;
- **des ressources complémentaires** (ouvrages de références, guides, ressources multimédias), gratuites ou payantes.

Vous trouverez tout au long de ce recueil :

des témoignages ;

des encarts « Attention », correspondant aux points de vigilance et mises en garde particulières ;

des encarts *Idée Plus*, qui présentent des extensions possibles de l'action présentée, si vous désirez aller encore plus loin dans la démarche.

des encarts *Le saviez-vous ?* ;

des repères chiffrés ;

des astuces pratiques ;

des renvois vers les outils de la boîte à outils ;

dans les fiches pratiques, une partie *Pour vous aider*, qui vous oriente vers des ressources complémentaires particulièrement utiles pour mettre en place la pratique considérée. Les références précises de ces outils et ouvrages sont regroupées dans un chapitre dédié, à la fin de ce recueil.

Remarque : terminologie
Pour désigner les personnes âgées hébergées, nous avons retenu le terme de « résident » tout au long de l'ouvrage, même dans les contextes médicaux. En focalisant le discours sur la personne dans son ensemble, plus que sur ses handicaps, le terme de « résident » contribue à resituer la personne âgée au cœur de la réflexion.

Sommaire

PRÉ-REQUIS • Considérations transversales pour la réussite de vos projets

1. Les ressources humaines 11
2. Les ressources matérielles 14
3. Les ressources budgétaires 14
4. Un travail en réseau 16
5. Un contrôle des prestations 19
6. Une gestion de projet rigoureuse 21

FICHES PRATIQUES – THÈME 1 • Les actions impliquant les résidents

FICHE 1 • Constituer des fiches individuelles 27
FICHE 2 • Observer et dialoguer au quotidien 29
FICHE 3 • Les résidents fournissent certains ingrédients 31
FICHE 4 • Les résidents participent à la préparation des repas 35
FICHE 5 • Les résidents participent au service 41
FICHE 6 • Informer les résidents 43
FICHE 7 • Recueillir les avis et suggestions des résidents 45
FICHE 8 • Créer du lien avec les résidents 49

FICHES PRATIQUES – THÈME 2 • Les actions sur l'environnement du repas

FICHE 9 • Aménager la (les) salle(s) à manger 53
FICHE 10 • Créer une ambiance propice au repas 55
FICHE 11 • Aménager des espaces « détente » 57
FICHE 12 • Le dressage des tables et des plateaux 59
FICHE 13 • L'assemblage et la présentation des plats 63
FICHE 14 • Favoriser les échanges entre les résidents 65
FICHE 15 • Ouvrir l'établissement sur l'extérieur 69
FICHE 16 • Casser la routine 71
FICHE 17 • Assurer de bonnes conditions de repas 73
FICHE 18 • Optimiser les horaires des repas 77
FICHE 19 • Fractionner les apports alimentaires 81
FICHE 20 • Favoriser une activité physique quotidienne 85
FICHE 21 • Proposer des activités ludiques 87
FICHE 22 • Inciter les résidents à s'hydrater 91

FICHES PRATIQUES – THÈME 3 • Les actions sur le contenu du repas

FICHE 23 • Assouplir, voire supprimer les régimes 97
FICHE 24 • Mettre en place une commission des menus 99
FICHE 25 • Composer des menus variés, équilibrés et adaptés 101
FICHE 26 • Composer des menus ayant un sens pour les résidents 105
FICHE 27 • Bien choisir ses matières premières 107
FICHE 28 • Maîtriser La préparation des plats 109
FICHE 29 • Déguster les plats en sortie de production 111
FICHE 30 • Des repas qualité 113

FICHE 31 • Proposer des alternatives pour tous les composants 115
FICHE 32 • Personnaliser les repas 119
FICHE 33 • Ajuster les quantités servies 121
FICHE 34 • Prévention et diagnostic de la dénutrition 123
FICHE 35 • Adapter l'apport aux besoins nutritionnels des résidents 127
FICHE 36 • L'enrichissement des plats 131
FICHE 37 • Les compléments nutritionnels oraux (CNO) 137
FICHE 38 • Une option à étudier : Le régime protéique pulsé 139

FICHES PRATIQUES – THÈME 4 • Les actions spécifiques, liées aux capacités des résidents

FICHE 39 • Les troubles visuels 143
FICHE 40 • Les troubles moteurs 145
FICHE 41 • Les troubles cognitifs & symptômes psycho-comportementaux 147
FICHE 42 • Les troubles de la déglutition 153
FICHE 43 • Les résidents en fin de vie 159

POUR VOUS AIDER • Les ressources complémentaires

Outils informatiques gratuits 164
Autres ressources gratuites 164
Ressources payantes 167

POUR VOUS AIDER • Boîte à outils

OUTIL 1 • Les conséquences médico-économiques de la dénutrition 171
OUTIL 2 • Fiche de poste *Aide hôtelier(e)* 173
OUTIL 3 • Tableau de bord du gestionnaire 175
OUTIL 4 • Fiche de test de produits alimentaires 177
OUTIL 5 • Fiche technique pour la préparation des plats 179
OUTIL 6 • Procédure qualité – Les indicateurs de suivi 181
OUTIL 7 • Questionnaire de satisfaction de l'équipe projet 183
OUTIL 8 • Questionnaire *Goûts et réticences alimentaires* 185
OUTIL 9 • Fiche individuelle 187
OUTIL 10 • Questionnaire de satisfaction 189
OUTIL 11 • Échelle d'évaluation de la douleur chez les résidents Alzheimer 193
OUTIL 12 • Évaluation des portions alimentaires 195
OUTIL 13 • Courbe de poids 199
OUTIL 14 • Grille de surveillance alimentaire 201
OUTIL 15 • Test MNA (*Mini nutritional assessment*) 203
OUTIL 16 • Recettes de plats enrichis 205
OUTIL 17 • Exemples de menus pour le régime protéique pulsé 207
OUTIL 18 • Exemples de menus transposés en texture mixée et manger-mains 209
OUTIL 19 • Échelle de Blandford 211

PRÉ-REQUIS

Considérations transversales pour la réussite de vos projets

Sommaire

1. Les ressources humaines 11
2. Les ressources matérielles 14
3. Les ressources budgétaires 14
4. Un travail en réseau 16
5. Un contrôle des prestations 19
6. Une gestion de projet rigoureuse 21

1. Les ressources humaines

« Il ne faut pas forcément beaucoup de moyens matériels pour faire du repas un moment agréable, c'est aussi une question d'attentions, de qualités humaines. Il faut considérer les résidents comme des personnes, des clients, et non pas comme des personnes âgées, des malades, des personnes dépendantes ! Tout découle de la façon dont on considère les choses. »

Dominique Samson, consultant et formateur à l'Institut Meslay, Montaigu

➡ **La prise en charge des personnes âgées demande des compétences, savoir-faire et savoir-être spécifiques.**

- Proposez régulièrement des formations ciblées et encouragez les initiatives à ce niveau. Par exemple :
  - ◊ Pour le personnel de soin, des formations sur l'aide au repas, au dépistage de la dénutrition, au projet d'accompagnement individualisé…
  - ◊ Pour le personnel de cuisine, des formations sur les techniques de cuisine à texture modifiée, sur la cuisson basse température, sur les techniques de présentation des aliments, sur la nutrition des personnes âgées…
  - ◊ Pour le personnel de service, des formations sur le service hôtelier, sur la nutrition des personnes âgées…

ATTENTION

Une attention particulière doit être accordée à ce personnel, souvent moins qualifié, dans le souci de valorisation de leur action.

- Ne sous-estimez pas les compétences nécessaires pour certaines tâches. Par exemple :
  - ◊ La décision de passage aux textures modifiées doit être confiée à un médecin ou à un diététicien et non aux infirmiers (IDE) et aides-soignants (AS). Ces derniers, de par leur position d'observateurs au quotidien, auront toutefois un rôle informatif et consultatif important.
  - ◊ L'aide au repas doit être confiée à du personnel de soin (IDE, AS, assistants de soins en gérontologie – ASG – ou aides médico-psychologiques – AMP), en particulier dans les cas de maladie d'Alzheimer et de troubles de la déglutition.

« Nourrir une population très âgée et fragilisée exige des savoir-faire, des savoir-être et des compétences particulières. La restauration en EHPAD évolue sensiblement vers des démarches de nutrition individualisées qui doivent tenir compte tant des besoins, des goûts, des désirs des personnes que des handicaps qui favorisent une mauvaise nutrition. Et quels que soient les menus proposés, la notion de plaisir doit guider les pratiques et les comportements. »

Martine Perron, ancienne directrice d'EHPAD, consultante de l'association Éthique et Gérontologie, notamment au sein de l'EHPAD Le Clos du Moulin, La Chapelle-Basse-Mer

Si votre établissement ne peut recruter pour certaines fonctions (ergothérapeute, orthophoniste, diététicien…), ne déléguez pas les tâches à du personnel moins qualifié. En revanche, vous pouvez envisager :

- ➡ De mutualiser vos moyens avec d'autres établissements, notamment grâce aux contrats en temps partagé ;
- ➡ De demander des consultations ponctuelles par un professionnel indépendant ;
- ➡ D'envoyer les résidents en consultation dans un établissement partenaire.

➡ **La motivation de tous les personnels est un facteur crucial, en particulier :**

- Au niveau de la direction de l'établissement, qui doit :
  - ◊ Inclure l'amélioration de la restauration et de l'hôtellerie dans le projet d'établissement,
  - ◊ Donner les moyens techniques, financiers et de formation aux membres du personnel pour qu'ils puissent conduire les projets d'amélioration,
  - ◊ Valoriser et encourager les initiatives du personnel.
- Au niveau des chefs de projets, qui doivent :
  - ◊ Sensibiliser et fédérer l'équipe projet ;
  - ◊ Insuffler une dynamique au groupe ;
  - ◊ Valoriser et encourager les initiatives ;
  - ◊ Gérer le projet sur le long terme.

“ Il est essentiel de motiver les équipes, le repas doit être valorisé. Il y a souvent un problème de surcharge de travail dans la matinée ; le repas arrive après les toilettes et les soins, l'organisation du travail ne permet pas toujours de faire de ce repas un vrai moment de convivialité et de mobiliser toutes les personnes présentes autour des personnes âgées. Le repas doit être intégré dans chaque projet de vie et chaque résident doit être pris en charge avec ses particularités relevant de son histoire personnelle. ”

Isabelle Parmentier, diététicienne, centre hospitalier régional universitaire de Lille

➡ **La motivation peut être obtenue avec différents leviers :**

- Lorsque vous initiez un projet, sensibilisez vos équipes en leur expliquant les fondements de votre action, vos objectifs, le bénéfice attendu pour les résidents et, si possible, le bénéfice qu'eux-mêmes pourront en tirer.
- Impliquez le personnel, quelle que soit la catégorie professionnelle et la qualification, dans les phases d'audit et de réflexion (management participatif).

“

J'ai demandé aux cuisiniers de monter dans le service pour une étude des restes ; ils ont pu constater par eux-même que le niveau de consommation était extrêmement faible. Le fait de mobiliser les cuisiniers a permis de leur faire prendre conscience de la réalité, les a sensibilisés et motivés pour la suite. (...) Il faut faire des adaptations car chaque établissement a ses spécificités. Il n'y a pas de solution toute faite ou miracle ! En plus, cette phase de réflexion / adaptation permet d'impliquer et motiver les équipes. Le plus important est d'aller sur le terrain, car cela crée des prises de conscience, des liens avec les résidents et donc une motivation durable. ”

Martine Noah, responsable de la restauration au CHU Vaugirard – Gabriel-Pallez, Paris, à l'époque du projet

- Reconnaissez la qualité du travail et des progrès effectués, aux niveaux collectif et/ou individuel, lors des réunions et des phases d'accompagnement et de suivi du projet.

- Utilisez des arguments qui auront du sens pour la personne. Par exemple :
  - ◊ Pour motiver les équipes de soin, faites valoir que l'alimentation est un soin en soi, et faites le lien entre leurs initiatives liées à l'alimentation et les retombées médicales directes et indirectes : « Grâce à vos actions, ce(s) résident(s) a (ont) repris du poids / nous n'avons plus d'escarres / etc. ».
  - ◊ Pour motiver la direction financière, utilisez des arguments liés aux achats : « Grâce à cette initiative, nous ne commanderons quasiment plus de ce produit (ou médicament) soit un gain estimé à xxx €, qui pourront être réinvestis dans la formation du personnel. ».

OUTIL 1 : Les conséquences médico-économiques de la dénutrition

- ◊ Pour motiver les équipes de cuisine, insistez sur le plaisir que les résidents ont eu à manger le plat, sur le sourire retrouvé de telle personne…

La satisfaction des résidents est très valorisante pour les équipes.

- Communiquez en interne et en externe :
  - ◊ Mentionnez l'initiative dans le journal interne, et publiez régulièrement les résultats et retombées.
  - ◊ Apposez, dans le hall de l'établissement, des affiches de synthèse du projet et de ses résultats.
  - ◊ Sollicitez des publications dans la presse locale…

Pour valoriser vos cuisiniers et leur apporter une reconnaissance professionnelle, incitez-les à participer à des rencontres-défis sur le modèle des Olympiades des plats mixés, organisés tous les ans par le réseau gérontologique inter-établissements et services du Val d'Oise (CLAN Régies 95).

➡ **Les équipes doivent pouvoir remplir leurs fonctions dans de bonnes conditions :**

- Allouez des effectifs suffisants, si besoin en réorganisant les plannings et en optimisant les tâches.
- Adaptez les fiches de poste, en créant si nécessaire de nouvelles fonctions.

La création d'une fonction spécifique « Aide hôtelier(e) » permet de créer une véritable interface entre les différentes équipes liées à la fonction restauration (maintenance, lingerie, cuisine, diététicienne, etc.) et conduit à une amélioration notable de la prestation. Pour de plus amples informations sur cette nouvelle fonction et sur les formations correspondantes, vous pouvez contacter Didier Girard, ingénieur hospitalier au centre hospitalier Le Mans et président de l'UDIHR, à l'adresse dgirard@ch-lemans.fr.

OUTIL 2 : Fiche de poste « Assistant hôtelier »

- Soulagez vos équipes, en faisant appel :
  - ◊ À des stagiaires, notamment ceux des écoles hôtelières de votre département.
  - ◊ À des bénévoles d'associations locales, notamment pour les animations.

- **Encouragez la réflexion pluridisciplinaire et la cohésion des équipes,** par la création de groupes de travail, de comités de liaison en alimentation et nutrition (CLAN), de commissions…

  - Cela permet de créer du lien entre les acteurs (entre professionnels, mais aussi avec les résidents et leurs proches).
  - La prise en charge nutritionnelle d'un résident, elle aussi, dépasse le cadre de la restauration. Seule une mise en commun d'observations objectives, analysées sous des angles variés, permet de concilier de manière réaliste les considérations médicales et les contraintes logistiques, conduisant à des solutions réellement pertinentes.
  - La qualité de l'alimentation est le fruit d'un travail collectif, où chacun sait que son rôle est essentiel. Par exemple, si le cuisinier s'est intéressé à être formé, qu'il réussit une texture modifiée « bien sous tous rapports » et qu'elle est servie froide au résident, ou par un soignant grincheux et/ou pressé, voire en compagnie d'un voisin de table désagréable… Quel bénéfice en attendre ?

2. Les ressources matérielles

- **La vétusté ou le manque de performance de certains locaux et équipements peut constituer un frein important pour certains projets** (matériel inadapté rendant la pratique impossible, perte de temps pour le personnel, déperdition de qualité des plats). N'hésitez pas à investir dans des rénovations de matériel et dans l'aménagement des locaux si nécessaire. Par exemple :
  - Pour améliorer la qualité d'une liaison froide, équipez-vous de chariots de réchauffement doux, plus respectueux de la qualité organoleptique des plats.
  - Pour gérer une production « maison » des textures modifiées, équipez-vous d'un mixeur spécifique et performant, qui permettra de limiter les risques bactériologiques et de traiter une plus grande variété d'aliments.
  - Pour prévenir la dénutrition, équipez-vous de pèse-personnes adaptés aux personnes âgées, permettant de les peser mensuellement quel que soit leur état de santé (personnes alitées, en fauteuil roulant…).
- **Le matériel et les locaux doivent être entretenus correctement :** établissez des plans de nettoyage et de maintenance.

3. Les ressources budgétaires

- **Attribuez un véritable budget à la restauration :** si les meilleurs établissements ne sont pas forcément ceux qui ont le plus de moyens, mener une politique trop restrictive est contre-productive (coûts indirects de santé, frustration des professionnels concernés, retentissement sur le bien-être des résidents…).

Dans son rapport de décembre 2005, le Conseil national de l'alimentation (CNA) estime que, pour garantir une qualité minimale, le budget consacré à l'achat des denrées ne devrait pas être inférieur à 3,5 € HT par jour et par résident (tarifs 2005), soit environ 4 € HT par jour et par résident aux tarifs de 2013. Ce tarif « de base » est à considérer hors enrichissements.

➡ **Pour maîtriser les coûts, vous pouvez notamment utiliser les leviers suivants :**

- Utilisez des logiciels pour optimiser la prise de commande des repas, les achats, la facturation, la gestion des stocks…
- Définissez vos besoins ; en particulier, établissez des cahiers de clauses techniques particulières (CCTP) pour les achats.
- Définissez des plans alimentaires (cycles été / hiver).
- Fixez des coûts de référence des repas et d'une journée alimentaire.
- Créez un tableau de bord de suivi mensuel des coûts (prix de revient des plats).

OUTIL 3 : Tableau de bord du gestionnaire

« Du fait de la réglementation, nos budgets sont étanches ; il n'y a donc pas de reports possibles pour augmenter le budget dédié aux repas. Mais nous avons retravaillé sur les grammages et la qualité, et en faisant du « maison » au maximum nous avons réussi à ajuster sans dépasser le budget. Il y a aussi des astuces… Le fait de fabriquer les compléments nutritionnels impacte sur le budget hébergement/alimentation et permet des économies sur le budget soins. Ces crédits peuvent alors être dédiés à d'autres dépenses telles que les formations… »

Claire Veyre-Régner, directrice, EHPAD de Marcillac-la-Croisille

« L'excuse du budget est souvent la marque d'une résistance au changement. En réalité, c'est un faux problème en centre hospitalier car cela ne concerne qu'une partie des patients. Nous gérons deux types de malades : des résidents et des patients en MCO. Nous pouvons donc lisser notre gestion budgétaire sur l'ensemble des prestations de l'établissement. Les organisations peuvent également être mieux maîtrisées entre un bon équilibre des achats alimentaires et les investissements de matériels. La concertation pluridisciplinaire des professionnels peut permettre un bon équilibre entre un compte d'achat alimentaire, de matériel de restauration et d'hôtellerie et un compte d'investissement.

Didier Girard, ingénieur hospitalier au centre hospitalier Le Mans et président de l'UDIHR

« Les menus enrichis, qui nous permettent de réduire le budget CNO, sont plus coûteux et dépendent d'un budget différent, sans transfert possible. Mais cela ne concerne que 200 repas sur les 2 500 que nous produisons au total. Nous avons réussi à équilibrer en optimisant les menus des autres services. »

Anna Bandini-Bellin, diététicienne, Fondation Bon Sauveur d'Alby, Albi

« En 3 ans, nous sommes passés de 50 % de résidents dénutris à 15 % environ, correspondant à des cas difficiles à traiter. C'est gratifiant pour toute l'équipe. Il y a un coût supplémentaire, mais c'est compensé par la diminution du budget soins : nous achetons beaucoup moins de CNO, dont les 3/4 n'étaient pas consommés, et il y a une diminution significative des prescriptions de médicaments. Par exemple, l'amélioration du transit qui en découle permet de diminuer les prescriptions de laxatifs, l'amélioration du sommeil permet de diminuer l'administration des somnifères, et on observe une baisse très nette du nombre de chutes. »

Christophe Favrelière, EHPAD Le Foyer Notre-Dame de Puyraveau

➡ **Vous pouvez également compléter votre budget avec des aides et subventions**

Exemple pratique
Exemple du projet d'atelier « Confitures », organisé par l'EHPAD de Marcillac-la-Croisille : ce projet très complet est soutenu par l'association Bouton d'Or. Régine Rossi-Lagorce, cuisinière bénévole, anime la production des confitures par les résidents, dont une partie est vendue tous les ans au cours d'une « Journée Confitures », organisée elle aussi par des bénévoles. Ces ateliers ont en outre conduit à l'édition de livres de recettes.

« Très clairement, rien ne serait possible sans l'engagement de l'association, mais nous nous appuyons aussi beaucoup sur les subventions. Pour commencer, tous les ans, nous demandons une subvention à notre commune, mais aussi aux communes d'origine des résidents, car nous estimons que nous leur rendons un service, en quelque sorte. Nous avons également obtenu quelques subventions du département à la parution du premier livre de recettes ; pour le second livre, le département nous a soutenus en achetant un stock de 50 exemplaires. Nous percevons en outre un pourcentage sur la vente des livres. Quelques subventions ponctuelles nous sont allouées par des organismes tels que la caisse locale du Crédit Agricole. Enfin, nous levons des fonds grâce à des événements organisés par l'association : kermesses, vides-greniers, tombolas, concours de belote, vente des confitures... Ces différents apports financiers nous permettent d'améliorer les conditions de vie des résidents. Tout d'abord, ces fonds nous permettent de financer les frais des ateliers, qui se limitent au sucre, aux étiquettes et à l'électricité, puisque les pots et les fruits nous sont donnés par les bénévoles, les proches des résidents, et même par le personnel de l'EHPAD. Nous achetons aussi des décors de table, pour les grandes occasions. Enfin, nous pouvons offrir aux résidents des soins à visée socio-esthétique, des produits de coiffure... Tout cela améliore très nettement leur quotidien. »

Claire Veyre-Régner, directrice de l'EHPAD

4. Un travail en réseau

➡ **Vous rapprocher d'autres établissements vous permettra :**

- De prendre du recul et d'échanger des idées : témoignez des bonnes pratiques ayant apporté un gain de qualité, mais parlez aussi de vos échecs !
- De mutualiser les moyens humains et matériels.
- D'obtenir la reconnaissance de vos pairs.
- D'être soutenu et encouragé moralement dans les difficultés rencontrées. Des établissements ayant eu une expérience similaire pourront vous aider à surmonter certains blocages.
- D'élargir vos réflexions, si vous constituez des groupes de travail thématiques et pluridisciplinaires.

ATTENTION

Cette rupture de l'isolement est primordiale pour les petites structures.

- Même les EHPAD peuvent intégrer le CLAN de l'hôpital le plus proche ou le CLAN régional.
- Quel que soit leur statut, plusieurs établissements peuvent également se regrouper pour constituer un réseau et mettre en place un CLAN à part entière, sur le modèle du CLAN du réseau Régies 95.

« Le Chef cuisinier a besoin de sortir de son cadre pour prendre du recul, bénéficier des expériences des autres et échanger. Cela se fait beaucoup dans d'autres secteurs, mais pas encore assez pour les personnes âgées, faute de disponibilité, surtout dans les petits établissements. Le Chef est souvent frileux à l'idée de déléguer la gestion du repas. Il est important à ce niveau que la direction de l'établissement encourage cette démarche et aide le service à s'organiser à ces occasions. »

Marie-Cécile Rollin, déléguée générale, CCC France

Exemple pratique

Exemple du réseau des établissements gérontologiques des Hautes-Vosges (REGEHVO), initié en 2005 et formalisé en 2008. Les actions de ce réseau sont gérées par un groupe de pilotage et plusieurs groupes de travail inter-établissements et interdisciplinaires, dont un groupe « Diététique de la personne âgée » regroupant 5 hôpitaux et 10 EHPAD.

« Le groupe de travail est composé par une équipe pluridisciplinaire de 20 personnes : trois diététiciennes, quatre infirmières, cinq aides soignantes, huit responsables de cuisine. Dix EHPAD sont représentés. Nous organisons sept réunions par an, avec rédaction d'un compte-rendu à l'issue de chacune. Notre méthodologie :

- Choix d'un sujet relatif à la nutrition avec comme priorité « La prise en charge de la dénutrition » ;
- Brainstorming ;
- Formation adaptée au sujet retenu pour uniformiser les connaissances et les pratiques professionnelles ;
- Création d'un outil adaptable à l'ensemble du REGHEVO ;
- Validation des outils par le comité de pilotage et/ou le CLAN du centre hospitalier de Remiremont (3 membres du REGHEVO y participent comme invités permanents) ;
- Diffusion des outils à l'ensemble des EHPAD du REGEHVO ;
- Intervention sur site pour expliquer les outils ;
- Évaluation finale, et choix d'un nouveau thème de travail.

À l'heure actuelle, nous avons déjà réalisé et finalisé :

- Des fiches recettes pour les personnes âgées souffrant de troubles de la déglutition,
- Un livret de stratégie d'intervention nutritionnelle,
- Une fiche d'évaluation, d'intervention et de mise en place d'une stratégie nutritionnelle,
- Une fiche de suivi d'ingestats sur 3 jours,
- Et un livret concernant les dix principaux régimes pratiqués en EHPAD avec les précautions et leurs limites.

Les formations ont étés réalisées par des invités ou des ressources internes au groupe : diététiciennes, médecin diabétologue, médecin gérontologue, délégués médicaux, fournisseurs de matériel ou de produits alimentaires... ”

Nathalie Bourdaire, pilote du groupe et diététicienne au centre hospitalier de Remiremont

Vous pouvez organiser des stages d'échanges et de découverte qui permettront aux agents de découvrir, dans un autre établissement, le fonctionnement de la prestation alimentaire et hôtelière dans une vision globale.

➡ **Faites-vous aider par des associations, qui peuvent vous apporter :**

- Des moyens humains : les bénévoles participent ou prennent en charge l'animation de sorties et d'ateliers (jardinage, cuisine et autres animations liées à l'alimentation).
- Des ressources matérielles telles que des dons de fournitures pour les ateliers (matériel de cuisine, fruits et légumes, matériel de bureau…), de lots pour les concours…
- Des ressources financières, par l'organisation de manifestations à but caritatif comme des concours, kermesses, lotos, tombolas…

Ces manifestations peuvent être organisées au sein de l'établissement, pour animer le quotidien des résidents et favoriser les échanges avec l'extérieur.

➡ **Faites-vous soutenir par des organismes publics, tels que :**

- L'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) ;
- Les agences régionales de santé (ARS) ;
- Les directions départementales de la protection des populations (DDPP) ;
- Les gérontopôles.

➡ **Rapprochez-vous des industriels pour créer des offres alimentaires spécifiques.**

- Les avantages pour votre établissement : les produits obtenus répondent au plus près de vos attentes et des besoins des résidents.
- Les avantages pour la société agro-alimentaire : elle s'inscrit dans un marché en plein essor, et elle peut bénéficier de subventions des organismes publics et de la Région s'il s'agit d'une production locale et/ou de produits régionaux.

Les organismes tels que le Centre régional d'innovation et de transfert de technologies (CRITT), qui connaissent bien le tissu économique local, peuvent faciliter les rapprochements.

Exemple pratique

Partenariat de l'EHPAD La Pommeraie, à Périgny, avec une biscuiterie locale pour adapter la composition de galettes traditionnelles aux besoins des résidents dénutris.

“ C'est moi qui ai donné l'impulsion de départ. J'ai proposé l'idée au CRITT agro-alimentaire Poitou Charentes qui m'a mis en relation avec une biscuiterie locale, familiale, créée il y a plus de 100 ans, qui souhaitait, elle aussi, développer un produit adapté aux personnes âgées.

Nous voulions rester sur un produit local, ayant un lien avec le passé de nos résidents, la galette fourrée moelleuse. La complexité de ce projet, c'est que nous devions tenir compte des besoins médicaux des résidents, mais aussi de l'inappétence croissante des personnes âgées, des troubles de la mastication, de leurs capacités motrices... Il nous fallait donc une galette appétissante, riche en calcium pour lutter contre l'ostéoporose, hyposodée, hyperprotéinée, avec, idéalement, un apport en oméga 3, une texture adaptée, dans un emballage facile à ouvrir. Ce projet a été lancé il y a plus de 2 ans, c'est un processus long qui demande une implication du personnel, beaucoup d'essais, mais cela ne nous a rien coûté, à part une première commande pour effectuer un test à l'échelle de l'établissement. Le produit actuel est encore un peu gros, un peu sec, mais il passe bien quand on le trempe dans une boisson. Globalement, les galettes sont bien consommées et les résidents en redemandent ! Mais nous devons encore travailler la recette pour rendre les galettes plus moelleuses. Nous aimerions aussi nous associer avec le CHU de Poitiers pour conduire une recherche clinique sur les bienfaits de la consommation de ces galettes. ”

Vincent Larmet, directeur de l'EHPAD

Exemple pratique

Partenariat du centre hospitalier de santé mentale Henri Ey, à Bonneval, avec un artisan boulanger local, pour répondre au besoin particulier des résidents édentés qui ne pouvaient ni consommer le pain « normal » ni le pain de mie inclus dans le marché.

“ Afin que ces patients ne soient pas privés de cet élément de repas, j'ai sollicité un fournisseur de pain artisan boulanger, en avril 2010, afin qu'il nous concocte une recette entre le pain de mie et le pain au lait. Nous avons fait plusieurs tests en interne avant de proposer une version relativement satisfaisante aux services de soins demandeurs. Le retour fait par les équipes est globalement positif. Elles le trouvent plus aéré, donc plus facile à mastiquer pour les patients qui ont peu de dents. Le seul bémol aujourd'hui serait le goût, il semble qu'il ait moins de saveur que le pain de mie habituel. La crainte qui persiste toujours est que le morceau se colle au palais ou dans la gorge pour les patients qui sont édentés, ce qui reste d'ailleurs valable avec le pain classique. À la majorité des agents qui ont testé le « pain de mie » fabrication maison, il est adopté pour les patients. Cette prestation particulière est toujours mise en œuvre aujourd'hui. ”

Patrick Josien, responsable de la restauration du centre hospitalier

5. Un contrôle des prestations

➡ **Pour chaque fournisseur de produits et services :**

- Produisez un cahier des charges complet et réfléchi.
  - ◊ Pour vos achats alimentaires :
    - Vous trouverez des exemples de cahiers des charges et de recommandations d'achats sur le site du CCC : www.ccc-france.fr/index.php?rub=29.
    - En parallèle, vous pouvez demander à goûter les produits avant de vous engager.

OUTIL 4 : Fiche de test de produits alimentaires

◊ Pour les prestations de service (cuisine concédée), n'oubliez pas de prendre en compte, dans les critères d'arbitrage :

- Le mode de préparation des repas (sur place ou livrés à partir d'une cuisine centrale, en liaison chaude ou liaison froide…) ;
- Le nombre et les qualifications du personnel mis à la disposition de l'établissement pour le service des repas, voire l'aide au repas ;
- Les modalités et horaires de service des repas ;
- Les modalités de gestion des menus telles que la périodicité du plan alimentaire, variété attendue des menus, la possibilité d'assouplissement des menus proposés par le prestataire, les modalités de validation par l'établissement, etc. ;

ATTENTION

Si les menus sont définis par le prestataire à l'échelle nationale, n'oubliez pas de négocier une certaine souplesse, telle que la possibilité de modifier un plat par semaine, pour pouvoir personnaliser votre offre alimentaire (plats régionaux, menus spéciaux pour les anniversaires, etc.).

- Les modalités de gestion des repas mixés et des régimes ;
- La qualité nutritionnelle et le respect des grammages recommandés, etc.

● Contrôlez régulièrement la qualité de la prestation pour éviter les dérives, et n'hésitez pas à remettre les prestataires en concurrence.

➡ **Optimisez l'organisation du service restauration avec, à la clé, un gain de productivité** (et donc du temps libéré pour la qualité) **et financier** (réduction du gaspillage, optimisation des coûts…). Le Guide de bonnes pratiques *Organisation de la restauration à l'hôpital* pourra vous guider dans cette démarche, que vous interveniez en services hospitaliers ou en EHPAD (voir les ressources complémentaires).

➡ **Traduisez cette organisation sous forme de processus, que vous transcrirez dans un livret à destination des différents services impliqués.**

● Le livret doit être validé par les responsables des différents corps de métiers impliqués :

◊ Achats ;
◊ Soins ;
◊ Restauration ;
◊ Diététique ;
◊ Hygiène.

● Le livret doit notamment aborder les thèmes suivants :

◊ Le fonctionnement de la production ;
◊ La satisfaction des besoins alimentaires des malades ;
◊ La gestion des menus ;
◊ La gestion des commandes alimentaires ;
◊ La prévention du risque infectieux ;
◊ L'organisation du travail ;
◊ L'entretien des locaux et la maintenance des matériels ;
◊ Les consignes incendie des locaux et des matériels hôteliers, les consignes antitabac, etc.

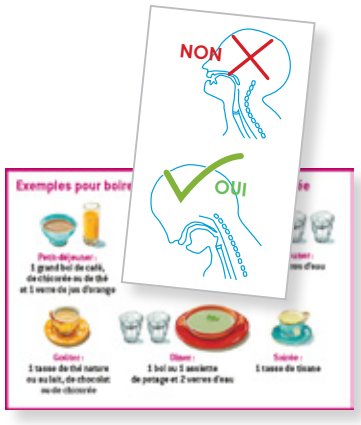
● Un modèle de livret peut vous être adressé sur simple demande à Didier Girard, ingénieur hospitalier au centre hospitalier Le Mans et président de l'UDIHR, à l'adresse dgirard@ch-lemans.fr.

- **Concevez des fiches techniques précises et illustrées pour encadrer la production et le service des plats** (recette détaillée, grammages, consignes de présentation…). Ces fiches permettent d'obtenir :
  - Une reproductibilité dans la qualité des plats,
  - Des gains financiers, par l'optimisation des achats et la réduction des pertes alimentaires,
  - Un gain de temps pour le personnel, qui peut alors affiner l'esthétique des mets.

OUTIL 5 : Fiche technique pour la préparation des plats

- **Concevez des mémos pour les équipes concernées :** les portions moyennes par type de plat, les repères du programme national Nutrition Santé (PNNS) et du groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition (GEMRCN), les modalités de surveillance alimentaire et de gestion de la dénutrition, etc. Ces mémos peuvent se présenter :
  - Sous forme de posters, pour un affichage fixe dans les services ;
  - Sous forme de fiches au format A5 ou pocket, remises aux personnel, pour faciliter une consultation itinérante.

  Vous en trouverez des exemples au fil des pages suivantes.



- **Conduisez des analyses de qualité et de suivi sur la base d'indicateurs pertinents.**
  - Ces indicateurs sont affichés mensuellement dans les services concernés.
  - Selon votre organisation, le bilan est présenté en réunion pluridisciplinaire par le responsable Qualité, le responsable Restauration ou le directeur, en fonction des établissements.

OUTIL 6 : Procédure Qualité – Les indicateurs de suivi

6. Une gestion de projet rigoureuse

La méthodologie à suivre

- **Commencez toujours par un état des lieux (audit) de l'ensemble des processus concernés, directement ou indirectement.**
- **Définissez les actions à mettre en place ou corriger.** Pour chaque action, créez une fiche descriptive comprenant :
  - L'objectif à atteindre.
  - Un tableau avec les résultats attendus et les indicateurs à suivre (valeurs de base puis à 3 mois, 6 mois, 9 mois…).
  - Un tableau détaillant les tâches, avec description, acteur(s) impliqué(s), planning de réalisation, mode et indicateurs de suivi.

➡ **Pour l'ensemble du projet, créez un document de synthèse sous forme d'un tableau comprenant :**

- L'intitulé des actions ;
- Les indicateurs de suivi ;
- Le mode de calcul ou d'estimation de l'indicateur ;
- La fréquence, les modalités (outil informatique ou document à remplir, format…) et le responsable du recueil des données ;
- Les modalités et le responsable de l'exploitation des données ;
- Les modalités de restitution (forme, fréquence, public…) ;
- La fréquence de pilotage ;
- Le planning de mise en place et de suivi.

➡ **Organisez les formations éventuellement nécessaires pour compléter les compétences et/ou savoirs du personnel.**

➡ **Accompagnez les équipes sur le terrain : observez-les pendant la pratique, puis faites un débriefing pour relever les points positifs et les leviers d'amélioration.**

Remarque
Ce moment est propice à la reconnaissance verbale des efforts réalisés, des objectifs atteints…

➡ **Réalisez un suivi régulier :**

- Contrôlez l'évolution des indicateurs, à l'aide du document de synthèse.
- Restez à l'écoute active de l'équipe, pour identifier les freins non anticipés, les résistances au changement… Notamment, vous pouvez proposer un questionnaire de satisfaction du personnel impliqué.

OUTIL 7 : Questionnaire de satisfaction de l'équipe projet

➡ **En fonction des résultats du suivi, ajustez éventuellement les procédures.**

ATTENTION

Le suivi et les ajustements du projet ne se limitent pas à la phase de mise en place. Procédez à des contrôles réguliers (par exemple tous les ans) pour prévenir et corriger les dérives.

Quelques conseils

➡ **Pour favoriser les changements, procédez à des essais « ouverts »** en laissant une marge d'erreur aux personnels et en leur permettant d'exprimer leurs idées et ressentis. Cette gestion « essais / erreurs », où rien n'est figé et qui laisse une porte de sortie, enlève beaucoup de pression aux équipes.

➡ **Procédez par étapes et n'initiez qu'un seul projet à la fois.**

ATTENTION

Ne sollicitez pas inconsidérément les membres du personnel, les résidents et les bénévoles impliqués dans vos projets, sous peine d'essoufflement sur le long terme.

➡ **Ne vous laissez pas décourager par les complexités apparentes ni par les échecs éventuels.**

“ Il faut au moins essayer. Il s'agit souvent de trouver la bonne organisation, en fonction des spécificités de son établissement et des moyens dont on dispose. C'est parfois compliqué, mais il y a énormément de satisfaction à voir sourire les résidents, à voir les assiettes vides... C'est une motivation supplémentaire ! ”

Bruno Brochet, cuisinier, EHPAD Etxetoa, Souraide

ATTENTION

L'essoufflement d'un projet peut être le signe d'une mise en place mal étudiée ou mal adaptée. Avant d'abandonner un projet, réfléchissez aux dysfonctionnements et tentez de trouver des alternatives : une autre organisation peut s'avérer plus pérenne.

FICHES PRATIQUES

THÈME 1

Les actions impliquant les résidents

Sommaire

OBJECTIF : Apprendre à connaître les résidents

FICHE 1 • Constituer des fiches individuelles 27

FICHE 2 • Observer et dialoguer au quotidien 29

OBJECTIF : Rétablir le lien avec les repas

FICHE 3 • Les résidents fournissent certains ingrédients 31

FICHE 4 • Les résidents participent à la préparation des repas..... 35

FICHE 5 • Les résidents participent au service 41

OBJECTIF : Communiquer avec les résidents

FICHE 6 • Informer les résidents..... 43

FICHE 7 • Recueillir les avis et suggestions des résidents..... 45

FICHE 8 • Créer du lien avec les résidents..... 49

FICHE 1 • Constituer des fiches individuelles

En synthèse

Dans le cadre du projet de vie, transcrire (et actualiser), sous forme d'une fiche individuelle, les informations liées à l'histoire de vie, les goûts/dégoûts et habitudes de chaque résident, est essentiel. Cela vous permettra à la fois :

- De faciliter l'accueil d'un nouveau résident ;
- De répondre (dans la mesure du possible) au plus près des attentes de chacun (préférences alimentaires, habitudes liées à l'alimentation telles que horaires, rituels…) ;
- De définir le profil global des résidents (origine géographique, niveau social, passé professionnel, religion…), qui orientera le choix des menus, du mode de dressage des tables, du mode de service à privilégier, des événements qui auront du sens, etc.

« Il faut prendre en compte les spécificités des résidents ; une pratique qui fonctionne dans un établissement peut être un fiasco dans un autre. Par exemple, Martine Perron, qui était alors directrice d'EHPAD, avait proposé de disposer une feuille de salade dans l'assiette des entrées froides pour améliorer la présentation. Cette idée avait été très bien reçue par ses résidents, d'origine urbaine pour la plupart. Lorsqu'elle a changé d'établissement, pensant bien faire, elle a voulu mettre en place cette même pratique… mais cela a provoqué un tollé général des résidents, d'origine rurale, très sensibles à la culture maraîchère, qui considéraient cela comme un véritable gâchis ! En conclusion : il faut observer, tester, adapter… »

Dominique Samson, consultant et formateur à l'Institut Meslay, Montaigu

En pratique

- À l'entrée d'un nouveau résident dans l'établissement, recevez-le en entretien pour remplir une fiche individuelle recensant ses goûts, ses aversions, ses pratiques religieuses, ses préférences et habitudes pour chaque repas (par exemple : sa boisson préférée au petit-déjeuner, ses habitudes concernant le vin…) et toute autre particularité importante liée au repas.

OUTIL 8 : Goûts et réticences alimentaires
OUTIL 9 : Fiche individuelle

Comme dans le modèle présenté, vous pouvez également consigner dans cette fiche individuelle les informations liées aux capacités motrices et sensorielles de la personne qui conditionneront les mesures d'aide adaptées au repas.

- Consultez également les proches du résident qui connaissent bien ses goûts et ses habitudes. Ils pourront valider, infirmer, nuancer ou compléter les informations fournies par le résident, surtout si celui-ci présente des troubles cognitifs.
- Si le résident vient d'une autre institution, demandez-leur de vous fournir leurs propres observations qui viendront, elles aussi, compléter votre collecte.

- En cas de divergence entre les informations reçues des différentes sources, notez-le explicitement dans la fiche et vérifiez par une observation spécifique dans les premiers jours de vie en établissement.

ATTENTION

Ces divergences peuvent correspondre à une information erronée mais aussi à un changement de comportement lié à l'entrée en institution. N'hésitez pas à contacter les proches qui pourront vous aider à détecter d'éventuelles difficultés d'adaptation, et à élaborer des stratégies pertinentes pour faciliter la transition.

- La fiche individuelle ainsi constituée, conservée dans le dossier du résident, doit être actualisée régulièrement car les habitudes alimentaires et les goûts peuvent évoluer au cours du temps, notamment avec une augmentation de la dépendance. Vous pouvez par exemple mettre à jour cette fiche tous les ans, dans le cadre de la révision du projet de vie.

Remarque
Au quotidien, vous pouvez observer certaines variations entre les dégoûts annoncés par le résident (ou ses proches) et sa consommation réelle, car certains résidents se laissent tenter par mimétisme !

FICHE 2 • Observer et dialoguer au quotidien

En synthèse

Une prise en charge éthique, efficace et adaptée des résidents demande un suivi et une écoute de chacun.

ATTENTION

Ne cédez pas à la tentation de délaisser une personne qui n'est jamais « contente » des repas. Observez et dialoguez avec elle pour trouver l'origine d'un problème éventuel (et le résoudre dans la mesure du possible) : douleur, dépression, conflit avec un voisin de table, peur de grossir, etc.

En pratique

- Accompagnez la personne au moment de son entrée dans l'établissement, en accentuant le suivi et les observations pendant les deux premières semaines.

La désignation d'un professionnel référent pour chaque résident facilite le dialogue et améliore la logistique de prise en charge (observation plus efficace car limitée à un petit nombre de résidents, identification d'un responsable pour la compilation des informations…).

Vous pouvez également proposer à un résident déjà présent de **parrainer le nouvel arrivant** : ce dernier pourra échanger encore plus librement avec lui qu'avec un professionnel.

> « Attention à bien accompagner la personne après son admission, qui constitue souvent un choc. Il faut bien lui faire intégrer (et lui faire accepter) que ce ne sera jamais comme à la maison. De notre côté, il faut bien comprendre qu'il est difficile pour elle de trouver une convivialité avec des convives imposés ! »
>
> *Patrick Friocourt, gériatre, CH Pierre Charlot, Blois*

- Repérez les éléments biographiques (histoire de vie) susceptibles de donner du sens aux réactions, aux comportements voire aux éventuels troubles psychologiques et/ou comportementaux.
- Observez les changements de comportement et de goûts, les attitudes non verbales, surtout dans le cas des résidents qui ont de graves difficultés de communication.
- Ouvrez le dialogue :
  - Interrogez le résident chaque fois que vous observez un changement de comportement, un refus alimentaire…
  - Permettez aux résidents, s'ils en sont capables, de s'exprimer dans le cadre de réunions, ou plus librement en mettant des supports spécifiques à leur disposition (voir fiche 7).
- L'ensemble de ce suivi est consigné dans le dossier du résident pour analyse en réunion pluridisciplinaire.

- Lors des réunions d'équipe, seuls les dossiers qui ont fait l'objet d'une mise à jour sont étudiés. Analysez en équipe les observations et informations collectées et proposez des solutions appropriées (suivi, mesure corrective…).

ATTENTION

Ne parlez pas uniquement des résidents qui se plaignent ou perturbent les autres résidents : la passivité d'un résident peut elle aussi être un signe de malaise.

- Consignez les conclusions de la réunion dans le dossier du résident, appliquez les directives retenues et effectuez un suivi pour en évaluer les retombées concrètes.
- Si la solution retenue ne s'avère pas adéquate (résolution incomplète ou nulle), ré-étudiez la situation en réunion d'équipe.

FICHE 3 • Les résidents fournissent certains ingrédients

En synthèse

Qu'il s'agisse de cultiver un aliment ou de l'acheter en magasin, la possibilité de fournir la matière première du repas permet de redonner un rôle social au résident et atténue la méfiance qu'il peut manifester envers les ingrédients utilisés en restauration collective.

Ces deux initiatives présentent chacune leurs intérêts :

- Pour les résidents, « faire les courses » permet de maintenir un lien avec l'extérieur de l'établissement et donc de diminuer le sentiment d'enfermement.
- La mise en place de potagers vous permet :
  - D'encourager l'investigation sensorielle (toucher, odeur, vue…).
  - De stimuler la mémoire des résidents, en faisant appel aux souvenirs.
  - Une reconnaissance du résident dans son activité et ses capacités.

Remarques

- Cette initiative est d'autant plus intéressante pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, qui sont généralement touchés par l'eau, la terre et la lumière. Toute interaction avec ces éléments stimule leur appétit.
- Même s'ils ne participent pas à la culture, les résidents apprécieront qu'une partie des ingrédients utilisés en cuisine soient produits sur place.

Les aliments fournis par les résidents pourront être utilisés par le personnel de cuisine dans le cadre des menus quotidiens, ou par les résidents eux-même dans le cadre d'ateliers cuisine (voir fiche 4), dans le respect des règles d'hygiène définies pour ce type de denrées et d'activités, conformément à la réglementation.

En EHPAD, le jardinage peut faire partie du projet de vie individualisé d'un résident.

En pratique

Si vous emmenez les résidents en magasin (primeur, superette, hypermarché…) ou au marché.

- Limitez la sortie à un petit groupe de résidents pour plus de convivialité. Adaptez la taille du groupe au nombre d'accompagnateurs disponibles et au niveau de dépendance des résidents (difficulté à se déplacer, désorientation…).

ATTENTION

Selon le profil des résidents, la présence d'un psychologue et/ou d'un ergothérapeute peut s'avérer nécessaire.

- Limitez l'achat aux aliments non « sensibles » sur le plan sanitaire, ne nécessitant pas le maintien de la chaîne du froid :
  - Privilégiez les fruits et légumes frais.
  - Évitez les viandes, poissons et laitages, sauf si leur acheminement est géré par le magasin ou un membre de l'équipe de cuisine dans le respect des règles d'hygiène définies dans ce cadre.

➡ Si un ou plusieurs résident(s) a (ont) des problèmes de mobilité :

- Optez pour un magasin de proximité, ou organisez le déplacement dans un véhicule adapté.
- Même si les résidents se déplacent à pied et que la distance à parcourir est relativement courte, prévoyez toujours un fauteuil roulant par sécurité. Il sera utile au retour si l'un des résidents présente des signes de fatigue.

Si vous organisez régulièrement cette sortie dans le même magasin, pensez à créer un compte client pour une facturation globale en fin du mois.

Si vous aménagez un espace « jardinage » avec une partie potager.

ATTENTION

Attention à la mise en bouche en cas d'hyper-oralité (par exemple en cas de maladie d'Alzheimer) !

➡ Choisissez des plantes non toxiques en cas d'ingestion, en privilégiant les plantes et fleurs comestibles (roses, pensées, violettes).

➡ Encadrez plus particulièrement les résidents concernés.

➡ Cet espace peut être aménagé aussi bien en extérieur qu'en intérieur, du moment que l'endroit est lumineux et ventilé.

➡ Installez-le de préférence dans une zone de passage pour que l'ensemble de l'établissement (résidents, personnel et visiteurs) puisse en profiter. Cela vous permettra en outre de faire connaître votre initiative à moindres frais.

➡ Pour s'adapter aux capacités des personnes âgées (difficultés à se pencher et à se déplacer), le « jardin » doit être constitué de bacs suspendus (1,20 m du sol au maximum).

- Selon leur emplacement, les bacs peuvent être fixés au sol (sur pilotis), au plafond (par des câbles), ou aux murs, par un système de fixation approprié.
- Prévoyez au moins deux hauteurs de fixation selon les bacs, pour que les résidents en fauteuil roulants comme les résidents en position debout puissent y accéder sans effort.
- Les bacs ne doivent pas être trop larges, pour que les résidents puissent accéder facilement aux plantations. En revanche, la longueur du bac n'a pas d'importance.
- Les bacs doivent être suffisamment espacés pour ne pas gêner les déplacements (notamment le passage des fauteuils roulants) : prévoyez 4 à 5 m entre deux bacs.
- Prévoyez un système d'écoulement et de stockage de l'eau d'arrosage pour que l'eau ne stagne pas dans les pots ni ne s'écoule au sol.

- Choisissez des fruits, légumes et plantes aromatiques rustiques, faciles d'entretien et adaptés à votre jardin (climat, orientation, luminosité…).

Vous pouvez réserver une partie des bacs du « jardin » :

- À des plantes ornementales, pour le plaisir du regard et dont les fleurs pourront servir à décorer les tables (voir fiche 5).
- À des espaces vierges qui encourageront les plantations et permettront aux malades d'Alzheimer d'interagir avec la terre. Dans ce dernier cas, la stimulation sensorielle peut primer sur la recherche d'esthétisme.

- La gestion du jardin (plantation, entretien et cueillette) est réalisée :
  - Par les résidents, sur la base du volontariat et sous la supervision du jardinier de l'établissement et/ou d'un animateur, sous forme d'animation ponctuelle ou en libre-accès.
  - Par des membres du personnel ou des jardiniers bénévoles, selon un planning établi par le responsable de l'activité, afin d'assurer un suivi régulier et approprié.

