

Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux :

les textures modifiées, mode d'emploi

Retours d'expérience



Résumé

Les établissements de santé et médico-sociaux accueillent une population hétérogène présentant de multiples pathologies. Une partie plus ou moins importante de cette population requiert des textures adaptées à leurs capacités d'alimentation. Il convient de lui proposer une alimentation en phase avec ses besoins tout en alliant la notion de « plaisir ».

Ce document présente divers retours d'expériences issus de professionnels. Destiné aux soignants comme aux cuisiniers des établissements, il a pour objectifs de :

- ...✚ présenter les différentes pathologies ou accidents de la vie qui nécessitent de modifier les textures alimentaires des patients ;
- ...✚ décrire les différentes textures qui peuvent être mises à leur disposition ;
- ...✚ identifier les impacts liés à la mise en place de textures modifiées (amélioration de l'état nutritionnel, coût de la restauration, processus de production, de distribution) ;
- ...✚ présenter des recettes mises au point par des établissements.

Summary

Medico-social facilities take in a diverse population with multiple pathologies. A relatively significant portion of this population requires the textures of the menu items to be adapted to their abilities to ingest food. This population should be offered food that is in tune with its needs while not losing sight of the notion of eating "pleasure."

This document presents diverse feedback from healthcare professionals. Intended for caregivers and healthcare facility cooks alike, its goal is to :

- ...✚ present the different pathologies or non-occupational accidents that require modifying food textures for patients ;*
- ...✚ describe the different textures they may be offered ;*
- ...✚ identify the impacts related implementing modified textures (improved nutritional state, food service cost, production and distribution processes) ;*
- ...✚ present recipes developed by facilities.*

Mots-clés

Restauration hospitalière, textures modifiées, nutrition, alimentation, recettes

Keywords

Hospital food service, modified textures, nutrition, food, recipes

Préfaces

MONIQUE FERRY, gériatre et nutritionniste

Manger est un acte essentiel à la vie,
mais aussi à la survie en bonne santé.
C'est, après la respiration, l'instinct
le plus primordial.

L'alimentation est un acte individuel essentiel à la vie, le plus souvent source de plaisir et doté d'une valeur symbolique dans nos sociétés... Ce besoin, qualifié de « fondamental » doit être impérativement satisfait. L'alimentation est aussi nécessaire à la survie dans de nombreuses situations pathologiques. S'alimenter moins que ses besoins, plus encore s'ils sont accrus par la maladie, est source de dénutrition.

La dénutrition est à l'origine de nombreuses complications, source de morbidité, en particulier infectieuse et de dépendance, par diminution des capacités fonctionnelles. Il est nécessaire d'alimenter les patients et de couvrir l'augmentation de leurs besoins pour lutter contre les risques liés à la dénutrition de manière directe ou indirecte.

Manger et boire doivent être satisfaits, y compris et surtout, chez le malade. L'alimentation est alors considérée, à juste titre, comme un soin. Mais c'est aussi, en particulier chez l'enfant et la personne âgée, un acte de soutien, voire d'amour. C'est pourquoi elle peut entraîner de la part des proches, mais aussi des soignants, des comportements extrêmes de véritable « lutte » pour alimenter, ou, à l'inverse, d'évitement au moment des repas... L'importance de l'alimentation est à l'origine d'une relation très particulière et unique entre les soignants et le soigné. Parfois peut s'exercer un véritable « chantage » à l'incapacité de nourrir correctement par manque de temps, manque de bras, mais aussi souvent, manque de motivation... Ce phénomène peut déclencher des niveaux de souffrance majeurs au sein d'une équipe et ce d'autant que le soignant est habituellement une femme dont le rôle nourricier est alors gravement mis en cause, le plus lourd de sens étant le refus de s'alimenter...

L'alimentation a une valeur symbolique et un rôle de communication. D'où l'effet très anxiogène sur les aidants et les soignants des troubles qui perturbent l'alimentation, en particulier, les troubles de la déglutition. C'est probablement l'une des explications, parmi d'autres, du réflexe abusif de « mixer pour manger »... au moins quelque chose... alors même, par exemple, qu'une position correcte pour le repas, au lieu du maintien de la tête en arrière sur un fauteuil, qui favorise les inhalations, suffit à faire disparaître certaines fausses routes...

Or, tout doit être mis en œuvre pour que les apports oraux et le plaisir de manger soient préservés. C'est pourquoi ce soin particulier, indispensable, ne peut être que le fruit d'un travail collectif d'une « chaîne » efficace qui va du choix des aliments jusqu'à l'assiette du patient. Il impose une véritable « vigilance alimentaire » au niveau des maillons de la chaîne où chacun sait que son rôle est essentiel de la cuisine à la présentation. Si le cuisinier s'est intéressé à être formé, qu'il réussit une texture modifiée « bien sous tous rapports » et qu'elle est servie froide au patient, ou par un soignant grincheux et/ou pressé, voire en compagnie d'un voisin de table désagréable... quel bénéfice en attendre ?

C'est toute une réflexion de fonctionnement qui doit être mise en œuvre autour des textures mixées... C'est aussi l'état psychologique et affectif du patient qui doit être pris en compte. C'est pourquoi ce livre permet une approche efficace des modalités d'alimentation dans une collectivité, avec des exemples concrets de diverses circonstances dans lesquelles la nourriture doit être adaptée à l'état de chaque malade, quelle que soit la pathologie dont il est atteint. Le choix d'un aliment de qualité et les modifications apportées aux schémas standards de « mixés » sont ensuite envisagées et transcrites en multiples recettes, utilisables dans les divers établissements de soin.

Cet ouvrage original et documenté, s'est voulu synthétique et va à l'essentiel. Il apporte des réponses à de nombreuses questions pratiques dont il dresse un tableau le plus complet possible...

DIDIER GIRARD, ingénieur chargé de la fonction restauration au Centre Hospitalier Le Mans, Président de l'Union des Ingénieurs Hospitaliers en Restauration (UDIHR)

Donner du plaisir par l'alimentation n'est pas la priorité des établissements de santé. Les services de restauration, conscients de cette situation, et grâce au professionnalisme des cuisiniers, mettent tout en œuvre pour valoriser le repas. Pour susciter le plaisir, ils apportent un soin tout particulier à la présentation, au goût et au mariage des saveurs qui sont directement perçues par les patients.

Pour l'équipe médicale, ce qui est primordial, c'est d'apporter des réponses aux pathologies que l'on rencontre dans un établissement de santé. Le diététicien doit répondre aux diverses demandes du médecin concernant l'alimentation et la nutrition. Elles devront être déclinées dans des commissions de menus pour planifier l'alternance des recettes en tenant compte de nombreux critères exigés selon les différents profils et d'autant plus complexe à réaliser avec les textures modifiées.

Au responsable de restauration d'orchestrer dans son service, les hommes, les produits, le choix des équipements, les organisations avec les bonnes pratiques d'hygiène pour que l'assiette prenne de la couleur et devienne appétissante. Et c'est essentiel pour des personnes en situation de vie difficile, lors de leur passage à l'hôpital ! Un plateau-repas qui donne l'envie de manger à un résident peut être aussi pour lui une opportunité de dialogue avec ses proches ou le personnel de l'unité de soins. Une préparation mixée bien cuisinée et surtout bien présentée déclenche un commentaire ou un regard expressif. En tout cas, le plaisir de manger à l'hôpital redonne du sens à la vie.

Pour allier nutrition, alimentation et plaisir à l'hôpital, doivent travailler ensemble : le médecin, le diététicien, le responsable du service restauration, le cuisinier, l'équipe soignante, ainsi que tous les nombreux métiers qui démontrent leurs différentes expériences ou difficultés dans le cadre de ce guide (directeurs, ingénieurs, gestionnaires, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychothérapeutes, psychologues, gériatres, chefs de cuisine, infirmiers, ergothérapeutes, praticiens anesthésistes...). C'est avec ce type de guide que les différents corps de métiers hospitaliers pourront mieux se comprendre, pour le plus grand bénéfice du patient ou du résident à l'hôpital ou en EHPAD.

Concernant les Comités Locaux d'Alimentation Nutrition (CLAN), il serait souhaitable, comme il a été proposé dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNSS) qu'ils ne soient plus rattachés à la circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) du 29 mars 2002, mais à un arrêté qui obligerait les établissements de santé à mettre en place une structure CLAN locale, départementale ou régionale. Dans ce cadre, ceci permettrait de remettre le savoir-faire du cuisinier au cœur des projets alimentaires. Je suis convaincu qu'en faisant participer les cuisiniers, ils auront de nombreuses solutions à transmettre à ces groupes de travail pluridisciplinaires. Leur participation à la réalisation des 150 recettes à texture modifiée de ce guide en est un bon exemple. Il ne faut pas oublier que c'est le cuisinier qui devra apporter ses connaissances techniques sur la préparation des textures modifiées, ceci relève de sa compétence.

Dans les petits établissements de santé, agrémenter quelques plateaux-repas, soigner la présentation de quelques assiettes..., ce n'est pas très compliqué. En revanche, lorsque le service représente des centaines ou des milliers de repas 365 jours par an comprenant les déjeuners et les dîners, la tâche est autrement plus complexe. Il faut donc se doter d'une organisation sans faille, avec l'élaboration de fiches techniques précises illustrées avec les photos des plats à réaliser (pour exemple, le réseau Limousin Nutrition « Linut »). Cela permet de gagner du temps pour affiner l'esthétique de chaque mets. Les responsables de restauration accompagnés de cuisiniers doivent se déplacer auprès de leurs résidents comme le fait le chef étoilé dans son restaurant. C'est le meilleur moyen pour connaître les habitudes alimentaires et les attentes des résidents.

Préfaces

Posez-vous la question : combien de praticiens hospitaliers ou directeurs ont mangé des plats à texture modifiée ? Ils en ont eu souvent la vue au passage des plateaux-repas dans les couloirs et les chambres des patients, mais les ont-ils goûtés ? Vous seriez surpris des réponses. Il est cependant possible de mettre en place, dans le cadre d'un projet de service, des rencontres dans l'unité de soins avec la présence du directeur général, du directeur des soins, du directeur logistique, des médecins, des cuisiniers, des diététiciens, des responsables en restauration, des acheteurs mais aussi des personnels soignants dans le cadre de « déjeuners qualité ». Ils consistent à déguster, après la remise en température en situation réelle, le repas du déjeuner : menu du jour, menu à la carte, les différents profils alimentaires dont les mixés, produits préparés par la cuisine ou produits prêts à l'emploi de l'agroalimentaire, ceci afin d'en apprécier la présentation, la quantité, la température, la qualité organoleptique. C'est un moment fort d'échanges et de rencontres professionnelles pour le service restauration et le service diététique. Les « déjeuners qualité » permettent, après analyses des remarques des participants, d'affiner les productions culinaires, de chercher à répondre au plus près des attentes des patients ou des résidents et des personnels soignants « hôteliers ».

Dans vos menus, il faut rendre les plats plus appétissants en valorisant les termes. Faites chanter vos recettes, si possible soyez créatif, c'est peut être utopique, mais il faut peut être pouvoir faire rêver nos résidents au moment du repas. Le personnel ASH ou aide-soignant qui est proche des patients et résidents pendant le service du repas transmettra le terme culinaire. Dans cette situation n'écrivez pas « mixé de colin carottes » mais « feuilleté de colin au beurre de carottes ». Déclinez vos textures modifiées avec de vrais termes culinaires. Attention, le terme culinaire doit aussi être respectueux de sa recette, du choix des produits alimentaires et de sa présentation.

Sollicitez l'appétence et favorisez l'alimentation même si elle est en texture modifiée, motivez vos cuisiniers et donnez leur les moyens de cuisiner le plaisir et d'offrir de la couleur, du goût à leurs préparations culinaires, tout en respectant les coûts.

Si vous souhaitez acheter vos textures modifiées auprès des entreprises agroalimentaires, il faut mettre en place une analyse de la valeur afin de comparer les coûts, à qualité égale, à une fabrication dite « maison ». Faire ou faire faire doit être un choix politique de l'établissement. En prenant un produit de l'agroalimentaire, vous devrez définir vos critères techniques et le niveau de qualité attendue concernant vos textures dans vos appels d'offres. Le groupe professionnel de restauration et diététique devra bien définir la granulométrie pour choisir un plat en texture modifiée (mixée, moulignée ou hachée), comme cela a bien été cité dans ce guide, mais parlons tous le même langage. Avec ces définitions, vous pourrez en attendre des produits de bonne texture et de bonne qualité proposés par les entreprises agroalimentaires.

Pour les unités de soins, il convient de mettre à disposition un outil informatique de prise de commande des repas, un matériel de remise en température performant à l'office, et proposer aux personnels aides-soignants une formation hôtelière adaptée. Cette formation sera un atout au moment du repas lorsque les produits mixés seront présentés aux patients ou résidents. Le regard positif porté sur le plateau-repas du résident ou du patient ne peut être qu'une plus-value lorsque les familles sont présentes au moment du repas.

Pour finir, il faudra que toutes les formations initiales médicales, soignantes mais aussi de restauration collective intègrent les notions de nutrition et d'alimentation dont les textures modifiées en établissement de santé. De plus, les nouvelles actions définies en 2011 dans le PNNS 3 et le PNA (Programme National pour l'Alimentation) intègrent cette dimension d'amélioration du service du repas auprès des patients ou des résidents d'un établissement de santé pour les cinq ans à venir.

Que tous les acteurs qui ont pu contribuer à l'élaboration de ce guide en soient remerciés.

CHRISTINE VINCENT, psychologue,
psychothérapeute, spécialiste des troubles
du comportement alimentaire

Même si elles ne sont pas remises en cause quant à leur bien-fondé sur le plan médical, la réalisation et la distribution de repas à texture modifiée peuvent engendrer chez les personnels de cuisine et chez les personnels soignants des représentations péjoratives, voire entraîner des comportements néfastes vis-à-vis des résidents ou patients à qui ces repas sont destinés.

Chez les personnels de cuisine, il n'est pas rare d'entendre dire que préparer un repas mixé n'est pas valorisant. En effet, la transformation des composants du repas en une purée plus ou moins liquide revient à « détruire » la prestation initiale du cuisinier en l'écrasant ou en la réduisant en bouillie.

Au moment de consommer un aliment, tous nos sens sont mobilisés, avec une prépondérance pour l'odorat et le goût, mais avec une part non négligeable pour la vue. Preuve en est que l'on voit dans notre assiette un aliment nouveau, que nos yeux ne reconnaissent pas, l'envie de le goûter n'est pas forcément au rendez-vous... Or, comment « reconnaître » les aliments qui constituent une assiette de produits mixés ? C'est un fait : la vue d'une telle « mixture » à l'état brut n'éveille pas l'appétit. De plus, si l'on mélange plusieurs aliments mixés dans une même assiette, on obtient la plupart du temps un résultat à la couleur improbable...

Tout cuisinier a à cœur de bien élaborer ses produits et de les transformer grâce à son savoir-faire en quelque chose d'appétissant et de plaisant à déguster. Ce qui est appétissant, ce qui donne envie au premier abord, c'est ce que nos yeux découvrent dans l'assiette ; dans le cas d'un repas mixé, le cuisinier est frustré de ne pas pouvoir présenter une assiette appétissante. Les représentations que véhicule l'apparence d'un repas mixé sont souvent péjoratives parce que renvoyant à des images excrémentielles. Les personnels de cuisine sont les premiers à faire ces associations et en même temps à en souffrir. Il est important d'en être bien conscient afin de pouvoir, au niveau institutionnel, dépasser cet écueil, revaloriser la prestation à texture modifiée, et par là même ceux qui la préparent.

D'autre part, le repas mixé symbolise, pour beaucoup de personnes valides, le handicap lourd, la maladie grave et même la fin de vie. Par le jeu du mécanisme de la projection, ces mêmes personnes valides risquent de développer des attitudes de réticences pouvant aller jusqu'au dégoût par rapport au repas mixé qui vient signifier la dramaturgie de la vie humaine : ce n'est pas tant la bouillie mixée qui dérange mais plutôt l'état physiopathologique de celui ou celle à qui elle est destinée ; état qui, un jour, sera peut-être le nôtre. Notre société qui privilégie la jeunesse, la beauté et surtout la maîtrise, est en porte-à-faux par rapport à ces états de handicap lourd et de fin de vie.

Les soignants qui travaillent dans des établissements accueillant des personnes concernées par ces états se disent eux-mêmes moins valorisés que leurs collègues qui interviennent dans des services de pointe ou à haute technologie. Or l'alimentation est un soin, et plus elle devient problématique pour le résident ou le patient, plus elle requiert de compétences, d'humanité et de réflexion sur sa pratique de la part du soignant. Le risque est grand en effet d'infantiliser et d'enfermer dans un comportement régressif une personne dont l'alimentation, par sa texture, rappelle celle du tout petit enfant, et que, de plus, on va souvent devoir nourrir à la cuillère.

Par manque d'effectif chronique, de plus en plus de personnels soignants, minés par le burn out, tendent à « robotiser » leurs pratiques. Comment alors trouver le temps et la disponibilité psychique de donner à un résident un repas mixé avec respect et dignité ? Pour « gagner du temps », j'ai vu dans plusieurs établissements, mélanger dans le même bol tous les composants mixés d'un repas avec les médicaments... Comment le résident peut-il trouver la moindre parcelle de plaisir alimentaire dans ce cas ?

D'une façon plus ou moins consciente, les personnes valides projettent souvent sur les aliments à texture modifiée des contenus imaginaires disqualifiant la prestation alimentaire. De même que d'une façon plus ou moins consciente, les personnes à qui ces aliments sont destinés « dérangent » les valides, quand elles ne les angoissent pas... La conjonction de ces deux facteurs ouvre la porte à un certain nombre de dérives : dans le meilleur des cas, c'est l'infantilisation, parce que l'on se raccroche à ce que l'on connaît et qui nous rassure (bouillie = bébé). Dans le pire des cas, c'est la déshumanisation, parce que l'on va mettre à distance ce qui nous dégoûte (bouillie = excrément). Dans les deux cas, c'est le résident ou le patient qui fait l'objet de maltraitance dans la prestation alimentaire.

J'en appelle donc à plus de conscience, plus de réflexion et de dialogue, plus de groupes de travail, pour tous les personnels concernés par les repas à texture modifiée. Afin que chacun, de sa place, stimule les pulsions de vie du résident ou du patient grâce à une alimentation digne. « Dis-moi ce que tu manges, je te dirai qui tu es !!! »

Sommaire

| | |
|---|-----|
| 1. POURQUOI MODIFIER LES TEXTURES : QUELS BESOINS POUR QUELS CONSOMMATEURS ? | 11 |
| L'alimentation après un traumatisme..... | 11 |
| L'alimentation après un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) | 12 |
| L'alimentation au sortir des soins intensifs | 14 |
| L'alimentation en cas de mucite | 16 |
| L'alimentation des personnes âgées..... | 17 |
| L'alimentation au quotidien des polyhandicapés | 20 |
| L'alimentation des patients ayant des troubles de la déglutition..... | 23 |
| 2. QUELLES TEXTURES METTRE À DISPOSITION DES CONSOMMATEURS ? | 29 |
| Proposer des textures modifiées dans un établissement | 30 |
| Définir des textures dans le cadre d'une politique nutritionnelle | 33 |
| Décliner un menu par textures | 36 |
| Définition des différentes textures par le GEMRCN..... | 37 |
| La granulométrie | 37 |
| 3. QUELS SONT LES IMPACTS LIÉS À LA MISE EN PLACE DES TEXTURES MODIFIÉES ? | 39 |
| Améliorer l'état nutritionnel des patients | 39 |
| Maîtriser l'évolution des coûts..... | 49 |
| Adapter les process de fabrication | 57 |
| Maîtriser les températures de la distribution | 67 |
| Adapter l'aide aux repas | 70 |
| 4. COMMENT METTRE EN ŒUVRE DES RECETTES DE TEXTURES MODIFIÉES ? | 81 |
| Inventaire avant réalisation d'une fabrication maison | 81 |
| Exemples de process de réalisation de textures modifiées..... | 82 |
| La compatibilité des produits avec les textures modifiées | 84 |
| 5. QUELLE MÉTHODOLOGIE POUR CRÉER SES PROPRES RECETTES DE TEXTURES MODIFIÉES ? | 93 |
| 6. LES 150 RECETTES DE TEXTURES MODIFIÉES DES CENTRES HOSPITALIERS | 95 |
| 7. ANNEXES | 97 |
| EPP « risque nutritionnel et troubles de la déglutition »..... | 97 |
| Questionnaire d'évaluation de la satisfaction des patients pour les repas hachés et mixés | 106 |
| Fiche de respect des grammages pour les services du Centre Hospitalier de Loches..... | 106 |
| Fiche de dégustation du Centre Hospitalier de Loches..... | 108 |
| 8. GLOSSAIRE | 109 |
| 9. REMERCIEMENTS | 110 |
| 10. BIBLIOGRAPHIE | 112 |
| 11. RÉFÉRENCES FOURNISSEURS (LISTE NON EXHAUSTIVE) | 114 |
| Industriels de l'agroalimentaire proposant des plats en textures modifiées..... | 114 |
| Formateurs en process et réalisation de textures modifiées..... | 114 |
| Fournisseurs de matériel pour la réalisation de plats en textures modifiées..... | 114 |

Introduction

Les établissements de santé et médico-sociaux accueillent une population hétérogène présentant de multiples pathologies. Toutefois, au-delà des soins médicaux dont les patients et résidents disposent, il convient de leur proposer une prestation hôtelière de qualité répondant à leurs besoins.

Bien souvent décriée, la restauration reste honorable pour les patients n'ayant pas de difficultés pour manger normalement. Cependant, une partie plus ou moins importante de la population accueillie requiert des textures adaptées à leurs capacités d'alimentation. Il s'agit alors de lui proposer une nourriture en phase avec ses besoins tout en alliant la notion de « plaisir ».

Ces retours d'expériences issus de professionnels visent à repositionner les textures modifiées à leur place, tant vis-à-vis des soignants que des cuisiniers.

Une première partie présente, au travers d'expériences vécues, d'extraits de conférences ou de formations, les différentes pathologies ou accidents de la vie qui nécessitent de modifier les textures alimentaires des patients. Elle est suivie par une description des différentes textures qui peuvent être mises à leur disposition.

Cette partie est inédite, car, au-delà des dénominations couramment admises par les professionnels (haché, mouliné, lisse), les définitions restent rares et soumises à de possibles interprétations.

Une troisième partie détaille un certain nombre d'impacts liés à la mise en place de textures modifiées, que ce soit l'amélioration de l'état nutritionnel des patients, les impacts économiques sur le coût de la restauration, mais aussi les modifications à apporter dans les processus de production, de distribution, ainsi que de consommation des convives.

La partie suivante offre alors un ensemble de recettes mises au point par des établissements tant pour répondre aux besoins des patients, que pour se réappropriier des modes de production qui peuvent être occultés par l'achat de produits finis issus de l'industrie agroalimentaire.



1 POURQUOI MODIFIER LES TEXTURES : QUELS BESOINS POUR QUELS CONSOMMATEURS ?

L'ALIMENTATION APRÈS UN TRAUMATISME

Martine, diététicienne au Centre Hospitalier de Loches, s'est retrouvée en une fraction de seconde « de l'autre côté de la barrière ». Son témoignage de personne « active et valide » nous éclaire sur les souffrances quotidiennes des patients en difficulté à la suite d'un traumatisme.

COMMENT NE PAS « MOURIR DE FAIM » DEVANT UNE ASSIETTE GARNIE ?

« En quelques secondes un accident "malheureux" m'a fait passer de l'état de "mangeuse" privilégiée de nourriture solide à celui de "mangeuse" de "bouillie" ! Double fracture de la mâchoire, traumatisme de la langue, dents cassées...

Malgré le traumatisme crânien, la perte de connaissance, très rapidement je mesure la difficulté de s'alimenter dans un tel état. Heureusement pas d'intervention, ma mâchoire ne sera pas bloquée. À l'annonce de cette nouvelle, soulagement ! Déformation professionnelle, ma première pensée est : « Ouf ! J'échappe au "régime liquide" consommé à la paille... ». Aux urgences on me donne des laitages en me précisant que cela est préférable au repas mixé de l'hôpital trop peu appétissant !

Quelques heures plus tard, le premier repas à la maison, les difficultés apparaissent. Je me suis préparée un repas basique : purée, viande hachée, laitage et compote, je souffre en mastiquant, et pourtant si peu, et surprise, encore plus en déglutissant, sans compter sur la capacité d'ouverture « minimum » de ma bouche... J'ai faim, je suis affaiblie, la viande hachée est impossible à manger, il faut un minimum de mastication, pouvoir la déplacer dans la bouche et surtout avaler. Même la purée est difficile à déglutir et à imprégner de salive, c'est trop douloureux. Seul le laitage et la compote, dilués facilement par ma salive, glissent tout seuls vers mon estomac vide et impatient. J'en conclus que ce soir ce sera potage "enrichi", laitage et compote et je vais "fractionner". J'ai trop de mal à manger un repas complet, c'est douloureux et long.

Progressivement mon alimentation a pu se "solidifier" avec toujours cette difficulté à déplacer les aliments dans ma bouche, ce mouvement auquel on pense peu est primordial dans la mastication, un aliment coincé entre la joue et les gencives que l'on ne peut pas "renvoyer" vers la langue c'est "terrible". J'ai du sortir de table plusieurs fois pour "décoincer" avec mes doigts ces aliments et ne pas infliger à mon entourage ce spectacle peu appétissant. J'ai une pensée vers ceux qui, dans nos institutions, rencontrent cette difficulté, qui ne peuvent pas s'isoler pour faire ce geste et doivent, devant les autres ou devant l'aide soignante qui les aide, se débarrasser de cette "bouchée coincée" ! »

Je retiens de cette expérience :

...✚ Qu'il est très difficile d'atteindre la satiété et de couvrir ses besoins nutritionnels lorsque l'on est dans cette situation, très vite on perd l'appétit, l'envie de manger ! Mon âge, mon état de santé et mon métier font que j'ai pu surmonter cette épreuve sans conséquences sur mon état nutritionnel à venir.

...✚ Il est primordial de varier et de « relever » le goût des plats mixés, la lassitude arrive très vite. Les aliments présentés mixés sont, malgré mes efforts dans leur préparation, peu appétissants, on ne les « reconnaît » pas. Il est important, quand on le peut, de séparer la viande du légume, le mélange se faisant devant le consommateur. La perception du goût est modifiée. Est-ce la situation, la texture, la présentation qui donnent cette sensation ? Un peu des trois je crois. Avant de commencer à manger, on se nourrit déjà par la vue et par l'odorat...

...✚ Il faut être à l'écoute pour mieux prendre en charge les difficultés et besoins de chacun dans le respect de la dignité.

Lorsque la mastication et la déglutition ne peuvent se faire normalement, pour stimuler l'appétit, il est souhaitable, bien sûr, d'enrichir mais surtout de ne pas oublier :

- de fractionner ;
- de varier ;
- de relever le goût des plats ;
- de veiller à une présentation soignée proche d'une alimentation de texture normale ;
- enfin, d'accompagner, d'écouter, d'adapter et de personnaliser.

L'ALIMENTATION APRÈS UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC)

Bernadette Polain est orthophoniste à la Clinique Notre-Dame. Waremme en Belgique. Elle nous propose le retour d'expériences d'un patient qui, suite à un AVC, devient dysphagique. Grâce à une rééducation ciblée, il retrouve peu à peu ses facultés de déglutition.

« Monsieur G, né le 9 décembre 1945, est amené dans le service de réanimation le 3 avril pour suspicion d'AVC. Monsieur G s'était réveillé au milieu de la nuit avec une hémiparésie gauche. Sa compagne a appelé une ambulance et Monsieur G a été transporté directement à l'hôpital. Il a été vu par le médecin des urgences qui a constaté une perte de force au niveau des

membres inférieurs et supérieurs gauches, des troubles de la parole, une perte d'urines et une tension artérielle élevée. Monsieur G était déjà traité à domicile par CAPTOPRIL 50mg pour son hypertension artérielle. Il a été dirigé vers le service de soins intensifs où il sera hospitalisé durant cinq jours puis transféré dans le service de gériatrie et enfin en centre neurologique spécialisé. »

LES EXAMENS RÉALISÉS SERONT LES SUIVANTS :

- ...✚ Un électromyogramme et une échocardiographie qui révèlent une insuffisance de la valve aortique ainsi qu'une hypertrophie ventriculaire gauche ;
- ...✚ Un examen neurologique qui confirme l'AVC ;
- ...✚ Un Doppler des vaisseaux du cou qui montre une artérite sans sténose ;
- ...✚ Une résonance magnétique nucléaire de l'encéphale qui confirme l'AVC ischémique pariétal droit d'origine hypertensive ;
- ...✚ Un CT-scan du thorax qui montre une broncho-pneumonie bi-basale due aux fausses déglutitions ;
- ...✚ Un examen de la déglutition plus ou moins normal.

DE SES ANTÉCÉDENTS, SONT RETENUS :

- ...✚ De l'hypertension artérielle ;
- ...✚ Un tabagisme de deux à trois paquets de cigarettes par jour ;
- ...✚ Une consommation quotidienne d'une demi-bouteille de vin avouée.

Monsieur G sera pris en charge par le cardiologue, le neurologue et le gériatre ainsi que par le kinésithérapeute et la logopède. Un traitement par médicaments sera instauré pour traiter ses différents problèmes.

Une prise en charge, un bilan et un suivi logopédique seront mis en place pour permettre à Monsieur G de récupérer un maximum au niveau du langage oral et de la déglutition.

AFIN DE POSER UNE PREMIÈRE ANALYSE, AU NIVEAU DE LA DÉGLUTITION, DEUX TESTS SONT CONDUITS : AU VERRE D'EAU ET AU SOLIDE.

En donnant un verre avec un peu d'eau à Monsieur G, et en lui demandant de boire par petites gorgées, j'observe :

- ...✚ La fermeture de la bouche ;
- ...✚ La position du patient ;
- ...✚ Le réflexe de déglutition ;
- ...✚ La présence de toux ; éternuement ;
- ...✚ L'ascension laryngée ;
- ...✚ La propulsion linguale ;
- ...✚ Les muscles de la face ;
- ...✚ L'existence ou non de lavage ;
- ...✚ La présence de prothèses dentaires.

Une crème donnée à Monsieur G par petites cuillerées permet d'observer :

- ...✚ La fermeture de la bouche ;
- ...✚ La position du patient ;
- ...✚ Le réflexe de déglutition ;
- ...✚ La mastication ;
- ...✚ La préparation du bolus alimentaire ;
- ...✚ La présence de toux ; éternuement ;
- ...✚ L'ascension laryngée ;
- ...✚ La propulsion linguale ;
- ...✚ Les muscles de la face ;
- ...✚ L'existence ou non de lavage ;
- ...✚ La présence de prothèses dentaires.

CES TESTS PERMETTENT D'ANALYSER :

...✚ **Que le réflexe de déglutition est conservé.**

...✚ **Qu'il y a des fausses routes sur les liquides et les solides (toux) :**

- j'épaissis tous les liquides avec un épaississant spécial ;
- je donne à boire à la tasse ergonomique pour mieux doser les quantités ingurgitées ;
- je présente les liquides assez chauds ou très froids pour encore mieux déclencher le réflexe de déglutition (permet de ne pas garder en bouche, ce qui déclenche la toux) ;
- je modifie le régime (pour les solides) : au départ, régime mixé-bol, ensuite : régime mixé-bol matin et soir, mixé séparé le midi et à la fin : régime mixé séparé ;
- je donne à boire quand la bouche est vide de toute nourriture pour éviter la toux ;
- j'aide le patient pour ses repas vu ses difficultés liées à son hémiplégié.

...✚ **Qu'il y a hypotonie des muscles de la face :**

- je le rééduque par des praxies bucco-faciales qui permettent de retonifier les joues, la langue et les lèvres (utile pour la déglutition et le langage oral) ;
- le patient doit le faire seul plusieurs fois par jour et devant un miroir.

...✚ **Que le patient bave beaucoup :**

- je le stimule à avaler sa salive très souvent ;
- je lui mets un petit aide-mémoire à son chevet pour s'en souvenir ;
- il est inutile de demander au médecin un médicament pour arrêter l'hypersalivation, la salive étant importante pour la préparation du bolus alimentaire.

...✚ **Que le patient doit être mieux positionné pour ses repas :**

- veiller à asseoir le patient bien droit dans son fauteuil ou dans le lit, la tête un peu penchée en avant et le menton légèrement incliné vers le sternum (favorise l'ingestion des aliments et la déglutition) ;
- je colle un pictogramme dans la chambre à l'attention des infirmières et de la famille.

...✚ **Que les prothèses dentaires ne tiennent plus correctement :**

- je demande à la compagne d'apporter de la colle afin de les fixer pour qu'elles s'adaptent aux mâchoires et favorisent ainsi une bonne mastication.

Au départ, j'assiste à tous les repas, j'apporte des conseils, des consignes, des petites aides techniques...

Petit à petit Monsieur G prend conscience et arrive à se prendre en charge. Il réalise bien seul tous les exercices et fait de gros progrès. Il évolue de mieux en mieux :

- ...✚ Monsieur G passe du régime « mixé-bol » au « régime mixé-séparé ». Il mange du pain sans croûte, de la viande hachée... Quand tout est préparé devant lui, il se sert de sa main valide pour boire à la tasse ergonomique et manger ses différents repas.
- ...✚ L'eau épaissie passe de texture « eau gélifiée » à texture « sirop ».

Monsieur G part en revalidation en ayant fait de gros progrès. Il est très volontaire et motivé car il se voit évoluer de façon favorable.

« À sa sortie, je lui conseille d'éviter certains aliments qui favorisent la dysphagie tels : les aliments à grains (riz, semoule, fruits secs...), aliments qui s'émiettent (biscottes, biscuits durs...), aliments secs (croissants, pain sec...), légumes fibreux (fenouil, céleri en branche, épinards en branche, champignons, cerfeuil), légumes à enveloppes (petits pois, maïs, tomates avec peau...), et fruits à peau et à pépins (ananas, raisin, rhubarbe, fraise, framboise...) »

L'ALIMENTATION AU SORTIR DES SOINS INTENSIFS

Le docteur A. Nougaret, praticien hospitalier anesthésiste, réanimateur et rééducateur, a créé la cellule déglutition au Centre Hospitalier Paul Coste Floret de Lamalou-les-Bains. Elle est pluridisciplinaire et se compose de médecins, manipulateurs en radiologie, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, cadres de santé, infirmiers diplômés d'État, aides-soignants et diététiciens.

SON TÉMOIGNAGE EST EXTRAIT D'UNE PRÉSENTATION « DES SOINS INTENSIFS AU CENTRE D'ÉVEIL, DES ENJEUX OPPOSÉS »

« *La voie de l'autonomie passe par celle de l'assistance* », telle pourrait être la devise de la prise en charge des patients cérébro-lésés, au cours des soins intensifs. Cet aphorisme prête à sourire par son côté enfonceur de porte ouverte. Pourtant les mêmes qui crient à l'évidence sont les premiers à récuser l'assistance, le moment venu. Le dysfonctionnement du carrefour aérodigestif est la situation type où l'indispensable assistance nutritionnelle est exceptionnellement retenue.

