

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL

sur le postulat Catherine Roulet et consorts pour le maintien d'une alimentation équilibrée et d'un bon accompagnement en EMS

Rappel

Le risque de dénutrition de la personne âgée est un fait maintenant bien connu et des enquêtes ont d'ailleurs montré l'influence négative d'une alimentation ou d'un apport en liquide déséquilibré et/ou insuffisant. La dénutrition des personnes âgées vivant à domicile touche entre 5 à 10% d'entre elles. Par contre, pour celles entrant à l'hôpital ou en EMS, 1 sur 2 souffre de dénutrition. On constate au travers de ces chiffres que dès que la perte d'autonomie pointe, la dénutrition augmente. La dénutrition est un signe de souffrance (maladie, déprime, solitude...) et expose la personne à une diminution de ses défenses immunitaires, donc à un risque élevé d'infections. Elle l'expose également aux chutes, donc aux fractures et à tout leur cortège de souffrances. Cette souffrance a aussi un coût important. La dénutrition n'est pas une fatalité, mais doit se soigner ou, mieux encore, se prévenir. La perte de poids de la personne âgée, qui s'associe le plus souvent à une perte de muscle, est le plus souvent irréversible. Un bon nombre d'EMS est conscient de cette problématique et agit le plus souvent dans le sens d'une bonne alimentation. Mais il est à préciser qu'une bonne alimentation seule ne suffit pas, qu'il faut encore avoir de l'appétit et que ce qui est dans l'assiette soit mangé. L'accompagnement — activités à l'intérieur ou ballade pour stimuler l'appétit, aide pendant le repas en cas de handicap — doit se pratiquer afin d'éviter la sédentarité, la difficulté de manger ou le manque d'appétit. Augmentation du tarif SOHO (forfait socio-hôtelier propre à l'EMS). Malheureusement, avec l'augmentation du prix de l'alimentation, tous ces efforts risquent d'être partiellement stoppés. Fin 2007, les prix des aliments de base prennent l'ascenseur :

- Produits céréaliers : +12%
- Produits laitiers : +10%
- Viande : +8%
- Poisson : +24%
- Fruits : +10%
- Légumes : +13%
- Moyenne : +13%

Source : Pistor et Scana, grossiste suisse, prix au 15.11.2007. Selon des prévisions, de nouvelles hausses auront encore lieu en 2008 qui grèveront davantage encore les budgets des EMS. En 2003, la Commission technique de révision du coût de l'alimentation SOHO a proposé un tarif journalier tenant compte :

- de l'augmentation du coût de la vie

- des besoins nutritionnels des résidents du 4e âge (première fois dans l'histoire).

Ce tarif n'a été mis en vigueur qu'en 2006. Le tarif alimentaire SOHO ne prévoit une augmentation que de 5% d'adaptation au renchérissement ! Au vu des augmentations, on le constate, cette adaptation est insuffisante. Comment vont réagir les EMS ? Certes, la majorité veillera à ne baisser la qualité de l'alimentation, mais fera plutôt des coupes dans l'animation et/ou l'accompagnement. Cette réaction, qui semble logique, va néanmoins à l'encontre d'une prise en charge globale de la personne âgée. Pour éviter la sédentarité et stimuler l'appétit, il est nécessaire d'avoir un minimum d'activités, de sortir, de bouger. Et pour les personnes ayant des difficultés à manger ou manquant d'appétit, l'accompagnement est primordial pour éviter une dénutrition. Sinon, même la "bonne" assiette ne sera pas consommée. C'est malheureusement un manque de connaissance de cette globalité que de ne prévoir uniquement ce que l'on met dans l'assiette. En résumé :

- *Le déficit est durable.*
- *Une diminution des prestations alimentaires aux résident-es est prévisible.*
- *La répercussion sur la couverture des besoins nutritionnels est inéluctable.*
- *Cela constitue un risque important pour la santé de personnes âgées fragiles.*
- *Le risque de dénutrition est augmenté.*
- *La répercussion sur le coût des soins à charge de la collectivité est programmée.*

Au travers de cette motion, et vu qu'une commission paritaire planche en ce moment sur le sujet, je demande au Conseil d'Etat de revoir, de manière urgente, le tarif SOHO alimentation 2008 en tenant compte des augmentations 2007 et 2008. D'autre part, une formation des cadres d'EMS sur la nutrition de la personne âgée est indispensable, afin qu'elles et ils aient une bonne connaissance de cette globalité des personnes ayant atteint le 4e âge.

1 RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL

1.1 Introduction

A tous les âges de la vie, une alimentation équilibrée est un facteur important de santé. Or, chez la personne âgée, de nombreux éléments associés au phénomène de vieillissement vont influencer la capacité à bien se nourrir et favoriser la survenue d'une dénutrition. Elle s'installe fréquemment chez toute personne qui perd du poids de manière involontaire.

En 2002, le Conseil de l'Europe rappelle que la dénutrition a des conséquences importantes sur les coûts de la santé, l'état de santé de la personne âgée et la qualité de vie. Sa prévalence est estimée entre 5 à 10% à domicile, 20 à 60% à l'hôpital, 30 à 60% en établissement médico-social et 26 à 35% en centre de traitement et de réadaptation au moment de l'admission (Public Health Committee. Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Health. Food and nutrition care in hospitals : how to prevent undernutrition – report and recommendations. Ad hoc group – nutrition programmes in hospitals. Partial Agreement in the Social and Public Health Field, Council of Europe. Paris : February 2002).

A la suite de ce rapport, la Commission fédérale de l'alimentation (COFA) a émis des recommandations sur la prise en charge hospitalière destinées à établir des standards concernant le dépistage et le suivi des patients ainsi qu'à promouvoir la formation du personnel soignant et du personnel de cuisine (La dénutrition à l'hôpital, Conclusions d'un groupe d'experts du Conseil de l'Europe et recommandations de la Commission fédérale de l'alimentation, OFSP, avril 2006).