FICHE 4 • Les résidents participent à la préparation des repas

En synthèse

Quelle que soit sa forme (proposition d'une recette, épluchage des légumes ou élaboration complète d'un plat), la participation des résidents à la préparation des repas :

- Rappelle les occupations d'autrefois, permet de retrouver les gestes oubliés et de redonner un rôle au résident.
- Permet l'expression des goûts et expériences.
- Stimule l'appétit.
- Facilite l'intégration des nouveaux résidents, surtout s'ils viennent d'une région, voire d'un pays différent : le nouveau venu peut faire découvrir sa culture aux autres résidents, il est ainsi reconnu dans son identité. La cuisine devient alors un véritable pont entre les personnes.

Qui plus est, les ateliers culinaires, qui demandent une participation physique du résident :

- Entretiennent les fonctions cognitives et motrices du résident.
- Facilitent la socialisation.
- Permettent de modifier les rapports entre personnel et résidents ; la relation habituelle aidant/aidé devient une relation sachant/sachant (transmission de savoirs) interactive, où chacun est utile. Ce changement de rapport contrebalance le sentiment de dépendance et change le regard du personnel envers les résidents.

ATTENTION AUX IDÉES REÇUES

Les ateliers culinaires ne sont pas réservés aux femmes. Même les hommes ont des souvenirs rattachés au repas, à la cuisine… Dans le cadre des ateliers culinaires, eux aussi retrouvent leur rôle social. Par exemple, vous pouvez les solliciter, en tant qu'hommes « forts », pour fermer des bocaux.

Les ateliers cuisine peuvent avoir une réelle portée éducative, particulièrement intéressante en SSR en prévision du retour à domicile (voir ci-dessous).

En pratique

Demandez idées et recettes aux résidents

- Vous pouvez solliciter les résidents dans différents contextes. Par exemple :
  - Chaque mois, intégrez une recette « personnalisée » au plan de menus. Pour cela, vous pouvez :
    - Solliciter un résident différent chaque mois.
    - Organiser un concours de recettes : chaque inscrit propose une recette, soumise au vote d'un jury de résidents et/ou de membres du personnel.
  - Proposez aux résidents de participer à des concours inter-établissements, que ce soit :
    - Au sein d'un réseau d'établissements.
    - À l'occasion de concours régionaux, départementaux ou nationaux.

ATTENTION

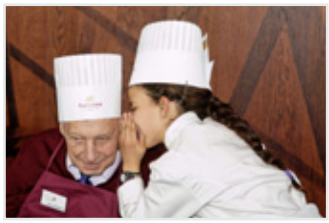
- Si votre établissement participe à l'organisation d'un concours, n'oubliez pas de prévoir des lots, au minimum pour le(s) vainqueur(s) et, si possible, pour tous les participants. Vous pouvez les collecter auprès des familles et d'associations, ou encore déposer des demandes de subvention pour financer un achat.
- Évitez de classer les participants ou prévoyez des *ex-æquo* : il ne doit pas y avoir de dernier.

- Quel que soit le contexte :
  - Les résidents sont invités à proposer une recette qu'ils aimeraient mettre en œuvre.
    - S'il en est capable, le résident cite les ingrédients nécessaires et décrit la marche à suivre.
    - Sinon, recherchez vous-même la recette du plat mentionné et soumettez-la à la validation du résident.
  - Si possible, la recette proposée doit être en lien avec l'histoire de vie du résident ; par exemple, une recette de dessert qui leur était servie dans leur enfance (ou dont ils ont régalé leurs enfants et petits enfants), une recette régionale qu'ils souhaitent faire découvrir aux autres, leur recette « fétiche »… Pour aller plus loin dans cette démarche :
    - Demandez au résident de raconter un souvenir ou une anecdote en rapport avec cette recette, et/ou pourquoi il a choisi cette recette en particulier.
    - Impliquez les proches du résident dans le choix de la recette.
  - Selon le contexte (plat servi à l'ensemble des résidents ou à un nombre limité de personnes), les capacités et la volonté d'implication du résident, et les modalités de participation en cas de concours, la recette peut être cuisinée :
    - Par l'équipe de cuisine, en toute autonomie ;
    - Par l'équipe de cuisine, sous la direction du résident ;
    - Par le résident lui-même, aidé éventuellement par un cuisinier, un proche, un bénévole, ou d'autres résidents.

N'hésitez pas à constituer des équipes résident-enfant (que l'enfant soit un proche du résident ou qu'il vienne d'une école locale). Cette association valorise le résident par le partage d'expérience, rappelle le contexte familial, et favorise le rapprochement intergénérationnel.

- Les recettes de desserts se prêtent particulièrement bien à cette initiative.
- L'enfant peut immortaliser ce moment par un dessin, qu'il offrira au résident et/ou qui sera affiché dans le hall de l'établissement.

Vous pouvez également inviter un restaurateur qui commentera la recette.



  - Valorisez le résident (ou l'équipe) et l'initiative par une communication :
    - Au sein de l'établissement, affichez le(s) nom(s) et la photo du résident (ou des membres de l'équipe) avec un rappel du contexte (« La recette du mois », « Madame Dupont vous propose… », « Nous participons au concours organisé par (…) », etc.), la recette proposée, et éventuellement les résultats obtenus en cas de concours (qu'il soit interne ou externe).
    - Dans la presse locale.

Vous pouvez varier les modalités des concours de recette. Par exemple, constituez des équipes regroupant un membre du personnel et un résident, ou inversez le processus : ce sont les membres du personnel qui s'affrontent, départagés par un jury de résidents.

Organisez des ateliers culinaires

> « Au fil de mes recherches sur le patrimoine culinaire, au fil de mes rencontres, l'importance des liens que crée la cuisine m'est apparue flagrante. D'ailleurs, cela ne se fait-il pas depuis toujours ? Les secrets ne se transmettent-ils pas dans les cuisines ? Les affaires ne se traitent-elles pas à table ? La cuisine c'est bien autre chose que de manger et faire à manger. La cuisine c'est les voyages, la connaissance (connaître un aliment pour le cuisiner comme il le mérite), l'Histoire, la géographie, l'ethnologie, la sociologie, l'écologie… »
>
> *Régine Rossi-Lagorce, cuisinière et animatrice bénévole d'ateliers confitures à l'EHPAD de Marcillac-la-Croisille (association Bouton d'Or)*

- Selon l'objectif recherché et les moyens dont vous disposez, l'atelier culinaire peut être plus ou moins complexe et l'implication des résidents plus ou moins grande, de l'épluchage des légumes jusqu'à la confection d'un repas entier.
- Vous pouvez organiser cette animation :
  - Dans une cuisine d'appoint (kitchenette) si l'établissement en dispose. Cet environnement rappelle fortement le contexte de la cuisine familiale, et crée un lien fort avec l'histoire de vie du résident qui y retrouve ses repères.
  - Dans une salle commune (salle à manger, salle d'animation, salon…), en utilisant un équipement mobile relativement peu coûteux, composé d'un chariot roulant avec mini-four, plaque de cuisson portative et rangements pour le matériel courant et les ingrédients non périssables (farine par exemple).

- Adaptez-vous aux résidents :
  - Misez sur les recettes régionales et/ou liées à un événement du calendrier (par exemple, proposez de faire des crêpes pour la Chandeleur) qui font référence à l'histoire de vie des résidents. Vos propositions seront d'autant mieux accueillies, et éveilleront plus de souvenirs.
  - Tenez compte des capacités motrices et psychologiques des participants pour éviter les situations d'échec.

Remarques

- Selon les capacités des résidents participant à l'atelier, la présence d'un ou plusieurs membres de l'équipe de soin (AS, IE, ergothérapeute, psychologue…) peut faciliter la gestion de blocages physiques ou psychologiques.
- La plupart du temps, la pathologie des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer (ou assimilé) n'apparaît pas lors des ateliers culinaires. Ils retrouvent la mémoire de l'odeur et du geste. Dans leur cas comme avec les autres résidents, la cuisine sert de moyen de communication.

➡ Laissez une certaine liberté aux résidents, pour les valoriser dans leurs savoir et savoir-faire. Par exemple :

- Avant l'atelier, impliquez-les dans le choix de la recette à confectionner.
- Choisissez des recettes qui permettent à chacun d'exprimer ses envies et ses goûts, d'expérimenter des mélanges différents, par exemple :
  - ❖ Des chaussons à fourrer avec différentes garnitures salées (à base de lardons, saucisses, fromage…) ou sucrées (garnis de différents fruits) ;
  - ❖ Des confitures avec différents fruits ;
  - ❖ Des soupes à partir de différents légumes ;
  - ❖ Des petits fours…

> « Nous essayerons d'organiser un atelier chaque mois. Ce n'était que du bonheur de les voir s'amuser en mélangeant de la poire et des amandes pour voir ce que cela allait donner. Avec la préparation des chaussons, il y avait un aspect ludique. C'était un vrai moment de plaisir. »
>
> *Marie-Dominique Ferret, responsable de la MARPA Arc en Ciel, Saint Mesmin*

- Pendant l'atelier, prenez en compte les avis et suggestions émises par les résidents : c'est l'expression d'une expérience, d'un savoir à respecter.

➡ Soyez attentifs à l'hygiène et à la sécurité sanitaire des participants.

ATTENTION

Ne vous laissez pas freiner dans le choix des recettes par des peurs inconsidérées concernant les ingrédients. Si l'achat des aliments « à risque » (viande, poisson, charcuterie, œufs en coquille…) doit rester sous le contrôle de l'équipe de cuisine, il n'y a aucune contre-indication à les utiliser dans votre atelier cuisine.

➡ L'atelier cuisine peut s'intégrer dans une démarche globale comprenant :

- L'achat des aliments nécessaires, en magasin ou au supermarché (voir fiche 3).
- La préparation de tout ou partie d'un repas par les participants (au moins l'entrée ou le dessert).
- Un repas socialisant (voir fiche 8), pendant lequel les résidents invitent le personnel à consommer le(s) plat(s) qu'ils ont réalisé(s).

➡ Incitez les résidents à partager leurs productions culinaires avec l'ensemble des résidents : petits fours et chocolats offerts à tout l'établissement pour les fêtes de fin d'année, confitures partagées au petit-déjeuner, tournée générale de crêpes pour le goûter…

Focus sur les ateliers à visée thérapeutique

Dans ce cadre spécifique, l'objectif n'est plus de valoriser le résident dans son savoir mais de le sensibiliser sur ses besoins spécifiques et sur les bonnes pratiques en termes d'alimentation et d'hydratation.

ATTENTION

Ces ateliers doivent être dirigés par du personnel compétent (diététicienne, cuisinier…) qui manque souvent d'expérience pédagogique. Il doit être aidé et accompagné : travaillez en équipe sur le contenu de l'atelier et le schéma d'intervention, assistez-le lors de l'atelier, etc. En cas de besoin, vous pouvez également faire appel à des intervenants extérieurs, bénévoles ou rémunérés grâce à des subventions.

- Ces ateliers s'adressent :
  - Aux résidents dont l'établissement ne prend pas en charge tous les repas (accueil de jour, EHPA).
  - Aux résidents qui vont retourner au domicile (SSR).
  - Aux résidents qui disposent d'une marge d'autonomie dans la gestion des apports alimentaires (collations en libre service par exemple).
  - À tous les résidents, quand l'atelier concerne l'hydratation.
  - Aux familles et aux aidants.

- Pour faciliter l'appropriation et la mémorisation :
  - Faites pratiquer les résidents au maximum.
  - Laissez aux participants un mémo illustré rappelant les consignes principales.
- Si l'atelier prépare le retour au domicile, prenez en compte les difficultés que le résident rencontrera : difficultés d'approvisionnement, difficultés de manipulation, etc. Pour chaque difficulté, proposez-lui une solution, alternative ou moyen de contournement.
- N'oubliez pas d'évaluer l'efficacité de votre atelier et ses retombées concrètes, si possible sur le long terme.

Pour vous aider…

- **Le site Internet *Régal' et vous – Le guide alimentaire*** est consacré à l'organisation d'ateliers cuisine à destination des seniors. L'espace *Animateur* détaille la conception de l'atelier, son déroulé ainsi que son évaluation. Vous trouverez également des idées de recettes dans l'espace *Recettes*.
- **Les livres de Régine Rossi-Lagorce** (*Potins de desserts*, *Potins de légumes*, *Confitures et paroles d'anciens* et *Soupes et paroles d'anciens*) sont le fruit des échanges que cette cuisinière bénévole a eus avec des résidents Alzheimer de l'EHPAD de Marcillac-la-Croisille. Vous y trouverez à la fois des recettes et des anecdotes qui vous seront précieuses pour l'animation de vos ateliers culinaires.

FICHE 5 • Les résidents participent au service

En synthèse

Le fait de participer au service :

- Rétablit le résident dans son rôle social en l'impliquant dans la vie de l'établissement ;
- Entretient ses capacités cognitives et motrices (notamment en cas de maladie d'Alzheimer) ;
- Le valorise dans ses activités.

En outre, si cette activité est pratiquée tous les jours, elle crée un rituel qui favorise l'éveil de l'appétit.

Remarque
Si les résidents impliqués sont autonomes, cette initiative peut constituer une véritable aide pour le personnel : assistance pour le dressage de la table, prise en charge de la décoration…

En pratique

- Vous pouvez proposer à tous les résidents :
  - D'aider à dresser et débarrasser la table.
    - Si les résidents sont autonomes et cohérents, cette activité est réalisée simplement sous la supervision d'un membre du personnel hôtelier.
    - Si les résidents présentent des troubles cognitifs ou moteurs, cette activité peut être encadrée par un membre de l'équipe soignante (aide-soignante, ergothérapeute, psychologue…).
  - De composer des bouquets de fleurs.
    - Cette activité, difficile à envisager au quotidien en raison des coûts associés, peut en revanche être intégrée dans le rituel du dimanche.
    - Les fleurs peuvent être :
      - Achetées en magasin. Dans ce cas, un contrat peut-être passé avec le fournisseur pour minimiser les coûts.
      - Cultivées par les résidents (voir fiche 3).
      - Données par des bénévoles.

  - De créer des sets de table personnalisés, avec un animateur :
    - Les sets sont élaborés sur des feuilles A3 blanches ou de couleur, puis plastifiés.
    - Le matériel de base est fourni par l'établissement, le résident et/ou ses proches.
    - Chaque set est réalisé par le résident, éventuellement aidé d'un animateur ou d'un proche, selon ses goûts et ses centres d'intérêts (collage de photos, peinture ou dessin de motifs, de frises, etc.). Pour répondre aux différentes envies et capacités artistiques :
      - Prévoyez une large gamme de fournitures : colle, feutres et stylos de couleur (classiques, à paillettes, à encre dorée / argentée…), peinture, pinceaux de différentes formes et taille…

◊ Sollicitez les proches du résident :
  - Pour obtenir des photos personnelles, selon les indications du résident (photos de famille, souvenirs de voyages, d'activités de loisirs…).
  - Pour mieux cerner les centres d'intérêt du résident, si ce dernier présente des troubles cognitifs.

◊ Assistez le résident dans sa réalisation, en évitant autant que possible de faire les choses à sa place.

◊ Si le résident ne trouve pas d'idée, dialoguez avec lui sur ses goûts, ses souvenirs… et faites-lui des suggestions.

- Cette initiative présente des avantages au niveau :
  - ❖ De l'hygiène (ces sets sont faciles d'entretien et d'utilisation).
  - ❖ De la décoration (ces sets apportent une touche de couleur et de gaieté).
  - ❖ Psychologique :
    - ◊ Le résident se voit reconnu dans ses goûts, ses envies.
    - ◊ Il est valorisé par son travail.
    - ◊ La thématique du set fait appel aux souvenirs et entretient ainsi la mémoire.

ATTENTION

Fiers de leur travail, les résidents ont tendance à emporter ces sets dans leur chambre. Soyez vigilants et expliquez bien la destination des sets, avant et à la fin de l'atelier.

➡ Si un résident présente des talents artistiques (peinture, dessin, loisirs créatifs), sollicitez-le plus particulièrement pour la décoration des salles à manger (tableaux à accrocher aux murs, nappages, centres de table, décorations de fête…).

FICHE 6 • Informer les résidents

En synthèse

La communication autour de vos pratiques de restauration présente un double intérêt :

- Pour l'établissement : elle valorise le travail des équipes, l'implication de la direction…
- Pour les résidents :
  - Elle permet de répondre aux interrogations, d'anticiper les inquiétudes liées au repas.
  - Elle favorise l'appétit en stimulant l'imaginaire.

En pratique

- Présentez les menus.
  - Vous pouvez utiliser différents supports, complémentaires :
    - Une affiche sur un tableau mural, à l'entrée et/ou à l'intérieur de la salle à manger.

ATTENTION

L'affiche doit être située suffisamment bas pour que les résidents en fauteuil roulant puissent la lire, mais suffisamment haut pour que les résidents en position debout ne soient pas obligés de se pencher.

    - Des cartes plastifiées dans les chambres.
    - Une annonce orale avant le repas, au micro, pendant que vous conduisez un résident à table, et/ou quand vous servez les différents plats.

  - À l'oral comme à l'écrit, utilisez des mots simples, des termes ayant un sens pour les résidents : évitez les formules façon « grande cuisine », les termes ambigus ou liés à des pratiques récentes. Par exemple, présentez un smoothie comme un jus de fruit avec du lait, parlez d'une aumônière plutôt que d'une ballottine, etc.

ATTENTION

N'essayez pas d'éveiller la curiosité des résidents ou de les séduire par des termes poétiques qui n'évoqueraient pour eux rien de concret et risqueraient au contraire de susciter une méfiance. En revanche, vous pouvez éveiller leur appétit en citant les ingrédients, les aromates utilisés, les odeurs qui s'en dégagent, les saveurs principales…

  - Rendez les supports écrits visuellement attractifs et faciles à comprendre :
    - Ajoutez des illustrations liées à l'alimentation (épis de blé, dessin d'un tablée joyeuse…).
    - Illustrez les plats, notamment pour les résidents qui perdent la mémoire abstraite.
    - Pensez aux résidents qui ont des troubles de la vue : écrivez gros et évitez d'écrire en rouge ou en vert.
    - Prévoyez des déclinaisons du support en différentes langues si vous avez des résidents d'origine étrangère.

Vous pouvez impliquer les résidents dans la conception des supports écrits.

➡ Communiquez sur vos initiatives valorisantes : utilisation de produits frais / locaux / du terroir / bio, production de plats « faits-maison », engagements qualité, labellisation, etc. Par exemple :

- Ajoutez des mentions sur les menus. Par exemple : « potage de légumes frais de pays », « gâteau au chocolat maison »…
- Mentionnez vos initiatives pendant les réunions auxquelles assistent les résidents (commission des menus, commission de vie sociale…) et/ou faites une annonce au moment des repas.
- Pour informer les nouveaux arrivants, décrivez votre démarche globale dans le livret d'accueil et organisez des réunions d'information.
- En cas de labellisation, utilisez dans le hall et/ou dans la salle à manger les supports de communication fournis par le programme : affiches, petits drapeaux, auto-collants, plaque de signalétique…

Si vous faites appel à des producteurs locaux, invitez-les à venir présenter leurs produits aux résidents, à échanger avec eux sur leurs pratiques, leur histoire, leurs anecdotes… Ces moments très conviviaux rassurent les résidents sur l'origine des matières premières utilisées.

➡ Faites visiter la cuisine professionnelle pour rassurer les résidents qui présentent des inquiétudes quant à la préparation des repas.

- Présentez les membres de l'équipe, montrez et expliquez les équipements (rôle, fonctionnement), détaillez les processus (origine des aliments, mode de gestion, etc.) et la démarche qualité (désinfection, entretien du matériel, suivi des températures, surveillance bactériologique…).
  - ❖ Utilisez des mots simples et remplacez les termes techniques par des synonymes compréhensibles de tous.
  - ❖ Limitez-vous aux messages principaux, mais laissez du temps pour les questions éventuelles.
- Selon les capacités physiques et cognitives des résidents et l'organisation de l'établissement, cette visite peut être :
  - ❖ Réelle : les résidents sont équipés de kits d'hygiène jetables (blouse, charlotte, masque et sur-chaussures) et sont guidés à l'intérieur du local.
  - ❖ Virtuelle : appuyez-vous sur des photos que vous présenterez au fur et à mesure de vos explications.

Vous pouvez proposer aux résidents des informations ou conférences sur les diminutions et pertes de goût liées à l'âge. Cela leur permettra de relativiser les impressions de fadeur de la nourriture.

FICHE 7 • Recueillir les avis et suggestions des résidents

En synthèse

Les avis, suggestions et niveau de satisfaction des résidents peuvent être collectés par différents moyens, directs (commissions, enquêtes, retours spontanés…) ou indirects (étude des restes alimentaires, analyse des expressions non verbales).

Donner la parole aux résidents vous permettra :

- De mieux cerner leur profil moyen.
- D'adapter la prestation de restauration, dans son ensemble, au plus près de leurs attentes.
- De repérer des décalages entre la qualité effective de la prestation et la qualité perçue par les résidents, qui peuvent être le signe d'une mauvaise communication (insuffisance d'information, informations mal interprétées, etc.).
- De donner aux résidents un véritable rôle d'acteurs dans la vie de l'établissement, qui les valorise dans leurs capacités et diminue les sentiments d'enfermement et de dépendance.

En pratique

- N'hésitez pas à varier les sources d'information :
  - Offrir aux résidents une diversité de moyens d'expression permet à chacun de trouver la formule qui lui convient le mieux. Par exemple, les résidents qui sont à l'aise à l'oral s'exprimeront facilement pendant les commissions, tandis que les résidents plus discrets, timides et/ou plus à l'aise à l'écrit préféreront inscrire une note dans un cahier de suggestions.

  - Confronter plusieurs sources d'information permet de recouper les données ;
  - Les angles d'approche sont différents. Par exemple, une commission sera l'occasion de traiter des problèmes généraux ; un cahier de suggestions abordera des considérations plus ponctuelles.
  - Les différentes méthodes sont plus ou moins adaptées selon votre objectif. Par exemple, une question ouverte, au cours d'un entretien informel, met en évidence les priorités importantes pour le résident, tandis qu'un questionnaire ciblé avec barème de notation vous permettra d'aborder un point précis (appréciation d'une nouvelle recette ou pratique par exemple).
  - Elles diffèrent dans leur temporalité. Par exemple, les commissions sont des événements ponctuels, favorisant la réflexion, alors que le cahier de suggestions, moins institutionnel, est un outil du quotidien, que favorise la spontanéité.

ATTENTION

- Sollicitez les résidents mais ne les forcez jamais à participer à des réunions ou à des enquêtes. Les personnes qui souhaitent s'investir dans cet aspect de la vie de l'établissement s'approprieront assez naturellement les différents moyens d'expression que vous mettrez à leur disposition.
- Ne considérez pas uniquement les résidents comme une source de critiques et de complications : ils peuvent aussi faire des remarques constructives, fournir d'excellentes idées et vous éviter d'investir temps et argent dans des initiatives inutiles ou inadaptées.

- Collectez les retours des résidents lors des contacts quotidiens.
  - Restez à l'écoute des remarques spontanées et interrogez « à chaud » les résidents, lors du débarrassage des plats.
  - Mettez à la disposition du personnel un cahier ou classeur commun dédié à la restauration dans lequel ils pourront noter les différents retours, en précisant la date et le nom du résident.
  - Analysez ces informations à intervalles réguliers (par exemple au cours de réunions d'équipes ou de commissions).
- Impliquez les résidents dans les commissions de menu (voir fiche 24).
  - Avant la réunion, interrogez les résidents sur leurs envies et tenez en compte dans l'élaboration du plan de menus.
  - Invitez-les à participer à la réunion :
    - Faites le point, ensemble, sur la qualité des plats servis lors de la période passée.
    - Associez-les à la validation des plans de menus de la période considérée.
    - Interrogez-les sur leurs préférences alimentaires pour les menus de la période suivante.

ATTENTION

Pour équilibrer la gouvernance, profitez de ces réunions pour clarifier les contraintes de la restauration collective et vos choix nutritionnels.

Remarques

- Si vous n'organisez pas de commission de menus, ces échanges peuvent être conduits en d'autres occasions : commission de vie sociale, réunions du CLAN, réunions de l'équipe de restauration…
- Des réunions spécifiques plus rapprochées peuvent être mises en place s'il y a un problème important à régler.

- Organisez des enquêtes collectives de satisfaction concernant l'ensemble de la prestation : popularité des plats, horaires et temps consacré aux repas, qualité du service, qualité et disponibilité de l'aide au repas, etc.

OUTIL 10 : Enquêtes de satisfaction

- Faites valider le questionnaire en réunion pluridisciplinaire par des membres expérimentés.
- Désignez les membres du personnel qui conduiront l'enquête, précisez l'intervalle de temps dont ils disposent, puis expliquez et clarifiez si besoin la procédure à suivre :
  - Présenter succinctement au résident l'étude réalisée et ses objectifs.
  - Solliciter sa participation.
  - Lire chaque question, en s'assurant que le résident la comprenne bien.
  - Noter littéralement la réponse formulée, sans l'interpréter.

ATTENTION

Des remarques ou nuances peuvent être ajoutées par le personnel, mais doivent toujours être identifiées comme telles, sans confusion possible avec la réponse du résident.

- Collectez les questionnaires remplis et analysez-les immédiatement.

ATTENTION

- Pour que votre enquête soit exploitable, n'y intégrez que les résidents présents depuis plus de trois jours, capables de comprendre les questions et d'y répondre de façon cohérente.
- En SSR, il peut être préférable de procéder à des enquêtes individuelles à la sortie de l'établissement. Dans ce cas, pensez à programmer des analyses périodiques.

Vous pouvez confier la conduite de ces enquêtes à des élèves AS, AMP, IDE, voire même en sociologie… Ils seront plus neutres et plus objectifs que le personnel permanent de l'établissement.

- Sur le même principe, vous pouvez organiser des enquêtes ponctuelles, ciblées sur un aspect précis de la prestation (par exemple, lors de la mise en place d'une nouvelle pratique) ou sur l'appréciation d'un produit ou d'un plat donné (par exemple, si vous constatez qu'un plat est moins consommé, si vous testez un nouveau produit ou quand vous adaptez une recette…).

Quand vous introduisez une nouvelle pratique ou un nouveau plat (ou produit), vous pouvez également conduire l'enquête auprès des membres du personnel : leurs avis viendront compléter ceux des résidents et ils pourront vous remonter d'éventuelles difficultés techniques.

- Laissez aux résidents la possibilité de s'exprimer librement et à tout moment :
  - Mettez à leur disposition une boîte à idées, un cahier de suggestions…
  - Analysez ces informations à intervalles réguliers (par exemple au cours de réunions d'équipe ou de commissions).

ATTENTION

Cette consultation ne doit pas être une pratique démagogique : les résidents doivent constater que leurs suggestions sont prises en compte, qu'elles ont une réelle valeur dans la démarche d'amélioration de leur alimentation. Bien entendu, toutes les demandes ne peuvent être acceptées.

- Chaque fois qu'une demande (ou une suggestion) est formulée, donnez suite à son auteur, à l'oral et si possible par un écrit argumenté que vous diffuserez à l'ensemble des résidents (affichage dans le hall et/ou la salle à manger, par exemple).
- Quand vous arbitrez une demande, essayez de contenter le résident mais n'oubliez pas l'intérêt général ; faites valider les décisions importantes par l'ensemble des résidents.
- Si une demande est difficile, voire impossible à accepter, tentez de trouver un compromis : tout est dans la conciliation.

- La communication non verbale est également une source d'information précieuse, en particulier si le résident n'est pas cohérent, s'il présente des difficultés de communication, et/ou s'il s'exprime naturellement peu.

Certains résidents, se sentant en situation de dépendance vis à vis du personnel, n'osent pas émettre de critiques par peur de représailles ou d'un changement dans leurs rapports avec l'équipe. Encouragez-les à s'exprimer, en les rassurant.

- Surveillez attentivement les signes de mal-être, de déplaisir ou de rejet : moues, détournement de la tête, signes d'angoisse, aliments recrachés…
  - ❖ Si le résident est capable de s'exprimer, ouvrez le dialogue pour tenter d'identifier les causes. Commencez par une question ouverte : « Cela n'a pas l'air d'aller / de vous plaire aujourd'hui, monsieur Dupont, qu'est-ce qui se passe ? ». Au besoin, selon votre connaissance du résident, posez ensuite des questions plus précises : « Vous n'avez pas faim ? », « Quelque chose vous préoccupe ? », « Vous avez mal quelque part ? ».
  - ❖ Si le résident en est incapable (désorientation, mutisme, incohérence…) :
    - ◊ Observez attentivement son comportement à table, pour identifier ce qu'il aime ou n'aime pas.
    - ◊ Appuyez-vous sur les informations notées dans le dossier du résident concernant ses habitudes et son histoire de vie, ses goûts et aversions.
    - ◊ Essayez de repérer des récurrences pour identifier un critère commun.
    - ◊ Testez des modifications, et observez les changements éventuels de comportement.

Si votre ajustement est un succès, n'hésitez pas à signaler au résident que cette amélioration découle de ce qu'il a montré.

  - ❖ En cas de doute et si les signes sont récurrents, consultez les proches du résident et invitez-les éventuellement à partager un repas avec lui dans l'établissement. Connaissant mieux que vous la personne, ses réactions, son histoire de vie, ils sont parfois mieux placés pour identifier les problèmes rencontrés et proposer des solutions appropriées.
- À l'inverse, relevez les signes de plaisir, de contentement.
- Consignez les observations importantes dans le dossier du résident, pour compléter les informations sur les goûts, aversions et habitudes de vie.
- Ces informations sont ensuite analysées en équipe lors des réunions de suivi, pour une éventuelle adaptation de la prestation.

➡ Des informations intéressantes peuvent également être tirées indirectement d'une étude des restes alimentaires, même informelle : une moindre consommation du plat peut témoigner d'un manque d'appétence pour celui-ci (ce plat ne leur plaît pas / ne leur fait pas envie) ou d'un problème dans la mise en œuvre de la recette (manque de sel, viande trop dure, texture désagréable…).

- Demandez aux membres de l'équipe hôtelière de surveiller :
  - ❖ Les quantités restant dans les assiettes ;
  - ❖ Les quantités non servies, restant dans le plat de service.
- Si ces quantités semblent anormalement élevées, consignez séparément, en les quantifiant si possible par pesée, les restes « assiettes » et « plats de service ».
- Surveillez plus attentivement les restes obtenus aux deux ou trois prochaines présentations de ce plat, pour voir si le désintérêt des résidents se confirme.
- Le cas échéant, vous pouvez conduire une enquête ponctuelle (voir ci-dessus), pour identifier la cause exacte de ce désintérêt. Vous pourrez alors supprimer ce plat des plans de menus à venir, ou adapter la fiche technique en fonction des retours des résidents.

FICHE 8 • Créer du lien avec les résidents

En synthèse

Globalement, la qualité des contacts entre le personnel et les résidents amoindrira le sentiment de dépendance et facilitera le dialogue.

En particulier, la mise en relation des résidents avec l'équipe de restauration est essentielle :

- Elle diminue les inquiétudes des résidents nées de l'absence de contrôle sur les repas.
- Elle contribue à adapter la prestation au plus juste des attentes.
- Elle permet de motiver le personnel : le fait de pouvoir observer les réactions des résidents humanise la prestation, valorise le travail réalisé, favorise les prises de conscience…

Le rôle social du cuisinier peut être décisif dans l'appréciation des plats : sa cuisine sera plus appréciée et la marge de tolérance des défauts sera plus large.

En pratique

- Si la cuisine est réalisée sur place, mettez le personnel de cuisine en contact avec les résidents pendant les repas. Pour cela, vous pouvez :
  - Vous équiper de buffets avec bains-marie, pour que les cuisiniers puissent servir à l'assiette en salle.
  - Ouvrir la cuisine sur la salle à manger pour que les résidents puissent voir le travail réalisé en cuisine. Cette option est d'autant plus intéressante qu'elle permet de répandre les odeurs de cuisson dans la salle à manger.

- Le personnel de cuisine peut aussi entrer en contact avec les résidents en dehors ou à la fin des repas. Par exemple :
  - Le cuisinier et/ou le responsable de la restauration visite régulièrement les résidents pour s'enquérir de la satisfaction générale et les informer des démarches et améliorations mises en place.
  - L'équipe de cuisine intervient lors d'animations régulières ou ponctuelles telles que barbecues dans le jardin, ateliers culinaires, démonstrations, dégustations…

ATTENTION

Ces mises en relation sont d'autant plus importantes dans les cas des cuisines centrales, où les résidents n'ont pas de vue sur la préparation des repas.

« En complément des commissions de menu, je vais voir les résidents tous les jours après le service, pour recueillir leurs avis sur le menu du jour. Au début, je n'obtenais que des réponses de principe : « Tout va bien, tout est bon ». Forcément, j'étais sceptique, surtout que je n'avais pas le même retour de la part des aidants. Je me suis attaché à leur faire comprendre que j'acceptais les critiques et que leur avis était important pour moi. Surtout, ils ont pu constater que j'en tenais compte, qu'ils avaient vraiment un rôle à jouer. Maintenant, ils me parlent plus ouvertement et les compliments prennent leur juste valeur ! Pour moi, c'est beaucoup plus motivant. »

Bruno Brochet, cuisinier, EHPAD Etxetoa, Souraide

➡ L'équipe de soin peut partager le repas des résidents, de même qu'une partie de l'équipe de restauration si l'organisation le permet. Cette approche, qui peut être mise en place au quotidien ou dans le cadre des repas socialisants (voir ci-dessous), permet :

- De modifier les rapports entre le personnel et les résidents, qui se découvrent dans un contexte différent.
- Pour les aidants, de dégager du temps pour l'aide au repas.

ATTENTION

La législation précise que les repas du personnel doivent être un temps de pause. Cette pratique ne doit donc pas être systématisée et il convient d'établir un roulement.

➡ Vous pouvez enfin organiser des repas socialisants :

- Les résidents sont invités, par petits groupes et à tour de rôle, à prendre place dans une salle différente, plus intime. Selon vos préférences et l'objectif recherché, les résidents peuvent être :
  - ❖ Sélectionnés par tablée : c'est la solution la plus facile à gérer.
  - ❖ Tirés au sort : cette option permet de tester les affinités entre résidents, et de rompre encore plus la monotonie des repas si les plans de tables varient habituellement peu.

ATTENTION

Si vous êtes contraints d'organiser ce repas dans le salle à manger commune, prenez soin d'isoler un espace spécifique, à l'aide de claustras par exemple.

- Le repas est servi sur une belle table, comme au restaurant.
  - ❖ Les résident partagent ce repas avec quelques membres du personnel. Vous pouvez y convier un représentant des équipes de direction, de soins, d'entretien, et même de l'équipe de restauration si l'organisation le permet.
  - ❖ Le repas servi peut être identique au menu du jour, ou amélioré (apéritif avec petits fours, plats plus luxueux…).

La confection de tout ou partie du repas peut-être confiée aux résidents, dans le cadre d'ateliers culinaires (voir fiche 4). Cette option permet d'inverser temporairement le sens de la relation personnel / résidents : ce sont les résidents qui invitent le personnel à déjeuner ou à dîner.

FICHES PRATIQUES

THÈME 2

Les actions sur l'environnement du repas

Sommaire (1/2)

OBJECTIF : Organiser les espaces de restauration

FICHE 9 • Aménager la (les) salle(s) à manger 53

FICHE 10 • Créer une ambiance propice au repas 55

FICHE 11 • Aménager des espaces « détente » 57

OBJECTIF : Mettre en place un véritable service hôtelier

FICHE 12 • Le dressage des tables et des plateaux 59

FICHE 13 • L'assemblage et la présentation des plats 63

OBJECTIF : Créer la convivialité

FICHE 14 • Favoriser les échanges entre les résidents 65

FICHE 15 • Ouvrir l'établissement sur l'extérieur 69

FICHE 16 • Casser la routine 71

Sommaire (2/2)

OBJECTIF : Favoriser la consommation des plats

FICHE 17 • Assurer de bonnes conditions de repas..... 73

FICHE 18 • Optimiser les horaires des repas..... 77

FICHE 19 • Fractionner les apports alimentaires 81

FICHE 20 • Favoriser une activité physique quotidienne 85

FICHE 21 • Proposer des activités ludiques..... 87

FICHE 22 • Inciter les résidents à s'hydrater..... 91

FICHE 9 • Aménager la (les) salle(s) à manger

En synthèse

Le repas doit être servi dans un lieu accueillant, confortable, qui invite aux échanges et favorise la convivialité. Cet espace doit être le plus éloigné possible d'un contexte hospitalier pour rompre avec les préoccupations liées à la maladie et aux soins.

ATTENTION

- Si votre établissement ne dispose pas de l'espace suffisant pour aménager une salle à manger, ou pour les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas se rendre en salle à manger, il est particulièrement important de soigner le service hôtelier, notamment la présentation du plateau repas et la convivialité du service (voir fiches 12 et 13).
- Les mots aussi sont importants pour créer l'envie et véhiculer une image de qualité… Sur les affichages comme à l'oral, parlez de « salle à manger » ou de « restaurant », plutôt que de « cantine » ou de « réfectoire » !

En pratique

Jouez sur la disposition des tables

- **Dans une grande salle commune.** Cette solution est notamment intéressante si le personnel est peu nombreux : le service et l'aide au repas sont facilités (détection des personnes en difficulté, passage d'une table à l'autre…).
  - Pour éviter un aspect dévalorisant de « cantine », qui encourage peu les relations de proximité :
    - Disposez les tables en petites unités (4 à 8 personnes maximum) pour rappeler le cadre familial ou celui d'un restaurant, sauf dans le cas des événements festifs où les grandes tables favorisent le lien social.
    - Utilisez des claustras, des cloisons mobiles ou végétales, pour ménager une certaine intimité et casser le bruit de fond.

Certains claustras sont équipés de petits placards individuels, permettant aux résidents de ranger leur serviette de table, leur bouteille de vin…

  - Définissez des « zones » où les résidents seront regroupés en fonction de leurs capacités et besoins spécifiques pour faciliter l'organisation du service et de l'aide au repas (voir la fiche14).

ATTENTION

Dans une grande salle, le bruit peut rapidement devenir une gêne. Soignez particulièrement le confort acoustique (voir fiche 10).

- **Dans plusieurs petites salles de restauration.** Cette solution présente plusieurs avantages :
  - Les petites salles sont des espaces plus intimes.
  - L'aménagement d'une salle par étage ou par service permet de limiter les contraintes de déplacement des résidents (pas d'attente au niveau des ascenseurs, distances

plus courtes à parcourir pour les résidents présentant des difficultés à se déplacer, gain de temps pour le personnel…).

- Cette organisation facilite la répartition des résidents en fonction de leurs capacités et besoins spécifiques et donc l'organisation du service et de l'aide au repas, si le personnel est en nombre suffisant (voir la fiche 14). En revanche, les besoins en personnel et en matériel de transport des repas sont plus importants.

ATTENTION

Ne catégorisez tout de même pas trop les résidents, au risque de créer un sentiment de relégation ou d'isolement.

➡ Dans tous les cas, laissez suffisamment d'espace pour que le personnel et les résidents puissent circuler dans la salle (attention notamment aux déplacements des personnes en fauteuil roulant et des chariots de service).

Choisissez un mobilier adapté

➡ Choisissez un mobilier (buffets, armoires, tables et chaises) :

- Qui rappelle le domicile des résidents. Pour cela, basez-vous sur leur profil moyen (âge moyen, origine sociale et géographique…).
- Chaud et esthétique, sans connotation « cantine ».
- Facile à entretenir.
- Léger à transporter…

Pour les armoires et buffets, pensez aux dépôts-vente et aux salles de vente de type Emmaüs : une bonne solution pour trouver le type de mobilier que les résidents apprécient, à des prix intéressants !

Attention cependant, cette solution ne sera pas adaptée si les résidents sont habitués à un certain train de vie et si leurs attentes sont élevées.

➡ Assurez-vous que les tables sont compatibles avec les fauteuils roulants : les accoudoirs ne doivent pas butter sur le rebord et l'insertion du fauteuil ne doit pas être gênée par les pieds.

- Choisissez de préférence des tables à pied central, surélevées au besoin à l'aide de cales, et/ou des tables ergonomiques.
- Si vous utilisez des tables à quatre pieds, assurez-vous que ces derniers soient suffisamment écartés pour qu'un fauteuil roulant puisse passer.

« Outre le problème de l'inconfort, un résident qui se retrouve trop loin de table est quasiment sûr de se salir. C'est dégradant. Forcément, cela ne les incite pas à manger ! La solution serait de rehausser les tables afin que les bras des fauteuils puissent passer en dessous, et ainsi le résident peut manger au dessus de son assiette. »

Béatrice Dalle, diététicienne, formatrice et experte à destination des EHPAD et centres hospitaliers, Institut Pasteur, Lille

Pour vous aider...

Le livre ***Oser proposer une autre alimentation avec les personnes âgées fragilisées avec des concepts de plats « Picorés » et « Savourés »***, de Martine Perron, contient un chapitre dédié au choix du mobilier.

FICHE 10 • Créer une ambiance propice au repas

En synthèse

Pour stimuler l'appétit et encourager la convivialité, le repas doit être servi dans un environnement agréable, chaleureux, propice à la consommation des plats. La décoration permet d'humaniser cet espace de vie et de le distinguer des espaces consacrés aux soins.

En pratique

Décorez la salle

- Privilégiez les couleurs qui stimulent l'appétit (pêche, orange, jaune, vermillon, rouge, brun, vert…), neutres et adoucies pour créer une ambiance reposante, et en veillant à les harmoniser.
- Pour égayer la salle, vous pouvez accrocher des tableaux au mur, disposer des plantes vertes, décorer les tables de centres de table… N'oubliez pas de décorer l'entrée de la salle : un simple panneau d'affichage illustré permet de rendre ce lieu de vie accueillant et reconnaissable.

ATTENTION

- Les plantes vertes ne doivent pas être disposées dans les zones de passage pour ne pas gêner les déplacements des résidents et du personnel, le passage des chariots, etc.
- Ne surchargez pas trop : la décoration doit contribuer à créer une ambiance agréable et confortable, mais ne doit pas détourner l'attention du repas.
- Pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, attention aux compositions florales (naturelles ou artificielles) qui peuvent être portées à la bouche ou emportées pour décorer les chambres… Si vous optez pour des centres de tables fleuris, choisissez des fleurs comestibles non traitées. Pour les arbustes d'ornement, proscrivez les plantes toxiques comme le laurier.

N'hésitez pas à faire appel aux talents des résidents pour la peinture, le jardinage… pour une décoration personnalisée et qui les valorise !

Assurez un confort acoustique

- Procédez à une isolation phonique de la salle, si nécessaire.
- Recouvrez les parois et/ou plafonds de matériaux absorbants : tissus, faux-plafonds, etc.
- Utilisez des revêtements de sol qui ne résonnent pas, comme le lino par exemple.
- N'utilisez pas d'appareils bruyants à proximité de la salle à manger pendant les heures de repas.
- Évitez les bruits parasites qui détournent l'attention des résidents ou les forcent à élever la voix pour se parler. Si vous désirez apporter un fond sonore, choisissez une musique douce, apaisante, à volume sonore relativement bas, plutôt que d'allumer la télé ou la radio.

Contrôlez les conditions lumineuses

Une bonne luminosité est nécessaire, mais limitez la luminosité directe :

- Si elles sont trop lumineuses au moment du déjeuner, garnissez les fenêtres et baies vitrées de rideaux ou de stores que vous ouvrirez au maximum au dîner.
- Placez les personnes âgées atteintes de troubles de la vision de préférence dos aux fenêtres.

ATTENTION

Les vitres sales réduisent la luminosité et nuisent à l'esthétique de la salle. N'oubliez pas de les inclure dans les plans de nettoyage.

Contrôlez les odeurs

- Faites la chasse aux mauvaises odeurs et aux odeurs parasites. Par exemple :
  - N'introduisez pas dans les espaces dédiés aux repas (salle à manger et chambres des résidents) de matériaux qui peuvent dégager des odeurs fortes, comme le cuir par exemple.
  - Ne nettoyez pas ces espaces juste avant le repas pour ne pas laisser d'odeurs de désinfectant.
- Soignez la qualité de la ventilation ; installez, si nécessaire, des capteurs d'air.
- Si la cuisine est réalisée à proximité de salle à manger, vous pouvez en ouvrir les portes pendant la préparation du repas, pour diffuser les odeurs de cuisson.
- Couvrez les assiettes en porcelaine d'une cloche en polycarbonate transparente, que vous retirerez devant le résident pour dégager toutes les odeurs du plat, sauf si l'une d'elle peut être incommodante (comme celle du poisson par exemple).

ATTENTION

Évitez les cloches en inox qui donnent une image peu hôtelière de la prestation.

- Avant le repas, vous pouvez également placer des diffuseurs d'huiles essentielles dans les chambres, les couloirs et les espaces de détente. Différentes huiles peuvent être utilisées en fonction du résultat recherché. Par exemple :
  - Diffusez de l'huile essentielle de citron pendant vingt minutes avant le repas, dans les espaces de circulation, afin de stimuler les appétits et de créer une ambiance sereine et conviviale.
  - Diffusez de l'huile essentielle de mandarine ou de l'huile essentielle de néroli en salle de relaxation pour calmer les personnes anxieuses et/ou agitées.

ATTENTION

Achetez des huiles essentielles pures et naturelles, de qualité, et utilisez-les avec parcimonie pour que le résultat ne soit pas écœurant.

Adaptez les tenues du personnel

Les tenues de soin, en particulier les blouses blanches, ramènent à la maladie et au handicap et n'encouragent pas la convivialité. Optez plutôt pour des tabliers de restauration, si possible d'une couleur différente des tenues de soin, même pour le personnel de soin qui aide au repas.

FICHE 11 • Aménager des espaces « détente »

En synthèse

L'aménagement d'un espace « café-détente », distinct de la salle à manger, présente plusieurs avantages :

- Cet agencement apporte davantage de souplesse pour le personnel : après le déjeuner, les résidents y prennent leur café et le personnel peut nettoyer les tables de la salle à manger sans avoir le sentiment d'obliger les résidents à quitter les lieux.
- Cet espace fluidifie les queues au pied de l'ascenseur au moment du retour en chambre : il permet aux résidents de patienter en discutant tranquillement, confortablement assis.
- Les résidents qui reçoivent leur famille peuvent ainsi déjeuner dans l'intimité, s'ils le souhaitent.

Équipé en kitchenette ou doté d'un distributeur à monnayeur, cet espace permet aux résidents d'accéder librement à des boissons et collations pour leur consommation personnelle, mais aussi d'offrir quelque chose à leurs invités (thé, café, jus de fruits).

En pratique

- Réservez un espace spécifique, qu'il soit ouvert ou fermé (petite salle à part entière, espace réservé dans le hall d'entrée, sur un palier, près de l'ascenseur…) pour recréer une ambiance de « café » ;
- Disposez des chaises, des tables, des fauteuils, des guéridons…
- Équipé d'un peu de matériel (réfrigérateur, micro-ondes, cafetière…), cet espace détente peut devenir une kitchenette d'appoint.

FICHE 12 • Le dressage des tables et des plateaux

En synthèse

L'ambiance de la salle à manger doit s'appuyer sur l'histoire de vie des résidents. Vous pouvez chercher :

- À rappeler le domicile, surtout si les résidents sont d'origine rurale.
- À créer une atmosphère plus « restaurant », surtout si les résidents ont eu un certain train de vie et ont eu l'habitude d'y aller.

Comme pour l'aménagement de la salle, l'objectif ici est d'éviter au maximum l'ambiance « cantine » ou « hôpital ».

ATTENTION

En cas de trouble moteur, de handicap ou de trouble de la déglutition, consultez un ergothérapeute pour savoir si le résident a besoin d'aides techniques (assiettes, couverts, verre adaptés : voir les fiches du thème 4).

En pratique

- Choisissez les nappages, la vaisselle, les verres et les couverts avec soin ; par exemple :

- **« Table soignée » :** nappes et serviettes tissu, vaisselle en porcelaine, verres à pied… Cette formule permet de créer une ambiance de restaurant ou de fête, une image de qualité et d'attention portée aux résidents.
  Attention toutefois :
  les résidents d'origine rurale ou modestes, peu habitués aux restaurants, peuvent ne pas se reconnaître dans ce dressage. Ils peuvent se sentir intimidés.

- **« Cuisine de tous les jours » :** nappes en toile cirée ou sets de table colorés, serviettes en tissu, vaisselle en porcelaine, verres en verre (ou en plexiglas pour les « maladroits »)… Les avantages de cette formule :
  - Elle permet de créer un lien fort avec l'histoire de vie du résident et ravive ses souvenirs ; elle évoque une image de cuisine familiale.
  - Elle invite à une certaine spontanéité, fait naître plus facilement la convivialité.
  - La toile cirée est facile d'entretien.

  Attention toutefois : la désinfection des toiles cirées doit être incluse dans le planning de nettoyage et elles doivent être changées régulièrement car, en vieillissant, des plis se forment et rendent le dessus de table instable.

- **Le « tout jetable » :** nappes et serviettes en papier, contenants et verres en plastique… Ce choix peut être effectué pour des raisons de logistique et d'hygiène, notamment en liaison froide. En effet, le grand avantage de cette formule est qu'elle ne nécessite aucun entretien (lavage, repassage, désinfection…).
  Attention toutefois, cette formule présente de nombreux inconvénients :
  - Vous devez choisir des produits de qualité, esthétiques ; en conséquence, le prix de revient peut vite devenir relativement élevé ;
  - Ces produits nécessitent un espace de stockage plus important ;

- La légèreté des assiettes et des verres demande plus d'attention et d'adresse pour ne pas renverser le contenu du récipient ; elle ne convient pas aux personnes en perte d'autonomie présentant des difficultés motrices ou des handicaps ;
- Ce type de fournitures, assez récentes, n'a aucun lien avec l'histoire de vie des résidents, qui les acceptent généralement très mal ;
- Ce dressage contribue à l'image d'une cuisine de moindre qualité et peut être perçu comme un manque d'attention vis à vis des résidents ou encore comme un repas pris « sur le pouce » et non comme un véritable repas ;
- Les personnes âgées reprochent souvent le gaspillage lié aux produits à usage unique ;
- Cette formule génère une grande quantité de déchets.

