



**HAL**  
open science

# Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels en Picardie

Laure Richard

► **To cite this version:**

Laure Richard. Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels en Picardie. Santé publique et épidémiologie. 2011. hal-01877875

**HAL Id: hal-01877875**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01877875v1>**

Submitted on 20 Sep 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

## Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2010-2011

### Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels en Picardie

La dénutrition de la personne âgée en amont et en aval de la prise en charge  
sanitaire et médico-sociale,  
et les troubles nutritionnels au sein des établissements de santé et médico-  
sociaux.

Soutenu en septembre 2011

Mademoiselle Laure RICHARD

Maître de stage :

Madame Chantal LEDOUX

Guidant universitaire :

Monsieur Denis POTRON



## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ARS de Picardie de m'avoir permis de réaliser ce stage au sein de la sous-direction promotion et prévention de la santé, correspondant à mes attentes professionnelles. Je remercie en particulier Mmes Marie-Hélène BIDAUD et Chantal LEDOUX pour l'intérêt porté à ma candidature, et pour les missions confiées durant ce stage.

Je remercie encore Mme Chantal LEDOUX pour le suivi apporté durant mes 5 mois de stage.

Un grand merci à Amandine DEJANCOURT et Henriette NOEL pour leur accueil au sein de l'équipe mais aussi leur collaboration, leurs encadrements, leurs conseils pertinents et leur confiance tout au long de mes missions.

Merci à toute l'équipe de la délégation territoriale de la Somme pour leur agréable accueil tout au long de ces cinq mois au sein des locaux, et leur coopération durant le projet. Merci également à l'équipe du service Observations, Statistiques et Analyse pour l'aide méthodologique apportée pour la réalisation de ma mission.

Je remercie également M. Denis POTRON, guidant universitaire qui a pu répondre à mes interrogations quant à ce stage.

Enfin, je remercie tous les acteurs qui ont collaboré dans la mise en œuvre de mes missions, mais également tous ceux qui s'investiront dans la poursuite et la réussite de ces projets.



## Sigles et Abréviations

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource
ALD	Affections de Longue Durée
ANPS	Association Nationale pour la Protection de la Santé
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CC	Communauté de Communes
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CLAN	Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNA	Conseil National de l'Alimentation
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPN	Comité Picardie Nutrition
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRESGE	Centre de Recherches Économiques Sociologiques et de Gestion
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRESS	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMS	Établissement Médico-Social
EPCI	Établissement Public de Coopération Intercommunale
EPICURE	Réseau de prévention et nutrition
ES	Établissement de Santé
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
GEODE	GEriatrie Omois DENutrition (réseau)
GIR	Groupe Iso-Ressource
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
Inter-CLAN	CLAN inter-établissement
LINUT	Limousin Nutrition (réseau)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONCOPIC	Réseau régional de cancérologie en Picardie
OO	Objectif Opérationnel
OR2S	Observatoire de la Santé et du Social de Picardie
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PALPI80	Réseau de Soins Palliatifs de la Somme
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PPS	Service Prévention et Promotion de la Santé (au sein de l'ARS de Picardie).
PRSP	Programme Régional de Santé Publique
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
SRP	Schéma Régional de Prévention
TS	Territoire de Santé
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
UTN	Unité Transversale de Nutrition
VS	Versus





# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>11</b>
<b>1 –Contexte</b>	<b>13</b>
1.1 –La dénutrition de la personne âgée	13
1.1.1 –Éléments démographiques	13
1.1.2 –Épidémiologie de la dénutrition de la personne âgée	13
1.1.2.1 –Définition de la dénutrition	13
1.1.2.2 –Définition de la personne âgée	14
1.1.2.3 –Épidémiologie de la dénutrition	14
1.1.3 –Recommandations liées à la dénutrition	14
1.2 –Les troubles nutritionnels en établissements de santé et médico-sociaux	15
1.2.1 –Épidémiologie des troubles nutritionnels en établissements de santé et médico-sociaux	15
1.2.2 –Recommandations nationales liées à la nutrition en établissements de santé et médico-sociaux	16
1.2.3 –État des lieux au sein des établissements de santé et médico-sociaux	17
1.3 –Implication de l'Agence Régionale de Santé de Picardie au sein de ces problématiques liées à la nutrition	18
1.3.1 –L'Agence Régionale de Santé de Picardie	18
1.3.2 –Service Prévention et Promotion de la Santé (PPS)	18
1.3.3 –Rôle de l'ARS au sein de la problématique liée à la prévalence des troubles nutritionnels	19
1.4 –Missions du stage	19
1.4.1 –Problématique et objectifs	19
1.4.2 –Plan d'actions	20
<b>2 –Partie 1 : Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées</b>	<b>23</b>
2.1 –Méthodes	23
2.1.1 –Conduite de la mission	23
2.1.2 –Organisation du projet	23
2.1.2.1 –Prospection de l'existant	23
2.1.2.2 –Réalisation d'une étude de faisabilité	24
2.1.2.2.1 –Analyse de la triade «besoins – demandes – réponses»	24
2.1.2.2.2 –Ressources disponibles et envisageables au sein des territoires prioritaires sur le TS Somme	25
2.1.2.2.3 –Détermination de scenarii	25
2.1.2.3 –Choix du territoire de proximité pour le développement du réseau	25
2.1.2.4 –Initialisation du projet sur le territoire retenu	26
2.2 –Résultats	26
2.2.1 –Prospection de l'existant	26
2.2.1.1 –Recherches préliminaires	26
2.2.1.2 –Dispositifs existants	26
2.2.2 –Réalisation de l'étude de faisabilité	28
2.2.2.1 –Triade « Besoins – Demandes – Réponses »	28
2.2.2.1.1 –Besoins : un taux de prévalence de la dénutrition toujours alarmant	28
2.2.2.1.2 –Demandes : faible perception de l'état de dénutrition	28
2.2.2.1.3 –Réponses	29

2.2.2.1.4 –Conclusion triade « Besoins – Demandes – Réponses »	30
2.2.2.2 –Étude des ressources disponibles et envisageables	31
2.2.2.2.1 –Définition des critères	31
2.2.2.2.2 –Ressources	32
2.2.2.2.3 –Exploitation des données	32
2.2.2.2.4 –Proposition de scenarii en regard des données exploitées	34
2.2.3 –Choix du territoire de proximité pour le développement du réseau	36
2.2.4 –Financement du projet	37
2.2.5 –Initialisation du projet sur le territoire retenu et principaux axes de fonctionnement	37
2.3 –Discussion	38
2.3.1 –Réalisation de la mission	38
2.3.1.1 –Prospection de l'existant	38
2.3.1.2 –Étude de faisabilité	38
2.3.1.3 –Initialisation du projet	40
2.3.2 –Conduite de la mission	40
2.3.3 –Réponse aux objectifs de la mission et perspectives du projet	40
<b>3 –Partie 2 : Améliorer la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux</b>	<b>43</b>
3.1 –Méthodes	43
3.1.1 –Conduite de la mission	43
3.1.2 –Organisation de l'enquête	43
3.1.2.1 –Population de l'enquête	43
3.1.2.2 –Recueil des données	44
3.1.2.2.1 –Élaboration d'un questionnaire	44
3.1.2.2.2 –Déroulement de l'enquête	45
3.1.2.3 –Traitement des données	45
3.1.3 –Proposition d'axes d'amélioration	45
3.2 –Résultats	46
3.2.1 –Élaboration du questionnaire	46
3.2.2 –Déroulement de l'enquête	46
3.2.3 –Traitement des données	47
3.2.4 –Population de l'enquête/ Taux de réponse	47
3.2.5 –État des lieux des CLAN et UTN	48
3.2.5.1 –Effectifs des CLAN et inter-CLAN	48
3.2.5.2 –Fonctionnement du CLAN	48
3.2.5.3 –Projet de CLAN	49
3.2.5.4 –Unités Transversales de Nutrition	50
3.2.6 –Éléments relatés à la mise en place et au fonctionnement d'un CLAN	50
3.2.6.1 –Présence d'un diététicien	50
3.2.6.2 –Activité de restauration	51
3.2.6.3 –Prise en compte des attentes des usagers au niveau de la restauration	51
3.2.6.4 –Considération de la nutrition	52
3.2.6.5 –Dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels	52
3.2.6.5.1 –Connaissance de la prévalence des troubles nutritionnels au sein de	

l'établissement	52
3.2.6.5.2 –Dépistage des troubles nutritionnels	53
3.2.6.5.3 –Prise en charge et suivi des troubles nutritionnels	55
3.2.6.6 –Formation du personnel	56
3.2.6.7 –Mutualisation intra et inter-établissements	58
3.2.7 –Proposition d'actions d'amélioration	58
3.3 –Discussion	59
3.3.1 –Organisation de l'enquête	59
3.3.1.1 –Élaboration du questionnaire	59
3.3.1.2 –Déroulement de l'enquête	59
3.3.1.3 –Traitement des données	60
3.3.2 –Discussion des résultats de l'enquête	60
3.3.2.1 –Participation à l'enquête	60
3.3.2.2 –État des lieux des CLAN et UTN	60
3.3.2.3 –Présence d'un diététicien	61
3.3.2.4 –Activité de restauration	61
3.3.2.5 –Prise en compte des attentes des usages au niveau de la restauration	62
3.3.2.6 –Nutrition	62
3.3.2.7 –Formation du personnel	63
3.3.2.8 –Mutualisation intra et inter-établissements	64
3.3.3 –Mise en place d'axes d'amélioration	64
3.3.4 –Conduite de la mission	66
3.3.5 –Réponse aux objectifs de la mission et perspectives du projet	66
<b>4 –Conclusion</b>	<b>67</b>
<b>Annexe I : Circulaire DHOS/E1 n°2002-186 du 29 mars relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé</b>	<b>I</b>
<b>Annexe II : Les territoires de Santé HPST arrêtés par l'ARS de Picardie</b>	<b>III</b>
<b>Annexe III : Organigramme de l'ars de Picardie et situation de la sous direction promotion et prévention de la santé</b>	<b>IV</b>
<b>Annexe IV : Rétro-planning objectif stratégique 1</b>	<b>V</b>
<b>Annexe V : Situation géographique des trois communautés de communes étudiées, sur le département de la somme.</b>	<b>VI</b>
<b>Annexe VI : Rétro-planning objectif stratégique 2</b>	<b>VII</b>
<b>Annexe VII : Questionnaire de l'enquête</b>	<b>9</b>
<b>Annexe VIII : courrier de la direction de la protection et de la promotion de la sante accompagnant l'enquête.</b>	<b>XIII</b>
<b>Annexe IX : Grille d'analyse des variables</b>	<b>XV</b>
<b>Annexe X : Cartographies des clan en Picardie, évolution entre les années 2004, 2008 et 2011.</b>	<b>XIX</b>
<b>Annexe XI : Propositions d'actions d'amélioration de la politique nutritionnelle sous forme d'arbre à objectif</b>	<b>XXI</b>



## INTRODUCTION

L'évolution de la structure nutritionnelle dans les pays industrialisés au cours des dernières décennies a permis de réduire significativement la prévalence des pathologies nutritionnelles carencielles, et a contribué à l'augmentation de l'espérance de vie (1). Cependant, cette évolution a également favorisé l'augmentation de pathologies multifactorielles chroniques et de maladies dégénératives (1, 2). Le déséquilibre nutritionnel représente aujourd'hui un des principaux facteurs de risque de développer certaines maladies chroniques ; et au contraire l'équilibre nutritionnel peut améliorer la qualité de vie de la population (3).

Depuis 2001, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) émet des objectifs nutritionnels dans le but « *d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition* » (4). Déjà dans le PNNS 1 mis en œuvre sur la période 2001–2005, le deuxième axe était consacré à la prévention, au dépistage et à la prise en charge des troubles nutritionnels dans les systèmes de soins. Le second PNNS (2006–2010) appuyait de nouveau l'importance de ce dépistage et de cette prise en charge dans son deuxième plan d'action intitulé « *Dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels* »(5).

Malgré l'intérêt porté à la prise en charge de la dénutrition depuis la mise en place du PNNS, sa prévalence reste aujourd'hui alarmante au sein de la population âgée. Elle est estimée de 4 à 10 % à domicile, 15 à 38 % en institution et 30 à 70 % en milieu hospitalier (6, 7). Les conséquences de la dénutrition étant particulièrement délétères chez la personne âgée, il semble indispensable d'en renforcer la prévention afin d'en réduire la prévalence.

D'autre part, le professeur Guy Grand soulignait dès 1997, les problèmes nutritionnels des patients hospitalisés (8). Depuis, les recommandations et la politique nutritionnelle ont évolué au sein des établissements de santé. Aujourd'hui, la place de l'alimentation et de la nutrition dans les établissements de santé et médico-sociaux reste toujours déterminante et la mise en place d'une politique nutritionnelle optimale y prend une place de plus en plus importante.

Ainsi, la nutrition se doit d'occuper une place importante aussi bien à domicile qu'au sein des établissements de santé et médico-sociaux. Ma présence au sein de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Picardie a permis de soutenir la problématique suivante : Comment améliorer le repérage, la prévention et la prise en charge des troubles nutritionnels tant à domicile, qu'en établissements de santé et médico-sociaux sur la région Picardie ? Mon travail s'oriente ainsi autour de deux missions relatives au repérage, à la prévention et à la prise en charge des troubles nutritionnels. L'ARS de Picardie m'a sollicité d'une part afin d'initier la mise en place d'un réseau pour le repérage, la prévention et la prise en charge des troubles nutritionnels de la personne âgée sur un territoire prioritaire, et d'autre part afin de proposer des actions d'amélioration relatives à la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux de la région Picardie.



## Contexte

### 1 - Contexte

#### 1.1 - La dénutrition de la personne âgée

##### 1.1.1 - Éléments démographiques

Au 1er janvier 2011, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 17% de la population française (10,7 millions de personnes) (9). Les pyramides des âges représentées sur la figure 1 permettent de mettre en évidence l'évolution sensible de la proportion de la population âgée entre les années 1991 et 2010 (9). Du fait de l'allongement de l'espérance de vie, mais aussi de la diminution de la natalité, il est estimé que la population âgée de plus de 60 ans représentera 27% de la population française d'ici à 2020 (10).

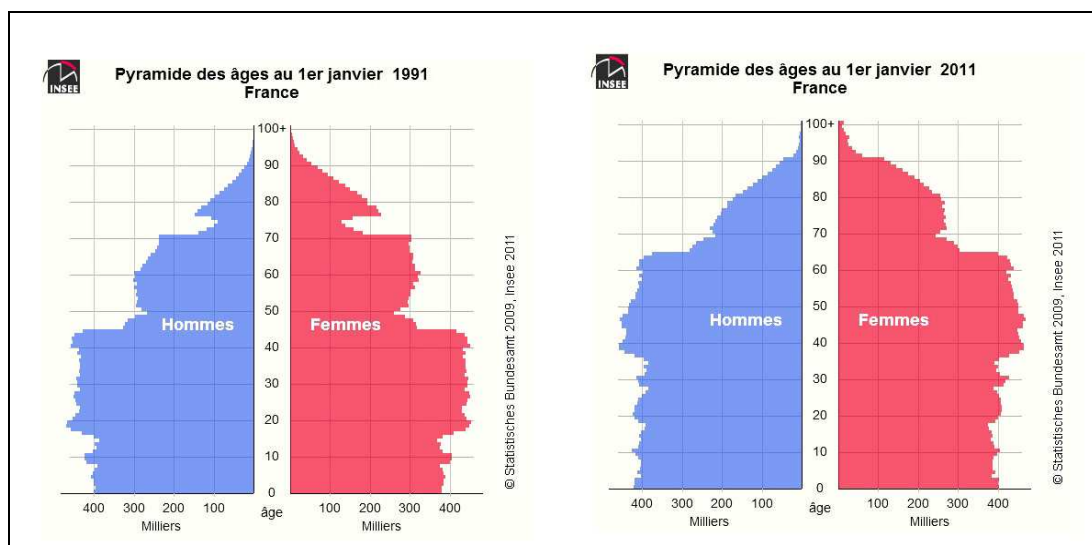


Figure 1: Pyramides des âges en 1991 et en 2011 en France, données INSEE 2011 (9).

Atteindre la vieillesse de nos jours ne représente plus un privilège, il semble donc important de favoriser un état de santé satisfaisant pour la population âgée. Les maladies dégénératives et les maladies chroniques occasionnent un phénomène de dépendance gênant une vieillesse paisible (6). Il est ainsi important de mettre l'accent sur le rôle de la prévention dans le but de permettre à toutes les personnes de vivre le plus longtemps possible en bonne santé.

##### 1.1.2 - Épidémiologie de la dénutrition de la personne âgée

###### 1.1.2.1 - Définition de la dénutrition

La dénutrition est liée à un déséquilibre entre les apports nutritionnels et les réserves énergétiques. Elle est ainsi parfois appelée dans une forme particulière, malnutrition protéino-énergétique (6). Il s'agit d'un état de santé associant une perte de poids, une diminution de la masse corporelle et/ou une diminution de la masse musculaire. Chez la personne âgée, cet état s'évalue entre autres par un Indice de Masse Corporelle (IMC) inférieur à 21 (Tableau I). Mais une personne présentant un IMC supérieur à 21 n'est pas exclue de cet état dans le sens où elle peut présenter une corpulence importante malgré une masse musculaire très faible. L'état de

dénutrition produit un fort retentissement sur l'autonomie fonctionnelle de la personne et sur la survenue de conséquences pathologiques (6).

Tableau I: Critères de diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée, selon la HAS, 2007.

	Perte de poids	IMC*
Dénutrition	≥ 5% du poids en 1 mois ou à 10% en 6 mois.	≤ 21
Dénutrition sévère	≥ 10% du poids en 1 mois ou à 15% en 6 mois.	< 18

\* calcul de l'Indice de Masse Corporelle :  $IMC = \text{poids (Kg)} / \text{Taille}^2 \text{ (m)}$

### 1.1.2.2 - Définition de la personne âgée

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la personne âgée à partir de 60 ans (11). C'est aussi l'âge retenu en France pour certaines prestations concernant la population âgée. Selon les Drs Ferry et Alix, le seuil habituel pour parler de personnes âgées est de 70 ans (6). Le PNNS émet des mesures préventives dès l'âge de 50 ans (12). La considération de la population âgée par les différents acteurs s'appuie ainsi sur des classes d'âges très variables. Dans ce rapport, lorsque l'âge n'est pas précisé, il sera considéré tel que défini par l'OMS.

### 1.1.2.3 - Épidémiologie de la dénutrition

Dans les années 90, l'étude épidémiologique Euronut-Senecat (1991) (13, 14), ainsi que l'étude américaine NHANES I (1994) mettent en évidence des taux de prévalence alarmants en ce qui concerne la dénutrition des personnes âgées : environ 3% des personnes âgées de 70 à 80 ans, visiblement en bonne santé, et vivant à domicile, seraient dénutries, et 10% de celles âgées de plus de 80 ans (14). Selon ces études, le taux de prévalence atteint 15 à 38% dans les établissements accueillant des personnes âgées et 50 à 60% dans les établissements de santé (14). En 2008, l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de Haute-Normandie met en évidence suite à une enquête réalisée auprès des personnes âgées de 70 ans et plus vivants à domicile, un taux de prévalence de la dénutrition de 7,1% (15). De plus, les personnes présentant un risque de dénutrition y représente 23% (15).

Selon une étude épidémiologique réalisée en 2006 au sein des établissements de santé du Finistère, la prévalence de la dénutrition chez les patients âgés de plus de 90 ans atteint 71% (16). Les données sont variables, et il est généralement constaté une dénutrition chez environ un patient âgé sur deux admis en court séjour hospitalier (6) En institution gériatrique, la prévalence varie de 16 à 60 % selon le type d'établissement (6).

Ces nombreuses études témoignent du taux de prévalence alarmant de la dénutrition des personnes âgées, augmentant avec l'âge, et définissant ce problème comme une priorité de santé publique.

### 1.1.3 - Recommandations liées à la dénutrition

Le deuxième PNNS (2006–2010) appuie l'importance de la nutrition pour la prévention de la dépendance en lien avec l'apparition de certaines pathologies. Il met en avant deux axes



## Contexte

concernant le dépistage et la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée au sein de son plan d'action n°2 dédié au dépistage et à la prise en charge des troubles nutritionnels (5) :

- « *Mettre en place un repérage efficace de la dénutrition et de son risque, à domicile comme en établissement de santé ou médico-social.* »
- « *Assurer une prise en charge efficace de la dénutrition au sein des établissements de santé et médico-sociaux* »

Dans le cadre de la mise en cohérence du PNNS 2 avec la politique régionale de santé, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de Picardie, ont mis en place en décembre 2003, un Comité Picardie Nutrition (CPN), au sein duquel différents groupes de travail se sont constitués. L'un d'eux porte sur « *l'alimentation à l'hôpital, et la nutrition et dénutrition des personnes vieillissantes* » (17). A ce titre, le deuxième Programme Régional de Santé Publique (PRSP) de Picardie (2006–2009) inscrit la nutrition comme un déterminant de santé, et « *l'amélioration de la prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées* » constitue un de ses objectifs (18).

Suite à l'évaluation du PNNS 2 en 2010, la dénutrition des personnes âgées reste placée comme thème prioritaire pour le 3<sup>ème</sup> PNNS prévu sur la période 2011–2015 (19). Des recommandations relatives à cette problématique sont formulées ; elles concernent le renforcement de la connaissance sur la dénutrition chez la personne âgée (recommandation n°56), et l'identification d'un programme spécifique à « *la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées, à domicile et en établissement* » (recommandation n°57) (19). Le PNNS 3 met ainsi l'accent sur l'importance de la prise en charge des problèmes nutritionnels des personnes âgées (proposition n°28) et propose d'agir au niveau de la formation, de l'information, du dépistage et de la prise en charge adaptée de la dénutrition (20).

Face à la prévalence de la dénutrition alarmante, la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en place en 2007 des recommandations autour de la prévention et de la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique des personnes âgées en particulier au sein des établissements d'hébergement accueillant ces personnes (21).

Dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2010–2013 de l'ARS Picardie et de la mise en place du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), la nutrition des personnes âgées constitue une des priorités d'action de l'ARS de Picardie (22).

## 1.2 - Les troubles nutritionnels en établissements de santé et médico-sociaux

### 1.2.1 - Épidémiologie des troubles nutritionnels en établissements de santé et médico-sociaux

La place de l'alimentation et de la nutrition dans les établissements de santé (ES) et médico-sociaux (EMS) apparaît comme déterminante, et la mise en place d'une politique nutritionnelle au sein de ces établissements devient de plus en plus importante. Les états nutritionnels tels que la dénutrition ou encore l'obésité sont fréquents et peuvent s'additionner aux pathologies développées par le patient hospitalisé pour venir aggraver son pronostic.

En 1997, le professeur Guy Grand souligne les problèmes nutritionnels des patients hospitalisés faisant état en particulier de la prévalence alarmante de la dénutrition pouvant toucher jusqu'à un patient sur deux en ES (6, 8, 14) (cf paragraphe 1.1.2.3).

Depuis les trente dernières années, la prévalence de l'obésité s'est fortement accentuée au niveau mondial. Elle semble nettement ralentir depuis les années 2000, mais ce sont encore actuellement 30% de la population française qui est touchée par cet état nutritionnel (23). Ces problèmes sont toujours très présents au sein des ES bien que les recommandations et la politique nutritionnelle aient évoluées. Depuis 2000, le PNNS a probablement constitué un levier pour le développement d'une politique spécifique notamment au niveau réglementaire (19).

La nutrition constitue également un axe important au sein des EMS accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans lesquels la dénutrition ou l'obésité représentent des problèmes nutritionnels fréquemment rencontrés. En effet, les contraintes liées au handicap telles que les difficultés d'alimentation ou la dépendance favorisent le risque de dénutrition. L'obésité est également fréquente au sein de cette population liée à la sédentarité ou encore à certaines pathologies. Ce trouble nutritionnel concerne 50% des enfants handicapés, et vient souvent faire place à la dénutrition au cours de l'évolution de la pathologie (24). La dénutrition présente une prévalence importante au sein de la population âgée et d'autant plus dans les EMS accueillant ces personnes (cf paragraphe 1.1.2.3). En 2007, les recommandations de la HAS quant à la stratégie de prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée, témoignent de cette importance (21).

## 1.2.2 - Recommandations nationales liées à la nutrition en établissements de santé et médico-sociaux

La HAS émet en 2007 des recommandations liées à la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées. Celles-ci s'adressent en particulier aux établissements d'hébergement pour ces personnes (21).

La circulaire DHOS/E 1 n°2002-186 du 29 mars 2002 recommande « *la mise en place au sein de chaque établissement de santé d'un comité de liaison en alimentation et nutrition* » (CLAN), qui a pour vocation de « *participer par ses avis ou propositions à la prise en charge nutritionnelle des malades, et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition* » (25) (Annexe I : Circulaire DHOS/E1 n°2002-186). La mise en place d'un CLAN, au sein des ES, constitué de professionnels pluridisciplinaires permet d'intégrer les fonctions alimentation, nutrition et restauration, mais aussi de coordonner et d'assurer le pilotage d'une politique nutritionnelle optimale (26). Aucune recommandation n'est élaborée pour les EMS dans ce domaine, mais la disposition d'une politique nutritionnelle adaptée voire la mise en place de CLAN au sein de ces structures permettraient d'améliorer la prestation alimentation et nutrition proposée aux usagers. De plus, les petites structures ne disposant pas de moyens suffisants ont la possibilité de créer un CLAN inter-établissements ou inter-CLAN, notamment en se rapprochant d'un CLAN existant au sein d'un ES (26).

Les Unités Transversales de Nutrition (UTN) font également l'objet de la circulaire DHOS/E1 n°2002-186 du 29 mars 2002. En effet, « *la complexité des problèmes nutritionnels rencontrés rend souhaitable au sein des centres hospitaliers régionaux l'organisation d'une activité de*

## Contexte

*nutrition clinique* » consistant à « *organiser les investigations, la surveillance et les soins liés à la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés ou consultants externes, la recherche clinique, et l'éducation des patients* ». L'UTN, constituée de professionnels de santé, est donc à disposition de l'ensemble de l'établissement afin d'optimiser la prise en charge nutritionnelle individuelle des patients pendant l'hospitalisation et au-delà suivant les besoins (25) (Annexe I : Circulaire DHOS/E1 n°2002-186).

Dans le cadre de la déclinaison du PNNS 2 au niveau régional et du PRSP, le Comité Picardie Nutrition a constitué en 2003 un groupe de travail « *Alimentation à l'hôpital et nutrition et dénutrition des personnes vieillissantes* », dont un des axes de travail est le renforcement de la politique nutritionnelle des ES, en développant la dynamique des CLAN (17).

Les propositions pour le PNNS 3 prévu pour la période 2011-2015, portent en partie sur l'amélioration de la politique nutritionnelle au sein des ES et des EMS (20). En effet, il est proposé d'orienter les axes sur l'amélioration et la structuration de « *l'offre alimentaire en établissements de santé* » (proposition n°26), d'organiser de manière transversale l'« *prise en charge des troubles nutritionnels en milieu hospitalier* » (proposition n°27), mais aussi d'organiser « *la prise en charge des problèmes nutritionnels des personnes âgées* » (proposition n°28) (20).

Dans le cadre de son CPOM, l'ARS de Picardie s'engage à « *développer un système de santé de qualité, accessible et efficient* » (22). La déclinaison du PNNS 2 et prochainement du PNNS 3, la mise en place du futur PRSP, ainsi que les priorités définies dans le CPOM, permettent à l'ARS de Picardie de fixer transversalement une de ses priorités d'action autour de l'amélioration de la prévention et de la prise en charge du surpoids, de l'obésité et de la dénutrition.

### 1.2.3 - État des lieux au sein des établissements de santé et médico-sociaux

Différentes enquêtes menées auprès des ES montrent une progression importante de la mise en place des CLAN au cours des dernières années : les états des lieux des CLAN en 2004 puis en 2008 au travers d'enquêtes nationales mettent en évidence cette progression passant de 30% de CLAN dans les ES en 2004 à 74% en 2008 (26, 27). Une enquête réalisée sur la région Picardie en 2004 par le Centre de Recherches Économiques Sociologiques et de Gestion (CRESGE) a permis de recenser 29 CLAN parmi les 66 ES ayant répondu à l'enquête. En 2008 la DRASS de Picardie réalise un nouvel état des lieux et recense 44 CLAN et 1 inter-CLAN au sein des ES de la région Picardie.

Huit UTN expérimentales ont été créées en France en 2008 (28). Les enjeux de cette expérimentation sont de permettre l'amélioration du dépistage et du traitement des troubles nutritionnels, de démontrer la capacité d'autofinancement d'une telle structure transversale mais aussi sa plus-value sur le plan qualitatif (28). L'état des lieux des CLAN et des UTN en 2008 identifie 24 ES disposant d'une UTN, soit seulement 2% des établissements de santé (29).

## 1.3 - Implication de l'Agence Régionale de Santé de Picardie au sein de ces problématiques liées à la nutrition

### 1.3.1 - L'Agence Régionale de Santé de Picardie

L'ARS de Picardie, dirigée par Christophe Jacquet a été créée le 1<sup>er</sup> avril 2010 dans le but de mettre en place un acteur régional unique chargé du pilotage du système de santé. Elle se substitue alors aux pôles santé qu'étaient les DDASS et DRASS, à l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), à l'URCAM, aux pôles d'organisation des soins de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) et de la Direction Régionale du service médical, au Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), et à la Mission Régionale de Santé.

Les ARS sont chargées par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, de « *définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infra-régional des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale, et des principes fondamentaux de la sécurité sociale* » (30). Ainsi l'ARS de Picardie décline en région la politique nationale de santé, en coordination avec les partenaires, adapté aux spécificités régionales et territoriales, dont les actions visent à améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité du système de santé.