Le 5^{ème} rapport sur la nutrition en Suisse réalisé sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en 2005 annonce que des mesures de prévention renforcées en matière de nutrition peuvent améliorer notablement l'état de santé de la population, augmenter la qualité de vie et faire baisser les coûts de la santé. Ainsi, des moyens mis en place pour éviter la dénutrition permettraient de diminuer

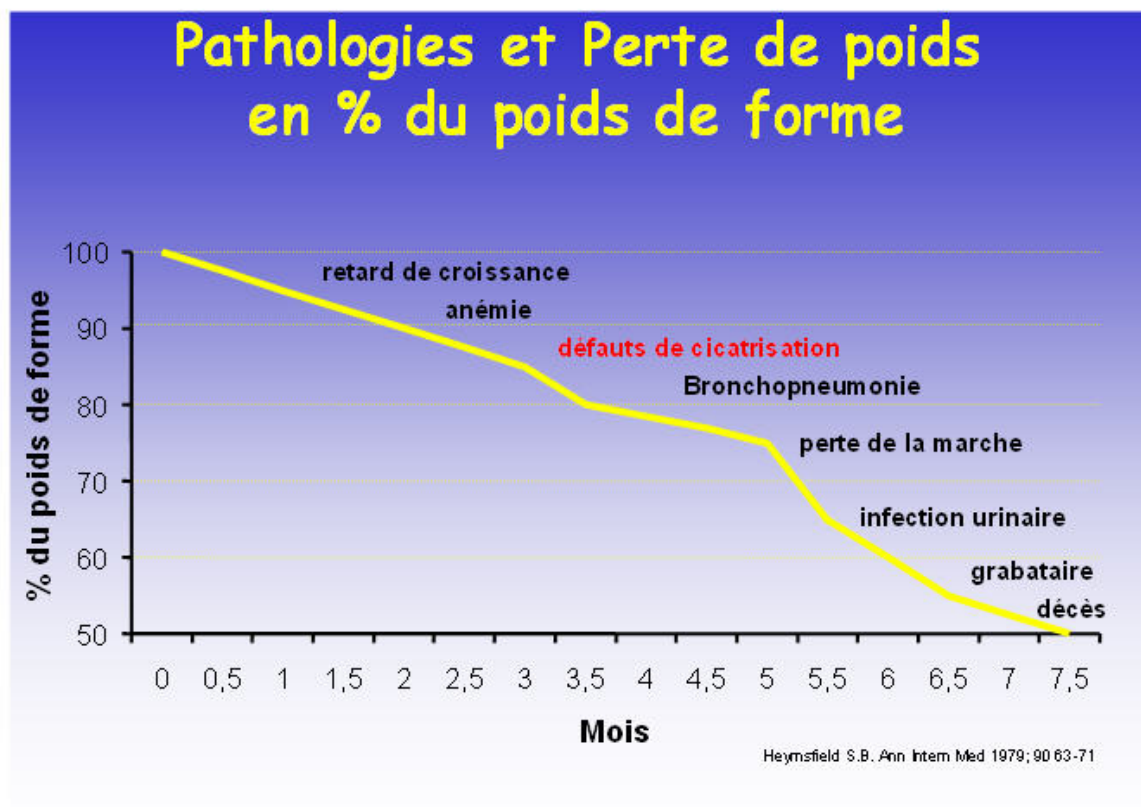
la fréquence des morbidités. Le 6^{ème} rapport est prévu pour fin 2012.

Ce rapport est disponible sur le site de l'OFSP, à l'adresse suivante :

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05208/index.html?lang=fr

Le document Prophagia - Consultation publique sur les conditions de vie des aînés présente une relation entre la dénutrition et les coûts de santé : *"Plusieurs ont bien documenté qu'il en coûte jusqu'à 75% plus cher pour prendre soin d'une personne dénutrie ; la personne âgée dénutrie sera hospitalisée plus souvent, aura probablement besoin d'hébergement et aura de fortes chances de mourir prématurément"* (www.prophagia.com).

Le graphique suivant illustre comment la perte de poids influence la santé des patients:



Les coûts engendrés par les morbidités illustrées sur le graphique ci-dessus sont certainement plus importants que ceux nécessaires à l'achat d'aliments plus adaptés et permettant de proposer des repas plus équilibrés à nos proches.

A l'heure actuelle, les EMS sont conscients de cette problématique et les constats suivants peuvent être faits:

- Près de 20 % des EMS disposent du label fourchette verte senior (32/166).
- Les cuisiniers ont la possibilité de suivre une formation complémentaire de cuisinier en diététique.
- Certains établissements mandatent des diététiciennes pour contrôler leurs menus ou pour les guider dans des prises en charges difficiles.

Néanmoins, l'effort doit se poursuivre pour introduire des dépistages de la dénutrition réguliers et un traitement de la dénutrition adéquat.

2 LE FINANCEMENT DE L'ALIMENTATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX RECONNUS D'INTÉRÊT PUBLIC

2.1 Le contexte du financement

Les prestations socio-hôtelières fournies par les établissements médico-sociaux pour répondre aux besoins physiques, psychiques et sociaux du résident sont définies dans un standard tel que prévu par l'article 26 de la loi d'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-sociale (LAPRAMS) et l'article 29 de son règlement d'application. Ces prestations, y compris leur quantité et leur fréquence déterminent, le tarif socio-hôtelier, qui est facturé au résident. Il l'assume en totalité ou obtient une aide des régimes sociaux en fonction de ses ressources financières, principalement des prestations complémentaires à l'AVS ou à l'AI.

Le standard socio-hôtelier a été établi entre 1996 et 1998 de manière partenariale entre l'Etat et les représentants des établissements médico-sociaux (AVDEMS, Federems et FHV). Ses modifications ou évolutions sont depuis discutées dans le cadre de la Convention socio-hôtelière passée entre le Département de la santé et de l'action sociale et les établissements représentés par leurs associations faitières. Chaque établissement adhère ensuite à titre individuel en ratifiant une annexe tarifaire.

2.2 La détermination du coût et du financement de l'alimentation

En 2003, une quinzaine de prestations constituant le standard ont été révisées dans le cadre de la Commission technique de révision du standard socio-hôtelier, dont l'alimentation. Un groupe de travail comprenant trois représentants des associations faitières et une représentante de la Coordination interservices des visites en EMS (CIVEMS) avait pour tâche de réviser la méthode de calcul du coût standard des marchandises prises en compte pour l'alimentation.