- Vous pouvez alterner les différents types de dressage. Par exemple, dresser les tables « comme au domicile » en semaine et « comme au restaurant » le dimanche permet de casser la routine et de créer un rituel festif rappelant l'histoire de vie des résidents (le dimanche étant traditionnellement un jour à part).
- Vous pouvez impliquer les résidents dans la confection d'une décoration personnalisée, par exemple en leur proposant de créer leurs propres sets de table (voir fiche 5).

ATTENTION

Ne vous fiez pas à vos propres goûts. Évitez de choisir une vaisselle moderne qui a toutes les chances de ne pas plaire aux personnes âgées !

- Misez sur la couleur, en privilégiant des tons chauds, plutôt pastels, qui stimulent l'appétit et offrent un contraste intéressant avec les aliments. Attention toutefois : l'ensemble doit rester cohérent et harmonieux.
- Privilégiez les assiettes au rebord coloré et marquant nettement les limites de l'assiette.
- N'hésitez pas à décorer :
  - Les tables, surtout si vous optez pour un dressage « comme au restaurant ». Par exemple : avec des centres de table (compositions florales), un chemin de table (de préférence en tissu)…
  - Les chariots de services spécifiques (par exemple : en service de soins palliatifs, ou encore le chariot servant à la distribution des petits déjeuner en chambre ou en salle à manger).

ATTENTION

Évitez toute forme de décor au centre des assiettes : les résidents présentant des troubles cognitifs ou des troubles visuels peuvent confondre ces décors avec des mets à déguster.

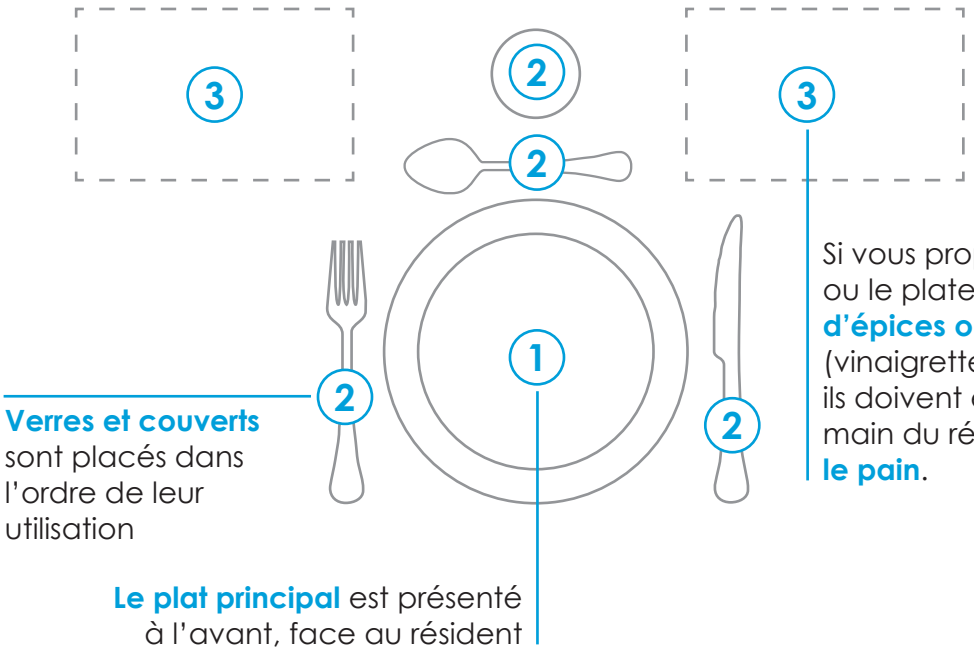
Pour décorer les tables et le matériel de service, pensez à solliciter les résidents :
- Les résidents qui ont du goût pour les loisirs créatifs seront valorisés ;
- Les fleurs peuvent être cultivées sur place par les résidents (voir fiche 3).

- La décoration et les attentions portées à la présentation des plateaux est d'autant plus importante que le repas en chambre n'est pas pris dans une ambiance conviviale. Vous pouvez par exemple ajouter un set de table coloré, une fleur fraîche, un petit carton « Bon appétit ! », etc.

ATTENTION, DANS LE CAS DES RÉSIDENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

- Ils peuvent être effrayés par des nappes à motif. Préférez dans ce cas des nappages et serviettes unies, de couleurs douces.
- Du fait de leur hyper-oralité, ils ont tendance à porter les décorations à la bouche, ce qui peut les abîmer ou même représenter un danger pour le résident. Si vous tenez à mettre des compositions florales, utilisez des plantes comestibles, non traitées.

- Réfléchissez à la disposition des différents éléments sur la table / le plateau, pour mettre en valeur les plats et faciliter la prise du repas. Par exemple :



Verres et couverts sont placés dans l'ordre de leur utilisation

Le plat principal est présenté à l'avant, face au résident

Si vous proposez sur la table ou le plateau **des petits pots d'épices ou d'assaisonnement** (vinaigrette, sauces chaudes), ils doivent être à portée de main du résident, tout comme **le pain**.

- S'il y a des éléments de décoration sur la table, ils ne doivent pas gêner la prise des aliments, des verres, des couverts… ou l'accès au plat de service si vous avez opté pour un plat commun central dans lequel les résidents peuvent se resservir.

Si le repas est servi sur un plateau, pour inciter le résident à tout manger, effectuez si possible le service en deux temps, en ne disposant au préalable sur le plateau que l'entrée et le plat principal. Ainsi, il ne sera pas tenté de ne manger que le fromage et le dessert qui attirent généralement plus les personnes âgées.

FICHE 13 • L'assemblage et la présentation des plats

En synthèse

La présentation des plats doit susciter l'envie : harmonieuse et esthétique, elle doit rester cohérente avec l'histoire de vie des résidents. N'hésitez pas à les consulter pour vous adapter à leurs préférences.

En pratique

➡ Choisissez un mode de service en cohérence avec l'histoire de vie des résidents et l'ambiance retenue pour le dressage des tables :

- Le service à l'assiette véhicule inconsciemment le message « je m'occupe de vous, vous êtes important pour moi », mais il peut aussi ne pas convenir à certains résidents qui préféreront plus de spontanéité. Il convient bien aux événements festifs.

ATTENTION

Le service à l'assiette uniformise parfois trop les quantités, sans tenir compte des appétits et besoins des convives. N'oubliez pas d'adapter les portions servies (voir fiche 33).

- Le plat commun disposé au centre de la table, où chacun peut se servir (et se resservir) s'il en a la capacité, est convivial et plus en phase avec l'expérience de la vie quotidienne. Cette option convient particulièrement au service de la salade, que les résidents pourront remuer eux-même dans le plat.

ATTENTION

Si vous choisissez cette option, soyez attentifs aux portions que les résidents se servent, pour vous assurer qu'elles sont adaptées à leurs besoins. Dans le cas contraire, vous pouvez les inciter à se servir plus généreusement.

Comme pour le dressage, vous pouvez alterner les modes de services en associant, par exemple, le service à l'assiette au rituel du dimanche.

➡ Si vous optez pour un service à l'assiette, soignez l'assemblage du plat. Certaines techniques de base de présentation, enseignées aux cuisiniers dans les cursus standards, sont simples à mettre en œuvre et changent tout, sans investissement particulier. Par exemple :

- Présentez les purées sous forme de boules, à l'aide de cuillères à glace.
- Ciselez les mousses, les purées et les filets de sauce à la fourchette ;
- Utilisez des poches à douilles, des moules de dressage pour varier les présentations ;
- Utilisez des contenants de formes et de couleurs différentes pour rompre la monotonie…

« Il ne faut pas grand chose pour rendre la présentation agréable. Par exemple, il n'est ni plus long ni plus compliqué de disposer des quartiers d'orange en étoile dans une assiette que de les mettre en vrac dans un ramequin ! »

Bruno Brochet, cuisinier, EHPAD Etxetoa, Souraide

Pour créer une ambiance « restaurant », faites appel à des stagiaires de l'école hôtelière de votre région.

➡ Soignez plus particulièrement la présentation des plats mixés :

- Évitez de mélanger les différentes composantes du plat. Vous pouvez par exemple :
  - ❖ Appliquer le concept de la cuisine déstructurée. Cette méthode vise à séparer les différents composants de la recette pour les mixer séparément et les ré-assembler de manière similaire. Par exemple, pour une tarte aux pommes :

Préparez toutes vos tartes (menus classiques et mixés) de manière traditionnelle jusqu'en fin de cuisson.

Déstructurez les tartes réservées aux menus mixés : séparez l'appareil [pommes + appareil] de la pâte et mixez-les séparément (vous pouvez détendre la pâte avec un peu de chantilly, de crème ou de fromage blanc).

Recomposez une part de tarte dans chaque assiette de façon à vous rapprocher le plus possible de sa présentation classique : disposez une couche de pâte mixée sous forme de triangle...

... puis disposez une couche d'appareil mixé par-dessus.

Vous pouvez enfin décorer de quelques tranches de pommes, pour améliorer l'esthétique et soigner la ressemblance avec une tarte traditionnelle.

  - ❖ Disposer les aliments sous forme de couches successives, à l'aide d'un cercle à pâtisserie par exemple.

- Présentez les préparations dans des ramequins, des verrines ou des assiettes adaptées.

ATTENTION

La présentation en verrines est esthétique et festive, mais ne l'utilisez qu'avec parcimonie car elle n'est pas toujours adaptée :

➡ Pensez aux résidents présentant des troubles moteurs : manger une verrine nécessite les deux mains !

➡ L'utilisation de verrines implique un coût et des difficultés logistiques supplémentaires.

- Jouez sur les couleurs :
  - ❖ Mettez en avant les couleurs agréables. Par exemple, si vous présentez le plat en multi-couches, disposez la viande sous la garniture pour que la couleur de la viande, peu engageante, ne soit pas en vue directe (cela pourrait rebuter les résidents).
  - ❖ Si votre plat ne peut être dissocié en plusieurs couleurs (par exemple, des raviolis mixés avec une sauce tomate), présentez-le dans un ramequin de couleur et ajoutez un brin de persil, pour égayer et apporter un contraste de couleur.

FICHE 14 • Favoriser les échanges entre les résidents

En synthèse

La création d'un plan de table est un exercice aussi essentiel pour le succès du repas, que difficile en pratique car il s'agit de concilier :

- Les contraintes organisationnelles :
  - Regroupement des résidents selon leurs capacités physiques et cognitives pour faciliter l'aide au repas,
  - Contraintes liées à la taille et à l'organisation spatiale des locaux…
- La psychologie des résidents :
  - Regroupement en fonction des affinités,
  - Besoin d'un sentiment de liberté dans le choix de ses voisins de table,
  - Besoin de repères spatio-temporels…
- Le respect de la dignité des résidents, surtout dans le cas de troubles psychomoteurs et/ou comportementaux.

SERVICES HOSPITALIERS : ATTENTION

Les échanges autour du repas et la symbolique liée à la salle à manger – espace de vie dédié exclusivement à l'alimentation – participent à l'équilibre émotionnel et social de la personne. Il est donc important que l'établissement possède au moins une salle dédiée à la restauration pour éviter, autant que possible, les repas pris dans la chambre, espace dédié au sommeil et aux soins, et ne favorisant pas l'appétit. Ceci est d'autant plus important depuis la multiplication des chambres individuelles : le repas est parfois la seule occasion de rompre l'isolement du résident.

En pratique

- Encouragez les résidents à se rendre en salle à manger. Par exemple :
  - Organisez les transferts pour les résidents ayant des difficultés à se déplacer ;

Pour laisser plus de temps aux mangeurs lents, vous pouvez organiser deux services.

  - Fractionnez les salles à manger (par exemple, une salle par étage ou par service) pour diminuer la distance à parcourir depuis les chambres.
  - Invitez verbalement les personnes valides à se rendre dans une salle commune.
  - Si la personne est réticente, parlez-lui du plaisir qu'elle prendra à retrouver les convives qu'elle apprécie, décrivez-lui le menu (surtout s'il s'agit de plat qu'elle apprécie), etc.

ATTENTION

Dans tous les cas, ne forcez pas un résident à manger en collectivité, mais examinez soigneusement les raisons de son refus et discutez-en avec lui pour résoudre les problèmes éventuels.

Remarque : ce « droit de manger en chambre » accroît le sentiment de liberté des résidents, mais accroît le risque de diminution d'autonomie et d'isolement social.

➡ Placez les résidents selon leurs affinités : observez leurs interactions en dehors des repas, leurs réactions à table, leur sociabilité, et favorisez la mixité pour enrichir les échanges.

Certains résidents, en particulier les personnes ayant déjà vécu la restauration collective dans le cadre de leur activité professionnelle, sont plus à l'aise pour développer des liens avec leur entourage de table. N'hésitez pas à placer ces résidents « conviviaux » autour des tables où les discussions sont réduites.

➡ Placez les résidents selon leur comportement et leurs capacités. Par exemple :

- Un espace (ou une salle), équipé(e) de matériel ergonomique, peut être réservé(e) aux résidents présentant des troubles psychomoteurs importants. Ceci facilite la gestion du matériel spécifique et facilite la surveillance par l'ergothérapeute ou un professionnel de soin compétent pour cette tâche.
- Gérez les résidents trop perturbateurs et ceux qui en font explicitement la demande, dans une autre pièce ou avec des claustras.
- Les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer peuvent être regroupés dans une salle (un espace) spécifique pour faciliter leur prise en charge, surtout en cas de troubles sévères du comportement alimentaire. Néanmoins, le voisinage des autres résidents peut être assez bénéfique car il contribue au maintien des capacités cognitives et favorise la consommation des plats par mimétisme.
- Attention aux résidents qui ne sont plus en mesure de se nourrir proprement : ils peuvent être blessés par le regard que les autres résidents portent sur eux et, inversement ils représentent un spectacle peu attrayant pour leurs convives. Il peut alors être tentant de les isoler des autres résidents, mais soyez attentifs cependant au phénomène de « ghettoïsation ».
- La même réflexion doit être menée pour les résidents qui ont des régimes stricts : les regrouper permet de limiter le phénomène de frustration, mais nuit à l'image de soi et à la convivialité.

➡ Faites preuve de souplesse et adaptez-vous aux demandes. Par exemple :

- Restez à l'écoute des plaintes ; observez les conflits et communiquez avec les résidents en cas d'alerte (changement de comportement, perte d'appétit, signes d'agacement).
- Si l'espace disponible le permet, laissez des places vides pour donner la possibilité aux convives de changer de place s'ils le souhaitent. Cette disposition facilite également l'intégration des nouveaux venus (voir ci-dessous) et l'organisation d'un repas avec les proches.
- Variez la taille des tables : la présence de tables de tailles différentes (2, 4, 6, 8 convives…) facilite le rassemblement par affinités.

Pour encourager les changements de place, vous pouvez :

➡ Proposer aux résidents qui le souhaitent de modifier les plans de table, tous les trimestres, par exemple. Cette solution évite de pérenniser des associations malvenues et incite les résidents à faire connaissance.

➡ Proposer un placement libre aux résidents qui sont en mesure d'effectuer ce type de choix et de l'exprimer.

Attention toutefois : ces deux options ne sont pas adaptées si la majorité des résidents sont désorientés et ont besoin, au contraire, de repères spatio-temporels.

ATTENTION

- N'obligez jamais un résident à changer de place (certains ont besoin de repères).
- Laissez les petits conflits se résoudre d'eux-mêmes : ils sont partie intégrante de la vie collective.
- Si vous observez une cohabitation difficile entre deux résidents, la solution n'est pas toujours la séparation. Par exemple, certains couples passent leur temps à se disputer mais n'envisagent à aucun moment la séparation. N'intervenez que si eux-mêmes le demandent, et/ou si cela perturbe les autres convives (plaintes exprimées, pertes d'appétit constatées…).

- Soyez particulièrement attentifs à l'accueil d'un nouveau résident. Par exemple :
  - Une fois installée dans sa chambre, la personne est présentée aux autres résidents ; observez les affinités naturelles.
  - Désignez un référent qui accompagnera la personne les premiers jours, pour faciliter la prise de repères dans les locaux et les contacts avec les autres résidents, et sera son interlocuteur privilégié en cas de questions, de doutes, de peurs…
  - Vous pouvez proposer au nouveau venu de prendre son premier repas en chambre, dans un contexte plus intime, pour faciliter la transition, mais ne vous opposez surtout pas à un désir de manger en salle commune.
  - Incitez le résident à prendre les repas suivants en salle commune. En concertation avec son référent, proposez-lui une place qui semble adaptée ou laissez la personne choisir sa place si elle a déjà lié des affinités.
  - Présentez-lui les résidents de sa tablée.
  - Observez attentivement le déroulé des repas pendant deux à trois jours et ajustez les plans de table si ce premier placement ne convient pas.

    Remarque
    Ces ajustements seront facilités si vous avez prévu plusieurs places libres dans la salle.

  - Ne placez pas systématiquement le nouvel arrivant à la place du résident qui l'a précédé (voir ci-dessous).

Facilitez l'intégration du nouveau venu en marquant son arrivée par un apéritif, un gâteau de fête…

- Menez une réflexion éthique en équipe en cas de décès (ou même de départ) d'un résident : il faut respecter une phase de deuil, un rituel, et distinguer clairement cet événement de l'arrivée d'un nouveau résident. Laisser la place libre quelques temps facilite la transition et permet au nouvel arrivant de se faire sa propre place.

ATTENTION

En cas d'incident, même anodin et fréquent comme dans le cas d'une fausse route, il est important de communiquer auprès des autres résidents car cela cause une sorte de malaise, de choc qui perturbe le repas. Expliquez simplement que la personne a fait un malaise, qu'on s'occupe d'elle et qu'elle sera bientôt de retour.

FICHE 15 • Ouvrir l'établissement sur l'extérieur

En synthèse

Ouvrir l'établissement à des non-résidents à l'occasion des repas permet d'enrichir les échanges, de valoriser les résidents, et contrecarre le sentiment d'enfermement et d'isolement, parfois perçu par les résidents. Cette ouverture peut devenir un véritable principe de fonctionnement.

En pratique

- Invitez les proches (famille et amis) à partager ponctuellement le repas des résidents :
  - Mentionnez les tarifs et modalités de réservation et de facturation dans le livret d'accueil du résident.
  - Le menu et ses alternatives sont communiqués sur demande aux intéressés, qui passent commande au plus tard la veille du jour de production des repas.

Vous pouvez autoriser les proches à apporter leur repas et celui du résident. Pour plus d'informations sur cette procédure, vous pouvez contacter Didier Girard, ingénieur hospitalier au centre hospitalier Le Mans et président de l'UDIHR, à l'adresse dgirard@ch-lemans.fr.

  - Prévoyez un espace ménageant un peu d'intimité, permettant au résidant de s'isoler avec ses invités (salle d'animation, de repos, salon de réception, petite salle à part entière…) et/ou des places libres dans la salle commune.

- Accueillez les enfants des écoles environnantes pour le goûter (voire pour le déjeuner). Peu coûteuse, cette pratique favorise le rapprochement inter-générationnel et crée un événementiel festif. Cet échange peut être l'occasion d'un atelier cuisine pour la préparation de pâtisseries (gâteaux, crêpes…) avec les enfants (voir fiche 4).

  - Contactez les écoles locales pour leur signifier votre intérêt.
  - Communiquez à l'école les contraintes et spécificités de votre établissement (capacité d'accueil, capacité d'encadrement de la visite, etc.).
  - Définissez ensemble les modalités pratiques de cet accueil (prise en charge financière, modalités de transport, activités proposées…).

- À l'occasion des événements (fêtes religieuses, anniversaire de l'établissement, fêtes régionales…), invitez les personnes âgées isolées, les membres des clubs locaux du 3e âge…
  - L'annonce de l'événement, précisant les tarifs et modalités de réservation, est adressée aux clubs et associations identifiés, au centre communal d'action sociale (CCAS) local, à la mairie, ainsi qu'aux journaux locaux.
  - Le menu et ses alternatives sont communiqués sur demande aux intéressés, qui passent commande au plus tard la veille du jour de production des repas.

- Prévoyez l'espace nécessaire : réorganisez la (les) salle(s) à manger si vous disposez de l'espace nécessaire, réquisitionnez exceptionnellement d'autres espaces (salle d'animation, de repos, hall d'entrée…), exploitez les terrasses et jardins si la météo le permet…

ATTENTION

Assurez-vous que les réorganisations ne gênent pas la circulation des résidents à mobilité réduite ou en fauteuil roulant.

- Prévoyez le matériel nécessaire : assiettes, couverts, tables, chaises…

Avant de vous adresser à une société de location spécialisée, rapprochez-vous de votre mairie et/ou de votre CCAS : ils peuvent accepter de vous prêter (ou de vous louer) du matériel, voire des locaux.

À plus grande échelle, pour une ouverture au quotidien, vous pouvez également :

- Mutualiser la restauration avec d'autres établissements collectifs (écoles, crèches, restaurants d'entreprises…) ;
- Ouvrir la restauration au grand public (en proposant par exemple une formule « menu du jour » à prix attractif), notamment aux personnes âgées isolées et aux retraités du quartier qui souhaiteraient se familiariser avec l'établissement en vue d'une entrée en institution.

FICHE 16 • Casser la routine

En synthèse

Vous pouvez rythmer la vie de l'établissement par l'instauration de rituels, mais aussi par l'organisation d'événements qui seront l'occasion, pour les résidents, de faire appel aux souvenirs et/ou d'éveiller les curiosités.

En pratique

- Créez des rituels, en modifiant le dressage et la décoration des tables (voir fiche 2), le mode de service (voir fiche 13), en prévoyant un menu plus festif… Vous pouvez ritualiser :
  - Le dimanche, jour de repos, traditionnellement important pour les personnes âgées.
  - Les fêtes religieuses.
  - Les fêtes (nationales ou locales) liées aux aliments : proposez des crêpes à la Chandeleur, de l'agneau ou du chevreau à Pâques…

Pour redonner du rythme de vie, vous pouvez proposer deux repas améliorés dans la semaine, par exemple le dimanche et le jeudi :

- Le mercredi et le samedi, les résidents attendent, parlent de ce qui va venir.
- Le jeudi et le dimanche, les résident profitent, goûtent ce repas amélioré.
- Le vendredi et le lundi, les résidents commentent.
- Le mardi est, lui aussi, identifié puisque c'est le seul jour où les discussions ne sont pas alimentées.

- Sortez des murs de l'établissement
  - À la belle saison, proposez des repas en extérieur, si l'établissement dispose de terrasses et/ou d'un jardin.
  - Organisez des repas hors de l'établissement. Par exemple :
    - Participez aux fêtes et événements organisés par le CCAS local, la municipalité…
    - Organisez des sorties au restaurant.

- Organisez des événements dans l'établissement, réservés aux résidents ou ouverts au grand public : goûters « kermesses », animations chantées, repas à thèmes, portes ouvertes avec animations sur l'alimentation (dégustations et présentation de produits par des producteurs locaux, quiz-concours…).

« Cette année nous avons déterminé le thème de la semaine bleue pour notre secteur personnes âgées, ainsi que celui de la journée du goût. Tous les ans, les cuisiniers et les diététiciennes se mobilisent pour offrir une prestation particulière lors de cette semaine bleue sur des thèmes divers et variés en relation avec l'alimentation, comme la musique, le cinéma, la chanson… et cette année la peinture.

À cette occasion, cette année sera organisé un concours de dessin sous forme d'affiches sur le thème de la journée du goût : acide, amer, sucré, salé. Tous les services qui le souhaitent, ainsi que nos partenaires clients extérieurs, pourront y participer. Le site déclaré gagnant par le jury se verra offrir une prestation repas surprise améliorée qu'il tirera au sort. ”

Patrick Josien, responsable de la restauration, CH Henri Ey, Bonneval

Les événements ouverts au public (kermesse, loto) peuvent permettre de récolter des fonds pour l'amélioration du quotidien des résidents.

- Fêtez les anniversaires des résidents (voir fiche 32).
- Organisez des repas socialisants (voir fiche 8).

FICHE 17 • Assurer de bonnes conditions de repas

En synthèse

Pour bien s'alimenter, le résident doit être dans des conditions qui s'y prêtent, aussi bien au niveau physique que psychologique.

En pratique

➡ Effectuez régulièrement des bilans pour évaluer les capacités fonctionnelles et sensorielles des résidents (pour la vue, l'ouïe, l'odorat et le goût, voir *Pour vous aider*, ci-dessous), et tentez d'adapter la prestation en conséquence. Par exemple :

- Si le résident présente des troubles fonctionnels, proposez-lui des aides techniques et, si nécessaire, mettez en place une aide au repas (voir fiche 40).

- Si le résident a un problème de vue, prenez en compte son champ visuel (voir fiche 39).
- Si le résident a du mal à percevoir le sel dans un plat chaud ou le sucre dans un yaourt, permettez-lui d'en rajouter.
- Si le trouble est trop prononcé et que vous ne pouvez pas le compenser (par exemple, dans le cas d'une perte de capacité à percevoir le sucre ou le sel), expliquez au résident que cette fonction a décliné à cause de son âge, qu'il n'est plus capable de faire la distinction, et que ce n'est pas lié à la qualité du plat. Cela limitera sa perception négative de la prestation, son mécontentement et sa frustration.

➡ Contrôlez régulièrement :

- Les gencives et les dents (détartrage et contrôle annuel, détection des caries, abcès et autres sources potentielles de douleurs, prescription et adaptation des appareillages…).
- La vue (suivi des capacités visuelles, détection de troubles de la vision – dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), glaucome…) – prescription et adaptation des appareillages…).

Ce suivi doit être effectué par des médecins spécialistes. Il peut avoir lieu :

- Chez le spécialiste désigné par le résident ou l'établissement. Dans ce cas, assurez la prise de rendez-vous et, au besoin, organisez le déplacement.
- Au sein de l'établissement, si vous disposez du matériel nécessaire. Dans ce cas, établissez une convention avec un chirurgien dentiste (ou un groupement de dentistes) qui assurera les permanences nécessaires aux jours et heures fixés dans le contrat.

Ce suivi est d'autant plus important dans le cas des résidents qui ne peuvent s'exprimer correctement (difficultés d'élocution, maladie d'Alzheimer…).

➡ Assurez-vous que les résidents ont une bonne hygiène dentaire :

- Soins de bouche après chaque repas (brossage des dents avec un dentifrice fluoré et évacuation des débris éventuels).
- Nettoyage des appareils dentaires 1 à 2 fois par jour. Les modalités d'entretien des prothèses dentaires varient en fonction du matériau, de leur caractère fixe ou amovible, etc. ; référez-vous aux indications du spécialiste. De façon générale :
  - ❖ Le dentifrice au fluor est inutile sur des dents artificielles.
  - ❖ Les comprimés effervescents de nettoyage ne doivent pas remplacer un brossage efficace.
  - ❖ Ne laissez pas tremper la prothèse dentaire toute la nuit : séchez-la après lavage et mettez-la dans la boîte à prothèse.

Vous pouvez prendre contact avec votre antenne départementale de l'union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD – www.ufsbd.fr) pour envisager une formation du personnel sur les soins bucco-dentaires.

Renseignez-vous également auprès de l'ARS sur les initiatives locales : certains réseaux professionnels peuvent vous proposer des formations spécifiques, ciblées sur la pratique. Par exemple, le réseau Régies 95 propose, depuis 2009, une formation à destination des soignants, médecins coordonnateurs et chirugiens-dentistes ressources des établissements hébergeant des personnes âgées (formation en cours de labellisation).

Selon les cas, la formation peut être autofinancée, prise en charge au titre de la formation continue, ou financée par l'ARS (selon les dotations départementales disponibles).

➡ Avant chaque repas, assurez-vous que chacun porte ses appareillages (lunettes, dentiers…) et qu'ils sont correctement mis en place.

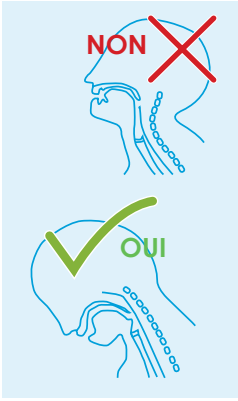
➡ Avant de servir le repas, vérifiez la position et le bien-être général du résident :

- Par rapport à la table ou à la tablette :
  - ❖ Le résident doit être suffisamment haut pour que la table / la tablette ne gêne pas ses mouvements.
  - ❖ Il doit également être suffisamment proche de la table / la tablette pour ne pas se salir.

ATTENTION

Les tables doivent être adaptées aux résidents en fauteuil roulant et aux sièges avec accoudoirs (voir fiche 9).

  - ❖ Le corps est positionné perpendiculairement à la table / la tablette.



- **Si le résident mange en salle commune**, vérifiez sa position dans le fauteuil (en particulier s'il s'agit d'un fauteuil roulant) :
  - ❖ Le buste doit être droit, la tête légèrement penchée en avant
  - ❖ Si le résident est en fauteuil roulant, vérifiez auprès d'un ergothérapeute que le fauteuil est adapté à sa taille (hauteur et profondeur d'assise, hauteur des accoudoirs) et que les pieds sont stabilisés et bien appuyés.

- **Si le résident ne parvient pas à se maintenir seul dans cette position et/ou glisse dans son siège :**
  - Proposez-lui un fauteuil avec des accoudoirs, sur lesquels il pourra prendre appui.
  - Utilisez des accessoires de positionnement en mousse et des ustensiles de stabilisation, en plus des coussins anti-escarres (n'hésitez pas à consulter un ergothérapeute à ce sujet).

- **Si le résident prend son repas au lit :**
  - Redressez le dossier au maximum : le buste doit être droit et la tête légèrement penchée vers l'avant pour éviter les fausses routes.
  - Relevez ses genoux pour éviter qu'il ne glisse dans le lit. Pour cela, vous pouvez utiliser, selon les moyens matériels disponibles, la plicature du lit ou des accessoires de positionnement en mousse.
- Vérifiez que les couverts et le verre sont à sa portée.

ATTENTION

Si vous constatez des difficultés particulières, n'hésitez pas à consulter un ergothérapeute.

➡ En cas de dépendance pour les déplacements, demandez au résident s'il a envie d'uriner avant de l'amener à table (ou de le servir, dans le cas d'un service en chambre).

➡ Évaluez les éventuelles douleurs et les traiter si nécessaire.

Il est plus difficile de détecter une douleur chez les résidents ayant des difficultés à s'exprimer (en cas de maladie d'Alzheimer par exemple). Dans ce cas, utilisez une échelle d'évaluation de la douleur adaptée.

OUTIL 11 : Échelle d'évaluation de la douleur chez les résidents Alzheimer

➡ Laissez le temps au résident de consommer les plats, selon ses capacités fonctionnelles et sans le presser.

Les repas principaux doivent durer au moins 45 minutes pour le petit-déjeuner et le dîner, et 1 heure pour le déjeuner.

ATTENTION

Il faut toujours privilégier le plat protéique et ne pas se précipiter sur le dessert (réflexe de facilité en cas de refus alimentaire). Si le temps manque en fin de repas, proposez au résident de consommer le laitage et/ou le dessert en salle café (si elle existe) ou dans sa chambre.

Laisser à la personne le temps de manger augmente de 25 % les apports alimentaires spontanés.

➡ N'introduisez pas de dérangements ou de distractions inutiles (soins, interventions diverses de l'équipe de soin). Ce temps doit être exclusivement réservé au repas.

➡ Si le résident rechigne à se rendre à table et/ou à s'alimenter, stimulez-le et encouragez-le. Par exemple, avant le repas, parlez-lui du menu (en insistant sur les plats susceptibles de lui plaire), du bon moment qu'il va passer, des gens qu'il va retrouver… Cet échange peut avoir lieu pendant la toilette, pendant les soins, pendant qu'il est conduit à table, etc.

ATTENTION

➡ **Les médicaments ont un effet sur l'alimentation :**

- Ils sont responsables d'une grande partie des pertes olfactives, voire de goût : n'hésitez pas à revoir les prescriptions si nécessaire.
- Distribuez de préférence les médicaments après le repas, pour éviter l'effet coupe-faim.
- N'écrasez pas les cachets dans les plats du repas car– ils en modifient le goût et peuvent perdre de leur efficacité. Dispersez-les plutôt dans un peu d'eau ou de compote, et uniquement en cas de troubles de la déglutition.

Les médicaments ayant un effet négatif sur l'appétit :

- Les antibiotiques
- Certaines classes d'antidépresseurs
- Les antiépileptiques
- Les antifongiques
- Les antiparkinsoniens
- Les chimiothérapies anticancéreuses
- Les hypolipidémiants
- Les hypotenseurs

➡ **À l'inverse, les aliments ou les nutriments peuvent modifier l'efficacité des médicaments :**

- Le pamplemousse (fruit entier, jus, confiture, extraits de pépin) inhibe l'action d'enzymes impliquées dans le catabolisme de nombreux médicaments. Ainsi, le pamplemousse (ou ses dérivés) augmente les concentrations plasmatiques des médicaments concernés, ce qui expose à des effets indésirables dose-dépendants. Comme l'activité de ces enzymes est déterminée génétiquement, les effets du pamplemousse sont difficiles à prévoir et variables d'un sujet à l'autre. Parmi les médicaments concernés, on trouve des immunodépresseurs, des anxiolytiques, des statines (hypocholestérolémiants) et la plupart des inhibiteurs calciques.
- De nombreux anticancéreux, ont besoin d'un environnement pro-oxydant pour être actifs ou pour être métabolisés en molécules actives. Par conséquent, l'ingestion de doses élevées d'antioxydants, en particulier de vitamine E (sous forme de compléments alimentaires), peut diminuer ou annihiler les effets de la chimiothérapie.

Pour vous aider…

➡ **Le livre *Communiquer avec des personnes âgées – La Clé des Sens***, de Martine Perron, vous propose un modèle de bilan sensoriel.

➡ **La mallette pédagogique MobiQual** contient une fiche pratique *L'hygiène bucco-dentaire* » (fiche 3), et aborde la problématique du confort dans la fiche 5, *Les aides techniques pour le repas*.

FICHE 18 • Optimiser les horaires des repas

En synthèse

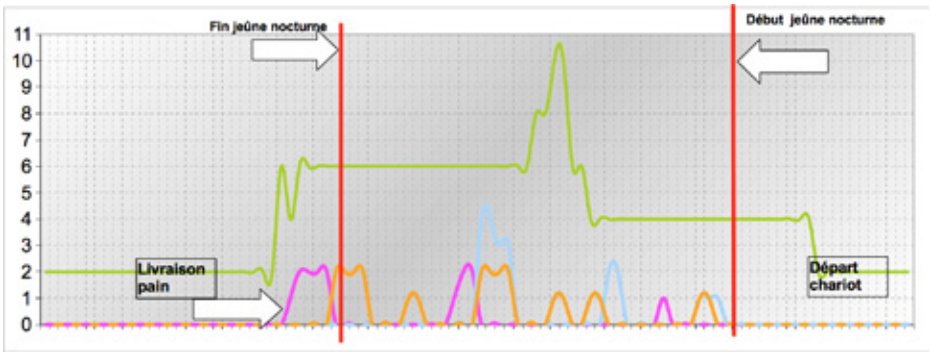
L'optimisation des horaires de repas permet :

- De réduire le jeûne nocturne : diminution des risques d'hypoglycémie ;
- De diminuer l'impact négatif de la sensation de satiété ;
- De mieux répartir les apports alimentaires sur la journée.

L'objectif est de maintenir un écart minimum de 3 heures entre chaque prise, et de ne pas dépasser 12 heures de jeûne.

En pratique

- Plus que toute autre, la mise en place de cette initiative demande une gestion de projet rigoureuse et structurée car elle demande une réorganisation complète du fonctionnement de l'établissement et concerne l'ensemble du personnel.
  - Réalisez un audit initial complet des procédures en place (répartition et durée des tâches), au-delà de la fonction de restauration, pour définir les leviers d'action pertinents et l'amplitude des ajustements nécessaires.
  - Identifiez et analysez les pics d'activité et les pics de présence du personnel.
  - Identifiez les tâches que vous ne pourrez, en aucun cas, déplacer dans le temps ou entre catégories professionnelles. Vous n'interviendrez que sur les tâches restantes.



ATTENTION

Cette réflexion est primordiale et conditionne le succès du projet. Analysez chaque tâche l'esprit ouvert, sans vous laisser influencer par les idées reçues.

Par exemple, la toilette des résidents ne doit pas obligatoirement être réalisée avant le petit-déjeuner !

- Étudiez en équipe différents scénarios de réorganisation. Vous pouvez, de façon complémentaire :
  - ❖ Redistribuer certaines tâches entre les équipes de jour et celles de nuit. Par exemple :
    - ◊ Une partie du nettoyage est attribuée aux équipes de nuit (vaisselle, sols…).
    - ◊ La collation du soir est assurée par les équipes de nuit.
    - ◊ Les bilans sanguins sont pris en charge par les IDE de l'équipe de jour.
    - ◊ La préparation des petits-déjeuners est transférée sur le planning de l'équipe de jour.

- ❖ Redistribuer certaines tâches entre catégories professionnelles (transfert de tâches entre IDE et AS d'une part, entre AS et agent des services hospitaliers (ASH) d'autre part).
- ❖ Modifier l'ordre des tâches. Par exemple :
  - ◊ Les toilettes sont effectuées après le petit-déjeuner, voire l'après-midi (sauf si le résident est souillé au réveil).
  - ◊ Les bilans sanguins qui ne nécessitent pas que le résident soit à jeun sont reportés après le petit-déjeuner.
- ❖ Modifier les horaires de travail d'une partie du personnel (avancée ou recul des horaires) avec éventuellement un passage en horaires décalés pour fluidifier le déroulement de la journée.
- ❖ Optimisez les tâches. Par exemple :
  - ◊ Diminuez le nombre d'agents présents aux transmissions ciblées et limitez ces dernières aux informations réellement essentielles à la conduite des soins du matin. Les considérations générales, consignées dans le dossier du résident, peuvent être consultées ultérieurement.
  - ◊ Si besoin, rénovez les cuisines et offices et investissez dans du matériel performant et adapté qui simplifiera la logistique et diminuera la durée des tâches.
  - ◊ Précisez les fiches de poste, en clarifiant l'attribution des tâches et les roulements éventuels (augmentation de l'efficience).

- Pour chaque action corrective, définissez les acteurs impliqués, leur rôle, des indicateurs et des échéances.
- Effectuez un suivi de projet (analyse des indicateurs et du respect des échéances fixées).
- Une fois les horaires optimisés, refaites un audit à intervalles réguliers (au moins une fois par an) pour détecter et rectifier les dérives éventuelles, procéder à des ajustements, etc.

ATTENTION

Les modifications d'emploi du temps et les transferts de charge sont souvent mal vécus par les personnels et peuvent conduire à un conflit social. De façon particulière, les freins sont souvent plus importants quand il s'agit de reculer le repas du soir. Avancez prudemment et sachez ponctuellement reculer : le dialogue et l'écoute sont essentiels pour réussir ce type de projet.

N'hésitez pas à vous faire accompagner par un organisme tel que l'ANAP (ex-MEAH) ou par un cabinet-conseil, qui vous apporteront des outils, une méthodologie, une expérience et un regard extérieur objectif sur vos pratiques.

➡ Pour motiver le personnel et diminuer les résistances au changement, sensibilisez-les et n'hésitez pas à utiliser, selon la taille de l'établissement et/ou le nombre de services impliqués :

- Un management participatif : recueillez l'avis de tous les membres du personnel sur l'organisation des tâches, incitez-les à proposer des solutions et pistes d'adaptation, et invitez-les aux réunions de travail. Cette solution, très impliquante pour l'ensemble des salariés, permet de collecter des idées variées et de soulever des problèmes quotidiens.
- Un management de proximité : impliquez les cadres inclus dans les groupes de travail, en leur demandant d'accompagner les équipes dans la mise en place du changement.

« Maintenant, nous servons les petits-déjeuners à 7h30, et le dîner se termine à 19 h 30. Nous avons réussi à gagner 45 minutes le matin, et 30 minutes le soir. Cela s'est traduit par une augmentation de la satisfaction des patients sur l'horaire du soir : nous sommes passés de 35 % à 65 % de « très satisfait ». »

Laurence Debord, diététicienne, CH de Montmorillon

➡ Si le projet vous semble compliqué à mettre en place et/ou s'il y a de fortes résistances au changement, prévoyez un déploiement en plusieurs étapes. Plusieurs options s'offrent à vous :

- Si votre établissement est organisé en plusieurs bâtiments ou services, focalisez-vous tout d'abord sur l'un deux, et élargissez progressivement le projet pilote aux autres bâtiments / services. Dans ce cas, le déploiement est facilité par :
  - ❖ L'expérience du service pilote (enseignements pratiques, utilisation des outils créés à cette occasion, abandon de procédures / outils / suivis jugés inutiles…).
  - ❖ Le succès du projet pilote, qui sensibilise les autres équipes et les incite à relever eux aussi le défi.
  - ❖ L'implication d'une partie de l'équipe pilote dans le groupe projet des autres services qui répond aux questions, rassure, partage leurs astuces…
- Commencez par avancer l'heure du petit-déjeuner, ce qui est généralement plus facile que de reculer l'heure du dîner.
- Fixez-vous des objectifs progressifs. Par exemple, gagner 15 minutes sur un semestre, 15 autres sur le semestre suivant, etc.

ATTENTION

L'horaire du réveil, et par conséquent l'horaire de prise du petit déjeuner, sont très liés au rythme (et donc à l'histoire de vie) du résident. Assouplissez au maximum les horaires de ce repas : servez-le tôt, mais n'obligez pas les lève-tard à le consommer immédiatement (voir fiche 32).

Pour les résidents qui se lèvent tard, cet assouplissement peut aller à l'encontre de la réduction du jeûne, mais les effets délétères d'un repas non consommé sont plus importants que ceux du jeûne. Assurez-vous tout de même que ce repas ne soit pas consommé après 9 h 30, pour que le résident conserve de l'appétit au déjeuner.

Attention également aux résidents diabétiques sous sulfamide hypoglycémiant ou sous glinide (*Novonorm*) : un lever tardif peut favoriser la survenue d'une hypoglycémie sévère.

« Si la logistique n'est pas adaptée, on peut rencontrer de gros problèmes d'appétit au petit-déjeuner. Par exemple, si la personne est réveillée cinq minutes avant d'être servie, et qu'on revient rapidement lui retirer le plateau. Pour ce repas, la souplesse des horaires est essentielle. »

Bruno Lesourd, gériatre, CHU de Clermont-Ferrand

Pour vous aider…

- **L'outil gratuit *SUIVTACH*** vous sera d'une aide précieuse dans la réorganisation des tâches (identification des pics d'activité et des pics de présence du personnel, ajustement du temps de présence-agent, redistribution des attributions, remaniement des plannings…).
- ***Organisation de la fonction restauration à l'hôpital – Retours d'expériences*** est un guide de bonnes pratiques organisationnelles édité par l'ANAP, qui vous guidera dans l'optimisation de vos procédures.
- **Le DVD *Restauration – Améliorer la prestation au service des patients*** présente, sous forme de vidéos, des retours d'expérience similaires en centre hospitalier. Il permet de sensibiliser les équipes au problème du jeûne nocturne et de montrer par l'exemple que cette réorganisation, certes difficile à mettre en place, est réalisable.

FICHE 19 • Fractionner les apports alimentaires

En synthèse

Le fractionnement des apports alimentaires est effectué sur au minimum quatre repas (petit-déjeuner, déjeuner, goûter et dîner), auxquels vous pouvez rajouter jusqu'à deux collations (sur prescription).

La démultiplication des prises alimentaires permet :

- **Pour les résidents découragés par de grosses portions**, de répartir les apports sur la journée en diminuant les rations servies à chaque repas.
- **Pour les résidents qui se fatiguent vite en mangeant** (troubles de la déglutition, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), suites d'accident vasculaire cérébral – AVC – etc.), de faire une pause au milieu du repas (consommation de l'entrée et du plat principal, repos, puis consommation du fromage et du dessert).
- **En cas de dénutrition**, d'augmenter les apports nutritifs sans augmenter la ration sur chaque repas.
- **De s'adapter au rythme et habitudes de vie des résidents**. Par exemple, une collation nocturne sera bénéfique pour un ancien veilleur de nuit, habitué à manger en pleine nuit et qui a donc peu d'appétit au dîner.

Les collations proposées après le dîner (ou la nuit, quand le résident se réveille) sont particulièrement intéressantes, surtout si le dîner est servi tôt :

- Elles contribuent directement à réduire la période de jeûne.
- Elles permettent de compenser une prise alimentaire réduite du fait d'un écart temporel insuffisant entre le goûter et le dîner.
- Elles sont particulièrement adaptées au rythme des résidents Alzheimer qui ont des réveils nocturnes fréquents.
- Les tisanes aident à l'endormissement et calment les résidents anxieux et/ou déambulants.

ATTENTION

Ces collations ne sont pas synonymes de grignotage ! Elles doivent être réellement réfléchies en fonction des besoins nutritionnels du résident.

Attention également aux effets pervers des collations sur la sensation de satiété : elles ne doivent pas couper l'appétit du résident et nuire à la prise des repas principaux.

En pratique

- Les collations prescrites dans le cadre d'une prise en charge nutritionnelle doivent être gérées par le personnel, qui incite les résidents à les consommer.

ATTENTION

Intégrez la gestion des collations dans les plannings, pour ne pas oublier de les distribuer aux résidents concernés.

➡ Composez des collations nutritives et si possible équilibrées, en proposant selon les goûts et les besoins des résidents :

- Un produit fruitier : jus de fruit, compote, fruit cru…

Mettez des mixeurs à disposition du personnel (une qualité domestique est suffisante). Avec ce matériel peu coûteux, disponible en supermarché, vous pourrez offrir aux résidents des jus de fruits frais à toute heure.

Cette initiative permet d'utiliser les fruits non consommés pendant le repas (lutte contre la perte et le gaspillage) et constitue une source d'hydratation très appréciée des résidents.

La cuisine peut également inclure les fruits nécessaires dans ses commandes habituelles, et les fournir régulièrement au personnel soignant ou hôtelier. Cette démarche sera facilitée si vous définissez des recettes saisonnières.

- Un produit laitier : yaourt, fromage blanc, fromage en portion ou à la coupe, lait…
- Un produit céréalier : pain frais, biscotte, bouillie de céréales…

- Un produit riche en protéines : jambon, saucisson…
- Une boisson (froide ou chaude) : eau, sirop, thé / tisane, café (moulu ou soluble), lait, chocolat en poudre…

ATTENTION

Les composantes de la collation doivent être adaptées aux capacités sensorielles et motrices des résidents qui n'oseront pas forcément demander de l'aide : privilégiez les produits qu'ils pourront consommer en toute autonomie, tenez compte des troubles de la mastication et la déglutition, assistez les résidents présentant des difficultés motrices, etc.

Par exemple :

➡ Choisissez de préférence des produits sans emballage, ou vérifiez que l'emballage soit facile à ouvrir, même avec des difficultés motrices.

➡ Si vous proposez des fruits frais :

- Assurez-vous qu'ils soient parfaitement mûrs.
- S'il s'agit de fruits durs comme les pommes, ils ne conviendront pas en l'état aux résidents ayant des troubles de la mastication et de la déglutition. Servez-les dans ce cas sous forme de compote ou de jus.
- Pour les résidents présentant des difficultés motrices ou un handicap temporaire, pensez à éplucher les fruits qui le nécessitent et à les couper en bouchées.
- Si la peau ne se mange pas (agrumes par exemple), pensez aux résidents présentant des difficultés motrices et épluchez-les vous-même avant de les présenter.

➡ La gestion de ces collations sera facilitée si vous disposez de réfrigérateurs, de micro-ondes et de bouilloires, en dehors de la cuisine professionnelle (cuisine d'appoint, équipements mobiles, matériel des offices…).

ATTENTION

Pour les collations, vous pouvez vous contenter d'un matériel de qualité standard mais, tout comme le matériel professionnel, il doit faire l'objet d'un programme de maintenance et d'entretien conforme au protocole *Hazard Analysis critical control point* (HACCP).

Restez vigilants sur la vitesse et les modalités de transfert des produits depuis la cuisine professionnelle (transfert rapide et respectant la chaîne du froid, récipients fermés ou filmés…).

Remarque

Ces collations à visée nutritionnelle ne doivent pas être confondues avec les collations « plaisir » que vous pouvez proposer par ailleurs à l'ensemble des résidents. Ces collations « plaisir » peuvent être :

➡ Fournies par le personnel à la demande du résident.

➡ Proposées en libre service, gratuitement dans les chambres ou les parties communes, ou à l'achat dans un espace boutique ou un distributeur à monnayeur. Par exemple, vous pouvez mettre à disposition des résidents des corbeilles de fruits frais, en soignant la présentation : on apprécie mieux une fraise posée dans un joli panier et que l'on ira choisir soi-même, qu'une fraise présentée sur un plateau ou dans une barquette. Cette solution présente deux avantages :

- Les produits peuvent être consommés au rythme de chacun : c'est un espace de liberté pour les résidents.
- Le fait de pouvoir offrir ces produits à ses visiteurs redonne un statut social à la personne âgée : elle n'est plus dans la seule situation de recevoir, mais aussi de donner et de partager.

Attention toutefois :

➡ Vérifiez que les produits mis à disposition des résidents soient accessibles physiquement :

- Pensez aux personnes à mobilité réduite : privilégiez une mise à disposition dans les chambres, près du lit et/ou du fauteuil, et/ou dans un endroit de passage fréquent.
- Assurez-vous que les produits soient disposés à hauteur d'homme.
- Si les produits sont stockés dans un placard ou une enceinte réfrigérée, assurez-vous que les portes soient manipulables facilement.

➡ Cette solution ne convient pas pour les résidents désorientés, boulimiques ou diabétiques, qu'il est délicat de raisonner lorsqu'ils ont de la nourriture à disposition.

FICHE 20 • Favoriser une activité physique quotidienne

En synthèse

L'activité physique permet d'entretenir les fonctions motrices nécessaires à la prise du repas (souplesse des articulations – taille, épaules, coudes, poignets, doigts – et précision des mouvements nécessaires pour manipuler les couverts, attraper un verre, porter les aliments à la bouche, etc.) et lutte contre la sarcopénie (elle stimule la synthèse protéique musculaire et est donc indispensable pour retenir les protéines ingérées). De plus, l'activité physique est bonne pour le système cardio-vasculaire et lutte contre le diabète de type 2. Elle devrait accompagner tout programme de renutrition, beaucoup moins efficace en son absence. Elle est d'autant plus importante que les sujets sont alités, l'alitement entraînant une perte de masse musculaire quotidienne.