A ce titre, le découpage territorial de la région Picardie a été mis à jour le 21 septembre 2010 et laisse apparaître cinq territoires de santé (TS) : Somme, Aisne Nord-Haute Somme, Aisne Sud, Oise Est et Oise Ouest (Annexe II : Les territoires de Santé HPST arrêtés par l'ARS de Picardie).

L'activité de l'ARS de Picardie est réalisée au sein de son siège situé à Amiens, et de ses trois délégations territoriales situées à Amiens, Beauvais et Laon.

Ainsi, les ARS s'engagent sur trois priorités nationales :

- Améliorer l'espérance de vie en bonne santé,
- Promouvoir l'égalité devant la santé,
- Développer un système de santé de qualité, accessible et efficient.

Plusieurs services s'articulent et collaborent pour répondre à ces trois priorités nationales (Annexe III : Organigramme de l'ARS de Picardie et situation de la sous-direction Protection et Promotion de la Santé) :

- Régulation de l'offre de santé
- Protection et promotion de la santé
- Politique régionale de santé
- Efficience des établissements sanitaires et médico-sociaux.

### 1.3.2 - Service Prévention et Promotion de la Santé (PPS)

Le service promotion et prévention de la santé (PPS) fait partie intégrante de la direction de la protection et de la promotion de la santé dirigée par Mme Marie-Hélène BIDAUD (Annexe III : Organigramme de l'ARS de Picardie et situation de la sous-direction de la Promotion et de la Prévention de la Santé). Ce service se consacre principalement à la mise en œuvre et à l'évaluation du Plan régional de Santé Publique, remplacé depuis juin 2011 par le Plan

## Contexte

Stratégie Régional de Santé (PSRS), dont les orientations régionales seront déclinées dans les futurs schémas, dont le Schéma Régional de Prévention (SRP), à la gestion des appels à projets et aux relations avec les acteurs du secteur.

La sous-direction de la promotion et de la prévention de la santé, dirigée par Mme Chantal LEDOUX, se compose de sept chargés de mission et de deux médecins de santé publique, collaborant en particulier au travers de diverses thématiques souvent transversales : conduites addictives, santé des personnes détenues, maladies chroniques, nutrition, santé des jeunes, santé des personnes en situation de précarité, santé des personnes vieillissantes, maladies transmissibles, santé mentale, cancer et éducation pour la santé.

### 1.3.3 - Rôle de l'ARS au sein de la problématique liée à la prévalence des troubles nutritionnels

Suite à de nombreux constats et à une prise de conscience grandissante du rôle de la nutrition dans la préservation d'un bon état de santé et de la favorisation d'une qualité de vie satisfaisante, la France s'est engagée depuis 2001 dans une politique de santé nutritionnelle au travers des PNNS 1, 2 et 3. (4).

Consciente de ces enjeux, la région Picardie s'investit dans le développement du PNNS à l'échelle régionale avec la mise en place dès 2003 du Comité Picardie Nutrition par la DRASS et l'URCAM de Picardie, dont les objectifs se portent en particulier sur l'obésité de l'enfant, l'alimentation à l'hôpital, la nutrition des personnes vieillissantes et la formation des acteurs des milieux sanitaire et social (17).

Depuis avril 2010, l'ARS de Picardie poursuit ces objectifs qui s'inscrivent au sein de la sous-direction PPS et plus particulièrement dans la thématique nutrition. Ainsi, l'ARS de Picardie pilote les actions relatives à la prévention et la prise en charge des troubles nutritionnels en animant et finançant le réseau des acteurs concernés par de telles actions dans la région. De nombreuses actions de santé publiques portées sur la nutrition s'orientent le plus souvent sur la prévention et la prise en charge des troubles nutritionnels tels que le surpoids et l'obésité, en particulier sur une population jeune.

De plus, dans le cadre de l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé mais aussi du développement d'un système de santé de qualité, deux des priorités de l'ARS de Picardie mentionnées dans son CPOM sont la nutrition de la population vieillissante et la nutrition en milieu hospitalier auxquelles il semble important de porter une attention toute particulière (22).

## 1.4 - Missions du stage

### 1.4.1 - Problématique et objectifs

D'après les problématiques mises en avant dans les paragraphes précédents, et dans le cadre du repérage, de la prévention et de la prise en charge des troubles nutritionnels et des objectifs associés du PNNS et de l'ARS de Picardie, mon travail au sein de l'agence tente de répondre à la problématique « Comment améliorer le repérage, la prévention et la prise en charge des troubles nutritionnels tant à domicile, qu'en établissements de santé et médico-sociaux sur la région Picardie ? »

L'objectif général s'oriente donc sur le repérage, la prévention et la prise en charge des troubles nutritionnels. Deux problématiques peuvent être déclinées, elles s'orientent en particuliers sur la dénutrition des personnes âgées et sur les troubles nutritionnels au sein des ES et des EMS :

- Comment la mise en place d'un réseau à l'interface du domicile, des institutions et des ES au sein du territoire de santé Somme peut permettre d'optimiser la prévention et la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée de nos jours?
- Comment la mise en place d'actions d'amélioration peut permettre d'optimiser la prévention et la prise en charge des troubles nutritionnels au sein des ES et des EMS de la région Picardie?

La figure 2 présente l'arbre à objectif concernant les missions confiées durant la période de stage.

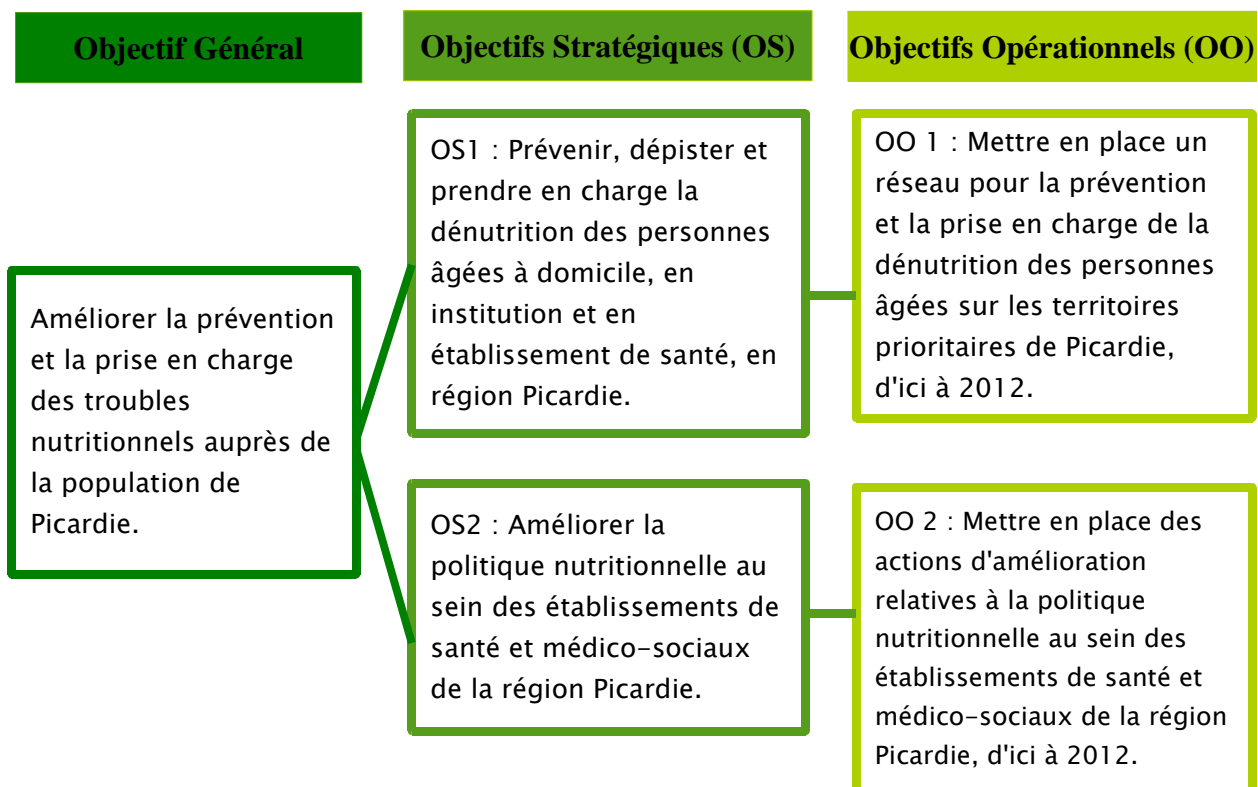


Figure 2: Arbre à objectifs concernant les missions confiées dans le cadre du stage, au sein de l'ARS de Picardie.

### 1.4.2 - Plan d'actions

Un plan d'action permet de répondre à chacune des missions qui correspondent aux deux objectifs opérationnels (OO) :

**OO 1 : Mettre en place un réseau pour la prévention et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées sur les territoires prioritaires de la région Picardie, d'ici à 2012.**

Le code de la santé publique indique que les réseaux de santé « *répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social (...) ils mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et*

## Contexte

*de suivi sanitaire et social* » (31). Le dispositif permettrait une coordination des professionnels de la santé, du social et des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées, pour prévenir et prendre en charge les troubles nutritionnels de ces personnes.

### Action 1.1 : Déterminer les axes de fonctionnement de ce dispositif.

L'objet de cette action est de préciser quels pourraient être les axes de fonctionnement du dispositif afin de pouvoir répondre de manière optimale à notre objectif.

### Action 1.2 : Déterminer le territoire d'implantation de ce dispositif.

Comme indiqué dans la définition du Code de la Santé Publique, le réseau de santé est implanté dans « *une aire géographique définie* » (31). Il convient au travers de cette action de développer des activités permettant de définir un territoire idéal pour développer notre projet.

### Action 1.3 : Initier la mise en place du dispositif sur le territoire déterminé.

La mise en place complète d'un tel dispositif demande une période de temps plus étendue que la période consacrée à cette mission. Ainsi, après avoir réalisé les deux premières actions, il s'agit d'initier la mise en place du dispositif avec les principaux acteurs, celui-ci n'étant pas prévu d'être opérationnel avant le début de l'année 2012.

## **OO 2 : Mettre en place des axes d'amélioration afin d'optimiser la politique nutritionnelle des ES et EMS de la région Picardie, d'ici à 2012.**

La place de la politique nutritionnelle, englobant les services liés à l'alimentation et la nutrition apparaît comme déterminante pour certaines pathologies. A ce sujet, les ES et les EMS occupent un rôle important dans l'éducation et la prévention (cf paragraphe 1.2.) (25, 32).

### Action 2.1 : Réaliser une enquête relative à la politique nutritionnelle des ES et EMS de la région Picardie.

L'intérêt de réaliser une enquête relative à la politique nutritionnelle des ES et EMS de la région Picardie, est de pouvoir identifier les leviers et les freins rencontrés dans ces établissements quant à la mise en place et le fonctionnement de la politique nutritionnelle et des CLAN et d'identifier les avantages à disposer d'un tel comité au sein de l'établissement.

### Action 2.2 : Proposer des axes d'amélioration à partir des résultats de l'enquête, afin d'optimiser la politique nutritionnelle des ES et EMS de la région Picardie.

L'enquête réalisée dans le cadre de l'action 2.1 permet d'identifier des propositions d'amélioration que pourra développer l'ARS de Picardie mais aussi le CPN en vue de l'amélioration de la politique nutritionnelle des ES et EMS.





## 2 - Partie 1 : Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées

### 2.1 - Méthodes

#### 2.1.1 - Conduite de la mission

Cette mission m'a permis de collaborer principalement avec l'équipe de chargés de mission référents nutrition. Cette mission a dû rester essentiellement interne à l'ARS de Picardie, jusqu'à validation du projet par la direction.

Un planning prévisionnel répertoriant les différentes activités à réaliser pour ce projet a été mis en place afin de programmer les différentes étapes de notre travail et pouvoir le livrer dans les temps impartis (Annexe III : Rétro-planning objectif stratégique 1). Cette mission a été ponctuée par des entrevues régulières avec l'équipe projet, et des réunions avec les différents acteurs, afin d'échanger sur le projet, d'améliorer l'organisation et de permettre de recadrer le travail au besoin.

Pour atteindre l'objectif de mettre en place un dispositif de prévention et de prise en charge de la dénutrition, nous nous sommes interrogés sur les méthodes à employer dans le but de développer notre projet de manière optimale.

Plusieurs actions ont été identifiées afin de développer un tel dispositif de manière pérenne:

- La détermination des axes de fonctionnement général du dispositif, à l'aide notamment d'une prospection de l'existant,
- Le choix du territoire de proximité pour le développement du réseau, à partir d'une étude de faisabilité,
- L'initialisation du projet sur le territoire retenu.

La prospection de l'existant et l'étude de faisabilité ont permis de cadrer les axes de fonctionnement du dispositif et de déterminer le territoire d'implantation du projet, au sein du TS Somme dans un premier temps.

#### 2.1.2 - Organisation du projet

##### 2.1.2.1 - Prospection de l'existant

Une réflexion sur la nutrition des personnes âgées et sur les dispositifs mis en place pour prévenir et prendre en charge ces troubles nutritionnels a permis d'en acquérir une meilleure connaissance, et de générer de nouvelles idées. Il s'agissait donc de se renseigner et de collecter des informations pertinentes à ce sujet, en recherchant méthodiquement des documents, des rapports d'expérience. Cette prospection permettait plus précisément d'identifier le fonctionnement, les freins, et les leviers dans le développement de dispositifs relatifs au repérage, à la prévention et à la prise en charge de la nutrition des personnes âgées. Elle permettait également de porter une réflexion sur les axes de fonctionnement de notre projet. Pour cela des recherches d'informations ont été réalisées sur les documents internes disponibles au sein du service PPS de l'ARS, et sur internet.

Le réseau GEriatrie Omois DEnutrition (GEODE) est présent sur le TS Aisne Sud depuis 2007. Il a été conçu par le Docteur Bouteleux, et a bénéficié des subventions du GRSP et de celles actuellement dédiées à la prévention au sein de l'ARS. Sa proximité régionale nous a permis de rencontrer les acteurs de ce réseau, ayant participé à sa conception, son fonctionnement, et/ou son financement, et d'obtenir des informations plus précises quant à son organisation.

#### 2.1.2.2 - Réalisation d'une étude de faisabilité

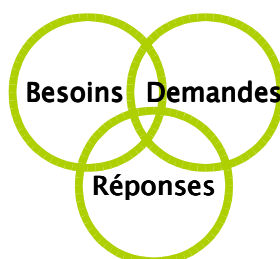
La réalisation de cette étude de faisabilité nous a permis de cerner les besoins en termes de nutrition de la personne âgée non couverts par des dispositifs adéquats sur le TS Somme. Nous avons choisi d'orienter cette étude en particulier sur les territoires de proximité prioritaires, définis comme tels par le PRSP du fait du faible nombre d'actions de prévention y étant développées.

Pour réaliser cette étude nous avons choisi de nous orienter sur:

- L'analyse de la triade «besoins – demandes – réponses»,
- Les ressources disponibles et envisageables au sein des territoires prioritaires sur le TS Somme,
- L'étude de scénarii en fonction des forces et faiblesses des territoires retenus.

##### 2.1.2.2.1 - Analyse de la triade «besoins – demandes - réponses»

Le but de notre action est de répondre aux besoins de santé de la population âgée. Pour cela nous avons recensé les besoins, demandes et réponses apportés au sujet de la nutrition de la personne âgée particuliers aux territoires retenus, et correspondants à la triade « besoins – demandes – réponses ». Cette triade est un modèle clé en santé publique qui nous permet de guider notre réflexion sur la mise en place du dispositif (Figure 3).



*Figure 3: Triade "Besoins – Demandes – Réponses"*

Suivant nos recherches documentaires et les informations disponibles nous avons pu mesurer les besoins de santé de la population âgée en termes de nutrition en analysant leur état de santé, basé sur l'épidémiologie et les sciences humaines. L'étude de la perception de la personne âgée face à cette problématique nous a permis de déterminer les demandes. Celles-ci correspondent au désir de la population âgée de bénéficier d'une amélioration de santé ou de confort au niveau de la qualité de vie. Enfin, nous avons pu recueillir et quantifier les dispositifs existants, leurs forces et leurs faiblesses, pour l'analyse des réponses.

Le recouvrement des trois cercles serait témoin d'une adéquation entre les besoins, demandes et réponses (Figure 3).

## Partie 1 : Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées

### 2.1.2.2.2 - Ressources disponibles et envisageables au sein des territoires prioritaires sur le TS Somme

Dans un second temps, nous avons procédé à une étude spécifique aux territoires prioritaires. Pour cela, nous avons déterminé, sélectionné et hiérarchisé au sein de l'équipe, des critères de choix afin de comparer les données territoriales, régionales et nationales, de pouvoir choisir le(s) territoire(s) le(s) plus adéquat(s), et ainsi de faciliter par la suite la proposition des scénarii. La collaboration du Dr Bouteleux, professionnel de santé expérimenté dans le domaine de la nutrition de la personne âgée a permis d'adapter les axes de notre étude.

Suite à la détermination des critères et à la réalisation d'une liste de l'ensemble des acteurs et ressources nécessaires, nous avons réalisé un diagnostic au sein des territoires prioritaires grâce aux critères déterminés. Il s'agit ainsi ici d'évaluer la situation des territoires relatives à la démographie, à l'état de santé, à les indices sociaux, et à l'offre de soins et de services.

L'identification et la vérification des ressources disponibles avec des recherches documentaires alliées au concours des différents acteurs producteurs de données externes à l'ARS, en particulier l'Observatoire de la Santé et du Social (OR2S) de Picardie, le Conseil Général et le Conseil Régional, ont permis d'obtenir des informations pertinentes. Ces données exploitées ont été restituées dans un rapport regroupant l'ensemble de l'étude de faisabilité.

### 2.1.2.2.3 - Détermination de scénarii

Suite à ce diagnostic et à la mise en place de perspectives, plusieurs scénarii décrivant le projet dans chacun des territoires les plus adaptés, étaient proposés avec la précision des facteurs limitants et des facteurs facilitants. La proposition de scénarii a permis d'éclairer le développement du projet au sein de territoires adéquats en tenant compte des contraintes et des atouts de ces derniers. De cette manière il était plus aisé de les comparer et de procéder à un choix optimal, en concluant l'étude par le projet de développement du dispositif dans les modalités retenues.

### 2.1.2.3 - Choix du territoire de proximité pour le développement du réseau

L'étude de faisabilité et plus particulièrement la proposition de scénarii, ont permis de réaliser un choix pertinent quant aux différentes modalités et critères retenus pour développer le réseau sur le TS Somme.

Des réunions internes à l'ARS de Picardie avec les référents des différents services au sein des directions de la régulation de l'offre de santé, de la protection et de la promotion de la santé, et de la politique régionale de santé ont permis d'obtenir des points de vue pluridisciplinaires et de bénéficier de l'expérience de chacun. Suite à ces apports, des modifications et des précisions ont pu être apportées dans les différents scénarii. Un premier choix a ainsi pu être mis en avant suite à ces rencontres.

Il est primordial avant de pouvoir initier quelconque projet de recueillir l'aval de la direction. Une réunion avec la directrice de la protection et promotion de la santé ainsi que la directrice de la régulation de l'offre de santé a ainsi été programmée afin d'obtenir leur opinion et de pouvoir valider ce projet pour le poursuivre concrètement. Nous avons ainsi pu prendre une

décision au sein de l'équipe et de la direction quant au lieu de développement du projet et aux acteurs impliqués dans ce dernier.

#### 2.1.2.4 - Initialisation du projet sur le territoire retenu

La première étape constituant l'initialisation du projet sur le territoire retenu est la prise de contact avec les acteurs locaux qui seraient impliqués dans le fonctionnement du réseau. La prise de contact avec ces acteurs s'est faite via un message électronique, présentant succinctement le projet. Un rendez-vous a été fixé dans le but de les rencontrer. Cette rencontre a permis de présenter l'équipe et de faire un point sur les activités de chacun. C'est l'occasion également de noter les collaborations déjà existantes entre les acteurs. Les échanges ont permis de préciser le rôle de chacun et d'envisager le sens des collaborations.

## 2.2 - Résultats

### 2.2.1 - Prospection de l'existant

#### 2.2.1.1 - Recherches préliminaires

Les recherches d'information en interne à l'ARS et via internet ont permis d'identifier précisément les problématiques du projet, et en particulier les enjeux liés à la prévention et à la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée dont la prévalence reste toujours élevée (cf paragraphe 1.2.).

#### 2.2.1.2 - Dispositifs existants

Des recherches via internet et via la documentation interne mais aussi les échanges au sein de l'équipe ont permis de recenser des informations intéressantes relatives aux dispositifs existants en termes de prévention et de prise en charge de la dénutrition de la personne âgée. Après un temps de recherche programmé, nous avons porté notre attention sur deux dispositifs : le réseau Limousin Nutrition (LINUT) et le réseau GEODE.

- **Réseau Limousin Nutrition (LINUT) :**

LINUT constitue un réseau mentionné « ville-hôpital » orienté sur la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées dans l'ensemble de la région Limousin en institution ou à domicile (33). Créé en 2004 et financé par le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), son principal objectif est de mettre en place des actions dans le but d'améliorer la prise en charge des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en institution ou à domicile, ainsi que d'accroître le niveau d'information à ce sujet. La fédération de différents professionnels de la santé a permis de créer une réelle dynamique au sein du réseau LINUT. Le succès de ce réseau repose en partie sur l'engagement croissant des adhérents aussi bien des professionnels de santé que des structures d'hébergement ou d'aides à domicile. La collaboration pluridisciplinaire constitue ainsi un point essentiel de ce réseau. Les principales activités portent sur:

- L'évaluation nutritionnelle des personnes âgées en institution ou à domicile, en mettant à disposition des adhérents méthodes et outils pour inciter et faciliter cette évaluation,

## Partie 1 : Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées

- La prise en charge nutritionnelle en proposant conseils, éducation, soins, et suivis,
- La formation des professionnels adhérents et la diffusion d'informations à destination du grand public au sujet de la nutrition de la personne âgée,
- L'accompagnement des professionnels concernant en particulier les commissions menus, la coordination des activités, la mise en place d'audits, etc.,
- La recherche clinique visant à améliorer les connaissances thérapeutiques liées aux problèmes de nutrition de la population âgée.

### ● Réseau GEODE :

Les ressources internes à l'ARS et les échanges au sein de l'équipe ont permis de prendre connaissance avec le réseau GEODE, mis en place depuis 2007. Il intervient dans le pays de l'Omois, regroupant cinq cantons autour de la ville de Château-Thierry, dans la région Picardie et le TS Aisne Sud (34). Il s'agit d'un réseau réunissant structures et professionnels ayant pour objectif de prévenir et de prendre en charge la dénutrition des personnes âgées, en organisant des formations sur ce thème. Ce projet est financé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Saint Quentin et par le GRSP de Picardie jusqu'en 2010, puis par l'ARS de Picardie en 2011, via l'appel à projet de la sous direction prévention et promotion de la santé.

Une rencontre avec le Dr Bouteleux, responsable de GEODE, a permis de prendre connaissance du fonctionnement de ce réseau, et de pouvoir échanger sur les points importants pour le développement de notre projet. Porté initialement par l'association EPICURE (association de deux réseaux picards, l'un consacré à l'éducation à la santé et l'autre à la nutrition), ce projet est maintenant porté par l'hôpital local de Villiers Saint Denis. Les objectifs spécifiques de GEODE sont orientés sur :

- La formation de toutes les personnes entourant les personnes âgées vivant à domicile, en EHPAD ou en ES, à la prévention et à la prise en charge de la dénutrition,
- L'information et la sensibilisation de la population à la prévention de la dénutrition,
- Le recensement de toutes les personnes dénutries et de leur prise en charge active,
- La création d'une UTN.

Les actions de GEODE déjà réalisées pour répondre à ces objectifs se rapportaient principalement au recueil des besoins en formation, à la réalisation et à l'évaluation de ces formations auprès des personnes proches du public âgé (aides à domicile, aides-soignantes, etc).

D'après l'expérience, mais aussi d'après l'évaluation du projet GEODE réalisée par l'agence *LH Conseil*, les principaux éléments à prendre en compte pour la réussite d'un tel projet sont relatifs à :

- L'identification concrète d'un coordinateur pour le projet,
- La pérennité du comité de pilotage,
- La présence d'un CLAN actif au sein du territoire retenu,
- L'engagement de la municipalité au sein de cette démarche.

### ● En conclusion

Le nombre croissant d'adhérents au sein de ces dispositifs témoigne de l'implication des

professionnels dans une démarche qui vise à apporter une réponse devenue indispensable à une demande trop récemment entendue, que représente la dénutrition de la personne âgée. Le réseau GEODE est ainsi apparu comme un modèle pour notre propre projet. Il possède les mêmes objectifs et la proximité est un avantage qui facilite les échanges avec des acteurs expérimentés concernant les méthodes, les outils, voire le partage d'acteurs (ex : formations). De plus, l'inspiration par ce réseau pour notre projet permet de valoriser le projet GEODE réalisé sur la région Picardie.

## 2.2.2 - Réalisation de l'étude de faisabilité

### 2.2.2.1 - Triade « Besoins - Demandes - Réponses »

#### 2.2.2.1.1 - Besoins : un taux de prévalence de la dénutrition toujours alarmant

Le taux de prévalence toujours alarmant de la dénutrition, témoigné par de nombreuses études conduit à définir ce problème comme une priorité de santé publique. Le taux de prévalence de la dénutrition augmente avec l'âge et l'apparition de la dépendance. Chez la personne âgée, il peut atteindre 60% en ES, 40% en établissements d'hébergement pour personnes âgées et 5 à 7% au domicile de cette population (14, 15) (cf paragraphe 1.2.).

Les personnes âgées présentent de nombreuses modifications physiologiques entraînant des particularités métaboliques qui favorisent la survenue de la dénutrition et rendent la renutrition plus difficile et moins efficace (35). La diminution de la perception du goût et de l'odorat, la dégradation de l'état bucco-dentaire, le ralentissement du transit intestinal et les modifications du métabolisme, sont tout autant de causes qui s'additionnant, favorisent la diminution de la prise alimentaire et accélèrent le processus de dénutrition (6). Les conséquences de la dénutrition sont multiples et font chacune sa gravité : altération de l'état général, troubles psychiques, épuisement des réserves de l'organisme et augmentation de la morbidité et de la mortalité. L'état de dénutrition entraîne ainsi des conséquences lourdes en termes de santé pour les personnes âgées mais aussi de coûts relatifs à la prise en charge, d'où l'importance d'agir en prévention pour réduire le taux de prévalence de la dénutrition et du risque de dénutrition (6).

Ainsi, cette problématique de la dénutrition de la personne âgée est au cœur des programmes de santé publique au niveau national comme régional avec entre autres le PNNS et le PRSP. Les besoins mis en évidence indiquent la nécessité de favoriser la prévention et la prise en charge de la dénutrition, et de retarder l'apparition de la dépendance, pour ainsi améliorer le confort de vie de la population âgée.

#### 2.2.2.1.2 - Demandes : faible perception de l'état de dénutrition

L'étude menée par l'ORS de Haute-Normandie en 2008, auprès de personnes âgées de 70 ans et plus, montre que 13% des personnes dénutries n'en avaient pas conscience (15). Ce constat met en évidence des difficultés de repérage de son propre état nutritionnel par la personne âgée. Cette population semble cependant consciente des conséquences d'une perte de poids et de l'apparition de la dénutrition : d'après une enquête menée par TNS Healthcare, 86% pensent

## Partie 1 : Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées

que la dénutrition favorise les infections et 61% que le risque de fracture de col du fémur augmente avec la perte de poids (36). D'après le baromètre santé nutrition 2008 réalisé en région de Picardie, le sentiment d'avoir une alimentation équilibrée est présent chez 84% des 55-75 ans (37). L'enquête du TNS Healthcare révèle cependant que 63% des personnes âgées pensent que les besoins alimentaires diminuent passé un certain âge (36). Pourtant le baromètre santé nutrition indique que l'acte culinaire reste considéré comme « une façon de manger sain » pour 96% des 55-75 ans et que le bénéfice pour la santé influence la composition du repas pour 80% d'entre eux, mais également que plus des trois quarts des ont le sentiment d'être bien informés sur l'alimentation, dont la principale source serait les médias, suivi du corps médical, puis de l'entourage. Malgré cela, la diminution de la prise alimentaire est fréquente et peut avoir des origines multiples, qui s'accumulent et favorisent l'apparition de la dénutrition (6, 37) (cf paragraphe 2.2.2.1.1.). Les difficultés financières viennent également s'additionner en amenant une partie de la population âgée à se restreindre sur les achats alimentaires.

D'autre part et d'après l'INSEE de Picardie, malgré l'arrivée de la dépendance et de ses conséquences, les personnes âgées préfèrent préserver le plus longtemps possible le maintien à domicile ou vivre chez des proches (82%), plutôt que de rentrer en institution (18%) (38). En 2005, ce sont 95% d'entre elles qui vivent à domicile, en Picardie. Le prolongement du maintien à domicile représente une dimension sociale importante à prendre en compte (37, 38).

Ainsi, une différence notable pouvait être mise en évidence entre le ressenti des personnes âgées relatif à l'inconscience de l'état nutritionnel et la réalité avec un taux de prévalence inquiétant de la dénutrition. Il était également important de noter le souhait de la majorité des personnes âgées de vivre le plus longtemps possible à domicile. Il a ainsi semblé important de renforcer et reformuler les messages de prévention délivrés à cette population pour lui donner les moyens de prendre en main sa santé de manière optimale.

