RÉFLEXION PERSONNELLE : LA PLACE DU DIÉTÉTICIEN EN EHPAD

Fin 2015, la France comptabilisait 7400 EHPAD, offrant 600 380 places d'hébergement aux personnes âgées dépendantes. Aujourd'hui, une personne âgée est généralement accueillie en EHPAD lorsque son état de santé ne permet plus son maintien à domicile. L'enquête EHPA 2015 de la DRESS précise que 25,8 % des résidents entrés en EHPAD au cours de l'année 2015 provenaient d'un service d'hospitalisation. Cette même enquête met en évidence une augmentation de la dépendance des personnes accueillies. La loi du 20/07/2001 relative à l'APA définit la personne âgée dépendante comme étant « une personne âgée de 60 ans ou plus, ayant besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, dont l'état nécessite une surveillance régulière ». La grille AGGIR permet de déterminer le niveau de dépendance d'une personne âgée, le GIR 1 étant le niveau de dépendance le plus élevé. L'enquête EHPA 2011 met en évidence une corrélation entre le nombre de pathologies et le niveau de dépendance. En moyenne, les résidents d'EHPAD sont atteints de 8 pathologies dont 1 pathologie aiguë ou chronique non stabilisée. La dernière enquête de 2015 n'apporte pas d'informations sur ces pathologies mais précise que les personnes âgées sont de plus en plus âgées et plus en plus dépendantes. L'augmentation du nombre de pathologies chez le résident associée à son âge avancé sont autant de facteurs, identifiés par l'HAS et le Docteur Monique Ferry, qui favorisent la dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. (annexe 13-A14).

Alors que tous les EHPAD ne bénéficient pas des services d'un diététicien, je me suis questionnée sur la plus-value que représentait la présence d'un diététicien en EHPAD dans la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée.

1 Prise en charge de la dénutrition

1.1 La dénutrition, qu'est ce que c'est ?

L'état de dénutrition est devenue une préoccupation majeure, surtout depuis les années 2000. En septembre 2003, la dénutrition est définie ainsi par l'ANAES : *« La dénutrition résulte d'un*

déséquilibre entre les apports et les besoins protéino-énergétiques de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires ayant des conséquences fonctionnelles délétères. Il s'agit d'une perte tissulaire involontaire ». Pour compenser le manque d'apports, l'organisme puise dans ses réserves (tissus adipeux et musculaire), ce qui accentue l'altération de l'état général. La dénutrition représente un mauvais pronostic et peut conduire au décès.

En 2007, l'HAS définit les 4 critères de diagnostic de l'état de dénutrition chez la personne âgée de plus de 70 ans (annexe 13-A14). L'un d'eux est un IMC inférieur à 21 kg/m². Si un faible IMC semble être associé à un état de santé fragile ou de dénutrition, cette représentation est tout autre pour un patient en surpoids ou obèse. Au cours d'un stage, j'ai vu une aide-soignante mécontente que des CNO soient administrés à un patient en surpoids *« Il est assez gros comme çà, il n'en a pas besoin. Ce n'est pas vous qui le portez ».* Bien que la diététicienne en poste ou moi ayons rappelé que les CNO sont des médicaments, qu'une prescription médicale ne se discute pas et qu'un patient obèse peut être dénutri, les a priori sont difficiles à faire changer. Je me questionne sur les conséquences pour ce patient : ne va-t-il pas spontanément diminuer ses apports si du personnel soignant lui fait comprendre qu'il est « trop gros » ? Quelle image ce patient âgé aura-t-il de lui même ? J'ai entendu également d'autres préjugés, et ce plus fréquemment, provenant à la fois du personnel, des patients ou de leur famille sur le rapport entre la quantité consommée et l'âge : *« C'est normal qu'il mange moins à son âge. ».*

Je déduis de ces observations que même si le terme de dénutrition est connu, l'interprétation et la représentation de cet état sont variables selon les personnes.