Il est vrai que l'on peut être hésitant à proposer une mesure d'assistance lorsque le pronostic fonctionnel promet d'être favorable. L'enchaînement rapide « arrêt de la sédation, ouverture des yeux, reprise de la conscience, sevrage du respirateur, installation au fauteuil, premiers essais nutritionnels... » incite à l'hésitation, d'autant plus que la rééducation à venir est censée conforter ces premières acquisitions. Ainsi sursoit-on à l'assistance nutritionnelle, qui est psychologiquement perçue comme une régression à l'heure de l'éveil et non comme un gage de sécurité en phase de progrès. Cette attitude abstentionniste propre à la phase aiguë s'oppose à la vision de l'unité d'éveil, plus tournée vers la chronicité et le long terme.

Pour la réanimation, c'est le bout du tunnel. L'éveil, le sevrage des soins intensifs (arrêt de la sédation, curarisation et ventilation artificielle) fait dire que « tout a été fait et qu'il n'y a rien d'autre à faire qu'attendre la convalescence, sans tuyaux de réanimation, ni assistance. »

Pour l'Unité d'éveil, ce n'est que l'entrée d'un nouveau tunnel où tout reste à faire pour préserver le pronostic vital en évitant pneumopathie d'inhalation et/ou cachexie.

Bien que le patient ne dépende plus de soins intensifs de réanimation, il nécessite à ce stade de soins intensifs propres à l'éveil et concernant en particulier le carrefour aérodigestif. Ainsi, contre toute apparence (éveil et progrès), contre toute consigne (alimentation orale « normale ») et contre l'adversité du moment (dénier des fausses routes, tant par la famille que par les équipes en amont), le centre d'éveil maintient ferme le principe d'une assistance nutritionnelle.

Une attitude à la fois documentée et argumentée :

... Documentée par l'endoscopie fonctionnelle du carrefour et/ou le transit baryté oropharyngé ;

... Argumentée par une foule de bonnes raisons. Déjà suffisantes une à une pour justifier la stomie d'assistance, ces raisons sont toujours associées entre elles. On précise bien stomie et non sonde nasogastrique dont on connaît le pouvoir iatrogène : sinusite, renforcement de l'agitation / confusion, entretien des troubles de la déglutition, oesophagite peptique).

On n'exposera ici que les justifications majeures de l'assistance nutritionnelle, en ne citant que les autres. Par ailleurs, les autres divergences d'opinions entre unités de réanimation et de post-réanimation ne seront pas abordées ici (trachéotomie, morphinothérapie, sédation, oxygénothérapie...).

LES CAUSES D'ASSISTANCE NUTRITIONNELLE SONT :

... Les séquelles de l'hypercatabolisme postagressif.

Face à toute agression, l'organisme humain développe une réponse neuroendocrinienne génératrice d'un d'hypercatabolisme intensif effondrant les réserves calorico-protidiques. La partie visible est la fonte des masses musculaires après quelques jours à peine de réanimation aiguë. La dette pondérale peut atteindre 20 à 30 % du poids du corps. La partie la moins spectaculaire mais la plus grave concerne la spoliation des protéines de la barrière digestive et/ou de celles impliquées dans le système des défenses immunitaires. Cette déprotéinisation a comme marqueur biologique le plus courant une hypoalbuminémie en deçà de 35g.L-1.

Trois mois en moyenne seront nécessaires au centre d'éveil pour réparer une dette pondérale de 10 Kg.

Cette donnée empirique se démontre par un simple calcul de rattrapage du retard calorico-pondéral.

On sait que :

... 1 g d'N = 2 g d'urée = 6 g de protéines = 30 g de muscles.
 ... pour incorporer 1 g de N et fabriquer 30 g de muscles il faut entre 100 et 200 calories glucido-lipidiques, selon les époques. Sans chercher à polémiquer sur le rapport calorico-azoté idéal, retenons un taux intermédiaire de 150 calories par g d'N = 30 g de muscles. Autrement dit, il existe un équivalent calorique du gramme de muscle : 150 cal pour 30 g, soit 5 cal par gramme de muscle. Le problème est plus intéressant à l'envers. Si on perd 1 g de muscle on est en retard de 5 cal.

Une dette pondérale moyenne de 10 kg correspond à un retard calorique de $5 \times 10\,000 = 50\,000$ cal. Si l'on donne un supplément quotidien de 1 000 calories, il faut 50 jours pour combler le retard, soit deux mois. Avec un supplément limité à 500 cal, le rattrapage demandera quatre mois. Entre deux et quatre mois, on retrouve bien les trois mois empiriques.

N'oublions pas que ce supplément calorique doit s'ajouter à la ration de base de 2 000 calories / 24 heures pour un adulte, sans oublier de compenser aussi les autres dépenses (efforts physiques de rééducation, crises neuro-végétatives, agitation, consolidation osseuse...). $2\,000 \text{ cal} + 500 \text{ à } 1\,000 + \text{autres dépenses} = \text{voie orale dépassée et obligation d'une assistance nutritionnelle}$.

... Les troubles de la déglutition

Quand l'ascenseur du carrefour aérodigestif est en panne, l'alimentation orale est un non-sens mettant en jeu le risque vital : pneumopathie d'inhalation. L'indication de la gastrostomie ne doit plus se discuter. L'ennui c'est que l'on préfère présenter cette déglutition comme normale dès que l'on constate la mobilité de la pomme d'Adam à chaque sollicitation de la déglutition, sans toux d'accompagnement (Déni ? Ignorance ? Présentation édulcorée du tableau clinique ?). Cette évaluation traditionnelle du fonctionnement du carrefour aérodigestif, à la portée de tout observateur, pêche gravement par insuffisance.

Une déglutition même parétique est capable de mobiliser la pomme d'Adam, mais au prix d'une stase pharyngée résiduelle qui va être inhalée à la reprise inspiratoire suivante. Quant à la toux au moment de la déglutition, elle est fonction des réflexes de défense du larynx, toujours déprimés au sortir d'un coma et d'une ventilation contrôlée prolongés.

La toux résiduelle, dans ces cas-là, n'est pas laryngée mais trachéale basse, à point de départ carénel, bronchique, voire bronchiolaire. Donc, elle correspond à une toux très tardive par rapport à la déglutition d'origine. Cette toux est si différée qu'on « oublie » le plus souvent de la relier à sa vraie cause. La simple observation clinique, faussement rassurante, ne doit plus être retenue.

... Les besoins induits par la rééducation

L'exercice physique imposé en centre de rééducation augmente les dépenses énergétiques et donc aggrave la dette hydrocalorique du patient. Ces efforts demandés n'ont pas l'apparence d'épreuves sportives, ils représentent pourtant, chez un patient épuisé, au plan physique et respiratoire, un véritable marathon dont il faut compenser la dépense hydrocalorique et la consommation en oxygène.

Le contexte du carrefour aérodigestif défaillant ne permet pas de suppléer les dépenses engendrées. De plus « forcer le rendement du carrefour » ne peut qu'aboutir à la recrudescence des fausses routes. C'est l'épuisement du carrefour à l'effort nutritionnel (véritable claudication du carrefour à l'effort).

... Les quantités de médicaments

L'image du patient en rééducation « qui n'a plus besoin de traitement » est également bien ancrée dans l'imaginaire collectif. Non seulement il faut assurer les traitements résiduels des soins intensifs (antibiotiques, antiépileptiques, antalgiques, anti-agrégants, antispastiques...), mais encore il faut reprendre certains traitements interrompus depuis le début de la maladie en cours (médicaments à visée cardio-vasculaire, hypolipémiants, antidiabétiques...) auxquels on rajoute les besoins propres au service de rééducation.

Ce dernier, contre toute attente, est en effet doué de compétences particulières en matière de prescriptions :

- rattrapage des carences vitaminiques et en oligoéléments ;
- régulateurs de transit et/ou évacuateurs coliques (constance de la stase stercorale pré-occlusive) ;
- sédatifs (constance de l'agitation / confusion / fugue / agressivité) ;
- régulateurs du sommeil (constance de l'inversion nuit / jour) ;
- sédation des crises neurovégétatives ;
- prévention antithrombotique ;
- anticomitiaux ;
- morphiniques (constance de la douleur et la rééducation ne doit pas être une séance de torture).

Soit autant de situations où les besoins médicamenteux sont élevés. Malgré toute la bonne volonté de simplification malgré les sacrifices consentis, l'ingestion médicamenteuse est une corvée supplémentaire pour un carrefour aérodigestif limite.

... Les antécédents de dénutrition

Personne n'en parle et pourtant à l'évidence les retards nutritionnels antérieurs à la maladie en cours aggravent la facture énergétique de l'hypercatabolisme post-agressif.

... Le comportement oral aléatoire, fluctuant

Cette participation orale insuffisante car fluctuante, non fiable dépend :

- des troubles du comportement (confusion / agitation / opposition) et leur corollaire, la sédation (qui anéantit toute possibilité de participation) ;
- de l'agueusie / anosmie qui enlève toute signification à la nourriture, donc perte d'intérêt et de participation ;
- de la durée de l'effort nutritionnel. Plus le repas s'éternise et plus il a des chances d'être bâclé car il épuise le sujet ;
- de la douleur et son corollaire, la morphine ;
- de la dépression, où le refus de vivre devient le refus de manger,
- des états anorexigènes ;
- de l'épuisement au moindre effort (y compris l'effort nutritionnel) ;
- des habitudes alimentaires non-conformes aux menus de l'institution.

... Les autres causes

- Le gaspillage énergétique (agitation, contractures, spasticité, épilepsie, crises neurovégétatives, hyperthermie...)
- Les dépenses de cicatrisation (escarres, cals osseux).

En conclusion

... Les besoins hydrocaloriques et médicamenteux de la phase de post-réanimation sont particulièrement élevés au point de dépasser les capacités de la voie orale, avec ou sans troubles de la déglutition. La suppléance partielle ou totale, par stomie est amplement justifiée.

L'ALIMENTATION EN CAS DE MUCITE

« La mucite est une inflammation d'une muqueuse qui recouvre l'intérieur des cavités et viscères. Elle est le plus souvent provoquée par les traitements anticancéreux : la radiothérapie entraîne une radiomucite qui est limitée aux territoires irradiés, tandis que la chimiothérapie entraîne une chimiomucite qui peut atteindre toutes les muqueuses du tube digestif en fonction des produits de chimiothérapie injectés⁽¹⁾. »

Elles sont liées à la particularité de la muqueuse de posséder un taux de renouvellement et de maturation cellulaire rapide. Au cours des radiothérapies des voies aériennes digestives supérieures (VADS), elles apparaissent dès la fin de la seconde semaine d'irradiation sous forme d'un érythème muqueux (irritation des muqueuses buccales) suivi par des plaques blanchâtres présentant un exsudat fibrineux.

Au cours des chimiothérapies, elles apparaissent pendant la période d'aplasie (effet secondaire fréquent des chimiothérapies qui se manifeste par des anomalies de l'hémogramme : leucopénie, thrombopénie, anémie.)⁽²⁾

SELON L'INTENSITÉ, ON DISTINGUE QUATRE GRADES⁽³⁾ :

1. Érythème avec gêne à la déglutition ;
2. Ulcération de la muqueuse superficielle et limitée avec une alimentation solide possible ;
3. Ulcération profonde, œdème, dysphagie aux solides ;
4. Mastication impossible, déshydratation imposant une alimentation par sonde ou parentérale.

La prise en charge nutritionnelle précoce des mucites est primordiale pour prévenir une perte de poids susceptible d'entraîner l'arrêt ou une pause dans les traitements et/ou des hospitalisations en urgence pour renutrition.

Les traitements médicamenteux sont adaptés à l'intensité de la réaction muqueuse (antalgiques mineurs, majeurs, opiacés, anti-inflammatoires, corticoïdes, antifongiques, antiviraux.).

(1) Garabige V et al. Intérêt de la prise en charge nutritionnelle des patients traités par irradiation des voies aéro-digestives supérieures : la consultation diététique est-elle utile ? *Cancer / Radiothérapie* 2007 ; 11 : 111-6.

(2) Falewee MN et al. Problèmes nutritionnels en cancérologie des VADS. In : Pivot et al. *Carcinomes épidermoïdes des voies aéro-digestives*. Ed Springer. 2003

(3) Bensadoun RJ et al. MASCC/ISOO mucositis group's recommendations ; *Bull Cancer*.2006.93(2) : 201-11.

LES CONSEILS DIÉTÉTIQUES SONT DE MÊME ADAPTÉS À LA RÉACTION MUQUEUSE :

...✚ **Mucite grade 4** : Une alimentation orale et boissons orales impossibles ; laisser la bouche au repos. La nutrition artificielle est instaurée, soit par voie parentérale, soit par voie entérale. Ces deux types d'alimentation peuvent être mis en place et gérés à domicile avec l'aide des prestataires de services.

...✚ **Mucite grade 3 : Des boissons orales possibles**

La diététicienne adapte l'alimentation en proposant une texture mixée lisse et en enrichissant la ration avec des compléments nutritionnels adaptés à la tolérance digestive du patient. L'objectif est de couvrir les besoins nutritionnels du patient. En fonction de l'évolution favorable de la mucite, l'alimentation est épaissie. La diététicienne donne des conseils nutritionnels ainsi qu'un livret de recettes de potages enrichies et milk-shakes au patient à la sortie et prescrit si nécessaire des compléments alimentaires.

...✚ **Mucite grade 2 : Un contrôle de l'hydratation des patients est nécessaire**

La diététicienne établit les menus en fonction des possibilités de déglutition du patient. Le plus souvent :

- la viande doit être hachée ;
- les aliments sont consommés bien cuits, de consistance molle ou en purée ;
- les préparations doivent être enrichies avec du lait, de la crème fraîche, du beurre ou de la sauce béchamel.

Il faut éviter les épices, la vinaigrette, les aliments trop salés ou fumés, les fruits acides et verts, la tomate, les jus d'agrumes, l'alcool.

Il convient de consommer les plats tièdes.

Il faut boire souvent dans la journée (eau, infusions tièdes, ...)

Il est conseillé de consommer du lait froid (sans lactose en cas de diarrhées) aromatisé ou non, des glaces, ce qui peut adoucir les douleurs buccales, ou des compléments alimentaires sans lactose en cas de diarrhées.

...✚ **Mucite grade 1** : Une texture hachée standard de l'alimentation peut suffire : le plus souvent la viande est hachée et les légumes restent en texture normale. Accompagné de sauce, le plat sera plus facile à déglutir. Il faut toujours éviter tous les aliments acides, qui peuvent accentuer la douleur.

V. Garabige, diététicienne. Institut Curie - Paris.

L'ALIMENTATION DES PERSONNES ÂGÉES

L'alimentation des personnes âgées est complexe à définir tant la population est hétérogène : degré de vieillissement de l'organisme, maladie chronique ou invalidante, vie maritale, condition sociale, accès aux soins...

Le constat, uniforme pour chacun d'entre nous, est cependant le suivant : lorsque le corps vieillit, les organes (nez, papilles gustatives, yeux, gencives, tube digestif) ont un moindre rendement rendant la salivation et le transit des aliments plus difficiles. Le sentiment de satiété voire l'absence d'appétit conjugué parfois à une absence de mobilité influe sur le volume consommé. La sous-alimentation impacte directement la masse musculaire de la personne et sa résistance aux agressions.

Pour la personne âgée, ces difficultés peuvent être accrues par la polymédication importante et les pertes de mémoire.

POUR CONTOURNER CES PIÈGES, IL CONVIENT DE RESPECTER QUELQUES RÈGLES COMME :

- ...✚ Des repas à horaires fixes, respectant une durée de trois heures entre chaque prise alimentaire dans la journée et douze heures la nuit ;
- ...✚ Un temps suffisant de consommation pour chaque plat ;
- ...✚ Une répartition cohérente du temps de consommation de chaque composante du repas ;
- ...✚ Une alimentation aux goûts et aux odeurs relevés pour favoriser la salivation ;
- ...✚ Un cadre soigné tant dans l'assiette que dans la salle à manger ;
- ...✚ Une durée de repas et une texture adaptée à l'état de la personne ;
- ...✚ Une vaisselle agréable à l'œil ;

Selon les besoins et les capacités de la personne âgée, il est également possible d'utiliser des couverts ergonomiques.

Ces éléments ont été illustrés lors d'une conférence par le Dr Alla.

« C'est la physiologie du niveau conscient qui nous fait comprendre qu'au cours du vieillissement, par non stimulation due à l'isolement, à la désocialisation, l'oubli intervient et certains de nos sujets très âgés, désafférentés, ne reconnaissent plus un plat, ne font plus la discrimination entre une daube et une blanquette.

Le goût considéré comme facteur stimulant, de maintien d'une composante non négligeable de la mémoire, doit faire une part très large au plaisir. Hélas, ce plaisir ne sera pas complet si la denture ne suit pas, car la dentition ou sa prothèse est une façon de conserver une socialisation : la denture nous permet le sourire, le rire, nous assure la mastication qui, provoquant la sécrétion de salive, hydrolyse nos aliments et nous donne le goût de leurs composants.

Veiller à son alimentation constitue une véritable prévention aux principales pathologies. C'est pendant la vieillesse que vont se manifester toutes les carences de l'enfance. L'alimentation a une influence considérable sur l'état de santé. Manger est un réel plaisir, celui que l'on conserve le plus longtemps : le plaisir de manger ce que l'on aime.

Les personnes âgées aiment manger ce qui a fait toute leur alimentation d'autrefois et qui est associée à des souvenirs heureux. Si on n'apprécie guère les topinambours et les rutabagas, c'est au-delà du goût parce qu'ils évoquent des souvenirs de guerre. Le maïs, c'est pour les canards, les courgettes pour les cochons.

En établissement, le repas partagé avec les autres résidents, si le personnel se montre vigilant, redevient un moment de plaisir et de convivialité. Aller en salle à manger rassure sur le fait que l'on se porte suffisamment bien pour y aller. Cela oblige à s'habiller, à faire des efforts vestimentaires. Mais c'est aussi un miroir de son handicap et de celui des autres.

Le sucré est le goût qui est préservé le plus longtemps chez les vieilles personnes. Le goût s'émousse avec l'âge ; il faudra donc saler ou sucrer un peu plus.

Les personnes âgées aiment que les aliments soient très cuits. Au fil des ans, il semblerait qu'un dégoût pour la viande rouge s'instaure.

La soupe, le café, les tisanes ont pour mission de réchauffer, de réconforter la personne et d'atténuer l'angoisse. On peut associer douceur et chaleur au souvenir du lait maternel qui a été la nourriture alors que nous étions un petit être faible et fragile.

Les pommes de terre ont longtemps constitué l'aliment de base. Elles représentent le résultat du travail de l'homme.

Le porc rappelle la fête lorsque l'on tuait le cochon. Le pain et le vin sont irremplaçables : on gagne son pain à la sueur de son front ; le vin reconforte le travailleur.

QUELLE EST LA FORME DE L'ALIMENTATION LA PLUS APPROPRIÉE ?

Peuvent-ils mâcher sans dents : fruits au jus. Il faut apporter une différence. Qu'est-ce que je dois faire en plus pour que ça passe ? Qu'est-ce qui empêche de présenter le mixé de façon reconstituée ? Il faut d'abord vérifier dans l'alimentation normale ce qui peut se présenter sous forme de « mixé » : tomates farcies, vol au vent, hachis, pâté de lotte...

Cette mastication doit être aidée par des plats qui assurent la convivialité par leurs racines anciennes : plats mijotés rappelant des moments anciens (à la façon de la madeleine de Proust) faciles à déchirer avec les dents, stimulants par leur souvenir et leurs goûts emmêlés, faciles à digérer par le mélange de légumes et de protéines.

Aujourd'hui l'abondance amène la surconsommation. On a perdu des plaisirs : les primeurs, les légumes de saison et des légumes qui avaient du goût. On se trouve paradoxalement devant un étalage de matières premières et une pauvreté de préparations. Il faut respecter les goûts alimentaires. Pour les personnes âgées, la soupe nourrit, le potage c'est pour les gens qui vont au théâtre, les bouillons au vermicelle sont trop chauds. »

Conférence du Dr. Alla aux agents du Centre Hospitalier de Liboume en avril 1997.

UNE POLITIQUE NUTRITIONNELLE POUR L'ALIMENTATION DES RÉSIDENTS EN LONG SÉJOUR

Fort de ces considérations, le Centre Hospitalier d'Albi a mis en place une politique nutritionnelle pour l'alimentation des résidents en long séjour. Ses grandes lignes sont décrites dans les points suivants.

... Les effets du vieillissement ayant un retentissement nutritionnel

- Au niveau digestif

Les sécrétions digestives sont diminuées ainsi que l'absorption intestinale. La motricité du tube digestif est également diminuée et cela favorise la constipation (avec la diminution de l'activité physique et le manque d'hydratation). En outre, l'altération de la denture entraîne des difficultés pour la mastication.

- Au niveau métabolique

Il y a une légère diminution du métabolisme protidique qui s'explique avec la diminution de l'activité physique et la diminution de la masse musculaire. Il y a également une modification du métabolisme glucidique qui favorise l'hyperglycémie après le repas et les hypoglycémies à distance des repas. Ces dernières favorisent les risques de chute.

- Au niveau du goût et de l'odorat

La perception du goût baisse, plus particulièrement celle du goût salé, ainsi que l'odorat.

- Pour la soif

La diminution de la sensation de soif rend les personnes âgées sensibles à la déshydratation.

- Sur les os

La déminéralisation osseuse augmente les risques de fracture, en particulier pour les femmes.

... Les besoins nutritionnels**- En calories**

Contrairement aux idées reçues, les besoins énergétiques ne sont pas inférieurs aux besoins d'un sujet adulte. Ils sont de 1 600 calories minimum à 2 200 calories ou plus si l'activité physique est importante, notamment dans le cas des personnes démentes qui déambulent toute la journée.

Il est possible d'augmenter la ration en ajoutant des collations et en donnant des grandes portions de légumes. À l'inverse, il est possible de diminuer les portions de légumes en mettant la mention petite portion pour les résidents ayant un petit appétit.

- En protéines

Les besoins sont d'un gramme de protéine par kilogramme de poids. C'est-à-dire autant que pour un adulte et davantage s'il y a dénutrition de la personne.

Les repas du soir ne doivent pas être négligés et trop allégés. Ils doivent contenir une ration de viande ou équivalent (poisson, œufs, fromage) pour que les besoins protéiques journaliers soient couverts.

- En lipides et glucides

Les besoins sont les mêmes que pour le reste de la population. Mais en ce qui concerne les glucides on va privilégier les sucres lents (pain et féculents) et on évitera un excès de sucreries qui favorise le risque hypoglycémique à distance des repas.

- En calcium

L'apport doit être supérieur à celui de l'adulte : 1 gramme par jour (au lieu de 800 mg) et un tel apport n'est possible qu'en consommant au moins quatre produits laitiers par jour.

Cet apport en calcium est indissociable d'un apport en vitamine D (peu présente dans l'alimentation et principalement apportée par synthèse endogène) et avec le maintien d'une activité physique quand elle est possible.

- En fibres

Le rôle des fibres est essentiel dans le fonctionnement intestinal. Comme le reste de la population, on recommande pour les personnes âgées la consommation de cinq fruits et légumes par jour.

- En eau

En plus de l'eau contenue dans les aliments il faudrait qu'une personne âgée boive au moins 1,5 litre d'eau ou de boissons diverses (eaux, potages ...). Il faut majorer les apports en cas de fièvre.

... Les problèmes nutritionnels rencontrés**- La malnutrition**

Un des objectifs du PNNS est de prévenir, dépister et limiter la dénutrition des personnes âgées. La dénutrition est gravissime. Elle entraîne des chutes, des infections, l'apparition d'escarres jusqu'à l'état grabataire. Elle est dépistée grâce à une surveillance du poids et à des dosages biologiques.

Pour combattre la dénutrition on doit augmenter l'apport en protéines et en calories. Pour cela, on enrichit l'alimentation (potages, plat principal, desserts) et on ajoute des collations avec des produits laitiers et des produits de supplémentation (boissons ou crèmes).

- Les troubles de la déglutition

Les risques de fausse route peuvent se produire avec les liquides, dans ce cas on épaissit les liquides et on utilise de l'eau gélifiée pour l'hydratation mais aussi avec des morceaux, dans ce cas on donne une alimentation lisse.

... Les textures et régimes au long séjour

Compte tenu de la volonté du médecin, très peu de régimes existent. Sur les 90 résidents, seules 9 personnes ont un régime restrictif : 5 diabétiques, 2 sans sel, 1 sans résidus large et 1 sans gluten.

Les particularités des régimes sont :

- **Régime diabétique** : suppression du sucre (sauf gâteau du dimanche) et répartition des légumes verts et des féculents à chaque repas.

- **Régime sans sel** : suppression du sel dans la cuisine, du pain salé et des aliments resalés sauf le fromage.

- **Régime sans résidus large** : suppression des légumes secs, choux, salsifis et des crudités.

- **Régime sans gluten** : exclusion stricte du gluten, protéine contenue dans le blé, le seigle, l'orge, l'avoine et de tous les aliments pouvant contenir ces céréales même en très petites quantités.

Un tiers des résidents est supplémenté en calories (régime hypercalorique) et en protéines (régime hyperprotidique) ou en fibres. La supplémentation se fait sous forme de desserts aux repas, de boissons de supplémentation et l'adjonction de collations entre les repas.

Par contre il y a beaucoup plus de modifications de textures :

- 20 % texture normale ;
- 23 % texture molle ou moulinée ;

Les repas mous sont réalisés à partir de la texture normale et sont enlevés :

- les crudités dures,
- certains fruits crus (pomme, poire, ananas),
- les viandes dures (rôtis, braisé),
- les fromages à pâte dure.

Les repas moulinés sont destinés à des personnes ayant plus de difficultés de mastication. Les viandes sont toutes mixées, les légumes fermes sont enlevés (blettes, céleri) ainsi que les crudités et les fromages sauf ceux à tartiner.

- 57 % repas mixés

Cette alimentation s'adresse aux personnes ayant des problèmes de denture, des difficultés à la déglutition ou trop fatiguées pour mastiquer. Elle est composée d'entrées mixées, de purées de légumes, de viandes mixées, de laitages et de desserts sans morceaux pouvant être consommés à la cuillère.

L'ALIMENTATION AU QUOTIDIEN DES POLYHANDICAPÉS

Irène Benigni, est spécialisée dans la nutrition des personnes en situation de handicap.

Elle est diététicienne et formatrice au Comité d'études et de soins aux polyhandicapés.

À ce titre, elle accompagne et personnalise les menus des résidents afin de répondre aux possibilités de chacun. Ses recommandations dans la prise en charge des troubles de la mastication et de la déglutition en Maison d'Accueil Spécialisée sont données ci-dessous.

« Les résidents accueillis en Maison d'Accueil Spécialisée sont pour la plupart des personnes en situation de polyhandicap ou avec des troubles envahissants du développement. Ils ne peuvent être acteurs seuls de leur santé et l'institution, qui est souvent leur lieu de vie, a donc pour mission de prendre ce relais. Pouvoir s'alimenter, s'hydrater sont des conditions indispensables à la vie, or les résidents ne peuvent accomplir sans aide ces gestes. L'importance de ces actes dans la vie quotidienne, dépasse ce simple constat vital pour recouvrir une dimension essentielle : celle de la qualité de vie dans sa globalité.

L'alimentation doit s'inscrire dans une logique de prévention et de qualité de vie. Il s'agit donc de prendre en compte en amont les spécificités de l'alimentation des personnes accueillies : état bucco-dentaire précaire, troubles moteurs et sensitifs dans les phases volontaires et réflexes de la déglutition, hyperréactivité sensorielle du goût, de l'odorat et des sensations tactiles au niveau de la sphère orale, troubles digestifs (reflux gastro-œsophagien et constipation), dépenses énergétiques parfois très élevées en raison de la spasticité ou des troubles du comportement, risques de carences en micronutriments potentialisées par la prise d'antiépileptiques.

Un bon état nutritionnel et un bon confort digestif sont des préalables indispensables pour profiter au mieux de la vie, une personne qui souffre de douleurs digestives ou une personne dénutrie ne peut être pleinement réceptive à son entourage et son environnement, le dicton populaire nous dit « ventre affamé n'a pas d'oreille ! ». Ces dimensions doivent être intégrées dans le projet de vie de la personne car elles constituent la base de la pyramide de Maslow, et il semble vain de construire un projet si les besoins primaires ne sont pas suffisamment pris en compte. »

LES OBJECTIFS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA MASTICATION ET DE LA DÉGLUTITION SONT DE :

... Ne pas mettre en danger les personnes sur le plan respiratoire (risque de fausse route),

...✚ Promouvoir un bon état nutritionnel par l'adéquation entre les possibilités des personnes et les repas proposés,

...✚ Faciliter leur digestion : la digestion de morceaux insuffisamment mastiqués est plus lente et quelquefois douloureuse. Le temps de vidange gastrique et le temps de transit sont allongés. Dans la pratique, on constate souvent une amélioration du transit grâce à une texture des repas mixée.

...✚ Ne pas les faire souffrir : avaler un morceau même sans fausse route est douloureux,

...✚ Leur permettre d'accéder au goût des aliments et d'éprouver du plaisir à manger. En effet le plaisir de manger naît de la dispersion des molécules aromatiques lors de la mastication et l'insalivation⁽¹⁾. Lorsqu'on avale des morceaux non mastiqués, il est impossible d'en distinguer le goût.

LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA MASTICATION ET DE LA DÉGLUTITION PASSE PAR DEUX ÉTAPES :

- ...✚ Évaluation des potentialités pour chaque personne ;
- ...✚ Adaptation de la prise en charge aux troubles repérés.

L'évaluation des potentialités :

La mastication est le temps de préparation buccale avant d'enclencher la déglutition. Elle consiste à transformer les aliments en bol alimentaire homogène, compact et lubrifié par la salive. Devant le constat d'une impossibilité à former un bol alimentaire compact, homogène et lubrifié, il faut agir en proposant une texture appropriée. Pour beaucoup de professionnels et de parents, gastronomie et repas mixé ne riment pas vraiment. Pourtant, in fine, nous n'avalons tous que du mixé dont profitent nos sens du goût et de l'odorat. Simplement, nous pouvons réaliser nous même ce « mixé » grâce au temps de préparation buccale de la déglutition.

...✚ L'évaluation des potentialités masticatoires comporte cinq points à contrôler :

- L'état bucco-dentaire,
- La motricité et contrôle de la langue,
- Le nombre de mastications,
- La vigueur de la mastication,
- L'utilisation des potentialités masticatoires en conditions de repas habituelles.

...✚ L'évaluation des troubles de la déglutition comporte trois points à contrôler :

- La toux en buvant,
- La toux en mangeant,
- Les infections pulmonaires à répétition.

Attention, la toux et les infections pulmonaires peuvent être également des signes potentiellement évocateurs de reflux-gastro-œsophagien, il importe de réaliser un diagnostic différentiel.

L'adaptation de la prise en charge aux troubles repérés

L'adaptation de la prise en charge aux troubles repérés s'effectue selon quatre axes :

- ...✚ L'adaptation de la texture des boissons et des repas ;
- ...✚ L'adaptation du positionnement de la personne pour boire et manger et du positionnement de l'accompagnant ;
- ...✚ L'adaptation du matériel ergonomique aidant ;
- ...✚ L'adaptation des conditions environnementales du repas pour prévenir les fausses routes.

Chacun de ces axes est important. Seul celui concernant la texture des repas et des boissons est décrit dans le cadre de cet ouvrage.

L'ADAPTATION DE LA TEXTURE DES BOISSONS ET DES REPAS

Il existe des aliments à éviter dans tous les cas car ils sont difficiles à transformer en bol alimentaire en cas de difficultés de mastication et pour prévenir les risques de fausse route :

- ...✚ Ceux qui peuvent se coller à la muqueuse : salade, pâte feuilletée, crêpes, pâte à chou, peau des pêches, des tomates, fromages fondus collants...
- ...✚ Ceux dont la mastication nécessite une grande force et une excellente coordination : fibres végétales crues dures : carottes, chou, céleri râpés, radis.
- ...✚ Ceux qui sont difficiles à homogénéiser : riz, taboulé, coquillettes, lentilles, petits pois...

...✚ La texture moulinée

Elle est adaptée aux personnes qui ont des difficultés de mastication sans troubles de la motricité linguale ni troubles de la déglutition. Elle peut être composée de :

- Hors-d'œuvres mous type betterave rouge, choux-fleur cuit, tomate ou melon s'ils sont bien mûrs, pâté, sardine, ...
- Si la viande est très cuite (type sauté ou cuisse de poulet), ou si l'on sert du poisson ou une omelette, on peut proposer des tout petits morceaux, mais s'il s'agit d'un rôti, d'un steak (même haché), il sera nécessaire de mouliner la viande ;
- Les légumes doivent être bien cuits pour pouvoir être mastiqués facilement ou écrasés dans l'assiette ;
- Tous les fromages sont possibles sauf ceux à pâte cuite ;
- Tous les desserts sont possibles sauf les fruits crus durs.

(1) Insalivation : incorporation, imprégnation de la salive dans le bol alimentaire lors de la mastication et de l'homogénéisation du bol alimentaire

... La texture mixée

Elle est adaptée aux personnes totalement édentées et/ou qui présentent des troubles de la déglutition fréquents.

Tous les aliments sont mixés très finement et séparément de manière à différencier les goûts et permettre de jolies présentations avec des couleurs contrastées dans l'assiette.

- En hors-d'œuvre on peut proposer des légumes mixés, crus ou cuits, des hors-d'œuvre protidiés mixés (charcuteries, poisson, œuf), des hors-d'œuvres féculents mixés (salade de pommes de terre, de pâtes, de riz, quiche) mais aussi des jus de fruits et de légumes ou des smoothies. Ces deux dernières propositions permettent d'allier hydratation, apport en vitamine C et alimentation. Les smoothies permettent un apport en fibres. Il est toujours possible d'épaissir les préparations avec de l'épaississant à base d'amidon si besoin.

- La viande et les légumes seront mixés séparément. On doit pouvoir additionner systématiquement de la sauce à la demande afin d'ajuster la texture et de faciliter le « glissé » de la préparation mixée.

- Les fromages portions fondus collants (type crème de gruyère) sont additionnés aux purées et aux potages. On peut aussi proposer des mousses de fromages à pâte molle ou persillée (camembert, maroilles, chèvre, bleu) ou de texture non collante afin d'améliorer la qualité organoleptique et l'apport en calcium. Le gruyère râpé est à éviter car en fondant il se texture en « fils » qui sont difficiles à déglutir. Le parmesan ou le grana en poudre s'homogénéisent très bien.

- Les desserts seront composés de fruits crus mixés, compotes, desserts lactés avec ou sans féculents ou toute autre préparation mixée avec un liant (lait, crème pâtissière, épaississant).

Ces textures constituent une bonne base classique de propositions mais il est intéressant de personnaliser les textures au cas par cas en fonction des potentialités repérées et des désirs des personnes. Les menus de toutes les textures doivent être rédigés et affichés en cuisine et dans les salles à manger.

Les personnes qui bénéficient d'une alimentation à texture modifiée doivent, comme tous, manger équilibré et de façon agréable. Il est nécessaire de leur proposer des repas conformes aux recommandations ministérielles du Programme National Nutrition et Santé, c'est-à-dire qui permettent de :

- ... Prévenir la dénutrition et les carences minérales et vitaminiques,
- ... S'assurer de la présence de cinq fruits et légumes par jour dont deux crus,
- ... Privilégier la variété grâce à l'utilisation d'un plan alimentaire et d'un cycle de menus actualisé par saison,
- ... Proposer des mets aux goûts variés et marqués afin de stimuler les capacités olfactives et gustatives des personnes,
- ... Varier les sources de glucides complexes sans céder à la facilité du flocon de pommes de terre : pâtes, riz, semoule de blé, légumineuses mixés avec des légumes aqueux ou servis en préparation sucrée (semoule au lait, riz au lait).