### 2.2.2.1.3 - Réponses

Dans un cadre optimal, les réponses apportées aux personnes âgées face au problème de la dénutrition devraient être en cohérence aussi bien avec les besoins évalués, les demandes des personnes âgées et les recommandations émises au niveau national et régional.

- **Offre de services :**

En réponse aux souhaits des personnes âgées de vivre à domicile, et aux besoins liés à la prévention de l'altération de l'état de santé et de l'arrivée de la dépendance, la région propose une offre de service de soins à domicile en quantité de places légèrement supérieure à la moyenne nationale (19% contre 17%) (38). De plus, en 2007, 154 pour 1000 habitants de 75 ans et plus de Picardie bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou de l'aide ménagère (39). De plus, trois réseaux gérontologiques dépendants de la fédération nationale des réseaux gérontologiques, sont implantés en Picardie. Leur principal objectif est d'assurer le maintien à domicile des personnes âgées relatif à leur autonomie dans les meilleures conditions possibles, en mettant en place une coordination entre les soins et l'accompagnement. Deux se situent sur le TS Oise Est, et un sur le TS Somme. Ce dernier est le réseau gérontologique Baie de Somme Picardie Maritime qui recouvre les communautés de communes du Nouvion en Ponthieu et Authie Maye. Un réseau départemental de la Somme pour accompagner les

personnes âgées a été mis en place par le Conseil Général. Il offre des points d'information et d'écoute sur quatre secteurs permettant de couvrir une zone géographique importante du département dans le but d'orienter les personnes âgées en termes de services à domicile (40).

- **Prévention de la dénutrition de la personne âgée :**

La prévention de la dénutrition passe en partie par la mise en place d'actions auprès de la population âgée, souvent proposées dans le cadre des appels à projet État/Assurance maladie. En 2003–2005, ces actions sont sous-représentées dans la région Picardie (17). Cependant, des actions sont autofinancées par certains ES, notamment dans le cadre des actions développées par les CLAN. Pour exemple, la sécurité sociale et le Fond National de Solidarité ont mis en place des actions dans le but de faciliter les démarches d'examens de santé et de prévenir la perte d'autonomie et la malnutrition. Ces actions sont axées sur la proposition d'examens de santé liés à la perte d'autonomie, adaptés aux 60–75ans, ainsi que sur des invitations pour participer aux ateliers équilibre, mémoire et nutrition dans les centres sociaux ruraux (17). Aussi, l'Association Nationale pour la Protection de la Santé (ANPS), intervient en partenariat avec les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) de Thiérache et de Saint Quentin, en faisant bénéficier de journées d'information sur le thème de la dénutrition des personnes vieillissantes aux intervenants proches de la personne âgée (aides-soignantes, infirmières, aide à domicile, etc). Une autre action développée dans le cadre de cette même problématique est le réseau GEODE, permettant la formation des intervenants à domicile à la dénutrition de la personne âgée (cf paragraphe 2.2.1.2).

- **Prise en charge de la dénutrition de la personne âgée :**

L'enquête relative à la politique nutritionnelle dans les ES et EMS de la région Picardie, menée par l'ARS de Picardie en 2011, a permis de comparer les pratiques concernant le dépistage et la prise en charge de la dénutrition aux recommandations de la HAS notamment au sein des EMS accueillant les personnes âgées (cf partie 3.). Ces établissements ne pratiquent pas tous de dépistage de la dénutrition, 13% d'entre eux ne la dépistant pas. Par ailleurs, 63% des établissements d'accueil pour personne âgée ayant répondu à l'enquête, réalisent un dépistage de la dénutrition conforme aux recommandations de fréquence et de méthode de la HAS, soit un dépistage mensuel (21). La prise en charge de la dénutrition est déclarée effective dans 95% des établissements accueillant des personnes âgées, et les méthodes de prise en charge correspondent en général aux recommandations de la HAS (21).

#### 2.2.2.1.4 - Conclusion triade « Besoins - Demandes - Réponses »

Il est ressorti une volonté des acteurs de la région Picardie de répondre aux demandes de la population en proposant des services à domicile afin de prolonger le souhait de maintien à domicile des personnes âgées. Les ES et EMS pour personnes âgées se sont investis dans la prise en charge de la dénutrition et les méthodes de dépistage et de prise en charge ont été en général fidèles aux recommandations de la HAS. Il semblait nécessaire de toucher l'ensemble des personnes âgées que ce soit en institution, en ES mais aussi à domicile. Les actions de prévention concernant la dénutrition de la personne âgée vivant à domicile semblaient plus fréquente dans le département de l'Aisne, et ne recouvraient pas de manière adéquate la totalité du territoire régional. La formation des acteurs proches de la personne âgée a semblé essentielle et elle permettrait de donner les moyens d'agir en termes de prévention, dépistage



## Partie 1 : Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées

et prise en charge de la dénutrition. Cette problématique de formation restait présente aussi bien pour les intervenants à domicile que pour les professionnels de santé au sein des établissements. Le Conseil National de l'Alimentation (CNA) considère que la formation permanente de tous les acteurs aux problèmes nutritionnels en gériatrie est indispensable, y compris du personnel employé de gré à gré, des médecins généralistes et des spécialistes qui reçoivent beaucoup de personnes âgées et prescrivent parfois des régimes restrictifs (10). Ainsi, dans le but de répondre à l'objectif de prévenir, repérer, dépister et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées, à domicile et en établissements, en cohérence avec les orientations du PNNS 3, du PSRS de Picardie, et avec les besoins et demandes de la population âgée, la mise en place d'actions de prévention de la dénutrition au sein de l'ensemble des TS de la région Picardie, telle que le réalise le projet GEODE, permettrait de sensibiliser et de former l'ensemble des acteurs intervenants au plus près de la personne âgée. Il semblait également important que tous les acteurs soient investis dans notre projet, aussi bien au niveau médical, social et municipal.

### 2.2.2.2 - Étude des ressources disponibles et envisageables

#### 2.2.2.2.1 - Définition des critères

Les critères de choix ont été déterminés et hiérarchisés pour nous guider dans notre étude et dans la détermination du choix optimal pour l'implantation du réseau sur le TS Somme. Ils étaient au nombre de 4 et sont présentés dans le tableau II. Il s'agissait de privilégier le caractère prioritaire du territoire, son potentiel d'offre de santé, ses données démographiques mais aussi les données spécifiques à la santé et la dépendance.

Tableau II : Présentation des 4 critères déterminés pour la réalisation de l'étude de faisabilité.

Hiérarchie	Nomination du critère	Définition du critère
1	Critère de priorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Territoires définis comme prioritaires par le PRSP de Picardie, en particulier concernant les actions relatives à la nutrition.</li> </ul>
2	Critères d'offre de services	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence d'un établissement de santé au sein du territoire et en son sein d'un CLAN.</li> <li>Présence de services sociaux en faveur des personnes âgées (aide ménagère, portage de repas, services à domicile, etc),</li> <li>Investissement politique pour la santé des personnes âgées, notamment au sein des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS),</li> <li>Engagement du territoire dans des réseaux de santé.</li> </ul>
3	Critère démographique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Population âgée totale habitant sur le territoire,</li> <li>Densité de personnes âgées sur le territoire.</li> </ul>
4	Critère de santé et de dépendance	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux important de bénéficiaires d'aides financières relatives à la dépendance de la personne âgée (APA<sup>1</sup> et aides ménagères<sup>2</sup>),</li> <li>Taux important de nouvelles admissions en Affections de Longue Durée<sup>3</sup> (ALD).</li> </ul>

## Précision de certains critères relatifs à la santé et la dépendance mentionnés dans le tableau II :

<sup>1</sup> Le taux de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) permet de contribuer aux ressources disponibles quant à la santé et la dépendance. L'APA est attribuée aux personnes âgées de plus de 60 ans, ayant besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou étant dans un état nécessitant une surveillance régulière, du fait du manque ou de la perte d'autonomie (physique ou mentale) (41). Les bénéficiaires de l'APA sont déterminés à partir de leur classement au sein des Groupes Iso-Ressource (GIR). La grille Aggir (Autonomie Gérontologie-Groupe Iso-Ressources) permet d'attribuer les GIR en fonction de différentes variables relatives aux gestes de la vie quotidienne, aux déplacements, et à la cohérence, permettant de classer les personnes en fonction des stades de perte d'autonomie. Ce taux de bénéficiaires d'APA permet ainsi de refléter le taux de personnes âgées les plus nécessiteuses en termes de dépendance (vivant à domicile ou en institution).

<sup>2</sup> Par ailleurs, une aide ménagère est attribuée aux personnes âgées étant dans le besoin en raison de leur état de santé, à condition de ne pas déjà être bénéficiaire de l'APA (42).

<sup>3</sup> L'état de santé de la population âgée peut être reflété par le nombre de nouvelles admissions en Affections de Longue Durée (ALD). Les maladies dégénératives, cardio-vasculaires ou encore les tumeurs et le diabète sont responsables du nombre de plus en plus important de nouvelles admissions en ALD touchant particulièrement la personne âgée.

### 2.2.2.2.2 - Ressources

L'étude de chacun des critères détaillés dans le paragraphe précédent a pu être approfondie grâce à des ressources spécifiques aux territoires étudiés. Il s'agissait en particulier :

- du PRSP notamment pour la détermination des territoires prioritaires (18),
- des Diagnostics territoriaux de santé des pays de Picardie, réalisés à la demande du Conseil Régional de Picardie, par l'OR2S (39), et des échanges avec l'OR2S pour les données non encore publiées,
- de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de Picardie (43),
- de l'enquête relative à la politique nutritionnelle au sein des ES et EMS de Picardie, réalisée par l'ARS de Picardie en 2011, dans le cadre de ce stage.
- et de diverses recherches effectuées via internet et auprès des communes et/ou communautés de communes (CC) étudiées.

### 2.2.2.2.3 - Exploitation des données

Tableau III: Territoires prioritaires au sein du territoire de santé Somme

Communauté de Communes (CC)	Population totale de la CC (nombre d'habitants en 2007)	Ville la plus peuplée	Population totale de la ville (nombre d'habitants en 2007)
Abbevillois	30767	Abbeville	24142
Authie Maye	17330	Rue	3102
Doullennais	14010	Doullens	6339
Sud Ouest Amiénois	21048	Poix de Picardie	2353

Sources : Plan Régional de Santé Publique de Picardie version 2 2006-2008, DRASS Picardie - Les Territoires de santé en Picardie, Territoire de santé Somme, OR2S, CRSA, ARS Picardie.

Dans un souci de faisabilité, le projet se déroulera dans un premier temps sur le TS Somme, au niveau d'un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) prioritaire en ce qui

## Partie 1 : Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées

concerne l'application des actions de prévention sur la thématique nutrition. Quatre ECPI étaient déterminés prioritaires au niveau du TS Somme par le PRSP de Picardie, au regard des données statistiques et épidémiologiques du territoire (Tableau III). Il s'agit des Communautés de Communes (CC) de l'Abbevillois, Authie Maye, Doullennais et Sud Ouest Amiénois.

Tableau IV: Établissements de santé et Comités de Liaison Alimentation Nutrition au sein des territoires étudiés

Communauté de Communes	Établissement de santé	Date de création du CLAN	Activité principale du CLAN
Abbevillois	Centre Hospitalier d'Abbeville (dont centre de gérontologie et EHPAD)	2003	Protocole de nutrition entérale, Guide pratique de nutrition clinique, Outils mesures anthropométriques. Constatation d'une amélioration pour le dépistage de la dénutrition (critères HAS).
Authie Maye	Hôpital Local de Rue (à vocation gériatrique)	2011	En cours de constitution. Aucune activité définie.
Doullennais	Centre Hospitalier de Doullens (dont un pôle géronto-gériatrique (USLD et EHPAD))	2004	Projet relatif à la dénutrition dans les services d'USLD, Procédures nutrition entérale, etc. Constatation d'une amélioration quant au dépistage de la dénutrition et au suivi anthropométrique des patients.

Sources : Enquête relative à la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux de la région Picardie, ARS Picardie – Fichier FINISS, ARS Picardie.

L'offre de service au sein des CC mentionnées dans le tableau IV en termes d'établissements de santé caractérisait un critère important puisque ce type d'établissement représentait un des acteurs principaux intervenant au sein d'un réseau de prévention et de prise en charge de la dénutrition. En février 2011, seules trois CC présentaient un établissement de santé disposant d'un CLAN dont l'activité est résumée dans le tableau IV, éléments importants à prendre en compte pour notre projet. La suite de notre étude aura ainsi porté uniquement sur ces trois CC. (Annexe V : Situation géographique des 3 CC étudiées).

Le tableau V présente un résumé des différents indicateurs utilisés en fonction des critères déterminés précédemment. Il permet de dresser les leviers et freins à la mise en place du projet dans chacun des territoires retenus à ce stade.

### Précision de certains indicateurs mentionnés dans le tableau V, relatifs à l'implication de réseaux au sein des CC :

<sup>1</sup> Le *réseau gérontologique Baie de Somme Picardie Maritime* propose une évaluation complète de santé et de qualité de vie des personnes âgées afin d'estimer en particulier leur niveau de dépendance et permettre une prise en charge coordonnée des professionnels de santé et des intervenants à domicile des personnes âgées dans l'objectif de retarder l'apparition et la progression de la dépendance. Ce réseau recouvre le secteur de Rue. En revanche, aucun réseau gérontologique de ce type ne recouvre les deux autres territoires étudiés.

<sup>2</sup> Le *réseau Régional de cancérologie de Picardie (ONCOPIC)* vise à assurer l'égalité des chances au sein de la population dans la prise en charge des pathologies malignes, par la mise en place de partenariats entre différentes structures. Il recouvre l'ensemble de la région Picardie, et donc chacun des trois territoires étudiés.

<sup>3</sup> Le *réseau de soins palliatifs de la Somme (PALPI 80)* met en œuvre une aide pour l'organisation des soins palliatifs entre les différents professionnels et accompagne les patients en fin de vie et leurs familles. Il agit sur l'ensemble du département de la Somme. Les trois territoires étudiés peuvent donc être impliqués au sein de ce réseau.

<sup>4</sup> Le *Réseau Picard pour la Prévention et l'Éducation Thérapeutique du Patient* possède 8 pôles de prévention et d'éducation du patient en Picardie, dont un situé à Abbeville qui permet de développer des actions orientées sur la prévention des maladies cardiovasculaires.

Tableau V: Indicateurs comparatifs relatifs aux critères retenus entre les trois territoires étudiés.

Critères	CC Abbeville	CC Authie Maye	CC Doullennais	Repère département Somme	Repère national
<b>Offre de services</b>					
Fonctionnement du CLAN en début d'année 2011	Actif (voir tableau IV)	En cours de constitution (voir tableau IV)	Actif (voir tableau IV)	-	-
Nombre de services sociaux en faveur des PA au 31/07/2007	3	4	4	152	-
Nombre de place en maison de retraite pour 1000 personnes de 65 ans et plus au 15/01/2010.	87,5	93,7	36,7 ( en 2007)	55,1	59,6
Implication au sein de réseaux de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONCOPIC<sup>2</sup>,</li> <li>• PALPI80<sup>3</sup>,</li> <li>• pôle prévention et éducation thérapeutique du patient<sup>4</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau gérontologique Baie de Somme Picardie Maritime<sup>1</sup>,</li> <li>• ONCOPIC<sup>2</sup>,</li> <li>• PALPI80<sup>3</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONCOPIC<sup>2</sup></li> <li>• PALPI80<sup>3</sup>.</li> </ul>	-	-
Implication au sein de la politique relative à la santé des PA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CCAS Abbeville : Services à domicile</li> <li>• CC Abbevillois : portage de repas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CCAS Rue : Dispositif d'aide alimentaire en partenariat avec les commerçants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CCAS Doullens : Services à domicile</li> </ul>	-	-
<b>Démographie</b>					
Densité de PA de 75 ans et plus pour 100 habitants.	8,9	11,6	8,7	8,1	8,3
<b>Santé et dépendance</b>					
Taux de bénéficiaires de l'Aide pour l'Autonomie (APA) pour 1000 habitants de 75 ans et plus, au 01/01/2008	134,5	142,0	164,0	172,1	127,4
Taux de bénéficiaires de l'aide ménagère pour 1000 habitants de 75 ans et plus, au 01/01/2008	47,1	21,6	36,0	19,9	22,7
Taux de nouvelles admissions en ALD pour 100 000 habitants de plus de 65 ans (2004-2005)	5296,0	5983,8	5462,0	5478,2	-

Sources : Diagnostics santé des pays de Picardie, Conseil Régional, OR2S, 2010 - Enquête relative à la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux de la région Picardie, ARS Picardie, 2011.

#### 2.2.2.2.4 - Proposition de scénarii en regard des données exploitées

L'exploitation de ces données a permis de déterminer les forces et faiblesses de chacune des communautés de communes, et ainsi de pouvoir identifier des scénarii adaptés au développement de notre projet au sein des CC.

- **Projet au sein de la CC de l'Abbevillois :**

## Partie 1 : Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées

La CC de l'Abbevillois présentait une densité plus faible de personnes âgées (8,9%) que les autres territoires étudiés. Le taux de nouvelles ALD chez les plus de 65 ans était également plus faible traduisant une moindre atteinte en maladie de longue durée. La faible densité de services sociaux et de services à domicile pour les personnes âgées pouvait représenter un frein pour la participation aux formations du personnel du fait de leur charge de travail déjà dense. Le CLAN du Centre Hospitalier d'Abbeville semblait assez actif au niveau de son fonctionnement et particulièrement de son activité liée à la nutrition de la population âgée. De plus, la ville bénéficiait du pôle de prévention et d'éducation du patient du réseau Picard pour la Prévention et l'Éducation Thérapeutique du Patient. La CC de l'Abbevillois semblait investie dans la prévention et la promotion de la santé des personnes âgées, notamment avec la mise à disposition de services à domicile au sein du CCAS d'Abbeville et le portage de repas à domicile sur l'ensemble du territoire.

**Scénario 1** : La CC de l'Abbevillois ne présentait pas un caractère prioritaire vis-à-vis des autres territoires d'un point de vue démographique. Cependant, la disposition d'un centre hospitalier dont le CLAN était investie dans la problématique de la dénutrition, ainsi que d'un CCAS et d'une CC actifs dans les services de portage de repas à domicile permettait tout à fait de mettre en avant des perspectives quant à ce territoire. L'appui sur l'ensemble de ces acteurs permettrait de collaborer et d'optimiser les activités de chacun quant à la prévention et la prise en charge de la dénutrition.

- **Projet au sein de la CC Authie Maye :**

Le faible taux d'APA et d'aides ménagères attribué aux personnes âgées de la CC Authie Maye traduisait un taux de dépendance moindre aux deux autres territoires étudiés. Le CCAS du Rue ne disposait pas de services de portage de repas à domicile. Au niveau de l'établissement de santé, le CLAN de l'hôpital local de Rue venait d'être créé et était en cours de constitution. Cela pouvait représenter un frein pour la mise en place du réseau étant donné le faible recul que le CLAN possédait, mais aussi un atout dans la mesure où le projet pouvait représenter un levier pour les activités du CLAN. La CC Authie Maye présentait une densité importante de personnes âgées (11,6%) et un nombre de place en maison de retraite plus élevé que dans les autres territoires étudiés. De plus il s'agissait de la CC dont la population âgée était la plus sujette aux ALD. Le secteur de Rue bénéficiait d'un nombre satisfaisant de services sociaux en faveur des personnes âgées mais aussi d'un réseau gérontologique permettant de retarder l'évolution vers la dépendance par un dépistage et une prise en charge adaptée à chaque individu.

**Scénario 2** : La CC Authie Maye apparaissait comme un deuxième territoire pertinent pour l'implantation du réseau. Le réseau gérontologique Baie de Somme Picardie Maritime, très actif, présentait déjà une coordination entre les différents professionnels de la santé. Il apparaissait ainsi que l'appui sur ce réseau représentait un atout pour ce territoire. Il aurait pu s'agir d'ajouter un nouvel axe au fonctionnement de ce réseau, celui de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition. Le CLAN nouvellement formé à l'Hôpital Local de Rue aurait pu profiter de ce projet pour s'inscrire dans un de ses axes et ainsi développer son activité. L'implication d'acteurs au sein du réseau, de l'hôpital et de la municipalité aurait pu être un atout pour notre démarche aussi bien au niveau de l'hôpital que de la ville.

- **Projet au sein de la CC du Doullennais :**

La population de la CC du Doullennais était la moins âgée des trois territoires étudiés. De plus,

ce territoire disposait d'un faible nombre de maisons de retraite. Bien que moins dense, la population âgée de ce territoire présentait un taux d'APA et d'aides ménagères plus élevé (200 bénéficiaires pour 1000 habitants de 75 ans et plus), traduisant une dépendance plus importante. La densité de centres sociaux en faveur des personnes âgées était satisfaisante et aurait permis de toucher un nombre important de professionnels travaillant au domicile par le biais de la formation. Le centre hospitalier de Doullens présentait un CLAN actif qui s'orientait essentiellement sur la problématique de la dénutrition des personnes âgées. La ville de Doullens semblait également engagée au niveau de la santé des personnes âgées par le développement de services à domicile par le CCAS.

**Scénario 3** : La CC du Doullennais représentait le premier territoire d'intention du fait de son caractère rural et isolé avec une population âgée particulièrement dépendante mais également de son caractère facilitant de part l'investissement des différents acteurs nécessaires au développement du réseau. La disposition en professionnels de santé, en structures d'aides à domicile ainsi que l'implication du Centre Hospitalier de Doullens et de son CLAN actif quant à la thématique de la population âgée, mais aussi l'implication du CCAS dans les services à domicile, permettaient de mettre en évidence une pertinence importante pour réaliser le projet sur ce territoire. Ainsi, le réseau aurait pu s'appuyer sur chacun de ces acteurs pour lancer une dynamique intéressante en particulier pour la mise en place de formation auprès de l'ensemble des personnes intervenant auprès de la population âgée.

### 2.2.3 - Choix du territoire de proximité pour le développement du réseau

Suite à la réalisation de cette étude et à la détermination des scénarii, deux réunions internes à l'ARS de Picardie se sont déroulées. La première a permis de présenter ce projet et cette étude aux référents des différentes directions de l'ARS et de pouvoir bénéficier des compétences de chacun pour compléter et discuter des choix quant aux deux scénarii proposés. Ainsi, les représentants des directions de la *Protection et de la Promotion de la santé*, de la *Régulation de l'offre de santé* et de la *Politique Régionale de Santé dont les sous-directions Promotion et Prévention de la Santé, Handicap et Dépendance, Professionnels de santé et réseaux, hospitalisation et Stratégie Régionale de santé*, étaient présents lors de la première réunion.

L'appui de la sous-direction *Professionnels de santé et réseaux* a permis de mettre en évidence l'atout primordial du réseau gérontologique Baie de Somme Picardie Maritime possédant une activité très intéressante relative à la dépendance des personnes âgées. L'ajout d'un véritable axe « dénutrition » pouvait représenter un nouvel élan qui en période d'évaluation par l'ARS pour des raisons de financement relatives aux FIQCS avait besoin de se valoriser. Ce réseau nous aurait également permis de profiter d'un facteur facilité puisque qu'il présentait déjà une coordination entre les professionnels de santé et les professionnels intervenants auprès de la population âgée. Un premier choix s'est ainsi orienté vers la CC Authie Maye.

Une seconde réunion a permis de présenter ce projet à la directrice de la *Protection et de la Promotion de la Santé* et la directrice de la *Régulation de l'Offre de Santé*, afin de recueillir leurs appréciations ainsi que de déterminer un choix pertinent et de le valider en vue de poursuivre la concrétisation du projet. Ces deux directrices ont aussi vu beaucoup d'intérêt de s'orienter vers la CC Authie Maye qui disposait des avantages cités précédemment représentants des

## Partie 1 : Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées

facteurs facilitant dont ne disposaient pas les CC de l'Abbeillois et du Doullennais.

### 2.2.4 - Financement du projet

Le financement des réseaux de santé tel que le réseau gérontologique Baie de Somme Picardie Maritime est réalisé par les fonds FIQCS. L'objectif du FIQCS est de financer des actions, expérimentations, structures, réseaux, etc, dans le but d'améliorer l'efficacité du système de coordination des soins et de décloisonnement du système de santé (44). L'ARS de Picardie attribue ces financements FIQCS dans ce même objectif. Elle procédait à ce moment à une évaluation des projets financés afin de sélectionner les plus pertinents pour ces aides financières, et ne disposaient pas de moyen suffisant pour financer notre projet par le FIQCS. Cependant, notre projet avait pour objectif de prévenir la dénutrition de la population âgée. Il aurait ainsi pu faire l'objet d'une demande d'appel à projet de la sous-direction Prévention et Promotion de la Santé de l'ARS, pour l'année 2012.

### 2.2.5 - Initialisation du projet sur le territoire retenu et principaux axes de fonctionnement

Suite à la validation du projet sur la CC Authie Maye par la direction de l'ARS de Picardie, une rencontre avec les acteurs du réseau gérontologique Baie de Somme Picardie Maritime a permis d'approfondir nos connaissances sur le fonctionnement de ce dispositif, de leur présenter le projet et recueillir leurs intentions et motivations vis-à-vis de celui-ci.

Ainsi nous avons pu rencontrer les trois principaux salariés exerçant au sein du réseau : la directrice, l'infirmière et la secrétaire. La principale activité de ce réseau consistait à établir des bilans gériatriques complets auprès des personnes âgées principalement au niveau de leur dépendance, et de pouvoir ainsi mettre en œuvre une prise en charge adaptée par les professionnels concernés et réaliser une ré-évaluation et un suivi régulier tous les ans avec des méthodes adéquates. Les membres du réseau étaient très intéressés par ce projet qui leur aurait permis d'ajouter une plus-value à leurs activités. Une Assemblée Générale réunie quelques jours plus tard a permis de confirmer ce choix de poursuivre ce projet avec l'avis de l'ensemble des membres du réseau et notamment les membres du bureau de l'association. Le réseau gérontologique recouvrait également une autre portion de territoire hors de la CC Authie Maye, notamment la CC voisine du Nouvion en Ponthieu. Ceci représentait une occasion pour élargir nos objectifs à l'ensemble du territoire que recouvrait lui-même le réseau gérontologique et pouvoir toucher un public âgé plus large au niveau de nos objectifs. De plus, la CC du Nouvion en Ponthieu présentait un service de portage de repas à domicile et notre projet aurait permis d'améliorer les services proposés.

Le réseau gérontologique Baie de Somme Picardie Maritime ne représentait pas le seul acteur du projet et il était primordial d'obtenir une validation par les représentants des établissements de santé et les municipalités pour poursuivre le projet. Une prise de contact avait donc été programmée auprès de ces personnes dans le but de se réunir et recueillir leurs consentements.

Concernant la mise en œuvre du projet, il s'agissait de mettre en place des activités permettant de faciliter la prévention et la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée. Le projet s'appuyait ici sur une structure déjà existante, le réseau gérontologique Baie de Somme Picardie

Maritime, facilitant l'organisation et la planification de nouvelles activités. La thématique dénutrition aurait alors plus amplement été développée et utilisée lors du bilan gériatrique réalisé auprès des personnes âgées. La formation des acteurs étant identifiée comme besoin prioritaire (cf paragraphe 2.2.2.1.4.), le réseau gérontologique, l'hôpital local de Rue, celui de Saint Valéry sur Somme (CC Nouvion en Ponthieu), les EHPAD et services gérontologiques y étant rattachés, et les CC et communes de l'Authie Maye et du Nouvion en Ponthieu, auraient développés une activité de formation de toutes les personnes intervenants auprès de la personne âgée que ce soit en milieu hospitalier, en institution ou en ville à la sensibilisation à la dénutrition de la personne âgée, en développant les méthodes de prévention voire de prise en charge. Il s'agissait également d'organiser un schéma de coordination professionnelle afin de recenser et prendre en charge la dénutrition et le risque de dénutrition de manière optimale entre les professionnels de santé, du social, et ceux intervenant au quotidien à leur domicile.

Pour la suite de ce projet, la volonté de l'ensemble des acteurs cités précédemment était primordiale. La constitution d'un comité de pilotage était prévu parmi ces même acteurs, dans lequel auront pu être discuté les objectifs et activités précis du projet. Avant de débiter ces activités, il semblait également important de présenter le projet à l'ensemble des personnes ou structures acteurs de ce projet et en particulier aux professionnels intervenant au plus près de la personne âgée.

## 2.3 - Discussion

### 2.3.1 - Réalisation de la mission

#### 2.3.1.1 - Prospection de l'existant

La dénutrition est au cœur des problématiques de santé publique et de nombreuses études existent à ce sujet. Cependant, des taux de prévalence récents sont plus difficiles à obtenir et la plupart des données recueillies ne sont pas récentes. Il est donc parfois difficile de témoigner d'une évolution actuelle de la prévalence de la dénutrition.

L'étude des dispositifs existants a permis de prendre compte les limites et atouts des activités mises en œuvre. La rencontre plus particulière avec le responsable du réseau GEODE, Dr Bouteleux, a constitué pour notre projet un avantage considérable qui a permis de nous guider tout au long de la mission. Ces échanges représentent également une reconnaissance pour GEODE dans le sens où ce dispositif est valorisé par notre intérêt et par son utilisation comme modèle. De plus le responsable semble très investi au sein de GEODE et est prêt à nous accompagner ponctuellement dans la mise en place de notre projet. La rencontre avec l'association qui a procédé à l'évaluation du projet GEODE a permis de bien mettre en évidence les freins et leviers dans le développement d'un tel projet. Tous ces éléments ont été pris en compte et ont permis d'optimiser la mise en place de notre propre projet.