1.2 Les moyens actuels dans la prise en charge de la dénutrition.

Au fil des années, différents moyens permettent de prévenir ou lutter contre la dénutrition.

→ **Les différentes recommandations et outils**

Depuis le premier PNNS en 2001, des objectifs ont à chaque fois été fixés sur la prise en charge de la dénutrition. L'actuel PNNS recommande un dépistage systématique de la dénutrition à l'entrée du résident. Parallèlement, la loi 2002-2 portant rénovation de l'action sociale a développé la démarche

qualité dans les établissements. Des critères d'amélioration dans différents domaines dont l'alimentation donnent des repères aux établissements. Ces mêmes institutions peuvent s'appuyer sur les recommandations du GEMRCN qui détermine les quantités, qualités et fréquences des plats à proposer, prévenant ainsi le risque de dénutrition. Pour autant, alors que des contrôles d'hygiène peuvent avoir lieu en restauration collective, il n'est pas prévu de contrôle des quantités servies. D'autres recueils sont à disposition des établissements apportant plus ou moins de recommandations en matière de nutrition-alimentation.

→ **Les personnels impliqués dans la prise en charge de la dénutrition**

Chaque EHPAD bénéficie de la présence d'un médecin coordonnateur spécialisé dans la gériatrie et d'un cadre de santé ou infirmière coordinatrice, qui jouent un rôle dans la prise en charge de la dénutrition, aux côtés du médecin traitant du patient. Les infirmiers et aide soignants sont également impliqués dans la prévention de la dénutrition par les pesées mensuelles et la surveillance des consommations alimentaires.

Les cuisiniers sont aussi de plus en plus concernés et impliqués dans la lutte contre la dénutrition. Lors des stages, je me suis aperçue qu'il leur était demandé d'enrichir certains repas. En effet, un budget de 2€32 par jour et par résident est accordé aux institutions à travers la dotation soins pour l'achat de CNO. Pour répondre à cette demande, les entreprises alimentaires proposent des gammes de produits enrichis ou destinés à l'enrichissement des repas et les organismes de formation mettent en place des formations spécifiques. Jean-Louis M., chef cuisinier en EHPAD, confiait à EHPAD'Mag[1] qu'il était difficile d'enrichir les repas et de réaliser les régimes alimentaires prescrits. Pour y parvenir, il s'appuyait sur différents sites internet. Or nous le savons bien, les informations relevées sur le net peuvent être erronées, inexactes. Bien que les médecins coordonnateurs et le cadre de santé puissent apporter des réponses sur les régimes, il paraît bien difficile de concevoir que ces professionnels interviennent en cuisine pour y donner des conseils alimentaires.

1 https://ehpad-magazine.com/les-cuisiniers-partenaires-incontournables-pour-relever-le-defi-nutritionnel/

Plus récemment, une certification de référent nutrition a été créée à destination du personnel intervenant auprès des personnes âgées pour repérer les risques de dénutrition et créer une dynamique institutionnelle.

2 Plus spécifiquement : la place du diététicien EHPAD

2.1 Données générales

Le Conseil National de l'Alimentation (CNA) préconisait dans son rapport n°53 du 15 décembre 2005, que : *« chaque EHPAD s'attache les services d'un(e) diététicien(ne) formé(e) à la nutrition des personnes âgées, pendant au moins une demi-journée par semaine ».* Cette préconisation est également rappelée dans le guide des bonnes pratiques de soins en EHPAD publié en 2007.