Il faut aussi soigner la présentation à l'assiette. Une assiette mixée doit bénéficier d'une attention particulière pour mettre en appétit la personne. Ce soin fait partie du respect dû à chacun, quels que soient son handicap ou ses difficultés. Il s'intègre dans le concept de bienveillance.

Les boissons sont particulièrement génératrices de fausses routes car elles donnent peu d'informations sensorielles (pas de goût, texture liquide).

EN PRÉVENTION IL SERA INTÉRESSANT DE RENFORCER L'INFORMATION SENSORIELLE PAR :

- ... Le goût : en évitant les boissons sucrées de manière à limiter les risques de prise de poids et de problèmes bucco-dentaires,
- ... La température : penser à proposer des boissons à différentes températures,
- ... La texture : en gélifiant ou en épaississant les liquides mais aussi en proposant des smoothies à base de fruits et légumes ou de laitages, et des potages.

Pour réaliser des préparations mixées, il est nécessaire de disposer de matériel performant : mixer avec bras racleur permettant une bonne homogénéisation, blender et centrifugeuse professionnels.

Les repas de fêtes doivent également être élaborés spécifiquement pour les personnes qui prennent leur repas en texture modifiée.

Et enfin, Il est important de veiller en parallèle à l'hygiène bucco-dentaire quotidienne et aux soins réguliers par un chirurgien-dentiste de manière à préserver la dentition et à prévenir les douleurs dentaires.

L'adaptation de l'alimentation constitue la condition sine qua none pour pouvoir nourrir une personne qui présente des troubles de la mastication ou de la déglutition.

Son état nutritionnel et sa qualité de vie en dépendent, d'autant que la plupart de ces personnes en situation de handicap sont en long séjour ou vivent complètement en institution.

Il est donc fondamental que l'alimentation soit intégrée dans le projet des établissements qui les accueillent et que la nutrition trouve son prolongement jusque dans l'assiette. Pour cela, les cuisines doivent avoir une place dans les institutions, si possible en liaison chaude, et les cuisiniers doivent être considérés comme des partenaires incontournables du soin nutritionnel.

Un travail d'équipe transdisciplinaire est important autour de ces questions car toute l'équipe est concernée : cuisinier, diététicien, orthophoniste, ergothérapeute, médecin, kinésithérapeute, accompagnants de la vie quotidienne...

Les formations initiales, quelles que soient les fonctions (c'est aussi vrai pour le médecin que pour le cuisinier que pour tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire) préparent peu à la prise en charge au quotidien des personnes présentant des grandes déficiences motrices, sensorielles et cognitives. La formation continue est alors un vecteur indispensable pour approfondir ce sujet en le reliant à la pratique.

L'ALIMENTATION DES PATIENTS AYANT DES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION

Le pôle Saint-Hélier de Rennes traite en majorité des AVC, mais aussi des maladies neurologiques évolutives (sclérose en plaques, sclérose latérale-amyotrophique, Parkinson, dystrophie myotonique de Steinert...) avec de fortes probabilités de troubles de déglutition. Il a été établi que les pneumopathies liées aux troubles de déglutition sont la seconde cause de mortalité post-AVC. Devant ce constat, le pôle Saint-Hélier a créé une formation pluridisciplinaire qui décrypte la déglutition et ses troubles, présente l'aspect des différentes textures possibles et préconise les bonnes pratiques pour faciliter l'ingestion du repas.

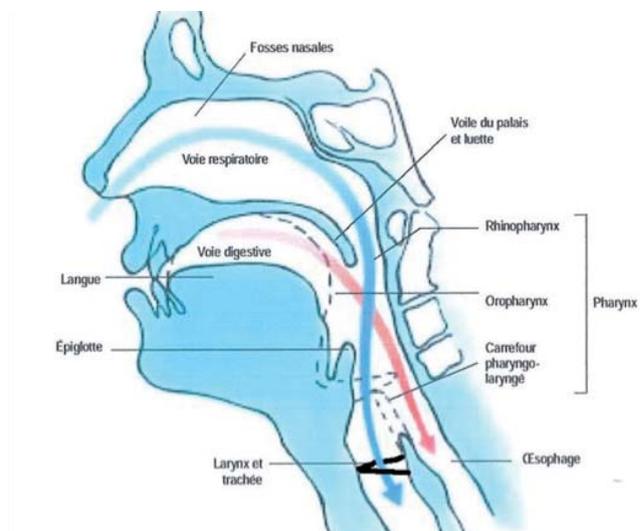
Des extraits de cette formation « Trouble de la déglutition et dénutrition » animée en mars 2010 par des orthophonistes (Aurore Barmouin, Stéphane Fruchard, Chantal Le Gal et Cécile Trinh) et une diététicienne (Marie-Noëlle Cornu) sont donnés ci-dessous.

...: Déglutition

C'est l'acte d'avaler les aliments, les liquides et la salive de manière volontaire et automatique. Elle réalise le transport des aliments de la bouche jusqu'à l'estomac en assurant la protection des voies respiratoires. On déglutit en moyenne 2 000 fois par jour, soit 1,5 litre de salive quotidienne.

...: Le carrefour aérodigestif

Il correspond à la proximité des voies digestives et respiratoires.



⚡ La fausse route

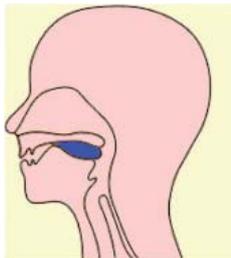
On craint surtout la fausse route trachéale, c'est-à-dire la pénétration d'aliments, de liquides ou de salive dans le système respiratoire, pouvant causer étouffement et infection. Les signes cliniques sont peu sensibles et requièrent des observations minutieuses. Il faut ainsi faire attention aux fausses routes silencieuses. Le but en orthophonie est de minimiser leurs risques de survenue.

⚡ Les phases de la déglutition

La déglutition se déroule en trois phases, orale, pharyngée et œsophagienne. Tout au long de la déglutition, des mécanismes de protection des voies aériennes supérieures sont mises en place.

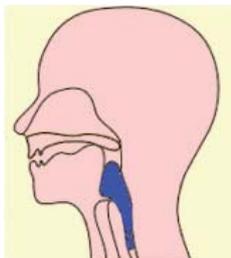
- La phase orale

Elle correspond aux étapes suivantes : mise en bouche, fermeture labiale, mastication et insalivation, récolte du bol alimentaire sur le dos de la langue et propulsion.



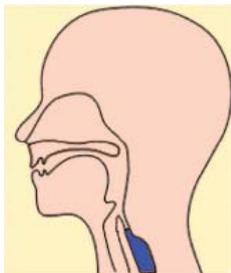
- La phase pharyngée

Elle correspond au transport du bolus jusqu'au sphincter supérieur de l'œsophage, à l'élévation du voile, au recul de la base de la langue, à la descente de l'épiglotte, à l'élévation du larynx puis à la fermeture des cordes vocales.



- La phase œsophagienne

Elle correspond à l'ouverture et la fermeture du sphincter supérieur de l'œsophage puis au péristaltisme, c'est-à-dire aux mouvements musculaires qui permettent la descente du bol alimentaire.



⚡ Le bilan orthophonique

Il est conduit uniquement sur prescription médicale d'après les dires du patient ou de l'entourage, le dossier médical, une perte de poids, des pneumopathies ou encore une alerte d'un intervenant (toux pendant les repas).

Il se compose de :

- un interrogatoire ;
- un examen général : éveil, type d'alimentation, troubles cognitifs ;
- un examen clinique des unités fonctionnelles sensori-motrices ;
- un examen clinique de la déglutition, en observant les prises des repas ;
- en cas de doute, un examen complémentaire par vidéoradioscopie ou nasofibroscopie est possible.

Les résultats des observations des repas sont envoyés par mail au médecin du patient, aux diététiciennes, à la cuisine, aux infirmières, aux aides-soignantes, aux kinésithérapeutes, aux ergothérapeutes et aux animatrices.

⚡ Examen clinique de la déglutition : observation du repas

L'observation des différentes phases de la déglutition donne des informations « réelles » parfois peu corrélées aux observations pratiques. Mais elles peuvent faire apparaître des causes indirectes de troubles de la déglutition.

Elles peuvent être :

- des facteurs comportementaux (comportement frontal ou autre : défaut d'inhibition, défaut d'initiative, ...) ;
- une fatigabilité ;
- une apraxie bucco-faciale ;
- des troubles de l'attention ;
- une absence de prothèse dentaire ou un mauvais état dentaire ;
- une agueusie ou anosmie.

Dans ces cas, les rôles des différents intervenants sont :

- pour les aides-soignantes :
 - > Imprimer les messages concernant la déglutition et les consigner,
 - > Être vigilant pour les patients concernés, s'il existe des consignes particulières,
 - > Informer l'équipe soignante ainsi que les équipes médicales et paramédicales via les cahiers de transmissions
 - > Donner des retours sur le déroulement des repas
- pour les autres intervenants :
 - > Rôle d'alerte concernant les troubles de la déglutition et/ou de nutrition,
 - > S'adresser aux orthophonistes en cas de doute concernant la déglutition.

⚡ La rééducation orthophonique

En fonction des troubles détectés au cours du bilan, elle peut comporter selon les phases de la déglutition, des exercices d'entraînement des mouvements bucco-faciaux en dehors des situations de déglutition, des exercices fonctionnels en situation (essais de déglutition) ou encore des travaux de réadaptation.

Les moyens rééducatifs en fonction des troubles et des phases de la déglutition sont :

PHASE ORALE

| troubles | observations | moyens rééducatifs |
|--|--|---|
| défaut de contention dû à paralysie labiale, jugale, voile du palais, langue | bavage, reflux nasal, langue hypotonique, stases buccales... | travail praxique, faciliter la compensation du côté sain |
| défaut salivaire : hyposialorrhée, hypersialorrhée | bouche sèche, difficultés de propulsion du bol, bavage | ajout de sauce, huile, médication travail contention labiale, médication, aspiration, régime alimentaire (éviter les aliments acides) |
| troubles dentaires | difficultés de mastication | adaptation, texture |
| troubles sensitifs | stases intra et extra-buccales, bavage | stimulation thermique, tactile, gustative, faciliter la compensation du côté sain |
| défaut de déclenchement de la déglutition | stases intra-buccales, bavage, fausse route sans déglutition | massage du plancher buccal, des joues, des lèvres, stimulations verbales |

PHASE PHARYNGÉE

| troubles | observations | moyens rééducatifs |
|---|--|--|
| troubles moteurs (défaut de propulsion pharyngée) | stases pharyngées (voix mouillée, raclements spontanés) | postures facilitatrices, travail recul base de langue |
| fausses routes hautes (nasales) | renflements, fausses routes trachéales retardées | travail voile du palais |
| défaut de protection des voies respiratoires (basculé épiglottique, recul base de langue, fermeture des cordes vocales, synchronisation des différentes étapes) | fausses routes trachéales, toux, raclements, voix mouillée, stases | travail de fermeture glottique, manipulations laryngées, déglutition supra-glottique, travail apnée. |
| troubles sensitifs (absence de réflexe de toux) | fausses routes silencieuses | exercer la toux volontaire, exercices vocaux |

PHASE ŒSOPHAGIENNE

| troubles | observations | moyens rééducatifs |
|------------------|---|---|
| SSO en fermeture | bruit à la déglutition, douleur, difficulté de passage du bol. Vidéoradioscopie | posture, chirurgie |
| béance du SSO | reflux gastro-œsophagiens | médication, positionnement au lit en post-prandial, restrictions alimentaires (aliments acides) |

... Les textures des aliments et les différentes hydratations

Il n'existe pas de consensus entre les établissements. Les textures préparées au pôle Saint-Hélière sont les textures mixées, moulinées, hachées et normales.

- Texture mixée

Elle correspond à un mélange viande + purée + légume passé au blender. La texture est hyper lisse. Elle est possible également pour les desserts avec des fruits frais mixés.



- Texture moulinée

Elle est composée de viande moulinée et de légumes moulinés. Les composantes sont présentées séparément et ont un aspect « purée ».



- Texture hachée

Elle se compose de viande passée au mixeur additionnée de légumes non transformés.



- Texture normale

Dans ce cas, tous les aliments sont acceptés. Ils sont coupés dans l'assiette si nécessaire. Toutefois, pour certains patients, des aliments sont à exclure car ils présentent des risques majorés (en fonction du bilan). Il s'agit notamment des graines (riz, semoule, petits pois...), du pain, des crudités râpées (carottes, céleri, betteraves crues) ou des légumes à peau (tomates cuites, poivrons, haricots blancs...).

- Les liquides

Ils se composent d'eau ou de boissons pétillantes ou gélifiées. Il est également possible d'épaissir n'importe quel liquide avec de la poudre épaississante (texture sirupeuse, gel plus ou moins épais).

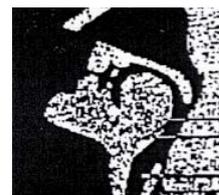
Par ailleurs, on peut aussi jouer sur la température (glacé ou chaud) pour faciliter le réflexe de la déglutition, en fonction de la personne.

... L'installation du patient lors du repas

Il faut redresser le patient. Il doit être assis le dos droit, la tête penchée en avant, les fesses au fond du fauteuil et être bien calé. Il faut éviter les repas au lit et s'assurer que les prothèses dentaires sont en place.

La supervision des repas doit être assurée par un soignant si cela s'avère nécessaire.

LES CONSIGNES DE POSITIONNEMENT DE LA TÊTE SONT :



Hyperextension :
passage préférentiel
vers la trachée donc
risque de fausse route

NON



Menton vers la poitrine :
protection maximisée
des voies aériennes

OUI

...: L'adaptation du matériel en fonction du patient

Il est préférable d'utiliser le verre à découpe nasale plutôt que le verre canard ou coucou qui favorise l'hyperextension de la tête. La paille, éventuellement tronquée, sera utilisée en cas de problèmes moteurs ou pour faciliter la perméabilité labiale. Elle permet un meilleur contrôle de la quantité en bouche. Les ustensiles peuvent également être adaptés avec les ergothérapeutes : tapis antidérapant, couverts ergonomiques, ...

...: L'adaptation du rythme et de l'environnement

Lors d'un repas assisté, il faut vérifier le rythme des déglutitions. Cela passe par le contrôle de la montée du larynx, la facilitation de la vidange buccale et la synchronisation entre la respiration et la déglutition. Il faut veiller aux quantités ingérées par bouchées, en préférant la petite cuiller et en fractionnant le repas pour éviter la fatigue. L'environnement ne doit pas comprendre d'éléments distrayeurs comme la télévision, la radio ou les conversations. La personne qui aide au repas doit se placer à la hauteur du patient.

...: Les conseils généraux sont :

- Ne pas hésiter à poser des questions aux orthophonistes ;
- Dans le doute, choisir la sécurité (textures inférieures, arrêt per os) ;
- Bannir les distracteurs pendant les repas : télévision, radio, interlocuteurs multiples, ... ;
- Éviter les échanges verbaux pendant les repas ;
- Cadrer le comportement selon le patient :
 - > Diminuer la vitesse de prise alimentaire (attendre que la bouchée soit avalée avant d'en reprendre une autre),
 - > Stimuler (verbalement, pince sous le plancher buccal, ...), voire donner à manger,
- Se concentrer sur la posture conseillée ;
- Prendre des petites bouchées ;
- Tousser ou racler la gorge régulièrement (si possible, notamment si la voie est mouillée, enrouée) ;
- Consommer uniquement des aliments liquides adaptés au niveau de la texture ;
- Ne pas accepter d'aliments provenant de l'extérieur (friandise, pain, boissons, gâteaux, ...) ;
- Veiller à l'application des conseils spécifiques en s'adaptant à chaque patient.



2 QUELLES TEXTURES METTRE À DISPOSITION DES CONSOMMATEURS ?

À la lecture des témoignages précédents, on peut constater que la source des difficultés de mastication ou de déglutition est diverse : état temporaire lié à un accident ou à un traitement, état permanent ou bien état évoluant selon le vieillissement de la personne. Quelle que soit la diversité des causes, l'objectif recherché est le même : lutter contre la dénutrition par la mise en place de textures modifiées adaptées aux consommateurs.

Cependant, la définition des différentes consistances utilisées pour les textures modifiées reste très hétérogène. Elle peut être appréhendée par des retours d'expériences d'évolution des textures modifiées par les établissements, par la définition de nouvelles politiques nutritionnelles, par les ustensiles utilisés ou encore par les définitions du Groupe d'Étude des Marchés Restauration Collective et Nutrition (cf. Loi N° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'Agriculture et de la Pêche).

La dénutrition peut également être encore accentuée par la réduction du repas à uniquement deux composantes : un mixé complet de type viande - légume accompagné d'un ou deux desserts lactés. En outre, si le temps imparti pour donner le repas est trop court, alors le second dessert ne sera jamais consommé par le patient. Il est important en parallèle de veiller à ce que la personne consomme son potage et son plat principal avant de prendre plus de plaisir avec le produit laitier et le dessert, la personne étant souvent plus attirée par ces composants. La consommation de produits laitiers et desserts ne doit pas nuire à l'ingestion des plats riches en apports nutritionnels essentiels.

Quel est le référentiel à disposition des professionnels afin d'élaborer des mets selon les consistances adéquates à l'état du patient ou du résident ?

PROPOSER DES TEXTURES MODIFIÉES DANS UN ÉTABLISSEMENT

L'Établissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN), établissement public de santé mentale a souhaité travailler sur les textures modifiées pour répondre aux besoins de ses patients. Il désirait ainsi assurer la régularité de la composition des mets, de leur valeur nutritionnelle et de leur qualité gustative. Il visait, d'une manière générale, le développement de la qualité tout en respectant les règles de sécurité alimentaire.

Au service de restauration, l'objectif fixé était de définir des fiches techniques pour chaque produit fabriqué en définissant le mode opératoire de la préparation et le séquençage des étapes ainsi que les moyens nécessaires.

PLUSIEURS PROBLÉMATIQUES ONT ÉTÉ DÉGAGÉES LORS D'UN DIAGNOSTIC INITIAL :

- ... La texture n'était pas systématiquement adaptée aux problèmes de déglutition. Les services de soins n'étaient pas satisfaits des textures proposées ;
 - ... Les aliments à texture modifiée ne garantissaient pas les apports nutritionnels ;
 - ... Il n'existait aucune fiche technique pour la préparation des mets à texture modifiée. La qualité était donc variable d'une production à une autre ;
- Il existait donc un risque de dénutrition pour les patients consommant ces produits (incapacité à consommer le produit, non-goût, manque d'appétence...).

AU REGARD DES OBSERVATIONS RELEVÉES, LE PLAN D'ACTION SUIVANT A ÉTÉ RETENU :

- ... Définir les besoins pour une réponse adaptée : textures, grammage ;
- ... Identifier les aliments hachables ;
- ... Identifier les fiches techniques « textures » à travailler ;
- ... Mettre en place des essais en cuisine et des tests dans les unités ;
- ... Évaluer la satisfaction des patients / soignants ;
- ... Communiquer les modifications dans toutes les unités intra (rencontre agents du service restauration / diététique – équipes soignantes) ;
- ... Déployer dans tous les services.

Lors de la mise en œuvre de ce plan d'actions, des fiches techniques pour des mixés et des hachés sont réalisées. Elles ont été accompagnées d'essais dans les cuisines, de tests dans les unités, et d'une mise en œuvre généralisée, afin de garantir les apports nutritionnels, un aspect visuel plus satisfaisant, une texture constante, et un plaisir accru du patient.

À L'ISSUE DES TRAVAUX CONDUITS, LES RÉSULTATS OBTENUS ONT ÉTÉ :

- ... Définition des grammages, des produits hachables, des besoins des patients, des moyens matériels.
- ... Élaboration de 24 fiches techniques pour les viandes, poissons, jambon mixés et hachés avec sauces adaptées, et fruits frais hachés et mixés.
- ... Élaboration et exploitation des questionnaires d'évaluation avec des retours positifs des professionnels et des patients.
- ... Amélioration qualitative des repas (présentation, textures mieux adaptées, introduction de fruits frais hachés et mixés...).

Un extrait des modifications apportées aux plats est donné ci-dessous :

| Plats | Menu Haché | Menu mixé |
|--|--|---|
| Saucisse paysanne, saucisse de pommes de terre, knacks, cervelas bernois, chipolata, merguez, salade mixte | ok | Viande mixée |
| Rognons | Rognons hachés | 50 % rognons + 50 % égrené mixé |
| Foie | 50 % bœuf et 50 % foie mixé | 50 % foie + 50 % égrené bœuf mixé |
| Tartelette salée, bûchette | ok | Viande, œuf, poisson, fromage blanc |
| Poisson pané | ok | Poisson non pané mixé |
| Steak haché | Remplacer par galopin de veau | Egrené de bœuf mixé |
| Spaghettis carbonara | ok | Jambon cuit mixé sauce carbonara (recette) et purée de légumes |
| Fromage blanc | ok | Purée de pommes de terre |
| Cordon bleu | 70 % porc + 30 % jambon cuit haché | 70 % porc + 30 % jambon cuit mixé + sauce (recette) |
| Foies de volaille | ok | 50 % égrené de bœuf et 50 % foie de volaille |
| Choucroute (collet, lard, knack) | 2 Knacks | Collet mixé, purée de navets |
| Omelette | ok | Coule d'œufs et lait (recette) + gruyère, jambon, champignons, herbes |
| Salade de viande | À hacher en vinaigrette + carotte, céleri, cornichons coupé fins | Paleron de bœuf mixé |
| Montbéliard | Remplacer par la saucisse à frire | Viande mixée |
| Poisson | ok | Poisson mixé |
| Langue salée | À hacher | À mixer |
| Poitrine de veau farcie, paupiette | À hacher | À mixer |
| Jambon cuit froid | Ok, entier | Jambon cuit mixé |
| Jambon braisé, jambonneau | À hacher | À mixer |
| Galopin de veau | ok | À mixer |
| Bœuf froid | À hacher en vinaigrette | Bœuf mixé |
| Bouchée à la reine, aux fruits de mer, fricassée de viande | Ok, mais coupé + fin | Mixer l'ensemble |
| Boudin noir | ok | Ok, entier |
| Tartiflette | ok | Viande mixée |
| Cassoulet (Saucisse à l'ail, lard, petit salé) | Saucisse à l'ail | Petit salé mixé |
| Hachis Parmentier | ok | Hachis mixé + purée |
| Pâté en croûte | Charcuterie ou salade de cervelas | Viande mixée |
| Fleischkiechle, pain de viande | ok | Mixé |
| Quenelles de foie | ok | 50 % égrené bœuf + 50 % quenelles mixées |
| Charcuterie, pâté, preskopf, salami danois, | ok | Viande mixée |

| Plats | Menu Haché | Menu mixé |
|--|--|--|
| Raviolis, ravioles, tortellinis, lasagnes, gratin de pâtes | ok | Viande mixée |
| Thon | ok | 50% thon + 50% poisson mixé |
| Œufs durs | ok | Œufs brouillés |
| Quenelles de brochet | ok | Poisson mixé |
| Steak haché de veau | ok | À mixer |
| Endive au jambon, poireau au jambon | ok | Jambon mixé + sauce blanche et purée d'endives |
| Couscous (poulet, boulette d'agneau, merguez) | 2 merguez, 2 boulettes d'agneau | Agneau + poulet mixé |
| Chou farci, courgette farcie, tomate farcie | ok | Égrené de bœuf mixé |
| Filet de poulet farci | À hacher | À mixer |
| Jambon cru | Jambon cuit | Jambon cuit mixé |
| Côte de porc froide salée | Porc salé haché froid | Porc salé mixé chaud |
| Croque-monsieur | Tartelette salée | Viande mixée |
| Paella (poisson, chipolata, poulet) | Poisson, 2 chipolatas | Poisson mixé |
| Poulet froid | Salade de volaille hachée vinaigrette | Poulet mixé |
| Pané du fromager | ok | Viande mixée |
| Hareng, rollmops | Filet de poisson vinaigrette ou sauce au fromage blanc | Poisson mixé |
| Charcuterie, pâté, preskopf, salami danois | ok | Viande mixée |

DÉFINIR DES TEXTURES DANS LE CADRE D'UNE POLITIQUE NUTRITIONNELLE

Lors de travaux conduits dans le cadre de la refonte de sa prestation alimentaire, le Centre Hospitalier d'Albertville Moûtiers a redéfini sa politique nutritionnelle en précisant les différentes textures qu'il souhaitait mettre en œuvre et leurs caractéristiques nutritionnelles.

Les résultats obtenus sont les suivants :

| | |
|--|---|
| Texture | normale |
| Définition | alimentation qui couvre les apports nutritionnels recommandés pour la population française |
| Type de bénéficiaires | tout patient sans prescription médicale autre |
| Caractéristiques nutritionnelles (P, L, G, Ca, Na...) | 2 000 Kcal 15 % de protéines (75g) 32 % de lipides (71 g) 53 % de glucides (265g) dont 10 % de sucre absorption rapide 900 mg de calcium 8 g de sel maximum |
| Déclinaisons | petit déjeuner : boisson + 1 produit laitier y compris lait + 1 produit céréalier (pain ou biscotte ou céréales) + beurre + confiture ou miel. déjeuner et dîner : hors-d'œuvre + viande ou équivalent protidique + garniture + produit laitier + dessert + pain et boissons chaudes |
| Aliments proscrits | matières grasses et produits industriels en excès |

| | |
|--|---|
| Texture | sénior |
| Définition | alimentation qui couvre les apports nutritionnels recommandés pour la personne âgée en bonne santé déterminée par la diététicienne et l'infirmière. |
| Type de bénéficiaires | les résidents dans les services de moyens et long séjour. |
| Caractéristiques nutritionnelles (P, L, G, Ca, Na...) | 1 900 Kcal 70 à 75 g de protéines 1 200 mg de Calcium |
| Déclinaisons | petit déjeuner : boisson +/- lait +/- sucre + 1 sachet de poudre lait ou autre produit laitier + 1 produit céréalier + beurre et confiture (miel) + 1 verre de jus de fruits à teneur garantie en vitamine C déjeuner : hors-d'œuvre + viande ou équivalent protidique + garniture + produit laitier + dessert + pain et boisson chaude collation 15 h : 1 boisson + 1 produit laitier dîner : potage + complément protidique + produit laitier + dessert + pain et boisson chaude |
| Aliments proscrits | matières grasses et produits industriels en excès, ajout important de sucre dans les laitages et boissons, prises alimentaires extra-prandiales importantes (sauf prescription médicale) |

| | |
|--|---|
| Texture | menu haché |
| Définition | idem menu normal mais viande hachée |
| Type de bénéficiaires | idem menu normal |
| Caractéristiques nutritionnelles (P, L, G, Ca, Na...) | idem menu normal |
| Déclinaisons | idem menu normal mais viande hachée œufs et poisson de texture normale |
| Aliments proscrits | |

| | |
|--|--|
| Texture | menu sénior viande hachée |
| Définition | idem menu sénior mais avec viande hachée |
| Type de bénéficiaires | idem menu sénior |
| Caractéristiques nutritionnelles (P, L, G, Ca, Na...) | idem menu sénior |
| Déclinaisons | idem menu sénior œufs et poisson de texture normale complément protidique du dîner idem que le menu sénior (sauf si viande -> viande hachée) |
| Aliments proscrits | pomme crue |

| | |
|--|---|
| Texture | menu mouliné |
| Définition | la viande est hachée, les légumes sont moulinsés viande et légumes sont séparés dans l'assiette |
| Type de bénéficiaires | |
| Caractéristiques nutritionnelles (P, L, G, Ca, Na...) | - 1900 Kcal - 70 à 75 g de protéines - 1200 mg de Calcium |
| Déclinaisons | petit déjeuner : boisson +/- lait +/- sucre + 1 sachet de poudre lait ou autre produit laitier + 1 produit céréalier + beurre et confiture (miel) + 1 verre de jus de fruits à teneur garantie en vitamine C déjeuner : viande ou équivalent protidique mouliné + garniture moulinée + produit laitier (fromage à tartiner ou laitage) + laitage, entremet lacté, fruit cuit maison. + boisson chaude collation 15 h : 1 boisson + 1 produit laitier dîner : potage + viande ou équivalent protidique mouliné + garniture moulinée + produit laitier (fromage à tartiner ou laitage) + laitage, entremet lacté, fruit cuit maison. + boisson chaude pain ou biscottes en fonction des capacités de chaque résident ou patient |

| | |
|--|---|
| Texture | menu mixé |
| Définition | la texture est homogène, avec viande et légumes mélangés (4) et de consistance épaisse |
| Type de bénéficiaires | |
| Caractéristiques nutritionnelles (P, L, G, Ca, Na...) | <ul style="list-style-type: none"> - 1900 Kcal - 70 à 75 g de protéines - 1200 mg de Calcium |
| Déclinaisons | <p>petit déjeuner : boisson +/- lait +/- sucre + 1 sachet de poudre lait ou autre produit laitier + 1 produit céréalier + beurre et confiture (miel) + 1 verre de jus de fruits à teneur garantie en vitamine C.</p> <p>déjeuner : Viande et garniture moulinsés et mélangés. + Produit laitier (fromage à tartiner ou laitage) + Dessert de texture lisse + (pain) et boisson chaude</p> <p>collation 15 H : 1 boisson + 1 produit laitier</p> <p>dîner : Potage + Viande et garniture moulinsés et mélangés + Produit laitier (fromage à tartiner ou laitage) + Dessert de texture lisse + (pain) et boisson chaude</p> |
| Aliments proscrits | texture autre que lisse |

DÉCLINER UN MENU PAR TEXTURES

Le tableau ci-après présente un exemple de déclinaison d'un menu normal selon les différentes textures et les ustensiles utilisés.

TEXTURES

| normale | hachée | moulignée | mixée | semi-liquide | liquide |
|---------|--------|-----------|-------|--------------|---------|
|---------|--------|-----------|-------|--------------|---------|

MATÉRIELS

| matériels pour la production | | couteau mixeur pulse | moulin à légumes mixeur | mixeur | mixeur plongeant centrifugeuse | mixeur plongeant passoire |
|---------------------------------|----------|-------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| ustensiles pour la consommation | couverts | cuillère, fourchette | cuillère, fourchette | petite cuillère | paille | paille |

DÉCLINAISON DE REPAS

| pain | pain | pain | pain | pain de mie | pas de pain | pas de pain |
|----------------|---------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| entrée | carottes râpées | carottes râpées puis hachées | mousse de carottes | carottes mixées | jus de carottes | jus de carottes |
| viande-poisson | Poulet basquaise | Émincé de poulet basquaise | Émincé de poulet | Mousse de poulet | Poulet basquaise liquide | Poulet basquaise liquide |
| accompagnement | riz | pâtes | purée de poivrons | riz mixé | riz liquide | riz liquide |
| fromage | camembert | camembert | camembert | vache qui rit | yaourt | |
| dessert | pêche au sirop | pêche au sirop | pêche en morceaux | compote de pêches | compote mêlée d'eau | jus de fruits |

DÉFINITION DES DIFFÉRENTES TEXTURES PAR LE GEMRCN

Les textures des aliments ont été définies en mai 2007 par le Groupe d'Étude des Marchés de la Restauration Collective et de la Nutrition (GEMRCN) de la façon suivante :

TEXTURE DES ALIMENTS :

Pour répondre aux difficultés de mastication et/ou déglutition, il est parfois nécessaire d'adapter la texture des aliments. On distingue les textures suivantes :

...✚ Texture liquide :

l'alimentation est fluide, prise au biberon, au verre ou à la paille ;

...✚ Texture mixée :

la texture est homogène, avec viande et légumes de consistance épaisse ; ils peuvent être soit mélangés, soit séparés dans l'assiette ;

...✚ Texture moulinée :

la viande est moulinée, les légumes sont moulinés ou non si très tendres ; viande et légumes sont séparés dans l'assiette ;

...✚ Texture moulinée fin :

la viande est moulinée (granulométrie 0,3), de même que les légumes ; viande et légumes sont séparés dans l'assiette ;

...✚ Texture hachée :

la viande seule est hachée sauf si l'élément protidique est tendre.

LA GRANULOMÉTRIE

Ainsi, la seule granulométrie précisée par le GEMRCN est celle du mouliné fin. Cette absence de définition institutionnelle et de référentiel rend la communication difficile entre le service de soins et le service restauration, mais aussi entre les professionnels du même corps de métier. Cette carence est renforcée par l'absence de précision lors des formations initiales (soins infirmiers, diététique et cuisine).

Afin de répondre à cette insuffisance, le groupe d'experts ayant piloté la réalisation de cet ouvrage propose les définitions de granulométrie suivantes :

...✚ Texture mixée :

granulométrie inférieure à 0,1 cm, sans morceaux

...✚ Texture moulinée :

granulométrie inférieure à 0,3 cm

...✚ Texture hachée :

granulométrie inférieure à 0,5 cm.



3 QUELS SONT LES IMPACTS LIÉS À LA MISE EN PLACE DES TEXTURES MODIFIÉES ?

AMÉLIORER L'ÉTAT NUTRITIONNEL DES PATIENTS

Les agences nationales ont édicté des recommandations relatives à la prise en charge nutritionnelle des patients. Cependant, elles ne concernent généralement que les populations de personnes âgées. Elles ne répondent donc que de façon parcellaire aux besoins des populations consommatrices de textures modifiées.

RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (extraits)

Avril 2007 : Stratégie de prise en charge et de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée (extraits de l'introduction).

Janvier 2008 : Série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques.

1.1 OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS

L'objectif de ces recommandations est d'élaborer un outil pratique de repérage et de prise en charge de la personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition.

Ce travail vise à répondre aux questions suivantes :

- ...? Quelles sont les personnes âgées et/ou les situations à risque de dénutrition ?
- ...? Quels sont les outils de dépistage et de diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée ? Comment faire le diagnostic de dénutrition sévère ?
- ...? Quelle stratégie de prise en charge nutritionnelle recommander ?
- ...? Quelles sont les modalités pratiques de la prise en charge nutritionnelle ?
- ...? Pour certaines situations particulières : quelles sont les spécificités de la prise en charge nutritionnelle ?
- ...? Quels sont les éléments de coordination entre les différents intervenants (médecin généraliste, infirmière, diététicienne, gériatre, entourage...) et les différents lieux d'intervention (domicile, HAD, hôpital, institution médicalisée...) ?

1.2 PATIENTS CONCERNÉS

En accord avec les rapports institutionnels récemment diffusés, le seuil de 70 ans a été retenu pour définir la population des personnes âgées dans ce document.

1.3 PROFESSIONNELS CONCERNÉS

Ces recommandations s'adressent à tous les professionnels de santé amenés à prendre en charge une personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition et plus particulièrement les médecins généralistes, les gériatres, ainsi que les diététiciens, les infirmiers, les médecins nutritionnistes et les gastro-entérologues.

2. DÉNUTRITION PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUE : DÉFINITION, ÉPIDÉMIOLOGIE

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

Chez la personne âgée, la dénutrition entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance, et favorise la survenue de morbidités. Elle est également associée à une aggravation du pronostic des maladies sous-jacentes et augmente le risque de décès.

La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique augmente avec l'âge. Elle est de 4 à 10 % chez les personnes âgées vivant à domicile, de 15 à 38 % chez celles vivant en institution et de 30 à 70 % chez les malades âgés hospitalisés.

Des carences protéiques isolées peuvent s'observer même chez des personnes âgées apparemment en bonne santé.