#### 2.3.1.2 - Étude de faisabilité

- **Analyse de la triade « Besoins – Demandes – Réponses »**

L'étude de la triade « Besoins – Demandes – Réponses » a permis de confirmer le réel besoin de



## Partie 1 : Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées

développer des actions en direction des personnes âgées permettant de prévenir l'état de dénutrition ou du risque de dénutrition, mais aussi en prévention de l'état de dépendance afin de vivre le plus longtemps possible en bonne santé et à domicile. L'analyse des demandes est cependant limitée car les données disponibles concernent principalement les soins curatifs et non les mesures préventives. En effet, une personne va souvent faire appel à un service uniquement si elle en ressent le besoin, et donc le trouble est déjà enclenché. De plus, les demandes émanant des personnes âgées sont souvent formulées de manière subjective ou individuelle, et sont ainsi trop peu fréquentes pour exiger une réponse collective de santé publique. Il est cependant ressorti principalement une volonté de rester vivre au domicile familiale plutôt que d'intégrer un établissement d'hébergement pour personne âgée. L'analyse des réponses a pu être facilitée par les documents et renseignements dont dispose l'ARS de Picardie au niveau des actions et projets de prévention développés au sein de la région.

### ● Définition des critères

La définition de critères a permis de faciliter notre choix final concernant le territoire d'implantation. Plusieurs critères avaient été proposés ; certains ont été regroupés par thème tel que c'est le cas pour le critère « d'offre de service », d'autres se sont estompés car n'ont pas semblé pertinents, notamment d'après l'expérience de GEODE tel que le critère d'offre de soins avec la densité en professionnels de santé. En effet, il semblait plus judicieux de s'intéresser davantage aux professionnels très proche de la personne âgées (tels que les intervenants et aides à domicile) qui seraient capables de repérer une dénutrition ou un risque de dénutrition par la relation qu'ils peuvent construire avec la personne âgée, plutôt qu'aux professionnels de la santé qui ne possèdent pas cet aspect de suivi quotidien.

### ● Exploitation des données et choix du territoire

L'étude de faisabilité et en particulier l'étude comparative entre les territoires a pu être mise en place essentiellement grâce aux diagnostics territoriaux de santé des pays de Picardie réalisés par l'OR2S à la demande du conseil régional. En effet, ces ressources disponibles ont permis d'obtenir des indicateurs précis pour chacun des territoires étudiés. Cependant, certaines données n'étaient pas disponibles car non encore publiées au moment de notre étude. La collaboration de l'OR2S a alors permis d'obtenir ces indicateurs. Néanmoins, les indicateurs non publiés fournis par l'OR2S n'ont pas toujours pu être actualisés rendant parfois ambiguë la comparaison entre les territoires. Ici encore, la place centrale de l'ARS en termes de santé publique a permis d'obtenir de nombreux renseignements supplémentaires. Grâce à toutes ces données, les forces et faiblesses de chacun des territoires ont pu être comparées afin d'orienter notre choix final. La comparaison et la hiérarchisation des territoires étudiés n'a pas toujours été aisée. En effet, il est apparu parfois difficile de départager certains indicateurs comparés pour chaque critère entre les différents territoires. Le choix réalisé uniquement a partir des données répertoriées durant l'étude semblait difficile. Les échanges avec les différents professionnels au sein de l'ARS mais aussi avec les acteurs de GEODE ont permis de guider et d'aider dans la prise de décision et la validation par la direction. En effet, les rencontres organisées au sein de l'ARS avec les différents référents des directions ont permis de porter une opinion extérieure au projet et de préciser certains éléments notamment en termes d'offres de services. Une première orientation avait été faite vers la CC du Doullennais de part les comparaisons réalisées et de part son aspect très rural et isolé. Mais il est apparu ces mêmes éléments au sein de la CC Authie Maye qui disposait de plus du réseau gérontologique Baie de

Somme Picardie Maritime. Ainsi, après réflexion, il est apparu essentiel pour notre projet tout comme pour ce réseau, de s'implanter sur la CC Authie Maye. Pour nous, ceci représente un réel appui puisque nous pourrions disposer des ressources déjà existantes au sein du réseau. Pour ce dernier, cela lui permet de diversifier ses activités et de créer une nouvelle dynamique.

### 2.3.1.3 - Initialisation du projet

La rencontre avec le réseau gérontologique a permis de présenter le projet et celui-ci a été bien accueilli par l'ensemble des acteurs présents, qui se sont investis pour le présenter de nouveau aux membres du bureau de l'association. Ainsi, tous les acteurs semblent favorables à développer ce projet sur les territoires des CC Authie Maye et du Nouvion en Ponthieu. L'agrandissement du territoire prévu initialement ne semble pas être un frein à la réalisation optimale du projet ; elle permet d'autant plus d'étendre celui-ci à un public plus vaste et pouvoir toucher un nombre plus important de personnes âgées.

### 2.3.2 - Conduite de la mission

La collaboration avec une équipe et des acteurs pluridisciplinaires a permis de faciliter la conduite de la mission grâce à l'expérience et l'apport de chacun, aussi bien au niveau méthodologique qu'au niveau du sujet proprement dit. En effet, de nombreux professionnels de branches différentes sont disponibles au sein même de l'ARS et ceci représente un avantage non négligeable pour la mise en place d'un tel projet.

Concernant le planning prévisionnel, il a été difficile de fixer un rétro-planning cohérent notamment au niveau du temps consacré pour chaque activité de la mission. Le début de la mission a pris du retard au niveau du rétro-planning du fait des difficultés dans le choix de la méthode à utiliser, mais aussi pour rencontrer des professionnels afin de recueillir leurs expériences dans ce domaine. Des retards aussi sont visibles en cours et en fin de mission du fait des difficultés pour fixer des rencontres avec les directions de l'ARS mais aussi du fait que le projet ne pouvait pas être présenté en dehors de l'ARS avant d'avoir obtenu l'aval de la direction. Il a fallu ainsi attendre la validation de la direction avant de pouvoir rencontrer quelconques acteurs externes à l'ARS dans le cadre de notre projet.

### 2.3.3 - Réponse aux objectifs de la mission et perspectives du projet

Cette mission ne peut pas représenter l'intégralité du projet car il s'agit d'initier la mise en place du dispositif sur le territoire qui a été choisi. L'étude de faisabilité a été réalisée, le territoire d'implantation a pu être choisi, les principaux axes de fonctionnement déterminés et les principaux acteurs du projet ont pu être rencontrés pour leur présenter le projet et recueillir leurs intentions et motivations vis-à-vis de celui-ci. Il avait été envisagé de constituer un comité de pilotage et de débiter l'orientation et l'élaboration des axes précis du projet, mais du fait des difficultés évoquées précédemment, ces activités n'ont pas pu conclure durant la période de la mission. L'ensemble de ces activités ne peuvent être conclues en si peu de temps, et la mission confiée consistait seulement en l'initialisation du projet de réseau pour la prévention et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées. La réalisation des différentes actions prévues quant aux différentes étapes afin d'initier le projet de manière

## **Partie 1 : Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées**

optimale, s'est déroulée convenablement. Ainsi l'objectif de la mission a pu être atteint puisque la phase préliminaire de mise en place du dispositif a été conduite.

La continuité de ce projet pourra avoir lieu dès le mois de septembre 2011 avec la concrétisation auprès de tous les acteurs et la constitution d'un comité de pilotage. Tout au long de ce projet porté par le réseau gérontologique Baie de Somme Picardie Maritime, l'ARS de Picardie restera un appui et un acteur actif. Le soutien du Conseil Général constitue également un élément important pour ce projet. Le financement par l'appel à projet de cette action par la sous direction prévention et promotion de la santé de l'ARS de Picardie permettra de rendre cette action opérationnelle dès l'année 2012.

Les actions de ce projet, en particulier la formation de tous les acteurs entourant la personne âgée, permettront de répondre à notre objectif stratégique relatif au dépistage, à la prévention et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées. En effet, cette action de formation permettra de donner aux acteurs les compétences nécessaires pour répondre à cet objectif. Une évaluation pourra être envisagée afin de notifier l'impact de cette action et d'estimer si celle-ci a réellement permis de répondre à notre objectif stratégique et a contribué à répondre à notre objectif général relatif à la prévention et la prise en charge des troubles nutritionnels en Picardie.



## 3 - Partie 2 : Améliorer la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux

### 3.1 - Méthodes

#### 3.1.1 - Conduite de la mission

Cette mission s'orientait sur la réalisation d'une enquête auprès de l'ensemble des établissements de santé (ES) et médico-sociaux (EMS) de la région Picardie permettant de recenser la mise en œuvre de CLAN mais aussi leur situation quant à la prévention et à la prise en charge des troubles nutritionnels. L'analyse de ces résultats aurait ainsi permis d'orienter les propositions d'actions en vue d'améliorer la politique et la pratique nutritionnelle de ces établissements.

Un planning prévisionnel a été dressé afin d'organiser les différentes activités de la préparation de notre enquête à la proposition des actions d'amélioration (Annexe VI : Rétro-planning objectif stratégique 2).

La collaboration avec différents professionnels au sein de l'ARS mais aussi avec quelques professionnels de santé extérieurs a permis d'obtenir des soutiens aussi bien sur la méthodologie, que sur le domaine médical spécifique contenu au sein de cette mission. La mise en œuvre de cette mission s'est également appuyée sur des expériences et travaux existants qui ont particulièrement été appréciés lors de la préparation de l'enquête et l'analyse des résultats.

#### 3.1.2 - Organisation de l'enquête

##### 3.1.2.1 - Population de l'enquête

L'enquête relative à la politique nutritionnelle réalisée auprès des ES et des EMS concernait l'ensemble de la région Picardie. Elle portait ainsi sur l'ensemble des 5 territoires de santé de Picardie définis dans le cadre de la loi Hôpital Patients Santé Territoires et arrêtés par l'ARS de Picardie le 21 septembre 2010 (30) (Annexe II : Les territoires de santé HPST arrêtés par l'ARS de Picardie).

Quatre catégories de structures sont enquêtées :

- Les établissements intervenants sur la santé des usagers, parmi lesquels :
  - les établissements de santé (ES) : centres hospitaliers, hôpitaux locaux, cliniques, etc.
  - les établissements de soins à domicile (ESD) : services de soins infirmiers à domicile, hospitalisation à domicile.
- Les établissements médico-sociaux (EMS) :
  - Les établissements accueillant des personnes âgées : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), Maison d'Accueil pour Personnes Âgées Dépendantes (MAPAD), Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées (MARPA)...

- Les établissements accueillant des personnes en situation de handicap : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile, Maison d'Accueil Spécialisée, Institut Médico-Éducatif, Foyer d'Accueil Médicalisé, ...

Ces structures étaient recensées dans le fichier FINESS (Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux) géré au niveau régional par la direction de la politique régionale de l'ARS de Picardie. Tous les établissements ont été sollicités par cette enquête. Ceux présentant différentes structures (Soins à domiciles, hospitalisation à domicile, etc) répondaient une seule fois à l'enquête. Par ailleurs, cette enquête aura également permis de réaliser un recensement des CLAN et des UTN existants au sein de ces établissements.

### 3.1.2.2 - Recueil des données

#### 3.1.2.2.1 - Élaboration d'un questionnaire

Cette enquête par questionnaire permettait de quantifier et de qualifier les informations collectées auprès des établissements quant à leur fonctionnement en termes d'alimentation et de nutrition.

L'élaboration du questionnaire a été réalisée par l'ARS de Picardie et plus particulièrement par le groupe référent nutrition de la sous direction de la prévention et promotion de la santé. Ce groupe a élaboré une grille de questions qualitatives à réponses multiples ou ouvertes, associées à des questions quantitatives en nombre limité. Des travaux de référence ont été utilisés lors de cette phase d'élaboration du questionnaire, en particulier des textes officiels et des enquêtes antérieures et appropriées. Cette grille était proposée pour validation à un médecin responsable d'un CLAN.

Le formulaire de l'enquête identique pour chaque établissement a été enregistré via un formulaire *Google Documents*<sup>®</sup> directement disponible sur internet. Celui-ci permettait de répondre à l'enquête via le lien internet correspondant. Ce formulaire permettait ainsi la saisie directe sur internet des réponses par les établissements. De plus, il rendait possible l'obligation de répondre à certaines questions permettant ainsi d'obtenir un taux de réponses exhaustif pour celles-ci.

Les questions permettaient d'obtenir des réponses déclaratives sous forme de variables qualitatives et quantitatives :

- Questions fermées :
  - Variables discrètes ou qualitatives : elles sont en général binaire (2 classes) ou nominale (plus de 2 classes). De plus, il est parfois proposé aux établissements de développer leur réponse en commentant ou en précisant une autre modalité possible en cochant la case « autre ».
- Questions ouvertes permettant des réponses libres :
  - Variables continues ou quantitatives : questions en nombre limité permettant notamment de préciser un budget ou un taux de prévalence.
  - L'établissement avait la possibilité de développer sa réponse réponse à une question fermée qualitative en la commentant ou en la précisant en cochant la modalité « autre ».

Les textes de référence en lien avec les questions posées étaient indiqués sur le formulaire de

## Partie 2 : Améliorer la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux

l'enquête en note pour aider à la compréhension du questionnaire. Il s'agissait en particulier de la consultation du texte de la circulaire ministérielle de mars 2002 définissant le CLAN et l'UTN (25).

### 3.1.2.2.2 - Déroutement de l'enquête

Le questionnaire identique pour chaque établissement a été adressé via internet à la direction de l'établissement, accompagnée d'une lettre de la direction « Prévention et Promotion de la Santé » expliquant les enjeux de cette enquête. Il était donc nécessaire de recueillir l'ensemble des adresses électroniques des établissements afin de créer une liste de diffusion et ainsi notre courrier électronique avec le lien internet, du formulaire, et la lettre d'accompagnement. Des relances ont été prévues pour inciter les établissements à s'investir dans notre projet et à répondre à notre enquête.

### 3.1.2.3 - Traitement des données

L'utilisation d'un formulaire *Google Documents*<sup>®</sup> permettait d'exporter directement les résultats des établissements dans un tableur *Microsoft Excel*<sup>®</sup>.

Une grille d'analyse des variables a été préalablement élaborée de manière à définir les analyses univariées et bivariées. Ces analyses ont été réalisées à l'aide de tableaux croisés dynamiques du tableur *Microsoft Excel*<sup>®</sup> et du logiciel *Epi info*<sup>™</sup> 3.5.3. Le test du Chi-deux et le test exact de Fisher ont été utilisés afin de vérifier s'il existait une différence significative entre deux ou plusieurs modalités, ou encore afin de vérifier s'il existait une association entre deux variables. Les questions ouvertes donnant lieu à des réponses qualitatives étaient analysées au sein du groupe de travail afin de déterminer les thèmes redondants. Les principaux résultats de ces analyses sont présentés dans la partie résultats (cf paragraphe 3.2.) dans lesquels les intervalles de confiance annoncés pour l'étude des fréquences correspondent au risque  $\alpha=0,05$  lorsque rien n'est précisé.

### 3.1.3 - Proposition d'axes d'amélioration

L'analyse et le croisement des données ont permis de ressortir les principaux points positifs et négatifs quant aux pratiques au sein des établissements. Elle ont également permis de relier un phénomène redondant à une pratique spécifique ou inversement. Ainsi, les principaux points sensibles ont été relevés, et hiérarchisés. Des constats ont alors pu être rédigés à partir de ces éléments et des actions d'amélioration ont été proposées. Ces axes ont été proposés à la direction de l'ARS qui pourra les utiliser en vue d'améliorer la politique nutritionnelle des ES et EMS de la région Picardie.

Une restitution des résultats de l'enquête ainsi que l'évocation de ces axes était prévue en fin de mission, afin de poursuivre l'implication des établissements dans cette préoccupation quant à la politique nutritionnelle.

## 3.2 - Résultats

### 3.2.1 - Élaboration du questionnaire

Des travaux de référence ont été utilisés lors de l'élaboration du questionnaire, parmi lesquels :

- des textes officiels :
  - Circulaire DHOS/E1 n°2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé (25),
  - Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée de la Haute Autorité de Santé (2007) (21),
- des enquêtes antérieures :
  - Nutrition et établissements de santé en Picardie (Cachera I., et al., 2004) (45),
  - État des lieux des CLAN en 2004 (Vidal J. et al., 2005) (27),
  - État des lieux en 2008 des Comités de Liaison Alimentation Nutrition et des Unités Transversales de Nutrition Clinique. (Desport JC. et al., 2010). (29),
  - Prévention et prise en charge de la dénutrition dans les structures des Pays de la Loire accueillant des personnes âgées dépendantes. (Comité technique régional nutrition santé des Pays de la Loire, ORS des Pays de la Loire, 2010) (46).

Afin de recueillir des informations pertinentes, les questions posées s'orientaient sur:

- La création et le fonctionnement, ou le projet de CLAN,
- La création et le fonctionnement, ou le projet d'UTN,
- La présence et le fonctionnement d'une activité de restauration,
- La présence et le fonctionnement d'une activité de nutrition, particulièrement le dépistage et la prise en charge de la dénutrition, du surpoids et de l'obésité,
- Les besoins et attentes en termes de formation,
- La mutualisation intra et inter-établissements et leur intérêt pour rejoindre des réseaux de prévention et de prise en charge des pathologies nutritionnelles.

Le support élaboré détaillant l'ensemble des questions est disponible en annexe (Annexe VII : Questionnaire de l'enquête). Le formulaire contenant 35 questions a été validé par un médecin responsable d'un CLAN.

### 3.2.2 - Déroulement de l'enquête

Les adresses électroniques des établissements étaient le plus souvent disponibles au sein du fichier FINESS, ou encore au sein des différents services de l'ARS en relation avec ces structures. Cependant, des adresses électroniques restaient toujours manquantes. Des recherches via internet et des contacts téléphoniques ont permis d'obtenir une liste exhaustive, excepté pour certains établissements pour lesquels l'enquête a pu être échangée par fax.

Un message électronique a été envoyé aux établissements le 21 février 2011, afin de présenter l'intérêt de notre enquête et de solliciter leurs réponses. La lettre de la direction de la « Protection et Promotion de la Santé » était intégrée à ce message (Annexe VIII : Courrier de la direction de la protection et de la promotion de la santé accompagnant l'enquête.). La date d'échéance pour y répondre était fixée au 10 mars 2011. Suite à des retours, un complément d'enquête comprenant le questionnaire dans sa version intégrale en pièce jointe a été envoyé aux établissements le 23 février 2011. Ce complément permettait une visualisation intégrale du



## Partie 2 : Améliorer la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux

questionnaire qui n'était pas possible en disposant uniquement du lien internet de l'enquête. Une relance a été adressée le 7 mars aux structures n'ayant pas déjà répondu, puis le 10 mars en proposant un délai supplémentaire jusqu'au 17 mars 2011.

### 3.2.3 - Traitement des données

La grille d'analyse des variables préalablement déterminée est disponible en annexe (Annexe IX : Grille d'analyse des variables). Elle reprenait chacune des variables utilisée dans l'enquête et associait la population à prendre en compte ainsi que les autres variables auxquelles chacune d'entre elles pouvait être croisées. Cette grille a permis de faciliter l'analyse des données de l'enquête, avec l'utilisation des tableaux de croisés dynamique et les tests statistiques du Chi-deux et de Fisher.

### 3.2.4 - Population de l'enquête/ Taux de réponse

Quatre cents établissements ont été enquêtés. Il s'agissait de 70 ES, 57 ESD, 155 EMS accueillant les personnes âgées, et 118 EMS accueillant des personnes handicapées.

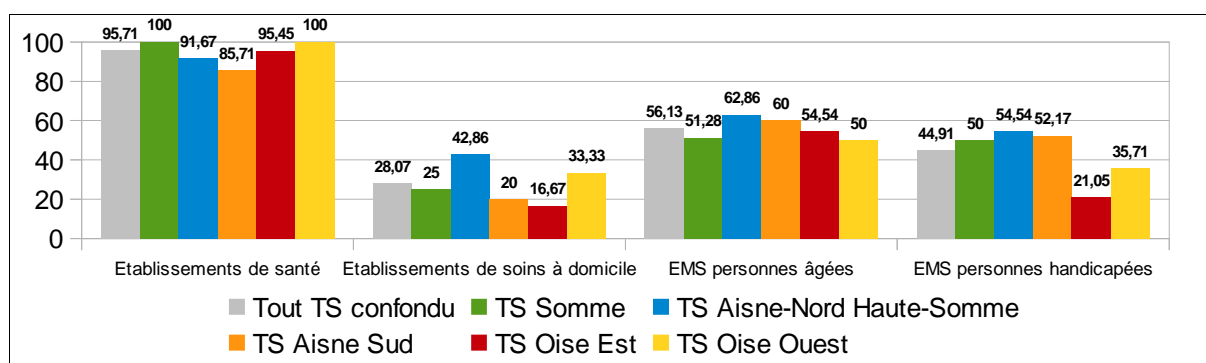


Figure 4: Taux de réponses à l'enquête selon les catégories d'établissements et les territoires de santé (en%).

Sur les 400 établissements sollicités, 223 établissements ont répondu à l'enquête, soit un taux de participation de 55,8%. Les ES ont répondu à hauteur de 95,7% contre 56,1% pour les EMS accueillant des personnes âgées, 44,9% de ceux accueillant des personnes handicapées et 28,1% pour les ESD (Figure 4). En considérant l'ensemble des établissements, les EMS accueillant des personnes âgées représentaient la plus grande part des réponses à cette enquête (39,0%), suivi des ES (23,8%) (Figure 5). Les ESD ne représentaient que 7,1% des établissements du fait notamment de leur faible représentation parmi les établissements contactés.

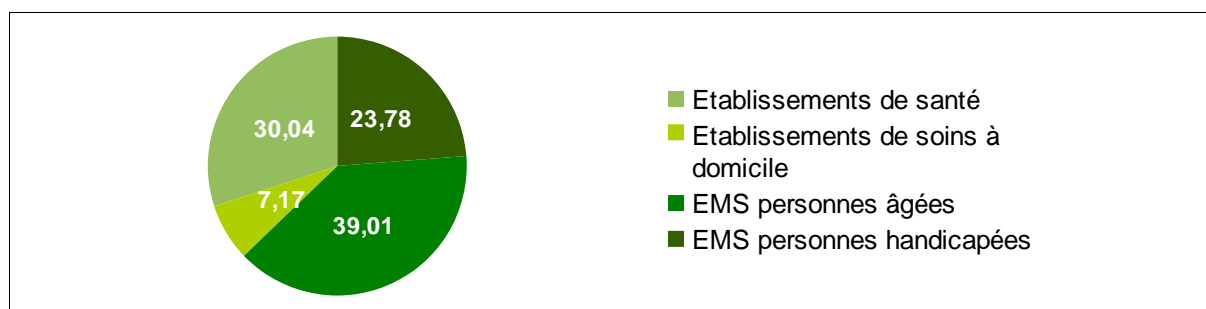


Figure 5: Répartition de la totalité des réponses selon les catégories d'établissements (en %).

### 3.2.5 - État des lieux des CLAN et UTN

#### 3.2.5.1 - Effectifs des CLAN et inter-CLAN

En 2011, 48 ES disposaient de leur propre CLAN. Deux autres établissements évoquaient l'existence d'un CLAN alors qu'il s'agissait en réalité d'une commission menu. De plus, dix établissements formaient 5 inter-CLAN :

- 4 inter-CLAN étaient formés par regroupement autour d'un CLAN existant. Chacun de ces inter-CLAN comptait 2 à 3 établissements :
  - 3 inter-CLAN étaient formés de plusieurs ES.
  - 1 inter-CLAN était formé d'un ES et d'un EHPAD.
- une structure de groupe d'accueil et de services aux personnes âgées au niveau national, formait un inter-CLAN entre ses établissements dont l'un situé en Picardie.

Concernant les ES qui ont répondu à l'enquête :

- 82,1% présentaient un CLAN ou inter-CLAN, soit 55 ES.
- 17,9% n'avaient pas de CLAN, soit 12 ES.

Une liste des CLAN et inter-CLAN existants a pu être dressée grâce à laquelle une cartographie a été réalisée permettant de visualiser l'évolution de l'implantation de CLAN et inter-CLAN au cours des années 2004, 2008 et 2011 (Annexe X : Cartographies des CLAN en Picardie.).

D'après la figure 6, le nombre de CLAN a doublé entre l'année 2004 et 2011 ; il est passé de 25 CLAN à 54. Le nombre de CLAN présentait une évolution positive plus ou moins importante selon les périodes. En effet, les années 2003, 2004 et 2007 présentaient un nombre de création beaucoup plus important (respectivement 8, 13 et 7 CLAN créés). L'importance de création de CLAN durant l'année 2004 pouvait être rapporté à :

- la publication en 2002 de la circulaire DHOS/E n°2002-186 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé, préconisant la mise en place de CLAN (25),
- la publication en janvier 2004 d'un document « le CLAN en 10 questions » permettant de présenter l'intérêt et le fonctionnement d'un CLAN (47),
- la réalisation d'une enquête par la DRASS, auprès des ES de Picardie sur la mise en place de CLAN en 2004 (45).

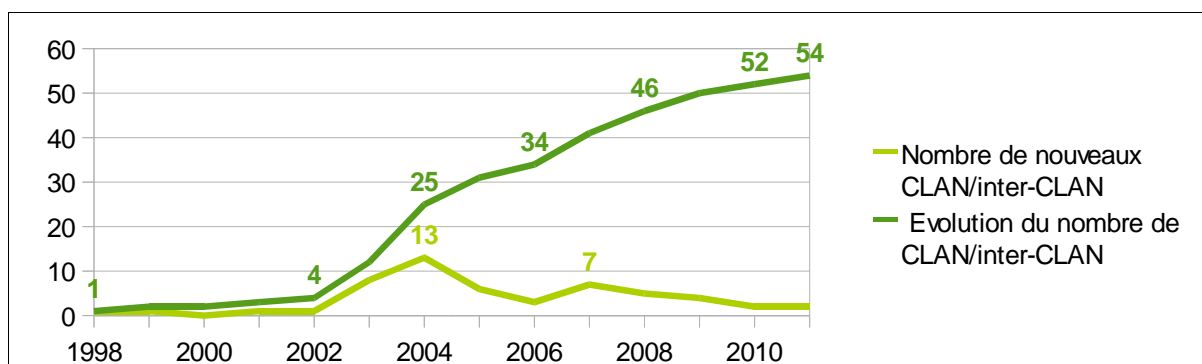


Figure 6: Évolution du nombre de CLAN et d'inter-CLAN en Picardie entre 1998 et 2011.

#### 3.2.5.2 - Fonctionnement du CLAN

Les CLAN et inter-CLAN se réunissent en moyenne  $2,90 \pm 0,95$  fois dans l'année (n=52), et près des trois quarts programmaient des réunions au moins 3 fois par an. La plupart des CLAN

## Partie 2 : Améliorer la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux

s'impliquaient dans leur développement. Les actions (programmées en 2010) disponibles dans le tableau VI visaient à améliorer ou optimiser la politique nutritionnelle globale des établissements. Les inter-CLAN étaient assez investis dans l'harmonisation de leurs pratiques et de leurs outils avec la mise en place de protocole (dépistage, prise en charge, hygiène, restauration), d'outils de suivi (fiche de surveillance), et d'outils de mesures anthropométriques.

Tableau VI: Principales actions mises en œuvre par les CLAN et inter-CLAN hiérarchisées par nombre de citation, d'après l'enquête.

Thème	Exemples d'actions
1 Réorganisation et amélioration de la qualité de la restauration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation d'enquêtes de satisfaction</li> <li>• Adaptation de l'offre alimentaire</li> <li>• Aménagement des horaires et des lieux des repas</li> <li>• Évaluation/audit sur la qualité</li> </ul>
2 Formation du personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge des patients (professionnels de santé)</li> <li>• hygiène, HACCP (personnel de restauration)</li> </ul>
3 Recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation, enquêtes...</li> </ul>
4 Évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation de l'EPP</li> </ul>
5 Education du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation journée à thème</li> <li>• Rédaction de livrets</li> <li>• Mise à disposition des guides PNNS</li> </ul>
6 Investissement en matériel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pèse personne, toise..</li> <li>• Lèves malades</li> <li>• Restauration (couteaux dentelés, etc)</li> </ul>
7 Harmonisation des pratiques et réorganisation des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutualisation d'outils et de pratiques</li> <li>• Mise en place de suivi entre les services et la restauration.</li> </ul>

Un grand nombre de CLAN ont pu constater des améliorations depuis leurs créations, en particulier au niveau de :

- La prise en charge du patient (avec notamment un meilleur suivi),
- L'augmentation des compétences et implication des professionnels (et prise de conscience importante),
- La collaboration entre les différents professionnels (et enrichissement /échanges expériences, etc),
- La satisfaction du patient par la restauration et par sa prise en charge nutritionnelle,
- Les conditions de travail du personnel (matériel, structure, etc.)

La première difficulté mise en avant concernant le CLAN était le manque de temps et de personnel. Il était également évoqué des difficultés par un manque d'implication du personnel, un manque de concordance au niveau de l'organisation ou encore un manque de moyens financiers. Dix CLAN précisaient qu'ils ne présentaient aucune difficulté.

### 3.2.5.3 - Projet de CLAN

Parmi les ES ne disposant pas actuellement de CLAN, 41,7% n'en avaient pas le projet. Les EMS étaient marqués par un nombre de projets de CLAN ou d'inter-CLAN assez encourageant (16 établissements disposaient d'un projet).

Treize CLAN et neuf inter-CLAN seraient en projet selon l'enquête. Pour les inter-CLAN, 4 seraient formés à partir de CLAN déjà existants, 3 se formeraient par rapprochement direct des différentes structures impliquées, et deux établissements n'avaient pas précisés leur réponse. Si ces projets se réalisent, le nombre de CLAN/inter-CLAN devrait connaître une augmentation rapide durant l'année 2011 (Figure 7).