En outre, plus l'activité musculaire est grande, plus elle active le métabolisme en brûlant de l'énergie, ce qui nécessite un apport supplémentaire d'aliments et d'eau : se dépenser physiquement amène le résident à manger et à boire par besoin et envie, et non par contrainte ou habitude.

En pratique

- Stimulez le résident pour qu'il effectue par lui-même les gestes du quotidien, dans la limite de ses capacités motrices et psychiques : incitez-le à s'habiller, se laver, se coiffer, manger, ranger sa chambre, marcher… En cas de difficulté, assistez-le dans ses gestes, montrez-lui l'exemple à suivre, mais évitez autant que possible de le faire à sa place.
- Encouragez les promenades, les activités manuelles, la pratique des loisirs.
- Organisez régulièrement, si possible avant le repas, une animation basée sur des exercices physiques simples.
  - Déroulé type d'une séance :
    - Faites l'appel : cela permet à la personne âgée d'être reconnue en tant que personne active ; cela contribue au réveil de l'esprit.
    - Demandez aux participants de prendre conscience de leur corps par une mobilisation de la tête, des membres, du tronc. Ces premiers exercices permettent au résident de s'échauffer mais aussi de développer la réceptivité des participants. Ce réveil du corps doit se faire de la tête vers les pieds.
    - Passez ensuite à des exercices qui demandent plus de concentration, de réflexion et de coordination.

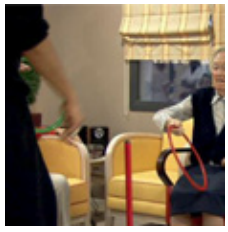
Vous pouvez terminer cette animation par des chansons évoquant l'alimentation et les repas : c'est un moment d'échange avec les autres qui provoque la joie de vivre. Ces chansons donnent envie de se déplacer vers la table où sera servi le repas, et stimulent la salivation.

- Prévoyez un temps pour que les participants partagent leurs impressions.
- La musique a un effet entraînant qui favorise l'activité physique.
- Misez sur l'aspect ludique des séances de groupe, en choisissant des jeux collaboratifs sans mise en concurrence. Par exemple : se passer le ballon, faire un circuit en relais…

- Proposez des activités physiques adaptées, sans rechercher la performance :
  - Incitez le résident sans l'obliger et expliquez-lui combien il est important de bouger ;
  - Définissez avec chaque résident des objectifs réalistes qui ne le mettent pas en échec ;
  - Mettez-le en confiance, rassurez-le, surtout s'il craint de tomber.

Pour que l'activité physique soit profitable, il est souhaitable de bouger par périodes d'au moins 10 minutes.

- Différents types d'exercices simples sont possibles :
  - Exercices « aérobies » ;
  - Exercices contre résistance, qui améliorent la masse et la force musculaire, même chez les sujets très âgés et fragiles, et freinent la perte de masse osseuse ;
  - Exercices d'équilibre ;
  - Exercices visant à favoriser la souplesse articulaire.



- Quelques exemples d'exercices :
  - **Je pétris.** Le résident pétrit une balle de mousse ou un foulard roulé en boule.
  - **La marche sur les fesses.** Assis dans un fauteuil, le résident avance et recule sur l'assise.
  - **Je cours, je cours…** Le résident mime une course sur place, en montant les genoux et en balançant les bras, à son rythme, pendant 15 secondes, se repose quelques secondes et recommence 3 fois.
  - **Je lève la jambe.** Assis sur une chaise, le résident lève la jambe, la laisse tendue quelques secondes, la repose. Il recommence plusieurs fois.
  - **Je bouge la cheville.** Assis sur une chaise, jambe tendue sur un tabouret, le résident fait des mouvements de la cheville (rotation, flexion, extension).
  - **La bouteille renversée.** Bras tendu, le résident tient d'une main une petite bouteille d'eau en plastique qu'il renverse vers le bas puis vers le haut, une dizaine de fois. Il change ensuite de main. Remarque : remplissez la bouteille selon ses capacités.

ATTENTION

Dans tous les cas, la personne âgée doit accomplir préalablement une phase d'échauffement pendant laquelle elle sera attentive à toute sensation inhabituelle ou désagréable, qui devra la faire ralentir ou s'arrêter et vous consulter. C'est bien entendu encore plus le cas lors de l'activité sportive proprement dite.

De façon générale, la reprise de l'activité doit être progressive, tant en durée qu'en intensité de l'effort. Au cours de l'exercice, l'augmentation de la durée et de l'intensité de l'effort est fonction de la tolérance personnelle à l'exercice et de la régularité de la pratique sportive.

Il existe des appareils parfaitement adaptés aux personnes âgées dont le prix est raisonnable. Ils peuvent constituer l'amorce d'une salle de gym.

Pour vous aider…

La mallette médagogique MobiQual aborde ce sujet dans la fiche pratique 1, *Bouger*.

FICHE 21 • Proposer des activités ludiques

En synthèse

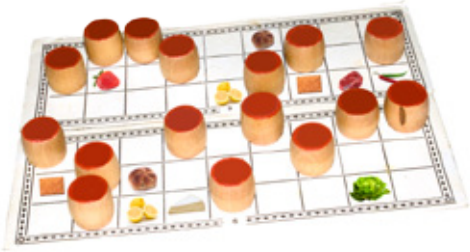
La mise en place d'ateliers ludiques liés à l'alimentation permet d'entretenir les capacités sensorielles et cognitives des résidents. Organisées avant le repas, ces activités permettent également d'éveiller l'appétit.

Remarque
Ces ateliers sont particulièrement appréciés à l'occasion de la visite d'enfants dans l'établissement.

En pratique

Quelques exemples d'ateliers que vous pouvez facilement organiser, à moindre coût :

➡ **Le loto des produits**, variante du célèbre jeu, très prisé par les personnes âgées :



- Remplacez les chiffres des grilles par des photos d'aliments.
- Prévoyez de petits lots car, s'il n'y a rien à gagner, les résidents seront beaucoup moins motivés et intéressés ! Vous pouvez les collecter auprès des familles, d'associations… Pensez aussi à vous adressez à vos fournisseurs et aux entreprises locales.

➡ **Le travail d'expression orale** (réalisé sur la base du menu du jour de préférence) :

- Commencez par présenter l'entrée.
- Invitez les résidents à s'exprimer sur leurs goûts, envies, sensations ressenties à la dégustation de ce plat.
- Demandez ensuite aux résidents de citer les aliments qui entrent dans la composition du plat, puis de citer d'autres recettes que l'on peut faire à partir de ces aliments.
- Incitez les résidents à raconter des anecdotes, des souvenirs d'enfance, liés aux aliments et plats évoqués.
- Recommencez cette série avec le plat principal et le dessert (éventuellement le fromage, si les résidents désirent en parler).

➡ **Le parcours des sens**, si possible en lien avec le menu du jour :

- Proposez des tests en aveugle pour réveiller les sens : les yeux bandés, les résidents doivent reconnaître les différents aliments proposés en les touchant, en les sentant, ou en les goûtant (proposez deux à trois ingrédients différents pour chaque sens). À chaque fois, demandez-leur de précisez ce qu'il ressentent ; par exemple :
  - Au toucher, l'aliment est mou, dur, râpeux, doux, lisse…
  - L'odeur de l'aliment est piquante, sucrée, chaude…
  - En bouche, l'aliment est fondant, ferme, juteux, la saveur est sucrée, salée, acide, amère, etc.
- Si les participants n'ont pas de troubles de la mastication et de la déglutition, faites goûter les aliments sous différentes formes (cru, cuit au four, frit, en compote…), puis demandez aux résidents de s'exprimer sur ce qu'ils préfèrent, ce qu'ils perçoivent.
- Vous pouvez prolonger cet atelier en leur proposant d'éplucher et de couper les fruits et/ou légumes qui serviront à la confection du repas suivant (voir fiche 4).

➡ **L'atelier du goût :**

- **Première partie**, l'identification des saveurs de base (sucré / salé / acide / amer).
  - ❖ Pour chaque participant, préparez quatre séries de verres contenant les quatre saveurs de base, en diluant dans de l'eau, en concentrations croissantes :

SALÉ : du sel fin | **SUCRÉ :** du sucre | **ACIDE :** du jus de citron | **AMER :** du café

> **Remarque**
> Pour l'acide et l'amer, vous pouvez aussi utiliser des produits préparés et fournis par la pharmacie de l'établissement.

  - ❖ Pour chaque saveur, présentez au résident le verre le moins concentré, et demandez-lui de reconnaître la saveur. S'il ne sent rien ou ne reconnaît pas la saveur, présentez-lui le deuxième verre de la série, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il identifie la saveur.
  - ❖ Notez le score du résident pour chaque saveur. Cela permet à la fois d'établir une sorte de concours entre les participants, et de dresser le profil sensoriel de chaque résident dont vous pourrez suivre l'évolution au cours du temps.

- **Deuxième partie**, la reconnaissance des parfums.
  - ❖ Pour chaque participant, préparez des entremets de différents parfums (par exemple : parfums classiques comme la vanille, citron, menthe, caramel, café… ou plus originaux en y ajoutant une infusion de plantes comme la lavande, le thym, la verveine, du sirop de violette ou de sureau, etc.).

  - ❖ Si la couleur de l'entremets est très caractéristique (vert par exemple pour la menthe), vous pouvez ajouter un colorant alimentaire de goût neutre qui trompera l'oeil (dans ce cas, prévenez les résidents qu'ils ne doivent pas se fier à la couleur), ou faites la dégustation en aveugle.
  - ❖ Les résidents goûtent chaque entremets et tentent de reconnaître les parfums.

> **Remarque**
> Cet atelier vous permet de réaliser un bilan sensoriel, tout en conservant un aspect ludique pour le résident. Pour les motiver à participer, n'hésitez pas à préciser que ce bilan vous permettra d'adapter les plats à leurs capacités sensorielles, pour qu'ils puissent mieux les apprécier.

ATTENTION

Certains participants peuvent ne pas comprendre l'intérêt de cet atelier, s'il leur paraît trop « théorique », notamment en première partie. Dans ce cas, vous pouvez poursuivre l'atelier par une mise en pratique, et leur demandant de reconnaître les saveurs d'aliments comme l'endive (amère), l'orange (acide), le bacon (salé) et la carotte (sucrée).

- **Les produits de saison** : exposition d'une table ornée et chargée de fruits et légumes de saison permettant d'évoquer une saison ainsi que les rituels (paysans, familiaux, régionaux) qui l'accompagnent.

ATTENTION

- Quand on cherche à stimuler le résident, il faut toujours rester sur des activités simples mais sans tomber dans l'infantilisation. Il ne doit pas y avoir de situations d'échec, qui seraient délétères.
- N'obligez jamais un résident à participer à un atelier, même si vous estimez qu'il a besoin d'être stimulé. Incitez-le plutôt en lui décrivant le déroulé de l'atelier (en insistant sur les aspects plaisants) et le plaisir qu'il peut en attendre. Sans être trop insistant, dialoguez pour essayer de comprendre le fondement de ses réticences, cela vous aidera à y répondre point par point.
- Dès lors que vous utilisez des aliments dans un atelier, soyez attentifs à l'hygiène et à la sécurité sanitaire des participants.

« Un chou… Cette dame a cultivé des choux toute sa vie… Elle n'en a plus vu ni touché depuis qu'elle est entrée dans une structure d'accueil aux personnes âgées… Elle a un handicap psychique important… Elle ne parle plus… On dit qu'elle a « perdu la tête » … Je lui pose le chou sur les genoux, guide ses mains… Elle touche, elle le caresse… Je l'aide à sentir… Et, tout à coup, elle relève la tête et annone : « Tous les mots en « ou » se terminent par un s sauf choux, cailloux, hiboux… ». C'est une ancienne institutrice… Les soignants qui assistent à scène découvrent, stupéfaits, qu'elle a conservé ce souvenir et la capacité de l'évoquer. Ce chou a ouvert un tiroir de sa mémoire… »

Martine Perron, ancienne directrice d'EHPAD, désormais consultante de l'association Éthique et Gérontologie - Extrait de son livre Communiquer avec des personnes âgées – La Clé des Sens (voir les ressources complémentaires).

Certains résidents peuvent exprimer l'envie de déguster des vins. Pour qu'il y ait un réel intérêt, s'il y a suffisamment de résidents intéressés et avec l'accord du médecin traitant ou du médecin coordonnateur, vous pouvez solliciter un caviste local (ou un bénévole amateur) pour organiser une dégustation pédagogique. Dans les régions viticoles, vous pouvez essayer d'organiser un partenariat avec l'association ou le syndicat local des producteurs.

FICHE 22 • Inciter les résidents à s'hydrater

En synthèse

Les apports hydriques ne doivent pas être négligés :

- Le corps est composé de 60 à 70 % d'eau, essentielle au métabolisme.
- Cette eau doit être renouvelée et la perte quotidienne d'eau dans la sueur, l'urine, les selles et par la respiration doit être compensée.
- Ne pas boire suffisamment expose aux risques de déshydratation et d'insuffisance rénale.

La sensation de soif diminue chez la personne âgée alors que le risque de déshydratation augmente. Pour cette raison, la période de canicule en 2003 a conduit à une surmortalité dans la population âgée.

En pratique

- **Incitez les résidents à boire régulièrement,** sans attendre la sensation de soif :
  - À table et dans la chambre, mettez en évidence la bouteille (ou la carafe) et le verre.

    Remarque :
    Les petites bouteilles sont plus faciles à manipuler que les grosses.
  - Variez les plaisirs en fonction des goûts de la personne (eau plate ou gazeuse, eau aromatisée, jus de fruits, infusion, café, chocolat chaud, chicorée, lait…).
  - Installez un réfrigérateur dans les parties communes (salle à manger, salle d'animation), voire dans les chambres, où vous laisserez les boissons en libre accès.
  - La loi prévoit qu'au moins une pièce doit être climatisée dans l'institution.

RÉPONSES AUX OPPOSITIONS

Argument du résident	*Vos arguments / propositions*
« Je n'ai pas soif. »	« Il ne faut pas attendre d'avoir soif, cette sensation est trompeuse. Le mieux est de boire régulièrement. » Donnez des exemples de répartition dans la journée (voir l'affiche ci-dessous).
« Je n'aime pas l'eau. »	« Vous pouvez boire autre chose. Par exemple, je peux vous proposer du lait, des jus de fruit… Que préférez-vous ? » Au moment des collations, proposez-lui également des aliments riches en eau (voir ci-dessous).
« Si je bois, je vais devoir me lever cette nuit. »	« Ce ne sera pas le cas si vous buvez surtout dans la matinée et en début d'après-midi ». Aidez-le à trouver une bonne répartition des apports sur cette période et laissez-lui un mémo auquel il pourra se référer (vous pouvez vous inspirer de l'affiche ci-dessous).

L'objectif standard est de 1,5 litre / jour soit environ **8 verres, le bol du matin et le bol de soupe le soir**.

Incitez la personne à boire plus si :

- Elle mange moins.
- Elle a de la fièvre (+ 500 ml par °C de fièvre au delà de 37 °C).
- La température extérieure est élevée (été, chauffage…).
- En cas de vomissements, de diarrhées, de traitement diurétique ou laxatif.

ATTENTION

Trop boire avant les repas peut couper l'appétit.

- **Les aliments contribuent également à l'apport hydrique.** Si un résident ne boit pas assez, proposez-lui des aliments riches en eau.

TENEUR EN EAU DES ALIMENTS

Aliment	*Teneur en eau*
Légumes	Plus de 90 %
Fruits	80 à 90 %
Yaourts, fromages frais, crèmes dessert, glaces	Plus de 80 %
Viandes et poissons	65 à 70 %
Fromages à pâte molle (ex. Camembert)	50 à 60 %
Fromages à pâte dure (ex. Comté)	35 à 40 %
Pain	34 %
Céréales (riz, pâtes, semoule)	70 % après cuisson
Légumes secs	12 %
Biscuits et biscottes	5 %
Céréales du petit-déjeuner	2 à 3 %

➡ Si un résident présente des troubles de la déglutition, vous pouvez lui proposer :

- Des boissons épaissies (potage, fruits pressés ou jus de fruits, café au lait…) en utilisant de l'épaississant à base d'amidon de maïs, du gélifiant (gélatine, agar-agar), un œuf ou un liant (fécule de maïs, fécule de pomme de terre, pain, farine).
- De l'eau gélifiée, industrielle ou faite maison. Cette solution est la plus couramment mise en place dans les établissements, mais elle présente de gros inconvénients :
  - ❖ Pour les résidents, ces produits sont difficiles à accepter sur le long terme.
  - ❖ Le principe « eau aromatisée », qui constitue la majeure partie de l'offre industrielle, ne plaît pas à tous les résidents.
  - ❖ Certaines formules se liquéfient trop rapidement en bouche.
  - ❖ Certains épaississants sont sensibles à l'amylase salivaire et se liquéfient au fur et à mesure de la consommation, au contact de la cuillère.
  - ❖ Les recettes maison sont souvent difficiles à mettre au point, mais elles sont mieux acceptées car elles peuvent être adaptées plus facilement au goût du résident.

ATTENTION

➡ L'eau gélifiée n'est pas une eau concentrée ! Elle n'hydrate pas plus que de l'eau normale.

➡ Qu'elle soit produite « maison » ou industriellement, l'eau gélifiée doit être conservée au réfrigérateur, et une portion entamée ne doit être conservée que 24 heures maximum après ouverture.

- De l'eau gazeuse, très efficace pour déclencher le réflexe de déglutition.
- Des yaourts fermes non remués, natures, sucrés ou aromatisés, selon les goûts du résident.

ATTENTION

Les yaourts bulgares, grecs ou brassés ne conviennent pas car ils sont trop liquides.

En termes d'hydratation, **1 yaourt de 125 g = 1 verre d'eau**.

➡ Aidez les résidents à répartir les apports dans la journée. N'hésitez pas à afficher des repères dans l'établissement et/ou à les fournir aux résidents sous forme de fiche plastifiée. Par exemple :

Exemples pour boire suffisamment dans la journée

Petit-déjeuner
1 grand bol de thé
+ 1 verre de jus d'orange

Matinée
1 verre d'eau

Déjeuner
2 à 3 verres d'eau

Goûter
1 tasse de thé

Dîner
1 assiette de potage
+ 2 verres d'eau

Soirée
1 tasse de tisane

- Pour sensibiliser les résidents, vous pouvez également organiser un atelier thérapeutique sur l'hydratation (voir fiche 4).

Pour vous aider…

La mallette pédagogique MobiQual contient une fiche pratique dédiée à ce sujet, intitulée *S'hydrater en buvant et en mangeant* (fiche pratique 2).

FICHES PRATIQUES

THÈME 3

Les actions sur le contenu du repas

Sommaire (1/2)

OBJECTIF : Travailler sur les menus

FICHE 23 • Assouplir, voire supprimer les régimes 97

FICHE 24 • Mettre en place une commission des menus 99

FICHE 25 • Composer des menus variés, équilibrés et adaptés 101

FICHE 26 • Composer des menus ayant un sens pour les résidents 105

OBJECTIF : Soigner la confection des plats

FICHE 27 • Bien choisir ses matières premières 107

FICHE 28 • Maîtriser La préparation des plats 109

OBJECTIF : Contrôler la qualité des plats

FICHE 29 • Déguster les plats en sortie de production 111

FICHE 30 • Des repas qualité 113

Sommaire (2/2)

OBJECTIF : Adapter les repas aux goûts et habitudes de vie

FICHE 31 • Proposer des alternatives pour tous les composants 115

FICHE 32 • Personnaliser les repas 119

FICHE 33 • Ajuster les quantités servies 121

OBJECTIF : Ajuster l'apport nutritionnel

FICHE 34 • Prévention et diagnostic de la dénutrition 123

FICHE 35 • Adapter l'apport aux besoins nutritionnels des résidents 127

FICHE 36 • L'enrichissement des plats 131

FICHE 37 • Les compléments nutritionnels oraux (CNO) 137

FICHE 38 • Une option à étudier : Le régime protéique pulsé 139

FICHE 23 • Assouplir, voire supprimer les régimes

En synthèse

Les régimes restrictifs (sans sel, amaigrissant, diabétique, hypocholestérolémiant, sans résidu) exposent la personne âgée à un risque de dénutrition car ils induisent une monotonie alimentaire, une anorexie et finalement une diminution des apports. Or, chez la personne très âgée, les risques de comorbidité associés à la dénutrition sont plus élevés et graves que ceux associés à un diabète ou une hypercholestérolémie, par exemple. Les régimes restrictifs doivent donc être proscrits chez la personne âgée, sauf exception médicalement justifiée.

En pratique

ATTENTION

Un régime ne peut être prescrit que par le médecin traitant du résident, après un questionnement médical sur sa nécessité réelle (rapport bénéfice/risque tenant compte du risque de dénutrition).

- Pour adapter médicalement **un régime diabétique** :
  - Privilégiez les glucides complexes ;
  - Proposez l'apport de sucre en fin de repas.
- Pour adapter médicalement **un régime sans sel strict** :
  - Cuisez les aliments avec du sel, mais ne laissez pas le résident en ajouter dans son assiette ;
  - Si nécessaire, vous pouvez compenser en prescrivant certains diurétiques (Lasilix par exemple).

- Ne prescrivez **pas de régime hypocholestérolémiant après 70 ans**, s'il n'a pas été proposé antérieurement pour des raisons médicales documentées. Le cas échéant, ré-évaluez sa pertinence.
- Ne prescrivez **pas de régime amaigrissant**.
- **Si un régime est justifié** (par exemple, un régime sans sel en cas d'insuffisance cardiaque aiguë), réévaluez toujours sa pertinence après 1 à 4 semaines.
- **Soyez attentifs aux régimes auto-imposés**, parfois non proclamés (par exemple, une résidente qui souhaiterait maigrir avant l'été) : communiquez avec les résidents et surveillez les modifications de comportement et de prise alimentaire.
- **Ne diabolisez aucun aliment** ; au contraire, privilégiez toujours le plaisir et la diversité.
- Pour éviter toute confusion, ajoutez à la fiche personnelle du résident une rubrique « Préconisations alimentaires », où le médecin (ou la diététicienne) consignera clairement les restrictions (exceptionnelles et toujours temporaires) et ajustements nécessaires.

Le suivi d'un régime restrictif augmente de 3,6 fois la probabilité d'être à risque de dénutrition.

ATTENTION

- Il peut être difficile de convaincre une personne et sa famille d'abandonner un régime suivi depuis des années, parfois pour des raisons absolument irrationnelles, et surtout en cas de régime prescrit par le médecin personnel du résident avant l'admission.
- Méfiez-vous des décalages de perception : la gestion des régimes alimentaires nécessite une communication claire entre l'équipe soignante et l'équipe de restauration. Par exemple, la mention d'un diabète dans le dossier médical ne doit pas impliquer, en cuisine, l'attribution par défaut d'un menu restrictif. Le médecin coordonnateur doit donc préciser quelles sont les obligations strictes, au cas par cas.
- N'affichez jamais la mention « régime » sur la place du résident.

Un cholestérol un peu élevé chez une personne âgée est le signe qu'elle se nourrit bien. *A contrario*, un cholestérol trop bas (< 1, 6 g/L) est un signe de dénutrition. De plus, un léger surpoids protège la personne âgée hospitalisée lors d'un traumatisme ou d'une infection.

Pour vous aider…

La mallette pédagogique MobiQual possède une fiche pratique spécifique, intitulée *Le danger des régimes* (fiche 6).

FICHE 24 • Mettre en place une commission des menus

En synthèse

L'objectif de cette commission est de valider les menus proposés aux résidents, en s'assurant qu'ils sont équilibrés, adaptés et cohérents avec le fonctionnement de l'établissement (respect du budget, organisation des tâches en cuisine, respect des goûts et désirs des résidents lorsqu'ils sont réalisables pour tous…).

En pratique

- La fréquence des commissions de menu doit correspondre au rythme de renouvellement des cycles et plans de menus, idéalement toutes les 4 à 6 semaines.
- La commission des menus regroupe des professionnels des différents corps de métier impliqués dans la restauration (direction, achats, restauration, soins, diététique-nutrition…), ainsi qu'un ou plusieurs représentants des résidents.

- L'objectif premier de ces commissions est de valider les menus d'un cycle d'été et d'un cycle d'hiver. Pour chaque plan de menu, vous devez étudier :
  - L'adéquation des menus avec le plan alimentaire ;
  - L'équilibre nutritionnel, à l'échelle de la journée et de la semaine.

ATTENTION

Cette analyse doit prendre en compte les 4 repas quotidiens et non uniquement le déjeuner et le dîner.

  - La variété proposée ;
  - La présence d'aliments ou de plats saisonniers ;
  - La présence de repas améliorés (par exemple le dimanche), de plats régionaux, de menus festifs, de repas à thème…
  - L'adéquation des menus avec les cultures et les goûts des résidents ;
  - L'adéquation des menus avec le planning d'approvisionnement et de production ;
  - Les conditions de mise en œuvre en cuisine ;
  - Le coût global des menus proposés, en lien avec un tableau de bord du gestionnaire.

Les menus ne sont validés que lorsque tous ces points sont respectés.

OUTIL 3 : Tableau de bord du gestionnaire

- Faites également le point sur la période précédente :
  - Analysez les incidents (plats globalement peu consommés, refus alimentaires…), mais aussi les points positifs (plats particulièrement appréciés, initiatives bien reçues par les résidents…).
  - En cas d'incident, essayez d'identifier les causes et les correctifs à appliquer.

FICHE 25 • Composer des menus variés, équilibrés et adaptés

En synthèse

La composition des menus doit permettre de couvrir les besoins spécifiques des personnes âgées qui, contrairement aux idées reçues, ne sont pas inférieurs à ceux d'un adulte jeune (voir fiche 35).

En pratique

- Misez sur la variété : c'est le meilleur moyen de prévenir les carences.
- Aidez-vous d'un plan alimentaire, établi par exemple sur 4 à 6 semaines (soit 2 à 3 cycles par saison).
- La répartition classique des apports est la suivante :
  - Glucides : 50 à 55 % ;
  - Lipides : 35 à 40 % ;
  - Protéines : 12 à 15 % (voire plus).
- Le petit-déjeuner, comme les autres repas, doit être équilibré et abondant. Il doit comporter :

Une boisson chaude pour l'hydratation : thé, café, chocolat chaud…

Un produit laitier pour l'apport en calcium : yaourt, faisselle, fromage banc, fromage, verre de lait…

Un produit céréalier pour l'apport en glucides complexes : pain frais, biscottes, mueslis, céréales instantanées…

Une matière grasse (beurre cru par exemple) pour l'apport en vitamine A.

Un fruit cru ou un jus de fruit à teneur garantie en vitamine C, en tenant compte des contraintes de mastication et des capacités physiques du résident (fruits tendres, bien mûrs, déjà épluchés, voire mixés…).

Éventuellement, du sucre, du miel et/ou de la confiture pour le plaisir.

Le petit déjeuner doit couvrir un quart de l'apport énergétique total de la journée, soit au moins 350 à 400 kcal.

ATTENTION

Cette composition doit également être respectée pour les résidents nécessitant une texture alimentaire modifiée. Des solutions adaptées vous sont présentées en fiche 42.

À partir de 55 ans | Personnes âgées fragiles

Fruits et légumes		Au moins 5 par jour Au moins 5 par jour	➡ À chaque repas et en cas de petit creux (goûter, collation) ➡ Crus, cuits, nature ou préparés ➡ Frais, surgelés ou en conserve ➡ 1 fruit pressé ou 1 verre de jus de fruit « sans sucre ajouté » : au petit-déjeuner ou au goûter
Pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre et légumes secs		À chaque repas et selon l'appétit À chaque repas et selon l'appétit	➡ Favoriser les aliments complets : pain complet, pâtes et riz complets... ➡ Privilégier la variété des féculents : pain, riz, pâtes, semoule, blé, pommes de terre, lentilles, haricots, châtaignes, sarrasin, etc.
Lait et produits laitiers		3 ou 4 par jour 3 ou 4 par jour	➡ Jouer sur la variété ➡ Privilégier les produits les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés : lait, yaourt, fromage blanc, etc.
Viandes Poissons et produits de la pêche Œufs		1 ou 2 fois par jour 2 fois par jour	➡ Viande : privilégier la variété des espèces et les morceaux les moins gras ➡ Poisson : au moins 2 fois par semaine, frais, surgelé ou en conserve ➡ Limiter les préparations frites et panées ➡ Penser aux abats
Matières grasses ajoutées		En limiter la consommation Sans en abuser	➡ Privilégier les matières grasses végétales (huile d'olive, de colza, de noix, etc.) ➡ Favoriser la variété ➡ Limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème...)
Produits sucrés		En limiter la consommation Sans en abuser	➡ À consommer surtout au cours des repas et des collations ➡ Attention aux bonbons et aux boissons sucrées (sirops, boissons sucrées à base de fruits, nectars, sodas...) ➡ Attention aux aliments gras et sucrés (pâtisseries, viennoiseries, crèmes dessert du commerce, chocolat, barres chocolatées, etc.)
Boissons		1 litre à 1,5 litre par jour 1 litre à 1,5 litre par jour	➡ Eau : au cours et en dehors des repas ➡ Limiter les boissons sucrées ➡ Boissons alcoolisées : ne pas dépasser, par jour, 2 verres de vin pour les femmes (de 10 cl) et 3 pour les hommes ; 2 verres de vin sont équivalents à 2 demis de bière ou 6 cl d'alcool fort
Sel		En limiter la consommation Pas de conseil spécifique	➡ Ne pas manger sans sel sans prescription médicale ➡ Préférer le sel iodé ➡ Saler raisonnablement mais sans excès, ne pas resaler avant de goûter ➡ Réduire l'ajout de sel en cuisinant et dans les eaux de cuisson ➡ Limiter la consommation de produits gras et salés : charcuterie, produits apéritifs salés...
Activité physique		Au moins l'équivalent de 30 mn de marche rapide par jour Bouger chaque jour, le plus possible	➡ Intégrer dans la vie quotidienne : l'activité sous toutes ses formes (marche, vélo, jardinage, etc.), activités sportives (gymnastique, yoga, natation...). ➡ Pour qu'elle soit profitable, il est souhaitable de faire de l'activité physique par périodes d'au moins 10 minutes

- Les personnes très âgées présentent souvent un dégoût de la viande, qui est alors mal reçue, en particulier le soir. Pour assurer un apport suffisant de protéines au dîner, vous pouvez remplacer la viande par des aliments qui contiennent des protéines de bonne qualité : céréales, lait, œuf, oléagineux, légumineuses… Proposez, par exemple, un bol de semoule au lait, du pain perdu pour le sucré, et des plats à base d'œufs, de type quiche, pour le salé. Une autre option est de concentrer les protéines sur le déjeuner (voir fiche 38).
- Assurez de bons apports en fibres : l'apport recommandé est de 30 g de fibres par jour. Cet objectif peut être facilement atteint, en proposant par exemple :

150 à 200 g de légumes verts cuits (une portion avec le plat principal) ;

OU

150 à 200 g de légumes crus (deux crudités) ;

OU

150 à 200 g de fruits (deux petits fruits ou un gros).

- Pour lutter contre l'ostéoporose, assurez de bons apports en calcium.

Par sa consommation alimentaire, le résident doit atteindre un apport de 1 000 à 1 200 mg de calcium/j.

- Proposez au moins trois ou quatre produits laitiers par jour : jouez sur la variété, mais privilégiez les produits nature et les produits les plus riches en calcium : lait, yaourt, fromage blanc, fromages à la coupe, gratins, crèmes dessert « maison »…

ATTENTION

Tous les produits laitiers ne se valent pas : certaines mousses et crèmes dessert, ainsi que le beurre et la crème fraîche, sont pauvres en calcium.

- Proposez une eau minérale riche en calcium (> 150 mg/l).
- Au besoin, prescrivez une supplémentation en calcium pour atteindre les apports conseillés.
- L'assimilation du calcium est conditionnée par les apports en vitamine D : sauf contre-indication médicale, tous les résidents doivent être supplémentés en vitamine D, à hauteur de 100 000 UI/trimestre (prescrivez, par exemple, une ampoule UVEDOSE / résident / trimestre).

ATTENTION

Soyez particulièrement vigilants à l'apport en calcium des résidents confinés au lit.

ALTERNATIVES ET ADAPTATIONS POSSIBLES, EN CAS DE REFUS DES PRODUITS LAITIERS.

Situation	*Vos arguments / propositions*
Le résident évite les produits laitiers car il pense que cela fait grossir	Vous pouvez lui dire que : ➡ Le lait écrémé ou semi-écrémé apporte moins de graisses que le lait entier, mais autant de calcium. ➡ Les fromages à 30 % de matières grasses apportent autant de calcium que ceux à 45 % ou 60 %. ➡ Les yaourts nature et le fromage blanc à 20 % apportent très peu de lipides.
Le résident n'aime aucun produit laitier	Vous pouvez lui conseiller : ➡ De boire de l'eau minérale riche en calcium. ➡ De consommer des aliments qui ont une teneur intéressante en calcium (voir ci-dessus).
En cas d'intolérance réelle au lactose (exceptionnelle)	Optez pour un lait pauvre en lactose, et incitez à la consommation de fromage et de yaourts (ils contiennent une lactase bactérienne).

➡ Proposez des glucides lents au goûter et au dîner : pain complet, semoule de blé, polenta, riz complet, pommes de terre (non réduites en purée), pâtes complètes, légumes secs (lentilles, flageolets)…

- N'oubliez pas les apports hydriques, qui doivent être répartis sur la journée (voir fiche 22).
- Misez toute l'année sur les glaces : très demandées, elles sont particulièrement adaptées aux résidents ayant de grandes difficultés de salivation. En plus de leur intérêt nutritionnel :
  - ❖ Elles apportent du plaisir,
  - ❖ Elles constituent une bonne source d'hydratation pour les résidents présentant des troubles de la déglutition, car leur fraîcheur stimule le réflexe de déglutition.
  - ❖ Elles permettent de limiter les nausées.

Pour limiter les frustrations, et à condition que l'état de la denture le permette, proposez des plats exceptionnels en petite quantité (produits de luxe comme le foie gras, mais aussi des plats du quotidien difficiles à produire comme un steak grillé) à l'occasion d'un anniversaire, d'une festivité (fêtes religieuses ou locales, repas à thème…) ou lors d'un « repas socialisant » (voir fiche 8).

Pour vous aider...

➡ ***Recommandation Nutrition***, rapport publié par le GEMRCN en juillet 2011, vous donnera des repères concrets et des outils d'application spécifiques aux personnes âgées concernant la structure des repas, l'élaboration des menus et le contrôle de l'équilibre alimentaire.

➡ Vous trouverez dans **les guides *La santé en mangeant et en bougeant*** des idées de menu et des fiches recettes adaptées aux personnes âgées.

FICHE 26 • Composer des menus ayant un sens pour les résidents

En synthèse

Pour intéresser le résident et l'inciter à la consommation, les plats proposés doivent faire référence, autant que possible, à son histoire de vie, à la fois aux niveaux générationnel et local.

En pratique

- Adaptez vos menus au profil moyen des résidents (origine géographique, milieu social, religion…) que vous pouvez déterminer sur la base des informations collectées dans les fiches individuelles des résidents (voir fiche 1).

ATTENTION

Une pratique bien accueillie dans un établissement ne sera pas forcément appropriée dans un autre ! Procédez par essai/erreur pour trouver les bons ajustements.

- Méfiez-vous de l'évolution des modes de consommation, des plats exotiques… Un produit non connu n'est pas toujours le bienvenu. Ne vous fiez pas à vos propres goûts, et resituez les plats dans le contexte de la jeunesse des résidents. Par exemple, chez les personnes très âgées :
  - Les rondelles de carottes présentées sous une forme ondulées, à laquelle ils ne sont pas habitués, déconcertent les résidents et éveillent leur méfiance.
  - Le cœur de palmier est souvent assimilé à des pommes de terre à l'eau froides.
  - Une betterave en vinaigrette sera bien consommée alors qu'une soupe à la betterave (borsh, recette russe) ne passera pas.

Si vous voulez proposer aux résidents des plats auxquels ils ne sont pas habitués, faites-le à l'occasion d'événements qui les sortent du cadre habituel : repas à thème, sortie avec leurs petits-enfants dans un fast-food, animation découverte… en leur laissant toujours l'alternative d'un plat « classique ».

- Privilégiez les plats régionaux : ceux de la région d'implantation de l'établissement, mais aussi ceux des régions d'origine des résidents (si elle est différente).

« C'est une question de souplesse. Nous fonctionnons en cuisine concédée mais c'est inclus dans le contrat. Au départ, nos résidents se sont plaints de ne recevoir que des plats « standards » : nous sommes en Alsace, et pourtant il n'y avait jamais de choucroute ! Nous avons donc négocié avec notre prestataire de pouvoir changer un plat par semaine par rapport au plan de menus national. Cela demande des efforts de part et d'autre, mais il suffit de faire des compromis (sur le coût des plats par exemple) et cela ne nuit pas à l'équilibre nutritionnel global. »

Edith Werrn, directrice, EHPAD Les Fontaines de Lutterbach, Lutterbach

L'insertion de plats régionaux est une bonne occasion pour impliquer les résidents : vous pouvez les inviter à raconter des souvenirs et anecdotes, à donner leur recette, etc. (voir fiche 4).

- N'oubliez pas que les personnes âgées sont souvent attachées à la consommation du vin, qui doit absolument être maintenue en institution. N'hésitez pas à servir un verre de vin en même temps que l'entrée.

« Le verre de vin signe symboliquement le début du déjeuner et du dîner, par rapport à un petit déjeuner ou un goûter qui, sur le visuel, lorsqu'il y a abondance de mixés, se distinguent peu… »

Jean-Pierre Corbeau, professeur de sociologie, Université de Tours

FICHE 27 • Bien choisir ses matières premières

En synthèse

La qualité organoleptique d'un plat dépend énormément de la qualité des ingrédients utilisés : dans vos arbitrages de fournisseurs, ne considérez pas uniquement les aspects financiers. Le choix des produits va également influer sur la perception que les résidents auront de votre prestation.

En pratique

- Testez, si possible, les produits avant achat et en conditions de production, surtout dans le cadre des marchés et contrats de longue durée. Pour cela, vous pouvez suivre la procédure indiquée dans le modèle de fiche « Tests de produits alimentaires ».

OUTIL 4 : Fiche de test de produits alimentaires

Ce test peut être inclus dans les contrats.

- Utilisez, de préférence, des produits frais, locaux et de saison, mûrs à point pour les fruits et les légumes, tendres pour les viandes. Si vous les faites travailler dans la durée, les producteurs locaux (circuits courts) vous fourniront des produits correspondant bien aux plats régionaux, à des tarifs souvent raisonnables.

S'il se situe à proximité de l'établissement, la visite par les résidents valides du lieu de production (ferme, biscuiterie, etc.) permet de valoriser les aliments.

- Prévoyez une pièce (ou au moins un espace) à température contrôlée, permettant d'assurer un mûrissement correct des fruits et légumes.
- Pensez également aux partenariats possibles avec les entreprises agro-alimentaires locales (voir page 18).

CAS PARTICULIERS

- Si vous concédez la restauration à une entreprise, l'achat de produits locaux peut être mentionné dans le cahier des charges. Cela peut constituer un critère important dans la sélection du prestataire et/ou être négocié dans le contrat.
- Si l'équipement de la cuisine ne permet de gérer que les produits de quatrième gamme (aliment cru conditionné sous atmosphère modifiée) ou de cinquième gamme (aliments et plats cuisinés et conditionnés sous vide), vous pouvez faire appel à un producteur possédant un laboratoire (il vous livrera les produits lavés et découpés pour cuisson), ou à un Établissement ou Service d'Aide par le Travail (ESAT, anciennement Centre d'Aide par le Travail – CAT).

BUDGET

Faites la chasse au gaspillage ! On constate généralement des pertes de l'ordre de 20 à 40 %. Les économies réalisées vous permettront d'acheter des aliments de meilleure qualité.

ATTENTION

Soyez particulièrement attentifs à la qualité des viandes.
C'est l'une des principales plaintes des résidents.

Pour vous aider...

- ***L'alimentation du cuisinier au patient*** détaille le processus d'achat (cahier des clauses particulières, critères de choix des produits et fournisseurs, gestion des non-conformités…) du centre hospitalier Le Mans.
- Sur **le site du CCC France**, à l'adresse http://www.ccc-france.fr/index.php?rub=29 (sous-menu *Les cahiers des charges*), vous trouverez :
  - Des modèles de CCTP ;
  - Des guides d'achat ;
  - Pour les viandes, le logiciel LOGAVIA (guide d'achat qui aide le gestionnaire dans ses procédures, notamment pour la rédaction de son cahier des charges) et un vadémécum sur les questions juridiques concernant l'achat de viande en restauration collective.

FICHE 28 • Maîtriser La préparation des plats

En synthèse

La réussite d'un plat requiert une préparation réfléchie, adaptée à la fois aux ingrédients utilisés et aux spécificités des personnes âgées (pertes sensorielles dans la perception et la reconnaissance des goûts, difficultés masticatoires…).

En pratique

- Taillez les aliments au format « bouchées ». Par exemple, les viandes destinées aux plats en sauce sont souvent livrées en portions calibrées de 80 g. Utilisées telles quelles, elles décourageront les petits appétits et nécessiteront un découpage dans l'assiette, problématique pour certains résidents (en cas de troubles moteurs) et lourd à gérer pour les aidants. Anticipez ce problème en recoupant les morceaux en bouchées de 20 g environ. Procédez ainsi pour tous les aliments qui restent fermes après cuisson, les fruits durs, les crudités…
- Coupez également les aliments de forme ronde, comme les tomates cerises, qui sont difficiles à saisir avec la fourchette.
- Assaisonnez suffisamment les plats pour compenser la perte de goût. Dans le cas de textures modifiées une attention particulière doit être portée sur un assaisonnement adapté au produit travaillé. Le cuisinier doit goûter plus particulièrement ce type de préparation, afin qu'elle soit la plus goûteuse et savoureuse possible.

Mettez à la disposition des résidents et du personnel de service des petits pots d'épices, d'herbes, d'aromates et de condiments (laurier, thym, romarin, persil, basilic, ail, ciboulette, muscade…), pour que chaque résident puisse ajuster l'assaisonnement selon ses goûts. Vous pouvez procéder de même pour les sauces.

- Pour améliorer la texture et la tenue d'un plat mixé, vous pouvez :
  - Lisser et hydrater avec un liquide (lait, jus, bouillon, sauce…).
  - Ajouter un liant (œuf – blanc d'œuf pour les plats chauds) ou un gélifiant (agar-agar, feuille de gélatine animale ou végétale…).
  - Ajouter de l'amidon de maïs aux fruits et crudités, pour éviter la déconstruction des mousses.

« Nous sommes une petite structure, l'agar-agar est trop cher pour nous et il est assez difficile à utiliser. J'ai trouvé une bonne alternative : un épaississant neutre à base d'algue, utilisable à chaud et à froid. C'est important pour les crudités, par exemple pour épaissir un jus de tomates. Ce produit est plus facile à doser, il a moins d'effets négatifs en cas de surdosage. Cela me convient pour la plupart des plats mixés, l'agar-agar restant tout de même plus approprié pour la pâtisserie fine. »

Bruno Brochet, cuisinier, EHPAD Etxetoa, Souraide

➡ Choisissez judicieusement les modes de cuisson, de réchauffage et de maintien en température. Quelques pistes :

- La cuisson sous vide ou la cuisson à basse température permettent de mieux conserver la qualité sensorielle des aliments (respect du goût des produits) et la tendreté de la viande. En outre, ces modes de cuisson permettent de conserver les nutriments des aliments et de réduire l'utilisation de matières grasses pour la cuisson.
- Lors du choix du mode et du temps de cuisson, prenez en compte l'évolution du plat jusqu'au moment du service en anticipant, notamment, l'effet du réchauffage ou du maintien en température.
- Le remise en température au four provoque souvent une perte de qualité organoleptique. Si vous travaillez en liaison froide, choisissez de préférence des chariots repas de nouvelle génération qui permettent de maîtriser le temps et la température et qui vous permettront également d'assurer le service.
- Le réchauffage de certains aliments peut poser problème.
  - ❖ **Exemple 1 :** le riz qui durcit. La solution : pour conserver le moelleux, mettez en sauce ou ajoutez une bonne quantité de matière grasse avant le refroidissement, et/ou utilisez un riz basmati, qui durcit moins que le riz classique.
  - ❖ **Exemple 2 :** le rôti de bœuf saignant qui, recuit, durcit. La solution : pour une remise en température rapide et efficace, coupez le rôti en tranches très fines que vous déposerez dans une double assiette. Redéposez la viande dans le four 10 minutes avant la fin de son cycle, après l'avoir nappée d'une sauce bien chaude.
  - ❖ **Exemple 3 :** les plats mixés doivent toujours être réchauffés dans un contenant operculé, pour éviter un dessèchement qui rendrait la déglutition difficile.

ATTENTION

Soyez particulièrement attentifs à la cuisson et au réchauffement des viandes : la dureté est l'une des principales plaintes des résidents.

➡ Les aliments qui rassissent, comme le pain, nécessitent une gestion assez fine. Planifiez des livraisons quotidiennes et tranchez le pain au dernier moment, en ajustant les quantités à la demande. Vous pouvez également opter pour des portions individuelles, plus faciles à gérer.

ATTENTION

Le responsable de la restauration doit concevoir des fiches techniques (par type de plat et/ou de produit) où il consignera notamment ses recommandations pour certaines étapes clés de la préparation (par exemple : remise en température, assaisonnement, assemblage). Ces fiches, transmises à tous les acteurs intervenant dans la production (cuisine sur site, cuisine centrale, cuisine satellite, offices…), garantissent la maîtrise et la reproductibilité des recettes.

OUTIL 5 : Fiche technique pour la préparation des plats

PLATS « MAISON » OU PRODUITS AGRO-ALIMENTAIRES ?

Chacune de ces options présente ses avantages : les arbitrages doivent se faire sur des critères financiers et organisationnels, en privilégiant la qualité nutritive et organoleptique. Le choix entre produit agroalimentaire ou « fait maison » ne peut être décidé qu'après une analyse de la valeur à qualité égale entre « faire » ou « faire faire ».

FICHE 29 • Déguster les plats en sortie de production

En synthèse

Les dégustations quotidiennes à la fin de la production permettent de contrôler la qualité des plats au jour le jour. Pour un cuisinier, c'est l'occasion :

- de faire son auto-évaluation,
- de rectifier l'assaisonnement si nécessaire,
- de tester un nouveau plat,
- de faire évoluer ses recettes (sans oublier de modifier la fiche technique correspondante),
- de tracer d'éventuelles dérives d'une recette dans le temps.

« Je teste les plats tous les jours. C'est d'autant plus important que notre établissement accueille un grand nombre de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Ils ne peuvent pas exprimer leurs ressentis par des mots, expliquer, par exemple, l'origine d'un mauvais goût. On peut juste percevoir si le plat leur plaît ou non, mais quelle en est la raison ? La seule solution, c'est de goûter soi-même. »

Edith Werrn, directrice, EHPAD Les Fontaines de Lutterbach, Lutterbach

En pratique

- La dégustation est réalisée :
  - Au minimum, par le cuisinier chargé de la production d'un plat donné (ce test peut-être rendu obligatoire dans le cadre d'une procédure qualité),
  - Idéalement, par plusieurs membres de l'équipe de restauration, sur la base du volontariat, pour obtenir un avis plus objectif en recoupant des avis.

- La dégustation porte sur une petite quantité du menu du jour (à titre indicatif, une cuillère à soupe pour les plats, une cuillère à dessert pour les sauces) :
  - Au minimum, quelques plats, choisis selon un objectif donné (test d'une nouvelle recette ou de l'évolution d'une recette existante, vérification du respect d'une fiche technique, vérification d'une recette suite à des plaintes des résidents…) et/ou au hasard.
  - Idéalement, tous les plats de chaque menu / régime / texture (notamment dans le cadre d'une procédure qualité).
- La dégustation se déroule en cuisine :
  - En liaison chaude : juste après la production ;
  - En liaison froide : le jour de livraison, après une remise en température dans les conditions les plus proches possibles des conditions réelles de service.

« Nous dégustons quelques plats ensemble en fin de production, c'est un moment de détente entre nous ; c'est convivial. Cela ne prend que 15 à 20 minutes par jour, que nous prenons pour moitié sur le temps de pause, et pour moitié sur l'horaire de travail ; c'est facile à dégager. »

François Gentès, responsable de la restauration, HLI 3H Santé, Cirey-sur-Vezouze

➡ Consignée par écrit sur une fiche dédiée ou sur la fiche de vie du produit, l'évaluation qualitative peut porter sur plusieurs critères, notés chacun sur 5 :

- L'aspect visuel (couleur, présentation…) ;
- L'odeur ;
- Le goût / la saveur en bouche ;
- L'assaisonnement (quantité, qualité, adéquation avec le plat) ;
- La cuisson ;
- La texture (notamment la tendreté des viandes)…

La fiche peut également comporter une zone de saisie libre pour apporter les précisions nécessaires, noter les correctifs proposés… Enfin, elle doit comporter le nom (voir la signature) du (des) testeur(s).

FICHE DE TEST

Plat : .....
Date : .....
Agent : .....

NOTE GLOBALE
..... / 30

Aspect visuel	**... / 5**	Assaisonnement	**... / 5**
Odeur	**... / 5**	Cuisson	**... / 5**
Goût	**... / 5**	Texture	**... / 5**

Commentaires : .....
.....
.....
.....

Visa

➡ Les résultats sont exploités :

- Immédiatement : ajustement des fiches techniques, abandon d'une recette…
- Sur le long terme : suivi des dérives dans la qualité d'un plat donné.

ATTENTION

Cette dégustation ne permet pas de garantir totalement la qualité des plats en conditions réelles, puisqu'elle ne peut pas rendre compte de l'évolution du plat entre le moment de la production et le moment du service (notamment pour les cuisines centrales en liaison froide, si le matériel utilisé pour réchauffer les plats est différent de celui utilisé dans les cuisines ou offices satellites, par exemple).

Ce test est complémentaire de la démarche de repas qualité (voir fiche 30).

FICHE 30 • Des repas qualité

En synthèse

Moments forts d'échanges et de rencontres pour le service restauration, les repas qualité ont pour objectif de tester la qualité des plats en conditions réelles. Ils permettent, après analyse des remarques des participants, d'affiner les productions culinaires, de chercher à répondre au plus près aux attentes des résidents, mais aussi des personnels soignants « hôteliers ».