SITUATIONS À RISQUE DE DÉNUTRITION

...✚ Psycho-socio-environnementales

- Isolement social
- Deuil
- Difficultés financières
- Maltraitance
- Hospitalisation
- Changement des habitudes de vie : entrée en institution

...✚ Troubles bucco-dentaires

- Trouble de la mastication
- Mauvais état dentaire
- Appareillage mal adapté
- Sécheresse de la bouche
- Candidose oro-pharyngée
- Dysgueusie

...✚ Troubles de la déglutition

- Pathologie ORL
- Pathologie neurodégénérative ou vasculaire

...✚ Troubles psychiatriques

- Syndromes dépressifs
- Troubles du comportement

...✚ Syndromes démentiels

- Maladie d'Alzheimer
- Autres démences

...✚ Autres troubles neurologiques

- Syndrome confusionnel
- Troubles de la vigilance
- Syndrome parkinsonien

...✚ Traitements médicamenteux au long cours

- Polymédication
- Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence...
- Corticoïdes au long cours

...✚ Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique

- Douleur
- Pathologie infectieuse
- Fracture entraînant une impotence fonctionnelle
- Intervention chirurgicale
- Constipation sévère
- Escarres

...✚ Dépendance pour les actes de la vie quotidienne

- Dépendance pour l'alimentation
- Dépendance pour la mobilité

...✚ Régimes restrictifs

- Sans sel
- Amaigrissant
- Diabétique
- Hypocholestérolémiant
- Sans résidu au long cours
- (...)

4. 2 LE DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION

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

4. 2. 1 PERTE DE POIDS $\geq 5\%$ EN 1 MOIS OU $\geq 10\%$ EN 6 MOIS

Le poids de référence est idéalement un poids mesuré antérieurement. Si cette donnée n'est pas disponible, on peut se référer au poids habituel déclaré. En cas de pathologie aiguë, on se réfère au poids d'avant le début de l'affection.

Il est important de tenir compte des facteurs qui peuvent modifier l'interprétation du poids, comme une déshydratation, des œdèmes, des épanchements liquidiens.

4. 2. 2 INDICE DE MASSE CORPORELLE < 21

Un IMC < 21 est un des critères de dénutrition chez la personne âgée. Par contre, un IMC ≥ 21 n'exclut pas le diagnostic de dénutrition (par exemple en cas d'obésité avec perte de poids).

4. 2. 3 ALBUMINÉMIE < 35 G/L

L'hypoalbuminémie n'est pas spécifique de la dénutrition. Elle peut être observée dans de nombreuses situations pathologiques indépendantes de l'état nutritionnel, en particulier en présence d'un syndrome inflammatoire. Il est donc recommandé d'interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué par le dosage de la protéine C-réactive.

L'albuminémie est un facteur pronostique majeur de morbi-mortalité. De plus, elle permet de distinguer deux formes de dénutrition :

- ...✚ la dénutrition par carence d'apport isolée, où l'albuminémie peut être normale ;
- ...✚ la dénutrition associée à un syndrome inflammatoire et à un hypercatabolisme, où l'albuminémie baisse rapidement.

4. 2. 4 MNA GLOBAL < 17

4. 3 LE DIAGNOSTIC DE DÉNUTRITION SÉVÈRE

Il repose sur un ou plusieurs des critères suivants :

- ...✚ perte de poids : 10 % en 1 mois ou 15 % en 6 mois ;
- ...✚ IMC < 18 ;
- ...✚ albuminémie < 30 g/l.

Il est important de distinguer les formes sévères de la dénutrition. La dénutrition sévère est associée à une augmentation importante de la morbi-mortalité. Elle justifie donc une prise en charge nutritionnelle rapide.

5. STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Un interrogatoire alimentaire simple de la personne âgée ou de son entourage doit faire partie du bilan nutritionnel. Il permet d'estimer si la personne âgée a une alimentation diversifiée, riche en fruits et légumes, si elle consomme des plats protidiés (viandes, poissons, œufs) au moins deux fois par jour et si elle prend trois produits laitiers par jour. Il est également recommandé d'évaluer les apports hydriques journaliers.

Chez une personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition, il est recommandé, parallèlement à toute prise en charge nutritionnelle, de corriger les facteurs de risque identifiés, en proposant par exemple :

- ...✚ une aide technique ou humaine pour l'alimentation ;
 - ...✚ des soins bucco-dentaires ;
 - ...✚ une réévaluation de la pertinence des médicaments et des régimes ;
 - ...✚ une prise en charge des pathologies sous-jacentes.
- La prise en charge nutritionnelle est d'autant plus efficace qu'elle est mise en œuvre précocement.

RECOMMANDATIONS DU GEMRCN N005-J07 DU 4 MAI 2007 (extrait des pages 16 à 19)

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Les objectifs généraux relatifs aux lipides, aux fruits, légumes et féculents, et au calcium sont retenus pour les personnes âgées en institution, ainsi que l'objectif spécifique d'augmentation des apports de protéines qui est nécessairement lié à un apport énergétique suffisant.

Si l'activité basale du métabolisme des protéines ne change pas significativement au cours du vieillissement, plusieurs facteurs contribuent à augmenter les besoins en protéines chez les personnes âgées : diminution de la synthèse protéique musculaire, augmentation de la perte tissulaire, destruction protéique accrue favorisée par la présence fréquente d'un état inflammatoire chronique.

De ce fait, les apports de protéines permettant d'équilibrer le bilan azoté sont plus élevés chez les personnes âgées que chez l'adulte jeune, et particulièrement celles en institution, au minimum de 1 à 1,2g/kg de poids corporel/j, par exemple 60 à 72g/jour minimum pour une personne de 60kg de poids corporel. Une attention particulière doit être portée pour assurer un tel apport protéique en tenant compte de la consommation incomplète des repas proposés, et ceci afin de réduire le risque de dénutrition, donc de fonte musculaire associée qui augmente les risques de chutes et de fractures chez les personnes âgées en institution.

3.3 (...) PERSONNES ÂGÉES EN INSTITUTION

Pour les personnes âgées en institution, l'alimentation fait partie des soins. La prévention de la dénutrition des personnes âgées en institution (cf. supra § 2.6) est une priorité. Elle implique une surveillance rigoureuse de la densité nutritionnelle de l'offre alimentaire par des personnels qualifiés tels que les diététiciens (cf. avis du CNA n°53 du 15 décembre 2005, recommandation n°18). Ceux-ci sont aptes à veiller à l'analyse détaillée des consommations, et à assurer le suivi du respect des objectifs nutritionnels propres aux personnes âgées en institution.

Les régimes restrictifs ne doivent pas être systématiques et prescrits par un médecin. Ils doivent rester rares dans les Établissements Publics d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EPHAD), les personnes âgées ayant d'abord besoin du maintien d'une alimentation diversifiée, de qualité, et en quantité suffisante pour éviter les risques de carence nutritionnelle aux conséquences délétères évidentes.

Le plaisir de manger et la convivialité sont à encourager, la contrainte alimentaire (contrôle du sel ou des glucides par exemple) devant rester rare (traitement aux corticoïdes à forte dose, ou insuffisance cardiaque grave, par exemple). À cet égard, les goûts et habitudes alimentaires de la personne âgée doivent être pris en compte.

3.3.1 SURVEILLANCE DE LA DENSITÉ NUTRITIONNELLE DE L'OFFRE ALIMENTAIRE ET DES APPORTS PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUES AUX PERSONNES ÂGÉES EN INSTITUTION OU EN CAS DE PORTAGE À DOMICILE

Les personnes âgées, peuvent avoir des difficultés de mastication et souvent un appétit très modéré. Aussi, il est fondamental de veiller à l'apport protéino-énergétique proposé par l'alimentation quotidienne. L'alimentation à texture modifiée, telle que viande moulignée ou purée de légumes, doit apporter au convive un apport protéino-énergétique suffisant.

La modification de la texture change la couleur des aliments et leur goût. Aussi, la préparation de l'alimentation à texture modifiée doit privilégier les couleurs et les saveurs. Cette alimentation peut être enrichie par différents produits : par exemple enrichissement en protéines par du jaune d'œuf, du fromage râpé, de la poudre de lait ou du jambon, enrichissement en énergie par l'ajout de beurre ou de crème fraîche, et enrichissement en calcium par l'ajout de lait y compris dans les préparations salées comme les potages et les purées.

Pour satisfaire aux besoins protidiés et calciques des personnes âgées, il est recommandé d'enrichir les boissons lactées avec du lait en poudre demi-écrémé à raison de 10 %. La boisson doit être d'au moins 200ml de lait. Si la personne ne consomme pas de lait, on doit lui proposer un laitage ou une portion de fromage.

Ainsi qu'il a été dit supra en 3.2.3, le pain fait partie intégrante du repas. Il peut être remplacé par des biscottes, du pain de mie ou des céréales pour adulte dans le cas des personnes âgées ayant des problèmes de déglutition ou de mastication.

3.3.2 ORGANISATION DE LA RÉPARTITION ET DE LA DISTRIBUTION DES REPAS AUX PERSONNES ÂGÉES EN INSTITUTION

La journée s'articule en 4 repas : petit déjeuner, déjeuner, goûter obligatoire dans l'après-midi, et dîner.

...✚ Il convient de prévoir une ou plusieurs collations, diurnes et nocturnes, pour les personnes ayant des besoins nutritionnels augmentés, ou des difficultés à consommer un repas complet.

...✚ Il est recommandé d'espacer les prises alimentaires d'au moins 3 heures, et de veiller à limiter le jeûne nocturne à 12 heures maximum (exemple : dîner servi à 19h00, petit déjeuner servi à 7h00). Si le service du petit déjeuner ne peut être organisé assez tôt (planning de l'équipe ou habitude de levée de la personne), une collation doit être proposée vers 22h.

...✚ Pour les personnes âgées, un apport hydrique est vital et doit être assuré, à raison d'un litre et demi par jour, voire plus en été et si le chauffage est très intense.

...✚ Le temps consacré aux repas doit être suffisant pour se nourrir convenablement. Le CNA (avis n°53 précité, 21^e recommandation) recommande au moins 30mn au petit déjeuner, une heure pour le déjeuner et 45mn au dîner.

3.3.3 COMPOSITION DU PETIT DÉJEUNER DES PERSONNES ÂGÉES EN INSTITUTION

Le petit déjeuner étant toujours un des repas les plus appréciés de cette population, il doit être d'apport énergétique élevé : par exemple café au lait sucré enrichi de poudre de lait demi-écrémé, pain beurre et confiture, jus de fruits à teneur garantie en vitamine C. Pour une population hospitalisée ou en maison de retraite, nécessitant un apport spécifique à définir dans le cahier des charges, les composantes du petit déjeuner peuvent être complétées par un aliment protidique de leur choix, type fromage, fromage blanc, jambon ou œuf et/ou par un fruit ou un jus de fruit.

3.3.4 COMPOSITION DU DÉJEUNER ET DU DÎNER DES PERSONNES ÂGÉES EN INSTITUTION

Les menus doivent être conçus autour de 5 composantes le midi et de 4 au minimum le soir.

3.3.4.1 ENTRÉES

Les personnes âgées ayant une alimentation à texture modifiée doivent bénéficier des mêmes entrées que les autres personnes, dans la mesure où les recettes peuvent être proposées mixées ou en purée. Il convient de veiller à la rapidité des assaisonnements.

Lorsqu'un potage est servi le midi, il vient en complément d'une entrée. Si cette entrée est constituée de légumes cuits, le potage servi en substitut doit contenir un minimum de 40% de légumes cuits, hors pommes de terre, soit 80 à 100g de légumes cuits pour une portion de potage de 200 à 250ml. Le soir, le potage est considéré comme une composante du repas.

3.3.4.2 PLATS PROTIDIQUES

Il est recommandé de proposer au déjeuner une ration complète de viande ou de poisson, conformément aux grammages ici préconisés (cf. annexe 2), et de compléter souvent ces apports protidiques du midi par un apport supplémentaire le soir.

Il est important de bien choisir les bases protidiques des dîners. Les plats protidiques uniques tels que hachis Parmentier, brandade Parmentier, crêpe au jambon, coquille de poisson ou flan de légumes, doivent être constituées d'une base protidique de bonne qualité, par opposition aux feuilletés, quiches, beignets, panés ou quenelles, souvent très gras et pauvres en protéines, dont on ne maîtrise pas la qualité des ingrédients.

...✚ Les viandes en sauce, braisées, sautées ou cuites à l'étouffée, riches en ingrédients aromatiques, sont à privilégier, car elles sont plus saines, moins sèches, et donc plus appétissantes.

...✚ Les personnes âgées présentant le plus souvent des problèmes de mastication, il est important d'adapter les cuissons aux plats considérés.

...✚ Les plats de remplacement au menu du jour doivent avoir les mêmes valeurs nutritionnelles que les autres plats, et si besoin être enrichis en protéines.

...✚ La cuisine doit être normalement assaisonnée et salée.

...✚ L'alimentation à texture modifiée doit apporter la même quantité de viande, poisson ou œuf que celle proposée normalement.

...✚ Pour les autres recommandations relatives à l'élaboration des menus, cf. le § 4.1.1. ci-après.

3.3.4.3 GARNITURES DE FÉCULENTS OU DE LÉGUMES

... La diversité est recommandée

Les alimentations à texture modifiée doivent également profiter de la variété des légumes, qui peuvent être proposés en l'état, en béchamel ou en purée.

... La présentation des plats est importante

Ainsi, la garniture doit être proposée à côté de la viande mixée, et non mélangée à celle-ci. L'ensemble du plat peut être nappé de la sauce du repas du jour.

... L'ensemble des agents hôteliers doit veiller et concourir à la présentation des plats.

3.3.4.4 FROMAGES ET PRODUITS LAITIERS

Plutôt que de limiter le service à une seule variété de fromages, il est recommandé de proposer un choix de plusieurs fromages ou produits laitiers équivalents.

Le plateau de fromages doit être proposé à chaque repas.

Afin de respecter les objectifs nutritionnels, il convient de prendre soin d'organiser les achats de telle façon que les fromages riches en calcium soient les mieux représentés.

Il est important que les agents hôteliers, formés à la nutrition, encouragent les personnes à faire des choix adaptés, ou veillent, si besoin est, à compléter ces apports en calcium à l'occasion des autres prises alimentaires.

3.3.4.5 DESSERTS

... Un service de fruits réussi implique d'être attentif au degré de maturité des fruits, qu'il convient de faire « mûrir » si besoin est avant le jour du service, et de préparer les fruits. À cet égard les personnes âgées ont souvent besoin d'aide pour éplucher les fruits.

... Le choix des fruits saisonniers s'impose tout particulièrement.

... Les personnes ayant une alimentation à texture modifiée doivent aussi bénéficier quotidiennement des fruits frais crus mixés, en plus des fruits cuits.

3.3.5 COMPOSITION DE LA OU DES COLLATIONS DES PERSONNES ÂGÉES EN INSTITUTION

Une collation doit être servie systématiquement l'après-midi (goûter), et comprendre une boisson au lait ou équivalent accompagnée d'un élément céréalier (biscuits ou autres, pain-beurre ou confiture). Un jus de fruits (cette dénomination implique réglementairement que le jus de fruits est pur ou, dit autrement, 100 %, par opposition à un jus à base de concentré) additionné de vitamine C (par restauration ou enrichissement), dans les conditions prévues par la réglementation, peut être servi si le déjeuner ne proposait pas de fruit.

Ainsi qu'il a été indiqué ci-dessus en 3.3.2, il convient aussi de prévoir une ou plusieurs collations supplémentaires pour les personnes âgées ayant des besoins nutritionnels accrus ou des difficultés à consommer un repas complet.

Dans le cas où l'établissement possède un Comité Liaison Alimentation Nutrition (CLAN), ou si l'établissement a formalisé un partenariat (soit une convention, soit dans le cadre d'un groupement de coopération sociale ou médico-social prévu par le décret n°2006-413 du 6 avril 2006) avec un établissement de santé doté d'un CLAN avec mise en commun des moyens, le cahier des charges de restauration doit être validé par le CLAN.

Dans le cadre des démarches continues d'amélioration de la qualité (arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue par l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales) centrées sur la personne âgée et répondant à ses attentes et besoins, des actions en matières d'alimentation doivent être menées. Ces actions doivent s'appuyer sur des enquêtes de satisfaction, des enquêtes de consommation, la prise en compte et l'analyse des plaintes, les comptes rendus de commission de menu incluant les personnes âgées et/ou la famille.

RECOMMANDATIONS DU CONSEIL NATIONAL
DE L'ALIMENTATION - CNA, AVIS N°53
15 DÉCEMBRE 2005 (extrait des pages 18 à 22)

À la lumière des constats et de l'analyse qui précèdent, le Conseil National de l'Alimentation formule les 30 recommandations suivantes :

De façon générale

...✚ **Le vieillissement n'est pas une pathologie mais il fait naître des besoins et des risques spécifiques.**

C'est pourquoi le CNA encourage les actions de prévention par l'alimentation en direction des seniors biens portants. Il approuve l'initiative de leur consacrer un guide, dans le cadre du PNNS, et propose, outre les réseaux de diffusion des guides précédents, que celui-ci soit aussi disponible dans les commerces alimentaires de proximité.

...✚ **Le CNA déplore l'apparition de représentations négatives de la vieillesse.**

Elles ne sont pas acceptables par principe mais également à cause des comportements individuels qu'une stigmatisation du vieillissement fait naître. Il préconise que la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité soit particulièrement attentive aux discriminations liées à l'âge, et, au sujet de l'alimentation, que le signalement de déficiences dues à l'âge dans les publicités ou les allégations portées directement sur les produits alimentaires soient strictement interdits. Le CNA estime qu'il est de l'intérêt général de développer une image positive du vieillissement qui permettrait notamment d'éviter le déni de vieillissement chez les jeunes seniors.

...✚ L'alimentation est un plaisir important pour les personnes âgées pour peu que les aliments soient de bonne qualité gustative, d'un goût tenant compte du passé culinaire, d'une texture adaptée, d'une présentation soignée. Le CNA considère que la préservation du plaisir alimentaire devrait constituer une préoccupation permanente de tous ceux qui sont concernés par l'alimentation des personnes âgées. Compte tenu de l'importance de l'acte alimentaire pour le maintien du lien social et de l'autonomie, le CNA encourage les familles et les établissements hébergeant des personnes âgées à faire preuve d'initiative en organisant par exemple aussi souvent que possible des repas à thème, des repas de fêtes, du dimanche, d'anniversaire, de quartier, des dégustations de produits du terroir.

Sur la prévention de la dénutrition du sujet âgé autonome

...✚ Les régimes alimentaires restrictifs peuvent avoir des conséquences néfastes sur le statut nutritionnel du sujet âgé.

Le CNA recommande de mettre en œuvre une communication médiatique de grande ampleur en direction du public et des professionnels de santé pour lutter contre les régimes restrictifs qui ne seraient pas dûment justifiés par des raisons de santé.

...✚ Le 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. Concernant le contenu de la formation, le CNA préconise que les professionnels se reportent aux éléments détaillés dans le rapport préliminaire attaché au présent avis.

...✚ Parce que la dénutrition du sujet âgé est très lourde de conséquences, aussi bien sanitaires qu'économiques ou sociales, le CNA considère que sa prévention devrait mobiliser l'ensemble des acteurs concernés. Il invite ainsi tous les personnels au contact quotidien des personnes âgées à se préoccuper de leur plaisir de manger, dans la mesure où il s'agit d'un moyen efficace pour retarder ou éviter les états de dénutrition. Dans le même esprit, le CNA considère que d'autres facteurs propices à la survenue d'un état de dénutrition devraient être plus étroitement surveillés par les professionnels de santé et les services sociaux des municipalités (état bucco-dentaire, comportements alimentaires, isolement, ressources financières...).

...✚ Le CNA considère que le dépistage de la dénutrition doit être amélioré avec la contribution des professionnels de santé dans le cadre de consultations de prévention (bilan nutritionnel annuel, suivi régulier du poids corporel et calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), de l'état d'hydratation...).

...✚ Si, comme l'indiquent les experts, les éléments nutritifs peuvent être apportés par une alimentation classique, y compris lorsqu'un processus de dénutrition vient de s'engager, le CNA estime que les compléments nutritionnels, qui favorisent le retour plus rapide à un statut nutritionnel satisfaisant, devraient être pris en charge par l'assurance maladie aux conditions définies par l'Afssaps.

...✚ Compte tenu des difficultés d'accès à la ressource alimentaire parfois rencontrées, notamment en zone rurale, le CNA recommande aux collectivités territoriales de veiller à un maillage suffisant du territoire en ce qui concerne les commerces alimentaires. Ainsi, sur le même principe que l'aide à l'installation des jeunes commerçants, des soutiens devraient être consentis aux commerces ambulants pour le maintien de tournées.

...✚ Même si les personnes âgées n'en sont pas les seules bénéficiaires, le CNA considère que les mentions d'étiquetage devraient être plus lisibles, le portionnement individuel généralisé dans toutes les gammes de produits sans augmentation du prix au litre ou au kilo, les systèmes de fermeture ou d'opercule plus faciles à manipuler. Le CNA invite par ailleurs la distribution à revoir ses seuils minimaux d'achat ouvrant droit à la livraison. Des discussions devraient être engagées avec les collectivités locales pour voir dans quelle mesure ces coûts de livraison pourraient, en tout ou partie, être pris en charge par l'aide sociale.

Sur l'alimentation à domicile de la personne âgée dépendante

...✚ Compte tenu de l'évolution de la pyramide des âges, le CNA recommande aux conseils généraux de développer l'aide à domicile et, pour améliorer sa professionnalisation, de contrôler la qualité du service rendu par les prestataires et mandataires, ainsi que dans le cadre des aides de gré à gré.

...✚ Considérant que les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent nécessiter une aide non seulement pour s'alimenter mais également pour faire les courses, confectionner le repas, ou déconditionner les produits, le CNA estime que l'évaluation du niveau de dépendance pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie devrait prendre en compte d'autres critères que la seule aptitude à s'alimenter.

...✚ Le CNA estime indispensable de mieux valoriser le métier d'auxiliaire de vie sociale et de le conforter dans le domaine de la réalisation des courses, de la préparation des repas, de la présence lors de la prise alimentaire. Il recommande l'acquisition de formations qualifiantes débouchant sur le Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale, et le développement de la formation continue.

...✚ Alors même qu'il se développe fortement, le CNA estime nécessaire de mieux encadrer le portage des repas à domicile. La prestation de service devrait être élargie et le porteur devrait, par exemple, pouvoir suivre les conditions d'utilisation et de conservation des produits, et s'assurer de la consommation de la livraison précédente. Les contrats de prestation devraient être revus en ce sens et rédigés de telle manière que la personne bénéficiaire puisse donner son accord préalable.

...✚ Le CNA estime que l'agrément des organismes de prestation à domicile devrait être subordonné à la présentation d'un plan de qualification du personnel concernant au moins 15% des effectifs chaque année et à la présence d'un référent formé en nutrition des personnes âgées, à même d'assurer un suivi diététique, de repérer précocement les signes de dénutrition, de favoriser la prise en charge des sujets dénutris.

Sur l'alimentation de la personne âgée en institution

...✚ En établissement d'hébergement de personnes âgées, le CNA recommande que le choix des menus et du mode de préparation des repas, qu'il s'agisse de la liaison « froide », de la liaison « chaude » ou de la préparation sur place, retienne le goût, la variété et le plaisir alimentaire comme critères prioritaires, sans négliger le respect de la sécurité sanitaire.

...✚ Que la restauration en institution soit en gestion directe ou concédée à un prestataire extérieur, le CNA estime indispensable qu'un cahier des charges aussi précis et complet que possible soit établi et qu'une personne soit désignée pour vérifier son respect. Concernant son contenu, le CNA préconise que les professionnels se reportent aux éléments détaillés dans le rapport préliminaire attaché au présent avis.

...✚ Le CNA recommande que chaque établissement d'hébergement de personnes âgées s'attache les services d'un(e) diététicien(ne) formé(e) à la nutrition des personnes âgées pendant une demi-journée au moins par semaine et que cette disposition soit financée non sur le budget hébergement mais sur le budget soin.

...✚ Compte tenu de la place importante du plaisir alimentaire dans la prévention des risques de dénutrition du sujet âgé, le CNA estime qu'en institution, le budget consacré à l'achat de denrées alimentaires ne devrait pas être inférieur à 3,5 euros/résident / jour (aux prix de 2005).

...✚ Au cours des dernières années, le prix des repas payé par chaque résident a nettement augmenté. Des solutions doivent être rapidement trouvées pour que les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes restent accessibles au plus grand nombre. L'une d'elle, encouragée par le CNA, pourrait consister à ce que l'amortissement des investissements immobiliers puisse se faire sur une durée plus longue.

...✚ S'agissant du temps consacré aux repas, il devrait être suffisant pour permettre aux personnes mangeant lentement de pouvoir se nourrir convenablement. Le CNA recommande qu'il soit au moins égal à 30 minutes au petit déjeuner, à une heure au déjeuner et à 45 minutes au dîner. En outre, un goûter devrait être systématiquement proposé et les établissements devraient permettre la prise de collations nocturnes.

... Le CNA recommande que les conventions tripartites (conseil général, DDASS, établissement) intègrent systématiquement un plan de dépistage de la dénutrition dont l'exécution serait placée sous la responsabilité du médecin coordonnateur. A minima, ce plan devrait inclure le suivi régulier de la courbe de poids, ce qui suppose qu'un matériel de pesée adéquat soit disponible dans tous les établissements.

... Le CNA considère qu'il faut remédier à certains problèmes de compétence en partie liés à des mouvements rapides de personnels dans les établissements d'hébergement de personnes âgées ou à l'hôpital. Il suggère qu'une politique ambitieuse de formation soit lancée conduisant à ce que 20% au moins du personnel des EHPAD et des services gériatrie des hôpitaux reçoive chaque année une formation sur l'alimentation et les risques nutritionnels du sujet âgé.

... Le CNA alerte les autorités compétentes au sujet du ratio moyen personnel/résident au sein des EHPAD qui est en France très inférieur à celui observé dans la plupart des États membres de l'Union Européenne. À dire d'experts, un ratio moyen de 0,8 agent (tous personnels confondus) par résident devrait constituer l'objectif à atteindre pour que les recommandations du présent avis relatives à l'alimentation des personnes âgées en institution puissent être effectives.

... En ce qui concerne l'alimentation à l'hôpital, le CNA considère qu'un menu spécifique pour les personnes âgées basé sur les Apports Nutritionnels Conseillés (ANC) devrait être systématiquement proposé.

... Le retour au domicile des personnes âgées après un temps d'hospitalisation nécessite un temps d'adaptation, notamment qu'elles puissent convenablement s'alimenter. Le CNA estime que ce retour devrait être accompagné par l'attribution d'une aide transitoire.

Sur le développement des connaissances

... Le CNA considère que la recherche clinique et fondamentale dans le domaine de la nutrition de la personne âgée devrait être davantage encouragée. Les études demeurent lacunaires en ce qui concernent les besoins nutritionnels des personnes âgées de plus de 80 ans, fragiles ou en perte d'autonomie. Le développement des connaissances permettrait d'ajuster les ANC, et par conséquent la composition des repas servis.

... Les enquêtes sur les conditions de vie matérielle et l'alimentation des personnes âgées ne sont pas suffisantes pour disposer d'une information précise sur les effectifs et la répartition géographique des personnes âgées isolées. Pour améliorer cette situation, le CNA recommande de croiser les fichiers départementaux des bénéficiaires de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) et les registres communaux.

... Le CNA préconise la réalisation d'un inventaire géographique du sous-équipement commercial pour qu'il soit ensuite possible de prendre en considération les difficultés structurelles d'accès à la ressource alimentaire.

... Le CNA suggère que les informations tirées d'une mise en œuvre des recommandations 27, 28 et 29 soient mises en ligne sur le site Internet du ministère en charge des personnes âgées. En outre, devraient également y figurer les différentes structures d'aide aux personnes âgées pour contribuer à ce qu'elles soient plus facilement repérables par les bénéficiaires potentiels. Enfin, le CNA recommande qu'un ensemble d'actions d'informations ciblées soient entreprises en direction des personnes âgées, de leur entourage et des professionnels.

POUR TOUS LES PATIENTS

L'évaluation de l'état nutritionnel des patients et l'apport de solutions adaptées est à mettre en place de façon systématique lors de leur arrivée dans les établissements. Les populations à risque doivent également faire l'objet de réévaluation périodiques, quotidiennes, hebdomadaires).

De la même façon, l'analyse de l'apport nutritionnel des mixés peut conduire un établissement à revoir sa politique de grammage. Cela a notamment été le cas de l'Hôpital Local G. Buisson de Mortain où Madame Céline Levillain, responsable cuisine, a mené une étude pour proposer une évolution des mixés de l'établissement.

Partant du constat qu'en moyenne, on considère que les besoins en protéines d'une personne âgée sont de 1 g / kg / jour, il est conseillé de prendre environ 150 g de viande, poisson ou œuf, qui apportent 27 à 30 g de protéines, pour couvrir une partie de ces besoins. L'autre partie des besoins sera couvert par les produits laitiers.

L'analyse de l'apport des mixés de l'Hôpital de Mortain a montré que les personnes prenant du mixé, avaient un apport en viande, donc en protéines de 20,8 g par jour, ce qui est insuffisant.

| | quantité | protéine | lipide | glucide |
|------------------------------|----------|----------|--------|---------|
| mixé du midi viande mixée | 80g | 14,4 | 8 | |
| purée de pommes de terre | 100g | 2 | 2 | 14 |
| total du midi | 180g | 16,4 | 10 | 14 |

| | | | | |
|------------------------------|------|------|-------|------|
| mixé du soir fond de veau | 24g | 2,4 | 3,36 | 12 |
| purée de légumes | 100g | 2 | 2 | 8,6 |
| total du soir | 124g | 4,4 | 5,36 | 20,6 |
| total sur une journée | | 20,8 | 15,36 | 34,6 |

En revanche, si le soir, ils avaient environ 70 g de viande mixée en plus des 80 g de viande le midi, leur apport serait couvert et il y aurait moins de risque de dénutrition. Les grammages ont donc été revus.

| | quantité | protéine | lipide | glucide |
|------------------------------|----------|----------|--------|---------|
| mixé du midi viande mixée | 80g | 14,4 | 8 | |
| purée de pommes de terre | 100g | 2 | 2 | 14 |
| total du midi | 180g | 16,4 | 10 | 14 |

| | | | | |
|---|------|------|------|------|
| mixé du soir viande mixée de chez <i>Repas Santé</i> | 70g | 11,2 | 4,9 | 2,1 |
| purée de légumes | 100g | 2 | 2 | 8,6 |
| total du soir | 170g | 13,2 | 6,9 | 10,7 |
| total sur une journée | | 29,6 | 16,9 | 24,7 |

MAÎTRISER L'ÉVOLUTION DES COÛTS

La mise en place de textures modifiées dans les établissements peut représenter une variation de coûts significative en fonction des solutions mises en œuvre : production en interne ou achat de produits issus de l'industrie agroalimentaire.

Dans ce cadre, une étude de l'UDIHR a conduit à définir des critères qui orientent la décision de fabrication en interne ou d'externalisation des textures modifiées.

Cette étude conduite par Didier Girard, ingénieur du service restauration du Centre Hospitalier du Mans, visait à comparer les mixés présentés en assiette à usage unique, soit issus de productions sur site, soit issus d'achats agroalimentaires. L'objectif était d'apporter aux patients, dans la prestation des menus, un choix de plats mixés avec :

- ...✂ diversité des plats (28 repas/14 jours)
- ...✂ texture adaptée
- ...✂ bon apport nutritionnel
- ...✂ goût / saveur / aspect
- ...✂ grammage précis
- ...✂ maîtrise de la sécurité alimentaire (plats cuisinés qui s'adressent à une population fragilisée).

ANALYSE DU PROCESS ACTUEL PRODUCTION DES MIXÉS SUR SITE (VERSION 1) Nombre de jours de DLC validés (+ 2 jours)

- ...✂ Nombre de fiches recettes salées et sans sel
- ...✂ Grammages (rations)
- ...✂ Critères d'achat des matières premières dans les appels d'offres : muscles viandes, variété des filets poissons, légumes surgelés... (niveau de qualité et traçabilité)
- ...✂ Apports nutritionnels conformes sur les fiches techniques mais des écarts sont constatés à la production en cuisine centrale (validation Service Diététique)
- ...✂ Coûts des recettes (fiches techniques)
- ...✂ État des équipements de production (cuisson : fours, marmites, sauteuses, cellules de refroidissement, thermofilmuse avec système d'étiquetage...)
- ...✂ Planning de production (cuisson, refroidissement, thermofilmage, étiquetage...), avec suivi fiches de vie (sécurité alimentaire)
- ...✂ Consommables (assiettes, films...)
- ...✂ Maintenance
- ...✂ Fluides
- ...✂ Analyses microbiologiques

Évaluation :

- ...✂ Nombre d'agents
- ...✂ Nombre d'heures de production

ANALYSE DU PROCESS - PRODUCTION DES MIXÉS SUR SITE (VERSION 2)

Nombre de jours de DLC validés (+ 21 jours)

- ...✂ Nombre de fiches recettes salées et sans sel
- ...✂ Grammages (rations)
- ...✂ Critères d'achat des matières premières dans les appels d'offres : muscles viandes, variété des filets poissons, légumes surgelés... (niveau de qualité et traçabilité)
- ...✂ Apports nutritionnels conformes sur les fiches techniques mais des écarts sont constatés à la production en cuisine centrale (validation Service Diététique)
- ...✂ Coûts des recettes (fiches techniques)
- ...✂ État des équipements de production (cuisson : fours, marmites, sauteuses, cellules de refroidissement, thermofilmuse avec système d'étiquetage...)
- ...✂ Planning de production (cuisson, refroidissement, thermofilmage, étiquetage...) avec suivi fiches de vie (sécurité alimentaire)
- ...✂ Consommables (assiettes, films...)
- ...✂ Maintenance
- ...✂ Fluides
- ...✂ Analyses microbiologiques

+ en complément :

- ...✂ État des équipements de production (fours pour la pasteurisation...)
- ...✂ Planning de production (pasteurisation...) avec suivi fiches de vie (sécurité alimentaire)
- ...✂ Investissement de la machine de dépose des valves
- ...✂ Consommables (valves...)