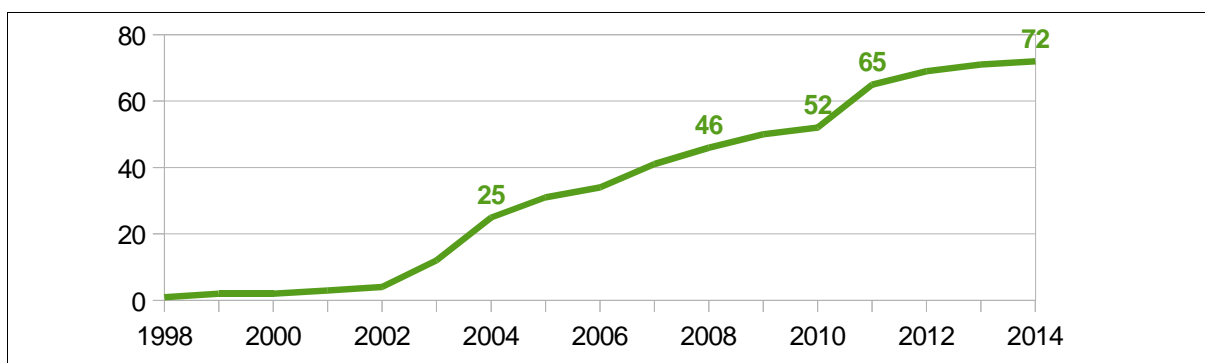


Figure 7: Évolution du nombre de CLAN/inter-CLAN en Picardie selon les projets évoqués par les établissements.

Les principales difficultés apparaissant face à certains projets d'inter-CLAN étaient le manque de professionnel (absence de la fonction dans l'établissement), le manque de temps ou encore les difficultés de proximité géographique entre les établissements. Les projets de CLAN semblaient rencontrer moins de difficultés.

#### 3.2.5.4 - Unités Transversales de Nutrition

Seul un ES déclarait avoir une UTN (soit 1,5%). Du fait du faible nombre d'UTN, les analyses de liaison avec les autres variables de l'enquête ne seraient pas pertinentes. De plus, l'établissement précisait que l'UTN, composée de 10 personnes, était encore en cours de constitution et en réflexion autour du dépistage de la dénutrition, du surpoids et de l'obésité, ou encore de la mise en place d'éducation thérapeutique nutritionnelle en ambulatoire. Onze établissements présentaient des projets d'UTN, parmi lesquels huit établissements présentaient déjà un CLAN ou un inter-CLAN soit 88,9% (n=9).

### 3.2.6 - Éléments relatés à la mise en place et au fonctionnement d'un CLAN

#### 3.2.6.1 - Présence d'un diététicien

Plus de la moitié des établissements ayant répondu à l'enquête (56,6%) bénéficiaient des services d'un diététicien, étant vacataire dans les deux tiers des cas. 15,2% des ES ne disposaient pas de tels services. Concernant les EMS, un diététicien intervenait dans plus de la moitié de ceux accueillant des personnes âgées, vacataire dans la plupart des cas, et dans près de 40% de ceux accueillant les personnes en situation de handicap. Les ES disposant d'un CLAN présentaient une fréquence plus importante non significative de la présence d'un diététicien (87,0% vs 75,0%, p=0,26).

## Partie 2 : Améliorer la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux

### 3.2.6.2 - Activité de restauration

#### ● Service de repas

86,9% des établissements ayant répondu à l'enquête servaient des repas, dont la majorité 4 repas par jour, en particulier les ES ainsi que les EMS accueillant les personnes âgées. Aucun ESD ne servait de repas, ces derniers n'intervenant pas au niveau de la restauration.

#### ● Budget Alimentaire

Les établissements servant 4 repas par jour présentaient un budget alimentaire variable entre 1,53 € et 20€, dont la moyenne budgétaire par jour et par personne était de  $6,32 \pm 0,67$  €. Cette moyenne était plus faible dans les EMS accueillant les personnes âgées ( $5,64 \pm 0,71$  €) et 3 de ces établissements déclaraient un budget inférieur à 3,5€ pour 4 repas servis. Les budgets alimentaires des ES disposant de CLAN n'étaient pas significativement différents de ceux des ES ne disposant pas de CLAN (respectivement  $7,29€ \pm 1,66$  et  $7,07€ \pm 2,93$ /jour/personne).

#### ● Instance des menus

91,2% des établissements servant des repas disposaient d'une instance permettant d'établir les menus. Il s'agissait d'une commission des menus pour 75% ou d'une instance équivalente pour 16,2%. Il n'y avait pas de différences significatives entre la présence d'une telle instance avec les différentes catégories d'établissements (ES 90,8%, EMS personnes âgées 91,9%, EMS personnes handicapées 90,2%), avec la présence d'un CLAN (88,7% vs 100%,  $p=0,28$ ) ou encore avec la présence d'un diététicien au sein des ES (89,1% vs 100%,  $p=0,35$ ).

### 3.2.6.3 - Prise en compte des attentes des usagers au niveau de la restauration

#### ● Recueil des goûts et des préférences

71,9% des structures servant des repas déclaraient effectuer systématiquement un recueil des goûts et des préférences du patient ou du résident à son admission. Ce recueil était plus fréquent dans les EMS accueillant les personnes âgées (86,1%). Cette proportion n'atteignait que 66,2% dans les ES et 51,2% dans les EMS accueillant des personnes en situation de handicap. La présence d'un CLAN et l'intervention d'un diététicien au sein des ES n'influençaient pas significativement la mise en place de ce recueil malgré une fréquence plus importante lorsqu'il n'y avait pas de CLAN ni de diététicien (respectivement 64,2% vs 75%,  $p=0,36$  et 63,6% vs 80%,  $p=0,27$ ). En revanche la présence d'une instance menu influençait positivement mais non significativement ce résultat (73,1% vs 58,8%,  $p=0,16$ ).

#### ● Possibilités de modification des menus

81,8% des établissements servant des repas proposaient la possibilité de modifier le menu si celui-ci ne convenait pas aux usagers. Cette possibilité était davantage marquée au sein des établissements accueillant des personnes âgées (93,0%) et était moins fréquente au sein des établissements accueillant des personnes en situation de handicap (61,0%). Un lien significatif pouvait être mis en évidence (avec un risque  $\alpha=0,1$ ), entre la possibilité pour les usagers de modifier le menu et la présence d'une instance menu (83,4% vs 64,7%,  $p=0,064$ ). En revanche il n'existait pas de différence significative au sein des ES entre la possibilité de modifier le menu et la présence d'un diététicien (80,0% vs 80,0%,  $p=0,64$ ) ou la présence d'un CLAN (77,4% vs

91,7%,  $p=0,25$ ).

- **Enquêtes de satisfaction**

Plus des trois quarts des établissements servant des repas déclaraient réaliser une enquête de satisfaction (79,7%). Les EMS accueillant des personnes en situation de handicap réalisaient ces enquêtes beaucoup moins souvent que les ES ou les EMS accueillant les personnes âgées (43,9% vs 92,3% et 87,2%). La présence d'une instance menu induisait une fréquence plus importante non significative de réalisation d'enquêtes de satisfaction (81,1% vs 64,7%,  $p=0,1$ ). La fréquence des ES réalisant des enquêtes augmentait significativement (au risque  $\alpha=0,05$ ) avec la présence d'un CLAN (96,2% vs 75%,  $p=0,04$ ). Cette fréquence était également plus importante lorsqu'un diététicien intervenait mais de manière non significative (94,5% vs 80%,  $p=0,17$ ). Dans 83,6 % des cas, les établissements déclaraient que les usagers étaient satisfaits de la restauration ; seulement 1,3% des établissements déclaraient une faible satisfaction.

### 3.2.6.4 - Considération de la nutrition

La nutrition était considérée comme un soin pour plus de la moitié des établissements de Picardie. Cependant, il existait une disparité entre les catégories d'établissements. La nutrition était considérée prioritairement comme un soin pour les ES et les ESD (respectivement 81,8% et 60,0%) qui précisaient parfois que la nutrition faisait partie intégrante des soins. La nutrition relevait davantage d'un caractère qualitatif au niveau de la restauration pour les EMS accueillant les personnes âgées et les personnes en situation de handicap (respectivement 57,5% et 54,7%). Même si le soin n'était pas la priorité dans la plupart des établissements accueillant des personnes âgées, certains précisaient que la nutrition devenait un soin dès lors que les résidents présentaient une pathologie liée à la nutrition. Certaines structures avaient également précisé qu'elles ne distinguaient pas de priorité entre les critères, notamment entre le soin et la qualité, ou entre l'ensemble des trois critères. Au sein des ES, la nutrition considérée comme un soin était plus fréquente avec la présence d'un CLAN (83,3% [70,7–92,1] vs 75,0% [42,8–94,5]), et avec l'intervention d'un diététicien (83,9% [71,7–92,4] vs 70% [34,8–93,3]) mais ces différences n'étaient pas significatives.

### 3.2.6.5 - Dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels

#### 3.2.6.5.1 - Connaissance de la prévalence des troubles nutritionnels au sein de l'établissement

- **Connaissance de la prévalence de la dénutrition**

La prévalence de la dénutrition était déclarée connue dans le quart des établissements. Ce taux était variable en fonction des catégories d'établissement. Les EMS accueillant les personnes âgées présentaient une connaissance de la prévalence de la dénutrition plus fréquente (41,4% [30,9–52,4]), mais cette différence n'était pas significative. Il n'existait pas de différence significative de la connaissance de la prévalence de la dénutrition au sein des ES disposant d'un CLAN ou non, malgré une fréquence plus importante au sein de ceux ayant un CLAN. (20,4% vs 16,7%,  $p=0,56$ ). Les taux de prévalence déclarés et exploitables permettaient de dégager une prévalence beaucoup plus importante au sein des ES (0,36) et plus faible pour les EMS accueillant les personnes âgées (0,18) (Tableau VII).

**Partie 2 : Améliorer la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux**

Tableau VII: Valeurs de la prévalence de la dénutrition calculée d'après l'enquête au sein des différents établissements.

Type d'établissements	Nombre d'établissements considérés	Valeur de la prévalence moyenne calculée
Établissements de santé	12	0,36
Établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées	24	0,18
Établissements médico-sociaux accueillant les personnes en situation de handicap	4	0,23
Établissements de soins à domicile	-	Non réponse

● **Connaissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité**

La prévalence du surpoids et celle de l'obésité étaient déclarées connues dans près du quart des établissements. Les ESD et les EMS accueillant les personnes en situation de handicap connaissaient plus souvent la prévalence du surpoids et de l'obésité (respectivement 25,0% et 30,2%) que celle de la dénutrition (18,9%), à l'inverse des ES et des établissements accueillant les personnes âgées. La présence d'un CLAN au sein des ES n'était pas favorable à la connaissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité (11,1% vs 16,7%, p=0,45). Les taux de prévalence déclarés pour le surpoids et l'obésité n'étaient cependant pas exploitables du fait que la différence entre ces deux stades n'était pas réalisée : bien souvent un seul taux était indiqué par les établissements ayant répondu à cette question.

3.2.6.5.2 - Dépistage des troubles nutritionnels

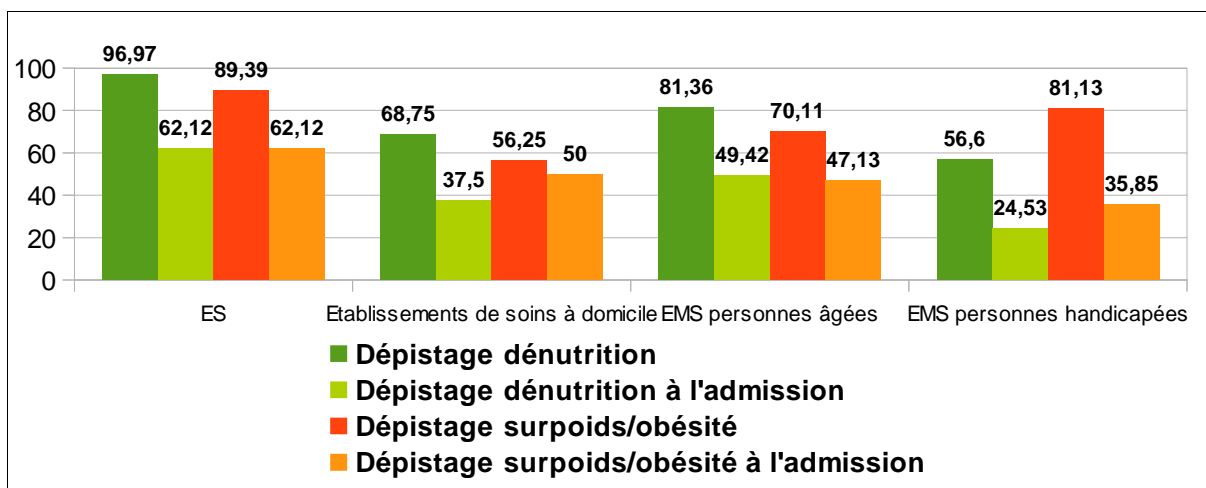


Figure 8: Pratique du dépistage de la dénutrition, du surpoids et de l'obésité selon les établissements (en %).

● **Dépistage de la dénutrition**

Un dépistage de la dénutrition était réalisé dans 81,5% des établissements avec un taux de dépistage à l'admission de 46,4%. Le dépistage était plus fréquent dans les ES et dans les EMS accueillant les personnes âgées (respectivement 97,0% et 81,4%). La fréquence de l'action de dépistage de la dénutrition n'était pas significativement différente lorsque l'ES disposait d'un CLAN (98,1% vs 91,7%, p=0,33) et d'un diététicien (98,2% vs 90,0%, p=0,28). La fréquence du

dépistage de la dénutrition était mensuel voire plus fréquent pour 65,9% des établissements dont la réponse était exploitable (n exploitable =88) sans différence significative entre les types d'établissement.

Une relation significative pouvait être établie entre la présence d'un CLAN au sein des ES et la présence d'un protocole pour le dépistage de la dénutrition (50,9% vs 0%, p=0,001). La mise en place d'un tel protocole était également plus fréquente lorsqu'un diététicien était présent au sein de l'établissement mais la différence n'était pas significative (45,5% vs 22,2%, p=0,17).

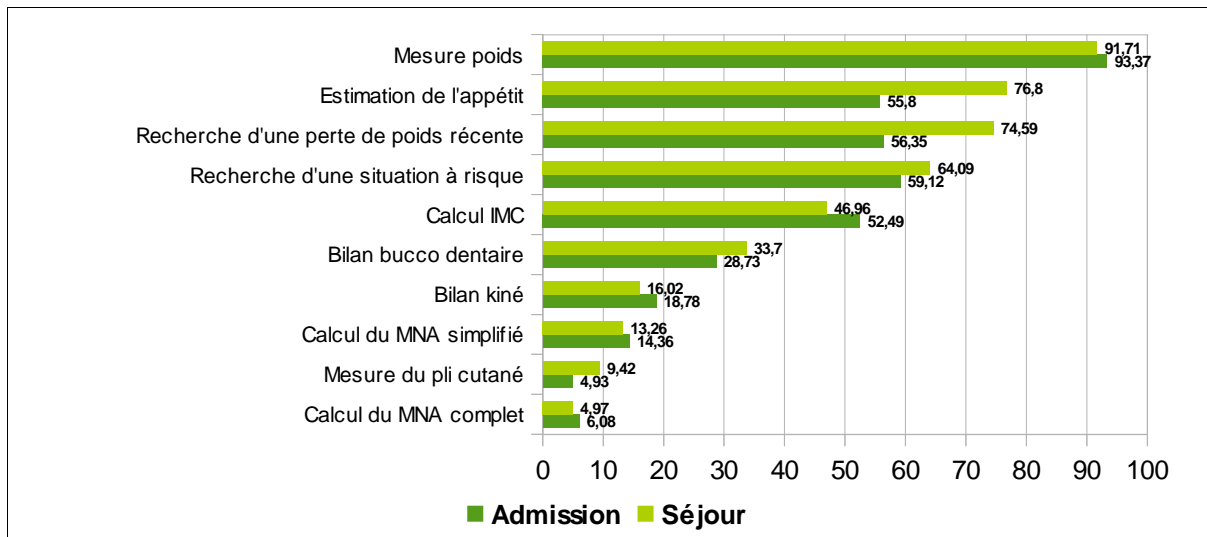


Figure 9: Fréquence d'utilisation de chaque méthode de dépistage de la dénutrition par l'ensemble des établissements à l'admission et pendant le séjour des usagers (%).

La mesure du poids était la méthode la plus fréquemment utilisée pour dépister la dénutrition (Figure 9). La recherche d'une situation à risque, d'une perte de poids récente ou encore l'estimation de l'appétit et le calcul de l'IMC étaient des méthodes chacune employée par plus de la moitié des établissements, et présentant une fréquence plus importante au sein des ES. Durant le séjour, les recherches de variations relatives à l'appétit, ou au poids étaient beaucoup plus fréquentes qu'à l'admission (respectivement 76,8% vs 55,8% et 74,6% vs 56,3%).

#### ● Dépistage du surpoids et de l'obésité

Un dépistage du surpoids et de l'obésité était déclaré réalisé dans 77,5% des établissements, avec un dépistage à l'admission de 49,1%, équivalent à celui de la dénutrition (46,4%). Ce dépistage était plus fréquent dans les ES (89,4%) et les EMS accueillant les personnes en situation de handicap (81,1%). Une relation significative (au risque  $\alpha=0,1$ ) pouvait être établie entre le dépistage du surpoids et de l'obésité et l'intervention d'un diététicien au sein de l'ES (92,9% vs 70,0%, p=0,06). En revanche la présence d'un CLAN au sein des ES ne semblait pas favoriser ce dépistage, au contraire : 88,9% contre 91,7% dans les ES ne disposant pas de CLAN. La fréquence du dépistage du surpoids et de l'obésité était mensuelle voire plus fréquente pour 70,0% des établissements dont la réponse était exploitable (n=90).

Seulement 16,9% des structures déclarant dépister le surpoids et l'obésité, disposaient d'un protocole. La présence de ce protocole était plus fréquente au sein des EMS accueillant les personnes en situation de handicap (23,3%) et ceux accueillant les personnes âgées (18,0%). La disposition d'un protocole pour le dépistage du surpoids et de l'obésité était plus fréquente au



## Partie 2 : Améliorer la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux

sein des ES lorsque ceux-ci disposaient d'un diététicien (13,5% vs 0%,  $p=0,39$ ). En revanche, la présence d'un CLAN n'influçait pas la disposition de ce protocole au contraire (10,4% vs 18,2%,  $p=0,39$ ).

Les méthodes employées pour le dépistage du surpoids et de l'obésité ne mettaient pas en évidence de disparité entre le dépistage à l'admission et pendant le séjour. La mesure du poids était la méthode la plus fréquemment employée au sein de chaque catégorie d'établissement (près de 90% des établissements qui réalisaient un dépistage). Le calcul de l'IMC constituait la deuxième méthode la plus fréquemment rencontrée.

### En comparaison

Un dépistage était réalisé à la fois pour le surpoids, l'obésité et la dénutrition dans 71% des établissements notamment dans les ES et les EMS accueillant les personnes âgées. Le dépistage ne se faisait dans aucun des cas dans 12% des établissements, en particulier dans les EMS. Seulement 10,8% des établissements dépistant à la fois la dénutrition, le surpoids et l'obésité, disposaient d'un protocole pour chacun de ces dépistages et plus de la moitié des établissements ne possédaient aucun protocole pour ces dépistages (56,7%).

### 3.2.6.5.3 - Prise en charge et suivi des troubles nutritionnels

#### ● Prise en charge de la dénutrition

Bien que 81,5% des établissements réalisaient un dépistage de la dénutrition, ils étaient 84,7% à déclarer prendre en charge la dénutrition. Cette incohérence était particulièrement notée au sein des établissements accueillant les personnes âgées : 87,4% la dépistaient et 95,4% la prenaient en charge. Les ES et les EMS accueillant des personnes âgées, présentant une prévalence de la dénutrition plus importante, prenaient plus fréquemment en charge la dénutrition.

La prise en charge de la dénutrition était plus fréquente lorsqu'un diététicien intervenait au sein de l'ES (98,2% vs 90%,  $p=0,28$ ) mais cette différence n'était pas significative ; en revanche la prise en charge était systématique lorsque le diététicien était salarié. Il n'existait pas de distinction significative entre la présence ou l'absence d'un CLAN et la prise en charge de la dénutrition au sein des ES (98,1% vs 91,7%,  $p=0,33$ ).

Parmi les 188 établissements ayant déclarés prendre en charge la dénutrition, 99 ne disposaient pas de protocole soit 52,7%. La présence d'un protocole était plus fréquente avec la présence d'un diététicien au sein des ES avec une différence significative au risque  $\alpha=0,1$  (56,4% vs 22,2%,  $p=0,06$ ). Une différence pouvait être notée entre les ES disposant d'un CLAN et ceux n'en disposant pas quant à la disposition de ce protocole mais elle n'était pas significative (54,7% vs 36,4%,  $p=0,27$ ).

Les méthodes les plus fréquemment employées par les établissements pour prendre en charge la dénutrition étaient l'administration de compléments nutritionnels oraux (86,7%), l'enrichissement de l'alimentation (81,4%) et la promulgation de conseils nutritionnels (69,1%). L'ordre d'apparition de ces méthodes était similaire dans chacune des catégories. 54,2% des ES et 42,2% des EMS accueillant les personnes âgées précisaient proposer une collation nocturne pour la prise en charge de la dénutrition. Concernant la prise en charge du risque de dénutrition, ce sont les conseils nutritionnels auprès de l'utilisateur ou de ses proches qui représentaient la méthode la plus fréquente (72,3%), suivie de l'enrichissement de

l'alimentation (67,0%) puis de l'utilisation de compléments nutritionnels oraux (57,5%). L'ordre d'apparition de ces méthodes était similaire dans chacune des catégories d'établissements.

- **Suivi de la dénutrition**

Le critère le plus employé pour le suivi de la dénutrition était la surveillance du poids (96,3%), suivi de la surveillance alimentaire (90,4%) puis de la surveillance par dosage biologique (65,4%). Les trois critères apparaissaient dans le même ordre quelque soit la catégorie de l'établissement.

- **Prise en charge du surpoids et de l'obésité**

31,5% des établissements déclaraient prendre en charge le surpoids et/ou l'obésité. Cela représentait seulement près de la moitié des établissements ayant déclarés réaliser un dépistage (77,5%). Contrairement à la prise en charge de la dénutrition, ce sont les EMS accueillant les personnes en situation de handicap qui proposaient plus fréquemment une prise en charge (73,3%) après les ES (81,8%). Cette prise en charge était plus fréquente au sein des ES lorsqu'un CLAN était présent (85,2 vs 66,7%,  $p=0,14$ ).

Seulement 21,1% des établissements prenant en charge surpoids et/ou obésité disposaient d'un protocole. La présence d'un protocole était plus fréquente dans les EMS (28,6% pour les personnes handicapées, et 23,1% pour les personnes âgées). La présence d'un CLAN n'était pas un élément favorisant la mise en place de ce protocole puisque seulement 13,0% des ES disposant d'un CLAN possédaient d'un protocole (13,04% vs 25,0%,  $p=0,34$ ).

La promulgation de conseils nutritionnels et la prescription de régimes diététiques représentaient les méthodes les plus employées et étaient utilisées dans les trois quarts des établissements aussi bien pour le surpoids que pour l'obésité. La prescription d'activité physique était utilisée dans près de la moitié des établissements prenant en charge ces troubles nutritionnels.

- **Suivi du surpoids et de l'obésité**

Le critère le plus employé pour le suivi du surpoids et de l'obésité était la surveillance du poids (93,4%), puis la surveillance alimentaire (79,0%). Certains établissements précisaient calculer l'IMC pour évaluer l'évolution corporelle. L'utilisation de ces critères ne variait pas en fonction de la disposition ou non d'un diététicien, ni en fonction de la présence d'un CLAN ou inter-CLAN au sein des ES.

### 3.2.6.6 - Formation du personnel

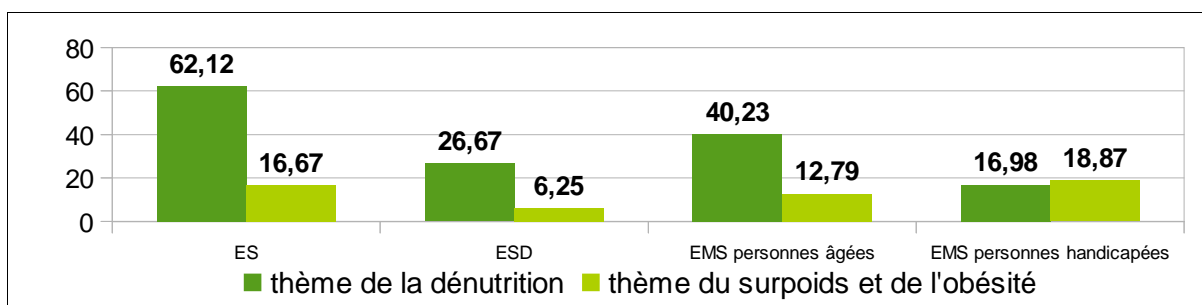


Figure 10: Formations sur les thèmes de la dénutrition, du surpoids et de l'obésité selon les établissements (en %).

## Partie 2 : Améliorer la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux

### ● Formations sur le thème de la dénutrition

Une formation sur la dénutrition était proposée dans 40,3% des établissements. Ces formations étaient plus fréquentes dans les ES (62,1%) et dans les EMS accueillant les personnes âgées (40,2%) (Figure 10). Une différence significative pouvait être notée avec une proportion plus importante d'établissements proposant une formation lorsqu'un diététicien intervenait au sein de l'ES (69,6% vs 20,0%,  $p=0,005$ ). La présence d'un CLAN ou inter-CLAN au sein des ES favorisait également significativement (au risque  $\alpha=0,1$ ) l'organisation de formations liées à la dénutrition (66,7% vs 41,7%,  $p=0,10$ ).

Le personnel soignant représentait la catégorie bénéficiant le plus souvent de formation liée à la dénutrition (96,6%). Une formation sur le thème de la dénutrition était proposée au personnel de restauration dans 53,9% des établissements, et aux agents de services hospitaliers dans 42,7% des établissements. La formation était le plus souvent axée sur un public « personne âgée » (83,1%) en particulier dans les EMS accueillant les personnes âgées (94,3%). Elle était axée sur le public adulte dans 43,8% des établissements notamment les établissements accueillant les personnes en situation de handicap (88,9%) et les ES (63,4%). Enfin, les établissements accueillant des personnes en situation de handicap axaient leur formation sur les enfants dans 22,2% des cas, et les ES dans 14,6% des cas.

### ● Formation surpoids obésité

Une formation sur le thème du surpoids et/ou de l'obésité était proposée dans seulement 14,9% des établissements ayant répondu à l'enquête. La fréquence était variable selon la catégorie d'établissement concernée : elle était plus importante dans les établissements accueillant les personnes en situation de handicap (18,9%), et dans les ES (16,7%) (Figure 10). Les formations sur le thème du surpoids et de l'obésité étaient plus fréquentes au sein des ES lorsqu'ils disposaient d'un CLAN ou inter-CLAN (18,5% vs 8,3%,  $p=0,36$ ). Cette formation était aussi plus fréquente lorsqu'un diététicien était présent au sein de l'ES (19,6% vs 0%,  $p=0,14$ ).

Le personnel soignant représentait la catégorie bénéficiant le plus souvent des formations liées au surpoids et à l'obésité (84,9%). Cependant, dans les EMS accueillant les personnes âgées ce sont les personnels de restauration qui étaient le plus souvent formés (70,0% contre 50,0% pour le personnel soignant). Dans plus de la moitié des ES, les agents de services hospitaliers étaient le personnel bénéficiant le plus souvent de ces formations après le personnel soignant. 58% des établissements axaient leur formation sur le public âgé. Pour les EMS accueillant les personnes en situation de handicap, les enfants étaient ciblés en priorité (70%), puis les adultes (60,0%). Les ES axaient en priorité leur formation sur un public adulte (81,8%) puis un public âgé (57,6%).

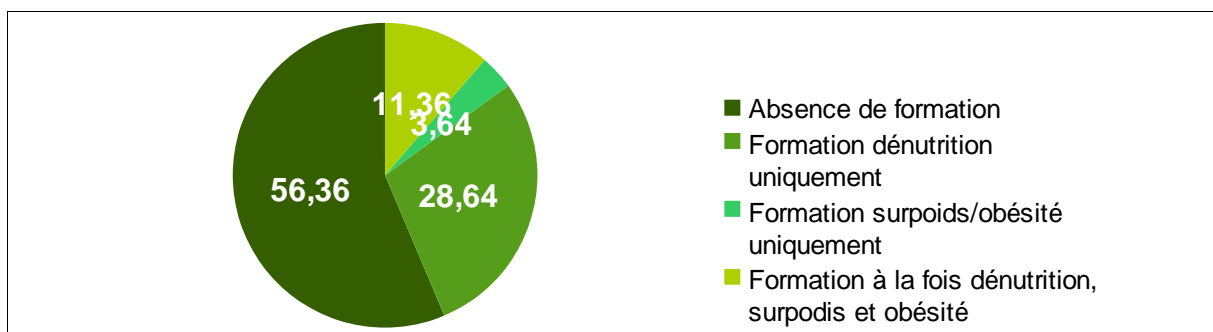


Figure 11: Répartition des formations du personnel sur les thèmes de la dénutrition, du surpoids et de l'obésité au sein des établissements enquêtés (en %)

### En comparaison

En comparant avec les formations proposées sur le thème de la dénutrition, il est mis en évidence que les établissements proposaient plus souvent une formation uniquement sur le thème de la dénutrition (28,6%) ou encore sur les deux thèmes à la fois (11,4%). Ainsi, une attention plus importante semblait portée sur la formation du personnel à la pathologie nutritionnelle qu'est la dénutrition (Figure 11).