En pratique

- La dégustation est réalisée :
  - Au minimum, par le responsable restauration, un représentant de l'équipe de soin et un représentant de la direction.
  - Idéalement, sur invitation, par plusieurs membres de l'équipe de restauration, de l'équipe de soin et de la direction, éventuellement un ou plusieurs résidents volontaires et/ou le représentant des usagers.

ATTENTION

L'expérience démontre que les résidents s'expriment peu dans le cadre d'une réunion professionnelle. Laissez-leur d'autres opportunités de communication (voir fiche 7).

- La dégustation porte sur une petite quantité des menus du jour, plus particulièrement les plats à texture modifiée, les régimes, et les nouvelles recettes / nouveaux menus.

- La dégustation se déroule généralement dans une salle de réunion, à l'heure normale du service et dans les mêmes conditions :
  - Au moins une fois par an ;
  - Le plus souvent au moment du déjeuner, mais il peut être utile d'en organiser aussi le soir, le dîner faisant parfois l'objet de dérives plus prononcées.

- L'évaluation qualitative peut porter sur plusieurs critères, notés chacun sur 5 :
  - L'aspect visuel (couleur, présentation…) ;
  - L'odeur ;
  - Le goût / la saveur en bouche ;
  - L'assaisonnement (quantité, qualité, adéquation avec le plat) ;
  - La cuisson ;
  - La chaleur ;
  - La texture (notamment la tendreté des viandes)…

  Les participants peuvent également aborder des questions relatives à la production et à la gestion des repas (équipements, processus de prises de commandes).

- Les résultats et les échanges sont consignés dans un compte-rendu, diffusé à l'ensemble des participants. Ce compte-rendu peut également être présenté en commission de

menu, en commission de vie sociale, pendant une réunion du CLAN…

➡ L'analyse des résultats permet de formuler des propositions d'évolution (des recettes mais aussi des processus), pour le personnel de restauration comme pour le personnel de soin. Par exemple :

- Mise en place de citron frais présenté en coupelle en accompagnement du poisson ;
- Mise à disposition des résidents de petits pots (30 g) d'épices et d'aromates (ciboulette, ail, basilic, échalote…) ;
- Diversification des produits laitiers, afin d'éviter la monotonie des yaourts natures ou des fromages blancs (desserts lactés caramel, vanille, yaourts aux fruits…).

ATTENTION

Quoique complet, ce test est réalisé par un public différent des résidents dans ses référentiels, ses goûts et ses capacités sensorielles. En complément, procédez régulièrement à des études de satisfaction (directement par le biais d'une enquête, ou indirectement par une pesée des restes de repas - voir fiche 7).

FICHE 31 • Proposer des alternatives pour tous les composants

En synthèse

Un menu unique ne saurait convenir à une population hétérogène, présentant des goûts, des aversions, des influences culturelles différentes…

De plus, le problème des personnes dites « difficiles » est assez fréquent en institution (20 à 40 % en EHPAD). Ces résidents rejettent plus souvent les plats imposés et sont donc plus facilement dénutris si on ne leur propose pas d'alternative.

Il ne faut donc surtout pas imposer un plat et toujours proposer une alternative.

En pratique

➡ Pour gérer les aversions et donner une certaine liberté de choix aux résidents, vous pouvez :

- Intégrer une réelle alternative dans le menu du jour (deux plats principaux différents au choix, par exemple).
  - ❖ Cette option offre une grande qualité de prestation au résident, mais elle est très rarement mise en place du fait des difficultés logistiques et financières qui lui sont associées.
  - ❖ Cette solution est plus facile à mettre en place si le choix est limité (deux possibilités) et réalisé par les résidents le jour même (pour éviter les changements d'avis). Dans ce cas, alternez l'ordre des tables qui effectuent leur choix en premier, pour que ce ne soient pas toujours les mêmes qui choisissent et les mêmes qui subissent.

> « Nous avons testé la stratégie de proposer un choix de sept ou huit desserts différents tous les jours, avec une carte évolutive en fonction de la saison, mais nous avons arrêté car certains résidents prenaient toujours le même dessert, beaucoup d'autres changeaient d'avis le jour J et demandaient finalement la même chose que le voisin… C'était ingérable ! »
>
> *Patrice Tichet, responsable de la restauration, EHPAD Notre Dame des Pins, Saint-Privat-des-Vieux*

- Composer une carte fixe d'aliments de substitution non différenciants pour tous les composants du repas. Choisissez de préférence des produits prêts à consommer ou faciles à préparer :
  - ❖ Pour les entrées : crudités, tartelettes salées…
  - ❖ Pour le composant protéique : jambon blanc, poisson au court-bouillon, omelette…
  - ❖ Pour l'accompagnement : pâtes, riz, poêlées de légumes surgelées…
  - ❖ Pour le dessert : fruits, compotes, fromages en portions ou à la coupe, yaourts nature ou aux fruits, crèmes dessert…

N'hésitez pas à modifier cette carte lors des changements de saison.

- Le choix d'un aliment ou d'un plat de substitution peut être effectué :
  - Par le cuisinier, d'après les fiches individuelles des résidents (voir fiche 1).
  - Par le résident, s'il est en mesure d'effectuer lui-même ce choix, éventuellement aidé par un membre du personne soignant ou l'aide hôtelier.

ATTENTION

Chez les résidents désorientés (comme dans le cadre de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés), l'existence d'un choix peut être contreproductif :

- Les résidents ont des difficultés pour effectuer et exprimer un choix ;
- Le choix peut difficilement être fait par le personnel, car on observe chez ces résidents beaucoup de variations entre les dégoûts annoncés et la consommation réelle : ils se laissent tenter par mimétisme avec leurs voisins de table.
- Les résidents changent fréquemment d'avis au moment du service (oubli du choix effectué et/ou mimétisme).
- La présence devant lui d'un plat différent de celui du voisin de table peut être anxiogène pour le résident.

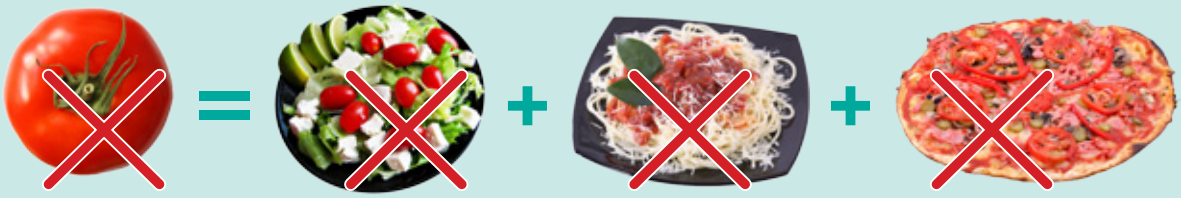
Pour limiter les frustrations, expliquez aux résidents les contraintes de la cuisine collective (par exemple, pourquoi on ne peut pas facilement proposer de steaks grillés, alors qu'en revanche les viandes en sauce sont bien adaptées à leurs capacités de mastication et aux modes de préparation). Les résidents se satisfont alors plus souvent du menu du jour, plus varié que les plats de substitution.

- Si un résident difficile demande toujours le même plat de substitution, accédez à sa demande : la lassitude n'est pas un problème pour les personnes difficiles et la consommation du plat prime sur l'équilibre alimentaire.
- Selon les moyens et la taille de l'établissement, la commande des repas peut être gérée sur support papier ou de manière informatisée, sur tableur ou via un logiciel de gestion (voir l'encart « L'informatisation des commandes »).

ATTENTION

Plus vous automatiserez la procédure et plus vous limiterez les risques d'erreurs de saisie, de mauvaise interprétation, de perte d'information… et donc, le nombre d'événements indésirables.

En revanche, vous risquez de restreindre les propositions. Par exemple, l'indication « pas de tomate » est traduit par les logiciels en « pas de plats qui contiennent de la tomate ou de la sauce tomate » (sauces bolognaise, aurore, pizza…).



L'INFORMATISATION DES COMMANDES

Des logiciels spécialisés permettent de simplifier et de fiabiliser la prise de commande des repas, au delà de 50 couverts :

- Les menus, déclinaisons et plats de substitution sont enregistrés par la cuisine dans le logiciel de gestion.
- Le logiciel pré-sélectionne les plats et textures adaptés à chaque résident (prise en compte des pathologies, troubles et aversions).
- Grâce à un terminal portable, le personnel de soin (ou l'aide hôtelière) présente cette sélection au résident et enregistre son choix.
- Les commandes sont transmises en réseau vers le service restauration.

Remarque : ce système permet également de gérer au quotidien les commandes de dotation de certains produits (épicerie, petits-déjeuners, goûters) et, à l'hôpital, les commandes des certains personnels de garde (anesthésistes, médecins…).

> « Avec ce système, tous les partenaires de santé sont gagnants : le résident choisit ses repas au plus près de son profil alimentaire et de ses goûts ; le personnel soignant recueille les habitudes alimentaires de la personne ; la Restauration optimise le recueil des commandes et l'établissement limite les gaspillages. »
>
> *Louisette Monier, cadre de santé et diététicienne, centre hospitalier Pierre Charlot, Blois*

Pour vérifier le bon fonctionnement de la gestion des alternatives, vous pouvez procéder à des « enquêtes flash » : comparez 10 repas servis à des résidents tirés au hasard, avec les goûts et aversions notés sur leurs fiches individuelles (voir fiche 1).

FICHE 32 • Personnaliser les repas

En synthèse

La personnalisation d'un repas, quelle que soit son ampleur, permet de relativiser la perte de liberté ressentie par le résident. À ce niveau, chaque petit geste est perçu comme une marque d'attention à son égard.
Au niveau de la composition comme de la logistique, les petits-déjeuners, goûters et collations sont les repas les plus faciles à individualiser.

En pratique

- Proposez une gamme variée de composantes pour le petit-déjeuner, le goûter et les collations. Le choix est effectué au quotidien par le résident à l'aide d'une carte illustrée (pour la gestion des commandes, reportez-vous à la fiche 31).
- Assouplissez les horaires du petit-déjeuner en vous organisant pour le servir à la demande sur une large amplitude horaire, et/ou en favorisant l'autonomie et le libre service. Par exemple :

  - **Si le petit-déjeuner est servi en salle commune :**
    - Versez les boissons chaudes dans des pots isothermes de grande capacité, en identifiant bien le contenu, si possible avec une illustration facile à reconnaître et de grande taille (grain de café, carré de chocolat…) ou grâce à un code couleur.
    - Mettez toutes les composantes à disposition des résidents sous forme de buffet.

ATTENTION

Pour que le petit-déjeuner reste équilibré, ce buffet doit être encadré par un membre du personnel formé à la nutrition. À défaut, une affiche illustrée doit guider les résidents dans le choix des composantes (vous pouvez vous inspirer de la composition illustrée présentée en fiche 25).

  - **Si le petit-déjeuner est servi en chambre :**
    - Versez la boisson chaude dans un pot isotherme individuel.
    - Laissez le plateau-repas dans la chambre, ou à proximité si l'agencement des couloirs le permet.

- Vous pouvez mettre à disposition des résidents un équipement hôtelier mobile leur permettant de conserver au frais et de réchauffer les composantes du petit-déjeuner (l'équipement est composé d'un petit réfrigérateur, d'un four micro-ondes et d'un rangement fonctionnel pour la vaisselle).
- Si l'établissement dispose d'une cuisine d'appoint en plus de la cuisine professionnelle, elle aussi peut être mise à contribution pour ce repas.

ATTENTION

Le petit-déjeuner « à la demande » devient plus difficile à mettre en place, au niveau logistique, si un grand nombre de résidents nécessite une assistance au repas.

➡ Marquez les anniversaires avec l'approbation de la personne. Par exemple :

- Le jour-même, mettez au menu le gâteau préféré du résident.
- Au moment du service, l'un des gâteaux est amené à la table du résident, décoré et garni de bougies, au son d'une chanson d'anniversaire entonnée par le personnel et reprise par les résidents qui le souhaitent. Le résident est invité à souffler les bougies avant que son gâteau ne soit coupé et servi, le personnel vient lui faire la bise.
- Les autres gâteaux sont servis selon les modalités habituelles.
- Pour les résidents ayant des difficultés de mastication et/ou de déglutition, proposez le même gâteau en version déstructurée (voir fiche 42).
- Si le résident préfère le salé, procédez de même en optant plutôt pour son plat principal préféré. Dans ce cas, les bougies, si elles ne peuvent être mise en place dans l'assiette, pourront toujours être apportées sur un support dédié (une simple feuille d'aluminium roulée en boule dans un ramequin peut suffire).
- Vous pouvez également marquer le petit-déjeuner, par exemple avec une carte, une fleur, et un petit-déjeuner amélioré (uniquement pour le résident).

ATTENTION, EN CAS DE RESTAURATION CONCÉDÉE

Comme les plats régionaux, les plats personnalisés pour les anniversaire doivent être négociés avec votre prestataire et inclus dans le contrat cadre.

Offrez au résident un petit cadeau d'anniversaire (objet en rapport avec ses goûts et/ou loisirs, soin esthétique, massage, etc.).

➡ Vous pouvez également proposer en alternative au plat « classique », une fois par mois par exemple, un plat spécifique et gourmand ne faisant pas souvent l'unanimité (par exemple : de la tête de veau, des cuisses de grenouilles, de la lamproie…) aux résidents qui le souhaitent.

FICHE 33 • Ajuster les quantités servies

En synthèse

Les volumes des prises alimentaires spontanées ne sont pas identiques d'un résident à l'autre : chez les seniors comme dans le reste de la population, il existe de petits et de gros mangeurs. L'idéal est donc d'adapter les quantités à l'appétit de chacun. Cette adaptation demande un suivi et une proximité de la part des personnels, mais apporte un réel gain financier : l'adéquation entre volumes produits et volumes consommés permet de limiter le gaspillage.

En pratique

- **Si vous servez un plat commun en centre de table**, invitez les résidents qui en sont capables physiquement et mentalement à se servir / se resservir selon leurs envies et leur faim.

ATTENTION

Dans ce cas, le suivi des ingestats demande une surveillance particulière.

- **Si l'assemblage est effectué en salle**, dialoguez au quotidien avec les résidents pour savoir ce qu'ils veulent et en quelle quantité (en les incitant à consommer au moins un peu de chaque composante).
- **Si l'assemblage et le portionnement sont réalisés en cuisine et/ou dans le cas des plateaux-repas**, référez-vous aux volumes habituellement consommés par le résident : petite, normale ou grosse portion.

Inscrivez cette information sur la fiche personnelle du résident, en plus de goûts et aversions, ou sur le tableau d'affichage de la cuisine.

- **Si un résident a un petit appétit et/ou est découragé par de grosses assiettes** et, en particulier, en cas d'anorexie :
  - Réduisez les portions servies, quitte à le resservir par la suite.
  - Ne réduisez pas le contenant ; au contraire, laissez des espaces libres entre les aliments, et entre les aliments et le bord de l'assiette.
  - Servez en multi-portions (service en plusieurs petits récipients), plutôt que de tout placer dans une grande assiette : les quantités semblent moins importantes, le résident a l'impression de picorer.
  - Si ses apports alimentaires spontanés ne couvrent pas ses besoins, enrichissez son alimentation (voir fiche 36).

« Dans le cadre d'une étude, nous avons remarqué que certains résidents mangeaient « pour faire plaisir » la moitié de leur assiette, quelle que soit la quantité qui leur était servie. Dans cette situation particulière, la réduction des portions s'est avérée contre-productive ; nous sommes alors revenus à des portions normales. »

Isabelle Parmentier, diététicienne au centre hospitalier régional universitaire de Lille et présidente de l'AFDN

➡ **Pour les résidents en fin de vie**, reportez-vous à la fiche 43.

Pour vous aider...

OUTIL 12 : Évaluation des portions alimentaires

Comparatifs visuels pour les légumes en salade, les viandes, les volailles, le pain, les fromages, les fruits et les entremets, mousses et crèmes dessert).

➡ **La mallette médagogique MobiQual** reprend ces visuels sous forme de poster grand format.

➡ **Le *Visuel d'aide au service des repas*** du réseau Limousin nutrition (LINUT) est un recueil de fiches descriptives des plats avec informations nutritionnelles, conseils de préparation et quantités indicatives (textures normales et mixées).

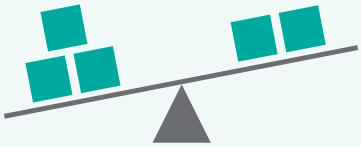
FICHE 34 • Prévention et diagnostic de la dénutrition

En synthèse

Un diagnostic précis des cas de dénutrition vous permettra d'en déterminer la cause et de définir une prise en charge adaptée.

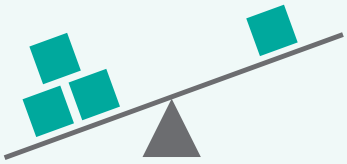
La dénutrition est une inadéquation entre les besoins énergétiques et/ou protéiques d'une personne et ses apports alimentaires :

STATUT NUTRITIONNEL NORMAL
Les besoins correspondent aux apports.



DÉNUTRITION D'ORIGINE ENDOGÈNE
Les besoins augmentent (par exemple en cas de maladie), mais pas les apports.

DÉNUTRITION D'ORIGINE EXOGÈNE
Les besoins sont normaux, mais les apports diminuent (par exemple en cas de perte d'appétit ou de régime).



DÉNUTRITION D'ORIGINE MIXTE
Les besoins augmentent et les apports diminuent (par exemple en cas de pathologie aigüe).

Prévenir la dénutrition, c'est donc être attentif à la fois à l'appétit du résident et aux problèmes de santé qui conduisent à une augmentation de ses besoins. Certains signes d'alerte et la surveillance régulière des résidents à risque permettent d'agir précocement, avant qu'il ne soit trop tard : une personne très âgée ne récupère jamais totalement le poids et la fonctionnalité qu'elle a perdus.

En institution, 30 à 70 % des résidents souffrent de dénutrition.

En pratique

- Soyez particulièrement vigilant si le résident présente des facteurs de risque.

Facteurs psycho-environnementaux	*Affections aiguës / décompensation d'une pathologie chronique*	*Traitement médicamenteux au long cours*
➡ Isolement social ➡ Deuil ➡ Difficultés financières avant l'admission ➡ Maltraitance ➡ Hospitalisation ➡ Changement des habitudes de vie, dont l'entrée en institution	➡ Douleur ➡ Pathologie infectieuse, digestive ou inflammatoire ➡ Fracture entraînant une impotence fonctionnelle ➡ Intervention chirurgicale ➡ Constipation sévère ➡ Escarres ➡ Cancer ➡ Destruction tissulaire : infarctus, AVC, traumatismes (fractures)… ➡ Défaillances d'organes chroniques et sévères (insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale, hépatique)	➡ Polymédication ➡ Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc. ➡ Corticoïdes au long cours
Troubles bucco-dentaires	*Régimes restrictifs*	*Syndromes démentiels / troubles neurologiques*
➡ Troubles de la mastication ➡ Mauvais état dentaire ➡ Appareillage mal adapté ➡ Sécheresse de la bouche ➡ Candidose oro-pharyngée ➡ Dysgueusie	➡ Sans sel ➡ Amaigrissant ➡ Diabétique ➡ Hypocholestérolémiant ➡ Sans résidu au long cours	➡ Maladie d'Alzheimer et autres démences ➡ Syndrome confusionnel ➡ Troubles de la vigilance ➡ Syndrome parkinsonien
Troubles de la déglutition	*Dépendance pour les actes de la vie quotidienne*	*Troubles psychologiques et psychiatriques*
➡ Pathologie ORL ➡ Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire ➡ Peur des fausses routes	➡ Dépendance pour l'alimentation ➡ Dépendance pour la mobilité	➡ Syndromes dépressifs ➡ Troubles du comportement ➡ Anorexie ➡ Alcoolisme chronique ➡ Stress

ATTENTION

Même les personnes obèses peuvent être dénutries car une inflation de la masse grasse ou hydrique (œdèmes) peut masquer un déficit de masse maigre :

- En cas de maladie sévère ;
- Après chirurgie de l'obésité ;
- En cas de régime (ex < ¾ de l'assiette consommée) ;
- En cas d'inactivité quasi totale.

- Observez les résidents au quotidien. Soyez attentifs aux vêtements qui deviennent trop grands, au changement de cran des ceintures… En cas de doute, contrôlez le poids.
- Contrôlez le poids des résidents à l'admission, puis tous les mois en routine. En EHPAD, contrôlez également le poids à chaque retour d'hospitalisation. À chaque mesure, le poids est reporté sur une courbe de suivi qui permet de détecter rapidement toute variation anormale, analysée en réunion d'équipe.

OUTIL 13 : Courbe de poids

ATTENTION

Le poids doit être mesuré au même moment de la journée, pour limiter les biais liés aux apports alimentaires et hydriques.

MATÉRIEL

Tout établissement doit disposer d'un pèse-personne adapté : que la personne soit debout, assise ou allongée, il doit toujours être possible de la peser. Pour garantir la fiabilité des mesures, ce matériel doit être étalonné régulièrement : planifiez les contrôles de métrologie nécessaires.

Le pèse-personne est acheté sur l'enveloppe « dispositifs médicaux » (arrêté 2008 sur la réintégration des dispositifs médicaux dans le forfait soin).

Remarque : les pèse-personnes sont accessibles à la vente ou à la location.

Les modèles de pèses-personnes

Pour les personnes capables de se tenir debout : la balance colonne

Pour peser la personne en position assise : les fauteuils de pesée

Pour peser la personne allongée dans son lit ou sur un brancard

Pour peser la personne assise ou debout : la plate-forme de pesée

Si vous disposez d'un lève-personne, vous pouvez également y intégrer un système de pesée électronique.

➡ Surveillez l'appétit et les prises alimentaires des résidents :

- Notifiez dans le dossier du résident toute diminution par rapport aux quantités habituellement consommées et signalez-le en réunion d'équipe et/ou lors des transmissions.
- Si la situation se répète sur plusieurs repas (consécutifs ou non), faites une analyse des apports alimentaires à l'aide d'une grille de surveillance alimentaire qui vous apportera des données objectives qualitatives et quantitatives.

OUTIL 14: Grille de surveillance alimentaire

❖ Ce suivi alimentaire doit être conduit au minimum pendant trois jours consécutifs pour le diagnostic, et sur au moins deux semaines pour le suivi de l'efficacité de la renutrition.

❖ Les dossiers sont étudiés de manière collégiale et notamment avec la diététicienne. Ces informations objectives permettent une quantification rationnelle et permettent de voir s'il s'agit d'accidents isolés ou d'un problème tel que polymédication, cause exogène ou endogène (*cf.* ci-dessus).

ATTENTION

Un « petit mangeur » n'est pas forcément à risque de dénutrition, si cela correspond à une habitude de vie et si les quantités ingérées suffisent à couvrir ses besoins. Faites un bilan des besoins protéino-énergétiques à l'entrée d'un nouveau résident pour avoir une valeur de référence (voir fiche 35).

À l'inverse, la baisse d'appétit d'un gros mangeur peut facilement passer inaperçue.

Vous pouvez noter les rations nécessaires et les rations habituellement consommées par le résident dans sa fiche individuelle. Ce référentiel :

➡ Facilite et objective les comparaisons ;

➡ Permet à un nouveau membre du personnel de se familiariser plus rapidement avec chaque résident.

➡ En complément, un bilan de dépistage de la dénutrition doit être mené, pour chaque résident, par le médecin coordonnateur, tous les trois mois en EHPAD et services hospitaliers et tous les six mois en EHPA. Les éléments de ce bilan sont :

- Pour évaluer le risque de dénutrition : première partie du test MNA.

OUTIL 15 : Test MNA

- Pour évaluer la sévérité de la dénutrition : test MNA complet, étude de la variation de poids et dosage de la transthyrétine (plus connue sous le nom de préalbumine).
- Pour évaluer les risques de complications liés à la dénutrition : dosage de l'albumine ou mesure de l'indice de risque nutritionnel gériatrique (GNRI), qui combine l'albuminémie et la variation de poids par rapport au poids idéal.

ATTENTION

N'oubliez pas d'évaluer en parallèle l'état inflammatoire du résident, par le dosage des protéines C-réactives (CRP).

Pour vous aider...

La mallette pédagogique MobiQual aborde en détails la méthodologie de diagnostic.

FICHE 35 • Adapter l'apport aux besoins nutritionnels des résidents

En synthèse

Connaître les besoins nutritionnels de chaque résident permet :

- De prévenir la dénutrition, en adaptant l'apport alimentaire aux besoins réels de la personne.
- D'analyser l'impact réel d'une consommation alimentaire faible ; il est inutile de forcer un résident qui mange naturellement peu si ces apports couvrent ses besoins (pour les équipes, c'est une perte de temps et une frustration : pour le résident, c'est un stress inutile).
- D'ajuster les portions servies, pour éviter le gaspillage.

ATTENTION

La prise en charge nutritionnelle des résidents doit être effectuée par un personnel de soin compétent, sous la direction du médecin coordonnateur, selon une méthodologie validée.

En pratique

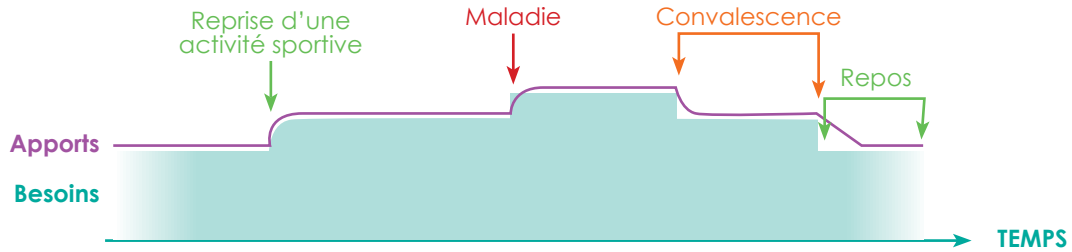
- Les besoins nutritionnels d'une personne varient selon son profil (sexe, âge), son niveau d'activité physique et son état de santé.

APPORTS NUTRITIONNELS ET ENRICHISSEMENTS RECOMMANDÉS POUR LA PERSONNE ÂGÉE

	Statut nutritionnel normal	*Dénutrition avérée*
Énergie	30 à 35 kcal/kg/j	35 à 45 kcal/kg/j
Protéines	1 à 1,2 g/kg/j	1,5 à 2 g/kg/j
Calcium	1,2 g/j	1,2 g/j
Vitamine D	800 UI/j	800 UI/j
Fractionnement des apports	**4 repas par jour :** petit-déjeuner, déjeuner, goûter et dîner.	**5 à 6 repas par jour :** petit-déjeuner, déjeuner, goûter, dîner et 1 à 2 collations.

Ces besoins sont majorés en cas d'agression et de rééducation. En première approximation :

- + 3 kcal/j et + 0,1 g de protéines /kg/j pour 50 mg de CRP ;
- + 300 kcal / ½ heure de rééducation effective.



Les besoins des résidents ne sont donc pas figés dans le temps et il convient d'adapter l'apport alimentaire en conséquence. En particulier, évaluez les besoins nutritionnels lors de la survenue d'événements particuliers, influant sur la dépense énergétique du résident : maladie, modification du seuil d'activité… Augmentez les apports nutritionnels en fonction de l'augmentation éventuelle des besoins.

APPORTS ALIMENTAIRES SPONTANÉS (1)	STATUT NUTRITIONNEL : *Normal*	*Dénutrition*	*Dénutrition sévère*
Normaux	Surveillance	➡ Conseils diététiques ➡ Alimentation enrichie (2) ➡ Réévaluation à 1 mois	➡ Conseils diététiques ➡ Alimentation enrichie (2) et CNO (3) ➡ Réévaluation à 15 j
Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	➡ Conseils diététiques ➡ Alimentation enrichie (2) ➡ Réévaluation à 1 mois	➡ Conseils diététiques ➡ Alimentation enrichie (2) ➡ Réévaluation à 15 j **et si échec** ↪ CNO (3)	➡ Conseils diététiques ➡ Alimentation enrichie (2) et CNO (3) ➡ Réévaluation à 1 sem. **et si échec** ↪ Nutrition entérale
Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	➡ Conseils diététiques ➡ Alimentation enrichie (2) ➡ Réévaluation à 1 sem. **et si échec** ↪ CNO (3)	➡ Conseils diététiques ➡ Alimentation enrichie (2) et CNO (3) ➡ Réévaluation à 1 sem. **et si échec** ↪ Nutrition entérale	➡ Conseils diététiques ➡ Alimentation enrichie (2) et nutrition entérale d'emblée ➡ Réévaluation à 1 sem.

(1) Pour évaluer les apports alimentaires spontanés, faites une analyse objective à l'aide d'une grille de surveillance alimentaire (voir ci-dessus).
(2) Pour enrichir l'alimentation du résident, reportez-vous à la fiche 36.
(3) Pour la prescription de compléments nutritionnels oraux (CNO), reportez-vous à la fiche 37.

➡ La stratégie de prise en charge varie selon le statut nutritionnel du résident :

ATTENTION

En SSR, les besoins des résidents sont fréquemment sous-estimés. Utilisez les besoins énergétiques majorés (et non les besoins énergétiques de repos) comme référentiel dans les appels d'offre et contrats passés avec vos fournisseurs et, si vous concédez la restauration, avec votre prestataire de service.

➡ En cas d'augmentation des besoins, de dénutrition avérée, ou si le résident ne mange pas assez au cours des quatre repas pour couvrir ses besoins journaliers :

- Identifiez et traitez la (les) cause(s) éventuelle(s) et les pathologies sous-jacentes, corrigez les facteurs de risque identifiés.
- Révisez la fiche individuelle des goûts et dégoûts et suivez-la scrupuleusement pour favoriser la prise alimentaire.
- N'augmentez pas les portions, qui peuvent facilement décourager le résident.
- Fractionnez les apports en évitant le grignotage : ajoutez une à deux collations dans la journée, notamment avant le coucher, voire la nuit quand le résident est réveillé.

ATTENTION

Dans ce cas, les collations doivent avoir une véritable valeur nutritive. Limitez le grignotage, et proposez des aliments riches en protéines et en énergie, par exemple un produit laitier, un gâteau de semoule ou encore un sandwich au jambon.

➡ Si la personne mange naturellement peu, ne la forcez pas à manger plus tant que son indice de masse corporelle (IMC) est correct et que vous ne relevez pas de variations anormales de poids.

EHPA, ACCUEIL DE JOUR ET SERVICE SSR

Pour lutter efficacement contre la dénutrition, cette adéquation entre les besoins et les apports alimentaires doit se poursuivre au domicile. Organisez, si possible, des sessions d'information et de formation pour le résident, sa famille et/ou ses aidants, par exemple sous forme de demi-journées d'échange et d'exercices pratiques.

ATTENTION

Lors du service, attention aux choix alimentaires non adaptés. Si le résident a des difficultés à se nourrir, ou s'il rechigne à manger, ne privilégiez pas le dessert au détriment des sucres lents et des protéines. Incitez la personne à manger le plat principal et le produit laitier, et laissez-lui le temps nécessaire pour ce faire. Si elle est servie au plateau, n'apportez le dessert que dans un second temps, pour éviter qu'elle ne mange que cela. Remarque : si la personne n'a pas terminé son repas à la fin du service, vous pouvez lui proposer d'emmener et de consommer son dessert dans sa chambre.

Si vous devez faire un choix :

FICHE 36 • L'enrichissement des plats

En synthèse

L'enrichissement des plats permet d'augmenter, en cas de besoin, les apports énergétiques et/ou protéiques tout en conservant des portions alimentaires acceptables pour le résident.

L'enrichissement est également intéressant dans le cas d'un résident à petit appétit car il permet de réduire les portions servies. Ainsi :

- La personne augmente ses apports nutritifs spontanés, sans manger plus ;
- Le gâchis correspondant aux restes non consommés est limité.

Sauf cas exceptionnel, l'enrichissement doit être utilisé en première intention avant tout recours aux CNO, plus coûteux et moins bien acceptés par les résidents, en particulier si l'augmentation des apports doit être maintenue sur de longues durées.

En pratique

Les différentes options

- Privilégiez, dans les menus et recettes, **les produits à forte densité nutritionnelle**.
  - Vous pouvez favoriser, selon le besoin d'enrichissement :
    - Les aliments riches en protéines à haute valeur biologique : viandes, poissons et œufs.
    - Les aliments riches en calcium : produits laitiers.
    - Pour l'énergie, les aliments riches en lipides (crème, beurre, lait entier, sauce, charcuterie, préparations pâtissières…) et surtout en glucides lents, mieux assimilés (pâtes et riz complets, pain complet, flocons de pomme de terre…).
  - **Pour les résident souffrant de troubles de la déglutition**, mettez l'accent sur les produits laitiers et les bouillies de céréales enrichies instantanées, en particulier au petit-déjeuner et au goûter.
    Intérêt : cette option est facile à mettre en œuvre en cuisine.
    Inconvénients : ces enrichissement peuvent déséquilibrer l'alimentation vers le gras et le sucré.
- Intégrez aux recettes classiques **des aliments riches en énergie et/ou en protéines** : crème, œufs, fromage, jambon…
  Intérêt : cet enrichissement « naturel » peut être effectué facilement en cuisine à la demande du service de soin pour des résidents donnés.
  Inconvénient : ce mode d'enrichissement ne suffit pas toujours en cas de dénutrition sévère.

Au goûter et pour les collations, pensez aux smoothies (mélanges de jus de fruits et de lait), intéressants sur le plan nutritif mais aussi de l'hydratation. Attention toutefois, si ce concept ne fait pas partie de l'histoire de vie des résidents, ceux-ci peuvent se montrer réticents si vous la présentez sous son appellation anglophone. Présentez-la simplement comme du jus de fruits avec du lait, et proposez au résident d'en goûter une gorgée avant de le servir. Au besoin, expliquez les avantages de cette boisson. L'hiver, vous pouvez également proposer le traditionnel lait de poule (mélange de lait, de crème, de sucre et de jaune d'œuf, parfumé à la noix de muscade ou à la cannelle).

FOCUS SUR L'ENRICHISSEMENT AU JAUNE D'ŒUF

Le jaune d'œuf constitue un enrichissement facile et intéressant sur le plan nutritif. Il existe, au niveau réglementaire, une circulaire déconseillant d'utiliser les œufs en coquille (risque de salmonellose), mais l'enrichissement au jaune d'œuf est clairement mentionné dans les recommandations du GEMRCN pour les personnes âgées.

Pour ne pas vous priver de cette option, pensez simplement à prendre les précautions nécessaires :

- Si la préparation intègre une phase de cuisson ou de réchauffage à plus de 70 ° C après ajout de l'œuf, il n'y a pas de risque de salmonellose.
- Si le jaune d'œuf est ajouté après cuisson :
  - Utilisez uniquement des œufs de catégorie A qui ont été réfrigérés.
  - Ne lavez pas la coquille : en cas de contamination externe, cela faciliterait l'entrée de la bactérie dans l'œuf.
  - Soyez attentifs lorsque vous cassez l'œuf, dont le contenu ne doit pas entrer en contact avec la surface extérieure de la coquille.
  - Si possible, traitez les préparations en portions individuelles, pour limiter les risques de contamination générale.
  - Vous pouvez également acheter des bidons de jaune d'œuf pasteurisé.

- Intégrez dans les recettes une poudre telle que :

  - La poudre de lait (ou de crème) :

    Intérêts :

    - L'ajout de poudre de lait est facile à mettre en œuvre et convient bien pour l'enrichissement des plats et boissons contenant déjà du lait (par exemple les boissons lactées, les entremets…).
    - Si le plat / la boisson contient déjà du lait, la poudre de lait ne modifie pas le goût du plat / de la boisson (dans la limite de 10 à 15 % du volume).
    - La poudre de crème peut être intéressante pour améliorer la tenue des desserts.

    Inconvénient : le goût n'est pas neutre si la recette ne contient pas de produit laitier.

ATTENTION

Utilisez idéalement de la poudre de lait entier, éventuellement de la poudre de lait demi-écrémé, mais surtout pas de poudre de lait écrémé.

  - La poudre de protéines.

    Intérêt : des progrès ont été réalisés et certaines poudres, plus neutres que par le passé, ne modifient pas le goût et la texture du plat si elles sont délayées correctement et si le plat n'est pas réchauffé.

    Inconvénients :

    - La manipulation du produit est délicate et ne peut être effectuée que par le personnel de cuisine : un mauvais dosage et/ou un délayage mal effectué donnent facilement au plat un mauvais goût et/ou une texture grumeleuse.
    - Le réchauffage du plat peut altérer la texture qui devient élastique.

- La poudre de lactosérum.

  Intérêts :

  - Les protéines du lactosérum sont des protéines dites « rapides », mieux assimilées et donc plus efficaces et que les protéines dites « lentes » (celles des fromages par exemple).
  - Ce produit est très soluble et plus facile à incorporer que la poudre d'autres protéines.
  - Le goût neutre ne modifie pas la saveur de la recette.
  - Ce produit existe en plusieurs concentrations, jusqu'à 80/85 % de protéines (contre 30 % en moyenne pour la poudre de lait), ce qui autorise une certaine finesse dans le dosage de l'enrichissement.
  - Certaines sociétés spécialisées proposent des produits spécifiques pour certaines recettes, comme la béchamel, par exemple.

  Inconvénient : encore peu utilisée dans l'enrichissement des plats, son emploi demande un certain nombre de tests et d'ajustements pour certaines recettes (type de poudre utilisé, proportion, moment de l'incorporation, type de cuisson), parfois difficiles à transposer à grande échelle sur du matériel professionnel ; les plats tels que les purées de légumes ou la soupe ne demandent pas de mise au point particulière.

- Le blanc d'œuf en poudre, facile à utiliser, assez neutre en goût et qui n'augmente pas le bol alimentaire.

➡ Achetez des produits agro-alimentaires hyperprotéiques et/ou hyperénergétiques (pâtes enrichies, biscuits hyperprotéinés…).

Intérêt : ces produits ne nécessitent pas de préparation supplémentaire en cuisine.

Inconvénients : ils sont assez chers à l'achat et l'offre est encore assez limitée.

N'hésitez pas à recomposer certains repas selon les habitudes de vie du résident : pensez aux personnes qui aiment consommer du fromage ou de la charcuterie au petit-déjeuner ou au goûter. Cette forme d'enrichissement, en lien avec le passé et avec les goûts du résident, sera perçue comme étant une attention particulière.

« Nous étions confrontés à un double problème. Premièrement, nos résidents âgés ont besoin d'un apport égal, voire supérieur à celui des adultes, mais ils mangent globalement moins. Deuxièmement, nous n'avons pas de médecin nutritionniste et je suis la seule diététicienne pour tous les services de la Fondation, d'où de fortes contraintes de gestion ; nous ne pouvions gérer au cas par cas.

Devant ce constat, et après discussion au sein du CLAN, nous avons décidé de tester la mise en place de menus enrichis pour tous les résidents âgés, à tous les repas, y compris le goûter. Cela nous permet de répartir plus facilement les apports.

Cette pratique, en place depuis un an, n'est pas encore figée car nous n'avons pas le recul suffisant, mais nous attendons les résultats d'une première analyse sur les retombées concrètes en termes médicaux. »

Anna Bandini-Bellin, diététicienne, Fondation Bon Sauveur d'Alby, Albi

Exemples pratiques

➡ Quelques options d'enrichissements, selon le type de plat :

Préparation	*Options possibles*
Potage	➡ Pâtes à potage, tapioca, pain, croûtons, pommes de terre… ➡ Crème fraîche, beurre, poudre de lait, lait concentré non sucré, fromage râpé, crème de gruyère ➡ Jambon, œufs, soupes de poisson (riches en protéines) avec croûtons et fromage râpé ➡ Soupes de légumineuses (lentilles, pois cassés)
Entrées	➡ Enrichir les salades avec œufs durs, cubes de fromage, jambon, lardons, morceaux de poulet, sardines, maquereaux, thon, rollmops, anchois, croûtons, maïs, raisins secs, olives… ➡ Proposer des entrées à base de céréales (salade de pâtes, taboulé)
Plat protéique	➡ Proposer des protéines de bonne qualité : attention aux panés, beignets, cordon bleu… ➡ Viandes en sauce, soufflés, gratins de poisson, lasagnes, hachis parmentiers…
Légumes	➡ Les proposer en béchamel, en sauce blanche, en gratin enrichi avec du lait en poudre, du gruyère, de la crème, du beurre, des œufs, ➡ Proposer des flans de légumes, des tartes, des tourtes… facilement enrichissables et toujours faciles à mâcher
Purées	➡ Ajouter des jaunes d'œuf, du gruyère, du lait en poudre, fromage fondu, jambon mixé…
Céréales	➡ Ajouter du fromage râpé, du beurre, de la crème, du jaune d'œuf, des lardons, du jambon, des viandes hachées.
Laitages et desserts	➡ Incorporer du lait en poudre, du lait concentré sucré, de la crème fraîche, de la confiture, du miel, de la crème de marrons, du caramel, du chocolat, des nappages, des fruits de type banane, des fruits au sirop (+/- mixés), de la poudre d'amandes, de la noix de coco… ➡ Proposer des gâteaux de riz, de semoule, des flans aux œufs, des crèmes anglaises ou pâtissières, clafoutis, gratins de fruits en utilisant du lait entier …
Boissons	➡ Enrichir le lait avec du lait en poudre (1 cuillérée à soupe pour 100 mL de lait entier), du lait concentré sucré, et consommer chaud ou froid en aromatisant éventuellement (café, chocolat, sirops de fruits…). ➡ Proposer du lait de poule (œuf battu avec du lait, sucre, rhum, vanille), des milk-shakes, des smoothies. ➡ Utiliser du lait entier, de préférence

➡ Quelques équivalences chiffrées, selon les enrichissements :

	Quantité ou poids	*Protéines*	*Calories*
Lait entier	20 cl	7 g	125 kcal
Gruyère râpé	20 g	5 g	80 kcal
Crème de gruyère	1 portion (30 g)	4 g	90 kcal
Crème fraîche épaisse	1 c. à soupe (environ 25 g)	---	80 kcal
Poudre de lait entier ou lait concentré entier	1 c. à soupe (environ 10 g)	3 g	50 kcal
Œufs	1 jaune d'œuf 1 œuf entier	3 g 10 g	62 kcal 80 kcal
Jambon haché, viande hachée ou chair à saucisse	20 g	4 g	56 kcal
Poudre de protéines	1 à 3 c. à soupe par jour dans 150 g de liquide ou 150 g de purée	5 à 15 g	---
Beurre / huile	1 noisette ou 1 c. à soupe (environ 10 g)	---	75 à 90 kcal

Pour les protéines, les supplémentations sont en moyenne de l'ordre de 20 g par jour.

20 g de protéines

=

OU OU OU OU OU

100 g de viande — **2** œufs — **2 tranches** de jambon blanc — **100 g** de poisson — **2 grosses** sardines — **1 petite boîte** de thon

=

OU OU OU OU OU

600 ml de lait — **2 petits pots** de fromage blanc — **80 g** de Gruyère, de St Nectaire ou de Cantal (soit 2 portions) — **70 g** de fromage râpé — **5 portions** de crème de Gruyère — **45 g** de poudre de lait ou de lait concentré entier

=

20 g de poudre de protéines

Pour vous aider…

OUTIL 16 : Recettes de plats enrichis

- **La mallette pédagogique MobiQual** aborde les enrichissements dans la fiche pratique 7 *Quand les apports spontanés ne suffisent pas*, et dans les fiches *Trucs et astuces pour enrichir vos recettes* et *La cuisine à texture modifiée et enrichie*.

FICHE 37 • Les compléments nutritionnels oraux (CNO)

En synthèse

Les CNO doivent être prescrits par le médecin, dans le cadre d'une prise en charge de la dénutrition. Ils ne doivent en aucun cas constituer une solution de facilité, en remplacement de l'enrichissement.

La prescription la plus courante est un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/jour et/ou de 30 g de protéines/jour (le plus souvent en deux unités par jour).

En pratique

ATTENTION

Pour éviter une diminution de la consommation du repas (totalement contreproductive), les CNO ne doivent jamais être proposés au début des repas principaux. Proposez-les de préférence en dehors des repas, plus de deux heures avant le repas suivant, par exemple sous forme de collation. Si le résident a un gros appétit, vous pouvez éventuellement le lui proposer juste après le repas.

- Présentez les CNO au résident comme un traitement de la dénutrition, afin de l'inciter à les consommer.
- Variez les CNO en respectant les goûts du résident :
  - Il existe des CNO solides et des CNO liquides.
  - Il existe des variétés salées, sucrées, lactées ou non… Il est possible de modifier l'arôme d'un produit de goût neutre ou vanillé par différents parfums (sirop de fruits, caramel, café, chocolat en poudre, etc.).
  - Si le résident a un parfum préféré, variez les marques car l'arôme varie de l'une à l'autre.
- Adaptez les CNO aux handicaps éventuels (troubles de déglutition, difficultés de préhension des objets…). Il est possible de modifier la texture des boissons avec une poudre épaississante.
- Servez les produits à la bonne température.
  - Les produits sucrés sont souvent plus appréciés s'ils sont servis bien frais.
  - Les compléments à servir chauds peuvent être réchauffés au bain-marie ou au four à micro-ondes.
- Une fois ouvert, le CNO peut être conservé 2 heures à température ambiante et jusqu'à 24 heures au réfrigérateur.
- Vérifiez régulièrement que les CNO prescrits soient bien consommés (la consommation moyenne est de 60 % de ce qui est prescrit).

Pour vous aider…

La mallette pédagogique MobiQual aborde les CNO dans la fiche pratique 7 *Quand les apports spontanés ne suffisent pas*.

FICHE 38 • Une option à étudier : Le régime protéique pulsé

En synthèse

L'objectif du régime protéique pulsé (ou chrono-nutrition protéique ou « régime senior ») est de lutter contre la dénutrition et la sarcopénie (réduction de la masse et de la force musculaires) qui ont une prévalence très importante chez les sujets âgés, en modifiant la chronologie de l'apport protéique, tout en restant dans le cadre d'un régime équilibré et du plaisir de manger.

Les sujets âgés dénutris présentent une résistance à la renutrition qui trouve son origine dans des modifications métaboliques avec l'âge. Le concept du régime protéique pulsé est qu'il faut apporter au moins les trois quarts des besoins protéiques journaliers au cours du même repas (le midi), afin d'augmenter la masse musculaire des sujets âgés (en complément d'un travail sur l'activité physique) et ainsi prévenir la sarcopénie et la dénutrition.

« Une étude clinique randomisée portant sur 66 personne âgées a permis de mettre en évidence l'efficacité du régime protéique pulsé, en comparaison à un régime normal : après six semaines les sujets prenaient en moyenne presque 1 kg de masse musculaire, contrairement au régime normal où la prise musculaire était absente. »

Christian Aussel, biologiste, CH Émile Roux, Limeil-Brévannes

La sarcopénie multiplie par trois le risque de chute et par quatre la perte d'autonomie fonctionnelle.

En pratique

Mise en œuvre

Tout en conservant l'équilibre alimentaire sur l'ensemble de la journée, il faut, en moyenne, augmenter la ration protéique du midi à environ 60 g. Pour cela, il existe deux solutions possibles complémentaires :

- Choisissez des aliments naturellement riches en protéines et facilement assimilables. Par exemple, optez pour une entrée protéique comme du maquereau, une salade de cervelas ou des oeufs, un dessert protéique comme un riz au lait ou un flan pâtissier… Dans ce cas, les crudités et cuidités sont plutôt données au dîner.

  Inconvénient de cette solution utilisée seule : la difficulté de maintenir une diversité des menus sur le long cours.

- Enrichissez les plats avec des aliments riches en protéines (spécialités fromagères…), de la poudre de lait, ou mieux de la poudre de lactosérum (voir fiche 36).

OUTIL 17 : Exemples de menus pour le régime protéique pulsé

ATTENTION

Sensibilisez les résidents et les familles en leur expliquant simplement l'objectif de cette méthode, car certains peuvent craindre de voir leurs repas modifiés.

Contraintes et difficultés

- La mise en œuvre de ces menus peut être difficile dans les grosses unités de production (absence de ligne de production pour certaines recettes, obligation de deux lignes de production dans les hôpitaux non exclusivement gériatriques…).
- Au delà de deux menus protéiques pulsés par semaine, il devient nécessaire de réaliser des plats hyperprotéiques afin de conserver la diversité des menus sur le long terme.
- L'offre industrielle actuelle de produits spécifiques hyperprotéiques, à texture modifiée ou non, est à la fois peu développée et relativement coûteuse.

« Nous sommes capables de servir deux menus « seniors » par semaine sans modifier notre coût matière - qui est en moyenne de 2 € par repas et sans enrichir les plats. En passant à trois menus par semaine nous allons probablement augmenter nos coûts car n'ayant pas encore la possibilité de préparer des plats hyperprotéiques, il faudra les acheter. »

Pascal Loye, responsable de la restauration, CH Émile Roux, Limeil-Brévannes

- En raison des changements nécessaires (mise au point des recettes, création des fiches techniques…), cette initiative demande un travail méticuleux dans sa phase préparatoire.

FICHES PRATIQUES

THÈME 4

Les actions spécifiques, liées aux capacités des résidents

Sommaire

FICHE 39 • Les troubles visuels 143

FICHE 40 • Les troubles moteurs 145

FICHE 41 • Les troubles cognitifs et symptômes psycho-comportementaux 147

FICHE 42 • Les troubles de la déglutition 153

FICHE 43 • Les résidents en fin de vie 159

FICHE 39 • Les troubles visuels

En synthèse

Les troubles de la vision ont deux conséquences principales :

- Le résident ne reconnaît pas les aliments qu'on lui présente ; or l'identification visuelle participe d'autant plus à l'appétit que les autres sens sont émoussés.
- Le résident ne parvient pas à situer les aliments, les couverts, d'où une difficulté physique qui nuit à la consommation des plats.

La personne voit flou

La personne a des troubles de la vision périphérique

La personne a des troubles de la vision centrale

En pratique

- Assurez-vous avant chaque repas que le résident porte ses lunettes.
- Placez-le dans des conditions lumineuses optimales : la luminosité doit être suffisante mais sans source d'éblouissement. Par exemple, placez-le près d'une fenêtre ou d'une baie vitrée, mais de dos.
- Disposez les différents éléments du repas (assiette ou ramequin, verre, couverts, carafe, bouteille de vin, pain…) en fonction de son champ visuel (vision périphérique, centrale, déformation, altération de la vision d'un côté de l'espace, etc.). Si besoin, aidez-le, en guidant ses mains, à repérer l'emplacement des différents éléments, voire à les saisir.
- Pour lui parler ou si vous devez l'aider à manger, positionnez-vous également dans son champ de vision, pour qu'il puisse capter au mieux les informations non verbales sur votre visage.
- Pour faciliter le repérage spatial, dressez la table et assemblez les plats de manière à assurer un contraste maximum entre :
  - Les contenants (assiette, ramequin, verre…) et la table ;
  - Les couverts et la table ;
  - Les aliments et leur contenant ;
  - Les différentes composantes du plat.