Évaluation :

- ...✂ Nombre d'agents
- ...✂ Nombre d'heures de production

Comparatif des avantages

| Production des mixés sur site version 1 DLC + 2 jours | Production des mixés sur site version 2 DLC + 21 jours | Achats agroalimentaires des mixés prêts à l'emploi DLC + 21 jours |
|---|--|--|
| <p>Avantages</p> <ul style="list-style-type: none"> ... Valorisation du cuisinier ... Traçabilité des matières premières ... Innovations : créativité du cuisinier nouvelles recettes (28 recettes existantes réparties sur deux semaines de menus) ... Satisfaction des consommateurs (enquête patients 2003, 2004, 2005) | <p>Avantages</p> <ul style="list-style-type: none"> ... Idem version 1 ... Facilité de gestion du planning de fabrication (par grande série) : bonne productivité des cuisiniers, meilleure maîtrise de l'hygiène et optimisation des matériels et des locaux ... Sécurité alimentaire efficace puisque pasteurisation ... DLC longue durée de 21 jours puisque production sur site ... Possibilité de faire des recettes régionales ... Gestion des stocks (rotation, statistiques de consommation) ... Pertes à DLC d'environ 5% | <p>Avantages</p> <ul style="list-style-type: none"> ... Achats simplifiés (marché public : appel d'offres) ... Suppression des heures de production des cuisiniers, des temps de refroidissement et du suivi de la traçabilité en production sur site ... DLC longue durée de 21 jours ... Gestion des stocks (rotation, statistiques de consommation) ... Baisse d'activité du samedi ... Grammages et apports nutritionnels maîtrisés (société agroalimentaire qui maîtrise un seul process) ... Pertes à DLC d'environ 2% |
| <ul style="list-style-type: none"> ... Pouvoir respecter au maximum la déclinaison avec le menu du jour : le menu du jour est proposé aux patients soit en salle à manger soit dans leurs chambres avec un menu identique (avantage important) | | |

Comparatif des inconvénients

| Production des mixés sur site version 1 DLC + 2 jours | Production des mixés sur site version 2 DLC + 21 jours | Achats agroalimentaires des mixés prêts à l'emploi DLC + 21 jours |
|---|---|--|
| <p>Inconvénients</p> <ul style="list-style-type: none"> ... Planning de production plus difficile à gérer ... Pertes de 24% en fonction des commandes des unités de soins qui arrivent à J-1 ou jour J pour une production prévisionnelle de J-2 ... Les matières premières sont sorties du magasin à l'unité de conditionnement, donc quelques écarts entre la fiche technique et les sorties du magasin | <p>Inconvénients</p> <ul style="list-style-type: none"> ... Investissement en matériel pour la dépose de la valve sur le film (achat de valves) ... Vigilance accrue des magasiniers pour le contrôle des DLC dans les chambres froides et la rotation des stocks ... Analyses microbiologiques complémentaires à mettre en place (pasteurisation) ... Respect impératif des fiches techniques (barèmes de pasteurisation différents selon les grammages et consistance) | <p>Inconvénients</p> <ul style="list-style-type: none"> ... Nombre plus restreint de recettes (20 recettes + festifs) sur un cycle de 28 repas = 14 jours ... Durée de vie résiduelle des produits après réception sur site de 14 jours seulement ... Peu de concurrence sur le marché |
| <ul style="list-style-type: none"> ... Investissement pour le thermofilmage et l'étiquetage des assiettes à usage unique ... Maîtrise irrégulière des grammages (200 ou 300 gr) et des apports nutritionnels | | |

Comparatif des coûts version 1 et version 2

| Production des mixés sur site version 1 DLC + 2 jours | |
|--|---------|
| Coût d'achat des matières premières fiche technique (prix moyen pondéré) | 0,680 € |
| Coût de fonctionnement (charges) | |
| Amortissement des matériels (fours, cellules, thermofilmeuse) | 0,062 € |
| Fluides | 0,087 € |
| Maintenance | 0,023 € |
| Consommables (assiettes jetables, film ordinaire...) | 0,075 € |
| Analyses microbiologiques | 0,121 € |
| Coût agent | 0,121 € |
| Coût total | 1,050 € |

| Production des mixés sur site version 2 DLC + 2 jours | |
|--|---------|
| Coût d'achat des matières premières fiche technique (prix moyen pondéré) | 0,680 € |
| Coût de fonctionnement (charges) | |
| Amortissement des matériels (fours, cellules, thermofilmeuse) | 0,062 € |
| Fluides | 0,087 € |
| Maintenance matériel (valve) | 0,023 € |
| Consommable assiettes jetables | 0,064 € |
| Consommable film pasteurisable | |
| Analyses microbiologiques (ce coût sera augmenté en début de mise en place et pour l'élaboration d'un planning annuel) | 0,003 € |
| Amortissement de la machine semi-automatique de dépose des valves | 0,03 € |
| Consommables (valves) | 0,09 € |
| Coût agent | 0,121 € |
| Coût total | 1,180 € |

Comparatif des coûts unitaires version 1, version 2 et achats agroalimentaires

| | |
|---|---------|
| Coût unitaire production des mixés sur site version 1 (DLC + 2 jours) | 1,050 € |
| Coût unitaire production des mixés sur site version 2 (DLC + 21 jours) | 1,180 € |
| Coût unitaire achats agroalimentaires des mixés prêts à l'emploi (DLC + 21 jours) | 1,350 € |

Écarts sur une estimation prévisionnelle annuelle sur les versions

Relevé des commandes réelles des différentes unités de soins de l'établissement : **44 248 unités**

| | | |
|---|--|------------|
| Achats agroalimentaires des mixés prêts à l'emploi (DLC + 21 jours) | 1,350 € X (44 248 + 2% de pertes) soit 45 133 unités | = 60 929 € |
| Production des mixés sur site version 1 (DLC + 2 jours) | 1,050 € X (44 248 + 24% de pertes) soit 54 867 unités | = 57 610 € |
| Production des mixés sur site version 2 (DLC + 21 jours) | 1,180 € X (44 248 + 5% de pertes) soit 46 460 unités | = 54 823 € |

ANALYSE**ACHATS AGROALIMENTAIRES DES MIXÉS PRÊTS À L'EMPLOI****Nombre de jours de DLC validés (+ 21 jours)**

- ... Analyse des fournisseurs présents sur le marché
- ... Nombre de recettes proposées
- ... Apports nutritionnels conformes (validés)
- ... Grammage proposé
- ... Analyses microbiologiques (validées)

+ en complément sur site :

- ... Commandes (appels d'offres)
- ... Réception / Contrôles (sécurité alimentaire)
- ... Stockage en chambre froide (rotation des stocks, vigilance des DLC)
- ... Prétraitement avec fiches de vie (sécurité alimentaire)
- ... Distribution (directement sur plateau)
- ... Nombre d'agents
- ... Nombre d'heures travaillées

Dans le même cadre, la diététicienne, Marie-Laure Garnier, Madame Céline Levillain, responsable restauration et les équipes de l'Hôpital Local G. Buisson de Mortain ont conduit une étude comparative auprès de quatre fournisseurs (A, B, C, D) pour diverses préparations culinaires (porc haché, veau haché...). Les différentes étapes de cette étude, menée en 2008, sont données ci-dessous.

Une première phase a permis d'analyser la facilité d'utilisation des préparations culinaires, le taux de satisfaction de la clientèle et les données économiques.

**Test sur des préparations culinaires mixées –
Analyse des données par produit**

| Dénomination du produit | | Oeuf/ purée | Fromage / purée | Jus de veau / purée | Jus de poulet/ Purée |
|---|-----------------------------------|-------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| Indications financières | | | | | |
| | Prix au kilo en €HT | | | | |
| | Prix à la portion en €HT | 0,33 | 0,46 | 0,34 | 0,55 |
| Degré de satisfaction de de 1 à 4 | | | | | |
| | | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Facilité de mise en œuvre en cuisine (*) | | | | | |
| | Matériel de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | Main d'oeuvre de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | Produit de 1 à 4 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| | Durée de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | Hygiène et sécurité de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Facilité de dressage en unités de vie (**) | | | | | |
| | Matériel de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | Main d'oeuvre de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | Produit de 1 à 4 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | Durée de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | degré de satisfaction nu de 1 à 4 | 3 | 3 | 1 | 1 |

* par rapport à un repas mixé en traditionnel

** au niveau de l'assiette

Test sur des préparations culinaires mixées –
Analyse des données par fournisseurs et produit

| Fournisseurs | | A | A | B | C | C | C | C | D | D | D | D |
|---|----------|----------------|------------|-----------------|----------------|--------|--------|------|----------------|-----------------|-------|------|
| Echantillons n° | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| dénomination du produit | | porc Haché fin | veau Haché | dinde Haché Fin | dinde Moulinée | jambon | saumon | bœuf | bœuf Haché Fin | bœuf Haché Gros | dinde | porc |
| Indications financières | | | | | | | | | | | | |
| Prix au kilo | en €HT | 6,68 | 7,62 | | 5,15 | 4,8 | 5,6 | 5,4 | 7,85 | 7,85 | 6,9 | 6,7 |
| Prix à la portion | en €HT | 0,47 | 0,54 | | 0,32 | 0,26 | 0,32 | 0,31 | 0,56 | 0,56 | 0,49 | 0,47 |
| Degré de satisfaction de la clientèle | de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | | 4 | | | 3 | | | | | | | |
| Facilité de mise en œuvre en cuisine (*) | | | | | | | | | | | | |
| Matériel | de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Main d'oeuvre | de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Produit | de 1 à 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 |
| Durée | de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Remise en température | de 1 à 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Hygiène et sécurité alimentaire | de 1 à 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Facilité de dressage en unités de vie (**) | | | | | | | | | | | | |
| Matériel | de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Main d'oeuvre | de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Produit | de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Durée | de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| degré de satisfaction nutritionnel | de 1 à 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | pas l'info | 2 | 2 |

* par rapport à un repas mixé en traditionnel ** au niveau de l'assiette

| Dénomination | | Oeuf/Purée | Fromage/purée | Porc/Purée | Porc /purée | Boeuf/purée | Boeuf/purée | Dinde/Purée | Dinde/purée | Saumon/purée |
|--|----------|------------|---------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Fournisseur | | Maison | Maison | D | A | C | D | C | D | C |
| Indications financières | | | | | | | | | | |
| Prix à la portion | en €HT | 0,33 | 0,46 | 0,59 | 0,59 | 0,43 | 0,68 | 0,44 | 0,61 | 0,44 |
| Prix à la portion avec sauce | | | | 0,67 | 0,67 | 0,52 | 0,51 | 0,52 | 0,69 | 0,57 |
| Degré de satisfaction de la clientèle | de 1 à 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3,2 |
| Facilité de mise en œuvre en cuisine (*) | | 3 | 3 | 3,2 | 3,2 | 3 | 3,2 | 3 | 2,8 | 3,2 |
| Hygiène et sécurité alimentaire | de 1 à 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Facilité de dressage en unités de vie (**) | | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| degré de satisfaction nutritionnel | de 1 à 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 |

* par rapport à un repas mixé en traditionnel ** au niveau de l'assiette

Les mixés mentionnés ci-dessus sont proposés avec une purée de pommes de terre.

Une sauce beryc accompagne les mixés de bœuf et de porc.

Une sauce oselle accompagne les mixés de saumon

Une sauce curry accompagne les mixés de dinde.

Ces éléments ont été affinés en analysant la composition des produits et l'évaluation gustative. Pour se faire, les grilles suivantes ont été utilisées.

Critère de sélection des produits

| N° | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------|---|---|---|---|---|
| Nom du produit | | | | | |
| Nom du fournisseur | | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Conditionnement primaire : | | | | | |
| Nature du conditionnement | | | | | |
| Contenance du conditionnement | | | | | |
| Poids net utilisable | | | | | |
| Nombre de parts par conditionnement | | | | | |
| Contenance unitaire : | | | | | |
| Mode de conservation | | | | | |
| Température de conservation | | | | | |
| DLC | | | | | |

| | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|
| Composition : | | | | | |
| partie principale | | | | | |
| ingrédient 1 | | | | | |
| ingrédient 2 | | | | | |
| ingrédient 3 | | | | | |
| ingrédient 4 | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|
| Dégustation : | | | | | |
| présentation | | | | | |
| Quantité | | | | | |
| couleur | | | | | |
| texture , consistance | | | | | |
| Odeur | | | | | |
| goût | | | | | |
| Assaisonnement | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|--|
| Prix | | | | | |
| Cout HT au kg | | | | | |
| dont (%) TVA | | | | | |
| Cout TTC au kg | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|
| Facilité de mise en œuvre | | | | | |
| Durée de la pratique | | | | | |
| Matériels nécessaires | | | | | |

| | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|
| Avantages | | | | | |
| Inconvénients | | | | | |

Fiche d'identification des mixés actuels

| N° | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------|--------------------------------------|---|---|---|
| Nom du produit | mixé œuf purée de pommes de terre | mixé fromage et purée de pommes de terre | mixé jus de veau et purée de p. de terre | mixé jus de poulet et purée de p. de terre |
| Composition : | | | | |
| partie principale | | | | |
| ingrédient 1 | 150 g purée | 150 g purée | 150 g purée | 150 g purée |
| ingrédient 2 | 75 g mixé œuf | 33 g vache qui rit | 15 g | 15 g |
| ingrédient 3 | beurre | beurre | | |

| | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| Dégustation : | | | | |
| présentation | œuf est mélangé à la purée | le fromage est mélangé à la purée | le jus de veau est mélangé à la purée | le jus de poulet est mélangé à la purée |
| Quantité | 225 g la portion | 185 g | 165 g | 165 g |
| couleur | jaune* | blanche | brune | brune |
| texture , consistance | lisse | lisse | lisse | lisse |
| Odeur | œuf | fromage | jus de veau | volaille |
| goût | œuf | fromage | veau gras | volaille gras |
| Assaisonnement | neutre 3 | salé | salé | salé |

| | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Prix | | | | |
| Cout HT de la portion | 0,3345 | 0,46 | 0,34 | 0,55 |
| dont (%) TVA | | | | |
| Cout TTC au kg | | | | |
| Facilité de mise en œuvre | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Durée de la pratique | 30min | 30min | 30 min | 30 min |
| Matériels nécessaires | feux vifs petit matériel | feux vifs petit matériel | feux vifs petit matériel | feux vifs petit matériel |

| | | | | |
|---------------|---|---|--|--|
| Avantages | économique | économique | | |
| Inconvénients | Si purée de carotte ou lég vert la couleur et le gout domine. | Si purée de carotte ou lég vert la couleur et le gout domine non adapté pour les régimes s/sel, hypo... | non adapté pour les régimes, mixé gras. | non adapté pour les régimes, mixé gras. |

Fiche d'identification des produits

| N° | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------------|----------------|----------------|-------------------|-------------------|
| Nom du produit | Haché de porc | Haché de veau | dinde s/sel h fin | dinde s/sel moulu |
| Nom du fournisseur | A | A | B | C |
| Conditionnement primaire : | | | | |
| Nature du conditionnement | Frais S/ vide | Frais S/ vide | Frais S/ vide | Frais S/ vide |
| Contenance du conditionnement | 1 Kg | 1 Kg | 1Kg | 1,298 |
| Poids net utilisable | 1 Kg | 1 Kg | 1 Kg | 1,2 |
| Nbre de parts par conditionnement | 14 | 14 | 14 | 16 |
| Contenance unitaire : | 70 g | 70 g | 70 g | 70 g |
| Mode de conservation | Frais | Frais | Frais | Frais |
| Température de conservation | de +0°C à +3°C | de +0°C à +3°C | de +0°C à +3°C | de +0°C à +3°C |
| DLC | 42 Jrs | 42 Jrs | 42 Jrs | 42 Jrs |

| Composition : | | | | |
|-----------------------|-------------------|-------------------|---------------|-----------------|
| partie principale | 97%V porc hac | 97%V veau hac | V. Dinde 98% | V Dinde 97 % |
| ingrédient 1 | Gélatine bovine | Gélatine bovine | Fibres citron | Gélatine bovine |
| ingrédient 2 | Epices | Epices | | Epices |
| ingrédient 3 | Extrait de levure | Extrait de levure | | |
| Dégustation : | | | | |
| présentation | Adaptable | Adaptable | Adaptable | Adaptable |
| Quantité | Ajustable | Ajustable | Modulable | Modulable |
| couleur | Blanc rosé | Brune | Rosé | Brune |
| texture , consistance | Granuleux | Grain, fondant | Grain | Pateux, fibreux |
| Odeur | Porc | Veau | Volaille | Dinde |
| goût | Porc | Veau, gras | Dinde | Dinde/ veau |
| Assaisonnement | S/sel 4 | S/sel 4 | S/sel 4 | S/sel 4 |

| | | | | |
|---------------------------|---|---------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Prix | | | | |
| Cout HT au kg | 6,68 | 7,624 | | 5,15 |
| dont (%) TVA | | | | |
| Cout TTC au kg | | | | |
| Facilité de mise en œuvre | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Durée de la pratique | 30 min | 30 min | 30 min | 30 min |
| Matériels nécessaires | Couteau, four mixte | Couteau, four mixte | Couteau, four mixte | Couteau, four mixte |
| Avantages | Facilité de mise en œuvre, manipulation adaptable au haché e mixé | | | |
| Inconvénients | Granuleux sans sauce | | Grain adapté haché | Malgré la sauce cela reste pateux |

ADAPTER LES PROCESS DE FABRICATION

La mise en place de textures modifiées entraîne des évolutions des process de fabrication.

Par ailleurs, ces produits présentent le double inconvénient d'être, d'une part facilement contaminables (du fait des manipulations et opérations liées au hachage) et altérables (puisque humides et très fractionnés) et d'autre part destinés à des consommateurs fragilisés constituant une population à risque au regard des toxi-infections alimentaires. Les processus de fabrication doivent donc intégrer une gestion des risques et l'observation de certaines règles afin de garantir la qualité des produits et une consommation sûre.

Les principales évolutions sont décrites par natures de liaisons dans les exemples suivants.

LES RISQUES MICROBIOLOGIQUES LIÉS À LA RÉALISATION DE TEXTURES MODIFIÉES

... Le « **mixé cuisiné** » : les opérations de hachage et de mélange des composants, éventuellement précuits, sont réalisés avant la cuisson proprement dite comme pour un « plat cuisiné ». La cuisson est suivie d'un refroidissement rapide. La durée de vie du produit est fonction du traitement thermique appliqué. Lorsque cette durée de vie est supérieure à J+3, une validation par une étude de vieillissement doit être réalisée.

... Le « **mixé à chaud** » : cette méthode est utilisée notamment en liaison chaude. Le plat est mixé après cuisson. Chaud (température > 63°C), il est servi sans délai en liaison chaude aux consommateurs. Dans ce cas, il existe peu de risques sous réserve du respect des règles d'hygiène de base.

... Le « **mixé à froid** » : cette méthode est utilisée notamment en liaison froide. Le plat refroidi est haché à froid. Le hachage doit être effectué le plus près possible de la consommation avec des précautions d'hygiène très strictes, car les risques de contamination et de développement microbien, lié notamment à l'élévation de température, sont importants. Une validation par des

contrôles microbiologiques est souhaitable et indispensable si la consommation est différée par rapport au hachage.

... Le « **mixé sur place** » : le plat est mixé à chaud en office avec des précautions d'hygiène très strictes. La distribution doit suivre le hachage. Une validation par des contrôles microbiologiques est souhaitable.

... Les **préparations froides mixées** : le plat ne subit pas de cuisson. Il est haché après sa préparation. La contamination du produit lors du hachage ou du conditionnement doit être évitée. Le travail depuis le hachage jusqu'au stockage en salle de préparation froide, à une température de 12°C maximum, permet de limiter le développement microbien.

La contamination des produits doit être évitée en respectant des règles strictes d'hygiène du personnel et en utilisant des contenants propres.

La reprise du développement microbien est limitée en maîtrisant le délai entre les étapes où la température du produit traverse des plages « tièdes ».

Dans une cuisine centrale, il convient de privilégier le mixage à froid avec une remise en température au moment de la consommation. Dans un office d'unité, il vaut mieux mixer à chaud juste avant la consommation.

LA LIAISON CHAUDE

La liaison chaude est la production traditionnelle de la restauration : on fabrique pour chaque repas au plus près de la consommation. La durée de vie du produit ne peut excéder le jour de fabrication (maintien de la production à la consommation à plus de 63°C pour les composantes chaudes). Les restes (tout ou partie des repas non consommés après le service) doivent être détruits après le service.

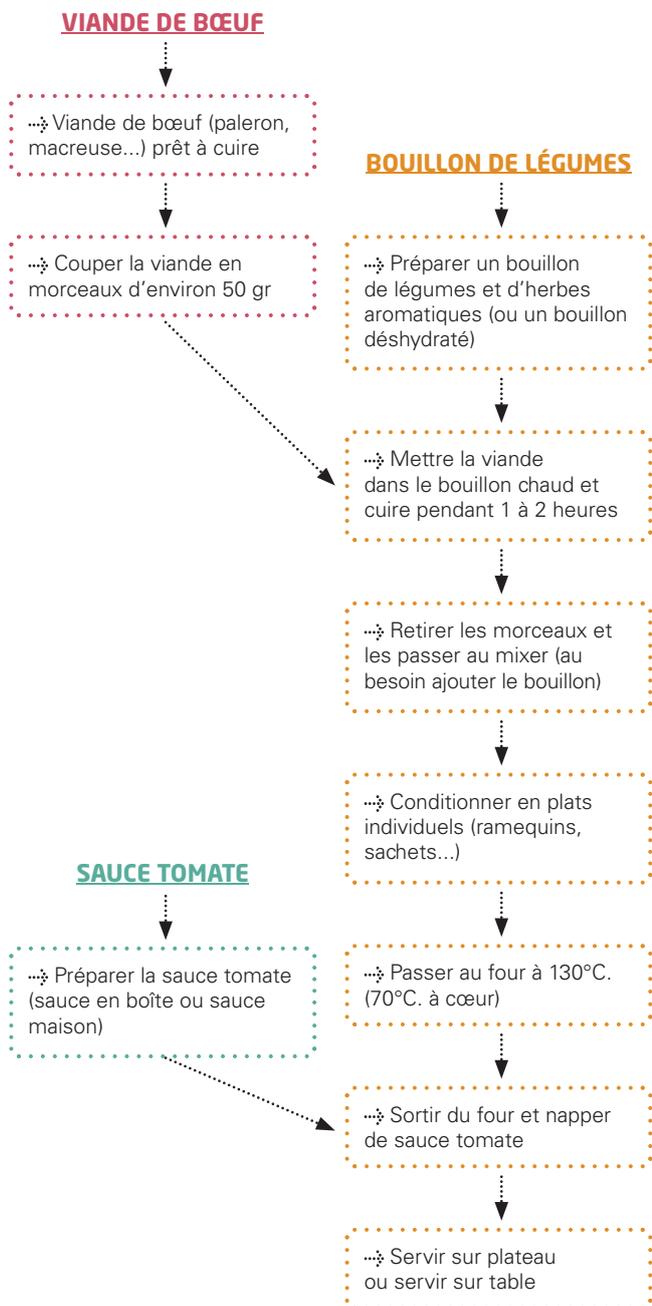
La cuisine produit les repas 7 jours sur 7, avec deux préparations par jour, tous les jours de la semaine.

On peut schématiser le fonctionnement de la production ainsi :

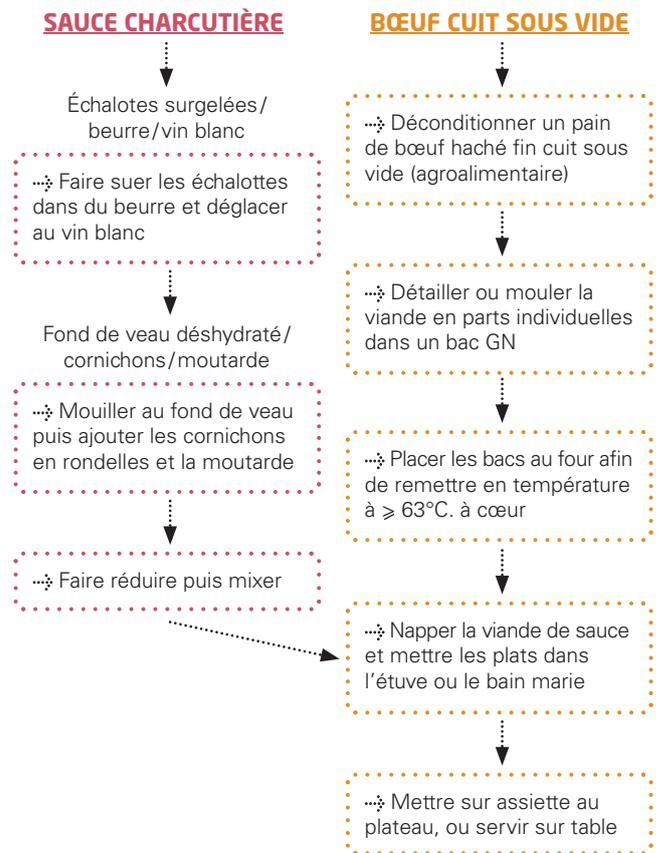
| Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
|------------|------------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
| Lundi midi | mardi midi | mercredi midi | jeudi midi | vendredi midi | samedi midi | dimanche midi |
| lundi soir | mardi soir | mercredi soir | jeudi soir | vendredi soir | samedi soir | dimanche soir |

Des exemples de diagrammes de fabrication pour plusieurs plats sont donnés ci-dessous.

**DIAGRAMME
BŒUF À LA SAUCE TOMATE : liaison chaude**



**DIAGRAMME : BŒUF SAUCE CHARCUTIÈRE
liaison chaude - bœuf cuit en agroalimentaire**



**GNOCCHI AU JAMBON
liaison chaude**

SEMIOULE

Lait

...⇨ Porter le lait à ébullition

semoule

...⇨ Verser la semoule en pluie

œufs/fromage râpé

...⇨ Ajouter les œufs et le fromage râpé

JAMBON

...⇨ Hacher le jambon

...⇨ Porter de nouveau à ébullition, assaisonner

muscade

...⇨ Hors du feu ajouter la muscade, le jambon haché

...⇨ Plaquer en plat sabot

...⇨ Enfourner 15min à 160°C. pour colorer

...⇨ Mettre sur un plateau ou servir sur table

Liaison chaude - viande de dinde cuite en agroalimentaire

SAUCE AU CURRY

Roux blanc/bouillon de volaille

...⇨ Faire un velouté à base de roux et de bouillon de volaille

Crème fraîche/curry en poudre

...⇨ Ajouter la crème puis la poudre de curry

...⇨ Faire un peu réduire

DINDE CUITE SOUS VIDE

...⇨ Déconditionner un pain de dinde cuite sous vide (agroalimentaire)

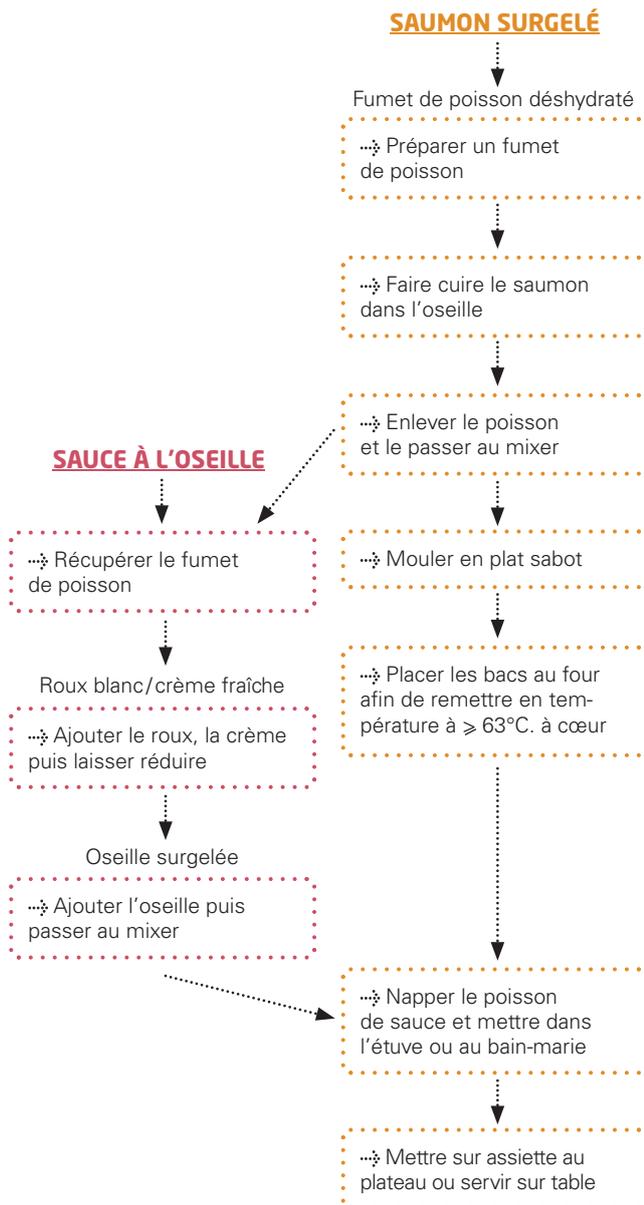
...⇨ Détailler ou mouler la viande en parts individuelles dans un bac GN

...⇨ Placer les bacs au four afin de remettre en température à $\geq 63^{\circ}\text{C}$. à cœur

...⇨ Napper la viande de sauce et mettre les plats dans l'étuve ou au bain-marie

...⇨ Mettre sur assiette au plateau, ou servir sur table

**DIAGRAMME : SAUMON À L'OSEILLE
liaison chaude**



Un autre exemple de préparation de plat à texture modifié est donné par la Clinique Saint François de Nice.

| | | |
|---|---|----------------------------|
| PROC/PROT REST N°03 | CLINIQUE SAINT FRANCOIS (NICE 06) | PAGE : 1/2 |
| Version n°1 | PREPARATION D'UN MENU HACHE OU MIXE LISSE | Date : 02/11/09 |
| Contenu du document | Principes et étapes de la préparation d'un mixé et d'un haché | |
| Structures concernées | Cuisine | |
| Supports matériels utilisés | Un mixeur ou un hachoir | |
| Documentation associée | | |
| Fonctions concernées | Responsable restauration – Second de cuisine – Employé de cuisine | |
| Dispositions à suivre | <p>PRINCIPES GENERAUX :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Port de la charlotte, port d'un masque (non humide). • Port de gants propres et en bon état. <p>OBJECTIF :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendre le repas accessible aux patients ayant des difficultés à mastiquer ou à déglutir. <p>MATERIEL – PRODUITS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un mixeur ou un hachoir. • Des bols pour le mixé. • Des assiettes pour le haché. • Un couvercle et des étiquettes. <p>TECHNIQUE : Préparation d'un mixé lisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre les denrées dans le bol (qui doit être propre). • Mixer le contenu avec le mixeur jusqu'à l'obtention d'une texture type soupe (on doit pouvoir le boire avec une paille). • Recouvrir d'un couvercle et étiqueter avec la date et le contenant. • Mettre le bol au four avant de le disposer sur le plateau. | |
| |  | |
| | <p>Préparation d'un haché :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre les denrées dans le récipient du hachoir (qui doit être propre). • Hacher le contenu jusqu'à l'obtention de « miettes ». • Les disposer une fois hachées dans une assiette. | |
| |  | |
| | <p>RECOMMANDATIONS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les parties recevant les denrées doivent être stockées propres au réfrigérateur de la zone de préparation froide. • Le bol de mixé ou l'assiette de haché doit contenir au moins 150 à 200 gr de viande et / ou 300 à 350 gr de légumes et féculent. <p>Respecter minutieusement les règles d'hygiène car cette étape est à risque.</p> | |
| Rédaction | Vérification | Approbation |
| Nom : ARFUSO Sandrine | Nom : GUERIN Valentine | Nom : PANZANI-ORTH M-F |
| Visa | Visa | Visa |
| Date : | Date : | Date : |
| VALIDE PAR LE C.L.A.N. LE : 08/12/2009 | | |

LA LIAISON FROIDE

Les nouvelles technologies et la centralisation de la production des repas ont induit la séparation du lieu de production du lieu et du délai de consommation.

La durée de vie du produit ne peut excéder 3 jours sans étude de vieillissement.

Les restes (tout ou partie des repas non consommés) doivent être détruits après le service.

Des exemples de diagrammes de fabrication pour plusieurs plats sont donnés ci-dessous.