J'ai d'abord souhaité connaître le nombre de diététiciens travaillant en EHPAD. A partir des enquêtes EHPA 2011 et 2015 de la DRESS, j'ai retenu les éléments suivants :

	Enquête 2011	**Enquête 2015**
Nombres d'EHPAD	7 752	7 400
Nombres de lits	592 910	600 378
Nombre de diététiciens	781	837
ETP de diététiciens	286	266,8
Taux d'encadrement pour 100 lits	0,048	0,044

Les chiffres montrent une évolution dans l'hébergement des personnes âgées. Le nombre d'EHPAD diminue, certainement en raison d'un regroupement des EHPAD, alors que le nombre de lits augmente. Cette augmentation résulte d'une part d'une transformation des EHPA et foyers logements en EHPAD et d'autre part d'une création de lits pour répondre à la demande d'accueil de personne âgées de plus en plus dépendantes. Le nombre de diététiciens augmente. Mais en calculant le temps de présence pour 100 lits, je constate qu'il y a une légère diminution du temps de diététicien, alors même qu'il y a une augmentation de la dépendance dans les EHPAD.

2.2 Enquête locale

J'ai envoyé un questionnaire d'enquête à 257 EHPAD de 4 départements de la région Grand Est (Meuse, Meurthe et Moselle, Moselle et Vosges) afin de connaître leur avis sur la place du diététicien en EHPAD. Ce questionnaire, diffusé par mail, était complété en ligne (annexe 27-A28). La brièveté du questionnaire visait à obtenir le maximum de réponses. Malgré cela, je n'ai obtenu que 38 réponses ; celles-ci sont néanmoins exploitables, car elles se rejoignent.

Comme le montrent les données ci dessous, il n'y a pas de corrélation entre le nombre de lits et la présence ou non d'un diététicien.

Nombre de lits	**jusqu'à 49**	**De 50 à 99**	**De 100 à 149**	**Plus de 150**
Absence de diététicien	1	6	6	1
Présence de diététicien		14	7	3
Durée d'intervention hebdomadaire du diététicien		4,7 h	9 h	19 h

Néanmoins, plus le nombre de lits est élevé et plus le temps d'intervention du diététicien est important.

Dans le tableau ci dessous figure les raisons pour lesquelles aucun diététicien n'intervient dans les établissements :

Nombre de lits **Justification de l'absence de diététicien**	**Total (/12 réponses)**	**jusqu'à 49 lits**	**De 50 à 99 lits**	**De 100 à 149**	**Plus de 150**
Non envisagé	5/12		4	3 (1 établissement explique avoir besoin en priorité d'aide soignant)	
Coût trop important	4/12		1	2	1
Autres : - pas dans l'effectif autorisé - 1 diététicien intervient via la centrale d'achat	3/12	1	1		1
Durée d'intervention hebdomadaire du diététicien souhaitée		10h	5 h	9h	21,5h

Je constate une cohérence entre le nombre d'heures souhaité par les établissements ne disposant pas

de diététiciens et le temps de présence de diététiciens dans les EHPAD cités précédemment. Un autre élément important est le choix des établissements : un établissement exprime clairement le besoin en aide-soignant plutôt qu'en diététicien. Deux autres établissements fournissent une explication similaire en précisant qu'un temps d'intervention de diététicien n'est pas prévu ou accordé dans le cadre de la convention tripartite.

2.3 Le coût d'intervention du diététicien

Alors que le diététicien est un personnel paramédical, « professionnel de santé »[2], le financement du poste de diététicien est pris sur le budget hébergement des EHPAD. Lors des conventions tripartites définies entre l'ARS, le conseil départemental et l'EHPAD, les moyens humains et financiers sont discutés en veillant à respecter un prix de journée acceptable pour le résident. Il faut savoir en effet que le budget hébergement est assuré par le loyer versé par les résidents. Lorsque leurs ressources sont insuffisantes, le conseil départemental peut prendre en charge ces coûts au titre de l'aide sociale. L'emploi d'un diététicien coûte au résident et/ou à sa famille et au conseil départemental.

Mme B du Conseil Départemental du Gers - département ayant fait le choix dès 2002 d'accorder dans chaque EHPAD 0,1 ETP de diététicien - m'a fourni des éléments sur le coût du diététicien. A raison de 0,1 ETP (pour répondre aux préconisations du CNA de décembre 2005), un diététicien avec une ancienneté et un salaire moyen annuel de 33 000€ brut coûterait au résident d'un établissement de 80 lits 0,11€ par jour.