- Vérifiez que le résident a pu identifier les aliments. Dans le cas contraire, décrivez-lui les plats pour stimuler son appétit, en faisant également appel aux autres sens. Par exemple : couvrez le plat d'une cloche, que vous soulèverez devant le résident pour le faire bénéficier au maximum des arômes. « Vous sentez, aujourd'hui nous avons (…) »
- Vous pouvez éventuellement lui proposer une alimentation de type « manger-mains » (voir fiche 41).

FICHE 40 • Les troubles moteurs

En synthèse

Les troubles moteurs peuvent être :

- temporaires, suite à une fracture, une intervention chirurgicale…
- permanents, dans le cas d'une paralysie ou de la diminution des capacités physiques du résident.

Ils peuvent constituer un véritable obstacle à la prise alimentaire en rendant difficile, voir impossible :

- De saisir, serrer et manier les objets (couverts, verres, contenants) ;
- D'amener les aliments à la bouche ;
- De couper les aliments ;
- D'éplucher les fruits ;
- De stabiliser les contenants…

L'assistance au repas est d'une importance primordiale chez les résidents concernés.

ATTENTION

Beaucoup de mouvements nécessitent l'usage des deux mains (beurrer une tartine, couper un aliment, manger un yaourt…).

En pratique

- Proposez des aides techniques adaptées aux capacités de la personne. Par exemple :
  - Si le résident tremble, coordonne mal ses mouvements ou n'utilise qu'une seule main, vous pouvez lui proposer :
    - Une assiette à buttée (photo 1),
    - Une assiette à rebord (photo 2),
    - Un set de table antidérapant (photo 3),
    - Une planche à tartiner (photo 4),
    - Un couteau à lame courbe (photo 5),
    - Un verre anti-renversement (photo 6),
    - Un verre à encoche nasale (photo 7).
    - Une alimentation de type « manger-mains » (voir fiche 41).
  - Si le résident a des difficultés pour tenir ses couverts (manque de force, arthrose…), vous pouvez lui proposer :
    - Des couverts à manches grossis (photo 8),
    - Des couverts à manches flexibles (photo 9),
    - Des manches à prise digito-palmaire (photo 10),
    - Des couverts avec sangles de poignets (photo 11).

Consultez un ergothérapeute qui pourra faire un diagnostic précis des troubles et indiquer les aides techniques appropriées.

➡ Si vous devez apporter une aide au repas, adaptez-vous à l'autonomie du résident et préservez-la au maximum. Par exemple, en cas d'apraxie (difficulté à initier ou effectuer un mouvement) :

- Montrez le geste au résident pour qu'il vous imite ;
- Expliquez-lui comment faire ;
- Ne faites le geste à sa place qu'en dernier recours.

ATTENTION

Trouver, pour chaque acte, le juste milieu entre assistance et autonomie implique de ne pas catégoriser les résidents en « autonome », « semi-autonome » ou « non autonome ». Par exemple, une personne considérée globalement comme autonome peut délaisser une clémentine, non pas parce qu'elle n'en a pas envie ou qu'elle n'a plus faim, mais parce qu'elle ne parvient pas à l'éplucher ! En cas de doute, n'hésitez pas à proposer votre aide.

➡ Les attitudes correctes pour l'aide au repas :

- N'aidez qu'une seule personne à la fois, soyez à l'écoute, et portez-lui toute votre attention. En particulier, évitez de converser avec d'autres membres du personnel.
- Asseyez-vous à sa hauteur, en position d'angle, visage tourné vers elle, si possible dans son champ de vision.
- Établissez le contact :
  - ❖ en adoptant une posture « en écho », tête inclinée de côté ;
  - ❖ en cherchant son regard ;
  - ❖ en lui parlant gentiment, avec des mots simples ;
  - ❖ en lui touchant main ou le bras (caresse, tapotements…).

ATTENTION

Le contact corporel permet d'appuyer le langage verbal, et il est notamment très utile lorsque vous aidez une personne présentant des troubles psycho-comportementaux. Toutefois, soyez attentifs à ne pas pénétrer le champ d'intimité de la personne : cela peut provoquer de l'agressivité. Évitez notamment de toucher le visage du résident.

- ❖ N'hésitez pas à solliciter la famille lors des visites.

ATTENTION

Dans ce cas, vous devez assurer une formation minimum pour les proches qui souhaitent aider le résident à prendre son repas.

- Intégrez le résident à la conversation générale, dialoguez avec lui, montrez-lui que vous vous intéressez à lui.

➡ Pour sensibiliser les aidants et les aider à appréhender les problèmes rencontrés par les résidents, n'hésitez pas à mettre le personnel en situation. Par exemple, invitez-les à ouvrir et manger un yaourt avec un bras attaché le long du corps (ou en écharpe).

➡ Pour gérer plus facilement l'aide au repas, assurez-vous que le personnel disponible est suffisamment nombreux au moment où seront servis les plats les plus difficiles à manger (cuisse de poulet, fruits à découper…).

Pour vous aider…

La mallette pédagogique MobiQual aborde les troubles moteurs dans les fiches pratiques 4, *L'aide au repas*, et 5, *Les aides techniques pour le repas*.

FICHE 41 • Les troubles cognitifs & symptômes psycho-comportementaux

En synthèse

Les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer (ou d'une maladie apparentée) constituent un public très difficile à gérer sur le plan de l'alimentation car :

- Leur grande dépendance nécessite parfois une assistance importante et lourde à gérer.
- Ces personnes souffrent fréquemment de troubles du comportement alimentaire, qu'il convient de diagnostiquer et de corriger convenablement.
- Elles présentent fréquemment des troubles de la communication verbale, et sont alors incapables d'exprimer leurs ressentis (notamment négatifs : inconfort, dégoût, préoccupations…).
- Ces résidents perdent progressivement la pensée abstraite (ils ne peuvent alors reconnaître un aliment que s'ils le voient), et ne peuvent donc pas s'exprimer à propos d'un aliment (choix dans un menu, expression d'un goût…) si on se contente de le leur citer.
- Ils perdent parfois le sens des outils, et ne savent plus à quoi sert une fourchette…

Mais la perte de poids qui accompagne cette pathologie à tous les stades n'est pas inéluctable, si la prise en charge de ces résidents est adéquate : le rôle des aidants est essentiel et un soin particulier doit être apporté à l'environnement du repas.

La dénutrition est une des complications les plus fréquentes de la maladie d'Alzheimer. Elle accélère le déclin cognitif, aggrave la perte d'autonomie et augmente le risque d'hospitalisation.

En pratique

- Créez une atmosphère rassurante et apaisante :
  - L'espace dédié au repas (que ce soit la salle à manger ou l'espace de déambulation) doit être très calme.
  - Évitez les sources de distraction : télévision, radio, nappes à motifs, tables surchargées… L'espace dédié au repas (la salle à manger, mais aussi l'espace de déambulation, qui doit rester accessible) doit être très calme, sans bruits parasites (évitez donc la musique d'ambiance, même en sourdine).
- Pour éviter la perte de poids et mieux gérer le risque de dénutrition, vous pouvez systématiser les collations (voir fiche 19).
- Selon les capacités du résident, laissez-lui une possibilité de choix, au moins pour les collations.

ATTENTION

Ne sous-estimez pas les capacités du résident : le choix peut être exprimé par un langage non verbal. Sollicitez le résident, en restant attentif à l'expression de son visage et à ses gestes.

- Laissez au résident la possibilité de :
  - Mélanger les éléments du repas et/ou les manger dans le désordre.
  - Manger avec ses doigts. Si ce comportement est fréquent, envisagez de passer à une alimentation de type « manger-mains » (voir ci-dessous).
  - Manger debout, en déambulant s'il le souhaite.
  - Grignoter des aliments mis à sa disposition (biscuits, fruits frais ou secs) …
- Pour adapter l'alimentation au sens large, basez-vous sur des analyses situationnelles (partez de l'observation des résidents pour vous y adapter et non l'inverse). N'hésitez pas à faire des tests et à procéder par essais / erreurs.

ATTENTION

- Soyez particulièrement tolérants avec ces résidents et agissez toujours dans leur intérêt.
- Ces troubles évoluent, le plus souvent en se compliquant.

Par exemple :

Observation	*Adaptation*
Les malades Alzheimer sont attirés par les couleurs douces et chaudes et effrayés par les couleurs vives.	Choisissez des nappages et de la vaisselle au couleurs pastels, et privilégiant les tons cassis, jaunes ou orangés.
Les malades Alzheimer sont effrayés par les motifs.	Utilisez des nappes (ou sets) et de la vaisselle unis, même si les versions à motif vous semblent plus agréables à l'oeil.
Les malades Alzheimer portent tout au nez avant de les porter à la bouche : les odeurs sont très importantes pour eux.	Faites appel aux odeurs pour les stimuler à manger.
Le résident a peur de la foule.	Isolez-le pour le repas, même si vous considérez que le lien social est important.

Quand vous repérez un trouble, parlez-en en réunion d'équipe pour trouver une stratégie adaptée. L'un de vos collègues a peut-être déjà trouvé une solution…

- Pour l'aide au repas, adoptez une attitude adéquate :
  - Placez-vous en face du résident et à la « bonne distance ».

La distance d'un bras permet au résident de se sentir concerné mais pas agressé.

  - Sollicitez doucement le résident, avec patience, à absorber les aliments.
  - Retenez son attention, regardez-le dans les yeux :
    - Abordez-le doucement. Regarder la personne la rassure, l'aide à comprendre ce que vous avez à lui dire, ce que vous attendez d'elle.
    - N'aidez pas plusieurs personnes à la fois et ne conversez pas avec d'autres dans le même temps.

- Soyez attentif à ses réactions et à l'expression de son visage, afin de savoir s'il comprend ou non.
- Restez calme : cela rassurera le résident.
- Si ses réponses sont inadaptées, réagissez en fonction de son humeur.
- Parlez-lui doucement, en utilisant des phrases courtes et des mots simples :
  - Parlez avant d'établir un contact corporel et évitez de toucher le visage.
  - Ne donnez qu'une seule information ou instruction à la fois. Si le résident ne comprend pas, n'hésitez pas à répéter plus lentement, en utilisant les mêmes mots.
  - Évitez les questions ouvertes : idéalement, le résident doit pouvoir répondre par oui ou par non.
  - Annoncez et montrez ce que vous faites. Par exemple, montrez et citez les couverts.
- Procédez par étapes.

ÉTUDE DE CAS

Situation	*Vos arguments / propositions*
Le résident refuse toute alimentation et s'énerve	➡ Dialoguez et recherchez si des circonstances ou des facteurs particuliers entrent en jeu. ➡ Réessayez plus tard. ➡ Rusez en détournant son attention sur autre chose tout en essayant de l'aider à poursuivre son repas.
Le résident mange lentement	➡ Laissez-le manger à son rythme et rassurez-le. ➡ Veillez à ce que le plat reste chaud : cloche sur l'assiette, four à micro-ondes, assiette chauffante…
Le résident fixe la nourriture et ne mange pas	➡ Expliquez-lui le contenu de l'assiette, le rite du repas. ➡ Encouragez-le verbalement, aidez-le. ➡ Lui parler d'autre chose, sur un thème qui l'intéresse, permet parfois de lever les blocages.

ATTENTION

La stimulation doit être adaptée au cas par cas, au jour le jour.

Cette aide doit être assurée par l'équipe de soin, si possible après une formation spécifique.

➡ Utilisez la capacité de mimétisme, conservée très longtemps chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer :

- En mangeant avec eux, pour leur montrer l'exemple ;
- S'ils ne perturbent pas le repas, en les mélangeant avec les autres résidents : le fait de ne pas les mettre à l'écart maintient le lien social et freine le déclin des capacités cognitives.

➡ Si le résident a du mal à manipuler les couverts ou à les reconnaître, vous pouvez essayer de lui donner des couverts en plastique polycarbonate, très légers et plus esthétiques qu'auparavant ou, au contraire, des couverts plus lourds qui risquent moins de tomber.

➡ Si le résident ne parvient pas à rester assis (il mange debout et/ou déambule), ou s'il refuse d'utiliser des couverts, vous pouvez :

- Lui proposer des aliments se prêtent naturellement bien à une consommation en position debout, en marchant :

Poulet froid

Charcuterie

Légumes crus en bâtonnets

Fromages

Glaces (en bâtonnets ou en cornet)

Biscuits

Yaourts et compotes à boire…

- Adapter le menu en le présentant sous forme de manger-mains.

ATTENTION

Ce mode d'alimentation ne doit pas constituer une solution de facilité :

➡ Le manger-mains ne doit être envisagé qu'en dernier recours, après avis médical et concertation de l'équipe en confrontant notamment les effets psychologiques néfastes, les besoins effectifs du résident et les solutions alternatives à votre disposition. Cette prescription doit être réévaluée régulièrement.

➡ Le recours au manger-mains ne signifie pas que le résident peut se débrouiller seul : la consommation des bouchées doit être encadrée par un personnel compétent (voir notamment, ci-dessous, le picorage encadré).

❖ Pour faciliter la transition :
- ◊ Communiquez auprès des familles pour les rassurer et les aider à passer l'étape psychologique.
- ◊ Dans un premier temps, permettez au résident de découvrir son nouveau mode d'alimentation, dans sa chambre ou dans un espace / une salle séparé(e). Vous éviterez ainsi la gêne et favorisez l'apprentissage.
- ◊ Accompagnez le résident dans sa découverte : expliquez-lui le concept, répondez à ses interrogations, écoutez-le en tenant compte si possible de ses objections.
- ◊ Réintégrez le résident dans la salle de restauration commune une fois le cap psychologique franchi et l'apprentissage acquis.

❖ Les grosses quantités peuvent décourager, même si le plat est fractionné en bouchées :
- ◊ Ne servez que quelques bouchées à la fois, et proposez au résident de le resservir quand il a terminé son assiette.
- ◊ Au besoin, enrichissez les bouchées.

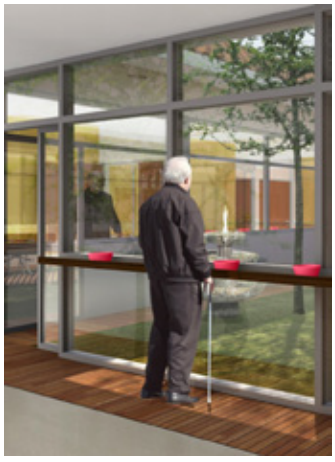
❖ Si le résident mange à table, laissez toujours des couverts (traditionnels ou ergonomiques) à sa disposition pour ne pas encourager la régression.

- Si le résident souffre également de troubles de la déglutition et nécessite une texture de type mixé lisse, essayez de concilier les deux concepts, en vous inspirant des recettes proposées lors des Olympiades des plats mixés de 2012. Ces recettes vous seront adressées sur simple demande à l'adresse du réseau Régies 95 : regies95@orange.fr.

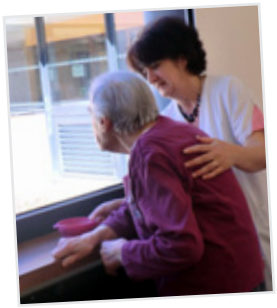
- Si nécessaire, mettez en place une procédure de picorage encadré : l'objectif de cette initiative est de permettre aux résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer sévère (particulièrement les grands déambulants) de se déplacer sans obstacle et de s'alimenter proprement et en toute sécurité, considérant les risques spécifiques du manger-mains (risque infectieux, risque de chute et risque physique).

ATTENTION

Ce dispositif n'est pas adapté aux résidents à fort risque de fausse-route.



- Le picorage encadré doit se dérouler dans un espace approprié, idéalement dans une boucle de déambulation. Dans tous les cas, le trajet doit être :
  - connu, pour faciliter l'orientation,
  - dégagé, pour éviter les chutes,
  - sécurisant, avec la présence de mains courantes sur l'ensemble du trajet.
- Cet espace doit en outre être adapté à la consommation des aliments : installez près des mains courantes, à hauteur d'homme, des portiques (supports) anti-dérapants, avec des encoches permettant d'y déposer des ramequins eux-mêmes anti-dérapants.
- La procédure d'encadrement est la suivante :
  - Avant le repas :
    - Inspectez les mains du résident : les ongles doivent être courts, les mains ne doivent pas présenter de plaies (dans le cas contraire, pansez-les).
    - Assurez-vous que le résident se lave correctement les mains avant la prise, en l'aidant si besoin.
    - Si le résident porte les cheveux longs, assurez-vous qu'ils soient attachés et bien tenus.
  - Si plusieurs résidents sont concernés, répartissez-les le long du trajet pour qu'ils n'interagissent pas (la présence des autres résidents peut les perturber).



  - Pour chaque plat, incitez le résident à manger :
    - Placez le ramequin du résident dans une encoche du portique.
    - Présentez le plat au résident : à l'aide d'un ramequin similaire, faites-lui sentir les arômes, tout en lui expliquant de quoi il s'agit.
    - Enfin, dirigez le résident vers son ramequin personnel.
  - Limitez le picorage de chaque plat à 30 minutes maximum.
  - Surveillez la chute éventuelle d'aliments ou de liquides au sol ; le cas échéant :
    - Nettoyez aussitôt pour éviter les risques de chute du résident.
    - Ramassez et jetez les aliments tombés au sol, pour que le résident ne puisse pas les récupérer et les mettre en bouche.

◊ Assurez-vous que le résident s'hydrate :
- Au départ du trajet, installez une table avec des verres et des tasses (pour laisser le choix au résident) et une carafe ou bouteille d'eau.
- À chaque passage devant la table, incitez le résident à boire.

◊ Ce moment doit être convivial : les résidents doivent sentir que vous êtes avec eux.

ATTENTION

➡ L'accompagnement du résident devrait être pris en charge par du personnel qualifié : IDE, AS, ASG ou AMP.

➡ Prévoyez au moins un encadrant pour deux résidents.

➡ En cas de perte de la pensée abstraite :

- Montrez les aliments du doigt lorsque vous les citez.
- Illustrez les cartes et/ou affiches des menus avec des photos des plats et/ou des ingrédients principaux.
- Si vous organisez une sortie au restaurant, assurez-vous que celui-ci propose une formule buffet et/ou une carte illustrée, pour que le résident puisse désigner son choix.

Pour vous aider...

OUTIL 18 : Exemples de menus transposés en texture mixée et manger-main

OUTIL 19 : Échelle de Blandford

Cet outil vous permettra de décrire précisément les troubles du comportement alimentaire du résident. N'hésitez pas à l'annexer à sa fiche individuelle.

➡ **L'équipe de l'EHPAD de Châteauneuf-la-Forêt**, qui a créé le concept de picorage encadré, se tient à votre disposition pour toute précision sur cette initiative. Contact : Josette Diop, josette.diop@orange.fr

➡ **L'ouvrage collectif *Alimentation et Alzheimer : s'adapter au quotidien - Guide pratique à l'usage des aidants à domicile et en institution*** est consacré à ce sujet.

➡ **Les brochures *Traitement non pharmacologique de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées – Application aux troubles du comportement en EHPAD*** contiennent des recommandations et idées d'animation pour gérer les troubles du comportement (animations flash pour faire chuter les troubles avant le repas, bonnes pratiques pour limiter ces troubles pendant les repas, prise en charge d'un trouble particulier…).

➡ **La mallette pédagogique MobiQual** contient une fiche pratique dédiée, *Alimentation et maladie d'Alzheimer* (fiche 9). Vous pouvez également consulter la fiche pratique 10, *Le refus alimentaire*.

➡ Le livre de Martine Perron, ***Communiquer avec des personnes âgées – La Clé des Sens***, peut vous aider à établir un dialogue avec ces résidents.

➡ Le livre de Martine Perron, ***Oser proposer une autre alimentation avec les personnes âgées fragilisées avec des concepts de plats « Picorés » et « Savourés »***, regroupe recettes et conseils pratiques.

➡ **Le poster *Les troubles du comportement liés à l'alimentation dans la maladie d'Alzheimer***, réalisé par un groupe de travail du CLAN du réseau Régies 95, rappelle sous forme de bande dessinée les bonnes pratiques liées au repas.

FICHE 42 • Les troubles de la déglutition

En synthèse

Les troubles de la déglutition sont fréquents chez la personne âgée. En dehors des modifications liées à l'âge, les causes de ces troubles peuvent être :

- neurologiques (accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, démence) ;
- médicamenteuses (anticholinergiques, certains traitements inhalés, dépresseurs du système nerveux central, neuroleptiques, médicaments pouvant entraîner une dysphagie œsophagienne ou une œsophagite) ;
- ou anatomiques (suites de chirurgie ORL, par exemple).

Les troubles de déglutition peuvent se révéler bruyamment à l'occasion d'une fausse route ou d'une régurgitation nasopharyngée évidentes, mais ils s'expriment parfois de façon plus insidieuse. Non détectés ou mal pris en charge, ils peuvent évoluer vers diverses complications :

- Somatiques (déshydratation, dénutrition, fausse route avec crise d'étouffement, infection des voies aériennes inférieures aiguë ou chronique, pneumopathie chimique – inhalation de liquide gastrique).
- Psychologiques et sociales (dépression, isolement social, mauvaise qualité de vie).

Ils doivent donc être diagnostiqués aussitôt que possible, et faire l'objet d'une prise en charge appropriée.

ATTENTION

Ces troubles peuvent être réversibles, il faut donc les réévaluer régulièrement.

La prévalence des troubles de la déglutition est de 30 à 40 % chez les personnes âgées vivant en institution.

En pratique

Dépistage et diagnostic

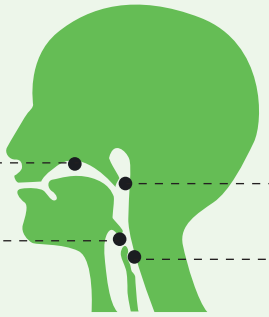
- Certains incidents à répétition sont de véritables signes d'alerte.

ATTENTION

Les personnes présentes au moment des repas ont un rôle essentiel dans le repérage des signes d'alerte pouvant évoquer un trouble de la déglutition. Sensibilisez les aidants, et analysez la situation en équipe pluridisciplinaire en cas de doute.

La nourriture reste bloquée sur les côtés de la bouche (stase)

- Gêne pour avaler
- Maintien prolongé des aliments en bouche
- Fuites alimentaires par la bouche, bavage



Le liquide est aspiré par le nez

- Reflux nasal

Nourriture et liquide passent dans la trachée

ATTENTION : La plupart de ces incidents sont sans traduction clinique

- Fausse route aiguë
- Modification de la voix (voix « mouillée »)
- Raclements et toussotements
- Pneumopathies récidivantes et/ou épisodes fébriles inexpliqués.

La nourriture reste bloquée dans la gorge

- Blocage alimentaire

ATTENTION

La toux et les infections pulmonaires peuvent être également des signes potentiellement évocateurs de reflux gastro-œsophagien : vous devez réaliser un diagnostic différentiel.

- Le diagnostic des troubles de la déglutition doit permettre d'identifier la (les) cause(s) et de définir une prise en charge adéquate. Il comprend :
  - L'évaluation en équipe de l'état fonctionnel, nutritionnel et cognitif du résident et de ses comportements.
  - L'évaluation clinique des troubles :
    - Identification des difficultés, des compensations spontanées, des attentes du résident et des priorités.
    - Une exploration clinique des différentes phases de la déglutition, avec ou sans prise alimentaire.
    - Selon les résultats, des examens complémentaires peuvent être proposés (vidéofluoroscopie, manométrie pharyngo-œsophagienne…).

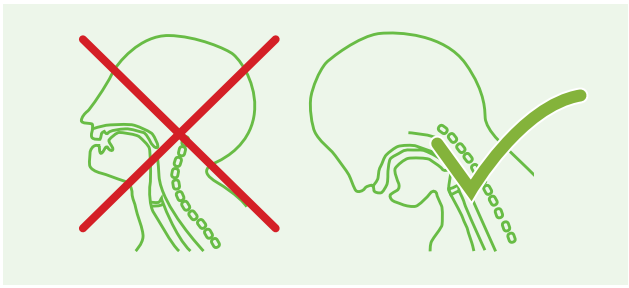
Prise en charge

- Installez correctement le résident :
  - Assurez-vous qu'il porte son appareillage dentaire.
  - Installez-le le buste droit, en position stable et confortable (voir fiche 17).
  - Pour éviter les fausses-routes, la tête du résident doit toujours être penchée vers l'avant. Pour que le résident maintienne cette position :
    - Calez éventuellement la tête par un coussin.
    - Assurez-vous qu'aucun élément situé en hauteur (télévision allumée par exemple) n'attire son regard.
    - Fournissez-lui, pour boire, un verre à encoche nasale.

ATTENTION

Le verre dit « canard » majore le risque de fausse route. Il est donc à proscrire en cas de troubles de la déglutition, sauf cas particuliers.

Pour rappeler aux aidants la bonne position à adopter, vous pouvez afficher une illustration dans la chambre du résident et dans la salle à manger.



- Adaptez l'environnement du repas :
  - Évitez les distractions (télévision, radio, musique, discussions animées…).
  - Laissez le résident manger lentement, à son rythme.
  - Attendez au minimum 30 minutes (idéalement 1 heure) après la fin de repas avant le coucher.
- Adaptez le régime alimentaire du résident.
  - Selon les capacités et besoins du résident, vous pouvez envisager une modification de texture des aliments (texture lisse, sans aucun grumeau).

ATTENTION

- Le passage aux textures modifiées doit être décidé par un médecin, après analyse des potentialités du résident et de son état de santé : menez toujours une réflexion éthique en confrontant notamment les effets psychologiques néfastes, les besoins effectifs du résident et les solutions alternatives à votre disposition. Cette prescription doit être révisée régulièrement, en fonction de l'évolution des troubles.
- Si la texture alimentaire est modifiée, assurez-vous que les repas restent équilibrés, notamment au petit-déjeuner, pour qu'il n'y ait pas de diminution des apports protéino-énergétiques, calciques et de vitamines C et A (voir le paragraphe « Pour vous aider »).

- Certaines marques agroalimentaires se sont spécialisées dans les plats mixés, et proposent des produits de qualité.
- Si le mixé est fait maison, une attention particulière doit être portée à la préparation du plat (texture, rectification de l'assaisonnement).
- Que le mixé soit fait maison ou que vous optiez pour un produit de l'agroalimentaire, soignez particulièrement la présentation : le plat doit être appétissant.

❖ Pour faciliter la transition :

◊ Communiquez auprès des familles pour les rassurer et les aider à passer l'étape psychologique.

◊ Dans un premier temps, permettez au résident de découvrir son nouveau mode d'alimentation, dans sa chambre ou dans un espace / une salle séparé(e). Vous éviterez ainsi la gêne et favorisez l'apprentissage.

◊ Accompagnez le résident dans sa découverte : expliquez-lui le concept, répondez à ses interrogations, écoutez-le en tenant compte si possible de ses objections.

◊ Réintégrez le résident dans la salle de restauration commune une fois le cap psychologique franchi et l'apprentissage acquis.

Le recours à des aliments mixés réduit le risque d'étouffement aigu mais pas le risque de fausse route.

- Adaptez la température des aliments : les aliments bien chauds ou très froids sont plus facilement repérés et avalés que les aliments tièdes.
- Pour l'hydratation, vous pouvez utiliser des boissons épaissies ou gélifiées, de l'eau gazeuse et/ou des yaourts solides (voir fiche 22).
- N'hésitez pas à fractionner les apports alimentaires (voir fiche 19).

Les aliments acides favorisent la production de salive. À l'inverse, les aliments sucrés épaississent la salive et gênent la déglutition.

➡ Si vous aidez le résident à manger :

- Asseyez-vous légèrement plus bas que lui pour éviter qu'il ne relève la tête.
- Placez-vous en face de lui pour éviter la rotation de sa tête, ou du côté sain s'il est paralysé.
- Préparez de petites bouchées, et espacez-les de 10 à 15 secondes.

ATTENTION

Utilisez si possible une cuillère à entremets. La cuillère à soupe apporte plus de nourriture que ne peut retenir la langue, et entraîne des déglutitions répétées, sources de fausse route.
À l'inverse, une cuillère à café n'apporte pas assez pour déclencher le réflexe de déglutition.

- Présentez et retirez le couvert horizontalement et par le bas.
- Positionnez les aliments au milieu de la langue et exercez une pression du couvert sur la langue.
- Vérifiez que chaque bouchée a bien été déglutie en demandant au résident d'avaler « à vide ».
- Vérifiez que le verre est toujours bien rempli, mais ne donnez à boire que quand la bouche est vide de toute nourriture, pour éviter la toux.
- Au besoin, stimulez le résident par des consignes verbales.
- Après le repas, vérifiez l'absence de résidus alimentaires pour éviter une fausse route retardée.

ATTENTION

- Tant qu'une alimentation orale est maintenue, un soignant doit rester auprès de la personne pendant toute la durée du repas.
- S'il ne fait pas partie du personnel soignant et qu'il n'est pas un proche du résident, l'aidant s'expose à un risque légal en cas de fausse route.

- Ces troubles ne sont pas toujours irréversibles ! La déglutition est un réflexe entretenu par le simple fait d'avaler, de manger.
  - Favorisez une alimentation orale, la plus normale possible.
  - Rééduquez la déglutition à chaque repas en suivant ce protocole :
    - Faites un repas d'évaluation :
      - Le cuisinier prépare et sert le repas dans les différentes versions de texture.
      - L'aidant teste les textures l'une après l'autre, du mixé lisse vers la texture normale, pour trouver la texture « limite » (identifiée quand la personne se met à tousser).
    - Utilisez cette texture « limite » pour tous les repas de la semaine.
    - Reproduisez ce protocole régulièrement : idéalement toutes les semaines, au minimum lorsque vous observez une amélioration ou une dégradation des capacités de déglutition, ou encore en cas de lassitude du résident pour la texture utilisée.

ATTENTION

Pendant ces tests, conservez toujours un matériel d'aspiration à portée de main.

- Une rééducation hors repas (kinésithérapie, orthophonie) peut également améliorer la situation.
- Adaptez régulièrement la prise en charge selon l'évolution des troubles, pour maintenir et encourager les progrès accomplis.

- En cas de situation d'échec, le médecin coordonnateur doit considérer l'opportunité de la mise en place d'un dispositif permettant une alimentation directe dans les voies digestives par une sonde (appelé « dispositif de nutrition entérale »). Le système actuellement le plus utilisé, surtout au long cours, est la sonde de gastrostomie percutanée. Cette technique permettra au résident de se nourrir, de s'hydrater et de prendre la plupart des médicaments dans les meilleures conditions de confort et de sécurité.

Pour vous aider…

OUTIL 18 : Exemples de menus transposés en texture mixée et manger-main

- **La fiche *Les petits-déjeuners en EHPAD***, publiée par le réseau LINUT, présente des exemples de menus en textures hachées et en texture mixées pour ce repas.
- **La mallette médagogique MobiQual** contient une fiche pratique – *Les troubles de la déglutition*, fiche 8 – et une fiche *Ils le font – La cuisine à texture modifiée et enrichie*, fiche 2 – dédiées à ce sujet.
- Le livre de Martine Perron, ***Oser proposer une autre alimentation avec les personnes âgées fragilisées avec des concepts de plats «Picorés » et « Savourés »***, regroupe recettes et conseils pratiques.
- Les livrets ***Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux – Les textures modifiées : mode d'emploi »*** et ***« Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux – Les textures modifiées : recettes*** ont été constitués par l'ANAP d'après des retours d'expériences. Vous y trouverez un grand nombre de considérations pratiques et d'exemples concrets.
- **Le DVD *La Nouvelle cuisine Mixée***, élaboré par les Cercles Culinaires Cniel et le CERIN, est une boîte à outils pratique et interactive conçue pour les cuisiniers et le personnel de salle concernés par la cuisine à texture modifiée.

FICHE 43 • Les résidents en fin de vie

En synthèse

Les résidents en fin de vie présentent le plus souvent :

- Un appétit très diminué du fait de la douleur et du traitement médicamenteux : ils sont effrayés par des assiettes trop chargées ;
- Une altération du goût, pouvant varier d'une heure à l'autre, avec de fortes réactions de dégoûts (chaleur, odeur…) ;
- Une envie prononcée de partager le repas avec leurs proches.

Vous pouvez leur porter des attentions particulières, d'autant plus facilement qu'ils sont souvent peu nombreux :

- Proposez-leur une alimentation « plaisir », plutôt qu'une recherche vaine d'apports nutritionnels.
- Soignez la présentation : les attentions particulières qui seront apportées à la présentation du repas, dans l'assiette comme sur le plateau, contribueront à éveiller l'appétit du résident.
- Assouplissez les horaires pour vous adapter au rythme du résident et de ses proches, qui pourront éventuellement l'aider à s'alimenter.

En pratique

Adaptez les menus

- Mettez en place un room-service disponible à la demande, 24 h/24.
  - Mettez à disposition du personnel une quinzaine de produits faciles à préparer et servir. Par exemple : tartelettes salées, macarons, glaces et sorbets, fondants au chocolat, boissons gazeuses, jus de fruits individuels…

ATTENTION

Ces encas ne doivent pas être consommés par le personnel : sensibilisez toute l'équipe en leur expliquant les objectifs de ce projet.

  - Équipez le service d'un matériel dédié (réfrigérateur/congélateur et micro-onde ou mini-four), facilement accessible pour le personnel de service (par exemple, à chaque étage, dans un office, une cuisine d'appoint…), pour stocker et réchauffer ces produits.

Remarque
Le réapprovisionnement est assuré par la cuisine, qui assure la gestion de ce stock ou la délègue aux hôtelières ou au personnel soignant.

  - Présentez les produits disponibles sur une carte illustrée plastifiée, posée sur les tables de nuit des résidents, bien en vue.

- Concevez des fiches techniques détaillant pour le personnel la façon de préparer et présenter chaque produit.

> « La mise en place du room-service a apporté un soulagement aux soignants qui étaient frustrés de ne pouvoir répondre aux demandes des patients. »
>
> *Martine Noah, responsable de la restauration au CHU Vaugirard – Gabriel-Pallez, Paris, à l'époque du projet*

➡ Proposez des plats « à la carte »

- Mettez au point des plats principaux « plaisir » adaptés aux particularités de ces résidents qui permettront de constituer des menus spécifiques. Le résident doit avoir au moins 2 choix différents chaque jour.
- Proposez, autant que possible, un large choix pour les autres composantes du menu : entrée froides variées, fromages à la coupe (reblochon, comté, tome de Savoie, etc…), fromages frais améliorés (faisselle, yaourt sur coulis…), fruits frais, etc.
- Les plats choisis par le résident sont commandés chaque jour en cuisine (ou chaque semaine en fonction des produits et du stock restant dans le service), sur la demande de l'hôtelière ou de l'équipe soignante.

ATTENTION

Pour les résidents en fin de vie, les plats doivent être servis en très petites quantités, pour ne pas les décourager.

BUDGET

La réduction des grammages servis et le nombre réduit de résidents concernés permet d'intégrer dans les recettes des aliments nobles, plus coûteux.

On peut inclure dans les plats proposés des plats particulièrement appétissants et adaptés, issus du restaurant du personnel et/ou de la cafétéria. On obtient ainsi des repas améliorés sans production supplémentaire. Attention toutefois à bien tracer la destination de ces plats qui devront être servis en plus petites quantités et avec un effort particulier pour le dressage.

Soignez la présentation, pour susciter l'envie de manger

➡ Choisissez une vaisselle de qualité, assez gaie : assiettes de porcelaine décorée, ravier en porcelaine de couleur, verrines, verre à pied…

➡ Harmonisez les aliments dans l'assiette : jouez sur les formes, la disposition des aliments, les contrastes de couleur… Par exemple :

- Plutôt que de servir un fromage blanc dans son pot individuel, transvasez-le dans une verrine et ajoutez quelques gouttes de coulis de fruits ;
- Disposez un filet de sauce autour de la viande plutôt que sur le dessus, et striez avec une fourchette ;
- Ajoutez quelques herbes aromatiques au sommet d'un ramequin…

Une formation de l'équipe de cuisine aux techniques de décor des denrées (par exemple la cannelure des citrons) apporte un vrai plus à l'esthétique des assiettes, sans surcoût !

- Embellissez le plateau avec un set coloré, une fleur fraîche, une serviette de couleur pliée en triangle…

Vous pouvez ajouter un petit mot sur le plateau : un simple « Bon appétit ! » peut amener de la convivialité et encourager la personne à manger.

- Si la chambre du résident est équipée d'un matériel mobile (voir ci-dessous), ce dernier peut éventuellement être imagé en façade et/ou sur les côtés.

Assouplissez les horaires

- Les plats sont préparés et livrés en même temps que les autres repas, puis stockés au frais dans le service jusqu'à consommation.
- L'acquisition d'un réfrigérateur « gastronomique » à l'office facilite la démarche : le plateau constitué en cuisine peut être stocké en l'état, puis livré à la demande du résident après réchauffement des plats qui le nécessitent. Sinon, le plateau est constitué par l'hôtelière ou le personnel de soin, à la demande du résident.

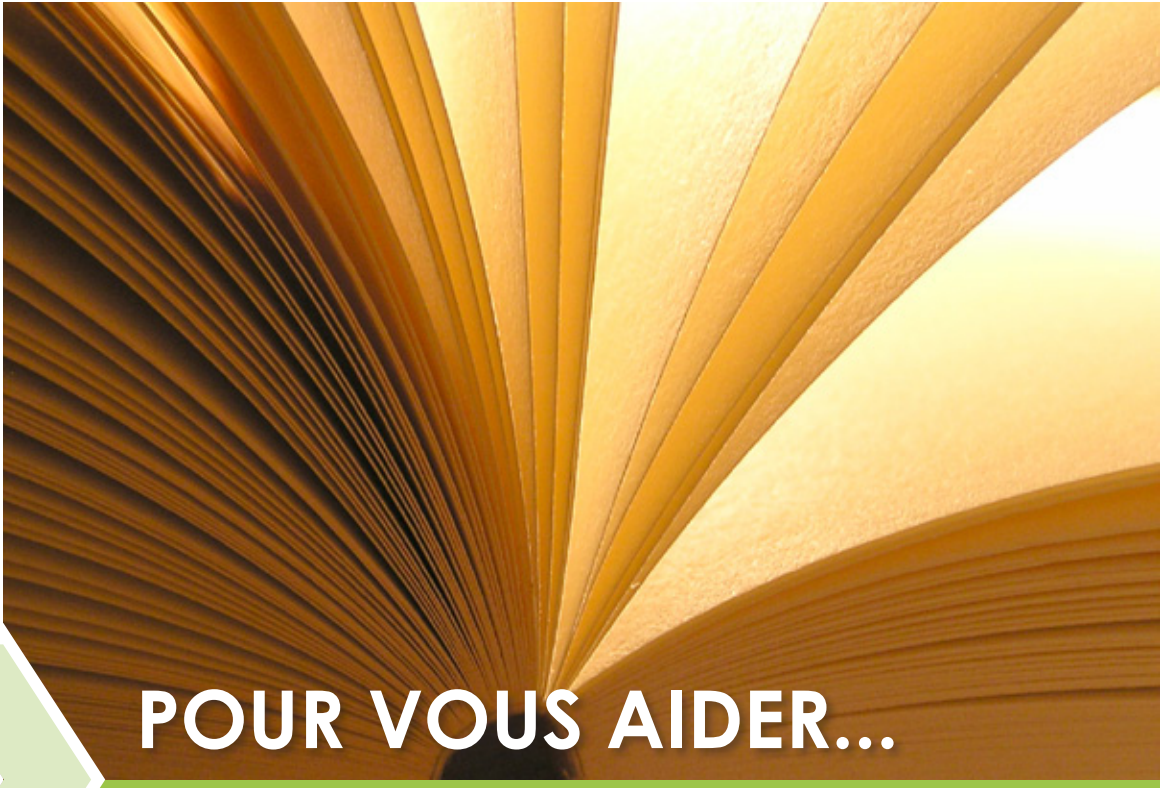
- La chambre du résident peut également être équipée d'un dispositif mobile comprenant un petit réfrigérateur, un four à micro-ondes et un rangement fonctionnel, à disposition du résident et de sa famille qui pourront alors être plus autonomes.

ATTENTION AUX REPAS OUBLIÉS

Les horaires libres des repas demandent une vigilance accrue : surveillez que les plateaux soient bien consommés. Au besoin, demandez au résident pourquoi il n'a pas pris son repas, et proposez-lui votre aide en cas de difficulté.

Pour vous aider…

Cuisiner le plaisir – Guide pour un service hôtelier adapté aux patients en fin de vie dans les établissements de santé.



POUR VOUS AIDER...

Les ressources complémentaires

Sommaire

Outils informatiques gratuits 164

Autres ressources gratuites 164

Ressources payantes 167

Outils informatiques gratuits

- **Outil d'auto-évaluation Angélique** (dont la partie 3 est consacrée à la restauration au sens large) : outil destiné aux EHPAD mais pouvant servir de base à l'élaboration d'une évaluation en CH. Cet outil est téléchargeable à l'adresse www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-dependance,776/dossiers,758/accueil-en-ehpad,1136/ameliorer-la-qualite-en-ehpad-l,8052.html.

- **Outil d'auto-évaluation *Évaluation de la qualité de l'alimentation et de la nutrition dans les établissements pour personnes âgées* :** conçu par le réseau Régies 95 sur la base d'un référentiel de l'APHP, cet outil porte sur l'ensemble de la chaîne nutritionnelle. Il est disponible sur simple demande à l'adresse : regies95@orange.fr.

- **Outil *Évaluer le degré de maturité des organisations sur l'ensemble du processus de restauration – QuickScan restauration* :** outil d'auto-évaluation édité par l'ANAP pour les services hospitaliers, basé sur huit axes d'amélioration (identifiés sur le terrain et pondérés selon les retours d'expérience des établissements). Il permet à l'établissement d'évaluer par une série de questions simples (réponses oui/non) le degré de maturité de leurs organisations sur chacun des huit axes, et de pouvoir ainsi objectiver dans l'absolu, tant les points forts que les leviers d'amélioration possibles, avec pour objectif de susciter un dialogue pluridisciplinaire. Cet outil, qui peut également servir de base de travail aux EHPAD, est téléchargeable à l'adresse www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/evaluer-le-degres-de-maturite-des-organisations-sur-lensemble-du-processus-de-restauration/.

- **Outil *Analyser et réorganiser les tâches « Nutrition-alimentation » en service de soins – SuivTach* :** outil édité par l'ANAP permettant d'analyser et de réorganiser les tâches, notamment dans le but de réduire la période du jeûne nocturne des résidents. Cet outil est téléchargeable à l'adresse www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/analyser-et-reorganiser-des-taches-nutrition-alimentation-en-service-de-soins-suivtach/.

- **Logiciel *LOGAVIA* :** Testé par des gestionnaires et chefs de cuisine de collectivité lors du SIRHA et des Assises de l'alimentation et de la restauration collective, ce logiciel est une aide importante dans l'élaboration du CCTP viandes, jusqu'au suivi lors de la préparation des commandes. Il est téléchargeable sur le site du CCC France, à l'adresse : www.ccc-france.fr/index.php?page=101.

Autres ressources gratuites

- **Fiches conseil du réseau Limousin nutrition (LINUT).** Fiches pratiques sur des thèmes divers liés à l'alimentation au sens large. Ces fiches sont téléchargeables à l'adresse : www.sante-limousin.fr/professionnels/reseaux-de-sante/linut-1/fiches-conseil.
  Remarque : le LINUT (association Loi 1901) est un réseau ville-hôpital spécialisé dans la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées.

- **Fiches de partage d'expériences :** ces témoignages d'établissements sont accessibles à l'adresse www.sante.gouv.fr/experiences_usagers/accueil.htm, recherche par thématique, rubrique *Accompagnement et prise en charge*, sous-rubrique *Alimentation et nutrition*.

- ***L'alimentation du cuisinier au patient*.** Diaporama de présentation pratique de la gestion de la prestation alimentaire au centre hospitalier Le Mans, disponible sur simple demande adressée à Didier Girard, à l'adresse : dgirard@ch-lemans.fr.

- **La fonction d'aide hôtelier(ère) au Centre Hospitalier Le Mans.** Cette fiche tirée du livret *Restauration* du centre hospitalier Le Mans, comprenant une fiche de poste et un programme de formation, est disponible sur simple demande adressée à Didier Girard, à l'adresse dgirard@ch-lemans.fr.

- ***La santé en mangeant et en bougeant* :** série de guides publiés par l'INPES :
  - ***Le guide nutrition à partir de 55 ans.*** Cette brochure, destinée aux résidents de plus de 55 ans, répond à toutes leurs questions liées à la nutrition (en l'absence de maladie ou de problème nécessitant des conseils particuliers). Vous pouvez la télécharger à l'adresse : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/932.pdf.
  - ***Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées.*** Cette brochure, destinée aux aidants (proches ou professionnels), regroupe des conseils pratiques, des astuces et des réponses pour soutenir au mieux la personne âgée fragile dans sa vie quotidienne. Vous pouvez la télécharger à l'adresse : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/941.pdf.
  - ***Le livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé.*** Cette brochure fait le point sur les connaissances scientifiques liées à la nutrition des personnes âgées et donne des conseils pratiques à adapter à la situation des personnes âgées. Vous pouvez la télécharger à l'adresse : http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/guide_PNNS_professionnels_sante.pdf.

- ***Les bonnes pratiques de soin en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.*** Guide édité par la DGS, la DGCS et la SFGG, sous forme de fiches thématiques. Ce guide est téléchargeable à l'adresse : www.sfgg.fr/wp-content/uploads/2009/11/Guide-de-bonnes-pratiques-de-soins-en-EHPAD1.pdf.

- ***Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux – Les textures modifiées.*** Ce guide, publié par l'ANAP en deux parties (*Mode d'emploi* et *Recettes*), présente divers retours d'expériences issus de professionnels. Destinés aux soignants comme aux cuisiniers des établissements, ils ont pour objectifs de :
  - présenter les différentes pathologies ou accidents de la vie qui nécessitent de modifier les textures alimentaires des résidents ;
  - décrire les différentes textures qui peuvent être mises à leur disposition ;
  - identifier les impacts liés à la mise en place de textures modifiées (amélioration de l'état nutritionnel, coût de la restauration, processus de production, de distribution) ;
  - présenter des recettes mises au point par des établissements.

  Les deux brochures sont téléchargeables à l'adresse : www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/les-repas-dans-les-etablissements-de-sante-et-medico-sociaux-les-textures-modifiees-mode-de/.

- **MobiQual – mallette pédagogique *Nutrition / Dénutrition / Alimentation* :** outil de sensibilisation, de formation et d'aide à la pratique quotidienne, conçu par la SFGG en lien avec l'ensemble des sociétés savantes et acteurs professionnels concernés, expérimenté et diffusé dans l'ensemble des régions françaises. La mallette est remise à titre gratuit sur la base d'un engagement à une bonne utilisation (charte MobiQual à signer).

  Remarque : l'objectif du programme MobiQual est de soutenir l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles – qualité des soins et du prendre soin – en EHPAD, établissements de santé et à domicile, au bénéfice des personnes âgées et handicapées. Le programme comprend six autres thématiques : la bientraitance ; la douleur ; les soins palliatifs ; la dépression ; la maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement ; les risques infectieux.

  Pour toute information et contact : www.mobiqual.org - mobiqual@sfgg.org

- **Organisation de la fonction restauration à l'hôpital – Retours d'expériences.** Guide de bonnes pratiques organisationnelles, édité par l'ANAP, en deux tomes téléchargeables.
  Tome 1 : www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_restauration_Tome_1.pdf.
  Tome 2 : www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_restauration_tome_2_partie_1.pdf, www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_restauration_tome_2_partie_2.pdf et www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_restauration_tome_2_partie_3.pdf.

- **Portail de la formation sur la dénutrition :** www.denutrition-formation.fr.
  Ce site Internet, édité par le Comité national de l'alimentation et de la nutrition des Établissements de santé (CNANES) a été conçu pour servir de base à une mise à niveau des connaissances en matière d'alimentation et de nutrition. Les thématiques abordées (définitions, conséquences, causes / mécanismes, dépistage, prévention, prise en charge, information et indicateurs / codages) sont développées différemment selon le profil des apprenants (médecins / pharmaciens, diététiciens, personnels de restauration, soignants, cadres de direction / administratifs ou aidants à domicile).

- ***Recommandation Nutrition* du GEMRCN.** Rapport publié en juillet 2011 contenant des repères concrets et des outils d'application, spécifiques aux personnes âgées, concernant la structure des repas, l'élaboration des menus et le contrôle de l'équilibre alimentaire. Ce rapport est téléchargeable à l'adresse : http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/GEMRCN072011.pdf.

- ***Régal'et vous – Le guide alimentaire***, www.ateliercuisinesenior.com. Site Internet consacré à l'organisation d'ateliers cuisine à destination des seniors.

- ***Restauration – Améliorer la prestation au service des patients.*** DVD édité par l'ANAP, regroupant des témoignages d'équipes hospitalières ayant travaillé sur l'amélioration de la restauration. Ce DVD est disponible sur simple demande adressée à communication@anap.fr.

- ***Traitement non pharmacologique de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées – Application aux troubles du comportement en EHPAD.*** Série de guides réalisés par le centre hospitalier université de Nice, l'université de Nice et la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO) :
  - ***À faire ou à ne pas faire… dans toutes les situations.*** Ce fascicule, dont les recommandations sont classées par type de trouble du comportement, est téléchargeable à l'adresse www.cmrr-nice.fr/doc/TNM_toutes_situations.pdf.
  - ***Savoir être et savoir faire pour limiter les troubles du comportement dans les moments forts de la journée.*** Ce fascicule, dont les recommandations sont classées par moment ou activité de la journée (notamment les repas), est téléchargeable à l'adresse www.cmrr-nice.fr/doc/TNM_situations_particulier.pdf.
  - ***Animation.*** Ce fascicule, qui détaille la mise en place des animations, est téléchargeable à l'adresse www.cmrr-nice.fr/doc/TNM_fiche_animation.pdf.
  - ***Animations Flash.*** Ce fascicule propose différentes animations individuelles permettant de faire chuter les troubles du comportement en moins de 15 minutes ; il est téléchargeable à l'adresse www.cmrr-nice.fr/doc/TNM_recommandations_generales.pdf.