DIAGRAMME : BŒUF À LA SAUCE TOMATE liaison froide - DLC 3 jours avec pasteurisation

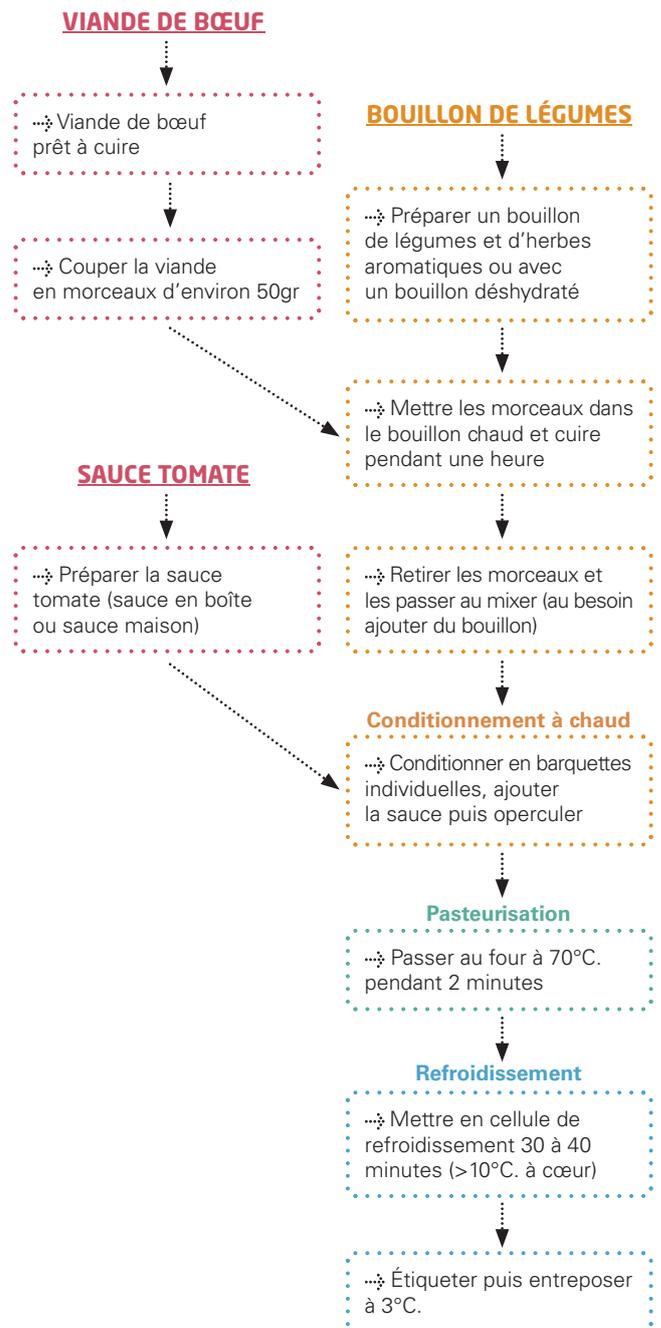


DIAGRAMME : FROMAGE À LA POMMES DE TERRE
liaison froide - DLC de 1 à 3 jours

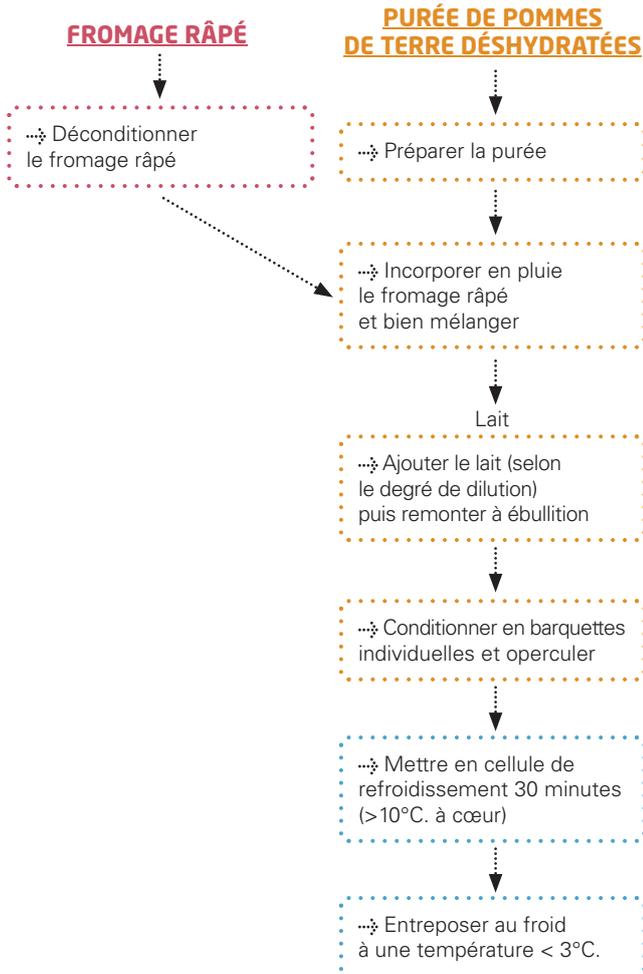


DIAGRAMME : FLAN DE LIEU
liaison froide - DLC 3 jours

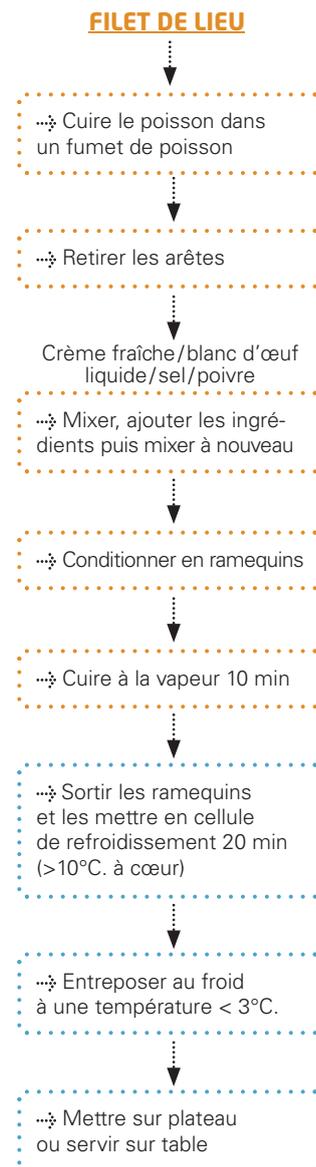


DIAGRAMME : SEMOULE AU LAIT
liaison froide - DLC 3 jours

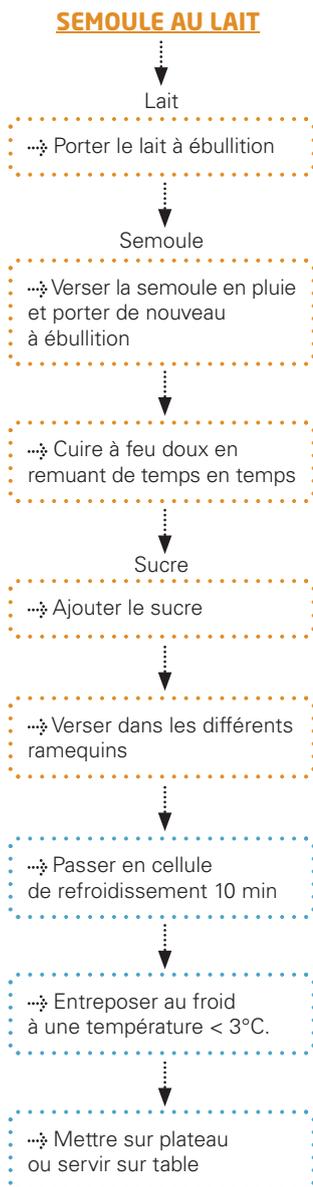
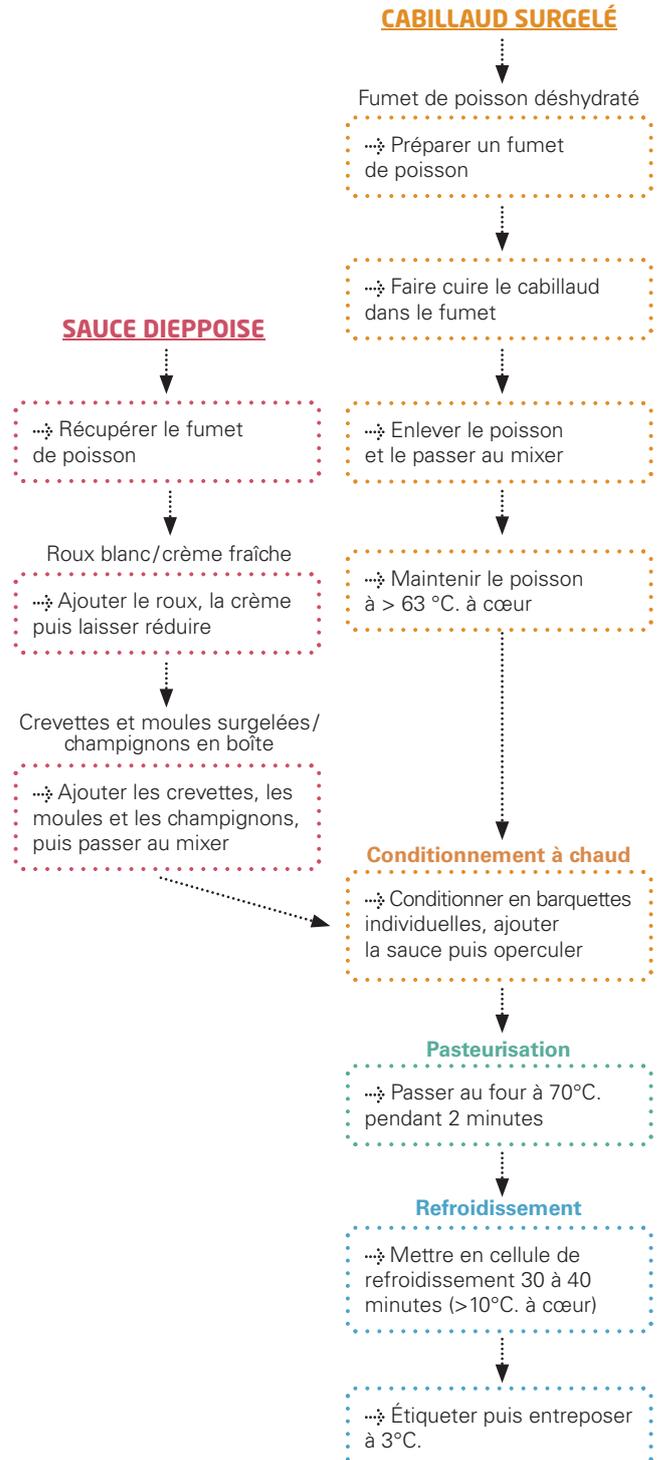


DIAGRAMME : CABILLAUD SAUCE DIEPPOISE
liaison froide - DLC 3 jours



LA CUISSON BASSE TEMPÉRATURE OU JUSTE TEMPÉRATURE

La cuisson à la juste température consiste à appliquer une température et un temps de cuisson adapté à un produit afin qu'il conserve ses qualités organoleptiques optimales.

Les traitements thermiques appliqués aux produits peuvent être dissociés en deux types : les hautes et les basses températures. La température limite permettant de dissocier ces deux tranches est fixée à 68°C. Il s'agit du niveau thermique limite pouvant être appliqué aux viandes. Les basses températures s'appliquent de 54°C à 68°C, les hautes températures de 70°C à 120°C, températures à cœur du produit.

L'application de la température adaptée permet le respect des qualités physiologiques des denrées pendant la cuisson. Ces qualités sont essentiellement liées aux capacités de coloration et de conservation des éléments liquides des composantes des denrées. Ainsi le traitement thermique garantit la conservation des qualités de « jutosité », de tendreté et de goût des plats cuisinés.

La conduite de la cuisson des différentes méthodes est finalisée dans des fours mixtes après une phase préalable éventuelle de marquage ou de blanchiment.

La conduite de la cuisson en four est une cuisson en temps masqué. Les cuissons sont gérées par le four mixte, libérant ainsi du temps de travail pour les cuisiniers.

La conduite de la cuisson est réalisée pendant les phases de fonctionnement de la cuisine, mais également en dehors des phases d'exploitation de la cuisine (cuisson de nuit).

L'application de la juste température est adaptée à différentes méthodes de conduite de cuisson :

- ...✚ La cuisson sous vide en poche souple
- ...✚ La cuisson sans protection sur grille
- ...✚ La cuisson en contenant à usage unique sans protection
- ...✚ La cuisson en contenant à usage unique avec film de cuisson
- ...✚ La cuisson en contenant à usage unique avec film de cuisson et système d'échange de pression

La cuisson en contenant à usage unique sans protection

La cuisson en barquette représente un intérêt majeur pour l'organisation de la production des cuisines centrales des établissements de santé. En effet, la phase de conditionnement était auparavant toujours réalisée en aval de la phase de cuisson. Le transfert des produits dans des supports de cuisson, puis dans des supports de conditionnement génèrent un travail important. L'utilisation d'un support unique servant à la fois à la cuisson et au conditionnement final permet de générer des gains importants en termes de manipulation.

- Les avantages liés à la cuisson en barquette sont importants :
- ...✚ La suppression de la phase de conditionnement après cuisson
 - ...✚ Une maîtrise accrue de la sécurité alimentaire
 - ...✚ Une meilleure gestion des phases de conditionnement
 - ...✚ Une cuisson de nuit sans surveillance humaine
 - ...✚ Une utilisation optimisée des cellules de refroidissement
 - ...✚ Une garantie du respect de la fiche technique

Les produits pouvant faire l'objet d'une cuisson en barquette sont ceux qui ne rejettent pas d'exudat lors de leur cuisson, car ces produits nécessitent un traitement préalable (marquage, blanchiment)

- ...✚ Légumes verts
- ...✚ Carottes
- ...✚ Autres légumes
- ...✚ Riz
- ...✚ Semoule
- ...✚ Viande de bœuf (à l'exception des viandes rôties)
- ...✚ Viande de porc (à l'exception des viandes rôties)
- ...✚ Viande d'agneau (à l'exception des viandes rôties)
- ...✚ Volailles (nécessitant au préalable un marquage)
- ...✚ Plats protidiqes tels que le hachis Parmentier
- ...✚ Plats à texture modifiée (plats lisses)

La cuisson en contenant à usage unique avec film de cuisson et valve

- La cuisson en contenant jetable peut être réalisée soit :
- ...✚ Sans film (exemple gratin de légumes, produits gratinés)
 - ...✚ Avec film
 - ...✚ Avec film et avec valve

Quel est l'intérêt d'une cuisson avec valve ?

En premier lieu, la cuisson avec valve permet une cuisson dans un environnement proche des conditions de la cuisson sous vide. Associée à la cuisson à la juste température, elle permet un gain important en termes de qualité organoleptique.

Cette cuisson sous vide se fait dans un contenant rigide permettant de conserver ce même contenant lors de l'ensemble des phases de logistique et phases de service.

Un des atouts majeurs de la cuisson avec valve réside dans le gain de temps.

Par exemple, dans le cas de la cuisson d'un sauté de porc, le temps de traitement de la cuisson à la juste température sera de 15 heures à 75 °C. Si cette cuisson est réalisée avec valve le temps de traitement est abaissé de 3 heures à 90 °C !

Par ailleurs, le produit sera ainsi pasteurisé, permettant une sécurité alimentaire accrue et un allongement de la date limite de consommation.

La cuisson avec valve est particulièrement adaptée à la cuisson des produits suivants :

- ... Cuisson de nuit
- ... Cuisson de jour
- ... Cuisson de jour
- ... Assemblage
- ... Enrichissement avec protéines de lait et crème fraîche
- ... Mixage (texture purée)
- ... Conditionnement en barquette
- ... Operculage
- ... Dépose de valve
- Pasteurisation**
- ... 25 min à 85°C. à cœur
- Refroidissement**
- ... +63°C à <+10°C. en moins de 2h
- ... Stockage froid positif
- ... Légumes verts
- ... Carottes
- ... Autres légumes
- ... Riz
- ... Semoule
- ... Sauté de bœuf
- ... Sauté de porc
- ... Sauté d'agneau
- ... Sauté de volaille
- ... Plats à texture modifiée (plats lisses)

La cuisson des légumes et de certains féculents est particulièrement intéressante dans le cas de produits déclinés dans la carte des plats constants, nécessitant un allongement de la durée de vie des produits pour une souplesse d'utilisation accrue.

Des exemples de diagramme de fabrication en cuisson basse température sont donnés ci-dessous.

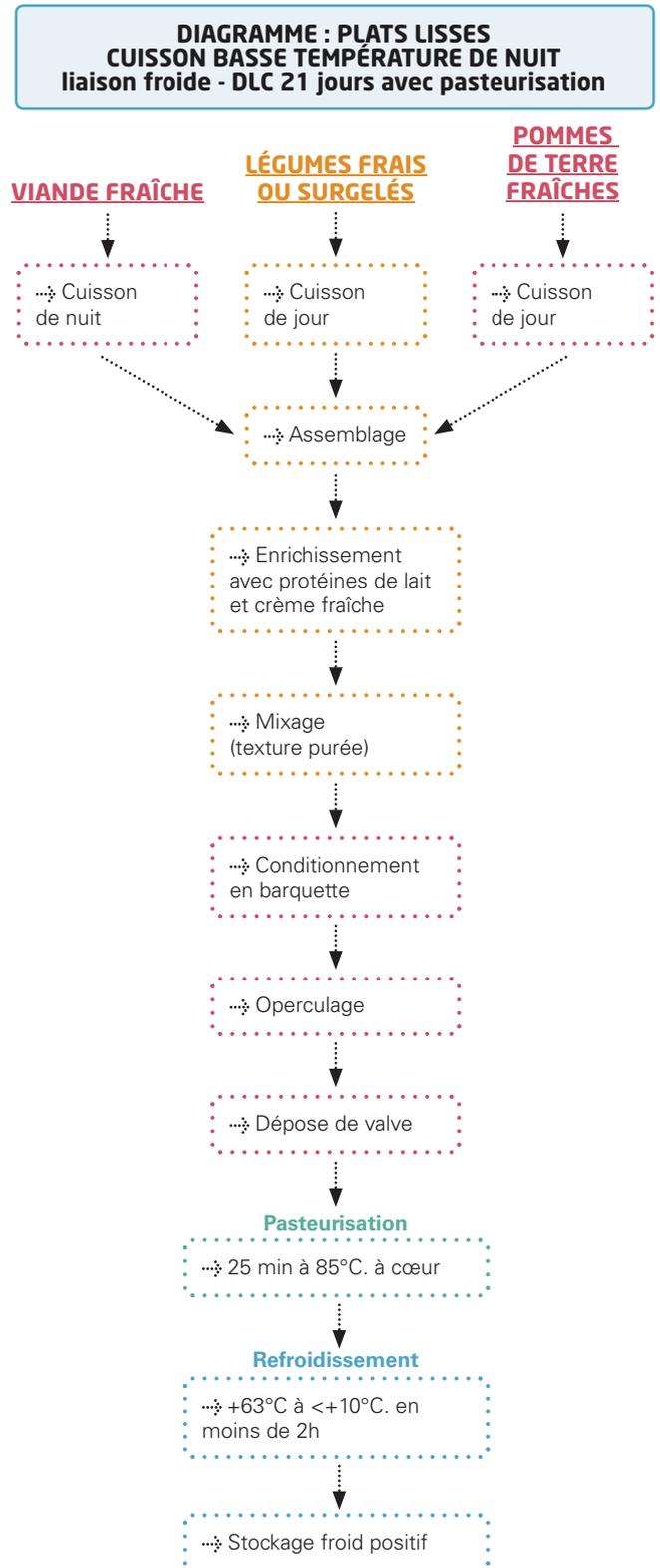
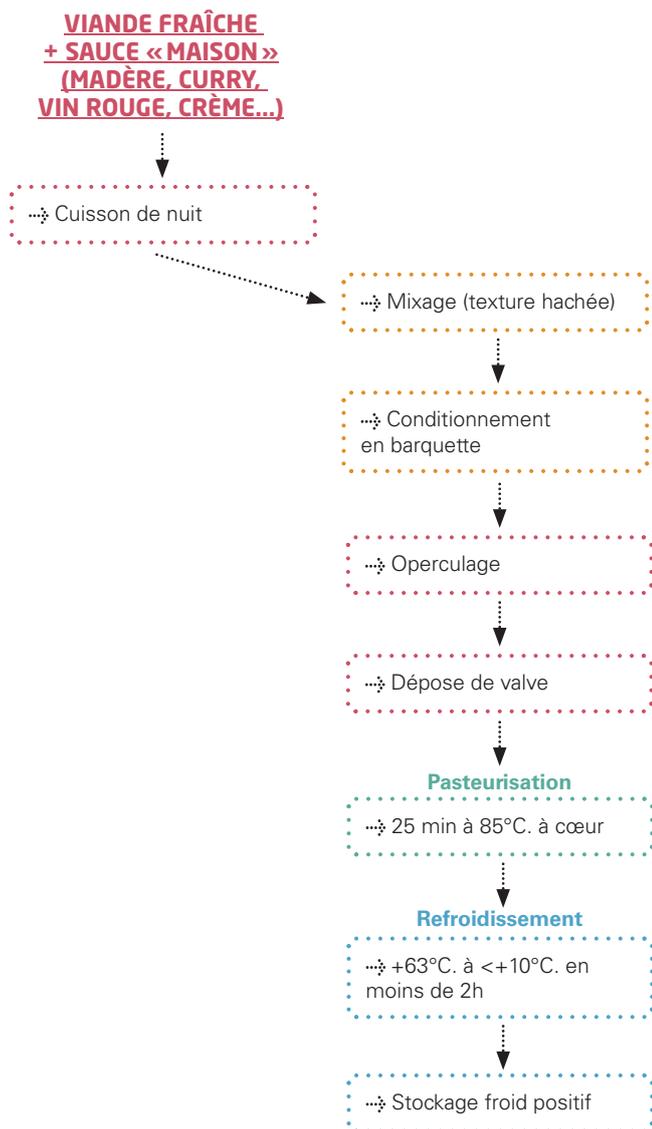


DIAGRAMME : VIANDES MIXÉES EN SAUCE liaison froide - DLC 21 jours avec pasteurisation



MAÎTRISER LES TEMPÉRATURES DE LA DISTRIBUTION

La maîtrise des températures, tant en liaison chaude qu'en liaison froide, est garante de la qualité finale du produit

La remise en température d'un plat issu de la liaison froide (passage de + 3°C à + 63°C à cœur en moins d'une heure) est une phase importante dans la distribution des repas. Contrairement aux idées reçues c'est un moment qui requiert beaucoup plus d'attention que cela n'y paraît. Par un excès de température, on peut très facilement dénaturer le produit.

Il est tout d'abord important de respecter la législation et porter à + 63°C à cœur les mets qui seront consommés chauds afin de stabiliser la flore pathogène qui serait contenue dans le plat ... mais il ne faut pas le surchauffer pour autant. Pourquoi ?

LES VIANDES

Une viande est constituée en très grande partie de protéines : sarcoplasmiques, myofibrillaires et collagènes. Ces différentes protéines se dénaturent à la cuisson à des températures différentes et en fonction de divers facteurs intrinsèques (pH, origine du produit, âge de l'animal, indice de maturation, éléments aromatiques...). Que se passe-t-il à la cuisson ?

... **Avant 50°C** (température du muscle), la viande s'attendrit naturellement sous l'action des enzymes cathepsines activées par la température.

... **Vers 50°C**, les protéines sarcoplasmiques commencent à se dénaturer jusqu'à environ 65°C. En dessous de 55°C, la viande rouge (bœuf, mouton) est encore saignante, à partir de 60°C, la couleur de la myoglobine commence à virer au brun puis au pourpre.

... **De 65°C à 75°C**, les protéines myofibrillaires se dénaturent en libérant une petite partie de l'eau contenue dans la structure. C'est le moment où les arômes commencent à se développer. À partir de 70°C, la viande a tendance à se raffermir légèrement. Les collagènes se solubilisent. C'est la cuisson des rôtis de viandes blanches (porc, dinde).

...**Au-dessus de 75°C**, les fibrillaires vont se contracter davantage sous l'action de la température et libérer un exudat important (protéines hydrolysées, eau, sels minéraux, matières solubles...) qui peut conduire avec la progression de la température, à une perte de poids importante. Pour un bon rendu qualitatif (moelleux, jutosité, tendreté, goût...) et dans le cadre du rôti, il ne faudrait pas dépasser ces températures à cœur à la cuisson.

...**De 75°C à 80°C**, C'est la cuisson du pot-au-feu (paleron, rond de gîte...) par excellence ou des sautés (cuisson mixte). Les collagènes (tissus conjonctifs) se gélatinisent et les viandes vont à nouveau devenir fondantes par la présence continue de l'eau. En revanche ce qui reste des vitamines et des sels minéraux est parti dans le bouillon.

LES POISSONS

Le poisson en général, qui est composé majoritairement de sarcoplasme et très peu de tissu conjonctif, sera cuisiné vers les 65°C / 70°C si l'on souhaite conserver un maximum de principes nutritifs (eau et sels minéraux). Un grand cuisinier disait : « On ne cuit pas le poisson, on le réchauffe ».

Une température plus élevée conduit à l'émiettement de la chair par la séparation des fibres musculaires. Ce qui n'exclut pas à un autre moment d'appliquer une température plus forte par goût du poisson grillé (aspect grillé, réaction de Maillard qui accentue l'aromatisation...).

LES SAUCES

Les sauces sont composées principalement d'eau, de liant (farine, fécule, œuf...) et d'éléments aromatiques (lipides, sucs, épices...). Sous l'action d'une température excessive, ces trois composés vont réagir différemment au point parfois de se désolidariser en strates superposées. Il y a plusieurs raisons à cela, mais le plus souvent c'est la liaison qui est en cause. L'amidon contenu dans la farine n'a pas tenu. La sauce se délie et prend un aspect liquide.

LES ACCOMPAGNEMENTS

Les légumes sont principalement constitués d'amidon de cellulose (glucides). La cellulose qui constitue bien souvent l'enveloppe ou la fibre du légume se ramollit vers les 90°C / 95°C.

Les amidons natifs (et non les amidons modifiés) sont présents naturellement dans les céréales, pommes de terre et légumineuses. Ils se transforment sous l'action de la chaleur à partir de 70°C.

En résumé, nous pouvons dire qu'une meilleure connaissance des seuils de cuisson et de leurs conséquences, nous apprend que la remise en température des viandes en particulier ne doit pas dépasser à cœur, 70°C à 75°C. Au-delà c'est prendre le risque d'effectuer une recuisson et perdre ainsi les qualités cuisatrices de la fabrication (moelleux, jutosité, tendreté...) et du poids de denrées par l'évaporation de l'eau contenue.

Par ailleurs, en sus de la température à respecter pour des raisons sanitaires (+ 63°C) et organoleptiques que nous venons d'évoquer, il faut tenir compte de deux autres paramètres : l'ouverture ou pas de la barquette pendant la remise en température du plat et sa durée.

Dans la pratique, Il est conseillé d'ouvrir (de désoperculer) légèrement la barquette ou le contenant pour des mets grillés, rissolés ou frits afin de libérer une certaine quantité d'humidité qui s'échappe naturellement de la denrée au moment de la remise en température et qui, si la barquette était close, retomberait sur le produit et le modifierait. Le côté un peu croustillant souhaité du rissolé deviendrait une pâte détrempée. À l'inverse, une viande en ragoût (plat en sauce) doit conserver son humidité pour ne pas se dessécher et réduire sa sauce. En conclusion, selon la nature du mets, il faut ouvrir plus ou moins le couvercle du plat à remettre en température.

La durée de remise en température doit se dérouler en moins de 60 minutes (passage de + 10°C à + 63°C) :

Elle dépend de :

- ... la capacité du matériel à appliquer la température nécessaire,
- ... la forme et du poids du produit,
- ... sa teneur en eau.

Exemple de programme de remise en température : four, multiportions, service à table

| Programmes | | Température | Durée | Barquette | | |
|------------|---|-------------|-------|-----------|------|---------|
| | | | | Fermée | Demi | Ouverte |
| 1 | Plats composés, lentilles | 140°C | 40' | x | | |
| | Gratin dauphinois, | | | | | x |
| | hachis parmentier | | | | | x |
| 2 | Viandes en sauce, | 140°C | 35' | x | | |
| | Riz, pâtes, farineux | | | x | | |
| | Pommes de terre | | | x | | |
| 3 | Poissons frits, meunière ou panés | 140°C | 25' | | | x |
| | Poissons en sauce ou poché | | | x | | |
| | Légumes verts | | | | x | |
| | Rôti de porc, de veau, de dindonneau, | | | | | x |
| | Escalopes ou côtes | | | | | x |
| | Hors-d'œuvres, pizza, quiches... | | | | | x |
| | Omelette | | | | x | |
| | Poulet ou canard rôtis | | | | | x |
| 4 | Steaks hachés | 140°C | 8' | | x | |
| 5 | Rôti de bœuf ou gigot | 140°C | 3' | x | | |
| 6 | Frites seules (avec une viande froide ou un jambon par ex.) | 165°C | 25' | | | x |
| 7 | Frites (2 Kg dans le panier) Effectuer ensuite le programme viande | 165°C | 15' | | | x |

Concernant les préparations texturées, les différents éléments alimentaires mixés et recomposés sont d'autant plus fragiles que la convection thermique des composants est hétérogène. Il faudra toujours les remettre en température operculés et au juste temps nécessaire pour éviter le dessèchement qui rend la déglutition difficile.

Les textures modifiées ne rappellent aucun souvenir alimentaire au consommateur : elles ne peuvent s'identifier à un plat régional ou à un plat familial du fait de leur déstructuration à quelques exceptions près comme les rillettes, brandades, terrine, crumble, boudin, quenelle, ... Lorsque la charge hédonique et affective d'un plat disparaît, il revient alors au personnel participant à la distribution du repas de compenser ce manque par une attention toute particulière non seulement à la remise en température mais aussi à la présentation de l'assiette et à la disponibilité accordée au consommateur lors de sa prise de repas.

ADAPTER L'AIDE AUX REPAS

Céline Jeannier, diététicienne, nous détaille l'importance de l'aide au repas et notamment le rôle de la cuillère dans les institutions gériatriques.

« L'aide au repas : un soin à part entière »

La qualité de l'aide au repas influence le taux de consommation alimentaire et par là même le statut nutritionnel. Un certain savoir être et savoir-faire est alors primordial.

Face à l'augmentation de la dépendance dans les institutions gériatriques, donner à manger une alimentation de texture modifiée à une personne âgée fait souvent partie du quotidien des soignants.

Pour autant, cet acte ne doit devenir ni routinier ni anodin mais au contraire maintenir le résident en position de sujet et non d'objet. En effet, devant la répétitivité de cette activité, le temps imparti pour la réaliser, la fatigue, le stress..., le risque pour le soignant est de procéder avec le plus grand soin et les plus grandes précautions, tout en oubliant d'entrer en relation avec la personne qui se retrouve alors davantage réifiée, chosifiée.

Aussi, il convient de prendre en compte l'impact psychologique de ce soin pour le résident qui cumule le handicap de la perte d'autonomie à celui de difficultés de déglutition et/ou mastication ne lui permettant plus de manger une alimentation ordinaire. Cela peut engendrer un sentiment de frustration voir de révolte car la personne âgée n'ayant bien souvent plus le choix de ce qu'elle mange, ni la façon dont elle mange, le repas n'est alors plus synonyme de moment de plaisir. En outre, en raison de la dépendance physique, le sentiment de perte de dignité peut s'installer.

La cuillère en question

Dès lors que l'alimentation est de texture mixée ou moulinée, la cuillère est un couvert particulièrement adapté pour l'aide au repas contrairement à la fourchette.

Dans le cas d'une aide uniquement partielle, l'usage de la grosse cuillère peut être intéressant dans un souci de maintien de l'autonomie. En effet, certaines personnes présentent des troubles praxiques⁽¹⁾, il est alors plus aisé pour elles de prendre et de porter à leur bouche les aliments réduits sous forme de purée avec une grosse cuillère plutôt qu'avec une petite. Le soignant aide la personne à initier à nouveau le mouvement et peut se retrouver ainsi à donner à manger à la grosse cuillère ou tout simplement aider la personne à terminer son assiette en regroupant « les restes ».

Lorsque l'aide au repas s'accroît, cette « grosse cuillère » est délaissée au profit de la « petite cuillère ». En effet, de par sa taille, la grosse cuillère est vite agressive, intrusive. Non seulement elle peut blesser la bouche et les lèvres de la personne alimentée mais peut aussi entraîner un certain inconfort responsable de consommations moindres : il n'est pas aisé à déglutir le contenu d'une grosse cuillère bien remplie lorsque la consistance du plat mixé est un peu trop épaisse ou pâteuse. La petite cuillère est alors le couvert le mieux adapté auquel il convient d'associer un certain savoir être et savoir-faire. Elle favorise les consommations alimentaires garantes de la prévention de la dénutrition chez des personnes déjà fragilisées.

S'il ne nous viendrait pas à l'idée de donner à manger à un enfant avec une grosse cuillère, ou d'y avoir recours pour nous même, cette pratique est loin d'être bannie de toutes les unités de soins gériatriques.

(1) incapacité partielle à effectuer des mouvements coordonnés

L'un des principaux arguments évoqué par les soignants quant à l'utilisation de la grosse cuillère est le manque de temps. Dans les établissements accueillant les personnes âgées, la dépendance s'accroît et avec elle le nombre de résidents qui nécessitent une aide aux repas. Le temps est compté, les tâches suivantes sont programmées... Il n'est pas rare qu'un agent ait en charge l'alimentation de 4 à 5 résidents voire plus dans un temps imparti parfois court. Il est alors tentant de prendre la grosse cuillère en pensant qu'on en met plus que dans une petite et que ça va donc... plus vite !

Pourtant, par expérience, il n'en est rien et c'est bien souvent le contraire qui se produit. D'une part, le temps de déglutition est augmenté par la grande quantité mise en bouche. D'autre part, comme il a déjà été évoqué, l'usage de la grosse cuillère est inconfortable pour le résident pouvant ainsi générer un refus alimentaire.

On essaie, on réessaie, « ouvrez la bouche », « pourquoi vous ne voulez plus manger ? », « vous n'avez plus faim ? »... Au final, beaucoup d'énergie et de temps perdu par les professionnels sensibilisés à l'importance de consommations alimentaires suffisantes pour le maintien du statut nutritionnel et donc de la qualité de vie.

Comment s'y prendre ?

D'une part, disposer de suffisamment de petites cuillères : la quantité nécessaire est importante (une pour les médicaments, une pour le salé, une pour le sucré...). Cela paraît simple et anodin compte tenu de leur faible coût mais en pratique cela n'est pas si évident. Leur disparition est quotidienne entre le passage à la poubelle par mégarde lors du débarrassage des assiettes ou bien le stockage par les personnes âgées elles-mêmes qui vont jusqu'à les cacher dans leurs manches pour les emmener dans les chambres.

S'assurer d'une dotation régulière et suffisante est donc un préalable.

D'autre part, organiser des formations institutionnelles mettant les soignants en situation : c'est un moyen intéressant pour les sensibiliser à l'impact des bonnes pratiques d'aides aux repas sur l'envie de s'alimenter.

Cette prise de conscience porte aussi bien sur le savoir-faire (utiliser des couverts adaptés et les changer entre les plats sucrés et les plats salés, annoncer ce que l'on va donner à manger, être vigilant aux quantités mises en bouche, bien positionner le résident et bien se positionner, veiller au rythme du repas, ne pas mélanger systématiquement les aliments...) que sur le savoir être (maintenir la relation qui est souvent perturbée par la maladie : entendre la parole, recueillir les émotions manifestées tant par des signes physiques que par la parole, s'adresser à la personne pour lui demander si la température ou le goût lui conviennent...)

Ainsi, le repas est un soin relationnel où la communication, qu'elle soit verbale (parole) ou non verbale (toucher, regard, ouïe), tient un rôle central et demande de l'énergie aux soignants.

La qualité de l'aide au repas impacte fortement les consommations alimentaires qui participent elles-mêmes à la qualité de vie des résidents. Dans ce contexte, la formation et l'information de l'ensemble des professionnels ayant un lien avec l'alimentation dans les établissements sont indispensables. »

Ces considérations peuvent être formalisées dans des fiches de bonnes pratiques à destination du personnel. Des exemples

de fiches des Centres Hospitaliers de Dranguignan et de Saint-Brieuc sont donnés ci-dessous.

| | | | | |
|---|--|-----------|--------------|---------------------------------------|
|  | AIDE AU REPAS : Fiche 2 (personne dépendante) | | | Références : 0000 |
| | Service Emetteur | Rédacteur | Vérificateur | Approbateur |
| Nom | Ledant C. | | | Date d'application :/..../.. |
| Date | 14/02/2011 | | | Page 1 sur 4 |
| Date modification programmée : | | | | |

OBJECTIF :

Décrire les bonnes pratiques à mettre en œuvre pour l'aide complète au repas.

DOMAINE D'APPLICATION :

Ce protocole s'applique à tous les services de soins et d'hébergement du Centre Hospitalier de la Dracénie

PREVENTION APPORTEE PAR LA FICHE :

DESTINATAIRE DE LA PRESENTE FICHE :

Infirmière, Aide-soignante et ASH sous couvert de l'infirmière.

DOCUMENTS DE REFERENCE :

Fiche HACCP, Diplôme d'Etat d'IDE et d'AS.

DIFFUSION :

LA PROCEDURE :

Prise de contact : Informer que c'est l'heure du repas (repère temporel)

INSTALLATION DU PATIENT

Au lit

- Remonter le patient/résident dans le lit.
- Relever le buste au maximum, oreiller derrière les omoplates et la nuque.
- Relever légèrement le lit, au niveau des genoux ou relever le pied du lit.
- L'adaptable doit être réglé à une hauteur se situant entre le nombril et le dessous de la poitrine.





Pour le patient devant rester allongé, il est conseillé de le positionner sur le côté, pied du lit légèrement abaissé

Au fauteuil

- Dossier redressé
- Adaptable réglé à une hauteur se situant entre le nombril et le dessous de la poitrine.

Dans les 2 cas, s'assurer de la présence :

- D'une carafe pleine et d'un verre
- De leur serviette personnelle ou d'un bavoir si nécessaire
- De l'appareil dentaire



PRÉSENTATION DU REPAS



- S'assurer que la commande est conforme à la prescription médicale et/ou diététique (Régimes et textures)
- Prendre connaissance du contenu du repas afin de l'annoncer au patient.
- Disposer le plateau pour faciliter la prise du repas
- S'assurer de l'adéquation des couverts avec les aliments
- Ouvrir les opercules
- Découper les aliments qui le nécessitent, en petits morceaux.

L'environnement doit être favorable pour manger en toute tranquillité : pas de visite médicale et pas de soins

Le repas

- Présenter les mets au patient/résident et lui indiquer la température des aliments pour prévenir les risques de brûlures.
- Favoriser les petites quantités, tout en s'adaptant au rythme et au souhait du patient/résident.
- Présenter et retirer les couverts face à la bouche, et pas sur les côtés.
- Respecter le rythme du repas de chaque patient/résident et veiller à ce que la bouche soit vide entre chaque bouchée. Ne pas oublier de faire de pauses si nécessaire.
- Maintenir une bonne communication avec le patient /résident.

Devant tous signes d'alerte, ne pas oublier d'assurer une traçabilité écrite

La déglutition

Veiller au bon déroulement de la déglutition tout au long du repas :

- fermeture buccale
- mastication
- déglutition (ascension du larynx)

En cas de troubles de la déglutition, adapter la texture des aliments et les boissons.