Le groupe de travail est parti des postulats suivants:

- Le budget tient compte de trois repas par jour et deux collations.
- Le problème de la couverture du besoin en vitamine C a été jugé important, raison pour laquelle le budget inclut 1,5 dl de jus d'orange.
- Les produits de type "suppléments nutritionnels" n'ont pas été pris en compte dans la mesure où il a été estimé par le groupe que le lien de cause à effet entre l'utilisation de ces produits et la réduction des traitements médicaux ultérieurs ne pouvait pas être établi avec précision et qu' *a fortiori* il n'était pas possible d'établir une règle générale concernant leur utilisation.
- L'évaluation est basée sur l'emploi de produits de 4^{ème} gamme (produits préparés, lavés, épluchés, coupés) et de 3^{ème} gamme (produits surgelés). Le surcoût engendré par ce type de produits par rapport aux produits frais non travaillés est compensé par la possibilité d'achats groupés sur l'ensemble des marchandises ainsi que par les gains de productivité (temps de préparation réduits), une réduction des autres frais d'exploitation (produits et heures de nettoyage, eau, électricité), un concept d'hygiène simplifié, voire une réduction des investissements (entretien des machines, cuisine et chambre froide plus petites).

Une évaluation grandeur nature a été menée avec un EMS de 76 lits durant cinq semaines (soit au total 35 petits déjeuners, 70 menus et 70 collations). L'analyse de la qualité nutritionnelle des repas a été établie au moyen de l'outil logiciel "CatchUp" qui permet de mesurer les apports d'une centaine de nutriments et différents taux pris sur la semaine. L'évaluation a montré que le coût des produits pour les repas et les boissons s'élevait à CHF 12.49 par jour en moyenne.

D'autre part, une grille décrivant l'apport alimentaire minimum quotidien a été élaborée par deux

diététiciennes de la CIVEMS. Elle tient compte des besoins nutritionnels spécifiques de la personne âgée. Cette grille est reprise dans une circulaire de 2006 relative à l'augmentation du financement (annexe 1 – Circulaire du 16 mai 2006).

Le groupe a finalement émis les recommandations suivantes concernant le financement :

1. augmenter de CHF 11.00 par jour à CHF 12.50 par jour le financement pour l'achat de produits alimentaires dès l'année 2004 ;
2. indexer ce montant annuellement dès l'année 2005 pour tenir compte de l'évolution des prix ;
3. considérer qu'il s'agit d'un financement global permettant de satisfaire les besoins nutritionnels des personnes âgées.

2.3 Le financement de l'alimentation depuis 2004

Historiquement, depuis 2001, le montant financé pour les boissons et l'alimentation représentait CHF 11.00 par jour et par résident.

La recommandation no 1 de la Commission technique chargée de réviser le standard socio-hôtelier (CHF 12.50 par jour) n'a pas été appliquée en 2004 ni en 2005 en raison des économies demandées aux EMS. Le financement a été maintenu à CHF 11.00 par jour au cours de ces deux années.

Le nouveau mécanisme a été appliqué pour la première fois pour les tarifs de l'année 2006. Le montant – initialement calculé pour l'année 2004 - a été indexé en tenant compte de l'indice des prix à la consommation – groupe alimentation et boissons non alcoolisées établis par l'Office fédéral de la statistique et portant le montant total à CHF 12.40. En 2006, les établissements ont donc vu le financement amélioré de CHF 1.40, soit 12.7%. Ils ont reçu une circulaire d'information mentionnant notamment la liste des groupes d'aliments et leur fréquence qui avait servi de base de calcul (annexe1 – Circulaire du 16 mai 2006 mentionnée plus haut).

Ce même mode de financement a été utilisé pour les tarifs des années 2007 et 2008 : le montant a été indexé selon l'indice d'octobre– groupe alimentation.

En décembre 2007, les associations faîtières d'EMS ont formulé des inquiétudes quant à l'évolution des prix de l'alimentation. Elles se sont notamment référées à des prévisions de hausses de prix communiquées par leurs grossistes. La Commission financière d'hébergement, qui est l'organe partenarial qui suit et discute des questions de financement des EMS, a mandaté un groupe de travail avec pour objectif de prévoir un mode de financement dans la situation où l'indexation du financement selon l'indice des prix (qui enregistre les hausses de l'année écoulée) ne permettrait manifestement pas de faire face à une augmentation prévisible des coûts de l'année à venir. Le groupe a rendu ses conclusions en juin 2008, en recommandant de s'en tenir à l'indexation selon l'indice OFS mais d'inclure dans les tarifs un éventuel montant complémentaire qui tienne compte des prévisions de hausses ou de baisses. Ce montant complémentaire serait toutefois provisoire et ferait l'objet d'une correction lors de l'établissement des tarifs de l'année suivante. Cette souplesse permet désormais de financer via les tarifs de l'année à venir une hausse exceptionnelle prévisible des coûts de l'alimentation.

Aucun montant complémentaire n'a été ajouté aux tarifs 2009 dès lors que l'indice des prix pour l'année écoulée représentait déjà une hausse de 3.9% (soit environ 1.1 million de francs supplémentaires pour le financement de l'alimentation dans les EMS vaudois). En revanche, les tarifs 2010 n'ont pas été diminués malgré une baisse de 2.9% de l'indice de référence (octobre 2008 à octobre 2009). Cette situation s'est reproduite au cours des années suivantes : le financement de l'alimentation est resté inchangé malgré une baisse de l'indice de 6.8% (octobre 2008 à octobre 2012).

Indice des prix et financement de l'alimentation

Le tableau et le graphique suivants résument l'évolution de l'indice des prix et du financement depuis 2003 :