- **Des guides et recommandations d'achat pour les denrées alimentaires** sont téléchargeables sur le site du CCC France à l'adresse : www.ccc-france.fr/index.php?rub=29.

- **Des exemples de cahiers de charges pour les achats alimentaires** sont téléchargeables sur le site du CCC France, à l'adresse : www.ccc-france.fr/index.php?rub=29.

- **Des fiches recettes** conçues à l'occasion des Olympiades des plats mixés (dont des recettes de manger-main en texture mixée lisse) peuvent vous être adressées par le réseau Régies 95 sur simple demande à l'adresse : regies95@orange.fr.

Ressources payantes

- ***Alimentation et Alzheimer : s'adapter au quotidien – Guide pratique à l'usage des aidants à domicile et en institution.*** Caroline Rio, Céline Jeannier, Hélène Lejeune, Martine Noah, Sandrine Amigon-Waterlot, Dr Carol Szekely. 2011 / 160 p. / 9782810900374. Tarif indicatif : 23 € TTC.
- ***Alzheimer et maladies apparentées – Traiter, soigner et accompagner au quotidien.*** Robert Moulias, Marie-Pierre Hervy, Catherine Ollivet, Danièle Mischlich. 2005 / 544 p. / ISBN 978-2294013690. Tarif indicatif : 68 € TTC.
- ***Communiquer avec des personnes âgées - La Clé des Sens*** - 3e édition. Martine Perron. 2003 / 157 p. / ISBN 978-2850085147. Tarif indicatif : 16,90 € TTC.
- ***Confitures et paroles d'anciens.*** Régine Rossi-Lagorce. 2007 / 174 p. / ISBN 978-2914848367. Tarif indicatif : 15 € TTC.
- ***Cuisiner le plaisir – Guide pour un service hôtelier adapté aux patients en fin de vie dans les établissements de santé.*** Union des ingénieurs hospitaliers en restauration (UDIHR). 2008 / 96 p. / ISBN 978-2859529819. Tarif indicatif : 24 € TTC.
- ***La Nouvelle Cuisine Mixée.*** Ce DVD, élaboré par les Cercles Culinaires Cniel et le CERIN, est une boîte à outils pratique et interactive conçue pour les cuisiniers et le personnel de salle concernés par la cuisine à texture modifiée. Description et bon de commande accessibles à l'adresse : www.cerin.org/a-la-une/la-nouvelle-cuisine-mixee.html. Pour toute information ou commande, vous pouvez contacter Marie-Loïc Garin à l'adresse : mgarin@lab-3c.com. Tarif indicatif : 35 € TTC.
- ***La nutrition de la personne âgée – Aspects fondamentaux, cliniques et psycho-sociaux*** – 4e édition. Pierre Pfitzenmeyer, Thierry Constans, Emmanuel Alix, Patrice Brocker, Bruno Lesourd, Bruno Vellas, Monique Ferry, Danièle Mischlich. 2012 / 336 p. / ISBN 978-2294711251. Tarif indicatif : 45 € TTC.
- ***Oser proposer une autre alimentation avec les personnes âgées fragilisées avec des concepts de plats « Picorés » et « Savourés ».*** Martine Perron, avec la collaboration de Xavier Chauliac. 2012 / 176 p. / ISBN 978-2850088889. Tarif indicatif : 13,10 € TTC.
- ***Potins de desserts – Histoires et recettes.*** Régine Rossi-Lagorce. 2011 / 107 p. / ISBN 978-2917848142. Tarif indicatif : 23,33 € TTC.
- ***Potins de légumes.*** Régine Rossi-Lagorce. 2010/ 120 p. / ISBN 978-2917848050. Tarif indicatif : 23,33 € TTC.
- ***Soupes et paroles d'anciens.*** Régine Rossi-Lagorce. 2008 / 157 p. / ISBN 978-2914848664. Tarif indicatif : 15 € TTC.
- ***Visuel d'aide au service des repas.*** Recueil de fiches descriptives des plats avec informations nutritionnelles, conseils de préparation et quantités à servir textures normales et mixées. Présentation et commande sur le site du LINUT : www.sante-limousin.fr/professionnels/reseaux-de-sante/linut-1/outils/d2d7e6d0842eb7fcc010a0f564ebda21. Tarifs indicatifs : manuel 25,20 € TTC ; lot de 3 affiches 21,50 € TTC.
- ***Les troubles du comportement liés à l'alimentation dans la maladie d'Alzheimer.*** Ce poster, réalisé par un groupe de travail du CLAN du réseau Régies 95, est accessible au prix de 5 € HT + frais de port. Pour toutes informations et commandes, écrivez à l'adresse : regies95@orange.fr.

POUR VOUS AIDER...

Boîte à outils

Sommaire (1/2)

OUTIL 1 • Les conséquences médico-économiques de la dénutrition 171

OUTIL 2 • Fiche de poste *Aide hôtelier(e)* 173

OUTIL 3 • Tableau de bord du gestionnaire 175

OUTIL 4 • Fiche de test de produits alimentaires 177

OUTIL 5 • Fiche technique pour la préparation des plats 179

OUTIL 6 • Procédure qualité – Les indicateurs de suivi 181

OUTIL 7 • Questionnaire de satisfaction de l'équipe projet 183

OUTIL 8 • Questionnaire *Goûts et réticences alimentaires* 185

OUTIL 9 • Fiche individuelle 187

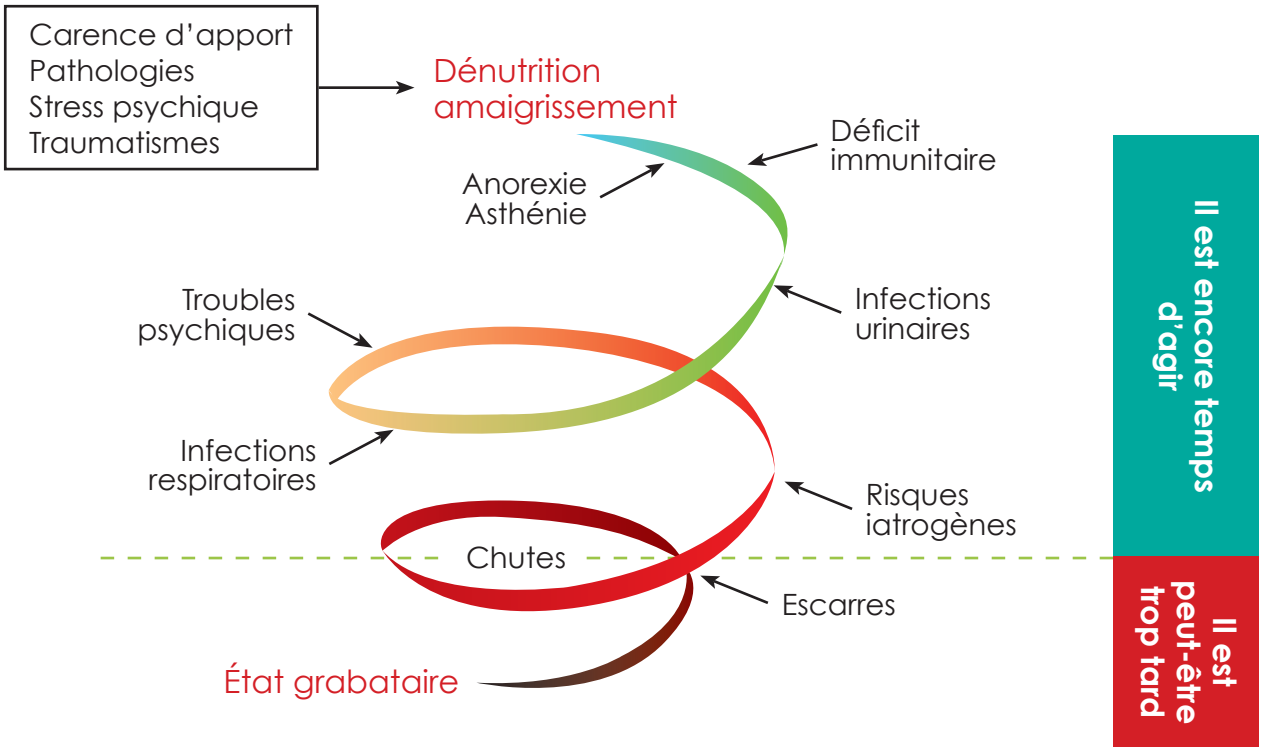
Sommaire (2/2)

OUTIL 10 • Questionnaire de satisfaction 189
OUTIL 11 • Échelle d'évaluation de la douleur chez les résidents Alzheimer 193
OUTIL 12 • Évaluation des portions alimentaires 195
OUTIL 13 • Courbe de poids 199
OUTIL 14 • Grille de surveillance alimentaire 201
OUTIL 15 • Test MNA (*Mini nutritional assessment*) 203
OUTIL 16 • Recettes de plats enrichis 205
OUTIL 17 • Exemples de menus pour le régime protéique pulsé 207
OUTIL 18 • Exemples de menus transposés en texture mixée et manger-mains 209
OUTIL 19 • Échelle de Blandford 211

OUTIL 1 • Les conséquences médico-économiques de la dénutrition

La spirale de la dénutrition

d'après le Dr Monique Ferry



Les effets de la dénutrition associée aux maladies sont multiples et parfois insidieux

- **Aggravation du pronostic, augmentation de la mortalité et de la morbidité :**
  - Augmentation de l'incidence des complications : de +60 % à + 200 %.
  - Augmentation du risque de réhospitalisation à 15 jours : quasiment x 2.
  - Augmentation de 65 % du nombre d'épisodes infectieux.
  - Augmentation du risque d'infections du site opératoire.
  - Augmentation de la mortalité : x 3 à x 4.
- **Allongement de la durée moyenne d'hospitalisation** (DMS), de 40 à 60 %.
- **Augmentation de la prévalence des infections nosocomiales et des prescriptions d'antibiotiques.**
- **Augmentation des coûts de prise en charge hospitalière :**
  - Presque 20 % d'augmentation des nouvelles prescriptions ;
  - + 30 % de coûts d'hospitalisation.
- **Augmentation de la dépendance et de la charge des soins** (charge de travail du personnel et coûts associés).
  - Surveillance alimentaire et suivi des ingestats.
  - Aide à l'alimentation.
  - Prise en charge des plaies et escarres.
  - Prise en charge de la nutrition artificielle.

Exemples chiffrés

Âge	84 ans	84 ans	84 ans
Diagnostic principal	Surinfection d'une BPCO		
Diagnostic associé	Pas de dénutrition	Dénutrition légère	Dénutrition modérée à sévère
Valorisation T2A MCO du séjour	2 316, 00 €	3 920, 00 €	5 685, 00 €

- **Coût des CNO :** 3 à 5 € / jour / résident.
- **Coût d'une infection respiratoire :** 200 € / épisode en médicaments, auxquels s'ajoutent le coût des examens nécessaires et le temps passé par le personnel, au détriment d'autres actes (coût complémentaire non chiffré à ce jour).
- **Coût d'un escarre :** 15 000 à 60 000 € / épisode, auxquels s'ajoutent le prix des pansements (15 à 80 € / jour, pendant 1 mois à plus de 6 mois selon la gravité), 30 minutes de soins par jour, et le temps passé supplémentaire en soins et aide de la personne (non chiffré à ce jour).
- **Coût d'une fracture :** 15 000 € / épisode, auxquels s'ajoutent les frais de rééducation et la prise en charge de la perte de mobilité par le personnel (non chiffré à ce jour).

OUTIL 2 • Fiche de poste *Aide hôtelier(e)*

Source : Didier Girard, centre hospitalier Le Mans

La fonction d'Aide Hôtelier(e) n'apparaît pas dans la liste des catégories professionnelles répertoriées par le statut du personnel hospitalier. Il n'existe pas de grade d'Aide Hôtelier(e). Un certain nombre d'établissements hospitaliers ont néanmoins ressenti la nécessité de détacher de l'équipe de soins traditionnelle une personne plus particulièrement chargée dans l'unité de soins des aspects hôteliers. Au centre hospitalier Le Mans, l'Aide Hôtelier(e) est un(e) Aide Soignant(e) ayant exercé au minimum trois ans dans un service de soins et qui a suivi une formation spécifique à cette fonction. Il (elle) est placé(e) dans l'unité de soins sous l'autorité du Cadre de Santé qui lui délègue un certain nombre de prestations centrées sur l'alimentation, le linge, l'entretien et l'hygiène de l'office, des matériels, la gestion des stocks et l'accueil. L'Aide Hôtelier(e) fait partie intégrante de l'équipe soignante et effectue les tâches dévolues à ces différentes activités en collaboration avec ses collègues Aides Soignant(e)s et Agents des Services Hospitaliers.

Les relations avec le (la) Diététicien(ne)

Le (la) Diététicien(ne) (rattaché(e) au service diététique) transmet à l'Aide Hôtelier(e) les informations sur les commandes des repas des patients. L'Aide Hôtelier(e) collecte des informations (exemple sur les ingestats) et les transmet au (à la) Diététicien(ne).

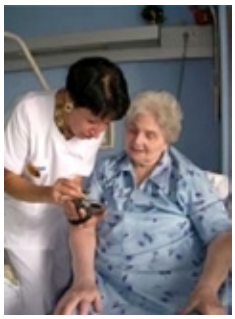
Les relations avec le personnel soignant

L'Aide Hôtelier(e) :

- transmet à l'Infirmier(e) le comportement alimentaire des patients,
- informe ses collègues Aides Soignant(e)s ou Agents des Services Hospitaliers des différentes modalités d'organisation et de fonctionnement du terminal portable afin d'assurer la continuité de la commande des repas 7 jours sur 7,
- tient à jour un cahier de l'état des commandes alimentaires (dotations hebdomadaires : produits d'épicerie, petits déjeuners, goûters).

La commande des repas

L'Aide Hôtelier(e) :



- distribue le document de présentation des menus hebdomadaires aux malades hospitalisés,
- enregistre les choix de menu des patients à l'aide du terminal portable, en fonction de leurs goûts (la commande peut être déclinée sur 27 régimes alimentaires), et enregistre en complément les commandes de repas accompagnants,
- assure la transmission des commandes vers le service d'exploitation informatique du Service Restauration,
- informe le service d'exploitation informatique du Service Restauration des modifications de dernière minute.

La préparation et la distribution des repas

L'Aide Hôtelier(e) :

- prend en charge le chariot alimentaire à l'arrivée dans le service,
- prélève les suppléments des régimes spéciaux et les plateaux qui seront servis hors horaires habituels,
- prépare les prestations boissons et potages à l'office et contrôle la finition et la présentation du plateau repas,
- remet les assiettes en porcelaine en température,
- participe à la distribution des repas avec les autres personnels soignants en fonction de ses horaires qui peuvent être coupées (ce qui lui permet d'être présent en fonction des services de soins au petit déjeuner, au déjeuner, au goûter ou au dîner),
- veille en permanence au respect des règles d'hygiène alimentaire (procédures HACCP).

Gestion des stocks alimentaires et hôteliers

L'Aide Hôtelier :

- prépare les commandes des dotations hebdomadaires de denrées périssables et non périssables à l'aide de l'outil informatique et les transmet au Service Restauration ;
- transmet au Service Restauration les commandes spécifiques (animations, gâteaux d'anniversaire…) ;
- prépare les commandes des fournitures hôtelières (produits d'entretien, vaisselle…) sur le réseau Intranet (le Cadre de Santé contrôle avant envoi les demandes et délègue à l'Infirmier(ère) en cas d'absence) ;
- réceptionne et contrôle les livraisons des produits alimentaires et hôteliers ;
- gère les stocks ;
- est responsable de la bonne répartition des denrées dans le réfrigérateur et du suivi des dates de péremption ;
- veille au bon emploi des articles et produits livrés.

Entretien et hygiène des locaux et des matériels

L'Aide Hôtelier(e) veille au bon état de propreté de l'office et planifie l'entretien constant et méthodique des matériels qui s'y trouvent, et participe à l'entretien des chariots alimentaires, des fours de remise en température, du réfrigérateur… La présence d'un(e) Aide Hôtelier(e) dans le service doit permettre d'assurer une bonne organisation de l'entretien des équipements ménagers et des locaux tels que l'office de l'unité.

Prestation linge

L'Aide Hôtelier(e) :

- est le (la) référent(e) du Service Blanchisserie ;
- détermine, en lien avec le Cadre de Santé, les besoins en linge du service et intervient auprès de la blanchisserie pour d'éventuelles modifications de livraison ;
- veille à l'application du protocole d'utilisation du linge ;
- participe à la réception du linge propre dans le service.

D'une manière générale, l'Aide Hôtelier(e) veille à la bonne organisation du circuit du linge à l'intérieur du service.

Suivi de la maintenance

La présence d'un(e) Aide Hôtelier(e) dans le service doit permettre d'assurer un bon suivi de la maintenance des équipements ménagers de l'office de l'unité en relation avec l'agent de maintenance restauration.

Accueil / Communication

Les prestations qu'il assure sont complémentaires de celles de ses collègues soignants, si l'on veut bien considérer que les uns et les autres satisfont les besoins du malade dans toute leur diversité. L'Aide Hôtelier(e) :

- participe à l'accueil des malades au même titre que le reste de l'équipe soignante ;
- accueille les élèves Aides Soignant(e)s et peut en être le tuteur ;
- informe le Cadre de Santé des dysfonctionnements ou difficultés rencontrés ;
- suggère des améliorations au Service Restauration ; des représentant(e)s participent aux réunions d'échantillons qualité pour le choix des produits des appels d'offres alimentaires ;
- collecte les plaintes ou les remarques des patients et les transmet au Service Restauration ;
- explique au patient le document d'information concernant la restauration de l'hôpital affiché dans la chambre.

OUTIL 3 • Tableau de bord du gestionnaire

Source : Didier Girard, centre hospitalier Le Mans

Direction des Achats et de la Logistique
Service Restauration

TABLEAU DE BORD DES MENUS CYCLE ÉTÉ

PATIENTS DÉJEUNER Normal + Haché : Tableau de bord du gestionnaire (coût/ration)

	Semaine 1		Semaine 2		Semaine 3		Semaine 4	
LUNDI								
	Radis beurre	0,243 €	Pamplemousse sucre	0,159 €	Carottes râpées	0,141 €	Salade à la russe	0,138 €
	Sauté de dinde au citron	0,722 €	Pintade rôtie	1,267 €	Filet de limande marinière	0,967 €	Rôti de porc	0,598 €
	Trio de légumes	0,303 €	Riz au curry	0,130 €	Riz au safran	0,100 €	Mojettes	0,367 €
	Port salut	0,428 €	Emmental	0,181 €	Tome noire	0,183 €	Gruyère du Jura	0,546 €
	Nectarine	0,151 €	Nectarine	0,151 €	Nectarine	0,151 €	Crème dessert chocolat	0,155 €
	Total Normal	**1,847 €**	**Total Normal**	**1,888 €**	**Total Normal**	**1,542 €**	**Total Normal**	**1,804 €**
	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €
	Mouliné de dinde au citron	0,528 €	Mouliné de dinde vallée d 'auge	0,517 €	Mouliné de lieu marinière	0,585 €	Mouliné de porc sauce chasseur	0,567 €
	Purée trois légumes	0,225 €	Purée dubarry	0,173 €	Purée rachel	0,306 €	Purée frêneuse	0,170 €
	Gélifié vanille	0,095 €	Yaourt aux fruits mixés	0,154 €	Petit suisse sucre	0,144 €	Yaourt grecque sucre	0,401 €
	Compote pomme abricot	0,149 €	Banane	0,187 €	Banane	0,187 €	Crème dessert chocolat	0,155 €
	Total Haché	**1,271 €**	**Total Haché**	**1,305 €**	**Total Haché**	**1,496 €**	**Total Haché**	**1,567 €**
MARDI	**Semaine 1**		**Semaine 2**		**Semaine 3**		**Semaine 4**	
	Salade cénomane	0,530 €	Haricots verts en salade	0,170 €	Salade niçoise	0,266 €	Tomates en salade	0,201 €
	Filet de limande sauce martin	0,954 €	Rôti de boeuf	1,125 €	Estouffade provençale	1,127 €	Langue de boeuf sauce piquante	0,900 €
	Semoule	0,082 €	Emincé de légumes	0,234 €	Carottes forestières	0,242 €	Salsifis persillés	0,506 €
	Camembert	0,137 €	Camembert	0,137 €	Cantal	0,223 €	St Paulin	0,186 €
	Banane	0,187 €	Crème dessert caramel	0,157 €	Kiwi	0,110 €	Pomme	0,129 €
	Total Normal	**1,890 €**	**Total Normal**	**1,823 €**	**Total Normal**	**1,968 €**	**Total Normal**	**1,922 €**
	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €
	Mouliné de lieu sauce martin	0,529 €	Mouliné de boeuf madère	0,553 €	Mouliné de boeuf estouffade	0,535 €	Mouliné de boeuf sauce piquante	0,538 €
	Purée de courgettes	0,335 €	Purée de haricot vert	0,263 €	Purée de carottes	0,191 €	Purée de légumes verts panachés	0,274 €
	Gélifié chocolat	0,095 €	Crème dessert caramel	0,157 €	Yaourt nature sucre	0,107 €	Petit suisse sucre	0,144 €
	Banane	0,187 €	Compote de pomme	0,124 €	Banane	0,187 €	Compote pomme	0,124 €
	Total Haché	**1,420 €**	**Total Haché**	**1,371 €**	**Total Haché**	**1,294 €**	**Total Haché**	**1,354 €**
MERCREDI	**Semaine 1**		**Semaine 2**		**Semaine 3**		**Semaine 4**	
	Melon	0,281 €	Fleur de brocoli en salade	0,272 €	Concombre en salade	0,330 €	Betteraves en salade	0,182 €
	Faux filet rôti échalote	1,195 €	Sauté de porc catalane	0,733 €	Boudin noir	0,345 €	Côte de porc coulis de courgettes	0,529 €
	Pommes de terre persillées	0,207 €	Semoule aux petits légumes	0,106 €	Purée	0,100 €	Haricots verts persillés	0,210 €
	Gouda	0,178 €	Coeur cendré	0,234 €	Camembert	0,137 €	Cantal	0,223 €
	Pêche	0,172 €	Nectarine	0,151 €	Pomelos sucre	0,173 €	Crème dessert vanille	0,155 €
	Total Normal	**2,033 €**	**Total Normal**	**1,496 €**	**Total Normal**	**1,085 €**	**Total Normal**	**1,299 €**
	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €
	Mouliné de boeuf échalote	0,611 €	Boudin noir	0,345 €	Boudin noir	0,345 €	Mouliné de porc coulis de courgettes	0,567 €
	Purée	0,100 €	Purée de pomme	0,303 €	Purée	0,100 €	Purée saxonne	0,229 €
	Fromage blanc sucre	0,159 €	Petit suisse sucre	0,148 €	Yaourt aux fruits mixés	0,154 €	Fromage blanc sucre	0,159 €
	Compote pomme poire	0,149 €	Compote pomme poire	0,149 €	Compote pomme poire	0,149 €	Crème dessert vanille	0,155 €
	Total Haché	**1,293 €**	**Total Haché**	**1,219 €**	**Total Haché**	**1,022 €**	**Total Haché**	**1,384 €**
JEUDI	**Semaine 1**		**Semaine 2**		**Semaine 3**		**Semaine 4**	
	Concombre en salade	0,330 €	Concombre en salade	0,330 €	Radis beurre	0,243 €	Concombre à la crème	0,364 €
	Sauté de veau à l'indienne	2,065 €	Gigot d'agneau aux herbes	1,588 €	Escalopie de veau milanaise	1,357 €	Cuisse de poulet rôti	0,668 €
	Champignons poêlés	0,527 €	Flageolets	0,219 €	Emincé de légumes	0,234 €	Pommes de terre noisettes	0,153 €
	Yaourt aromatisé	0,110 €	Fourme d'ambert	0,209 €	Semoule aux raisins	0,197 €	Camembert	0,137 €
	Nectarine	0,150 €	Banane	0,187 €	Pêche	0,172 €	Orange	0,134 €
	Total Normal	**3,182 €**	**Total Normal**	**2,533 €**	**Total Normal**	**2,203 €**	**Total Normal**	**1,456 €**
	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €
	Mouliné de veau à l'indienne	0,667 €	Mouliné d'agneau aux herbes	0,274 €	Mouliné de veau milanaise	0,578 €	Boudin noir	0,345 €
	Purée de légumes panachés	0,274 €	Purée bretonne	0,173 €	Purée de trois légumes	0,223 €	Purée de pomme	0,303 €
	Yaourt aromatisé	0,110 €	Yaourt grecque sucre	0,401 €	Semoule vanille	0,090 €	Yaourt fruits mixés	0,158 €
	Compote fruits de la passion	0,149 €	Banane	0,187 €	Banane	0,187 €	Compote fruits de la passion	0,149 €
	Total Haché	**1,474 €**	**Total Haché**	**1,613 €**	**Total Haché**	**1,493 €**	**Total Haché**	**1,229 €**
VENDREDI	**Semaine 1**		**Semaine 2**		**Semaine 3**		**Semaine 4**	
	Taboulé à la menthe	0,182 €	Radis beurre	0,243 €	Artichaut crème	0,423 €	Salade meunière	0,118 €
	Colombo de thon	1,087 €	Filet de hoky maître d'hôtel	0,752 €	Merlan pané	0,764 €	Colombo de requin	1,029 €
	Courgettes au gratin	0,401 €	Pommes de terre normandes	0,225 €	Pommes de terre persillées	0,207 €	Coeur de céleri provençal	0,370 €
	Mi chèvre	0,196 €	Emmental	0,181 €	Yaourt nature sucre	0,107 €	Milanette	0,149 €
	Crème glacée pêche melba	0,346 €	Crème glacée chocolat	0,278 €	Crème glacée chocolat	0,278 €	Crème glacée café	0,278 €
	Total Normal	**2,212 €**	**Total Normal**	**1,679 €**	**Total Normal**	**1,779 €**	**Total Normal**	**1,944 €**
	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €
	Mouliné de lieu colombo	0,542 €	Gratin de poisson	0,696 €	Timbale crabe armoricaine	0,620 €	Colombo de requin	0,563 €
	Purée lavorite	0,181 €	Fromage blanc sucre	0,159 €	Purée bretonne	0,173 €	Purée bretonne	0,162 €
	Yaourt nature sucre	0,107 €	Crème glacée chocolat	0,278 €	Yaourt nature sucre	0,107 €	Faisselle sucre	0,281 €
	Crème glacée pêche melba	0,346 €			Crème glacée chocolat	0,278 €	Crème glacée café	0,278 €
	Total Haché	**1,450 €**	**Total Haché**	**1,407 €**	**Total Haché**	**1,452 €**	**Total Haché**	**1,558 €**
SAMEDI	**Semaine 1**		**Semaine 2**		**Semaine 3**		**Semaine 4**	
	Tomates en salade	0,201 €	Melon	0,281 €	Melon	0,281 €	Carottes râpées	0,141 €
	Suprême de poulet rôti	1,033 €	Brochette de dinde rôtie	1,016 €	Poulet grillé sauce diable	1,074 €	Suprême de pintade basilic	0,957 €
	Mosaïque de légumes	0,213 €	Légumes couscous	0,265 €	Riz pilaf	0,126 €	Macaroni	0,060 €
	Fourme d'ambert	0,209 €	Riz vanille	0,101 €	Fromage frais 1/2 sel	0,109 €	Mi chèvre	0,196 €
	Nectarine	0,151 €	Pomme	0,123 €	Compote pomme banane	0,149 €	Banane	0,187 €
	Total Normal	**1,807 €**	**Total Normal**	**1,786 €**	**Total Normal**	**1,739 €**	**Total Normal**	**1,541 €**
	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €
	Mouliné de poulet diable	0,588 €	Mouliné de dinde sauce curry	0,525 €	Mouliné de poulet diable	0,577 €	Flan de jambon tomate	0,456 €
	Purée de céleri rave	0,229 €	Purée de petits pois	0,260 €	Purée crécy	0,172 €	Purée de navets	0,189 €
	Flan caramel	0,095 €	Riz vanille	0,101 €	Fromage frais 1/2 sel	0,109 €	Flan caramel	0,095 €
	Compote pomme banane	0,149 €	Compote pomme banane	0,174 €	Compote pomme banane	0,149 €	Compote pomme banane	0,149 €
	Total Haché	**1,335 €**	**Total Haché**	**1,334 €**	**Total Haché**	**1,281 €**	**Total Haché**	**1,163 €**
DIMANCHE	**Semaine 1**		**Semaine 2**		**Semaine 3**		**Semaine 4**	
	Coeur de palmier crème	0,378 €	Taboulé fruits de mer	0,296 €	Champignons à la grecque	0,489 €	Fleurs de brocolis et oeufs	0,310 €
	Filet mignon au poivre	1,313 €	Pavé de boeuf maître d'hôtel	0,960 €	Confit de canard	1,531 €	Lapin à la moutarde	1,890 €
	Mojettes	0,367 €	Pommes de terre fondantes	0,213 €	Pommes de terre alsaciennes	0,370 €	Semoule artésienne	0,134 €
	Bleu de Bresse	0,610 €	Pavé d'affinois	0,474 €	Caprice des dieux	0,570 €	Mini brin	0,438 €
	Eclair au café	0,189 €	Tiramisu	0,704 €	Salambo au kirsch	0,633 €	Tarte au citron	0,275 €
	Total Normal	**2,857 €**	**Total Normal**	**2,647 €**	**Total Normal**	**3,593 €**	**Total Normal**	**3,047 €**
	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €	Jus d'orange	0,274 €
	Mouliné de porc au poivre	0,528 €	Mouliné de boeuf sauce tomate	0,590 €	Mouliné de canard poivre vert	0,637 €	Mouliné de poulet à la moutarde	0,591 €
	Purée de carottes	0,207 €	Purée de navets	0,189 €	Purée jardinière	0,170 €	Purée de courgettes	0,335 €
	Yaourt grecque sucre	0,404 €	Yaourt entier sucré	0,115 €	Faisselle sucre	0,259 €	Yaourt grecque sucre	0,401 €
	Eclair au café	0,189 €	Tiramisu	0,704 €	Salambo au kirsch	0,633 €	Miroir framboise	0,330 €
	Total Haché	**1,602 €**	**Total Haché**	**1,872 €**	**Total Haché**	**1,973 €**	**Total Haché**	**1,931 €**
	Moyenne semaine 1 Normal	**2,261 €**	**Moyenne semaine 2 Normal**	**1,979 €**	**Moyenne semaine 3 Normal**	**1,987 €**	**Moyenne semaine 4 Normal**	**1,859 €**
	Moyenne semaine 1 Haché	**1,406 €**	**Moyenne semaine 2 Haché**	**1,446 €**	**Moyenne semaine 3 Haché**	**1,430 €**	**Moyenne semaine 4 Haché**	**1,455 €**

Direction des Achats et de la Logistique
Service Restauration

TABLEAU DE BORD DES MENUS CYCLE ÉTÉ

PATIENTS DÎNER Normal + Haché : Tableau de bord du gestionnaire (coût/ration)

	Semaine 1		Semaine 2		Semaine 3		Semaine 4
LUNDI							
	Petit salé	1,424 €	Œufs brouillés niçois	0,770 €	Galette jambon œuf	0,960 €	Escalope rôtie	0,531 €
	Spaghetti	0,066 €	St Paulin	0,186 €	Epinards	0,300 €	Emincé de légumes	0,234 €
	Fromage blanc sucre	0,185 €	Compote pomme poire madeleine	0,204 €	Gruyère du Jura	0,546 €	Yaourt nature sucre	0,107 €
	Abricots	0,384 €			Pomme	0,123 €	Banane	0,187 €
	Total Normal	**2,059 €**	**Total Normal**	**1,160 €**	**Total Normal**	**1,929 €**	**Total Normal**	**1,059 €**
	Rillettes	0,314 €	Brouillade niçoise	0,777 €	Mouliné de dinde au jus	0,489 €	Mouliné de dinde au jus	0,489 €
	Purée rachel	0,319 €	Fromage blanc sucre	0,159 €	Purée d'épinards	0,212 €	Purée de printanière	0,239 €
	Fromage blanc sucre	0,159 €	Compote pomme poire madeleine	0,204 €	Fromage blanc sucre	0,159 €	Yaourt nature sucre	0,107 €
	Crème dessert caramel	0,157 €			Compote pomme poire	0,149 €	Banane	0,187 €
	Total Haché	**0,949 €**	**Total Haché**	**1,140 €**	**Total Haché**	**1,009 €**	**Total Haché**	**1,022 €**
MARDI							
	Boudin blanc	0,375 €	Cuisse de poulet rôti	0,668 €	Jambon blanc	0,390 €	Gratin de poisson	0,696 €
	Haricots beurre persillés	0,255 €	Purée duchesse	0,148 €	Salade de pomme de terre	0,203 €	Yaourt aromatisé	0,110 €
	St Nectaire	0,222 €	Milanette	0,163 €	Mi chèvre	0,196 €	Cerises	0,224 €
	Kiwi	0,110 €	Pêche	0,172 €	Kiwi	0,110 €		
	Total Normal	**0,962 €**	**Total Normal**	**1,151 €**	**Total Normal**	**0,899 €**	**Total Normal**	**1,030 €**
	Boudin blanc	0,375 €	Mouliné de poulet au jus	0,545 €	Laitage chaud vanille	0,199 €	Gratin de poisson	0,696 €
	Purée crécy	0,172 €	Purée duchesse	0,148 €	Gélifié caramel	0,095 €	Yaourt aromatisé	0,110 €
	Petit suisse sucre	0,148 €	Fromage blanc vanille	0,191 €	Compote fruits de la passion	0,149 €	Compote fruits de la passion	0,149 €
	Compote fruits de la passion	0,149 €	Compote fruits de la passion	0,149 €				
	Total Haché	**0,844 €**	**Total Haché**	**1,033 €**	**Total Haché**	**0,443 €**	**Total Haché**	**0,955 €**
MERCREDI							
	Œufs durs natures	0,270 €	Pavé de thon ciboulette	1,122 €	Filet de lieu maître d'hôtel	0,592 €	Œufs durs natures	0,272 €
	Epinards béchamel	0,331 €	Tomates dosette vinaigrette	0,246 €	Courgettes provençales	0,292 €	Salade de riz niçois	0,359 €
	Tapioca vanille	0,101 €	Cantal	0,223 €	Edam	0,183 €	St Nectaire	0,222 €
	Abricots	0,364 €	Abricots	0,364 €	Abricots	0,364 €	Fraises au sucre	0,467 €
	Total Normal	**1,066 €**	**Total Normal**	**1,955 €**	**Total Normal**	**1,431 €**	**Total Normal**	**1,320 €**
	Laitage chaud vanille	0,199 €	Laitage chaud vanille	0,199 €	Terrine 3 poisson piperade	0,669 €	Brouillade niçoise	0,777 €
	Tapioca vanille	0,101 €	Gélifié chocolat	0,095 €	Purée de ratatouille	0,253 €	Gélifié chocolat	0,095 €
	Compote pomme banane	0,149 €	Compote pomme banane	0,149 €	Petit suisse sucre	0,148 €	Fraises au sucre	0,454 €
					Compote pomme banane	0,149 €		
	Total Haché	**0,449 €**	**Total Haché**	**0,443 €**	**Total Haché**	**1,219 €**	**Total Haché**	**1,326 €**
JEUDI							
	Jambon blanc	0,390 €	Escalope piperade	0,584 €	Galantine	0,252 €	Jambonnette cornichon	0,423 €
	Salade normande	0,327 €	Champignons poêlés	0,527 €	Salade de pâtes basilic	0,138 €	Carottes à la crème	0,214 €
	Cantal	0,223 €	Fromage frais 1/2 sel	0,109 €	Port Salut	0,196 €	Bleu douceur	0,209 €
	Pêche	0,172 €	Pêche	0,172 €	Crème dessert caramel	0,157 €	Kiwi	0,110 €
	Total Normal	**1,112 €**	**Total Normal**	**1,392 €**	**Total Normal**	**0,743 €**	**Total Normal**	**0,956 €**
	Jambon blanc haché	0,309 €	Mouliné de dinde piperade	0,537 €	Mouliné de porc jus	0,631 €	Laitage chaud caramel	0,199 €
	Purée d'épinards	0,212 €	Purée trois légumes	0,225 €	Purée frêneuse	0,175 €	Petit suisse sucre	0,136 €
	Faisselle sucre	0,259 €	Fromage frais 1/2 sel	0,109 €	Fromage blanc sucre	0,159 €	Compote pomme cassis	0,149 €
	Compote pomme cassis	0,149 €	Compote pomme cassis	0,149 €	Crème dessert caramel	0,157 €		
	Total Haché	**0,929 €**	**Total Haché**	**1,020 €**	**Total Haché**	**1,122 €**	**Total Haché**	**0,484 €**
VENDREDI							
	Filet de dinde rôtie	0,685 €	Jambon blanc	0,390 €	Œufs durs natures	0,272 €	Chipolatas	0,375 €
	Riz valenciennois	0,228 €	Carottes râpées vinaigrette	0,231 €	Ratatouille	0,245 €	Lentilles	0,095 €
	Fromage blanc sucre	0,159 €	Yaourt nature sucre	0,107 €	Pont l'Evêque	0,266 €	Emmental	0,185 €
	Abricots	0,364 €	Abricots	0,364 €	Poire	0,180 €	Fraises au sucre	0,454 €
	Total Normal	**1,436 €**	**Total Normal**	**1,092 €**	**Total Normal**	**0,963 €**	**Total Normal**	**1,109 €**
	Omelette	0,402 €	Jambon blanc haché	0,309 €	Œufs au plat	0,613 €	Mouliné de poulet sauce diable	0,588 €
	Purée de brocoli	0,429 €	Céleri crème mixé froid	0,263 €	Brocolis à crème mixés	0,428 €	Purée de haricots beurre	0,372 €
	Fromage blanc sucre	0,159 €	Yaourt nature sucre	0,107 €	Petit suisse sucre	0,144 €	Yaourt nature sucre	0,107 €
	Compote pomme poire	0,132 €	Compote pomme poire	0,132 €	Compote pomme poire	0,132 €	Fraises au sucre	0,467 €
	Total Haché	**1,122 €**	**Total Haché**	**0,811 €**	**Total Haché**	**1,317 €**	**Total Haché**	**1,534 €**
SAMEDI							
	Salade verte vinaigrette	0,166 €	Rôti de porc	0,588 €	Jambon bruni cornichons	0,671 €	bœuf ravigote	1,180 €
	Lasagne bolognaise	0,492 €	Coquillettes	0,060 €	Haricots beurre persillés	0,255 €	Carottes râpées	0,194 €
	Tome noire	0,183 €	Mi chèvre	0,196 €	Gouda	0,177 €	Riz au chocolat	0,100 €
	Crème dessert vanille	0,155 €	Pêche	0,172 €	Nectarine	0,151 €	Pomme	0,123 €
	Total Normal	**0,996 €**	**Total Normal**	**1,016 €**	**Total Normal**	**1,254 €**	**Total Normal**	**1,597 €**
	Timbale au bleu	0,583 €	Flan de choux-fleurs	0,482 €	Jambon blanc haché	0,309 €	Flan de jambon tomate	0,456 €
	Purée	0,100 €	Faisselle sucre	0,259 €	Purée haricots beurre	0,372 €	Purée crécy	0,172 €
	Yaourt nature sucre	0,107 €	Compote de pomme	0,124 €	Fromage blanc sucre	0,159 €	Riz au chocolat	0,100 €
	Crème dessert vanille	0,155 €			Compote de pomme	0,124 €	Compote de pomme	0,124 €
	Total Haché	**0,945 €**	**Total Haché**	**0,865 €**	**Total Haché**	**0,964 €**	**Total Haché**	**0,852 €**
DIMANCHE							
	Filet de colin mayonnaise	0,590 €	Omelette andalouse	0,502 €	Filet de truite beurre blanc	1,553 €	Omelette bonne femme	0,525 €
	haricots verts vinaigrette	0,237 €	Printanière de légumes	0,234 €	Fenouil persillé	0,734 €	Epinards	0,290 €
	Fromage frais 1/2 sel	0,109 €	Gouda	0,179 €	Cantal	0,223 €	Comté	0,546 €
	Pomme	0,129 €	Kiwi	0,210 €	Kiwi	0,110 €	Kiwi	0,210 €
	Total Normal	**1,065 €**	**Total Normal**	**1,125 €**	**Total Normal**	**2,620 €**	**Total Normal**	**1,571 €**
	Laitage chaud	0,199 €	Laitage chaud	0,199 €	Laitage chaud	0,199 €	Laitage chaud	0,199 €
	Fromage frais 1/2 sel	0,109 €	Crème dessert café	0,110 €	Fromage blanc vanille	0,191 €	Yaourt entier sucré	0,115 €
	Compote pomme cassis	0,149 €	Compote pomme cassis	0,149 €	Compote pomme cassis	0,149 €	Compote pomme cassis	0,149 €
	Total Haché	**0,457 €**	**Total Haché**	**0,458 €**	**Total Haché**	**0,539 €**	**Total Haché**	**0,463 €**

Moyenne semaine 1 Normal	**1,242 €**	**Moyenne semaine 2 Normal**	**1,270 €**	**Moyenne semaine 3 Normal**	**1,406 €**	**Moyenne semaine 4 Normal**	**1,235 €**
Moyenne semaine 1 Haché	**0,814 €**	**Moyenne semaine 2 Haché**	**0,824 €**	**Moyenne semaine 3 Haché**	**0,945 €**	**Moyenne semaine 4 Haché**	**0,948 €**

OUTIL 4 • Fiche de test de produits alimentaires

Source : Didier Girard, centre hospitalier Le Mans

	Service Restauration			Référence :
	TESTS DE PRODUITS ALIMENTAIRES			*ENR 7A.1-1*
Créé le : **22/08/2007**	Version n° 1 du **22/08/2007**	Appliqué le : **22/08/2007**	A réviser le : **22/08/2008**	page(s) : **1/2**

Processus de rattachement	P3 – Processus support
Sous processus de rattachement	SP3.4 – Gestion de la logistique, restauration
PRO, CONV, PF de rattachement	PRO 7A.1 – Procédure d'achat des produits alimentaires
MO, FT, FP de rattachement	INS 7A.2-a – Instruction relative aux tests de produits alimentaires "achats sur facture"

Nom du produit : ..... **Référence :** .....

Caractéristiques diverses : ..... **Prix d'achat HT :** .....
..... **Conditionnement :** .....

Motif du test :

☐ Menu à thème : .....

☐ Diversification des produits existants : .....

☐ Repas particuliers : .....

☐ Autres : .....

Mode de consommation envisagé : ☐ Froid ☐ Chaud

Type de destinataire : ☐ Patients ☐ Personnels ☐ Autres : .....

1ère étape : Administrative

FOURNISSEUR OU DISTRIBUTEUR : .....

Personne contactée : .....

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Test demandé le ...../...../.....par : .....

Date de livraison prévue : ____ / ____ / ____

Date prévisionnelle du test : ____ / ____ / ____

Visa de la Direction des Achats et de la Logistique ou du Service Restauration	A cocher	
	OUI	NON
Fiche technique reçue		
Fiche nutritionnelle reçue		
Fiche d'utilisation reçue		

2ème étape : Nutritionnelle

Validation de l'équipe Diététique-Nutrition	A cocher		Observations éventuelles	Nom et signature Diététicienne
	OUI	NON		
Valeur nutritionnelle conforme				

3ème étape : Prétraitement

Produit reçu le : ____ / ____ / ____ Réceptionné par : _____	Remarques diverses à inscrire		Accepté	
			OUI	NON
Colisage : Quantité de produits par colis	Poids du colis : _____ Kg _____ Unités			
Présentation (sous vide, carton, boîte, sac...) : Type d'emballage :				
Poids unitaire	_____ Gr	_____ Kg		

	Service Restauration	Référence :
	TESTS DE PRODUITS ALIMENTAIRES	*ENR 7A.1-1*

Créé le : **22/08/2007**	Version n° 1 du **22/08/2007**	Appliqué le : **22/08/2007**	A réviser le : **22/08/2008**	page(s) : **2**/2

4ème étape : Transformation		Accepté OUI	Accepté NON
Type de traitement : Cuisson / Préparation Froide / Spécialisée / Pâtisserie / Diététique			
Nom de l'agent qui teste le produit dans l'atelier	Monsieur : ..... Madame : ..... Code poste :		
Poids net avant cuisson	Net : _____ Kg		
Poids net après cuisson et exsudat	Net : _____ Kg		
Type de conditionnement : Assiette / Ravier / GN1/1			
Remise en température	_____ H _____ Minutes		

5ème étape : Dégustation		Accepté OUI	Accepté NON
Aspect visuel après remise en température			
Odeur (A) / Couleur (B)			
Assaisonnement			
Texture / Consistance			
Goût			

6ème étape : Validation produit		Accepté OUI	Accepté NON
Si non, raisons principales			

Noms des agents présents au test :

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Visa du Responsable Qualité

Date du test de produits alimentaires : _____ / _____ / _____

Nom : .....

OUTIL 5 • Fiche technique pour la préparation des plats

Source : Didier Girard, centre hospitalier Le Mans

FICHE TECHNIQUE

Fiche Technique	**BOEUF BOURGUIGNON**
Mode préparation	**SALE**
Groupe d'UPCR	STANDARD
Point vente	STANDARD

Prix de revient pour 100	:	110,365	Prise en compte en tant que fixe : PLAT DU JOUR UNIQUEMENT
Prix de revient unitaire	:	1,1037	
Poids net de la part	:	170 gr	

DISTRIBUTION

Atelier	Groupe d'UPCR	Type de consommateur
CUISSON VIANDES	STANDARD	STANDARD

PLAN DE FABRICATION

Groupe d'UPCR	Type de consommateur	Plan Hebdo
STANDARD	STANDARD	STANDARD

COMPOSITION DE BASE

Ingrédient	Prix	Quantité U. utile .	Prix ligne
AIL SEMOULE DESHYDRATE	7,078	0,005 KILO	0,0354
CAROTTE DES SURG	0,608	1,5 KILO	0,912
CHAMPIGNON EMINCE SURG	1,087	0,5 KILO	0,5435
EAU COURANTE	0,000	6 LITRE	0,000
HUILE D'OLIVE BIDON DE 5LT	3,186	1 LITRE	3,186
JUS DE BOEUF S/SEL	0,205	6,6 LITRE	1,353
LAURIER	25,550	0,001 KILO	0,0256
OIGNON EMINCE SURG	0,867	1,5 KILO	1,3005
OIGNON PETIT SURG	1,375	0,2 KILO	0,275
POIVRE GRIS MOULU	12,795	0,02 KILO	0,2559
PORC POITRINE FUME EN DES S/V EN 1 KG	3,110	0,2 KILO	0,622
SAUTER DE BOEUF	5,089	20 KILO	101,780
SEL GROS	0,232	0,1 KILO	0,0232
THYM	26,375	0,002 KILO	0,0528

COMMENTAIRES

VIANDE: NET ASSIETTE 120G
RECETTE SANS ALCOOL

RECETTE

FAIRE REVENIR LES MORCEAUX DE VIANDE
RETIRER LA VIANDE
FAIRE REVENIR LES OIGNONS,LES CAROTTES
RAJOUTER LA VIANDE ET LE BOUQUET AROMATIQUE , LES EPICES
MOUILLER A HAUTEUR AVEC LE JUS DE BOEUF
AJOUTER LES LARDON ET LES PETITS OIGNONS EN FIN DE CUISSON
RECTIFIER L'ASSAISONNEMENT

OUTIL 6 • Procédure qualité – Les indicateurs de suivi

Source : Didier Girard, centre hospitalier Le Mans

Indicateurs de qualité et sécurité alimentaire

- **Indicateur de l'inadéquation plateau/carte plateau** (pourcentage d'inadéquation entre les plateaux commandés et ceux servis aux patients)
  Objectif : moins de 0,5 %
- **Indicateur des erreurs chariots patients** (pourcentage d'erreurs recensées parmi les plateaux contrôlés)
  Objectif : moins de 1,5 %
- **Indicateur de suivi des chaînes de conditionnement** (nombre de non-conformités décelées sur la check-list du conditionnement)
  Objectif : moins de 10
- **Indicateur des fiches de non-conformité** (nombre de fiches de non-conformité quel que soit le secteur de détection)
  Objectif : moins de 5
- **Indicateur des réclamations patients et personnel** (nombre de réclamations émises par les unités de soins et les convives des restaurants du personnel)
  Objectif : moins de 5
- **Indicateur des fiches de vie** (nombre de non-conformités rencontrées sur les fiches de vie par jour)
  Objectif : moins de 3 par jour
- **Indicateur de qualité bactériologique des aliments** (pourcentage de produits satisfaisants)
  Objectif : au moins 90 %
- **Indicateur de contrôle organoleptique des productions** (pourcentage de produits ayant obtenu une note inférieure à 3/5 sur un des critères organoleptiques par rapport aux productions notées)
  Objectif : moins de 5 ‰

Indicateurs de gestion économique

- **Indicateur des produits détruits au conditionnement** (pourcentage de produits détruits par rapport aux quantités produites pour les familles 1 à 5 et productions diététiques)
  Objectif : moins de 3 %
- **Indicateur des repas servis aux patients** (nombre de repas servis aux patients chaque mois)
  Objectif : néant, il s'agit d'un indicateur de suivi servant à l'interprétation des excédents et manquants au conditionnement
- **Indicateur du coût repas en achats alimentaires** (rapport entre les dépenses alimentaires mensuelles et le nombre de repas servis)
  Objectif : moins de 2,10 € pour une prestation correspondant au niveau de qualité que nous nous sommes fixé

OUTIL 7 • Questionnaire de satisfaction de l'équipe projet

Source : Laurence Debord, centre hospitalier de Montmorillon

Nom, prénom : .....

Fonction : ☐ IDE ☐ AS ☐ ASHQ ☐ CUI

Service / Secteur : .....

Dans le cadre du projet : .....

Qu'avez-vous pensé : *(Cochez la case de votre choix)*	*Très satisfait*	*Satisfait*	*Peu satisfait*	*Pas satisfait*	*Non concerné*
De la participation de votre service dans le projet ?					
De la présentation des différentes étapes du projet ?					
Des supports utilisés (diaporama, classeur, questionnaire…) ?					
De votre participation à l'élaboration des scénarios ?					
De l'accompagnement par l'équipe projet ?					
Du délai accordé entre chaque étape de changement ?					
De vos changements éventuels d'horaires ?					
Du changement des habitudes de travail ?					
De la modification de l'organisation du travail ?					
De l'impact du projet au sein de l'équipe ?					
Des moyens humains supplémentaires mis en place ?					
De la communication interne au sujet du projet ?					
Des résultats obtenus par votre travail ?					