1. Fausse route aux solides => adapter une texture moulinée lisse
2. Fausse route aux liquides => proposer des boissons épaissies

Fin du repas

- Respecter les 45 minutes du repas
- Veillez au bon positionnement du patient jusqu'à la fin du repas

Traçabilité

Evaluer la prise du repas et de la consommation hydrique

Transmettre à l'IDE et à la diététicienne pour réajustement si prise incomplète.

| | | |
|---|---|--|
|  | AIDE AU REPAS : LES BONNES PRATIQUES | SOIN.T.116 |
| | | Version 1 |
| | | Date d'application : 1 février 2009 |

Objet :

Ce protocole a pour but de décrire les attitudes et les gestes à adopter lors de l'aide aux repas des patients / résidents. Tous actes doivent être effectués avec le consentement du patient.

Domaine d'application :

Ce protocole s'applique à tous les services de soins et d'hébergement du Centre Hospitalier de Saint Brieuc.

Documents de référence :

Fiche métier des Aides soignant(e)s et Infirmier(e)s

Responsabilité :

Infirmière, Aide-soignante et ASH sous couvert de l'infirmière.

Mode opératoire :**1- LA PRISE DE CONTACT**

- Se présenter,
- Expliquer au patient/résident que c'est l'heure du repas (repère temporel).

2- INSTALLATION DU PATIENT/RESIDENT

- L'environnement doit être favorable, adapté aux habitudes de vie et propre (débarrassé des objets encombrants),
- Veiller au bon niveau d'éclairage de la chambre ou de la salle à manger,
- Le confort du patient doit être assuré quelque soit le lieu de distribution du repas : L'assiette et les couverts doivent être à **bonne hauteur et à portée de main**

**AU LIT :**

- Relever le buste au maximum, oreiller derrière les omoplates et la nuque
- Relever légèrement le pied du lit
- L'adaptable doit être réglé à une hauteur se situant entre le nombril et le dessous de poitrine, avec la main et un demi avant bras reposant sur l'adaptable

si besoin, passer l'adaptable entre les barrières et ajuster la hauteur du lit

Pour le patient/résident devant rester allongé, il est conseillé de le positionner **sur le côté**



Au fauteuil :

- dossier à 90°
- tête droite ou en légère flexion
- assise parallèle au sol
- genoux et chevilles à 90°, les pieds doivent être au sol ou reposer sur le cale pied
- la table doit être réglée à une hauteur se situant entre le nombril et le dessous de la poitrine, avec la main et un demi avant bras reposant sur la table

- S'assurer que la bouche du patient/résident est propre,
- S'assurer que l'appareil dentaire du résident est en place et qu'il est adapté,
- Veiller à mettre en place les aides techniques nécessaires à une bonne prise du repas, et discutées avec l'équipe pluri-professionnelle (tapis anti dérapant, manche grossi, rebord d'assiette, verre adapté...).

3- PRÉSENTATION DU REPAS

- S'assurer que la commande est conforme à la prescription médicale et/ou diététique (régime et textures) et adaptée aux besoins et attentes du patient/résident,
- Prendre connaissance du contenu du repas afin de l'annoncer lors de l'aide au repas (même chez les résidents déments),
- S'assurer que vos mains et votre tenue sont propres avant de débiter l'aide aux repas,
- Si le patient/résident en éprouve le besoin :
 - *découper les composantes du repas*
 - *désoperculer certains mets (type compote)*

Pour les patients dépendants, ce geste est à effectuer à chaque repas en le leur expliquant.

- Pour les personnes désorientées et déficientes visuelles, proposer les plats dans l'ordre chronologique,
- Pour les personnes en difficultés motrices, dans la mesure du possible, proposer une présentation des aliments à l'assiette, plutôt qu'en barquette,
- Positionner les couverts à portée de la main la plus valide, et s'assurer que la personne ait bien visualisé la totalité de son repas.

4- LA POSITION DU SOIGNANT



5- LE REPAS, UN MOMENT DE PLAISIR, D'ÉCHANGES ET DE CONVIVIALITÉ

- Présenter les mets au patient/résident (par exemple : « Madame, je vous sers le navarin d'agneau ») et lui indiquer la « température » des aliments pour prévenir les risques de brûlures,
- Favoriser les petites quantités, tout en s'adaptant au rythme et au(x) souhait(s) du patient/résident,
- Présenter et retirer les couverts face à la bouche, et pas sur les côtés,
- Respecter le rythme de repas de chaque patient/résident et veiller à ce que la bouche soit vide entre chaque bouchée. Ne pas oublier de faire des pauses si nécessaire.
- Favoriser la communication sans qu'elle soit distractive (échanges verbaux, non verbaux, toucher, sourire ...)
- avec le patient/résident,
- Devant tous signes d'alerte, ne pas oublier d'assurer une traçabilité écrite.

6- LA DEGLUTITION

- Veiller au bon positionnement de la tête : un peu fléchie, et menton légèrement baissé



- Veiller au bon déroulement de la déglutition tout au long du repas :
 1. Après la mise en bouche : contrôler la fermeture buccale (pas de fuite d'aliments, ni de salive) et la bonne initiation de la mastication,
 2. Temps buccal de la déglutition : vérifier que la personne mastique correctement, sinon, lui demander de le faire (mouvements de la mandibule et de la langue pour éviter stases et résidus en bouche),
 3. Temps pharyngé de la déglutition : vérifier l'ascension du larynx (au niveau de la pomme d'Adam), qui assure la protection de la voie aérienne, et permet au bolus alimentaire de s'orienter vers l'œsophage.

7- APRÈS LE REPAS, VEILLEZ AU CONFORT DU PATIENT/RÉSIDENT

- Réinstaller le patient confortablement dans la position préconisée par l'équipe pendant environ 45 minutes en lui mettant à disposition ses objets personnels et nécessaires à la bonne continuité de sa journée.

8- CE QUI N'EST PAS NORMAL : Les signes d'alerte (à signaler à l'infirmière et/ou au médecin)



→ La toux : peut être un signe de fausses routes, parfois elle est intense jusqu'à la suffocation.

Attention, l'absence de toux ne garantit pas l'absence de fausses routes !

→ L'allongement de la durée du repas : mastication longue, aliments stagnant en bouche, retour de l'aliment par le nez ou par la bouche,

→ Le refus de s'alimenter,

→ Le refus de boire,

Questionner le patient/résident sur le ou les

faits

Tracabilité :

| Rédaction | | Vérification (Assurance Qualité) | | Validation | | Approbation | |
|---|--------|-------------------------------------|--------|-------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|
| Groupe de travail : Mmes LE ROUX, BARBIN, Cadres de santé ; LIONNET, ergothérapeute ; FARET et PLET, aides soignantes ; LE MARECHAL, Technicienne Supérieure Hospitalier ; LE FORESTIER, orthophoniste ; Mr DOS SANTOS, FF cadre de santé diététicien | | Mme QUERE, ingénieur qualité | | Docteur Barrière, Gériatre | | Mme LE GAL, Coordinateur des soins | |
| Date : | Visa : | Date : | Visa : | Date : | Visa : | Date : | Visa : |

Le document original signé est conservé à la Cellule Qualité

Il convient alors de transmettre les bonnes pratiques organisationnelles au personnel. Le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc a ainsi mis en place un programme de formation à l'alimentation nutrition.

Le programme est donné ci-dessous.

| PROGRAMME JOURNÉE DE FORMATION ALIMENTATION - NUTRITION Centre Hospitalier de Saint-Brieuc | | | |
|--|--|--|--|
| 9 h | Accueil des participants | | |
| 9h à 9h15 | Présentation des formateurs, Présentation de la journée et des objectifs, Répartition du groupe en 2 sous groupes | | |
| 9h15 à 10h | <table border="1"> <tr> <td> Visite de la cuisine (groupe 1) Module 2 : les pratiques alimentaires Objectif : connaître les étapes de fabrication d'un repas de la réception des marchandises à l'allotissement des plateaux </td> <td> Représentation du repas (groupe 2) Module 1 : l'évolution de l'alimentation Objectif : comprendre la représentation que le soignant se fait du repas afin d'améliorer sa prise en charge </td> </tr> </table> | Visite de la cuisine (groupe 1) Module 2 : les pratiques alimentaires Objectif : connaître les étapes de fabrication d'un repas de la réception des marchandises à l'allotissement des plateaux | Représentation du repas (groupe 2) Module 1 : l'évolution de l'alimentation Objectif : comprendre la représentation que le soignant se fait du repas afin d'améliorer sa prise en charge |
| Visite de la cuisine (groupe 1) Module 2 : les pratiques alimentaires Objectif : connaître les étapes de fabrication d'un repas de la réception des marchandises à l'allotissement des plateaux | Représentation du repas (groupe 2) Module 1 : l'évolution de l'alimentation Objectif : comprendre la représentation que le soignant se fait du repas afin d'améliorer sa prise en charge | | |
| 10h à 10h45 | <table border="1"> <tr> <td> Représentation du repas (groupe 2) Module 1 : l'évolution de l'alimentation </td> <td> Visite de la cuisine (groupe 1) Module 2 : les pratiques alimentaires </td> </tr> </table> | Représentation du repas (groupe 2) Module 1 : l'évolution de l'alimentation | Visite de la cuisine (groupe 1) Module 2 : les pratiques alimentaires |
| Représentation du repas (groupe 2) Module 1 : l'évolution de l'alimentation | Visite de la cuisine (groupe 1) Module 2 : les pratiques alimentaires | | |
| 10h45 à 11h00 | Pause | | |
| 11h00 à 11h45 | <table border="1"> <tr> <td> L'évolution des régimes alimentaires (groupe 1) Module 1 : l'évolution de l'alimentation Objectif : connaître l'évolution des 5 régimes les plus utilisés à l'hôpital (aliments autorisés et aliments à éviter et/ou interdit) Régimes : sans sel, diabétique, pauvre en graisse, pauvre en potassium et le sans résidus </td> <td> Les étapes indispensables au bon déroulement de la prise commande repas jusqu'au patient et les règles d'hygiène (groupe 2) Module 2 : les pratiques alimentaires Objectif : respect des règles d'hygiène alimentaire, rappel des procédures et instructions liées à l'alimentation et à la nutrition (en ligne sur Qualitissimo) </td> </tr> </table> | L'évolution des régimes alimentaires (groupe 1) Module 1 : l'évolution de l'alimentation Objectif : connaître l'évolution des 5 régimes les plus utilisés à l'hôpital (aliments autorisés et aliments à éviter et/ou interdit) Régimes : sans sel, diabétique, pauvre en graisse, pauvre en potassium et le sans résidus | Les étapes indispensables au bon déroulement de la prise commande repas jusqu'au patient et les règles d'hygiène (groupe 2) Module 2 : les pratiques alimentaires Objectif : respect des règles d'hygiène alimentaire, rappel des procédures et instructions liées à l'alimentation et à la nutrition (en ligne sur Qualitissimo) |
| L'évolution des régimes alimentaires (groupe 1) Module 1 : l'évolution de l'alimentation Objectif : connaître l'évolution des 5 régimes les plus utilisés à l'hôpital (aliments autorisés et aliments à éviter et/ou interdit) Régimes : sans sel, diabétique, pauvre en graisse, pauvre en potassium et le sans résidus | Les étapes indispensables au bon déroulement de la prise commande repas jusqu'au patient et les règles d'hygiène (groupe 2) Module 2 : les pratiques alimentaires Objectif : respect des règles d'hygiène alimentaire, rappel des procédures et instructions liées à l'alimentation et à la nutrition (en ligne sur Qualitissimo) | | |
| 11h00 à 12h30 | <table border="1"> <tr> <td> Les étapes indispensables au bon déroulement de la prise commande repas jusqu'au patient et les règles d'hygiène (groupe 2) Module 2 : les pratiques alimentaires </td> <td> L'évolution des régimes alimentaires (groupe 1) Module 1 : l'évolution de l'alimentation </td> </tr> </table> | Les étapes indispensables au bon déroulement de la prise commande repas jusqu'au patient et les règles d'hygiène (groupe 2) Module 2 : les pratiques alimentaires | L'évolution des régimes alimentaires (groupe 1) Module 1 : l'évolution de l'alimentation |
| Les étapes indispensables au bon déroulement de la prise commande repas jusqu'au patient et les règles d'hygiène (groupe 2) Module 2 : les pratiques alimentaires | L'évolution des régimes alimentaires (groupe 1) Module 1 : l'évolution de l'alimentation | | |
| 12h30 à 13h30 | Pause déjeuner | | |
| 13h30 à 15h15 | La dénutrition, la dépister et la prendre en charge Module 3 : la dénutrition Objectifs : ... Comment reconnaître un patient à risque de dénutrition ou dénutri ... Comment le prendre en charge | | |
| 15h15 à 16h45 | L'aide aux repas Module 4 : L'aide au repas Objectifs : ... Connaître les bonnes pratiques d'aide au repas afin de mieux répondre aux besoins d'accompagnement du patient ou du résident au moment du repas. ... Faire vivre au personnel soignant le repas d'une personne ayant besoin d'une aide au repas ... Faire verbaliser le vécu de la situation pour une meilleure compréhension, des difficultés rencontrées par la personne prise en charge. | | |
| | Évaluation de la journée | | |



4 COMMENT METTRE EN ŒUVRE DES RECETTES DE TEXTURES MODIFIÉES ?

INVENTAIRE AVANT RÉALISATION D'UNE FABRICATION MAISON

Pour assurer la réussite de la production des textures modifiées au sein des cuisines, il convient de s'interroger sur chacun des points suivants :

...🔗 Clients

- Les repas sont-ils tous servis de façon identique, en chambre ou en salle à manger ?
- Le contrôle de la dénutrition est-il systématique ?
- Le grammage est-il adapté ?
- Le goût des textures modifiées « maison » plait-il aux consommateurs ?
- La gamme de plats offre-t-elle une palette supérieure à 14 recettes pour chaque composante du repas ?
- La prestation mixée est-elle en phase avec les préconisations du GEMRCN ?

...🔗 Locaux

- Le lieu spécifique au mixage est-il existant ?
- Le matériel adéquat pour le mixage est-il existant ?

...🔗 Fabrication

- La liste des ingrédients et leur possibilité de déstructuration est-elle dressée ?
- La granulométrie des textures est-elle régulière ?
- Les prix d'achats des matières premières sont-ils fluctuants ?
- Les besoins sont-ils faciles à prévoir ?
- La réalisation des besoins génère-t-elle des pertes (approvisionnement et allotissement) ?
- Les fiches techniques (ingrédients + modes opératoires) pour les recettes des textures modifiées sont-elles rédigées ?

...🔗 Nutrition

- Les conseils de la diététicienne pour les enrichissements sont-ils appliqués ?

- Les réunions entre les soignants, les diététiciens et les cuisiniers sont-elles planifiées et régulières ?
- Y a-t-il un référent texture modifiée (médecin coordonnateur, CLAN, diététicien) qui suit la qualité des textures ?

...🔗 Ressources humaines

- La gestion quotidienne des ressources humaines permet-elle de respecter les congés, les RTT ?
- Les formations du personnel sont-elles planifiées annuellement ? :
 - Pour le maniement du matériel
 - Pour le nettoyage
 - Pour la désinfection
 - Pour les notions de nutrition et de dénutrition
- Les moyens de contrôle pour vérifier l'application effective de ces formations sont-ils effectués ?

...🔗 Sanitaire

- Le pourcentage d'analyse sanitaire non-conforme est inférieur à 1% ?
- La DDPP (Direction Départementale de Protection des Populations) a-t-elle autorisé le process ?
- La traçabilité amont et aval est-elle existante ?

L'absence de l'un ou l'autre de ces paramètres met en péril la qualité de votre réalisation et donc la santé de vos consommateurs. Pensez-y avant de vous lancer dans la grande aventure de la production des textures modifiées, car si l'une des réponses à ces questions est non, alors mettez en œuvre la modification nécessaire afin d'éviter de transformer votre atout en écueil.

Et enfin, pour chaque réalisation, n'oubliez jamais ces règles de base :

- ...🔗 Toute déstructuration se réalise à partir de morceaux de taille identique
- ...🔗 L'ajout de liquide ou sauce se fait en fin de mixage

EXEMPLE DE PROCESS DE RÉALISATION DE TEXTURES MODIFIÉES

Ce chapitre vise à présenter les principales étapes de la fabrication de textures modifiées et les ustensiles utilisés.

UN EXEMPLE DE FABRICATION D'ENTRÉE



1. Préparer les ingrédients la veille



2. Remplir la cuve du mixeur



3. Donner un tour de main pour homogénéiser la préparation



4. Débarrasser la préparation dans un cul de poule



5. Remplir les barquettes (les sans sel en premier)



6. Disposer la vinaigrette



7. Operculer



8. Débarrasser le matériel utilisé

UN EXEMPLE DE FABRICATION DE DESSERT



1. Mettre en chambre froide les ingrédients la veille



2. Préparer les ustensiles



3. Disposer les ingrédients sur le plan de travail et 4. Procéder au mélange des ingrédients les uns après les autres



5. Garnir les barquettes



6. Les stocker en chambre froide



7. Operculer les barquettes



8. Étiqueter et prendre la température du produit fini



9. Débarrasser le matériel utilisé

LA COMPATIBILITÉ DES PRODUITS AVEC LES TEXTURES MODIFIÉES

Les tableaux ci-après présentent pour chaque composante d'un menu (entrées, viandes, poissons, légumes) la possibilité ou non de les déstructurer et donc leur compatibilité avec les textures modifiées. Les points de vue des diététiciennes et des cuisiniers sont croisés.

De façon générale, il faut être vigilant aux produits s'émiettant comme la croute du pain ou la semoule, aux doubles textures comme les pêches au sirop ou les oranges, aux légumes à peau comme les lentilles ou les petits pois.

LA COMPATIBILITÉ DES ENTRÉES

| | le point de vue du cuisinier | | | le point de vue de la diététicienne | | | | |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------|---|------|-----------------------------|-----------------|--------------------------|
| | compatibilité immédiate | compatibilité avec adjuvant | incompatibilité | compatibilité immédiate | | compatibilité avec adjuvant | incompatibilité | pourquoi |
| | | | | Texture H : compatibilité si écrasé à la fourchette | Mixé | Pour les Mixé | | |
| ENTREES | | | | | | | | |
| CRUDITES | | | | | | | | |
| avocat | | X | | X | | X | | |
| bettrave râpée | X | | | X | | X | | |
| carotte râpée | X | | | | | X (mayo ou autre) | | reste souvent des grains |
| céleri rave | | X | | | | X (mayo ou autre) | | reste souvent des grains |
| champignon à la grecque | X | | | | | | X | |
| chou blanc | | X | | | | | X | |
| chou rouge | | X | | | | | X | |
| concombre | | | X | | | X | | |
| endive | | | X | | | | X | |
| fenouil | | | X | | | | | jamais essayé |
| melon | | | X | | | X avec épaississant | | |
| navet râpé | X | | | X | | | | |
| pamplemousse | | | X | X | | X | | |
| pastèque | | X | X | X | | X avec épaississant | | |
| radis | X | | | X si râpé | | X avec épaississant | | |
| radis noir | X | | | X si râpé | | X | | jamais essayé |
| salade verte | | | X | | | | X | |
| soja | | | X | | | | | jamais essayé |
| tomates | | | X | | | | X | |
| courgettes râpées | | | | X | | X | | |
| | | | | | | | | |
| CRUDITES | X | | | Compatible si bien cuit | | | | |
| artichaut | | | X | | | X | | |
| asperge | X | | | | | X | | |
| betterave | X | | | X si râpée | | X | | |
| céleri rave | X | | | X | | | | |
| champignon | X | | | | | X | | |
| chou fleur | | | | X | | X | | |
| cœur de palmier | X | | | | | ? | | |
| haricot vert | X | | | | | X | | |
| macédoine | | | X | X | | X | | |
| poireau | | | | | | X | | |

| | le point de vue du cuisinier | | | le point de vue de la diététicienne | | | |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------|----------|
| | compatibilité immédiate | compatibilité avec adjuvant | incompatibilité | compatibilité immédiate | compatibilité avec adjuvant | incompatibilité | pourquoi |
| FECULENT | X | | | | | | |
| flageolet | X | | | | X | | |
| lentille | X | | | | X | | |
| pomme de terre | | | X | X | X | | |
| riz | X | | | | | X | |
| taboulé | | | | X | | | |
| salade composée | X | | | | | X | |
| blé | X | | | | | X | |
| pâte, maïs | | | | | | X | |
| | | | | | | | |
| Viande Poisson Œuf | X | | | | | | |
| crêpe, nem | X | | | X | | | |
| friand | X | | | | | X | |
| hareng | X | | | X | X | | |
| jambon blanc | X | | | | X | | |
| jambon cru | X | | | X | | | |
| maquereau | X | | | X | | | |
| œuf dur | X | | | X | | | |
| pâté | X | | | X | | | |
| poisson blanc | | | | X | X | | |
| pizza | | | | | | X | |
| quiche | X | | | X | X | | |
| rillettes | | | | X | X | | |
| salade+fromage | X | | | | | X | |
| sardine | X | | | X | | | |
| saucisson à l'ail | X | | | X | | X | |
| saucisson sec | X | | | | | X | |
| thon | | | | X | X | | |
| garniture fromage | X | | | X | | X | |
| crevette | X | | | X | | X | |
| surimi | | | | | X | | |
| | | | | | | | |
| AUTRES ENTREES | X | | | | | | |
| soupe | X | | | X | X | | |
| potage | | | | X | X | | |

Texture hachée : la viande seule est hachée sauf si l'élément protidique est tendre ;
 Texture mixée : la texture est homogène, avec viande et légumes de consistance épaisse ;
 ils peuvent être soit mélangés soit séparés dans l'assiette.

LA COMPATIBILITÉ DES VIANDES, POISSONS ET ŒUFS

| | compatibilité immédiate | compatibilité avec adjuvant | incompatibilité | compatibilité immédiate | compatibilité avec adjuvant | compatibilité avec adjuvant | incompatibilité | pourquoi |
|--|-------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------------------|--|-----------------------------|----------------------------|----------|
| VIANDES - POISSONS - ŒUFS - Apports protidiques | | | | Texture H | Texture Mx : compatibilité si écrasé à la fourchette | Pour textures H et Mx | Pour texture Mx uniquement | |
| BŒUF | X | | | | | | | |
| Steack Haché , bolognaise | X | | | X | | | X | |
| rôti, poêlé | X | | | | | X | | |
| sauté, braisé, bouilli | X | | | | | X | | |
| boulette de 30g | | | | X | | | X | |
| VEAU | X | | | | | | | |
| Steack Haché, rissolette | X | | | X | | | X | |
| rôti, poêlé | X | | | | | X | | |
| sauté, braisé, bouilli | X | | | | | X | | |
| paupiette | | | | X | | | X | |

LA COMPATIBILITÉ DES VIANDES, POISSONS ET ŒUFS

| | compatibilité immédiate | compatibilité avec adjuvant | incompati- bilité | compatibilité immédiate | compatibilité avec adjuvant | compatibilité avec adjuvant | incompati- bilité | pourquoi |
|--|----------------------------|--------------------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|---------------|
| MOUTON | X | | | | | | | |
| côtes | X | | | | | | X | Présence d'os |
| rôti, poêlé | X | | | | X | | | |
| sauté, braisé, bouilli | X | | | | X | | | |
| merguez | X | | | X | | X | | |
| boulette | X | | | X | | X | | |
| brochette | | | | | X | | | |
| PORC | X | | | | | | | |
| côtes | X | | | | | | X | Présence d'os |
| rôti, poêlé | X | | | | X | | | |
| sauté, braisé, bouilli | X | | | | X | | | |
| jambon | X | | | X | | X | | |
| petit salé | | | | | X | | | |
| CHARCUTERIE/ABATS | X | | | | | | | |
| andouillette | X | | | X | | X | | |
| boudin | X | | | X | X sans la peau | | | |
| cervelas | X | | | X | | X | | |
| chipolata | X | | | X | | X | | |
| crêpinette | X | | | X | | X | | |
| francfort, strasbourg | X | | | X | | X | | |
| montbéliard, toulouse | X | | | X | | X | | |
| foie, langue | X | | | | X | | | |
| tripes | | | | | X | | | |
| VOLAILLE | X | | | | | | | |
| rôti, escalope | X | | | | X | | | |
| sauté | X | | | | X | | | |
| jambon | X | | | X | | X | | |
| escalope panée | X | | | | | X | | |
| brochette, paupiette | X | | | X pour paupiette | X | | | |
| volaille avec os | | | X | | | | X | |
| finger, beignet | X | | | X | | X | | |
| lapin en sauce | | | | | | | X | Présence d'os |
| paupiette | | | | X | | X | | |
| | X | | | | | | | |
| POISSON | X | | | | | | | |
| darne | X | | | X | | | X pour texture mx car présence d'arêtes | |
| filet | X | | | X | | X | | |
| brochette | X | | | X | | X | | |
| poisson pané | X | | | X | | | | |
| poisson entier | | | | X | | | X pour texture mx car présence d'arêtes | |
| ŒUFS | X | | | | | | | |
| omelette | X | | | X | | X | | |
| œufs durs | | | | X | | X | | |
| AUTRES VIANDES | | | | | | | | |
| poitrine farcie | X | | | X | | X | | |
| croissant farci | | | X | X | | X | | |
| pizza maison | | | X | X | | X | | |
| chili | X | | | X | | X | | |
| tartiflette | X | | | X | | X | | |
| brandade, hachis | X | | | X | X | | | |
| quenelle | X | | | X | | X | | |
| ravioli, lasagne | X | | | X | | X | | |
| viande pour farce | X | | | X | | X | | |
| crêpe, quiche, pizza | | | X | X | | X | | |
| garniture : cassoulet, paëlla, choucroute | | | X | X | | X | | |

LA COMPATIBILITÉ DES ACCOMPAGNEMENTS

| | <i>le point de vue du cuisinier</i> | | | <i>le point de vue de la diététicienne</i> | | | | pourquoi |
|------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------|--|------------|-----------------------------|-----------------------|----------|
| | compatibilité immédiate | compatibilité avec adjuvant | incompatibilité | compatibilité immédiate | | compatibilité avec adjuvant | | |
| | | | | texture H si produit bien cuit car s'écrase à la | Texture Mx | Texture H et Mx | Texture Mx uniquement | |
| ACCOMPAGNEMENTS | | | | | | | | |
| LEGUMES FRAIS | | | | | | | | |
| aubergine | X | | | X | | | X | |
| bette | X | | | X | | | X | |
| brocolis | X | | | X | | | X | |
| carotte | X | | | X | | | X | |
| celeri rave | X | | | X | | | X | |
| celeri branche | X | | | x | | | x | |
| champignon | X | | | X | | | X | |
| chou fleur | X | | | X | | | X | |
| chou bruxelles | X | | | X | | | X | |
| chou vert, blanc | X | | | X | | | ? | |
| courgette | X | | | X | | | X | |
| endive | X | | | X | | | X | |
| fenouil | X | | | X | | | X | |
| épinard | X | | | X | | | X | |
| navet | X | | | X | | | X | |
| haricot vert | X | | | X | | | X | |
| jardinière | X | | | X | | | X | |
| petit pois | X | | | X | | | X | |
| petit pois carotte | X | | | X | | | X | |
| poêlée | | | X | X | | | X | |
| poireaux | X | | | X | | | X | |
| pomme de terre | X | | | X | | | X | |
| ratatouille | X | | | X | | | X | |
| salsifis | | X | | X | | | X | |
| tomate | X | | | X | | | ? | X |
| purée | | | | X | | | X | |
| LEGUMES SECS | X | | | | | | | |
| haricot | X | | | X | | | X | |
| lentilles | X | | | X | | | X | |
| pâtes | X | | | X | | | | X |
| pois cassé | | | X | X | | | X | |
| riz | | | X | X | | | | X |
| semoule | | | | X | | | semoule fine au lait | |
| Autres légumes: | X | | | | | | | |
| chou-pomme | X | | | X | | | ? | |
| ananas | | | | X | | | X | |

LA COMPATIBILITÉ DES PRODUITS LAITIERS

| Produits laitiers | le point de vue du cuisinier | | | le point de vue de la diététicienne | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------|---|
| | compatibilité immédiate | compatibilité avec adjuvant | incompatibilité | compatibilité immédiate | compatibilité avec adjuvant | incompatibilité | pourquoi |
| yaourt nature | X | | | X | | | |
| yaourt nature sucré | X | | | X | | | |
| yaourt aromatisé | X | | | X | | | |
| yaourt aux fruits | X | | | X | X pour texture Mx lisse | | |
| crème dessert (pots individuels ou boîte 5/1) | X | | | X | | | |
| liégeois vanille, chocolat | X | | | X | | | |
| fromage blanc | X | | | X | | | |
| fromage blanc aromatisé | X | | | X | | | |
| yaourt velouté nature | X | | | X | | | |
| yaourt velouté aux fruits | X | | | X | X pour texture Mx lisse | | |
| gâteau de semoule | X | | | X | | | |
| crème pâtissière | X | | | X | | | |
| petits suisses nature | X | | | X | | | |
| petits suisses aux fruits | X | | | X | | | |
| mousse au chocolat | X | | | X | | | |
| mousse au café | X | | | X | | | |
| crème caramel maison | X | | | X | | | |
| salade de fruits conserve | X | | | X texture H | X texture Mx | | |
| glaces | X | | | X | | | |
| île flottante | | | X | X | | | |
| Les laitages sont parfois agrémentés avec d'autres ingrédients: | | | | | | | |
| coulis de fruits (fraise, abricot, fruits rouges) | X | | | X | | | |
| crème de marrons | X | | | X | | | |
| poudre d'amandes | X | | | X | | | |
| cannelle | X | | | X | | | |
| fraises tagada | X | | | ? | | | |
| coulis de chocolat | X | | | X | | | |
| coulis de caramel | X | | | X | | | |
| extrait de vanille | X | | | X | | | |
| gervita nature et aux fruits | X | | | X texture H | X texture Mx | | |
| crème de yaourt | X | | | X | | | |
| flans gélifiés | X | | | X | | | |
| sauveur chocolat | X | | | X | | | |
| compote | X | | | X | | | |
| riz au lait | X | | | X texture H | X texture Mx | | |
| Liste des fromages | | | | | | | |
| brie | X | | | X texture H | | X pour texture Mx | A cause de la croûte essentielle et du fait que ça colle au palet |
| camembert | X | | | X texture H | | X pour texture Mx | |
| munster | X | | | X texture H | | X pour texture Mx | |
| maroilles | X | | | X texture H | | X pour texture Mx | |
| chèvre | X | | | X | | X | |
| bûche du pilat | X | | | X texture H | | X pour texture Mx | |
| reblochon | X | | | X texture H | | X pour texture Mx | |
| tomme blanche | | X | | X texture H | | X pour texture Mx | |
| coulommiers | X | | | X texture H | | X pour texture Mx | |
| bleu | X | | | X | | | |
| tomme grise | | X | | X texture H | | X pour texture Mx | |
| emmental | | X | | X texture H | | X pour texture Mx | |
| hollande / Mimolette | | X | | X texture H | | X pour texture Mx | |
| pyrénées | | X | | X texture H | | X pour texture Mx | |
| fournolle | | | | X texture H | | X pour texture Mx | |
| pavé d'affinois | X | | | X texture H | | X pour texture Mx | |
| vache qui rit, | X | | | X | | | |
| kiri, | X | | | X | | | |
| samos, | X | | | X | | | |
| tartare, | X | | | X | | | |
| cantadou, | X | | | X | | | |
| rondelé, | X | | | X | | | |
| petit louis, | X | | | X | | | |
| chanteneige | X | | | X | | | |
| carré frais | X | | | X | | | |

LA COMPATIBILITÉ DES DESSERTS

| Pâtisseries | le point de vue du cuisinier | | | le point de vue de la diététicienne | | | | pourquoi |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------------------------------|--|-----------------------------|---|----------|
| | compatibilité immédiate | compatibilité avec adjuvant | incompatibilité | compatibilité immédiate | | Compatibilité avec adjuvant | incompatibilité | |
| | | | | Texture H | Texture Mx | | Texture Mx | |
| tarte au citron | X | | | X | possible selon les personnes | | X avec valorisation dressage (verrine...) | |
| moelleux au chocolat | X | | | X | | | | |
| tarte au flan | X | | | X | possible selon les personnes | | X avec valorisation dressage (verrine...) | |
| tarte normande | X | | | X | | | X avec valorisation dressage (verrine...) | |
| eclair | | | X | X | | | X avec valorisation dressage (verrine...) | |
| tarte au chocolat | X | | | X | possible selon les personnes | | X avec valorisation dressage (verrine...) | |
| tarte aux fruits | X | | | X | | | X avec valorisation dressage (verrine...) | |
| religieuse | | | X | X | | | | |
| bavarois | X | | | X | X | | | |
| tiramisu | X | | | X | X | | | |
| tropézienne | | | X | X | X | | | |
| tarte au sucre | | | X | X | X trempé dans du café (car plus sec que la tropézienne)! | | | |
| tarte aux prunes | X | | | X | | | | X |
| millefeuille | | | X | X | | | | X |
| tarte aux pommes | X | | | X | | | X avec valorisation dressage (verrine...) | |
| paris brest | | | X | X | | | | |
| beignet pommes | X | | | X | X trempé dans du café ! | | | |
| glace | X | | | X | X | | | |
| buchette moka | X | | | X | X | | | |

Remarque :

Toutes les pâtisseries se mixent. En revanche, dans certains cas, n'est-il pas préférable de proposer un produit de substitution ?

Par exemple, il est possible de proposer du flan pâtissier sans pâte à la place de la tarte au flan, de la mousse au chocolat à la place de la tarte au chocolat ou encore de la crème pâtissière à la place de la religieuse.

Il est préférable d'accompagner les plats avec des sauces relevées comme le beurre blanc et les huiles aromatisées aux herbes, de mettre des exhausteurs de goûts ou des matières grasses pour faciliter la déglutition.

Il est important à ce niveau de rappeler l'importance de la qualité du dressage pour offrir un « visuel » appétissant. Susciter l'envie de consommer, c'est contribuer à la prise des apports nutritionnels préconisés tout en apportant du « plaisir ».