#### ● Autres thèmes de formation

La majorité des établissements enquêtés exprimaient des besoins en formation particuliers à certains thèmes. Nous retrouvions notamment :

- la dénutrition, l'obésité ou encore l'éducation thérapeutique, fréquemment exprimés par les ES, en direction du personnel soignant mais aussi du personnel de restauration.
- Les méthodes de prise en charge à domicile pour la dénutrition de la personne âgée, exprimés par les établissements de soins à domicile.
- L'équilibre nutritionnel et les méthodes de sensibilisation vers les patients et les proches, pour les EMS accueillant les personnes handicapées, en direction notamment des personnels éducatif et soignant.

#### 3.2.6.7 - Mutualisation intra et inter-établissements

Près de la moitié des établissements enquêtés partageaient en interne des outils et/ ou des protocoles. Ils étaient près du tiers à déclarer ne réaliser aucun partage entre les services internes, du fait pour certains de la disposition d'un seul service lorsqu'il s'agissait d'un petit établissement. Les partages internes étaient beaucoup plus fréquents au sein des ES et en particulier lorsque l'ES disposait d'un CLAN ou inter-CLAN. Ces échanges étaient présents dans près de la moitié des établissements accueillant les personnes âgées et près du tiers de ceux accueillant les personnes en situation de handicap. Le partage en externe était moins fréquent qu'en interne. Seulement près du quart des établissements enquêtés partageaient des outils, des protocoles et/ou des professionnels avec d'autres établissements. Au sein des ES, ces partages étaient beaucoup plus fréquent lorsque celui-ci disposait d'un inter-CLAN; les ES ne disposant pas de CLAN déclaraient ne réaliser aucun de ces partages externes. Le partage de professionnels, plus fréquent dans les ES, concernait dans le quart des cas la profession de diététicien. Quelques établissements précisaient partager des séances de formations avec d'autres établissements.

Par ailleurs, les trois quarts des établissements interrogés étaient intéressés pour partager dans le futur, expérience, pratique, outils, avec d'autres établissements, Il s'agissait en particulier des ES (88,1%) et des établissements accueillant les personnes âgées (80,5%).

#### 3.2.7 - Proposition d'actions d'amélioration

La réalisation de cette enquête relative à la politique nutritionnelle au sein des ES, ESD et EMS a permis de mettre en évidence des actions prioritaires dans le but d'améliorer cette politique. La proposition de ces actions d'amélioration a pu être réalisée après avoir discuté les résultats présentés précédemment. Ainsi, ces actions sont présentées dans la partie « discussion » (cf paragraphe 3.3.3.). Ils portaient notamment sur la mise en place des CLAN et des UTN, sur la place de l'alimentation, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition.

### 3.3 - Discussion

#### 3.3.1 - Organisation de l'enquête

##### 3.3.1.1 - Élaboration du questionnaire

L'utilisation de documents de référence a permis de réaliser un questionnaire satisfaisant, tant au niveau du fond que de la forme. La validation par un professionnel de la santé a permis d'éviter les erreurs de formulation au niveau médical et de proposer un questionnaire cohérent. L'ensemble des questions de l'enquête a ainsi permis d'obtenir des données intéressantes à analyser.

Cependant, un seul et unique formulaire était proposé aux établissements, et certains comme les ESD n'ont pas vu leur intérêt à répondre à l'enquête car ne se sentaient pas concernés par les premières questions, bien que le formulaire les renvoyait directement au thème suivant s'il n'étaient pas concerné par celui-ci, notamment lorsqu'il s'agissait d'UTN. C'est pourquoi un document comprenant l'ensemble du formulaire a été envoyé aux établissements quelques jours après le début de l'enquête permettant d'obtenir une vue d'ensemble des questions. Un test préalable de l'enquête, qui n'a pas été réalisé faute de temps, aurait certainement permis de rectifier ceci dès le début de l'enquête.

L'équilibre entre les questions ouvertes et fermées était adapté, puisque le questionnaire était essentiellement constitué de questions fermées facilitant l'analyse et de quelques questions ouvertes nécessaires pour certains thèmes, permettant de recueillir plus précisément l'opinion ou le fonctionnement de chaque établissement.

##### 3.3.1.2 - Déroulement de l'enquête

L'enquête par le biais d'internet nécessitait la possession de l'adresse électronique de chaque établissement. Les recherches des adresses manquantes ou non fonctionnelles ont permis d'obtenir une liste satisfaisante, mais l'enquête s'est réalisée par fax pour quelques établissements sans adresse électronique. Ainsi certains établissements ont répondu par fax voire par courrier postal, induisant souvent un remplissage non exhaustif.

Les établissements ont souvent sollicité une restitution de leurs propres réponses, qui ne se faisait pas automatiquement via le formulaire *Google Documents*<sup>®</sup>. Une restitution était alors réalisée personnellement aux établissements en faisant la demande. Ici encore, un test du questionnaire aurait pu permettre de déceler cette erreur.

Cette enquête étant basée sur des données déclaratives, nous ne pouvons pas vérifier l'exactitude des réponses données par les établissements, et des différences pourrait alors d'observer entre la réalité et les données déclarées. Ceci pourrait représenter un biais pour notre enquête.

La restitution des résultats prévue auprès des établissements n'a pu se concrétiser à la fin de la mission. Cette restitution n'est pas apparue comme prioritaire dans les actions à mener. Il a été privilégié de prendre le temps de rechercher un support adéquat afin que cette restitution ait un impact sur les établissements. La mise en place de rencontres interactives est envisagée sur chaque territoire de santé afin de présenter les résultats, et d'échanger avec les établissements

sur les axes proposés dans le but d'améliorer la politique nutritionnelle. Cette restitution devrait être réalisée avant la fin de l'année 2011.

### 3.3.1.3 - Traitement des données

L'utilisation d'un formulaire *Google Documents*® a facilité l'utilisation des données et a permis de diminuer les biais liés aux erreurs de traitement de données. L'utilisation de *Microsoft Excel*® ainsi que du logiciel *Epi info*™ 3.5.3 a permis de pouvoir mettre en évidence les liens ou différences significatifs existants entre les différentes variables. Cependant, cette phase de traitement des données a été beaucoup plus longue que prévue du fait du temps sous-estimé dédié à l'analyse de l'ensemble des variables et à la sélection des résultats les plus importants, dont les principaux sont présentés dans ce rapport.

### 3.3.2 - Discussion des résultats de l'enquête

#### 3.3.2.1 - Participation à l'enquête

Les taux de réponse obtenus pour cette enquête témoignent de l'intérêt des établissements de la région Picardie concernant la politique nutritionnelle, en particulier les ES et les EMS accueillant les personnes âgées dont les taux de réponse atteignaient 95 et 56%, suite aux relances effectuées. Ces taux satisfaisants complétés par des informations téléphoniques lorsque l'établissement n'avait pas répondu, ont permis de réaliser un état des lieux exhaustif des CLAN au sein des ES. Cependant, dans l'ensemble de l'enquête, et en particulier pour les EMS et ESD, les taux de réponse plus faible peuvent nous amener à nous questionner sur leur représentativité : les établissements ayant répondu à l'enquête sont-ils plus soucieux de la politique nutritionnelle ?

#### 3.3.2.2 - État des lieux des CLAN et UTN

La densité de CLAN sur la région Picardie connaît une évolution positive depuis plusieurs années, puisqu'il y a maintenant 53 CLAN dont 5 inter-CLAN. L'importance et l'intérêt des CLAN au sein des établissements semblent être de plus en plus perçus, même au-delà des ES. En effet, de plus en plus d'EMS, en particuliers les EHPAD s'investissent ou souhaitent s'investir dans la mise en place et le fonctionnement d'un CLAN en s'appuyant sur leurs propres moyens, sur le CLAN d'un ES, ou en collaborant avec d'autres établissements. La période 2003-2004 a connu une évolution importante en termes de création de CLAN avec 21 CLAN créés. Ce pic de création peut être rapproché en particulier à la publication de la circulaire DHOS/E n°2002 (25). Avec la réalisation de cette enquête, l'année 2011 semble reproduire ce schéma avec déjà 2 CLAN créés en début d'année et le projet de création de 11 autres CLAN et inter-CLAN. Cette intensité semble s'expliquer par la sensibilisation réalisée par la publication de textes officiels ou la réalisation d'enquête incitant les établissements à orienter davantage leurs enjeux vers la politique nutritionnelle.

Cette enquête permet de mettre en avant la progression du nombre de CLAN mais aussi l'investissement des établissements dans leurs activités de part la fréquence des réunions entre les membres du CLAN, mais aussi de part les actions qu'ils mettent en place, qui ont souvent permis de noter une amélioration de la prise en charge de l'alimentation et de la nutrition au

## Partie 2 : Améliorer la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux

sein des établissements enquêtés. Cependant, certains établissements ayant un CLAN ou un projet de CLAN évoquent des difficultés d'ordre temporelles, humaines, ou encore financières. Il est de plus à noter que cette enquête met en évidence des résultats plus satisfaisants en termes de politique nutritionnelle générale lorsque les ES disposaient d'un CLAN. Le nombre croissant de CLAN mis en évidence dans cette enquête et dans les enquêtes nationales précédentes confirme que l'alimentation et la nutrition occupe une place de plus en plus importante au sein des établissements (27, 29). De plus, le développement de moyens mutualisés tel que peut le permettre le CLAN, permet de contribuer à répondre aux problématiques liées aux troubles nutritionnels (46). Cependant, l'intérêt d'un CLAN ne semble pas encore tout à fait cerné par l'ensemble des établissements notamment les EMS qui confondent parfois le CLAN et la commission menus. Il serait ici intéressant de faire connaître les intérêts et les différences entre ces deux instances.

Les Unités Transversales de Nutrition ne sont que peu présentes ou formalisées ou encore mal identifiées au sein des ES de Picardie. Un seul établissement en dispose depuis peu de temps, soit une représentation inférieure à 2% sur la région. La disposition en UTN dans les ES de Picardie semble ainsi équivalente au niveau national qui en 2008 dénombrait 24 Unités Transversales de Nutrition Clinique soit 1,9% des ES (29). Deux projets d'UTN semblent se concrétiser et pourrait permettre à la région de débiter une dynamique en termes de prise en charge nutritionnelle transversale au sein des ES. De plus, les atouts d'un tel dispositif devraient être mis en avant par l'évaluation des huit UTN expérimentales mises en place en 2008 (28, 29). Cependant, il semble encore ici exister des confusions entre les UTN et les CLAN, notamment par certains EMS qui projettent de mettre en place à la fois un CLAN et une UTN malgré les difficultés qu'ils rencontrent. L'aide méthodologique en vue de ces créations est sollicitée par certains ES, en partie du fait de la faible expérience de ce type de structures en France. L'intérêt de la mise en place d'une UTN ainsi que son fonctionnement mais aussi la distinction entre le CLAN et l'UTN, devraient être précisé auprès des ES.

### 3.3.2.3 - Présence d'un diététicien

La présence d'un diététicien au sein des établissements ne semble pas suffisante, puisque 15% des ES, près de la moitié des EMS et 90% des ESD n'en disposent pas. De plus, pour les EMS disposant d'un diététicien il s'agit bien souvent de vacation. Cependant, le CNA recommande depuis 2005, la disposition d'un temps de diététicien(ne), formé(e) à la nutrition des personnes âgées, au moins égal à une demi-journée par semaine, dépendant du budget soin de l'établissement. Cette recommandation est loin d'être respectée puisque près de la moitié des établissements accueillant les personnes âgées ne disposent pas de diététicien. Ainsi, il semble nécessaire d'appuyer ce besoin en professionnel de santé spécialisé dans la nutrition particulièrement au sein des EMS et ESD (10). Il est de plus remarqué dans cette enquête que la disposition d'un diététicien favorisait de meilleures activités en termes de politique nutritionnelle, notamment l'organisation du dépistage et de la prise en charge des pathologies nutritionnelles.

### 3.3.2.4 - Activité de restauration

La restauration est un élément important puisqu'elle est effective dans l'ensemble des ES et presque dans la totalité des EMS accueillant les personnes âgées. Le CNA recommande depuis

l'émission de l'Avis n°53 en 2005, que le budget alimentaire par jour et par personne au sein des établissements d'hébergement pour personne âgée dépendante, soit supérieur à 3,50€ HT, afin de couvrir l'ensemble des besoins nutritionnels des personnes âgées (10). Une enquête réalisée par l'ORS des Pays de la Loire indique que 30% des EHPAD disposent d'un budget inférieur aux recommandations du CNA (46). Dans notre enquête, seuls 3 EMS accueillant les personnes âgées, soit 5%, déclarent un budget inférieur à 3,50€. Ainsi, dans l'ensemble, ces établissements semblent porter attention à la qualité de la restauration en respectant les recommandations du CNA. Cependant, il faut noter qu'il n'était pas toujours précisé si le budget indiqué était hors taxes ou non. Ces résultats sont donc à interpréter avec précaution.

### 3.3.2.5 - Prise en compte des attentes des usages au niveau de la restauration

La situation concernant la prise en compte des attentes des usagers semble satisfaisante pour la plupart des établissements, en particulier les établissements pour personnes âgées. En effet, près des trois quarts des établissements servant des repas réalisent un recueil des goûts et des préférences à l'admission, notamment les EMS accueillant les personnes âgées. Cependant, près de la moitié des établissements pour personnes handicapées ne réalisent pas ce recueil. La possibilité de modifier le menu si celui-ci ne convient pas à l'utilisateur est aussi un élément à prendre en compte dans l'adaptation de la restauration. Cette possibilité est ici encore beaucoup moins marquée au sein des EMS accueillant les personnes en situation de handicap. La disposition d'une instance des menus favorise le choix entre plusieurs aliments du repas. Les enquêtes de satisfaction sont aussi beaucoup fréquentes les établissements accueillant les personnes en situation de handicap. Tous ces éléments évoquent une importance moins marquée et/ou des difficultés de la part des EMS accueillant les personnes handicapées pour l'adaptation de la restauration aux préférences des usagers qui semble pourtant essentielle pour le quotidien de ces personnes.

### 3.3.2.6 - Nutrition

En 2003, Jean-François Mattei, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées exprime l'insuffisance de l'éducation et de la prévention en matière de nutrition au sein de l'hôpital (32). D'après l'enquête, la nutrition fait désormais partie intégrante des soins dans la plupart des ES, ce qui montre une évolution depuis l'enquête réalisée en 2004 auprès des ES de Picardie où seulement la moitié d'entre eux reconnaissent la nutrition comme un soin (45). Tout comme en 2004, les ES en 2011 considèrent plus souvent la nutrition comme un soin lorsqu'un CLAN est présent (résultats 2011 : 83% vs 75%) (45).

La nutrition constitue un déterminant majeur de l'état de santé de la population, tel que l'annonce l'objectif du PNNS depuis 2001, et les populations âgées et handicapées sont d'autant plus concernées par cet objectif (4, 5). Il s'agit en particulier d'adapter l'alimentation aux besoins nutritionnels de ces personnes sans oublier la notion de plaisir. Ainsi, la considération de la nutrition comme un critère de qualité et de soin au sein des EMS semble soutenir ces objectifs.

La dénutrition, le surpoids et l'obésité sont des pathologies nutritionnelles fréquemment rencontrées au sein des établissements. Naturellement, les EMS accueillant les personnes âgées



## Partie 2 : Améliorer la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux

semblent plus soucieux de la dénutrition tandis que ceux accueillant les personnes handicapées s'orientent davantage sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité. Il peut être noté une préoccupation plus importante pour la dénutrition que pour le surpoids et l'obésité au sein des ES. Le dépistage de la dénutrition est souvent conforme aux recommandations de la HAS en termes de fréquences et de méthodes (21). Il faut cependant noter que près du tiers des établissements accueillant les personnes âgées et 10% des ES ne réalisent pas de dépistage de la dénutrition. De plus, plus de la moitié des établissements réalisant un dépistage de la dénutrition et/ou du surpoids et de l'obésité ne disposent pas de protocole permettant entre autres d'uniformiser les pratiques au sein de l'établissement et/ou du service. Si l'on s'intéresse aux protocoles concernant la prise en charge de ces pathologies, ils sont absents dans près de la moitié des établissements. La présence d'un CLAN au sein des établissements favorise réellement la mise en place de protocole et l'uniformisation des pratiques entre les services, ce qui permet d'améliorer une partie des pratiques en règle générale. Concernant les méthodes de prise en charge de la dénutrition, les conseils nutritionnels sont moins fréquemment employés et représentent pourtant un élément important dans la prise en charge personnelle de la dénutrition ou de son risque, comme le souligne la HAS (21). Ils ne sont pas assez utilisés par les établissements au profit des compléments nutritionnels oraux qui devraient être employés en seconde intention si les conseils nutritionnels et l'enrichissement de l'alimentation ne suffisent pas. Ce constat se retrouve également dans l'enquête réalisée auprès des EHPAD des Pays de la Loire (46). Le défaut d'utilisation des conseils nutritionnels pourrait être dû à un manque de temps de la part du personnel, mais aussi à un manque de d'information ou de formation de ce personnel. Cependant, nous pouvons noter que les conseils nutritionnels sont plus souvent employés dans le cadre de la prise en charge du surpoids et de l'obésité que dans le cadre d'une dénutrition ou du risque de dénutrition, pouvant être dû à une connaissance plus importante de la nutrition liée au surpoids et à l'obésité qu'à la dénutrition.

### 3.3.2.7 - Formation du personnel

Les formations sont très variables en fonction du thème et des établissements. Elles restent cependant peu fréquentes puisque 60% des établissements ne proposent pas de formation sur la dénutrition et 85% sur le surpoids et l'obésité, d'autant plus au sein des EMS et des ESD. Les formations sur le thème de la dénutrition sont plus fréquentes que celles sur le surpoids et l'obésité (40% vs 15%). Cela confirme que les établissements semblent plus sensibles aux risques qu'engendre la dénutrition plutôt que le surpoids ou l'obésité, exceptés au sein des EMS accueillant les personnes handicapées qui semblent plus sensibles aux pathologies surpoids et obésité pouvant connaître une prévalence plus importante suivant le handicap. Les formations sont plus souvent en direction du personnel soignant, mais les EMS accueillant les personnes âgées orientent également souvent ces formations vers le personnel de restauration lui permettant de lui donner les compétences afin d'adapter de manière optimale l'alimentation aux besoins de cette population tant au niveau de la nutrition que des difficultés liées à l'âge (ex : mastication). La présence d'un CLAN ou inter-CLAN ainsi que l'intervention d'un diététicien représentent ici encore un élément favorable à la mise en place de formations nutritionnelles.

### 3.3.2.8 - Mutualisation intra et inter-établissements

Le partage d'outils, de protocole ou de professionnels est déjà présent en interne dans près de la moitié des établissements, mais beaucoup moins fréquent lorsqu'il s'agit de partage entre plusieurs établissements. Il est cependant à noter que les trois quarts des établissements ayant répondu à l'enquête, en particulier les ES et les EMS pour personnes âgées, portent un intérêt à partager expérience, pratiques, outils, professionnels etc, avec d'autres établissements permettant de mutualiser leurs moyens. Il serait ainsi intéressant de travailler sur cette mutualisation non encore beaucoup répandue entre les établissements pour développer ensemble leurs pratiques et améliorer leurs politiques nutritionnelles.

### 3.3.3 - Mise en place d'axes d'amélioration

L'analyse des résultats de l'enquête permet de mettre en évidence les points sensibles sur lesquels nous pouvons agir dans le but d'améliorer la politique nutritionnelle des établissements. Il est en général constaté que les activités liées à l'alimentation et à la nutrition sont plus solides et cohérentes au sein des ES disposant d'un CLAN ou d'un inter-CLAN. Les axes proposés pour développer des activités d'amélioration portent ainsi en partie sur les CLAN. Les objets développés dans les axes sont exposés ci-après. L'ensemble de ces propositions font l'objet d'un arbre à objectifs disponible en annexe. (Annexe XI : Propositions d'actions d'amélioration de la politique nutritionnelle sous forme d'arbre à objectif).

- **Comités de Liaison Alimentation Nutrition**

*Constats* : Les CLAN procurent aux ES une politique nutritionnelle générale mieux développée. Ces constats sont visibles tant au niveau de l'adaptation de la restauration que dans la prise en charge nutritionnelle des patients. La totalité des ES ne disposent pas de CLAN : 20% des ES de la région Picardie ne disposent pas de CLAN dont plus de la moitié présente le projet de création d'un CLAN ou d'un inter-CLAN. Les EMS semblent évoluer au niveau de la mise en place de CLAN ou d'inter-CLAN, avec un nombre de projet intéressant, malgré quelques difficultés rencontrées dans la formation de lien avec d'autres établissements. Par ailleurs, la sensibilisation semble fonctionner puisque des pics de création et de projets sont visibles en 2004 et 2011 lors des enquêtes réalisées à ce sujet.

*Propositions* : Il serait intéressant de favoriser le développement de ces projets au sein des EMS en proposant des solutions aux difficultés qu'ils rencontrent. Il est nécessaire de favoriser la mise en place de CLAN et d'inter-CLAN auprès des établissements afin que l'ensemble des ES dispose d'un CLAN actif mais aussi que les EMS puisse bénéficier des activités d'un CLAN. La disposition d'un CLAN actif pourrait être un appui pour le développement de CLAN inter-établissements avec les EMS. Il faudrait profiter de l'élan des projets annoncés afin de les concrétiser, mais aussi sensibiliser les établissements qui n'en n'ont pas encore le projet. Le partage d'expérience de CLAN et d'inter-CLAN, et la rencontre avec les établissements en projet de CLAN ou non, par l'intermédiaire d'une journée consacrée à ce sujet permettrait aux établissements d'être sensibilisés et de développer leur politique nutritionnelle. L'accompagnement des projets par l'ARS pourrait être un axe intéressant à mettre en place pour aider les établissements à les concrétiser. De plus, il serait intéressant de développer un guide méthodologique particulier aux inter-CLAN au niveau régional permettant un appui méthodologique mais aussi un partage d'expérience par la figuration d'exemples d'autres

## Partie 2 : Améliorer la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux

établissements de la région disposant d'un inter-CLAN. Ce guide permettrait également de développer la sensibilisation des EMS à ces comités et de les inciter à se regrouper et développer ensemble leur politique nutritionnelle.

### ● Mutualisation inter/inter-établissements

*Constats* : L'enquête montre que les établissements portent intérêt à la mutualisation et à l'échange d'expériences, d'outils et de professionnel dans le but de développer leurs politiques nutritionnelles.

*Propositions* : Il semble judicieux de favoriser les échanges entre les établissements de la région. La mise en place d'une journée animation/rencontre entre ces établissements permettrait de répondre en partie à leurs attentes et d'initier une mutualisation inter-établissements. Cette journée peut également être l'occasion de sensibiliser les établissements autour de l'intérêt des CLAN et inter-CLAN.

### ● Unités Transversales de Nutrition

*Constats* : Les recommandations de la circulaire DHOS/E1 n°2002/186 du 29 mars 2002 indiquent la pertinence de la création d'une UTN au sein des ES (25). Ces UTN sont encore peu développées sur la région Picardie, tout comme elles restent faiblement répandues sur le territoire national. Elles sont portées avec intérêt par certains ES qui en ont le projet, mais rencontrent des difficultés méthodologiques du fait du manque de documentation et d'expérience disponibles.

*Propositions* : Il semble important de favoriser la création d'UTN au sein des ES en accompagnant les projets concernant la méthodologie. La rencontre des établissements au cours d'une journée et la mise à disposition d'un support méthodologique permettraient de développer cet objectif, en s'appuyant notamment sur l'évaluation qui sera portée sur les UTN expérimentales mises en place en 2008.

### ● Plaisir de manger au sein des EMS accueillant les personnes en situation de handicap

*Constat* : L'adaptation de la restauration aux préférences des patients est beaucoup moins fréquente au sein des EMS accueillant les personnes en situation de handicap : le recueil des goûts ne se fait que dans la moitié des établissements, la modification du menu n'est possible que dans 40% des établissements, les enquêtes de satisfaction sont rares, certainement en partie du fait des difficultés liées à certains handicaps, malgré le fait que le plaisir de manger doit être privilégié au sein de cette population.

*Proposition* : La rencontre entre ces établissements permettrait d'échanger les expériences face à ces difficultés, et de discuter des orientations possibles afin de favoriser la prise en compte des préférences des usagers au sein de leur restauration.

### ● Le dépistage et la prise en charge de la dénutrition

*Constat* : La fréquence du dépistage de la dénutrition est insuffisante dans l'ensemble des établissements, tout comme la présence d'un protocole pour son dépistage et sa prise en charge. De plus, les établissements expriment des besoins de formation dans ce domaine.

*Propositions* : Il faudrait renforcer les compétences du personnel des établissements quant au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition. L'incitation au développement de formations sur ce thème, au sein des CLAN et inter-CLAN sans oublier les établissements ne disposant pas

de CLAN, est primordiale.

### 3.3.4 - Conduite de la mission

La collaboration de différents acteurs au sein de cette mission a été primordiale, en particulier le service Observations, statistiques et analyse de la direction Politique Régionale de Santé, qui a facilité l'analyse des données de l'enquête et la réalisation des cartographies des CLAN, mais aussi les différents services de l'ARS qui ont pu apporter des renseignements par rapport aux différents établissements sanitaires et sociaux.

La préparation et la réalisation de l'enquête se sont déroulées comme prévues. La période d'analyse des résultats a pris bien plus de temps que prévu initialement au niveau du rétro-planning (Annexe VI : Rétro-planning objectif stratégique 2). Ce retard a également été accentué par la restitution des réponses à certains établissements en ayant fait la demande. Ces contretemps ont induit un changement de planning au niveau de la restitution des résultats de l'enquête aux établissements. Il est en effet apparu plus opportun de reporter cette étape et de favoriser la réflexion sur les propositions d'actions permettant de répondre à la mission. Ainsi, la présentation des résultats sera réalisée avant la fin de l'année 2011 et permettra une réflexion sur la forme optimale à adopter pour cette restitution.

### 3.3.5 - Réponse aux objectifs de la mission et perspectives du projet

Durant cette mission, la réalisation et l'analyse de l'enquête relative à la politique nutritionnelle des établissements de Picardie ainsi que la proposition d'actions permettant d'améliorer cette politique au sein même des établissements, ont pu être réalisées adéquatement. La réalisation de ces deux actions prévues au sein de la mission permet donc de répondre à l'objectif fixé pour la mission. La réalisation d'une enquête auprès des établissements a permis de les sensibiliser de manière ponctuelle à l'intérêt de l'alimentation et de la nutrition en particulier pour le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels. La restitution des résultats dans une forme optimale pourra appuyer cette sensibilisation.

Cette enquête représente aussi un élan pour dynamiser la mise en place et le fonctionnement des CLAN puisque l'état des lieux réalisé permettra entre autres d'initier de nouvelles démarches par le Comité Picardie Nutrition. De plus, la poursuite de cette action par l'ARS notamment l'adaptation des actions proposées à la direction permettra de contribuer à la réponse à notre objectif spécifique relatif à l'amélioration de la politique nutritionnelle au sein des ES et des EMS de la région Picardie. Ainsi, la mise en place d'actions d'amélioration permettra d'avoir un impact sur les pratiques quant à l'alimentation et la nutrition au sein des établissements et en particulier en développant cette dynamique des CLAN aussi bien pour les ES que les EMS. Il serait intéressant de reproduire partiellement ou totalement cette enquête après la mise en place des actions d'amélioration afin d'identifier réellement une évolution des établissements au niveau de leur politique nutritionnelle. Ainsi, le projet dans son ensemble permettra de répondre à l'objectif général quant à l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des troubles nutritionnels, par l'investissement des établissements sur cette problématique mais aussi par le développement d'actions relatives à cela au sein des CLAN.

## 4 - Conclusion

Les deux missions réalisées durant cette période de stage ont porté sur la réalisation d'activités permettant de tenter de répondre à la problématique : « Comment améliorer le repérage, la prévention et la prise en charge des troubles nutritionnels tant à domicile, qu'en établissements de santé et médico-sociaux sur la région Picardie ? ». Les deux missions concernent la mise en place d'un dispositif pour la prévention et la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée, ainsi que la mise en place d'actions en vue d'améliorer la politique nutritionnelle des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Concernant la dénutrition de la personne âgée, notre dispositif implanté au cœur d'un réseau gérontologique permettra de faire bénéficier de formation aux professionnels intervenants au plus près des personnes âgées. Une évaluation de cette action au niveau des formations permettra d'identifier l'impact que celles-ci auront sur ces professionnels, et d'en améliorer la prestation continuellement. La mise en œuvre prochaine de cette action préparée pendant la période de stage permettra de répondre à l'objectif stratégique de « prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées à domicile, en institution et en établissements de santé, sur la région Picardie ». L'intérêt porté par les professionnels sur cette problématique, la qualité de notre action et l'impact que celle-ci pourra avoir sur les pratiques sont tout autant de facteurs à considérer dans le but de répondre avec satisfaction à cet objectif. La dénutrition de la personne âgée constitue un réel enjeu de santé publique et il serait aussi intéressant de porter réflexion sur la sensibilisation des personnes âgées « isolées » qui n'ont pas recours aux dispositifs d'aides à domicile, afin de répondre à la question : Comment sensibiliser de manière efficaces ces personnes ou leurs proches ?