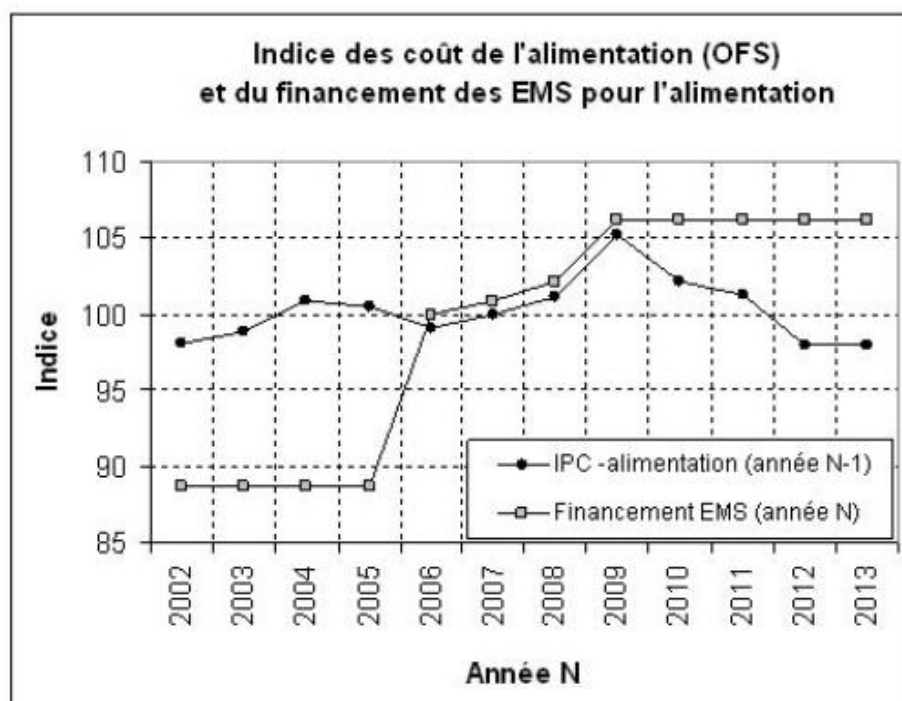
Indice OFS (octobre) alimentation et boissons non-alcoolisées				Financement de l'alimentation via les tarifs, pour l'année suivante		
Année	Indice	Augm. %		Année	Fr. /jour	Augm. %
2002	98.1		➔	2003	11.00	
2003	100.1	2.0%		2004	11.00	0.0% (1)
2004	99.7	-0.4%		2005	11.00	0.0% (1)
2005	98.3	-1.4%		2006	12.40	12.7% (2)
2006	99.2	0.9%		2007	12.51	0.9% (3)
2007	100.3	1.1%		2008	12.66	1.2% (3)
2008	104.3	4.0%		2009	13.17	4.0% (3)
2009	101.3	-2.9%		2010	13.17	0.0% (4)
2010	100.4	-0.9%		2011	13.17	0.0% (4)
2011	97.1	-3.3%		2012	13.17	0.0% (4)
2012 (sept)	97.2	0.1%		2013	13.17	0.0% (4)

(1) En 2004 et 2005, le financement n'a pas été augmenté en raison des mesures d'économie.

(2) En 2006, le financement a été mis à niveau sur la base d'un coût de CHF 12.50, base 2004.

(3) De 2007 à 2009, le financement a été indexé selon l'indice OFS.

(4) Depuis 2010, le financement est maintenu malgré une baisse de l'indice OFS.



Financement de l'alimentation dans les EMS.

En 2004 et 2005, le financement n'a pas été augmenté en raison des mesures d'économies. En 2006, le financement a été mis à niveau sur la base d'un coût de CHF 12.50, base 2004. De 2007 à 2009, le financement a été indexé selon l'indice OFS. Depuis 2010, le financement est maintenu malgré une baisse de l'indice OFS.

3 LE CONTRÔLE D'UNE ALIMENTATION ÉQUILIBRÉE DANS LES EMS

La coordination interservices de visites en EMS (CIVEMS) contrôle la qualité de la prise en charge en EMS et vérifie notamment qu'une alimentation équilibrée et adaptée est proposée aux résidents. Un diététicien fait partie de l'équipe de la CIVEMS depuis sa création en 1991. Le rôle de celui-ci a évolué : aujourd'hui le diététicien participe aux inspections des EMS. Depuis les années 2000, la CIVEMS compte une dotation de 0.6 EPT de diététicien.

3.1 Les nouvelles inspections (grille en annexe) de la CIVEMS incluent des critères en lien avec l'alimentation

En 2007, le Chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) a souhaité réorienter le processus d'inspection de la CIVEMS en introduisant un nouveau type d'inspection, les inspections ciblées.

Par ciblées, il faut entendre des visites plus courtes permettant d'augmenter la fréquence de la surveillance sur site et portant sur 5 normes centrées sur le respect de la dignité et de la sécurité des résidents d'EMS.

- Norme 1 : la dignité et l'intimité du résident sont préservées.
- Norme 2 : la sécurité est assurée et l'autonomie favorisée.
- Norme 3 : la communication, individuelle et collective, est respectueuse et favorisée.
- Norme 4 : l'EMS dispose d'un dossier individuel permettant la réalisation et l'évaluation des processus d'accompagnement. Des protocoles de référence / démarches institutionnelles actualisés sont appliqués individuellement aux résidents.
- Norme 5 : l'EMS respecte les exigences légales en matière de dotation et de qualification de personnel.

Le plaisir de manger a une grande importance chez les personnes âgées vivant en institution, population qui présente des risques de sous-alimentation et son cortège de conséquences sur le plan fonctionnel (dépendance dans les activités de la vie quotidienne, dégradation des fonctions intellectuelles), immunitaire (susceptibilité vis-à-vis des infections) et corporel (ostéoporose, fractures, escarres).

C'est pourquoi la CIVEMS est également attentive à la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire au travers des normes 1, 2 et 4. Pour que les critères en lien avec l'alimentation soient validés, il est nécessaire d'observer les points suivants :

- Les repas sont servis à des heures adaptées, dans un cadre propice et de manière séquencée.
- La présentation des plats est soignée.
- Les habitudes et goûts (culture et religion) des résidents sont respectés.
- L'offre alimentaire est équilibrée, adaptée aux capacités de chacun et permet de couvrir les besoins en vitamine C, en protéines, en calcium ainsi qu'en énergie.
- Le dépistage et le traitement de la dénutrition sont protocolés et appliqués.

En 2009, des critères en lien avec l'alimentation ont été ajoutés ou modifiés:

- 1.4 : *L'organisation des repas correspond aux normes hôtelières et prend en compte les goûts individuels.*
- 1.5 : *L'aide aux repas est adaptée aux capacités du résident.*
- 2.6 : *L'offre alimentaire répond aux besoins nutritionnels des personnes âgées (évalués par l'inspectrice/inspecteur diététicien/ne).*
- 4 : *L'EMS dispose d'un protocole/démarche institutionnelle portant sur l'évaluation du risque de dénutrition.*

- 4.6 : *Le protocole ou la démarche institutionnelle d'évaluation du risque de dénutrition est appliqué de manière conforme.*

3.2 Brève présentation des résultats 2009-2012

Sur 152 inspections d'août 2009 à août 2012, la CIVEMS a obtenu les résultats suivants :

En %	Critère 1.4	Critère 1.5	Critère 2.6	Critère 4	Critère 4.6
Atteint	55.9%	68.4%	17.8%	53.3	53.3%
Partiellement atteint	38.8%	17.1%	22.4%	"-"	34.9%
Non atteint	5.3%	11.8%	2.6%	46.7	10.5%
Non observé	0%	2.6%	57.2%	"-"	1.3%

Concernant le critère 4 : "*L'EMS dispose d'un protocole/démarche institutionnelle portant sur l'évaluation du risque de dénutrition*", lors des inspections 2009-2012, seuls 81 des 152 établissements possédaient un protocole de dénutrition.