LA COMPATIBILITÉ DES ASSAISONNEMENTS

| | <i>le point de vue du cuisinier</i> | | <i>le point de vue de la diététicienne</i> | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|----------------------|----------|
| | compatibilité immédiate | compatibilité avec adjuvant | compatibilité immédiate | compatibilité avec adjuvant | incompati- bilité | pourquoi |
| Vinaigres, huiles, assaisonnements | | | | | | |
| - Moutarde | X | | X | | | |
| - Harissa | X | | X | | | |
| - Ketchup | X | | X | | | |
| - Mayonnaise | X | | X | | | |
| - Vinaigre Xeres | X | | X | | | |
| - Vinaigre vin rouge | X | | X | | | |
| - Vinaigre vin blanc | X | | X | | | |
| - Vinaigre framboise | X | | X | | | |
| - Vinaigre d'alcool | X | | X | | | |
| - Vinaigre balsamique | X | | X | | | |
| sauce toute prête | X | | X | | | |
| - Cornichons | X | | | ? | | |
| - Olives vertes et noires | X | | | X | | |
| - Oignon blanc | X | | | X | | |
| - Câpres | X | | | X | | |
| - Huile d'olive | X | | X | | | |
| - Huile tournesol | X | | X | | | |
| - Huile de colza | X | | X | | | |
| - Huile d'arachide | X | | X | | | |

LA COMPATIBILITÉ DES CONDIMENTS

| Epices et herbes | compatibilité immédiate | compatibilité avec adjuvant | incompatibilité | pourquoi |
|--------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------|----------|
| - Sel | X | | | |
| - Poivre | X | | | |
| - Poivre vert | X | | | |
| - Ail | X | | | |
| - Basilic | X | | | |
| - Cannelle | X | | | |
| - Cerfeuil | X | | | |
| - Persil | X | | | |
| - Coriandre | X | | | |
| - Laurier | X | | | |
| - Thym | X | | | |
| - Paprika | X | | | |
| - Piment | X | | | |
| - 4 épices | X | | | |
| - Riz d'or | X | | | |
| - Colombo | X | | | |
| - Cumin | X | | | |
| - Tabasco | X | | | |
| - Curry | X | | | |
| - Muscade | X | | | |
| - Raz el Hanout | X | | | |
| - Béarnaise | X | | | |
| - pousse de soja | | | X | |
| - germe de poireau | | | X | |

LA COMPATIBILITÉ DES BOISSONS

| Boissons | compatibilité immédiate | compatibilité avec adjuvant | incompati- bilité | pourquoi |
|-----------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------|----------|
| limonade orange | X | | | |
| eau gazeuse | X | | | |
| eau plate | X | | | |



5 QUELLE MÉTHODOLOGIE POUR CRÉER SES PROPRES RECETTES DE TEXTURES MODIFIÉES ?

La démarche générale pour créer ses propres recettes de textures modifiées est la suivante :

...✚ Phase 0 : Pré-requis

Le projet (améliorer l'apport nutritionnel des personnes qui ne peuvent plus consommer les textures ordinaires) doit faire partie de la politique nutritionnelle de l'établissement et être validé par le CLAN ou les institutions.

...✚ Phase 1 : Pilotage et communication du projet

- Créer un groupe de travail pluridisciplinaire et en définir les membres : diététique, services de soins, cuisine, clientèle
- Manager le projet pendant toutes les étapes

...✚ Phase 2 : Définition du projet nutritionnel

- Définir l'apport nutritionnel nécessaire au regard de la politique nationale de l'alimentation
- Identifier et repérer les carences nutritionnelles des populations
- Sélectionner les catégories de mets les plus appréciées

...✚ Phase 3 : Organisation de la fabrication

- Organiser la mise en œuvre
- Rédiger et valoriser la fiche technique
- Rédiger la fiche de dégustation (voir exemple en annexe)
- Déguster la recette avec les soignants et si possible avec les patients
- Faire les ajustements (mode de fabrication, choix des produits, de dressage...)

...✚ Phase 4 : Retour clients / soignants

- Tester la recette sur un service
- Déployer la recette sur tout l'établissement
- Mettre en place un questionnaire de satisfaction par service pour interviewer la clientèle et recueillir l'avis des soignants

...✚ Phase 5 : Consolidation

- Traiter les retours du questionnaire et consolider la recette si nécessaire
- Présenter le bilan à la direction et au CLAN (ou institutions associées)
- Former les agents : service de restauration et service de soins
- Passer à la catégorie de mets suivante

Elle est illustrée par la démarche mise en œuvre au sein du Centre Hospitalier de Mortain qui incluait également un comparatif avec les produits de l'agroalimentaire. Les grilles utilisées sont détaillées dans le chapitre « Maîtriser l'évolution des coûts ».

...✚ **Phase 1** : Définir l'objectif

...✚ **Phase 2** : Recenser les besoins

- Les composants
 - Hors-d'œuvre mixé (repas du midi)
 - Viande hachée (repas du soir)
 - Viande mixée (repas du soir)
- Les quantités
- Définir des critères de sélection
- Descriptif du produit
- Dénomination du produit
- Sous quelle forme : son stade d'élaboration
- Produit brut
- Cuit sous vide
- Surgelé

...✚ **Phase 3** : Recenser les produits disponibles au marché et hors marché auprès des fournisseurs

La démarche auprès des fournisseurs comprend :

- Un appel téléphonique
- Une rencontre avec le délégué commercial
- La réception des échantillons

...✚ **Phase 4** : Élaborer des tests

Les tests sont réalisés en cuisine et auprès des services de soins.

- Tests en cuisine (responsable restauration, un cuisinier et la diététicienne) à l'aide du document fiche identification du produit.
- Produit remis au service de soins avec une enquête de satisfaction
- Recensement des enquêtes.

...✚ **Phase 5** : Analyses des données.

- Étudier les résultats des enquêtes
- Établir un comparatif des différents produits selon les points suivants :
 - Qualitatif (le produit ; la satisfaction des résidents)
 - Économique (prix au kilogramme et par portion)
 - Mise en œuvre (en cuisine et à la distribution dans les services)
 - Respect de la réglementation HACCP
 - Nutritionnel.

...✚ **Phase 6** : Présentation à la direction

...✚ **Phase 7** : Faire un choix

...✚ **Phase 8** : Informer les fournisseurs du choix retenu

La démarche mise en œuvre au sein du Centre Hospitalier de la Dracenie était la suivante :

...✚ **Pré-requis** :

- Définir les membres du groupe de travail : cadre supérieur de santé, cadre de santé, infirmière, aide-soignantes, une diététicienne, trois cuisiniers
- Repérer les carences nutritionnelles des populations : réunion sur la dénutrition des personnes âgées de la maison de retraite mensuellement : mise en évidence des problèmes de dénutrition

...✚ **Déroulement** :

- Une à trois réunions sur les idées avec les cuisiniers sur les plats qui pourraient être réalisés (aliments qui pourraient enrichir les plats déjà au menu)
- Une fois par semaine, test des recettes avec le service diététique et la cuisine pendant 1 mois
- Un test avec les membres du groupe de travail (avis donnés, modifications réalisées) + environ trois réunions pour analyser la problématique par la suite
- test avec un service de la maison de retraite pendant 7 repas le midi (2 semaines)
- recueil de l'avis des résidents
- test au niveau de tous les services de la maison de retraite (feuille donnée afin de noter l'avis des résidents et des soignants) pendant 1 mois environ
- mise en place en MCO

...✚ **Durée** : 6 mois

6

LES 150 RECETTES DE TEXTURES MODIFIÉES DES CENTRES HOSPITALIERS

Les recettes sont détaillées dans un volume à part disponible
en téléchargement sur le site de l'ANAP : www.anap.fr.



7 ANNEXES

EPP « RISQUE NUTRITIONNEL ET TROUBLES DE LA DÉGLUTITION »

Cette évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été conduite en 2006 et 2007 par les professionnels de la cellule déglutition du Centre Hospitalier Paul Coste Floret de Lamalou-les-bains.

PRÉSENTATION DU PROJET « EPP45 »

Le risque nutritionnel chez le patient porteur de troubles de la déglutition fait l'objet, depuis longtemps, d'une attention soutenue dans le secteur d'éveil et de post-réanimation du Centre Hospitalier Paul Coste Floret.

Parmi les actions fortes, 1991 a vu le développement in situ de la technique d'endoscopie du carrefour aérodigestif, et d'autre part, dès 1998, la formation spécifique des agents intéressés par le suivi des troubles de la déglutition.

Parallèlement, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), dans sa dernière version, insistait sur l'importance de l'évaluation de la déglutition dans la rééducation neurologique spécialisée. Incitation qui a amené l'unité des cérébrolésés à structurer une cellule « Déglutition/Nutrition ».

L'EPP 45 A, sur le thème « risque nutritionnel et troubles de la déglutition », a été dans ce contexte de tradition et d'incitation, l'occasion de codifier les modalités de la prise en charge des troubles de la déglutition et d'en tracer les actions.

À ce premier axe d'amélioration, suivaient :

- ...✚ Une enquête de notoriété menée auprès des agents du service, relative à l'action de la cellule Déglutition / Nutrition dans le service des cérébrolésés ;
- ...✚ La réalisation d'un livret d'informations remis à tout nouvel arrivant ;
- ...✚ La demande d'insertion dans le dossier patient, d'un sous-dossier de spécialités rassemblant tous les éléments-qualité de la prise en charge des troubles de la déglutition ;
- ...✚ L'extension de la formation spécifique à l'ensemble des acteurs de la cellule Déglutition / Nutrition (infirmiers libéraux, orthophonistes, diététiciens...) et aux agents de l'unité des cérébrolésés intéressés par la question.

Dans le cadre de cette EPP, différentes fiches d'évaluations ont été mise en œuvre :

- ...✚ Évaluation de la voie orale – bilan clinique ;
- ...✚ Évaluation de la voie orale – tests nutritionnels ;
- ...✚ Fiche individuelle de surveillance du repas ;
- ...✚ Transit baryté oro-pharyngé ;

Elles sont données ci-dessous.

EVALUATION DE LA VOIE ORALE
Etape 1 : bilan clinique

NOM Prénom : _____ Bilan du _____

BILAN DE LA SPHERE ORL

Lèvres

Occlusion complète ----- OUI NO incomplète ---D- OUI NO G- OUI NO
 Pas d'anomalie ----- OUI NO dystonie ----- OUI NO hypotonie ----- OUI NO
 Bavage ----- OUI NO

Paralysie faciale

Centrale ---D- OUI NO G- OUI NO Périphérique --D- OUI NO G- OUI NO

Mâchoires

Ouverture volontaire ----- OUI NO limitée ----- OUI NO
 Fermeture volontaire ----- OUI NO limitée -- OUI NO Trismus --- OUI NO

Denture

Normale --- OUI NO Prothèse ----- OUI NO Edentation--- OUI NO
 Béance inter-dentaire ----- OUI NO

Langue

Protusion ----- OUI NO limitée ----- OUI NO déviée ----- D G
 Elévation ----- OUI NO Mouvement latéral ----- OUI NO D G

Carrefour aéro-digestif

Contraction du voile - OUI NO symétrique --- OUI NO Réflexe nauséeux ----- OUI NO
 Vocalisation ----- OUI NO Nasonnement ----- OUI NO Reflux nasopharyngé----- OUI NO
 Ascension du larynx tonique ----- OUI NO
 Déglutition salivaire spontanée ----- OUI NO à la commande ----- OUI NO
 Fausse route manifeste ----- OUI NO

ÉVALUATION DE LA VOIE ORALE
Etape 1 : bilan clinique (suite)

NOM Prénom : _____ Bilan du _____

BILAN RESPIRATOIRE

Inspiration profonde - OUI NO - Expiration prolongée OUI NO
 Apnée ----- OUI NO Durée ----- mn Secondes
 Toux ----- OUI NO Efficace ----- OUI NO A retardement ----- OUI NO
 Bronchorrhée ----- OUI NO Salivaire ----- OUI NO Mixte ----- OUI NO

TONUS

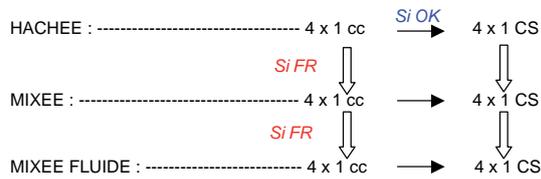
Tronc normal ----- OUI NO Effondré ----- OUI NO Dystonique ----- OUI NO
 Port de tête normal ----- OUI NO Effondré ----- OUI NO Dystonique - OUI NO

REMARQUES / CONCLUSION

EVALUATION DE LA VOIE ORALE
Etape 2 ou Tests nutritionnels

Nom - Prénom : _____ Date : _____

→ **TEXTURE ALIMENTAIRE (force)**

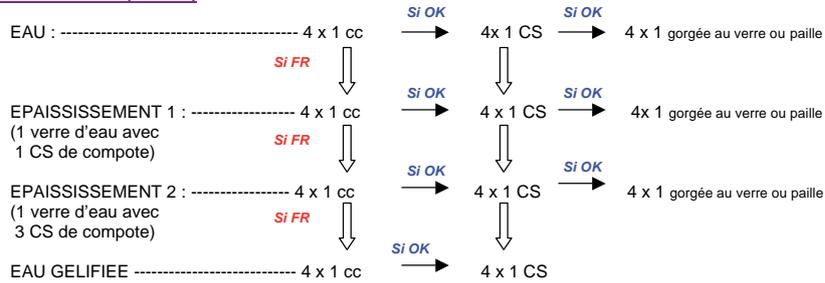


→ **SAVEUR / SENTEUR**

agueusie ---- Oui Non anosmie ---- Oui Non instable ---- Oui Non

reconnaît le salé ---- Oui Non sucré ---- Oui Non

→ **HYDRATATION (vitesse)**



→ **COMPORTEMENT**

Participation spontanée, bonne OUI NO fluctuante OUI NO absente ---- OUI NO

Participation à la commande ---- OUI NO sur imitation ---- OUI NO

Reconnaissance des aliments mnésique OUI NO visuelle ---- OUI NO gustative ---- OUI NO olfactive ---- OUI NO

Héminégligence : ---- OUI NO Troubles attentionnels ---- OUI NO

Gloutonnerie ---- OUI NO Précipitation ---- OUI NO

Refus/indifférence ---- OUI NO Plaisir ---- OUI NO

→ **CONCLUSION**

Texture : hachée ---- " mixée ---- " mixée fluide ---- "

Hydratation : eau ---- " eau épaissie ---- " eau gélifiée ---- "

Aide nécessaire Oui Non Laquelle _____

Oui Non

Posture nécessaire _____ Laquelle _____

Consigne nécessaire : Oui Non laquelle : _____

FICHE INDIVIDUELLE DE SURVEILLANCE DU REPAS

NOM Prénom _____ Date de naissance _____ Age _____
 Date d'observation ____ / ____ / ____ Horaire du repas ____ h ____ SaO2 avant le repas _____

Conditions du repas

Repas avec isolement, calme et concentration OUI NON
 Repas avec distraction, ambiance OUI NON
 Repas après exercice physique OUI NON

Existence d'une toux

Pendant le repas jamais au début en cours en fin
 A la salive OUI NON
 Aux liquides OUI NON
 Aux solides OUI NON
 Nombre de toux 0 2 à 3 plus de 3
 Toux tardive OUI NON < à 5mn De 5 à 15 mn > à 15 mn

Caractéristiques de la toux

Simple raclement de gorge OUI NON
 Quinte de toux faible efficace asphyxiante
 Nécessité d'aspiration pharyngée OUI NON
 Saturation gazeuse après toux

Incidence de la fausse route

Repas poursuivi abandonné
 Boisson aucune moins d'un verre 1 à 2 verres plus de 2 verres
 Nutrition aucune ¼ du repas prévu ½ du repas prévu repas entier

Commentaire éventuel

.....

TRANSIT BARYTE ORO-PHARYNGE

DU

NOM _____ Prénom _____ Date de naissance _____

CONDITIONS D'EXAMEN

Transit baryté réalisé sous oxygène Oui Non avec SNG Oui Non
 Nature du bolus : fromage crème dessert gastrographine

RESULTATS DU TEMPS ORAL

Incontinence Oui Non Stagnation -- Oui Non Appétence Oui Non Glotonnerie -- Oui Non
 bucco-labiale..... orale
 Mastication Oui Non spontanée ? Initialisation de la déglutition spontanée ?
 insalivation ou stimulée ---- à la commande.....

RESULTATS DU TEMPS PHARYNGIEN

De profil

Le réflexe de déglutition est :

- retardé par rapport au franchissement du V lingual Oui Non Point de départ Le V lingual La face antérieure de l'épiglotte La région sous-épiglottique
- Générateur de reflux nasopharyngé Oui Non
- Parétique (accompagné d'une stase résiduelle) Oui Non

La stase résiduelle:

- Imprègne le sillon glosso-épiglottique -- Oui Non imprègne les contours du larynx -- Oui Non
- Négligeable Oui Non tolérée -- Oui Non Corrigée par antéflexion céphalique -- Oui Non
- Résorbée après déglutitions spontanées Oui Non à la commande (aréflexie) Oui Non
- Nombre de déglutition utiles

De face

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------|-----|--------|-----|-------------------------------------|--------|-----|--------|-----|
| Stase du sinus piriforme | DROIT | | GAUCHE | | corrigée par rotation céphalique | DROITE | | GAUCHE | |
| | Oui | Non | Oui | Non | | Oui | Non | Oui | Non |

Le trajet du bolus est latéralisé à -----

| | | |
|--------|--------|-------------|
| Droite | Gauche | Indifférent |
|--------|--------|-------------|

TEMPS OESOPHAGIEN

Recherche non obligatoire, guidée par les ATCD (hernie hiatale, reflux...) ou la notion d'oesophagite de reflux en réanimation. L'intérêt du bilan réside dans la prévention de l'inhalation du reflux. Il sera complété au besoin par une gastro-fibroscopie.

Retard d'évacuation du 1/3 inférieur Oui Non

Anomalie de la jonction cardio-tubérositaire (Reflux +++) Oui Non

SYNTHESE**Le transit baryté révèle :**

Un temps oral physiologique Oui Non efficace Oui Non

Une déglutition Complète Parétiquée à déclenchement Physiologique Retardé

Avec fausse route directe Oui Non à la reprise inspiratoire Oui Non à distance de l'examen Oui Non

La fausse route déclenche une toux Oui Non efficace nécessitant une aspiration Oui Non

Un dysfonctionnement oesophagien Oui Non

REMARQUES

Fiche de communication liée au projet

Fiche technique IP6 - Info Risques Page 1 / 1

RFL Cérébrolésés

Info Risques !

Dans un service qui accueille des patients cérébrolésés, toute prise alimentaire (solide ou liquide) présente **un danger IMMEDIAT** en raison d'un risque de passage des aliments dans les poumons au lieu de l'estomac.



Dans notre service, des mesures particulières ont été prises pour sécuriser l'alimentation orale et assurer une nutrition adaptée.

Vous trouverez tous les renseignements utiles auprès :

- ü des agents en poste
- ü des membres de la cellule Déglutition Nutrition

La cellule Déglutition Nutrition

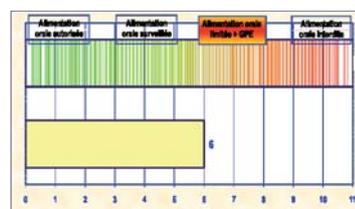
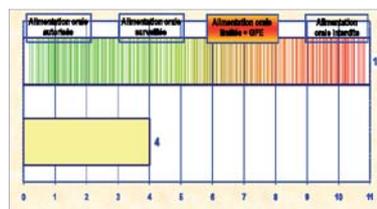


BENETTI Pascal, *Kinésithérapeute*
 BOURY Guy, *Aide Soignant*
 CRETAIN Sabine, *Orthophoniste*
 GEROTTO Christine, *Dietéticienne*
 HAMEL Véronique, *Cadre de Santé*
 LEJERI Laurence, *Infirmière*
 NOUGARET André, *Médecin*
 SAURAT Michel, *Manipulateur de Radiologie*

Auteur: Cellule DEGLUTITION / NUTRITION Création: 15/03/07 Mise à jour: 22/03/2007

Outil d'évaluation de la cellule déglutition

| BENEFICE RISQUE DE L'ALIMENTATION ORALE / CRITERES MEDICAUX | | | BENEFICE RISQUE DE L'ALIMENTATION ORALE / CRITERES ASIDE | | | |
|---|---|----------------|--|--|---|----|
| 1 | Troubles du comportement (agitation, douleur...) rendant les performances de la voie orale fluctuantes, non fiables | 0 | 1 | Desintérêt par rapport au repas (absence de plaisir lors de la mise en situation de repas) | 0 | |
| 2 | Hypovigilance, inversion rythme veille sommeil | 0 | 2 | Non reconnaissance des substrats nutritionnels (perte du signifiant, anosmie, aguesie) | 0 | |
| 3 | Troubles cognitifs (confusion, agitation, opposition...) | 1 | 3 | Anorexie | 1 | |
| 4 | Signes de déficiences oropharyngées (hyporéflexie vélo-palatine, toux inefficace) | 0 | 4 | Lenteur excessive des prises | 0 | |
| 5 | Etat de cachexie, séquelles de l'hypercatabolisme initial | 1 | 5 | Non respect du temps de mise en bouche: pas de mastication/malalivation (précipitation, glotonnerie) | 1 | |
| 6 | Parcours de soins avec séjour prolongé en réanimation intensive | 0 | 6 | Epuisement au moindre effort nutritionnel (abandon précoce du repas) | 0 | |
| 7 | Fatigabilité/épuisement à l'effort | 1 | 7 | Distractibilité | 1 | |
| 8 | Désaturation gazeuse de repos/oxygénéodépendance | 0 | 8 | Non respect/oubli des consignes | 2 | |
| 9 | Bronchorrhée (signe indirect d'hinalation) | 0 | 9 | Toux contemporaine de la prise orale | 0 | |
| 10 | Fausse routes rapportées par l'entourage ou testées par le médecin lors de l'examen d'entrée | 0 | 10 | Toux tardive, différée par rapport à la prise orale | 0 | |
| 11 | Etat buccodentaire (denture, aguesie/anosmie, mycose...) | 1 | 11 | Désaturation gazeuse au cours de l'effort nutritionnel | 1 | |
| | | Score effectif | 4 | Score effectif | | 6 |
| | | Score maximal | 11 | Score maximal | | 11 |



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PATIENTS POUR LES REPAS HACHÉS ET MIXÉS

Ce questionnaire a été réalisé par l'Établissement Public de Santé Alsace Nord.

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PATIENTS POUR LES REPAS HACHÉS ET MIXÉS

Date : Dénomination de l'unité :

Dans le cadre de l'organisation de la fonction restauration, un axe de travail consiste à réaliser des fiches techniques textures pour les plats mixés et hachés afin d'adapter la prestation aux besoins. Votre avis est essentiel.

A remplir par le personnel soignant selon les avis des patients. Une fois complété, le questionnaire est à retourner à la cuisine centrale. Merci.

- Est-ce que la quantité de viande suffit ?

| Repas HACHE | |
|-------------|-----|
| oui | non |

| Repas MIXE | |
|------------|-----|
| oui | non |
- Est-ce que la quantité de sauce du menu HACHE suffit ?

| Repas HACHE | |
|-------------|-----|
| oui | non |
- Est-ce que la consistance (granulométrie) correspond à la demande ?

| Repas HACHE | |
|-------------|-----|
| oui | non |

| Repas MIXE | |
|------------|-----|
| oui | non |

Si non, pourquoi ?
- Est-ce que l'assaisonnement est satisfaisant ?

| Repas HACHE | |
|-------------|-----|
| oui | non |

| Repas MIXE | |
|------------|-----|
| oui | non |
- Est-ce que dans l'ensemble, le plat a été apprécié ?

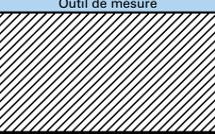
| Repas HACHE | |
|-------------|-----|
| oui | non |

| Repas MIXE | |
|------------|-----|
| oui | non |

Commentaires, Suggestions :

Merci de votre participation

FICHE DE RESPECT DES GRAMMAGES POUR LES SERVICES DU CENTRE HOSPITALIER DE LOCHES

| Type de plats | | PETITE PORTION | PORTION STANDARD |
|--|---|--|---|
| | | Outil de mesure | Outil de mesure |
| Légumes râpés, betteraves, champignons... |  |  |  BOMBÉE 80 g <i>Utiliser le bord du plat pour former le "bombé" sur la cuillère</i> |
| Entrée à base de féculent (lentilles, pomme de terre, riz, macédoine...) |  |  |  PLEINE 60 g |
| PURÉE |  |  PLEINE 100 à 120 g |  BOMBÉE 180 à 220 g <i>Utiliser le bord du plat pour former le "bombé" sur la cuillère</i> |
| LÉGUMES VERTS CAROTTES |  |  PLEINE 80 à 100 g |  x 2 2 PLEINES 140 à 160 g |

FICHE DE DÉGUSTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE LOCHES

Nom de l'unité de soins :

Date :

Nom du plat :

Personnes présentes :

| | Pas satisfaisant du tout | Peu satisfaisant | Assez satisfaisant | Très satisfaisant |
|--|--------------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| aspect | | | | |
| présentation | | | | |
| quantité | | | | |
| couleur | | | | |
| odeur | | | | |
| goût | | | | |
| texture | | | | |
| consistance | | | | |
| jutosité | | | | |
| homogénéisation | | | | |
| onctuosité | | | | |
| viscosité | | | | |
| température | | | | |
| très insuffisant (pf supérieur à 15°C et pc inférieur à 63°C) | | | | |
| insuffisant (pf supérieur à 10°C et pc égal à 63°C) | | | | |
| excessif (pf inférieur à 2°C et pc supérieur à 80°C) | | | | |
| correct (pf inférieur à 10°C et pc supérieur à 63°C) | | | | |
| cuisson | | | | |
| très insuffisant | | | | |
| insuffisant | | | | |
| excessif | | | | |
| correct | | | | |
| assaisonnement | | | | |
| excessif | | | | |
| très insuffisant | | | | |
| insuffisant | | | | |
| correct | | | | |
| mise en œuvre | | | | |
| facilité de mise en œuvre en cuisine | | | | |
| facilité de dressage en unités de vie | | | | |
| degré de satisfaction | | | | |
| satisfaction de la clientèle | | | | |
| satisfaction des soignants | | | | |
| Indications financières | | | | |
| observations et suggestions d'actions correctives | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(pf) préparation froide

(pc) plat cuisiné

8

GLOSSAIRE

AFSSA • Agence française de sécurité sanitaire des aliments

AFDN • Association française des diététiciens nutritionnistes

APEI • Association de parents pour l'enfance inadaptée

AOP • Appellation d'origine protégée

AS • Aide-soignante

AVC • Accident vasculaire cérébral

CESAP • Comité d'étude et de soins aux polyhandicapés

CLAN • Comité de liaison alimentation nutrition

CNA • Conseil national de l'alimentation

CNAC • Conseil national des arts culinaires

DDAS • Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DDPP • Direction départementale de la protection des populations

DGAL • Direction générale de l'alimentation

DGCCRF • Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

DGS • Direction générale de la santé

EPP • Évaluation des pratiques professionnelles

FAO • Food and agriculture organization

FR • Fausse route

GEMRCN • Groupe d'étude des marchés de restauration collective et de nutrition

HAS • Haute autorité de santé

IDE • Infirmière diplômée d'état

IGP • Indication géographique protégée

MAAP • Ministère de l'agriculture, de l'alimentation et de la pêche

MNA • Mini nutritional assessment

Mx • Mixé

OQALI • Observatoire de la qualité de l'alimentation

PEC • Prise en charge

PNA • Programme national pour l'alimentation

PNNS • Programme national nutrition santé

SSO • Sphincter supérieur de l'œsophage

UDIHR • Union des ingénieurs hospitaliers en restauration

9

REMERCIEMENTS

Ont contribué à la réalisation de cet ouvrage :

Madame FERRY Monique, Gériatre et nutritionniste
Madame JEANNIER Céline, Diététicienne

APEI Douai

Madame BENIGNI Irène, Diététicienne

AP-HP Centre Hospitalier Vaugirard (Paris)

Madame NOAH Martine, Responsable restauration

Centre Hospitalier de Bayonne

Monsieur GARRIGUE Hervé, Responsable cuisine

Centre Hospitalier de Dijon

Madame GROSCLAUDE Valérie, Responsable Qualité Restauration

Centre Hospitalier de Draguignan

Madame FEIRA Marie-Pierre, Diététicienne
Madame ISNARD Odile, Cadre de santé
Madame LEDANT Corinne, Cadre de santé
Monsieur TRUC Alain, Pâtissier
Monsieur NARDELLI Éric, Cuisinier

Centre Hospitalier de Feurs

Madame BEROU D Annick, Diététicienne
Monsieur MONCHOVET Jean-Louis, Chef de cuisine

Centre Hospitalier Georges Mazurelle de la Roche sur Yon

Monsieur TURQUETI Henri, Responsable restauration
Madame ELUERE Christine, Diététicienne

Centre Hospitalier de Lamalou les Bains

Madame GEROTTO Christine, Diététicienne
Docteur NOUGARET André, Praticien hospitalier

Centre Hospitalier du Mans

Madame AUBERT Martine, Cadre de santé responsable de l'Équipe Diététique-Nutrition
Monsieur GIRARD Didier, Ingénieur restauration – Président de l'UDIHR

Centre Hospitalier de Loches

Madame ADELE Monica, Responsable achats
Madame CASSE Julia, Diététicienne
Monsieur DAGNAS Dominique, Responsable cuisine
Madame FILLON Martine, Diététicienne
Madame GILLET Christine, Cadre de santé

Centre Hospitalier de Montluçon

Madame DELORME Christine, Responsable diététicienne

Centre Hospitalier de Mortain

Madame LEVILLAIN Céline, Responsable cuisine

Centre Hospitalier de Paimpol

Monsieur PRIGENT Jean-Yves, Responsable cuisine

Centre Hospitalier de Quimper

Monsieur AMIGON François, Ingénieur restauration
Monsieur NICOLAS Bernard, Responsable de production
Monsieur PERRON Christophe, Adjoint responsable de production

Centre Hospitalier de Saint Brice en Cogles et Antrain

Monsieur DESPEAUX Jacques, Chef de cuisine

Centre Hospitalier de Saint-Brieuc

Madame LE MARECHAL Clara, Technicien supérieur
Monsieur NABUCET Raymond, Ingénieur restauration, Service diététique

Centre Hospitalier Chrétien de Liège (Belgique)

Monsieur GASPARD Philippe, Responsable de production
Monsieur HOUGRAND Alain, Ingénieur restauration
Madame LE JEUNE Hélène, Diététicienne
Madame POLAIN Bernadette, Logopède / orthophoniste

Centre Hospitalier Universitaire de Clermont Ferrand

Monsieur LESOURD Bruno, Gériatre nutritionniste

Centre Hospitalier Universitaire de Lille

Madame PARMENTIER Isabelle, Cadre Supérieur Diététicien –
 Présidente de l'AFDN
Monsieur SEVIN Bruno, Responsable de production

Clinique Saint-Hélier (Rennes)

Monsieur DAUMER Gilbert, Responsable cuisine
Monsieur FRUCHARD Stéphane, Orthophoniste
Madame TRINH Cécile, Orthophoniste

Clinique Saint-Yves (Rennes)

Monsieur ERTZSCHEID Pierre, Responsable restauration,
 Personnel du Service diététique

Clinique Saint François (Nice)

Madame GUERIN Valentine, Directrice adjointe
Madame TROISIEME Laurianne, Adjointe Qualité

Clinique Saint Joseph (Marseille)

Monsieur MASURE Patrick, Responsable Hôtelier

Cuisine Puissance 9

Monsieur THUILLIER Didier, Directeur

GIP Penthèvre Lamballe

Monsieur GELE Bruno, Directeur du GIP
Monsieur RAULT Pascal, Responsable restauration

GIP Vitalys Pluguffan

Monsieur AMIGON François, Ingénieur restauration
Monsieur NICOLAS Bernard, Responsable de production
Monsieur PERRON Christophe, Adjoint Responsable de production

Hôpital Arthur Gardiner (Dinard)

Monsieur PICHON Gilles, Responsable cuisine

Hôpital local de Saint Symphorien sur Coise

Monsieur PHILIS Eric, Chef de cuisine

Hôpital Saint Thomas de Villeneuve bain de Bretagne

Monsieur NOUET Raymond, Directeur de la logistique
Monsieur ROUAUD Laurent, Chef de cuisine

Institut Curie (Paris)

Madame ROYER-GARABIGE Valérie, Diététicienne

Les Grands Chênes - Saint Denis Saint Maur

Madame BERTHELOT Nathalie, Responsable restauration
Monsieur DEGANIS Jean-Marie, Chef de cuisine

Les Repas Santé (Beaune)

Monsieur LECOINTRE Frédéric, Directeur Général

Mandarin Oriental (Paris)

Monsieur MARX Thierry, Chef

Robot Coupe (Monceau les mines)

Monsieur DEMONCY Richard, Marketing

Les travaux ont été coordonnés par Sylvaine BOUQUEREL (Cabinet Sylvaine Bouquerel Conseil) avec la contribution active de Serge GIRAUD (SGI Sénior Consultant), Maurice VINCENT (MV Consultant), Éric COMMELIN et Sandrine AMIGON (Groupe EC6) ainsi que Jean Philippe CLAUDE et Céline LEGRAND (Vethyqua).

10

BIBLIOGRAPHIE

The Mixer Bible : Second Édition

Meredith DEEDS, Carla SNYDER

Édition Robert Rose

125 food processor recipies

George GEARY

Édition Robert Rose

The blender bible

Andrew CHASE, Nicole YOUNG

Édition Robert Rose

The smoothies bible

Pat CROCKER

Édition Robert Rose

Cuisiner le plaisir

UDIHR

Édition EHESP

Traité de nutrition de la personne âgée

*Xavier HÈBUTERNE, Emmanuel ALIX,
Agathe RAYNAUD-SIMON, Bruno VELLAS*

Édition Springer

Nutrition et vieillissement : recherche et pratique clinique

E. ALIX

Édition Serdi éditions

Nutrition de la personne âgée

*Monique FERRY, Emmanuel ALIX, Patrice BROCKER,
Thierry CONSTANS, Bruno LESOURD, D. MISCHLICH,
P. PFITZENMEYER, B. VELLAS*

Tous à table

T.N. WILLING

Édition APF

Autour des repas des personnes âgées

Marie-France BENOIS

Édition Doc édition

Nutrition et alimentation de la personne âgée

Institut Danone

Restauration et gastronomie pour les personnes âgées en institution

Yves VAN DE CALSEYDE

BPI

Guide de la prise en charge alimentaire des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

À paraître

Édition EHESP

11

RÉFÉRENCES FOURNISSEURS

(LISTE NON EXHAUSTIVE)

Industriels de l'agroalimentaire proposant des plats en textures modifiées

Repas Santé

rue Y.B. Burgalat
21200 BEAUNE

GM Nutrition

ZI de Blactot
50500 CARENTAN

DLG Daniel Loiseau Gamme

6 rue du Moulin à Cailloux
BP 509
94577 ORLY CEDEX

Davigel

www.davigel.fr

Pascal LAMBRÉ CTM

2 rue des Olivier de Serres
La Metrie
35850 ROMILLE

Fournisseurs de matériel pour la réalisation de plats en textures modifiées

Robot COUPE

12 avenue du Maréchal Leclerc – BP 134
71305 MONTCEAU EN BOURGOGNE CEDEX

Electrolux Grandes cuisines

43 Avenue Félix Louat
60300 SENLIS

Formateurs en process et réalisation de textures modifiées

Didier THUILLIER, Cuisine puissance 9 Société DTC9

506 chemin de Pourat
82100 CASTELSARRASIN

Frédéric DUSART Lycée hôtelier de Chamalières

Voie romaine
63400 CHAMALÈRES

Quand la population accueillie par les établissements sanitaires ou médico-sociaux requiert des textures adaptées à leur capacité d'alimentation, il convient de lui proposer des repas en phase avec ses besoins sans oublier la notion de « plaisir ».

Destiné aux soignants comme aux cuisiniers des établissements, ce document présente des retours d'expériences issus des professionnels.

1

**DES
ÉTABLISSEMENTS
TRANSFORMÉS**

2

**DES PROCESSUS
DE PRODUCTION
EFFICIENTS**

3

**DES PARCOURS
DE PERSONNES
OPTIMISÉS**

4

**DES RESSOURCES
HUMAINES
VALORISÉES**

5

**DES INVESTIS-
SEMENTS
EFFICACES**

6

**UNE CULTURE
PARTAGÉE
DE LA
PERFORMANCE**

Ce document s'inscrit dans le cadre du levier n°2, « Des processus de production efficients ».