Commentaires libres : .....
.....
.....
.....

À remettre avant le …./…./…. à .....

Merci de votre participation au projet et à ce questionnaire

OUTIL 8 • Questionnaire *Goûts et réticences alimentaires*

Adapté du questionnaire fourni dans la mallette MobiQual

Nom, Prénom du résident : .....
Étage / Service : .....
Questionnaire rempli le : .... / .... / .... Par : .....

Que mangez-vous ou buvez-vous quand vous voulez vous faire plaisir ?

Viande	☐ Oui, notamment :	☐ Non
Poisson	☐ Oui, notamment :	☐ Non
Légumes	☐ Oui, notamment :	☐ Non
Fruits	☐ Oui, notamment :	☐ Non
Gâteaux	☐ Oui, notamment :	☐ Non
Produits laitiers	☐ Oui, notamment :	☐ Non
Boissons	☐ Oui, notamment :	☐ Non
Spécialités régionales	☐ Oui, notamment :	☐ Non
Café à la fin du repas ?	☐ Oui, notamment :	☐ Non

Que n'aimez vous pas (ou n'avez-vous pas le droit de) manger ou boire ?

Êtes-vous allergique à certains aliments ? ☐ Oui : ..... ☐ Non

Pour quels aliments éprouvez-vous une réticence particulière, un dégoût ? .....
.....

Quelles sont vos habitudes ?

Avez-vous des habitudes pour les horaires de vos repas ?
☐ Petit-déjeuner : .....
☐ Déjeuner : .....
☐ Goûter : .....
☐ Dîner : .....

Que prenez-vous habituellement pour votre petit-déjeuner ? .....
.....

Avez-vous l'habitude de goûter ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, qu'avez-vous l'habitude de prendre pour le goûter ? .....
.....

Avez-vous des habitudes liées à une pratique religieuse ou autre : consommation de porc, régime végétarien, habitudes régionales, etc. ?
☐ Oui : ..... ☐ Non

Avez-vous l'habitude de pratiquer un régime particulier ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, lequel ? .....

OUTIL 9 • Fiche individuelle

Adapté d'un modèle fourni par Dominique Samson, Institut Meslay, Montaigu

Nom, Prénom du résident : .....
Étage / Service : .....
Questionnaire rempli le : .... / .... / .... Par : .....

Goûts alimentaires :

.....
.....
.....
.....

Dégoûts / aversions :

.....
.....
.....
.....

Habitudes alimentaires :

Petit-déjeuner : .....
Déjeuner : .....
Goûter : .....
Dîner : .....

Histoire de vie :

(région d'origine, habitudes culturelles, religion, rituels personnels…)

.....
.....
.....
.....
.....

Observations :

.....
.....
.....

Mode d'alimentation :

☐ Régime : ..... prescrit par : ..... date : .... / .... / ....

☐ Texture : ..... prescrit par : ..... date : .... / .... / ....

☐ Enrichissement : ..... prescrit par : ..... date : .... / .... / ....

☐ CNO : ..... prescrit par : ..... date : .... / .... / ....

Capacités visuelles :

Amplitude et champ visuel : .....

Appareillage : .....

Remarques et consignes d'aide : .....

Capacités auditives :

Capacité auditive : Oreille gauche : ..... Oreille droite :.....

Appareillage : .....

Remarques et consignes d'aide : .....

Capacités olfactives et gustatives :

Reconnaissance des saveurs évaluée le .... / .... / .... par : .....

Sucrée	*Salée*	*Acide*	*Amère*
.... /5	.... /5	.... /5	.... /5

Évaluation olfactive réalisée le .... / .... / .... par : .....
Résultat : .....

Remarques et consignes : .....

Capacités motrices :

Coupe seul sa viande :	☐ Oui	☐ Non
Ouvre un pot (yaourt, beurre) :	☐ Oui	☐ Non
Pèle un fruit :	☐ Oui	☐ Non
Remplit un verre :	☐ Oui	☐ Non
Porte les aliments à sa bouche :	☐ Oui	☐ Non
Déglutit :	☐ Oui	☐ Non

Aides techniques nécessaires : .....
.....

Remarques et consignes d'aide : .....
.....

Divers

Besoins énergétiques : ☐ Réduits ☐ Normaux ☐ Élevés

Consommation habituelle : ☐ Petites portions ☐ Portions normales ☐ Grosses portions

OUTIL 10 • Questionnaire de satisfaction

Enquête globale

Adapté d'un modèle fourni par Patrick Josien, centre hospitalier Henri Ey

Nom, Prénom : .....

Étage / Service : .....

Êtes-vous satisfaits de la nourriture proposée ?

	OUI	*ASSEZ*	*PEU*	*NON*	*Remarques*
Variété des plats					
Petit-déjeuner					
Déjeuner					
Goûter					
Dîner					
Collations					
Présentation					
Petit-déjeuner					
Déjeuner					
Goûter					
Dîner					
Collations					
Qualité gustative					
Petit-déjeuner					
Déjeuner					
Goûter					
Dîner					
Collations					
Quantités servies					
Petit-déjeuner					
Déjeuner					
Goûter					
Dîner					
Collations					
Température des plats					
Petit-déjeuner					
Déjeuner					
Goûter					
Dîner					
Collations					

Êtes-vous satisfait de la salle à manger où vous prenez vos repas ?

	OUI	*ASSEZ*	*PEU*	*NON*	*Remarques*
Le mobilier					
La décoration					
Le nappage et la vaisselle					
La propreté					
L'ambiance de votre table					

Êtes-vous satisfait du service ?

	OUI	*ASSEZ*	*PEU*	*NON*	*Remarques*
Gentillesse, écoute					
Disponibilité					
Aide au repas					

Enquête spécifique sur un plat ou un produit, version résident

Adapté d'un modèle fourni par Anna Bandini-Bellin, Fondation Bon Sauveur d'Alby

Produit (ou plat) dégusté : .....

Date : .... / .... / .... Repas : .....

Nom, Prénom : .....

Étage / Service : .....

Qu'avez-vous pensé de…

La couleur :	☐ Agréable	☐ Neutre	☐ Désagréable	
La présentation :	☐ Appétissante	☐ Neutre	☐ Peu appétissante	
L'odeur :	☐ Agréable	☐ Neutre	☐ Désagréable	
La température :	☐ Trop chaud	☐ Convenable	☐ Trop froid	
Le goût :	☐ Très bon	☐ Bon	☐ Moyen	☐ Pas bon
La texture :	☐ Adaptée	☐ Pas adaptée – Précisez :		

Indiquez la quantité que vous avez consommée :

☐ Rien
☐ Moins de la moitié
☐ La moitié
☐ Plus de la moitié
☐ La totalité
☐ Plus d'une portion

Pensez-vous que la quantité soit :

☐ Trop importante
☐ Juste bien
☐ Insuffisante

Voudriez-vous que ce produit (ou plat) vous soit proposé :

☐ Souvent
☐ De temps en temps
☐ Jamais

Remarques

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Enquête spécifique sur un plat ou un produit, version personnel

Adapté d'un modèle fourni par Anna Bandini-Bellin, Fondation Bon Sauveur d'Alby

Produit (ou plat) dégusté : .....

Date : .... / .... / .... Repas : .....

Nom, Prénom : .....

Fonction : .....

Nombre de résidents servis : .....
Nombre total de portions servies : .....

Qu'avez-vous pensé de…

La couleur :	☐ Agréable	☐ Neutre	☐ Désagréable	
La présentation :	☐ Appétissante	☐ Neutre	☐ Peu appétissante	
L'odeur :	☐ Agréable	☐ Neutre	☐ Désagréable	
La température :	☐ Trop chaud	☐ Convenable	☐ Trop froid	
Le goût :	☐ Très bon	☐ Bon	☐ Moyen	☐ Pas bon
La texture :	☐ Adaptée	☐ Pas adaptée – Précisez :		

Indiquez le nombre de résidents qui ont consommé :

☐ Rien : .....
☐ Moins de la moitié : .....
☐ La moitié : .....
☐ Plus de la moitié : .....
☐ La totalité : .....
☐ Plus d'une portion : .....

Pensez-vous que la quantité soit :

☐ Trop importante
☐ Juste bien
☐ Insuffisante

Pensez-vous que ce produit puisse répondre aux besoins et capacités des résidents :

☐ Oui
☐ Non – Précisez : .....

Remarques

.....
.....
.....
.....
.....
.....

OUTIL 11 • Échelle d'évaluation de la douleur chez les résidents Alzheimer

Source : Josette Diop, EHPAD de Châteauneuf-la-Forêt

Échelle d'évaluation de la douleur physique et/ou psychologique d'une personne âgée malade d'Alzheimer ne pouvant plus s'exprimer par le verbe

Nom : ..... **Soignant référent :** .....
Prénom : ..... **AS ou AMP ou IDE :** .....
Âge : ..... **Date de l'évaluation :** ..... / ..... / .....

Observation du visage

	OUI	*NON*	*NOTE* [1]
Mimiques			
Grimaces lors d'efforts			
Grimaces sans efforts			
Traits tirés			
Tristesse inhabituelle			
Regard			
Cherche le regard de façon intensive			
Regard fixe lors d'efforts			
Regard fixe sans efforts			
Présence de larmes de façon inhabituelle			
Pleurs lorsque la personne reste seule plus d'une heure			
Pleurs lorsque la personne rencontre ses proches			

Troubles du comportement

	OUI	*NON*	*NOTE* [1]
Agressivité gestuelle inhabituelle sans sollicitation			
Agressivité gestuelle inhabituelle après sollicitation			
Agitation inhabituelle			
Agitation contrôlée par les soignants			
Agitation non contrôlée par les soignants			
Agitation en présence de la famille			
Agitation lors de la toilette			
Agitation lors des animations			
Agitation lors des repas			

Observation su schéma corporel

	OUI	NON	NOTE [1]
Gémissements sans sollicitation			
Gémissements lors des sollicitations			
Position de repli corporel inhabituel (position antalgique)			
Rétractation d'un membre de façon inhabituelle			
Rétractation d'un membre lors de la mobilisation par les soignants			
Main serrée (retenue du soignant) de façon inhabituelle			
Errance inhabituelle			
Tremblements corporels inhabituels			
Changement de couleur des téguments sur une zone corporelle			
Changement de couleur des téguments sur l'ensemble du corps			
Changement de température du corps au toucher sur l'ensemble du corps			
Changement de température du corps au toucher sur une partie du corps bien délimitée (circonscrite)			

[1] Intensité de la douleur perçue par les soignants :

0 ➡ Pas de douleur
1 ➡ Douleur perceptible
2 ➡ Douleur difficile à supporter
3 ➡ Douleur invalidante

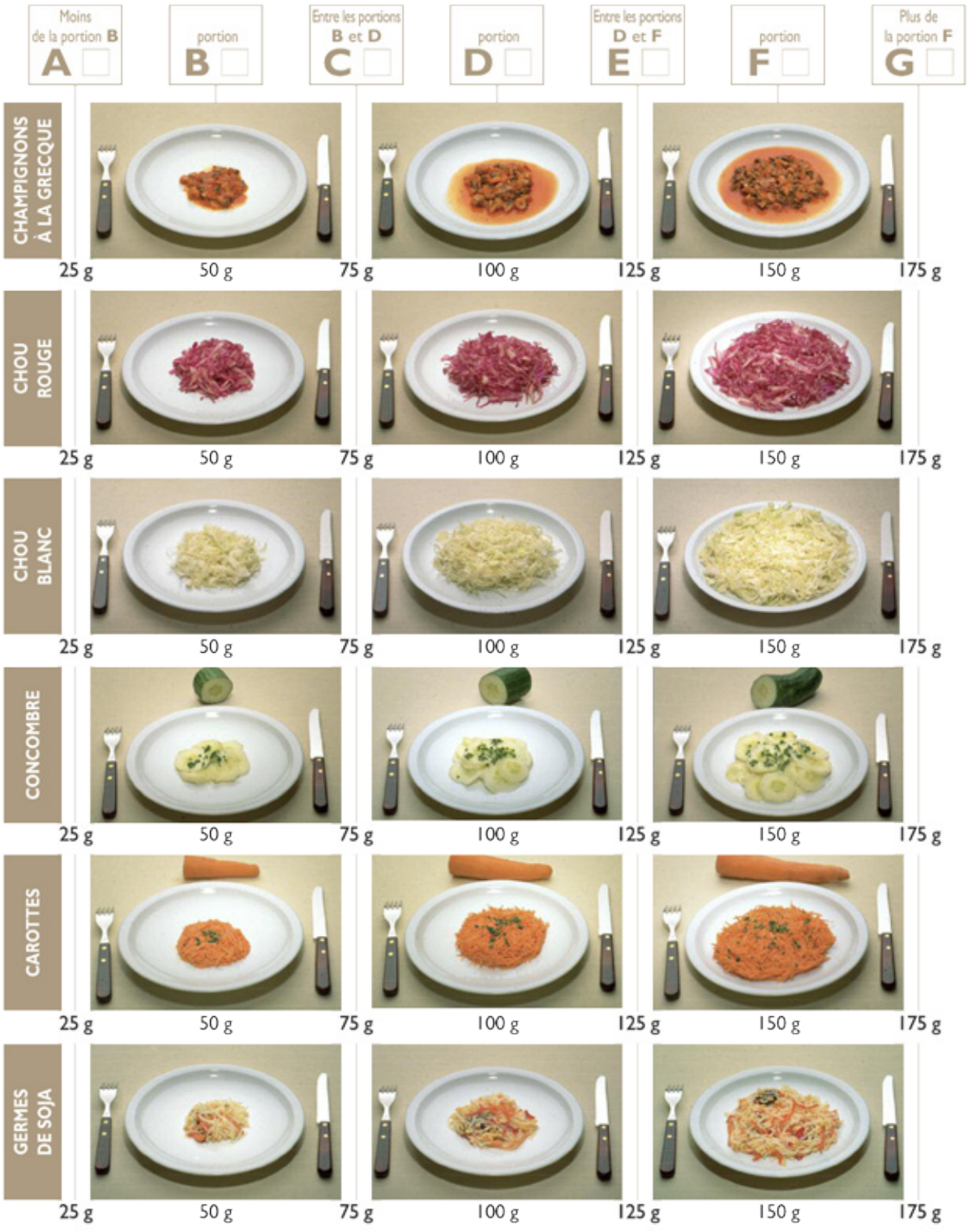
OUTIL 12 • Évaluation des portions alimentaires

Source : programme MobiQual

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

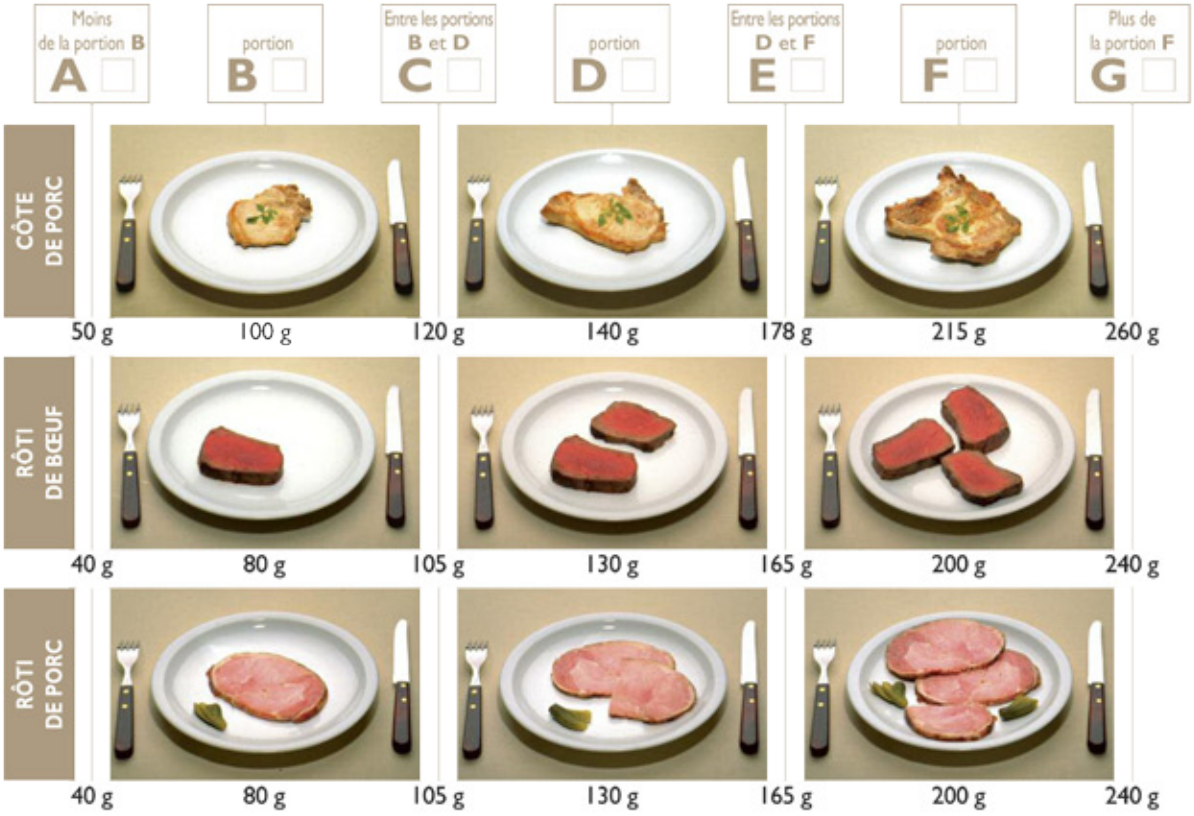
Légumes en salade

Cochez la case correspondant à la portion consommée



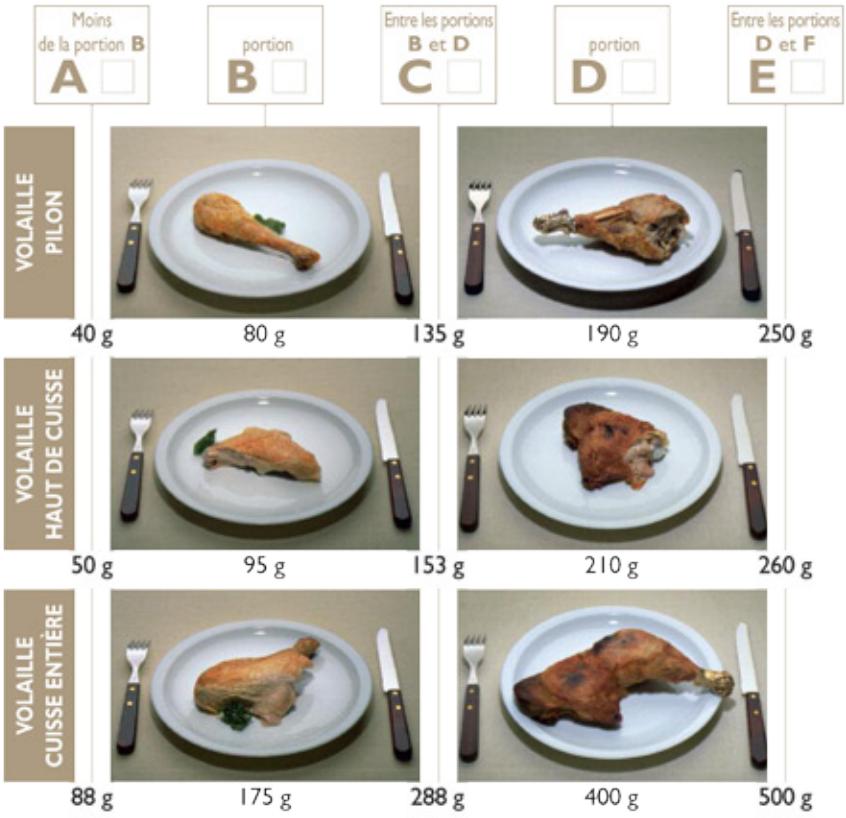
Viandes

Cochez la case correspondant à la portion consommée



Volailles

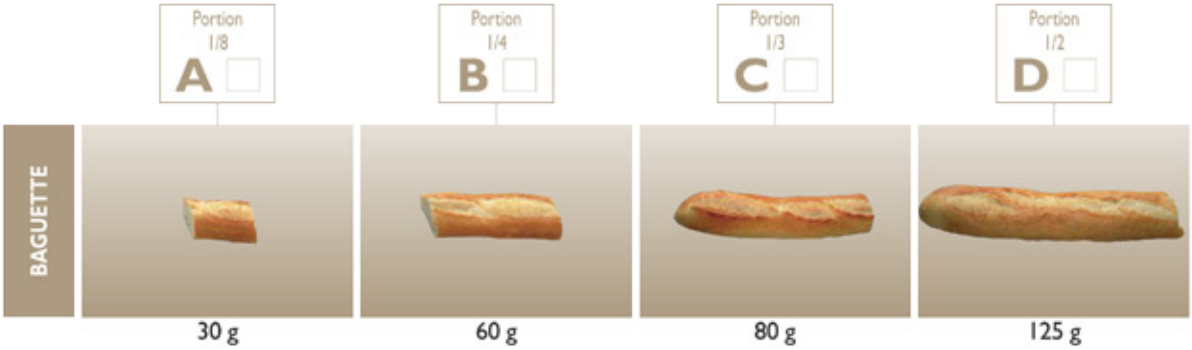
Cochez la case correspondant à la portion consommée



nutrition dénutrition
ALIMENTATION DE LA PERSONNE ÂGÉE

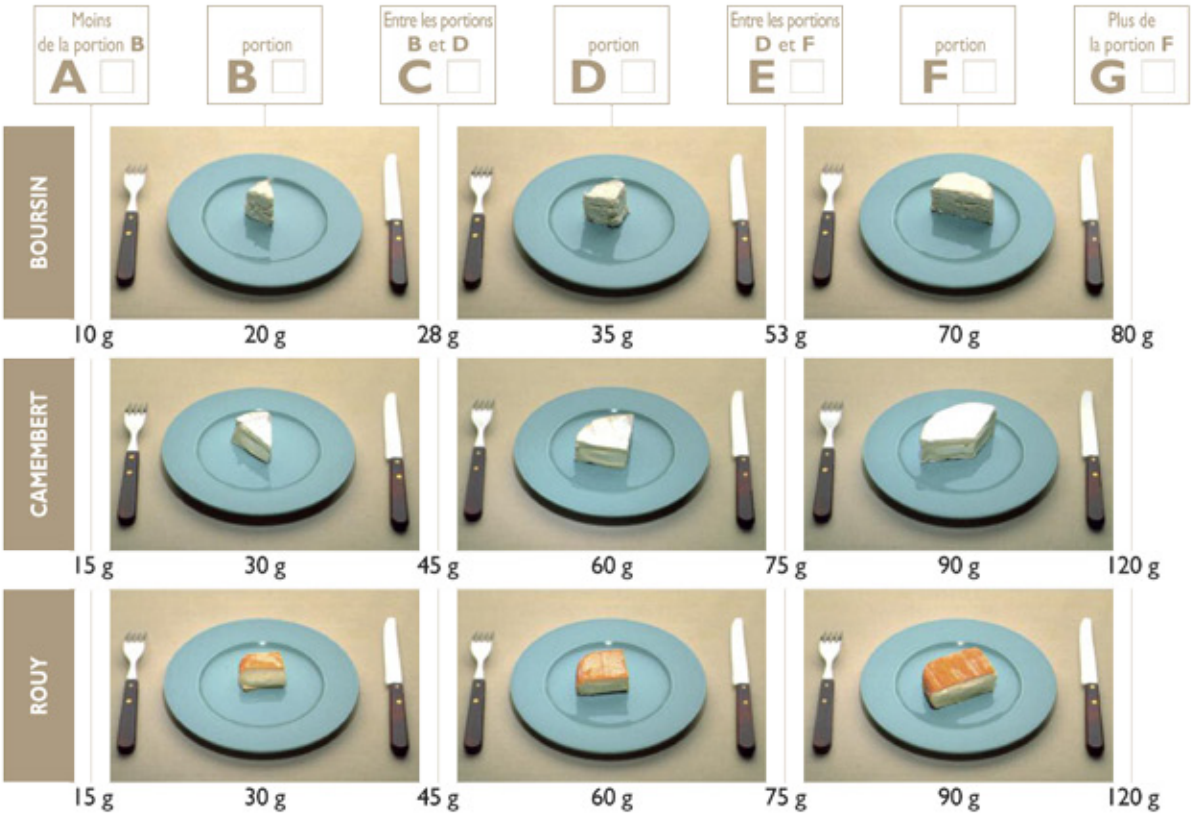
Pain

Cochez la case correspondant à la portion consommée



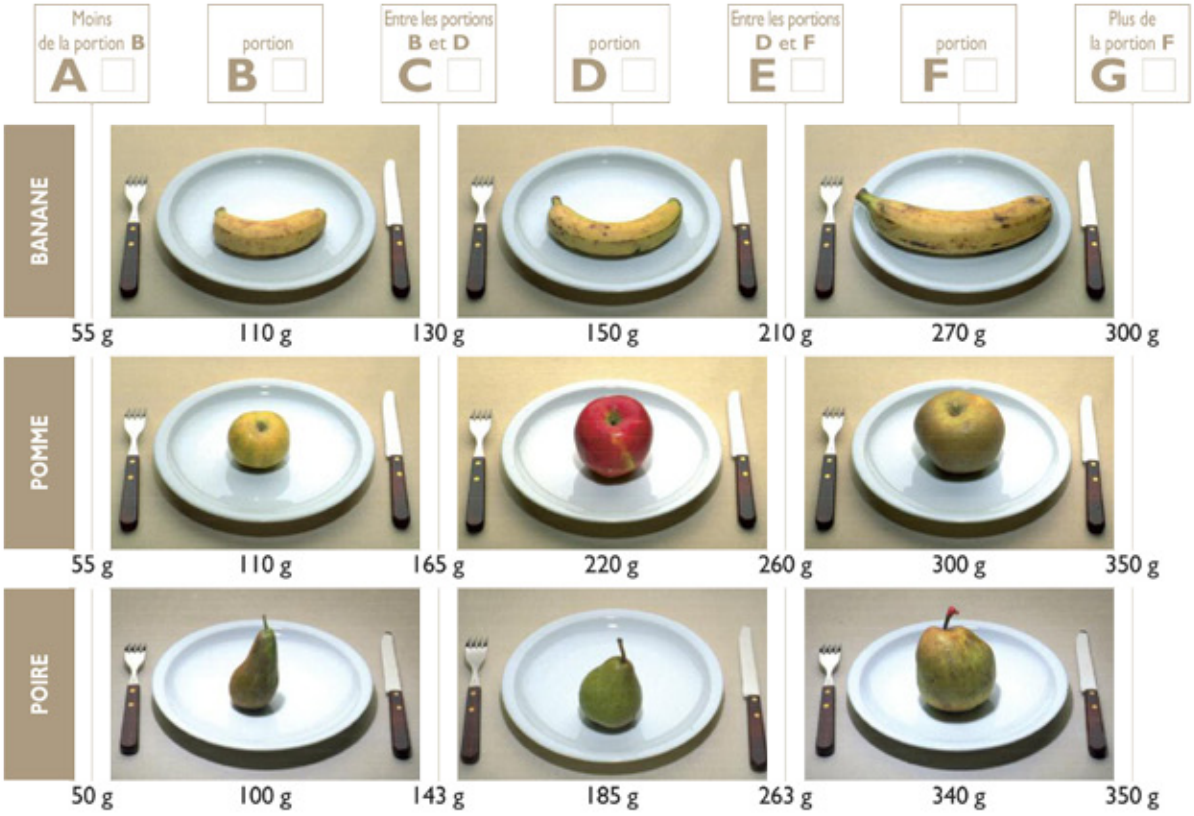
Fromages

Cochez la case correspondant à la portion consommée



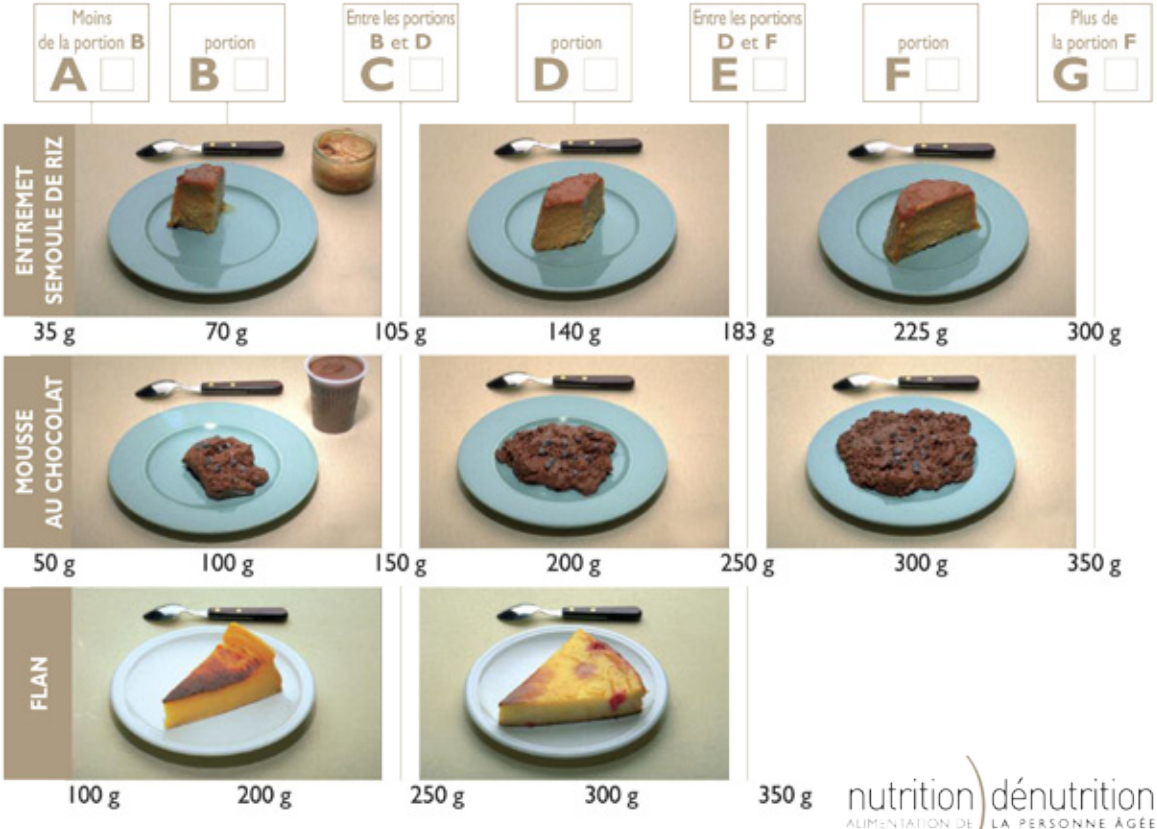
Fruits

Cochez la case correspondant à la portion consommée



Entremets, mousses, crèmes

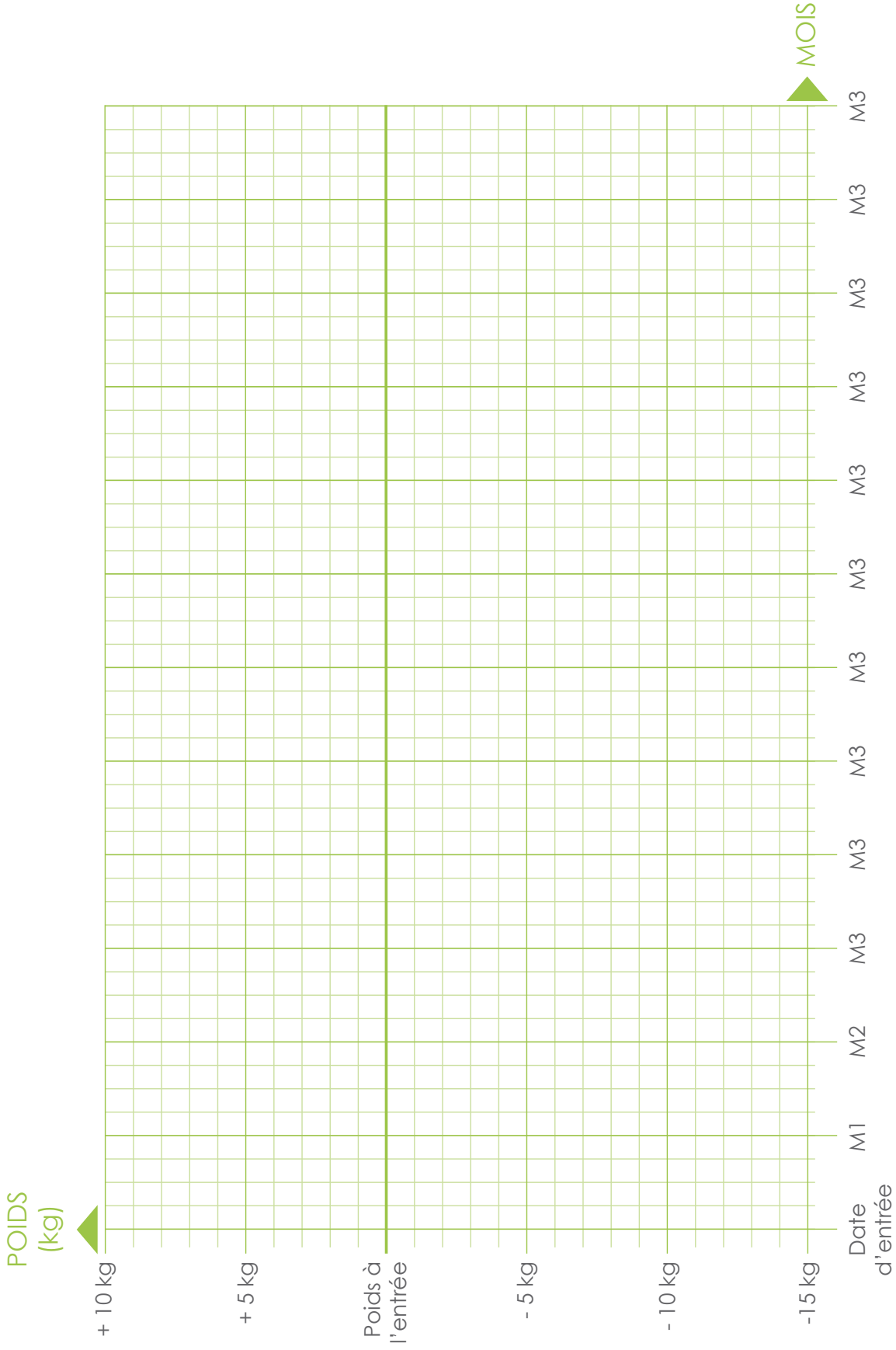
Cochez la case correspondant à la portion consommée



nutrition dénutrition
ALIMENTATION DE LA PERSONNE ÂGÉE

OUTIL 13 • Courbe de poids

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



OUTIL 14 • Grille de surveillance alimentaire

Source : programme MobiQual

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

	Date	Jour 1				Jour 2				Jour 3			
	CONSOMMATION	●	◐	◔	○	●	◐	◔	○	●	◐	◔	○
PETIT-DÉJEUNER	Café / thé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Lait	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Pain / Biscotte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Bouillie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	SOIGNANT												
	TYPE D'AIDE*												
COLLATION	Boisson	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	SOIGNANT												
	TYPE D'AIDE*												
DÉJEUNER	Entrée	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Viande / Poisson	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Légumes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Fromage / Laitage	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Dessert	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nombre de verres	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	SOIGNANT												
	TYPE D'AIDE*												
GOÛTER	Goûter	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	SOIGNANT												
	TYPE D'AIDE*												
DÎNER	Potage	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Viande / Poisson	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Légumes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Fromage / Laitage	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Dessert	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nombre de verres	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	SOIGNANT												
	TYPE D'AIDE*												

● Consommation de la totalité de la portion servie
◐ Consommation de plus de 50% de la portion servie
◔ Consommation de moins de 50% de la portion servie
○ La personne n'a rien consommé de la portion servie

***TYPE D'AIDE :**
P = AIDE PARTIELLE (installation, ouverture des conditionnements, couper la viande, stimulation, etc.)
T = AIDE TOTALE (installation et faire manger)

OUTIL 15 • Test MNA (*Mini Nutritional Assessment*)

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

Évaluation de l'état nutritionnel

Répondez au questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points pour obtenir le score de dépistage.

ÉTAPE 1 : DÉPISTAGE		*SCORE*
A **Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou déglutition ?**	Anorexie sévère = 0 Anorexie modérée = 1 Pas d'anorexie = 2	
B **Perte récente de poids (> 3 mois)**	Perte de poids > 3 kg = 0 Ne sait pas = 1 Perte de poids de 1 à 3 kg = 2 Pas de perte de poids = 3	
C **Motricité**	Du lit au fauteuil = 0 Autonome à l'intérieur = 1 Sort du domicile = 2	
D **Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?**	Oui = 0 Non = 2	
E **Problèmes neuropsychologiques**	Démence ou dépression sévère = 0 Démence ou dépression modérée = 1 Pas de problème psychologique = 2	
F1 **Indice de masse corporelle** (IMC = poids / taille^2, en kg/m^2)	IMC < 19 = 0 19 ≤ IMC < 21 = 1 21 ≤ IMC < 23 = 2 IMC ≥ 23 = 3	
Si l'IMC n'est pas disponible, remplacer la question F1 par la question F2. Ne pas répondre à la question F2 si la question F1 a été complétée.		
F2 **Circonférence du mollet (CM) en cm**	CM < 31 = 0 CM ≥ 31 = 3	
De 12 à 14 points : état nutritionnel normal **De 8 à 11 points : risque de malnutrition** **De 0 à 7 points : malnutrition avérée**	**Score de dépistage* :**	**/14**

*Score à reporter en bas du tableau Étape 2 : Évaluation globale (au verso)

➡ Score de dépistage ≥ 12 points :
Normal, pas besoin de continuer l'évaluation

➡ Score de dépistage ≤ 11 points :
Possibilité de malnutrition, continuez l'évaluation

ÉTAPE 2

ÉTAPE 2 : ÉVALUATION GLOBALE		SCORE
G **Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?**	Non = 0 Oui = 1	
H **Prend plus de 3 médicaments**	Oui = 0 Non = 1	
I **Escarres ou plaies cutanées ?**	Oui = 0 Non = 1	
J **Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?**	1 repas = 0 2 repas = 1 3 repas = 2	
K **Consomme-t-il :** **• 1 fois par jour au moins des produits laitiers ?** **• 1 ou 2 fois par semaine des oeufs ou des légumineuses ?** **• Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ?**	0 ou 1 OUI = 0 2 OUI = 0,5 3 OUI = 1	
L **Consomme-t-il 2 fois par jour au moins des fruits et des légumes ?**	Non = 0 Oui = 1	
M **Combien de verres de boisson consomme-t-il par jour ?**	Moins de 3 verres = 0 De 3 à 5 verres = 0,5 Plus de 5 verres = 1	
N **Manière de se nourrir**	Nécessite une assistance = 0 Se nourrit seul avec difficulté = 1 Se nourrit seul sans difficulté = 2	
O **Le patient se considère-t-il bien nourri ? (problèmes nutritionnels)**	Malnutrition sévère = 0 Ne sait pas = 1 Malnutrition modérée = 1 Pas de problème de nutrition = 2	
P **Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?**	Moins bonne = 0 Ne sait pas = 0,5 Aussi bonne = 1 Meilleure = 2	
Q **Circonférence brachiale (CB, en cm)**	CB < 21 = 0 21 ≤ CB < 22 = 0,5 CB ≥ 22 = 1	
R **Circonférence du mollet (CM, en cm)**	CM < 31 = 0 CM ≥ 31 = 1	

Évaluation globale :	**/16**
+ Score de dépistage :	**/14**
= SCORE TOTAL :	**/30**

APPRÉCIATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL

☐ Score total de 17 à 23,5 points : **RISQUE DE MALNUTRITION**

☐ Score total < 17 points : **MAUVAIS ÉTAT NUTRITIONNEL**

OUTIL 16 • Recettes de plats enrichis

Source : programme MobiQual

Lait de poule enrichi

Un bol de lait + 3 cuillerées à soupe de lait en poudre + 2 jaunes d'oeuf.
Parfumez selon le goût de la personne (chocolat en poudre, caramel liquide, café, vanille, cannelle…).

Milk-shake

Mixez ensemble ½ litre de lait, 2 cuillères à soupe de lait en poudre, 1 cuillère à soupe de crème fraîche, 1 boule de glace vanille.
Parfumez selon le goût de la personne (chocolat en poudre, caramel liquide, café, vanille, etc.) ou un fruit (banane, fraise, citron, etc.).
Donnez-le à boire aussitôt, bien frais.

Flan de légumes

400 g de choux-fleur, carottes ou épinards.
Pour le flan : 1/2 de litre de lait, 3 oeufs, 3 cuillères à soupe de lait en poudre, noix de muscade, sel.
Écrasez les légumes cuits en purée, mélangez-les à la préparation pour le flan et versez le tout dans un moule à cake bien beurré.
Faites cuire au four thermostat 5-6 pendant 30 à 40 minutes, de préférence au bain-marie.
Démoulez et servez chaud en tranche.

Crème meunière au citron enrichie

Faites infuser un zeste de citron râpé dans 200 ml de lait sucré (avec 10 g de sucre).
Réalisez une béchamel avec 7 g de beurre, 10 g de farine et le lait parfumé et filtré.
Faites cuire environ 10 minutes.
Hors du feu, ajoutez quelques gouttes de jus de citron et 2 cuillères à soupe de lait en poudre écrémé (20 g).
Servez frais.

Petits suisses à la banane

Mixez deux petits suisses avec une banane, 2 cuillères à soupe de lait en poudre, une cuillère à soupe de crème fraîche, une cuillère à soupe de sucre en poudre.

Mousse à la banane enrichie

Mixez une banane citronnée avec 150 ml de lait, une cuillère à café de sucre, 2 cuillères à soupe de lait en poudre écrémé et une cuillère à soupe de crème fraîche.

Compote de fruits

Prenez 2 biscuits à la cuillère, une 1/2 banane, 2 tranches d'ananas au naturel coupées en dés, une mandarine.
Épluchez et coupez en morceaux les fruits frais.
Émiettez les biscuits et mixez le tout,
Éventuellement, ajoutez du jus d'ananas, selon la texture souhaitée.
Servez très frais.

OUTIL 17 • Exemples de menus pour le régime protéique pulsé

Source : Christian Aussel, Hôpital Émile Roux

Exemple de transposition de menu

	MIDI		*SOIR*	
	Régime normal	*Régime pulsé*	*Régime normal*	*Régime pulsé*
Exemple n° 1	Concombres Rôti de porc Haricots blancs Petit Suisse aromatisé Fruit cru	Sardine 50 g Rôti de Porc 80 g Haricots blancs 200 g Edam 30 g Flan pâtissier (1 portion)	Potage Omelette Courgettes Chavroux Mosaïque	Potage 200 ml Courgettes 200 g Petit Suisse aromatisé Fruit cru
Exemple n° 2	Concombres Échine Lentilles St Bricet Ananas au sirop	Maquereaux 50 g Échine Lentilles Fromage à pâte cuite Crème renversée	Potage Palet fromager Ratatouille Crème renversée	Potage Ratatouille Yaourt Fruit cru
Exemple n° 3	Tomates vinaigrette Sauté d'agneau Flageolets Vache Gros Jean Pomme cuite	Sardines 50 g Sauté d'agneau Flageolets Fromage à pâte cuite, voire dessert lacté	Potage Filet de poisson Carottes persillées Liégeois	Potage Carottes persillées Liégeois Fruit cru
Exemple n° 4	Concombres Rôti de porc Lentilles Port Salut Fruit cru	Œuf dur vinaigrette Rôti de porc Lentilles Port Salut Riz au lait	Potage Omelette au fromage Poêlée de légumes Yaourt aux fruits	Potage Poêlée de légumes Yaourt aux fruits Fruit cru
Exemple n° 5	Carottes râpées Sauté d'agneau Haricots blancs Vache Gros Jean Fruit cru	Cervelas 50 g Sauté d'agneau Haricots blancs Fromage à pâte cuite Gâteau de semoule	Potage Jambon Endives béchamel Gâteau de semoule	Potage Endives béchamel Vache Gros Jean Fruit cru
Exemple n° 6	Poireaux vinaigrette Filet de poisson en sauce Tagliatelles Camembert Fruit cru	Saucisson à l'ail 50 g Tajine d'agneau Semoule Comté Flan pâtissier	Potage Œufs durs Épinards béchamel 2 Petits Suisses aromatisés	Potage Poireaux à la crème Fromage blanc Fruit cru

Exemple de répartition protéique pour une résidente pesant 51 kg

- **Apports recommandés :**
  1 785 calories et 77 g de protides/jour
- **Apports protéiques du déjeuner nécessaires dans le cadre d'un régime pulsé :**
  77 g x 72 % = 56 g

Nota : les apports protéiques pour chaque plat sont indiqués entre parenthèses, en grammes.

Petit-Déjeuner : 8 g

- 3 biscottes (3 g)
- 15 g de beurre (0 g)
- 30 g de confiture (0 g)
- Un bol de café au lait (5 g)
- 3 sucres (0 g)

Déjeuner : 58 g (58 g de protides soit 75 % des A.J.R.)

- 50 g de surimi mayonnaise (8 g)
- 100 g de rôti de veau avec 100 g de sauce enrichie en protéines (25 g)
- 100 g de pommes noisette (3 g)
- 100 g de fromage blanc 20 % (8 g)
- 100 g de fraises avec 100 g de crème anglaise enrichie en protéines (11 g)
- Une tranche de pain de mie (3 g)

Goûter : 2 g

- Un sachet de biscuits (2 g)
- Un verre de jus de fruit (0 g)

Dîner : 10 g

- Potage (2 g)
- 150 g de haricots verts au beurre (3 g)
- Un yaourt (5 g)
- 100 g de compote (0 g)

OUTIL 18 • Exemples de menus transposés en texture mixée et manger-mains

Exemples de transposition d'un menu classique

Source : Martine Perron, en collaboration avec Xavier Chauliac, EHPAD Le Clos du Moulin

Menu standard	*Version « Manger-mains »*	*Version « Mixé »*
• Carottes râpées • Steak- frites • Poire	• Petits flans de carottes • Steak découpé en morceaux et frites • Tartelette aux poires	• Jus de carottes + poudre de lait • Purée de pomme de terre et viande hachée en verrine • Glace à la poire et crème anglaise
• Tomates vinaigrette • Poisson sauce meunière, carottes vapeur • Île flottante	• Tomates cerise farcies au thon • Croquette de poisson et de carottes • Crème anglaise et biscuits à tremper	• Jus de tomates enrichi à la poudre de lait • Mousse de poisson et mousse de carottes • Île flottante
• Avocat sauce cocktail • Rôti d'agneau, gratin dauphinois et haricots • Éclair au chocolat	• Billes d'avocats et crevettes • Cake à l'agneau et pommes Dauphine • Éclair au chocolat découpé en morceaux	• Verrine de purée d'avocat et de crevette • Mousse d'agneau et pomme de terre écrasée • Crème au chocolat et au biscuit écrasé
• Salade de pâtes • Côte de porc, choux-fleur • Crème caramel	• Pâtes farcies aux herbes • Nems au porc et bouquets de choux-fleurs • Crottes au caramel	• Vermicelle aux herbes • Verrine de mousses de porc et de choux-fleurs • Crème caramel

Exemples de transposition des aliments en bouchées de différentes textures

Source : RestAlliance

Plat	*Présentation*	*Texture*
Crudités	Nems	Râpée
Œuf, sardine…	Mini-choux	Rillettes
Charcuterie	Briochette	Mousse
Cuidité	Sucette	Mixé-gélifié
Poisson ou escalope de volaille	Goujonnette	Émincé
Sauté	Boulette	Haché
Rôti	Pain de viande	Mixé
Purée de légumes	Croquette	Purée
Purée de pommes de terre	Gnocchi	Purée
Riz ou pâtes	Boulette	Cuisson poussée
Fromage	Beignet	Beignet
Fruit cru	Aspic	Tartare ou mixé
Fruit cuit	Pâte de fruit	Mixé
Pâtisserie	Mignardise	Entier
Dessert lacté	Flan	Épais

OUTIL 19 • Échelle de Blandford

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

Description des troubles du comportement alimentaire

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

Retrouvez nos guides pratiques
en téléchargement gratuit

Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées
http://agriculture.gouv.fr/Ameliorer-l-offre-en-institution

Guide d'amélioration du service de portage de repas à domicile pour les personnes âgées
http://alimentation.gouv.fr/guides-portage-seniors

Bien manger chez soi ! Des courses à l'assiette : des solutions pour les séniors
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_alimentation_seniors.pdf

et sur le site du Ministère des affaires sociales et de la santé :
http://www.social-sante.gouv.fr/documentation-publications,49/ouvrages-pratiques-chartes,1348/handicap-personnes-agees,1688/

Direction et financement :

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORÊT

Conception, rédaction et mise en page :

bioviva
DÉVELOPPEMENT DURABLE
Bioviva Développement Durable
9 place Chabaneau
34000 MONTPELLIER
Tél. 04 99 02 61 31
infos@bioviva.fr

Crédits photos : MobiQual ; CH Émile Roux ; CH de santé mentale Henri EY ; CH Le Mans ; CH de Montmorillon ; CH Vaugirard - Gabirel Pallez ; Clinique St-Yves ; EHPAD de Châteauneuf-la-Forêt ; EHPAD Le Clos du Moulin ; EHPAD de Guer ; EHPAD Notre-Dame-des-Pins ; Pink Candy, kellykramer - Fotolia ; Doug Cavendish, Simon Child, Nick Holroyd, Laurent Patain et Mateo Zlatar - Noun Project ; Aleksandr Ugorenkov, dinostock, Sergey Minaev, Vladimir Melnik, Hannes Eichinger, Monika 3 Steps Ahead, amlet, Roman Sigaev, Fantasista, Martin Garnham, .shock - Photoxpress ; Uta Kroder, Wiuff, TeeBeeWee, TanjaS, sundesigns, Uta Kroder, Vitasamb2001 et anonymes - Stock.xchng ; Geoffrey Whiteway - StockVault ; Photl.