3.3 Recommandations faites par la CIVEMS quand ces critères sont non atteints

Lorsque des critères en lien avec l'alimentation sont non atteints, le moment de la restitution du rapport est utilisé pour apporter des explications et des pistes de réflexions. Le diététicien de la CIVEMS reste à disposition pour des explications complémentaires (par exemple pour expliquer comment enrichir des repas à texture modifiée au cuisinier de l'établissement).

Le groupe PAGE, groupe d'experts de l'alimentation et la nutrition de la personne âgée, a été créé en 1999 par l'Unité de nutrition clinique du CHUV afin de mettre en place et coordonner ce réseau de professionnels. Le groupe est constitué d'une équipe interdisciplinaire de professionnels intéressés à la nutrition. Ceux-ci exercent dans les différents lieux de vie ou de soins accueillant les personnes âgées : le domicile, les établissements médico-sociaux, les centres de traitement et de réadaptation et les hôpitaux. Les partenaires actuels sont : l'Unité de nutrition clinique (CHUV), l'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS), l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), la Coordination interservices des visites en EMS (CIVEMS), la Fourchette Verte Senior et l'Hôpital Riviera Vevey.

La mission du groupe PAGE est de prévenir, reconnaître et prendre en charge la dénutrition de la personne âgée en accord avec les recommandations de la Commission fédérale de l'alimentation (2001).

Dans un premier temps, les professionnels ont travaillé à la définition du concept du Réseau PAGE. Des documents de suivi (feuille de suivi nutritionnel, bilan des facteurs de risque), qui peuvent être utilisés pratiquement par tous les lieux de soins, ont été alors élaborés et sont actuellement utilisés dans plusieurs sites. Un programme d'enseignement, sous forme de forums (2004-2005) et d'interventions sur site, a permis la diffusion des messages et des documents de suivi.

Le programme des forums est en phase d'adaptation, afin de mieux répondre aux besoins des différents lieux de vie. La CIVEMS est partenaire de ce groupe et le mentionne dans son explicatif ainsi que lors des inspections, comme une ressource pour les EMS.

4 CONCLUSION

Au vu de ce qui précède, le Conseil d'Etat constate que le financement de l'alimentation dans les établissements médico-sociaux est fondé sur une base objective et que ce financement évolue en tenant compte de l'évolution des prix. Il considère que ce financement actuel est adapté et qu'il ne constitue pas un facteur dans le risque de dénutrition.

Le Conseil d'Etat relève également que les menus proposés dans les établissements médico-sociaux sont régulièrement vérifiés lors des contrôles menés par la Coordination interservices des visites en EMS (CIVEMS), instance chargée de contrôler la qualité de la prise en charge. Les constats qui précèdent confirment la conformité d'environ 80% des établissements visités par l'inspecteur diététicien.

Annexes

Annexe 1 : Circulaire du SASH "Augmentation du financement et révision des besoins nutritionnels" envoyée aux établissements le 16 mai 2006

Annexe 2 : Grille d'inspection de la CIVEMS

Annexe 3 : Explicatif concernant les critères en lien avec l'alimentation

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 23 janvier 2013.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean

Augmentation du financement et révision des besoins nutritionnels

La commission technique de révision (CTR) de l'outil SOHO a entièrement revu les hypothèses de calcul du coût standard de l'alimentation et des boissons. Toutes ses décisions, ainsi que ses commentaires, ont été repris dans l'outil qui a servi de base aux tarifs 2006.

Ce nouveau budget doit permettre de servir 3 repas (petit-déjeuner, dîner, souper) et 2 à 3 collations couvrant les besoins nutritionnels des résidents. Afin d'atteindre cet objectif, les catégories d'aliments devraient être présentes aux fréquences et quantités suivantes :

GROUPE D'ALIMENTS	FREQUENCE et QUANTITE par JOUR
Viande, poisson, œufs	1 portion de 100 g poids cuit
Lait, fromage, yogourts, desserts lactés	3 portions (lait au moins 200 ml, yogourt, flan au moins 150 g, fromage au moins 50 g)
Pâtes, riz, pommes de terre et autres farineux	3 portions d'au minimum 100 g poids cuit (Pain = 50 g)
Légumes	2 portions de 100 g minimum dont 1 crue
Fruits	2 portions de 100 g minimum dont 1 crue
Jus de fruits	1 portion de 150 ml (de préférence riche en vitamine C)
Corps gras	3 portions (10-15 g) différentes dont l'huile de colza ou de soja
Gâteaux, biscuits, pâtisseries, glaces	Au maximum 1 portion
Boissons	<ul style="list-style-type: none"> • 1-1,5 litre par jour dont la moitié sous forme d'eau • 1 dl de vin au repas de midi et du soir, sauf prescription médicale ou dans les EMS dont la philosophie de prise en charge repose sur l'abstinence • prise d'un café, thé ou tisane après le repas de midi

Ces quantités s'entendent pour des portions complètes. Les personnes recevant des repas de midi et du soir en ½ portion (ou ¼ de portion) doivent recevoir des collations et des préparations enrichies de manière à compenser le déficit nutritionnel occasionné par la réduction des quantités.

Par ailleurs, les établissements doivent, si nécessaire, offrir des repas alternatifs en cas d'aversion alimentaire lorsqu'un seul menu est planifié.