3 Les missions du diététicien en EHPAD

A partir des données du tableau qui figure ci-après, on note une cohérence entre les missions accordées aux diététiciens en poste et les missions que les directeurs d'établissements confieraient au diététicien. Ces données sont également rappelées dans le diagramme 1 à l'annexe 28-A29

2 Communiqué de presse AFDN, 13 mars 2013 : Diététicien un métier au coeur des enjeux de santé

Missions	Établissements disposant d'un temps de diététicien	Établissements ne disposant pas de temps de diététicien
Élaboration et validation des menus	22	12
Prise en charge nutritionnelle des résidents	16	6
Formation du personnel des services de soins	10	9
Formation des cuisiniers	4	4
Élaboration de recettes adaptées aux pathologies	7	8
Veille du respect des règles d'hygiène en restauration collective	6	5
Autres - participation au projet de vie individualisé du résident - animation, atelier culinaire - gestion des CNO - participation aux commissions de menus	 1 1 2 1	 1 1

3.1 Élaboration, validation des menus et surveillance des rythmes alimentaires

Une alimentation équilibrée et adaptée à la population âgée apparaît comme la première préoccupation des chefs d'établissements. L'enquête UFC-Que Choisir de mars 2015, confortée par d'autres enquêtes[3] pointait notamment une mauvaise qualité nutritionnelle des repas servis en EHPAD et une absence de contrôle par les autorités de tutelle. L'association met également en avant d'autres facteurs de risques de survenue de la dénutrition, qui sont : les heures, les temps et les lieux de prise des repas. Cette enquête réalisée auprès des résidents ne mentionne pas si un diététicien est salarié de l'établissement. En effet, j'imagine qu'un diététicien salarié en EHPAD, professionnel de la nutrition, aurait à coeur d'organiser, d'améliorer la fonction restauration en prenant en compte les contraintes organisationnelles de l'établissement et en essayant de trouver avec les équipes des adaptations possibles.

3.2 Surveillance de l'état nutritionnel des résidents

Une autre observation de l'enquête UFC-Que Choisir est un manquement dans le suivi nutritionnel

3 Enquête ARS Poitou-Charente (page 6 de l'enquête UFC-Que Choisir)

des résidents, notamment par des pesées irrégulières. Une diététicienne intervenant en EHPAD m'a également confié avoir déjà rappelé aux équipes de soins l'obligation de la pesée mensuelle. En effet, la perte de poids est un critère de diagnostic de la dénutrition. Outre la prévention des complications, le suivi de la dénutrition et les actions apportées sont contrôlés lors de la réalisation de la coupe Pathos et permettent d'apporter des moyens financiers supplémentaires à l'établissement. Le suivi de l'état nutritionnel des résidents en prévision de la réalisation de la coupe Pathos a été une des raisons de l'embauche en CDI d'une diététicienne dans un EHPAD de 280 lits. Je n'ai pas su quelle plus-value financière son travail a apporté à l'établissement, mais même si le suivi nutritionnel était jusqu'alors confié au médecin coordonnateur et au cadre de santé, ces deux professionnelles reconnaissaient qu'il leur manquait du temps et d'une expertise, notamment sur les enrichissement alimentaires.