D'autre part, une enquête a permis de déterminer les points sensibles à corriger au sein des établissements afin d'améliorer leur politique nutritionnelle. Les actions proposées sont basées sur les échanges d'expérience, de pratique, ou encore de mutualisation des moyens. Cette enquête qui a permis de recenser les pratiques de chaque établissement permettra aussi de faciliter d'autres projets relatifs à la dynamisation des Comités de Liaison Alimentation Nutrition. La disposition de chaque établissement d'une politique nutritionnelle adéquate permettrait de réduire significativement la prévalence des troubles nutritionnels rencontrés au sein de ces établissements voire même d'avoir un impact en amont et en aval de la prise en charge sanitaire et médico-sociale, par diverses activités telles que la sensibilisation et la mise en place d'habitude favorable à la lutte contre les troubles nutritionnels chez les usagers à risque, par exemple. Dans ce cadre, la mission mise en place durant le stage préparant à la mise en œuvre d'actions d'amélioration, contribue à la réponse à notre objectif stratégique qui était d' « Améliorer la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux de la région Picardie ».

Ainsi les deux missions réalisées sont en cohérence avec notre objectif général relatif à la prévention, au repérage, et à la prise en charge des troubles nutritionnels sur la région Picardie. La publication en juillet 2011 du troisième Programme National Nutrition Santé indique des orientations allant dans les mêmes directions que nos actions. En effet, l'axe 3 du PNNS 3 recommande d' « organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition », en particulier de « diminuer la prévalence de la dénutrition » (20). Ainsi, et comme développé ou proposé au sein de ces deux missions, les troubles nutritionnels du patient, notamment la dénutrition, et la prise en charge nutritionnelle particulière de la population en situation de handicap, représentent des enjeux essentiels à prendre en compte pour répondre à cet objectif.



## **Index des tables**

Tableau I : Critères de diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée selon la HAS, 2007. .....	14
Tableau II : Présentation des 4 critères déterminés pour la réalisation de l'étude de faisabilité .....	31
Tableau III : Territoires prioritaires au sein du territoire de santé Somme.....	32
Tableau IV : Établissements de santé et Comités de Liaison Alimentation Nutrition au sein des territoires étudiés.....	33
Tableau V : Indicateurs comparatifs relatifs aux critères retenus entre les trois territoires étudiés.....	34
Tableau VI : Principales actions mises en œuvre par les CLAN et inter-CLAN hiérarchisées par nombre de citation, d'après l'enquête.....	49
Tableau VII : Valeurs de la prévalence de la dénutrition calculée d'après l'enquête au sein des différents établissements.....	53





## **Index des illustrations**

Figure 1: Pyramides des âges en 1991 et en 2011 en France, données INSEE 2011 (9).....	13
Figure 2: Arbre à objectifs concernant les missions confiées dans le cadre du stage, au sein de l'ARS de Picardie.....	20
Figure 3: Triade "Besoins – Demandes – Réponses".....	24
Figure 4: Taux de réponses à l'enquête selon les catégories d'établissements et les territoires de santé (en%).....	47
Figure 5: Répartition de la totalité des réponses selon les catégories d'établissements (en %).....	47
Figure 6: Évolution du nombre de CLAN et d'inter-CLAN en Picardie entre 1998 et 2011.....	48
Figure 7: Évolution du nombre de CLAN/inter-CLAN en Picardie selon les projets évoqués par les établissements.....	50
Figure 8: Pratique du dépistage de la dénutrition, du surpoids et de l'obésité selon les établissements (en %).....	53
Figure 9: Fréquence d'utilisation de chaque méthode de dépistage de la dénutrition par l'ensemble des établissements à l'admission et pendant le séjour des usagers (%).....	54
Figure 10: Formations sur les thèmes de la dénutrition, du surpoids et de l'obésité selon les établissements (en %).....	56
Figure 11: Répartition des formations du personnel sur les thèmes de la dénutrition , du surpoids et de l'obésité au sein des établissements enquêtés (en %).....	57



# Bibliographie

- (1) Mathé T, Pilorin T, Hébel P. Du discours nutritionnel aux représentations de l'alimentation. CREDOC Cahier de Recherche. 2008 Dec;252.
- (2) Czernichow S, Féray JC, Longuet M, Hercberg S. Épidémiologie des pathologies nutritionnelles. EMC (Elsevier Masson SAS), Endocrinologie–Nutrition. 2008;360(10).
- (3) World Health Organisation (WHO). Global strategy on diet, physical activity and health. 57<sup>th</sup> World Health Assembly (WHA). 2004.
- (4) Ministère de l'emploi et de la solidarité. Programme Nationale Nutrition Santé PNNS 2001–2005. 2001.
- (5) Ministère de l'emploi et des solidarités. Deuxième programme national nutrition santé – 2006–2010. Actions et mesures. 2006 sept.
- (6) Ferry M, Alix E, Brocker P, Constans T, Lesourd B, Mischlich D, et al. Nutrition de la personne âgée. 3ème édition. Paris : Masson; 2007.
- (7) Hébuterne X, Vellas B, Alix E, Raynaud–Simon A. Traité de nutrition de la personne âgée. Paris: Springer–Verlag; 2009.
- (8) Guy–Grand B. Alimentation en milieu hospitalier : rapport de mission à Monsieur le Ministre chargé de la santé. 1997 janv, 248 p.
- (9) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (dernière consultation le 16/08/2011). Bilan démographique 2010. [en ligne]. [http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=bilan-demo](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo)
- (10) Conseil National de l'Alimentation. Avis n°53 sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques. 2005 Dec 15 ; 53.
- (11) Organisation Mondiale de la santé. (dernière consultation le 16/08/2011). Journée internationale des personnes âgées. [en ligne]. <http://www.who.int/features/qa/72/fr/index.html>
- (12) Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Ministère de l'emploi, du travail et de la santé. (dernière consultation le 16/08/2011). Programme National Nutrition Santé, manger bouger. [en ligne]. <http://www.mangerbouger.fr/pnns/>
- (13) Sidobre B, Ferry M, Lesourd B, Schlienger JL, EURONUT/SENECA France et Alimentation de demain. Age and nutrition. 1996 ;7(2) :75–77.
- (14) Hébuterne X. Physiopathologie de la dénutrition de la personne âgée et conséquences pour la prise en charge. Gérontologie et société. 2010 Mars;134:143–155.
- (15) Observatoire Régional de Santé de Haute–Normandie, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Haute–Normandie. Etat nutritionnel des personnes âgées de 70 ans et plus domiciliées dans le canton de Saint–Romain–de–Colbosc. 2008 Avril.

- (16) Le Henaff AK, Le Moigne E, Tanguy K, Delluc C. Dénutrition des personnes âgées hospitalisées: enquête épidémiologique et évaluation des pratiques professionnelles. Congrès SNFMI. 2008 Juin. [en ligne]. <http://www.snfmi.org/Data/ModuleProgramme/PageSite/Resume/2288.asp>
- (17) Unions régionales des caisses d'assurance maladie de Picardie, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. Le programme national nutrition santé, déclinaison régional, Picardie. 2008 Janv.
- (18) Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales de Picardie. Plan Régional de Santé Publique de Picardie, version 2, 2006–2009. 2006 Aout.
- (19) Jourdain Menninger D, Lecoq G, Guedj J, Boutet P, Danel JB, Mathieu G, Inspection générale des affaires sociales et conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux. Evaluation du programme national nutrition santé PNNS 2006–2010. 2010 Avril; Rapport Tome 1.
- (20) Bourdillon F, Cano N, Delarue J, Turck D. Propositions pour le PNNS 2011–2015 des sociétés savantes et d'experts en nutrition. Société Française de Santé Publique. Automne 2010.
- (21) Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. 2007.
- (22) Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, Agence Régionale de Santé de Picardie. Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens de l'Agence Régional de Santé de Picardie, 2010–2013. 2011 Fev.
- (23) Charles MA. Obésité : que nous dit l'épidémiologie ?. Cahiers de nutrition et de diététique. 2011 ;46(4) :167–172.
- (24) Mok E, Hankard R. Stratégies de prise en charge nutritionnelle spécifiques: l'enfant et l'adulte jeune atteints d'un handicap. Nutrition clinique et métabolisme. 2005;19:244–246.
- (25) Circulaire DHOS/E1 n°2002/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et la nutrition dans les établissements de santé.
- (26) Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. Comité de Liaison Alimentation et Nutrition, Mettre en place et animer un CLAN, Guide pour les établissements de santé.
- (27) Vidal J, Desport JC, Alix E, Girard D, Monier L, Chauvin S, Durand–Drouhin JL, Dalmay F, Simon B, Preux PM, Batteux L, Jappain AS, Ricour C, Couty E. Etat des lieux des CLAN en 2004. Nutrition Clinique et Métabolisme. 2005;19:116–125.
- (28) Desport JC, Sourisseau H, Dupays M, Lagarde A, Plouvier L, Fort M. Les unités transversales de nutrition : bilan et perspectives. Nutrition Clinique et Métabolique. 2008;23:67–71.
- (29) Desport JC, Alix E, Zazzo JF, Dalmay F, Le Guen Y, Yavchitz E, Pencreac'h E, Garcia V, Preux PM. Etat des lieux en 2008 des Comités de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) et des Unités Transversales de Nutrition Clinique (UTNC) : enquête nationale. Cahier de nutrition et diététique 2010 ;45 :122–129.

## Conclusion

- (30) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1).
- (31) Article D. 6321-2 du Code de la Santé Publique.
- (32) Mattei JF, L'alimentation-nutrition dans les établissements de santé : « une politique innovante ». Nutrition Clinique et Métabolisme 2003;17:94-96.
- (33) La santé en Limousin. (dernière consultation le 16/08/2011). Réseau Limousin Nutrition. [en ligne]. <http://www.sante-limousin.fr/professionnels/reseaux-de-sante/linut-1/presentation-linut>
- (34) La renaissance sanitaire. (dernière consultation le 16/08/2011). GEODE Gériatrie Omois Dénutrition Hôpital Villers Saint Denis. [en ligne]. <http://www.larenaissancesanitaire.fr/geode.php>
- (35) Hébuterne X. La dénutrition de la personne âgée. Nutrition clinique et métabolisme. 2006 ;20, S55-S59.
- (36) Desport J, Dorigny B, Hébertune X, Zazzid J.F, Mazon V, Lesourd B, Perception par les personnes âgées à domicile de l'évaluation et de la prise en charge de la dénutrition par les médecins généralistes. Nutrition clinique et métabolisme. 2007;(21):S31-S46.
- (37) Observatoire Régional de la Santé et du Social, la région Picardie, Agence Régionale de Santé de Picardie. Perceptions et connaissances nutritionnelles en Picardie. Baromètre santé nutrition. 2008.
- (38) INSEE Picardie. Les personnes âgées dépendantes d'ici 2020 : perspectives et besoins. Analyses. 2009 Dec;41.
- (39) La région Picardie, Observatoire Régional de la Santé et du Social de Picardie. Diagnostics territoriaux de santé des pays de Picardie, Les Trois Vallées. 2010 Janv.
- (40) L'accompagnement des personnes âgées dans le département de la Somme. (dernière consultation le 16/08/2011). Le département de la Somme, [en ligne]. <http://www.somme.fr/Pour-vous-avec-vous/Seniors/Bien-vieillir-dans-la-Somme/L-accompagnement-des-personnes-agees>
- (41) Le site officiel de l'administration française. Vos Droits, services publics. (dernière consultation le 16/08/2011). L'allocation Personnalité pour l'Autonomie. [en ligne]. <http://vosdroits.service-public.fr/F10009.xhtml>
- (42) Le site officiel de l'administration française. Vos Droits, services publics. (dernière consultation le 16/08/2011). L'aide ménagère. [en ligne]. <http://vosdroits.service-public.fr/F245.xhtml>
- (43) Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. (dernière consultation le 16/08/2011). Statistiques et indicateurs de la santé et du social, données en Picardie. [en ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm>
- (44) Agence Régionale de Santé de Picardie. (dernière consultation le 16/08/2011). Fonds

d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins. [en ligne].  
<http://www.ars.picardie.sante.fr/Le-FIQCS.91549.0.html>

(45) Cachera I, Dedourge C, Rondeau C, Nutrition et établissements de santé en Picardie. 2004.

(46) Comité technique régional nutrition santé des Pays de la Loire, Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire. Prévention et prise en charge de la dénutrition dans les structures des Pays de la Loire accueillant des personnes âgées dépendantes. 2010.

(47) Programme National Nutrition Santé. Le clan en 10 questions. 2004.

# ANNEXE I : CIRCULAIRE DHOS/E1 N°2002-186 DU 29 MARS RELATIVE À L'ALIMENTATION ET À LA NUTRITION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
Sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé  
Bureau E 1  
Droits des usagers et fonctionnement général des établissements de santé

## **Circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé**

(Texte non paru au *Journal officiel*)

### Références :

Code de la santé publique, notamment les articles L. 6113-1 à L. 6113-3 ;  
Manuel d'accréditation des établissements de santé (février 1999) ;  
Circulaire DGS/SD 5 A n° 2002-13 du 9 janvier 2002 relative à la mise en oeuvre du programme national nutrition santé

Arrêté portant création du comité de l'alimentation et de la nutrition des établissements de santé, CNANES.

Le ministre délégué à la santé à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation (pour attribution et diffusion) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement de santé (pour attribution) En France, comme en Europe, on observe une prévalence élevée de la dénutrition ou de son risque (25 à 50 %) à l'admission à l'hôpital. Ceci est particulièrement vrai dans les services où sont accueillis des patients en état d'agression aiguë, réanimation, pathologie digestive, chirurgie lourde, cancérologie, pédiatrie... Mais cette incidence est également très élevée, chez les patients à risque accueillis dans les services de soins de suite ou de longue durée.

Les conséquences de la dénutrition sont clairement reconnues : facteur pronostique indépendant d'aggravation des maladies, retard de cicatrisation, immunodépression, augmentation de la mortalité péri-opératoire et hospitalière, allongement de la durée moyenne d'hospitalisation et augmentation de la prévalence des infections nosocomiales avec pour corollaire une augmentation des dépenses de santé, sans compter la diminution des capacités fonctionnelles et les répercussions sur la qualité de vie

Les efforts importants engagés depuis 10 ans sur l'alimentation-restauration n'ont pas permis d'améliorer suffisamment cette situation, due notamment à la dispersion des responsabilités entre les professionnels concernés et à leur manque de coordination.

De façon plus générale, la composante nutritionnelle de l'état de santé des patients hospitalisés est souvent méconnue, entraînant l'absence de sa prise en compte dans la prise en charge. Cela nuit à la perception de l'importance de cet aspect pour la vie quotidienne du patient, y compris après sa sortie de l'établissement.

Dans ce contexte, la DHOS a lancé des travaux en matière d'alimentation et de nutrition dans les établissements de santé.

Cette réflexion s'inscrit dans le cadre du Programme national nutrition santé, initié en janvier 2001 par le ministère chargé de la santé. L'objectif est de donner aux établissements de santé un cadre général (décliné au niveau national avec le Comité national d'alimentation et de nutrition des établissements de santé et au niveau local avec les comités de liaison en alimentation et nutrition), pour organiser leur politique en matière d'alimentation et de nutrition.

La réflexion sur une telle politique et sa mise en oeuvre au sein de chaque établissement participent de la démarche d'évaluation de l'activité de ces établissements et de l'obligation d'amélioration continue de la qualité des soins dispensés, que les articles L. 6113-1 à L. 6113-3 du code de la santé publique (CSP) mettent à leur charge.

En vue de favoriser le développement de cette politique nutritionnelle, la présente circulaire recommande la mise en place au sein de chaque établissement de santé d'un comité de liaison en alimentation et nutrition (I) ainsi que, pour certains d'entre eux, l'organisation d'une activité de nutrition clinique (II).

### **I. – MISE EN PLACE D'UN COMITÉ DE LIAISON EN ALIMENTATION ET NUTRITION**

#### **1. Missions du CLAN**

Une enquête de la DHOS sur les expériences menées dans ce domaine, à l'initiative de plusieurs établissements de santé, fait apparaître que la définition d'une politique d'amélioration de la prise en charge de l'alimentation et de la nutrition a été favorisée par la constitution, au sein des établissements considérés, d'un comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN).

En ce qui concerne les établissements publics de santé, les interventions d'un tel comité doivent s'articuler avec les attributions de la commission médicale d'établissement (CME). En effet, l'article L. 6144-1 CSP indique que la CME : « 3° prépare avec le directeur, la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité mentionnée aux articles L. 6113-2 et L. 6113-3 ». Ces dispositions valent notamment en matière de élaboration de la politique de nutrition. Ainsi, la CME sollicite à cette occasion les propositions du CLAN, et prend l'avis de ce comité sur les orientations et mesures qu'elle aura préparées en ce domaine dans les conditions précitées du 3° de l'article L. 6144-1.

Dans cette perspective et à la lumière des précisions apportées ci-avant, pour les établissements publics de santé, le CLAN a vocation à participer par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades, et à la qualité de l'ensemble de

la prestation alimentation-nutrition, y compris en ce qui concerne les projets d'aménagement des locaux, des circuits et d'équipement, dans le cas où ces projets peuvent avoir des incidences dans ce domaine.

A cet effet, le CLAN participe :

- a) Au bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels, et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.
- b) A la définition des actions prioritaires à mener tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration.
- c) A la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition ; il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.
- d) A la définition de la formation continue spécifique à ces actions dans le plan de formation.
- e) A l'évaluation des actions entreprises et fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés.

### **2. La composition**

La composition du CLAN, les conditions de son fonctionnement, les modalités de nomination de ses membres et la durée de leurs mandats, sont fixées par le conseil d'administration dans les établissements publics ou par l'organe qualifié dans les établissements de santé privés. Toutefois, à titre indicatif, la composition, variable en fonction de la taille de l'établissement, pourra être la suivante :

- a) Le directeur ou son représentant.
- b) Dix représentants, au plus, désignés par la CME, dont neuf médecins et un pharmacien.
- c) Le directeur du service de soins infirmiers ou son représentant.
- d) Le responsable de l'activité nutrition clinique ou son représentant, lorsqu'elle existe.
- e) Le responsable de l'activité diététique ou son représentant.
- f) Le responsable de la qualité ou son représentant.
- g) Le responsable de la formation ou son représentant.
- h) Le responsable de la restauration et de l'hôtellerie ou son représentant.
- i) Le président du CLIN ou son représentant.
- j) Un représentant des usagers.
- k) Un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) désigné(e)s en son sein par la commission du service de soins infirmiers.

### **3. Fonctionnement**

Le comité de liaison en alimentation et nutrition élit son président parmi les membres désignés au b. Le président est assisté de deux vice-présidents. Le premier est désigné par le comité parmi les autres catégories de membres que celles citées aux b et e, la deuxième vice-présidente est assurée par le membre mentionné au e.

Le médecin inspecteur régional de la santé ou son représentant assiste aux séances avec voix consultative.

Le CLAN peut entendre toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

En tant que de besoin, deux ou plusieurs établissements peuvent constituer entre eux un CLAN, dans les conditions définies par délibérations concordantes de leurs conseils d'administration ou organes qualifiés.

Lors de la constitution du CLAN, les conditions et moyens nécessaires à son fonctionnement seront précisés.

Le CLAN élabore un rapport d'activité annuel préparé par son président et destiné à évaluer le degré de réalisation des objectifs fixés.

## **II. – ORGANISATION DE L'ACTIVITÉ DE NUTRITION CLINIQUE**

La complexité des problèmes nutritionnels rencontrés rend souhaitable, en concertation avec le CLAN, l'organisation, au sein des centres hospitaliers régionaux, d'une activité de nutrition clinique.

Cette activité consiste à assurer, sous la responsabilité d'un médecin nutritionniste reconnu :

- a) Les investigations, la surveillance et les soins liés à la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés ou consultants externes, dans des conditions convenues avec les responsables des différentes unités de soins.
- b) La recherche clinique afférente aux missions précitées.
- c) L'éducation des patients.

La structure en charge de cette activité concourt, en outre, à la formation des personnels médicaux et paramédicaux, et à l'évaluation des pratiques. Elle comporte le personnel médical, diététicien, infirmier et administratif nécessaire à l'accomplissement de ses missions.

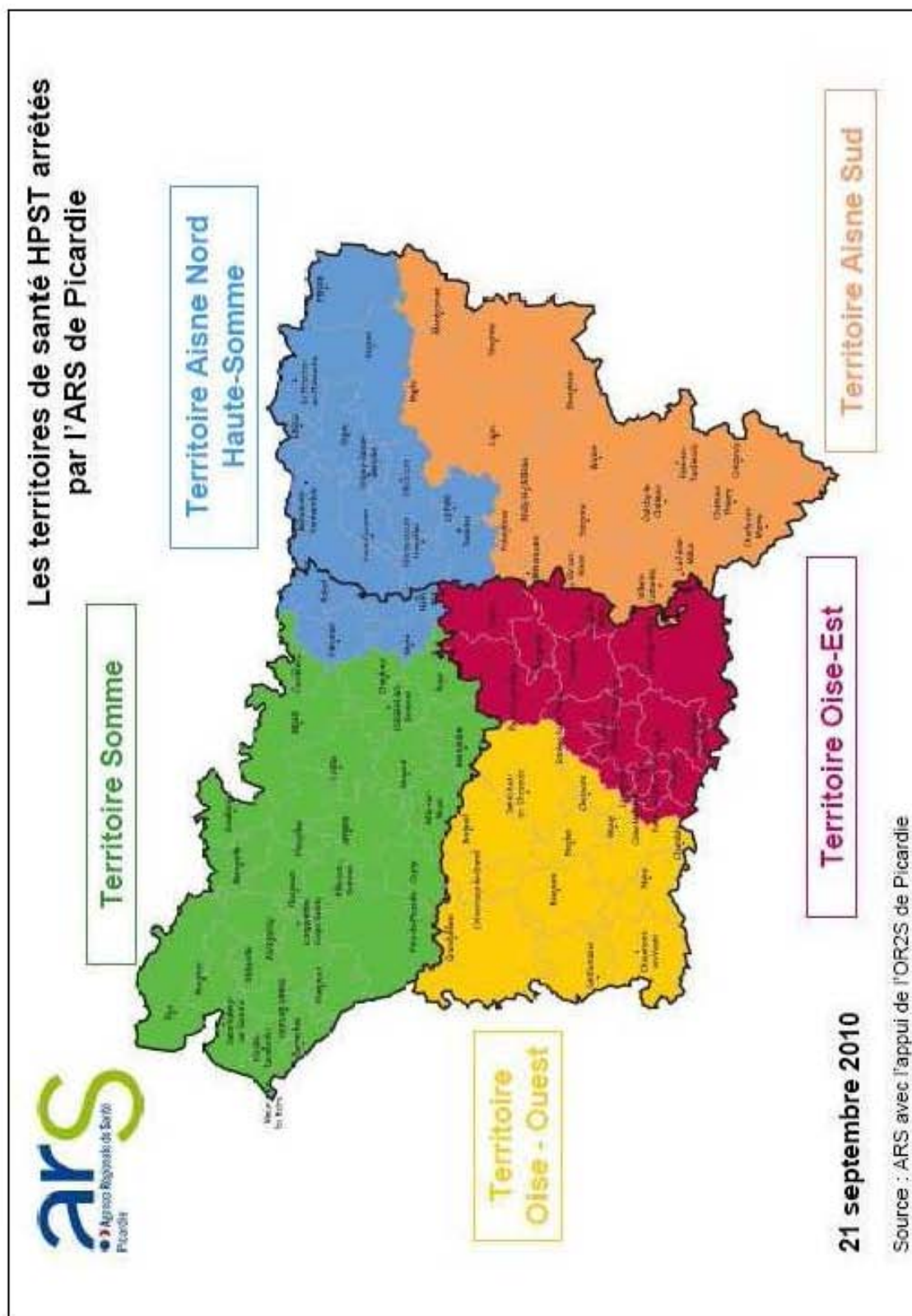
Cette activité est organisée dans les conditions prévues au chapitre VI du titre IV du livre Ier de la partie VI du code de la santé publique.

L'établissement gestionnaire de cette structure s'attachera à l'inscrire dans un réseau de santé, notamment en matière d'alimentation parentérale et entérale à domicile.

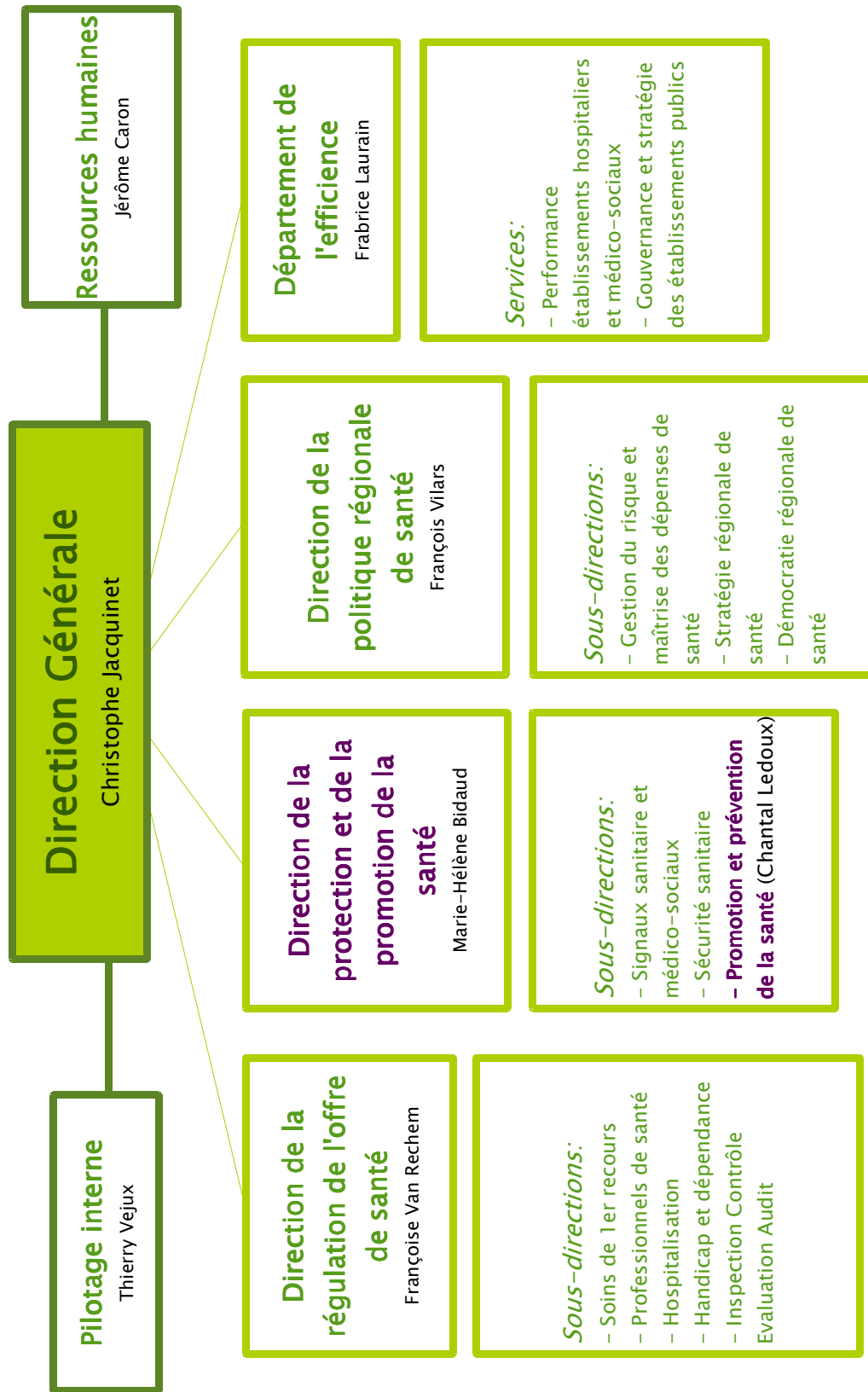
Bernard Kouchner



## ANNEXE II : LES TERRITOIRES DE SANTÉ HPST ARRÊTÉS PAR L'ARS DE PICARDIE



# ANNEXE III : ORGANIGRAMME DE L'ARS DE PICARDIE ET SITUATION DE LA SOUS DIRECTION PROMOTION ET PRÉVENTION DE LA SANTÉ



**Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels en Picardie**

**Planning prévisionnel**

Dépister, prévenir et prendre en charge les troubles nutritionnels de la personne âgée vivant à domicile, en institution ou séjournant en milieu hospitalier sur le territoire santé Somme.

		janvier	février	mars	avril	mai																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
<b>Prospection</b>	Prospection de l'existant : réseaux de santé similaire et mode de fonctionnement																						
	Rencontre avec GEODE																						
<b>Etude de faisabilité</b>	Identification et justification des objectifs du réseau																						
	Identification et justification du territoire de proximité																						
	Recensement des acteurs sur ce territoire																						
	Rédaction du rapport de faisabilité et soumission à la direction																						
<b>Mise en place du réseau (sous réserve d'acceptation de l'étude de faisabilité)</b>	Constitution d'un comité de pilotage																						
	Elaboration d'un schéma de coordination																						
	Planification de rencontres avec l'ensemble des acteurs																						
	Rédaction synthèse																						



*Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels en Picardie*

**Planning prévisionnel**

**Améliorer la politique nutritionnelle mise en place au sein des établissements de santé et médico-sociaux de la région Picardie.**

		janvier				février				mars				avril				mai					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
<b>Diagnostic: recherches et mise en place de l'enquête</b>	Recherches sur la politique nutritionnelle au sein des établissements	■	■																				
	Identification de la mise en place des CLAN et des UTN lors de recensements précédents	■	■																				
	Détermination liste de diffusion de l'enquête (établissements santé et médico-sociaux)			■	■																		
	Détermination thèmes et items du questionnaire				■	■																	
	Validation du questionnaire						■																
	1er envoi							■															
	2ème envoi (relance)									■	■												
	Préparation saisie et analyse de résultats									■	■	■											
<b>Analyse des résultats de l'enquête</b>	Saisie et organisation des résultats									■	■	■	■										
	Analyse des résultats													■	■								
<b>Restitution des résultats</b>	Rédaction synthèse													■	■	■							
	Envoi synthèse aux établissements et à la direction																■	■	■				
<b>Propositions de stratégies de (re)dynamisation</b>	Elaboration de stratégies de (re)dynamisation de la politique nutritionnelle dans les établissements																	■	■	■			
	Soumission des propositions à la direction																				■	■	



# ANNEXE VII : QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE

## Enquête sur la politique nutritionnelle

Au sein des établissements de santé et médico-sociaux  
de la région Picardie

Dépistage et prise en charge du surpoids, de l'obésité, et de la dénutrition, et mise en place de dispositifs tels que les Comités de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN), inter-CLAN et Unités Transversales de Nutrition (UTN).