CIVEMS

Bâtiment administratif
de la Pontaise
Avenue des Casernes 2
1014 Lausanne

GRILLE D'ÉVALUATION

OUTIL D'INSPECTION

DOCUMENT INTERNE A LA CIVEMS

CETTE GRILLE DOIT ÊTRE LUE AU REGARD DE SON EXPLICATIF

EMS – LOCALITE			
DATE INSPECTION			DATE INSPECTION PRECEDENTE
MISSION	<input type="checkbox"/> GERIATRIQUE	NBRE DE LITS AUTORISES	
	<input type="checkbox"/> PSYCHO GERIATRIQUE		
INSPECTRICES	<input type="checkbox"/> CFE	<input type="checkbox"/> MCT	<input type="checkbox"/> NMG
		<input type="checkbox"/> VDN	<input type="checkbox"/> LFD
ASSOC. FAITIERE	<input type="checkbox"/> AVDEMS	<input type="checkbox"/> FEDEREMS	<input type="checkbox"/> FHV
RESPONS. EXPL.			INF. CHEF
MEDECIN			RESP ANIMATION
PRES. DU COMITE			CUISINIER

Critères et pistes d'observations (exemples non exhaustifs - idem pour l'ensemble du recueil)

1ERE SEQUENCE DE L'INSPECTION : OBSERVATIONS

Norme 1 : La dignité et l'intimité du résident sont préservées		
1.1	L'estime de soi du résident est préservée par une image corporelle soignée	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
Le résident		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ porte des vêtements propres et adaptés ✓ dispose de soins esthétiques (coiffure, manucure, épilation, soin de la peau) ✓ a accès à des soins dentaires (hygiène buccale) 		
Le personnel		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ encourage le choix des habits et s'adapte aux besoins d'hygiène (fréquence, rythme, type) ✓ est attentif à l'apparence du résident et à ce que l'habillement préserve l'intimité (robe relevée sur les cuisses, bas en accordéon, sac à urine fixé à la jambe de manière visible, chemise de nuit ouverte) 		
1.2	La sphère privée et identitaire du résident est respectée	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
Le résident		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ peut recevoir ses invités d'une manière qui respecte l'intimité de la conversation ✓ est encouragé à aménager sa chambre par des meubles et des objets personnels ✓ décide s'il souhaite que la porte de sa chambre soit ouverte ou fermée 		
Le personnel		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ frappe à la porte de la chambre et demande s'il peut entrer avec d'autres personnes ✓ est attentif aux odeurs et limite les perturbations sonores (radio, TV, etc.) ✓ range le matériel de soin (protections d'incontinence, pommades, gants, chaise percée, urinal) et les indications de soins à l'abri des regards ou hors de la chambre 		

1.3	Lors de soins, des mesures sont prises pour préserver l'intimité du résident	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>Le personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'assure que le résident est d'accord de dévoiler son intimité à un personnel du sexe opposé ✓ ferme la porte de la chambre ✓ dispose un paravent ou tire un rideau ✓ couvre le résident d'un linge ou d'un drap en cas de nudité 		
1.4	L'organisation des repas correspond aux normes hôtelières et prend en compte les goûts individuels	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>Le personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ dispose des données écrites concernant les goûts et habitudes alimentaires antérieures (préférences, aversions, habitudes de consommation). Il les valide régulièrement avec le résident. <p>Le résident</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ reçoit des repas normaux et mixés bien présentés et appétissants ✓ reçoit les plats de façon séquentielle <p>L'EMS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ aménage des locaux accueillants et adaptés à la prise des repas ✓ propose des horaires adéquats pour l'ensemble des lieux de repas (salle à manger principale et d'unité, chambres) ✓ met à disposition une vaisselle et des couverts appropriés à un lieu de vie 		
1.5	L'aide aux repas est adaptée aux capacités du résident	<input type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>Le personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ est assis à la table du résident lors de l'accompagnement au repas ✓ nomme les aliments aux malvoyants et aux résidents mangeant des repas mixés ✓ stimule et incite le résident à manger de la manière la plus autonome possible <p>Le résident</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ peut manger selon son rythme ✓ prend ses repas avec des ustensiles et dans de la vaisselle adaptés à ses capacités ✓ 		

Norme 2 : La sécurité est assurée et l'autonomie est favorisée

2.1	Un système d'appel est à portée du résident et des moyens auxiliaires adaptés lui sont proposés. Le lieu de vie est adapté à son handicap.	<input checked="" type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>Le résident</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ dispose d'un système d'appel où qu'il soit ✓ porte des lunettes propres ✓ a des chaussures adaptées <p>L'EMS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ met à disposition des déambulateurs, des cannes, des chaises roulantes, etc. ✓ veille à ce que la matériel soit propre et en bon état (embout de canne, etc) ✓ identifie et pallie les dangers liés aux barrières architecturales (ex. sécuriser les escaliers) <p>Le personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ répond au système d'appel ✓ s'assure du bon fonctionnement de l'appareil auditif ✓ veille à une dentition adaptée 		
2.2	Le personnel s'adapte au rythme du résident	<input checked="" type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>Le personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ne brusque pas le résident ✓ respecte les techniques de manutention en fonction des handicaps ✓ les heures d'éveil et de repos du résident sont connues et respectées ✓ les horaires du personnel sont adaptés aux rythmes et aux besoins des résidents 		
2.3	Des moyens facilitent la prévention d'escarres	<input checked="" type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>L'EMS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ met à disposition du matériel de prévention d'escarres (matelas anti-escarre, coussins de position, coussin mémoire, etc.) ✓ le matériel est en adéquation avec l'évaluation du risque de développement d'escarre <p>Le personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ utilise adéquatement le matériel à disposition ✓ s'assure que la position du résident est sans point d'appui, sans glissement vers l'avant, par ex. ✓ 		

2.4	Les mesures de contrainte sont exceptionnelles	<input checked="" type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>L'EMS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ privilégie la recherche d'autres alternatives avant l'utilisation de mesures de contrainte ✓ a sensibilisé son personnel à la souffrance lié aux mesures limitatives de liberté <p>Le personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ utilise pour moins du quart des résidents des mesures de contraintes ✓ s'assure que le résident est installé confortablement et sans danger pour lui malgré les contentions ✓ 		
2.5	La gestion des médicaments est conforme aux normes professionnelles	<input checked="" type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>L'EMS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ dispose d'une pharmacie fermée à clef ✓ donne la formation nécessaire au personnel non qualifié pour la distribution des médicaments sous délégation <p>Le personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ est formé en la matière ✓ prépare les médicaments sur la base d'un ordre médical signé ✓ s'assure de la prise des médicaments lors de la distribution et informe le résident si nécessaire ✓ ne laisse pas les médicaments sans surveillance ✓ 		
2.6	L'offre alimentaire répond aux besoins nutritionnels des personnes âgées (évalué par l'inspectrice diététicienne)	<input checked="" type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>L'offre alimentaire quotidienne comporte</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ suffisamment de produits laitiers ✓ suffisamment de crudités ✓ des collations variées <p>Les menus du soir comportent</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ suffisamment de protéines <p>Les préparations mixées sont</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ suffisamment consistantes ✓ enrichies (lait en poudre, crème, œufs, fromage râpé, ...) ✓ 		