3.3 Élaboration de recettes

Toutes les diététiciennes intervenant en EHPAD que j'ai rencontrées pour la préparation de ce sujet, avaient au moins réalisé une fiche technique de préparation enrichie. Une infirmière coordinatrice m'a confié ne pas commander de CNO mais utiliser les produits enrichis « maison » élaborés à partir des fiches techniques de la diététicienne. L'EHPAD Notre Dame de P. est notamment connu par la réalisation de bouchées enrichies remplaçant les CNO et luttant contre la dénutrition. Les données liées à la dénutrition font état de :

- 50 % des résidents dénutris en 2007
- 30 % des résident dénutris après des formations, sensibilisation du personnel et mise en place d'un plan alimentaire
- 10 à 12 % des résidents dénutris en 2010, suite à la mise en place de bouchées enrichies
- en 2013, une amélioration de l'état cutané : absence d'escarres pendant l'hébergement et bonne cicatrisation des escarres présents chez les résidents à leur arrivée
- 6 % de résidents dénutris en 2015 et diminution des CNO et des prises médicamenteuses.

Le succès de ces actions résident dans la mise en place d'un projet collectif. L'action du diététicien

s'inscrit dans une équipe pluridisciplinaire.

3.4 Gestion des CNO

Deux établissements ont précisé que la gestion des CNO était une des missions du diététicien intervenant. Lors de mes rencontres professionnelles, j'ai constaté que les appels d'offre et/ou les commandes de CNO étaient totalement ou en partie réalisés par les diététiciennes. Une diététicienne intervenant en EHPAD m'a expliqué son rôle de présentation des CNO aux médecins traitants afin que ceux ci prescrivent le produit le plus adapté. La mission du diététicien peut aller au-delà, en veillant à une bonne observance de l'administration des CNO. Lors de mes stages, j'ai constaté que des CNO pouvaient être administrés ou modifiés sans prescription médicale.

3.5 Formation du personnel

Un rôle non négligeable de la diététicienne est la formation des salariés, qui peut porter à la fois sur la restauration collective (hygiène, équilibre alimentaire) et sur l'alimentation des publics en lien ou non avec certaines pathologies. Je me suis intéressée au coût représenté par les formations proposées par les organismes de formation et dispensées par des diététiciens. Une formation inter-établissements est proposée généralement à un prix de 250€ par jour et par stagiaire, alors qu'une forme intra-établissement est proposée à un prix moins élevé, mais peut atteindre un coût par session de 1500€. Il est difficile de comparer le coût d'une formation avec le salaire journalier du diététicien qui pourrait dispenser une formation dans son établissement, en termes de budget, de dynamique et de droit à la formation. Néanmoins, dans le cas de l'EHPAD Notre Dame de P., la formation de l'ensemble des salariés ainsi que la dynamique collective qui s'en est suivie a permis de diminuer de 50 à 30 % le nombre de résidents dénutris.

4 L'information auprès des directeurs des EHPAD

La dénutrition est un état de santé dont les conséquences sont lourdes en terme de coût et de conditions de vie pour le patient. Lors de cette réflexion, j'ai souhaité montrer l'importance du diététicien en EHPAD dans la prise en charge de la dénutrition. Elle peut être menée de différentes

façons. L'enquête que j'ai mené a montré que la grande majorité des responsables d'établissements estiment qu'il est intéressant (11/38) ou nécessaire (24/38) qu'un diététicien intervienne en EHPAD (diagramme 2, annexe 28-A29).

J'ai établi un dépliant à destination des directeurs d'EHPAD sur la profession de diététicien et ses missions (annexe 29-A30)

Lors de cette courte étude, je n'ai pas abordé la représentation des résidents sur la place du diététicien. Je me demande si un résident acceptera davantage une alimentation adaptée ou une prescription de CNO si c'est un diététicien, c'est à dire un professionnel de la nutrition qui la lui explique, plutôt qu'un autre professionnel paramédical ou médical. Un autre point que je n'ai pas abordé est l'état nutritionnel des usagers accueillis dans les accueils de jour en EHPAD. En effet, les personnels travaillant dans ces services m'ont expliqué qu'ils suspectaient que le déjeuner pris à l'EHPAD représente le seul repas de la journée pour certaines personnes âgées, seules et désorientées. L'intitulé du recueil « Dénutrition, une pathologie méconnue en société d'abondance » prend ici tout son sens.