Nous vous remercions à l'avance de l'intérêt que vous porterez à cette enquête et du temps que vous consacrerez à renseigner ce questionnaire.

Nous vous serions gré de bien vouloir remplir ce questionnaire au plus tard pour le 10 mars 2011, en ligne à l'adresse suivante :

<https://spreadsheets0.google.com/viewform?formkey=dFBSSXhtTkxSWEIOTy1wTGoxQXdoNmc6MQ>

Nom de l'établissement  
N° FINESS  
Adresse postale  
Téléphone  
Fax  
Adresse électronique  
Catégorie

- Établissement de santé  
 Établissement médico-social autonome  
 Établissement médico-social rattaché à un établissement de santé, précisez :

Si établissement médico-social, précisez le public accueilli : personne âgée, personne handicapée (enfants, adultes) :

Nom et fonction de la personne ayant rempli le questionnaire :

### I. Le CLAN (Comité de Liaison Alimentation et Nutrition):

La circulaire DHOS du 29 mars 2002\* relative à l'alimentation et la nutrition dans les établissements de santé recommande la mise en place de **CLAN (Comité de Liaison Alimentation et Nutrition)**. Le CLAN est une structure consultative, pluridisciplinaire qui participe à l'amélioration du dépistage de la prise en charge des troubles nutritionnels et de la qualité de la prestation en restauration, au travers trois missions de conseils, d'impulsion d'actions et de formation du personnel.

Les établissements ne disposant pas assez de moyen pour composer leurs propres CLAN peuvent se regrouper et former un **CLAN inter-établissements ou inter-CLAN**.

\* Circulaire DHOS/E 1 n°2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.

### 1. Il existe un CLAN dans votre établissement :

- oui, CLAN propre à l'établissement,  
 oui, CLAN inter-établissement avec :  
 non

### 2. Si oui :

2.1. Date de création :

2.2. Nom et fonction du président :

2.3. Composition du CLAN :

2.4. Fréquence des réunions :

2.5. Le CLAN dispose d'un budget de fonctionnement :  oui  non

2.6. Actions mises en place au cours de l'année 2010 :

2.7. Outils mis en place :

2.8. Améliorations constatées :

2.9. Difficultés rencontrées :

### 3. Si non

3.1. La création d'un CLAN est en projet :

oui, propre à l'établissement (précisez date de création: )

oui, CLAN inter-établissement avec :

(Précisez date de création: )

non

3.2. Difficultés rencontrées :

### II. L'Unité Transversale de Nutrition

La circulaire DHOS du 29 mars 2002\* relative à l'alimentation et la nutrition dans les établissements de santé de santé propose l'organisation d'une **UTN (Unité Transversale de Nutrition)**. L'UTN assure, sous la responsabilité d'un médecin nutritionniste, les investigations, la surveillance et les soins liés à la prise en charge nutritionnelle des patients au sein de l'hôpital ou à l'extérieur, la recherche clinique et l'éducation des patients.

\* Circulaire DHOS/E 1 n°2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.

4. Il existe une Unité Transversale de Nutrition dans votre établissement :  oui  non

### 5. Si oui :

5.1. Date de création :

5.2. Nom et fonction du responsable :

5.3. Structure de rattachement de l'UTN :

5.4. Composition :

5.5. Missions :

5.6. Améliorations constatées :

5.7. Difficultés rencontrées :

6. Si non :

6.1. La mise en place d'une UTN est en projet :  oui  non

Si oui, précisez la date :

6.2. Difficultés rencontrées :

### III. La Restauration

7. Des repas sont servis dans votre établissement :

oui :  petit déjeuner  déjeuner  collation  dîner  
 non

8. L'élaboration des menus est :  autogérée  sous-traitée

9. La préparation des repas est :  autogérée  sous-traitée

10. Budget alimentaire par jour par personne : .....€/jour/personne

11. Il existe un cahier des charges ou une charte concernant la restauration :  oui  non

12. Un recueil systématique des goûts et des préférences est réalisé à l'admission de chaque patient/résident :  oui  non

13. Il existe une instance permettant de discuter des menus :

oui, une commission des menus  
 oui, une autre instance, précisez :  
 non

Si oui, quelle est sa composition :

14. Le patient/résident a la possibilité d'apporter des modifications au menu proposé :

oui  non

15. Des repas à texture modifiée sont servis (haché, mixé, liquide, etc.):

oui  non

Si oui, les différents éléments du plat principal sont-ils reconstitués :

oui  non

16. Une enquête de satisfaction concernant la restauration est mise en place auprès des patients/résidents :  oui, fréquence : .....  non

Si oui, les patients/résidents sont en général :

Tout à fait satisfaits  plutôt satisfaits  peu satisfaits  pas du tout satisfaits

### IV. La Nutrition

17. Dans votre établissement, la nutrition est considérée comme :

un soin  
 un critère de sécurité  
 un critère de qualité au niveau de la restauration

Commentaires :

18. Un(e) diététicien(ne) intervient dans l'établissement :

oui comme salarié(e), précisez le nombre d'ETP :  
 oui mais non salarié(e) de l'établissement (vacation)  
 non

19. Une fiche de recommandations diététique/nutritionnelle est établie

oui :  non  
 pour chaque patient/résident  
 pour les patients/résidents à risque de dénutrition  
 pour les patients/résidents dénutris  
 pour les patients/résidents en surpoids  
 pour les patients/résidents obèses  
 autres, précisez :

#### La dénutrition

20. Connaissez-vous la prévalence de la dénutrition au sein de votre établissement ?

oui, précisez : .....  non

21. Un dépistage de la dénutrition est réalisé :

oui, systématiquement à l'admission  
 oui, pendant le séjour chez l'ensemble des patients/résidents, fréquence : ...  
 oui, pendant le séjour chez les patients/résidents à risque, fréquence : ...  
 jamais

Si oui :

Un protocole est disponible :  oui  non



**Quelles sont les méthodes utilisées :**

	A l'admission	Pendant le suivi
Mesure du poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recherche perte de poids récente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcul de l'Indice de Masse Corporel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimation de l'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recherche de situation à risque de dénutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesure de l'épaisseur du pli cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcul du MNA simplifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcul du MNA complet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan bucco-dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan kiné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez : .....		

**22. La dénutrition des patients/résidents est prise en charge :**  oui  non

**Si oui :**

- Des protocoles sont disponibles :**  oui, concernant la dénutrition  
 oui, concernant le risque de dénutrition  
 non

**Quelles sont les méthodes utilisées :**

	Patient dénutri	Patient à risque de dénutrition
Conseils nutritionnels vers le patient/résident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enrichissement de l'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compléments nutritionnels oraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrition entérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractionnement des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collations diurne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collations nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez : .....		

**Quels sont vos critères de suivi?**

- Surveillance alimentaire  
 Surveillance du poids  
 Dosage biologique, précisez :  
 Mesure de la composition corporelle  
 Autres, précisez :

**23. Des solutions sont mises en place pour éviter le jeun nocturne :**

- collation nocturne  
 décalage des horaires des repas  
 autres, précisez :  
 non

**24. Les évènements suivant relatifs à la dénutrition, sont proposés aux patients/résidents :**

- Séances d'information / d'éducation nutritionnelles, fréquence :  
 Repas à thèmes, fréquence :  
 Ateliers cuisine, fréquence :  
 Animations physiques collectives, fréquence :  
 Autres, précisez :

**25. Des formations spécifiques à la dénutrition sont proposées au personnel:**  oui  non

**Si oui :**

- Pour quels professionnels :**  au personnel soignant  
 au personnel de restauration  
 aux agents de service hospitalier

- Orientées sur quels publics :**  enfant  
 adulte  
 personne âgée  
 autres, précisez :

***Le surpoids et l'obésité***

**26. Connaissez-vous la prévalence du surpoids et de l'obésité au sein de votre établissement ?**

- oui, précisez :  non

**27. Un dépistage du surpoids et/ou de l'obésité est réalisé :**

- oui, systématiquement à l'admission  
 oui, pendant le séjour chez l'ensemble des patients/résidents, fréquence : ...  
 oui, pendant le séjour chez les patients/résidents à risque, fréquence : ...  
 jamais

**Si oui :**

- Des protocoles sont disponibles :**  oui  non

**Quelles sont les méthodes utilisées :**

	A l'admission	Pendant le suivi
Mesure du poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcul de l'Indice de Masse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesure du périmètre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport tour de taille/tour de hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesure de l'épaisseur du pli cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesure de la composition corporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation de courbes de croissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres, précisez : .....

**28. Le surpoids et l'obésité des patients/résidents sont pris en charge :**  oui  non

Si oui :

**Des protocoles sont disponibles :**  oui, concernant le surpoids

oui, concernant l'obésité

non

**Quelles sont les méthodes utilisées :**

	Surpoids	Obésité
Conseils nutritionnels vers le patient/résident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription de régimes diététique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement médicamenteux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez : .....		

**Quels sont vos critères de suivi?**

Surveillance alimentaire

Surveillance du poids

Autres mesures anthropométriques

Autres, précisez :

**29. Des actions relatives à la prise en charge du surpoids et de l'obésité, sont proposées aux patients/résidents :**

Séances d'information / d'éducation nutritionnelles, fréquence :

Repas à thèmes, fréquence :

Ateliers cuisine, fréquence :

Animations physiques collectives, fréquence :

Autres, précisez :

**30. Des formations spécifiques au surpoids et à l'obésité sont proposées au personnel:**

oui  non

Si oui :

**Pour quels professionnels :**  au personnel soignant

au personnel de restauration

aux agents de service hospitalier

**Orientées sur quels publics :**  enfant

adulte

personne âgée

autres, précisez :

#### V. Partenaires

**31. Vous partagez en interne de votre établissement (entre les différents services) :**

des protocoles

des outils

autres, précisez :

non

**Commentaires :**

**32. Vous partagez avec d'autres établissements :**

des protocoles

des outils

des professionnels, précisez :

autres, précisez :

non

**Commentaires :**

**33. Seriez-vous intéressé par un partage d'expérience, de pratiques, d'outils, avec d'autres établissements ?**

**34. Quels sont vos besoins et attentes en termes de formation ? Précisez pour quels professionnels, et sur quels thèmes :**

**35. Réseaux :**

**Un Réseau pour la Prévention et la Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (RéPPOP) va être créé en Picardie en 2011, seriez-vous intéressé pour intégrer ce réseau ?**

oui  non

**Commentaires :**

**Un Réseau « Dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels chez les personnes âgées » actuellement en cours de réflexion, est envisagé, seriez-vous intéressé pour intégrer ce réseau ?**

oui  non

**Commentaires :**

# ANNEXE VIII : COURRIER DE LA DIRECTION DE LA PROTECTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE ACCOMPAGNANT L'ENQUÊTE.



Mesdames et Messieurs  
Les Directeurs d'établissements

Direction de la Protection  
et de la Promotion de la Santé

Sous-direction de la Promotion  
et de la Prévention de la Santé

Affaire suivie par : Laura RICHARD  
Courriel : [laure.richard@ars.sante.fr](mailto:laure.richard@ars.sante.fr)

Téléphone : 03.22.33.54.33  
Télécopie : 03.22.33.54.01

Amiens le : 21/02/2011

Objet : Enquête relative à la politique nutritionnelle dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

Dans le cadre de la déclinaison du Programme National Nutrition Santé (PNNS), de la mise en place du futur Plan Régional de Santé (PRS), et des priorités définies dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Picardie fixe une de ses priorités d'action autour d'un objectif général : Améliorer la prévention et la prise en charge du surpoids, de l'obésité et de la dénutrition.

Le développement d'une politique nutritionnelle, tant en amont qu'en aval de la prise en charge sanitaire et médico-social, doit être facilité par la généralisation des Comités de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN), les inter-CLAN, et la création d'Unités Transversales de Nutrition (UTN) au sein des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, mais également par la mise en place d'un réseau Ville-Hôpital.

Afin de répondre à cet objectif, l'ARS de Picardie réalise une enquête par le biais d'un questionnaire relatif à la politique nutritionnelle mise en place au sein des structures de la région. L'intérêt de cette enquête est de pouvoir identifier les leviers et freins rencontrés dans les établissements tant dans la mise en place que dans le fonctionnement des CLAN et de la politique nutritionnelle. Ainsi l'ARS de Picardie sera en mesure de vous restituer les résultats de cette enquête et de vous accompagner particulièrement dans la mise en place et le fonctionnement du CLAN au sein de votre établissement.

Nous vous remercions à l'avance de l'intérêt que vous porterez à cette enquête et du temps que vous consacrerez à renseigner ce questionnaire.

Nous vous serions gré de bien vouloir remplir le questionnaire disponible en ligne à l'adresse suivante  
<https://spreadsheets0.google.com/viewform?formkey=dFBSSXhTtxSWEIOTy1wTGoxQXdoNmc6MQ>, au plus tard pour le 10 mars 2011.

En cas de difficultés, vous pouvez contacter Melle Laure RICHARD par téléphone au 03.22.33.54.33 ou par mail à l'adresse suivante : [laure.richard@ars.sante.fr](mailto:laure.richard@ars.sante.fr).

Marie-Hélène BIDAUD  
Directrice de la Protection  
et de la Promotion de la Santé



# ANNEXE IX : GRILLE D'ANALYSE DES VARIABLES

## Enquête relative à la politique nutritionnelle au sein des établissements de santé et médico-sociaux de la région Picardie

### Variables étudiées

Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition		
Variable concernée	Population prise en compte	Autres variables prises en compte
Existence CLAN / interCLAN	Parmi la totalité des réponses	Catégories établissements Territoires
Date de création	Parmi établissements avec CLAN	Selon CLAN et interCLAN
Fonction président	Parmi établissements de santé	Catégories établissements Territoires
Composition CLAN	Parmi établissements MS pour personnes âgées.	Selon CLAN et interCLAN
Fréquence réunion		Nombre de personnes représentées
Budget de fonctionnement		Selon CLAN et interCLAN
Actions		Catégories établissements
Outils		Selon CLAN et interCLAN
Améliorations constatées		Catégories établissements
Difficultés rencontrées		Selon CLAN et interCLAN
Projet CLAN / interCLAN	Parmi établissements sans CLAN	Catégories établissements
Date projet	Parmi Etablissements de santé	Territoires
Difficultés		Projet CLAN/interCLAN

## L'Unité Transversale de Nutrition

Variable concernée	Population prise en compte	Autres variables prises en compte
Existence UTN	Parmi totalité des réponses	Catégories établissements Territoires Existence CLAN
Date création	Parmi les établissements ayant UTN	Catégorie Territoire
Fonction du responsable		
Structure de rattachement		
Composition UTN		
Missions		
Améliorations constatées		
Difficultés rencontrées		
Projet UTN	Parmi établissements sans UTN	Catégorie Territoire
Date projet		Existence CLAN/interCLAN
Difficultés rencontrées	Parmi ES	

<u>La Restauration</u>	
<u>Variable concernée</u>	<u>Population prise en compte</u>
repas servis	Parmi la totalité des réponses Présence CLAN/interCLAN Nombre de repas servis par jour Repas les plus/moins représentés en fonction catégorie
élaboration menus	Catégorie Présence instance menu Présence diététicien(ne) Existence CLAN/interCLAN
préparation repas	Catégorie établissement Elaboration des menus
budget alimentaire	Catégorie établissement
cahier des charges	Nombre de repas
recueil goût	Catégorie Présence instance menu Présence diététicien(ne)
instance menu	Présence diététicien(ne) Existence CLAN
possibilités menu	Catégorie Type instance (commission ou autre) Présence diététicienne Présence CLAN Elaboration menu
texture modifiée	Catégorie Existence instance menu Existence CLAN Présence diététicienne
enquête satisfaction	Catégorie Existence instance menu Existence CLAN

<u>La Nutrition</u>	
<u>Variable concernée</u>	<u>Population prise en compte</u>
considération nutrition	Parmi la totalité des réponses Catégorie Existence CLAN Existence UTN Présence diététicien(ne) Service repas
diététicienne	Catégorie Territoire Existence CLAN et UTN
fiche de recommandation	Catégorie Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTN

La dénutrition		Autres variables prises en compte	
Variable concernée		Population prise en compte	
connaissance prévalence dénutrition	Parmi la totalité des réponses	Catégorie Territoire Considération nutrition Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN	
dépistage dénutrition	Parmi la totalité des réponses	Catégorie Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN Considération nutrition	
Protocole disponible	Parmi établissements dépistant dénutrition	Catégorie Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN	
Méthodes utilisées		Catégorie Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN	
Prise en charge dénutrition	Parmi la totalité des réponses	Catégorie Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN Considération nutrition	
Protocole disponible	Parmi établissements prenant en charge dénutrition	Catégorie Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN	
Méthodes utilisées		Catégorie Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN	
Critères de suivies		Catégorie Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN	
Jeun nocturne	Parmi la totalité des réponses	Catégorie (+ « hébergement »?) Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN Considération nutrition	
Evènement relatifs à la dénutrition	Parmi la totalité des réponses	Catégorie Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN Considération nutrition	
Formation personnel	Parmi la totalité des réponses	Catégorie Territoire Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN	

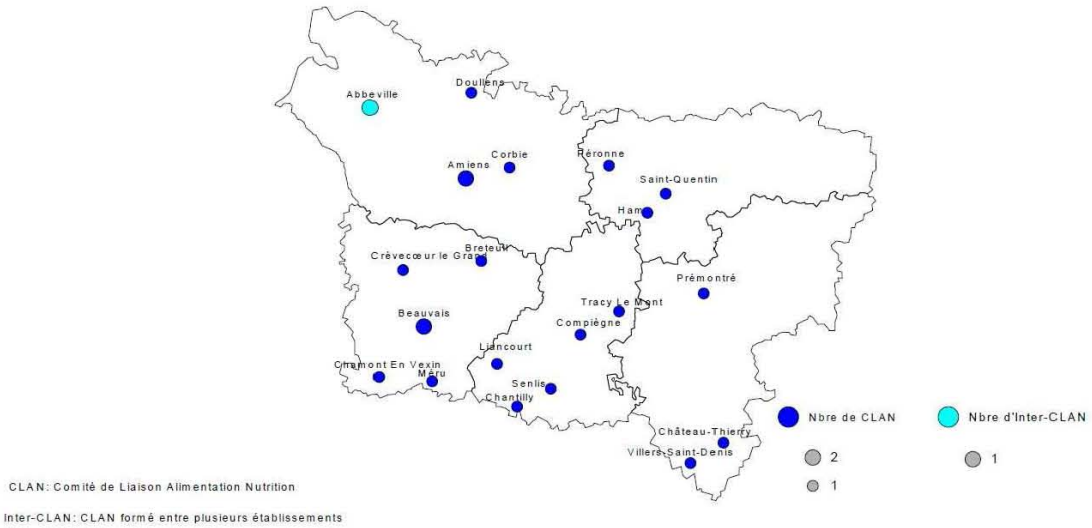
Le surpoids et l'obésité		Autres variables prises en compte	
Variable concernée		Population prise en compte	
connaissance prévalence	Parmi la totalité des réponses	Catégorie Territoire Considération nutrition Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN	
dépistage	Parmi la totalité des réponses	Catégorie Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN Considération nutrition Dépistage dénutrition	
protocole disponible méthodes utilisées	Parmi établissements dépistant surpoids obésité	Catégorie Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN Comparaison dénutrition	
prise en charge surpoids et obésité	Parmi la totalité des réponses	Catégorie Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN Considération nutrition	
protocole disponible méthodes utilisées	Parmi établissements prenant en charge surpoids obésité	Catégorie Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN Comparaison dénutrition	
critères de suivi		Catégorie Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN Comparaison dénutrition	
évènements relatifs au surpoids et à l'obésité formation personnel	Parmi la totalité des réponses	Catégorie Présence diététicien(ne) Existence CLAN et UTIN Considération nutrition Comparaison dénutrition	

<u>Partenaires</u>	<u>Population prise en compte</u>	<u>Autres variables prises en compte</u>
partage interne	Parmi réponses	Catégorie Existence CLAN et UTN
partage externe		Catégorie Existence CLAN, interCLAN
intérêt/partage avec d'autres établissements		Catégorie Existence CLAN interCLAN
besoin/attentes formation		Projet CLAN interCLAN
		Catégorie Existence CLAN
		Formation personnel (dénutrition et surpoids obésité)
réseau REPOPOP		Catégorie Territoire
réseau dénutrition personne âgée		Existence CLAN, UTN
		Projet CLAN, UTN
		Dépistage, Prise en charge (dénutrition et surpoids obésité)



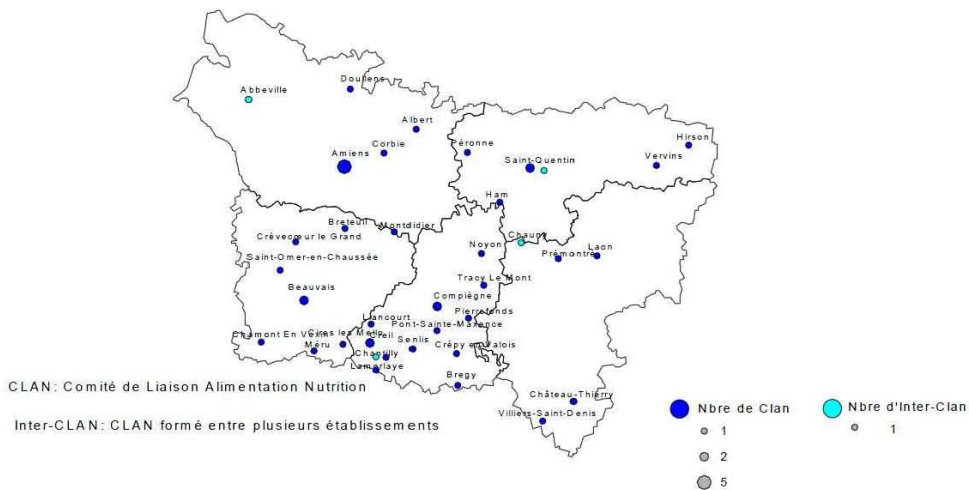
# ANNEXE X : CARTOGRAPHIES DES CLAN EN PICARDIE, ÉVOLUTION ENTRE LES ANNÉES 2004, 2008 ET 2011.

Implantation des CLAN et inter-CLAN au sein des établissements de santé et médico-sociaux de la région Picardie en 2004



Réalisation ARS Picardie.OSA (mai 2011). Sources enquête politique nutritionnelle ES, EMS(mai 2011). « Fonds de cartes Arctique © Tous droits réservés»

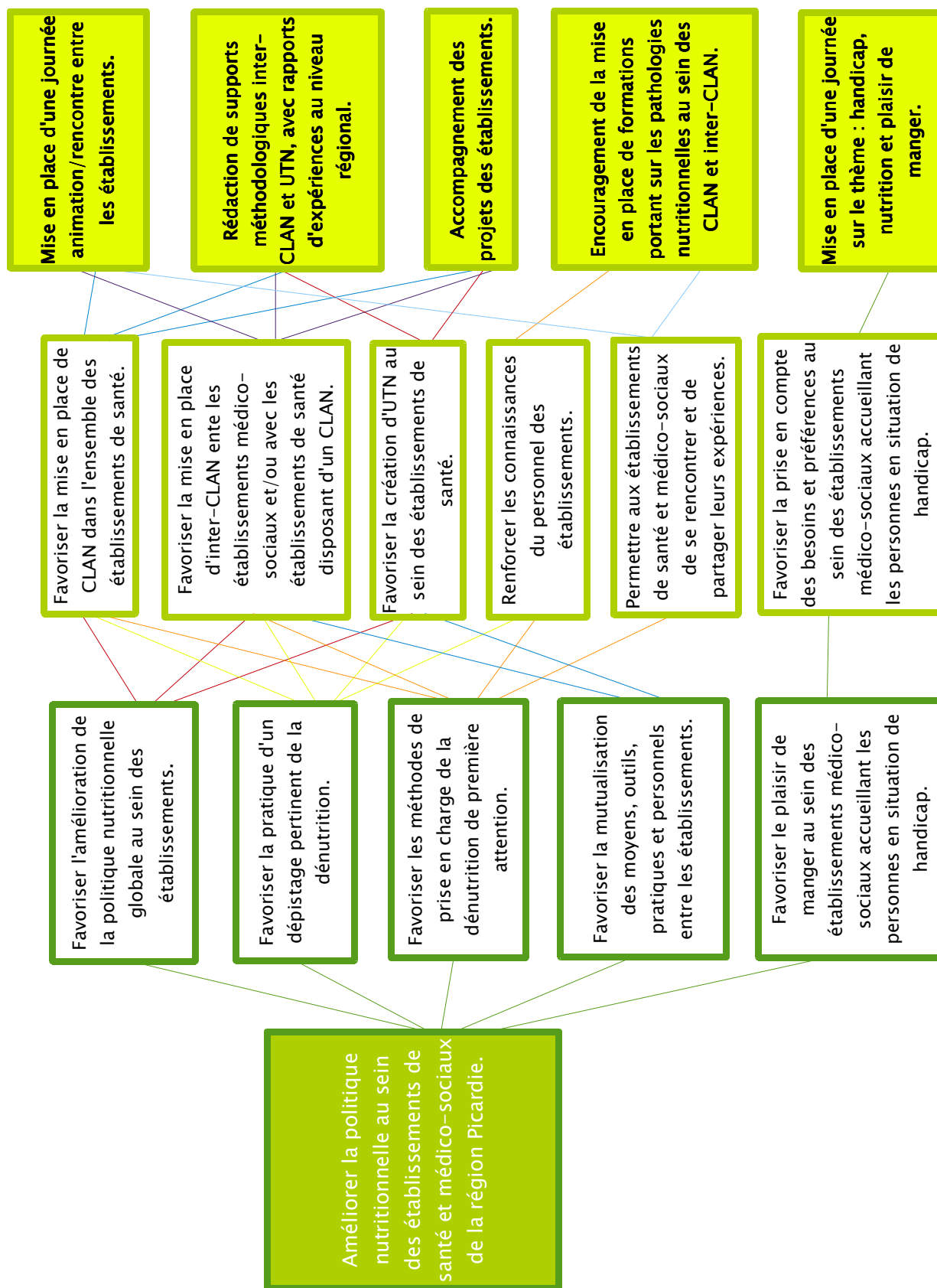
Implantation des CLAN et inter-CLAN au sein des établissements de santé et médico-sociaux de la région Picardie en 2008



Réalisation ARS Picardie.OSA (mai 2011). Sources enquête politique nutritionnelle ES, EMS(mai 2011). « Fonds de cartes Arctique © Tous droits réservés»



# ANNEXE XI : PROPOSITIONS D'ACTIONS D'AMÉLIORATION DE LA POLITIQUE NUTRITIONNELLE SOUS FORME D'ARBRE À OBJECTIF







---

## RÉSUMÉ

Les troubles nutritionnels occupent une place importante au cœur de la santé publique, notamment depuis la mise en place du Programme National Nutrition Santé en 2001. Face aux prévalences alarmantes des troubles nutritionnels, l'Agence Régionale de Santé de Picardie participe à la mise en place d'actions dans le but d'améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de ces pathologies, et ainsi contribuer à la réduction ou la stabilisation de leurs prévalences. A cet effet, les problématiques liées à la dénutrition des personnes âgées et à l'amélioration de la politique nutritionnelle des établissements de santé et médico-sociaux, ont conduit à la réalisation de deux missions : la mise en place d'un réseau relatif à la dénutrition de la personne âgée, et la proposition d'actions en vue d'améliorer la politique nutritionnelle des établissements. La mise en œuvre d'une étude de faisabilité a permis d'initier la mise en place du réseau de façon optimale et la réalisation d'une enquête auprès des établissements de santé et médico-sociaux a permis d'orienter les actions d'amélioration proposée, en particulier au sujet des Comités de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN).

---

MOTS CLEFS : DÉNUTRITION, SURPOIDS, OBÉSITÉ, RÉSEAU, POLITIQUE NUTRITIONNELLE, CLAN.

## ABSTRACT

Nutritional disorders take an important place in the heart of public health, especially since the establishment of the National Nutrition Health Program in 2001. In front of such alarming prevalences of nutritional disorders, the Regional Health Agency of Picardy takes part in the implementation of actions in order to improve prevention, detection, and support of these diseases, and contribute to the reduction or stabilization of their prevalence. In this purpose, problematics related to old people denutrition and to improvement of nutrition policy in health and medico-social establishment, have led to the realization of two missions: implementation of an elderly denutrition's network, and the proposition of actions to improve the establishments nutrition policy. The execution of a feasibility study allowed to initiate optimally the network implementation, and the realization of a survey in health, and medico-social establishment was used to guide the improvement actions proposed, especially about Liaison Committees for Alimentation and Nutrition (LCAN).

---

KEYWORDS : DENUTRITION, OVERWEIGHT, OBESITY, NETWORK, NUTRITION POLICY, LCAN.

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

Agence Régionale de Santé de Picardie  
52, rue Daire  
80037 AMIENS Cedex 1