Norme 3 : La communication, individuelle et collective, est respectueuse et favorisée

3.1	Le personnel s'adresse au résident avec respect	<input checked="" type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>Le personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ apporte une attention et une réponse adaptée à tous messages verbaux comme non verbaux ✓ dialogue avec lui sur un mode adulte: vouvoie le résident et utilise un vocabulaire non infantilisant et/ou familier ✓ ne fait pas de considérations sur le résident devant lui (ni sur les autres résidents) ✓ évite toute conversation privée avec ses collègues en présence du résident ✓ informe le résident de ce qui se passe ou va se passer ✓ ne répond pas à sa place 		
3.2	Le maintien de relations avec l'extérieur est favorisé	<input checked="" type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>Le résident</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ peut communiquer téléphoniquement, par courrier ou par Internet (reçoit l'aide nécessaire) ✓ a accès à une télévision et à une radio ✓ a accès à des transports adaptés <p>Le personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ met à disposition du résident des journaux et/ou lit la presse aux résidents ✓ intègre les proches au projet d'accompagnement (entretiens de famille) ✓ encourage les visites et tout contact avec l'extérieur 		
3.3	L'animation dispensée est adaptée aux capacités et désirs des résidents	<input checked="" type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>Le résident</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ trouve du sens et du plaisir dans l'activité proposée ✓ est libre de participer ou non <p>Le personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ organise des activités variées et adaptées dans toute la maison ✓ planifie des animations individuelles en lien avec le projet d'accompagnement ✓ intègre le résident à mobilité réduite et/ou avec des troubles cognitifs ✓ évite de faire des activités d'animation à la place du résident 		

3.4	L'accès à l'information est facilité	<input checked="" type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>Le résident est informé de ce qui se passe</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ dans l'EMS ✓ dans la région : fêtes, expositions, concerts, groupes d'aînés. <p>Le personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ prend soin d'adapter l'information au handicap (surdité, malvoyance...) ✓ adapte l'affichage (programme d'animation, menus, informations diverses) en veillant à sa lisibilité et visibilité ✓ veille à tenir au courant le résident quotidiennement des activités prévues 		

2^{EME} SEQUENCE DE L'INSPECTION : CONSULTATION ET ANALYSE

Norme 4 : L'EMS dispose d'un dossier individuel permettant la réalisation et l'évaluation des processus d'accompagnement.
Des protocoles de référence / démarche institutionnelle actualisés sont appliqués individuellement aux résidents

PROTOCOLES / DEMARCHE INSTITUTIONNELLE EXISTANTS	<input type="checkbox"/> MESURES DE CONTRAINTES <input type="checkbox"/> PREVENTION ET TRAITEMENT DES ESCARRES, PLAIES <input type="checkbox"/> SOINS PALLIATIFS <input type="checkbox"/> EVALUATION DU RISQUE DE DENUTRITION <input type="checkbox"/> AUTRES
---	---

4.1	Les résidents rencontrés ont un objectif d'accompagnement fixé en interdisciplinarité et en lien avec leur histoire de vie et leur recueil de données	<input checked="" type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>Le personnel recueille et note dans le dossier du résident</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ l'histoire de vie et le recueil de données ✓ des observations utiles et régulières ✓ des objectifs d'accompagnement dans les domaines bio psycho sociaux et spirituels 		

4.2	La collaboration interdisciplinaire se concrétise régulièrement	<input checked="" type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>Le personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ participe à un colloque interdisciplinaire planifié de manière à ce que chaque situation de résident soit revue au minimum 1x/an. ✓ au minimum, les secteurs de l'animation et des soins y sont représentés 		

4.3	Le protocole des mesures de contrainte est appliqué de manière conforme dans le formulaire individuel	<input checked="" type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>Le formulaire individuel contient :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ la démarche en amont et les alternatives tentées pour éviter la contention ✓ le type de mesures prescrites par le médecin ✓ la durée de la mesure ✓ les mesures compensatoires prévues en fonction du résident et du type de contention ✓ l'évaluation personnalisée, régulière et détaillée faite par l'équipe et visée par le médecin ✓ 		
4.4	Le protocole de prévention et de traitement des escarres / plaies ou la démarche institutionnelle est appliqué de manière conforme	<input checked="" type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>Les mesures concernent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ les soins des téguments, la nutrition ✓ la mobilisation et les changements de position ✓ un document « suivi de plaie » est utilisé <p>Le personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ bénéficie de formation continue dans le domaine ✓ 		
4.5	Le protocole ou la démarche institutionnelle de gestion de la douleur et/ou de soins palliatifs est appliqué de manière conforme	<input checked="" type="checkbox"/> atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> non atteint <input type="checkbox"/> non observé
<p>Le personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ a identifié les personnes concernées ✓ connaît l'existence des outils de dépistage de la douleur ✓ connaît les ressources de l'équipe mobile de soins palliatifs ✓ bénéficie de formation dans le domaine ✓ a recueilli les directives anticipées <p>Les observations reflètent les mesures prises au plan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ des soins de confort ✓ de l'accompagnement spirituel ✓ de la gestion de la douleur ✓ des mesures correctives sont prises : information au médecin, médication et traitement adéquats ✓ 		

4.6	Le protocole ou la démarche institutionnelle d'évaluation du risque de dénutrition est appliqué de manière conforme	<input checked="" type="checkbox"/> atteint
		<input type="checkbox"/> partiellement atteint
		<input type="checkbox"/> non atteint
		<input type="checkbox"/> non observé
<p>Le personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ identifie les personnes à risque ✓ inscrit le poids à l'entrée dans le dossier et reporte cette donnée de fiche en fiche ✓ pèse le résident au moins 1x par mois ✓ trace des courbes pondérales lisibles et utiles au dépistage ✓ mentionne explicitement le suivi des mesures correctives dans le dossier <p>Des mesures correctives adaptées aux goûts et envies du résident sont prises :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ enrichissement des mets et des boissons ✓ fractionnement des repas 		

Norme 5 : L'EMS respecte les exigences légales en matière de dotation et de qualification de personnel

5.1	La dotation en personnel soignant est égale ou supérieure à la dotation exigée	<input checked="" type="checkbox"/> OUI		
		<input type="checkbox"/> NON		
	Total jour	Nuit	Diplômé	Certifié
	Ept exigés (Plaisir)			
	Ept réels :			
	Manco			
<p>L'EMS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ utilise le tableur Excel avec les minutes de soin PLAISIR pour calculer les postes de personnel soignant ; les données sont actualisées régulièrement. ✓ remplace le personnel malade et/ou absent ✓ respecte les règles de la directive dotation, notamment en matière de piquet et du nombre de veilleuses 				
5.2	La présence d'une ID au minimum 8h18/jour 7/7 est assurée et des piquets sont organisés	<input checked="" type="checkbox"/> OUI		
		<input type="checkbox"/> NON		
<p>L'EMS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ prévoit une planification qui garantit ce minimum de couverture en personnel diplômé 7/7 au sein de l'EMS et de la division C ✓ fait en sorte qu'aucun piquet ne soit assuré seul par du personnel certifié 				
5.3	La dotation en personnel animation est égale ou supérieure à la dotation exigée	<input checked="" type="checkbox"/> OUI		
		<input type="checkbox"/> NON		
	Total	Animatrice qualifiée	Aide animatrice	
	Ept exigés (Soho)			
	Ept réels :			
	Manco			
<p>L'EMS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ utilise les postes budgétés pour l'animation à cette seule affectation ✓ n'utilise pas le personnel d'animation pour d'autres tâches (hôtellerie, soins, etc.) ✓ ne compte pas les apprentis ASE dans la dotation 				

Annexe 3 : Explicatif concernant les critères en lien avec l'alimentation

1.4 :

L'organisation des repas correspond aux normes hôtelières et prend en compte les goûts individuels

Les normes hôtelières (vaisselle, rythme du service, présentation des mets normaux, hachés et mixés) sont respectées. Les mets (entrée, plat, dessert, café ou thé) sont servis les uns après les autres (séquençage). Par rapport à la vaisselle, il est recommandé d'éviter la vaisselle en plastique ou de type hospitalier (bol en inox, etc.).

Les horaires des repas en salle à manger, dans les unités et en chambre assurent une répartition correcte sur la journée et sont socialement acceptables, au plus tôt dès 11h45 pour le dîner et au plus tôt dès 17h45 pour le souper. Les inspectrices s'assurent que l'aménagement de ces lieux est approprié.

Afin de préserver l'identité du résident, les repas proposés tiennent compte de ses goûts et habitudes antérieures. Préférences, aversions, habitudes de consommation, souhaits spécifiques sont consignés par écrit et mis à jour régulièrement.

1.5 :

L'aide aux repas est adaptée aux capacités du résident

Le but de l'aide aux repas est de garantir une prise alimentaire optimale tout en favorisant l'autonomie, en dépit des limitations fonctionnelles présentes.

Lors des repas, y compris dans les unités et/ou les chambres, les inspectrices s'assurent que le personnel est en nombre suffisant et observent si l'aide est appropriée : contenu de l'assiette décrit aux malvoyants, personnel assis à côté du résident durant la durée du repas, aide adaptée à son rythme, autonomie favorisée en initiant le geste si nécessaire.

Elles s'assurent que la vaisselle et les ustensiles correspondent aux capacités.

2.6 :

L'offre alimentaire répond aux besoins nutritionnels des personnes âgées

Ce critère est évalué uniquement lorsque l'inspectrice diététicienne participe à la visite.

Contrairement aux idées reçues, les besoins nutritionnels ne diminuent pas avec l'âge.

Le risque de dénutrition concerne 30 à 60% des résidents d'EMS*, déjà fragilisés par l'âge et la maladie.

L'analyse des menus depuis 2001** met en évidence une fréquence trop élevée de repas du soir pauvres en protéines, ainsi qu'un manque de crudités et de produits laitiers. Ce sont ces points, de même que la qualité des repas mixés, qui sont concernés par ce critère.

L'évaluation de l'offre en crudités, en produits laitiers et le contenu protéique des soupers est effectuée sur la base des 4 semaines de menus demandés lors de l'arrivée dans l'institution, ainsi que du relevé de l'offre alimentaire au déjeuner et aux collations.

Une offre en produits laitiers est qualifiée de suffisante lorsque :

- **les menus de midi et du soir comportent 2 produits laitiers par jour plus de 14 jours/28,**
- **des laitages sont proposés au petit-déjeuner et en collation plusieurs fois par semaine, la consommation de lait de boisson est d'environ 200 ml par résident et par jour.**

Une offre en crudités est qualifiée de suffisante lorsque :

- les menus de midi et du soir comportent 2 crudités par jour plus de 14 jours/28,
- des jus de fruits riches en vitamine C et des fruits frais sont proposés quotidiennement au petit-déjeuner et en collation,
- la consommation de jus de fruits riche en vitamine C est d'environ 100ml par résident et par jour.

Concernant les repas du soir, il est admis au maximum 6 repas pauvres en protéines sur 28.

Les repas à texture mixée doivent être constitués de préparations suffisamment consistantes et régulièrement enrichies en calories et en protéines (lait en poudre, crème, huile de bonne qualité nutritionnelle, fromage râpé, œuf). L'offre en crudités et en collations doit être adaptée.

* [Conférence Forum PAGE](#)

** [Rapport d'activité CIVEMS 2000-2005](#)

4.6 :

Le protocole ou la démarche institutionnelle d'évaluation du risque de dénutrition est appliqué de manière conforme

Les connaissances du personnel en matière de dénutrition sont validées. L'emploi d'outils d'évaluation du risque (par exemple, outils PAGE) est vérifié. Ceux-ci devraient être utilisés systématiquement à l'arrivée du résident, puis lors de changement significatif de son état de santé (par exemple, troubles de la déglutition, inappétence, etc.)

Il est également vérifié que les éléments-clés que sont la connaissance du poids à l'entrée du résident et son évolution (lecture graphique facilitant l'observation des variations) sont disponibles et utilisables en tout temps.

Des actions permettant de juguler la perte pondérale et le déclin nutritionnel sont entreprises en équipe interdisciplinaire, décrites et suivies dans le dossier du résident. Ce critère permet de vérifier également de quelle manière le secteur de la cuisine est intégré à la démarche d'accompagnement. Par exemple, en enrichissant les mets en calories et protéines conformément aux goûts des résidents (cf. critère 2.6).

PAGE, groupe d'experts de l'alimentation et la nutrition de la personne âgée