

**MANGEZ,
BOUGEZ,
SOURIEZ !**



JOURNÉE D'ÉCHANGES

08 avril 2024 – Deauville

Interrogeons ensemble
les interactions entre le
repas, l'activité physique
et la santé orale.



A retrouver dans ce livret :

- ▶ Des extraits des interventions
- ▶ Des témoignages
- ▶ Des informations utiles
- ▶ Des fiches outils

LE REPAS AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX : MOMENT CLÉ DU QUOTIDIEN ET OUTIL D'ANALYSE

Par François BERGER, Fondateur de Nutri-Culture



Dans les établissements médico-sociaux, le repas est un des seuls moments du quotidien qui mobilise l'intégralité des connaissances et compétences des équipes. Utilisé comme outil d'observation et d'analyse, il permet d'interroger les problématiques des résidents face à la prise alimentaire : capacités motrices, masticatoires, troubles de la vue, de la déglutition, etc.

En matière de nutrition et d'alimentation des personnes âgées, les idées reçues ne manquent pas.

Le repas fait référence aux habitudes, cultures, croyances, représentations et confessions.

Repas, alimentation, nutrition : clés de lecture

Le repas en EHPAD soulève toujours de nombreuses idées reçues tant il fait référence aux habitudes, cultures, croyances et confessions de chacun.

DÉFINITIONS :

1. LE REPAS :

C'est un contexte global avec des environnements pensés et organisés en réponse aux capacités des convives pour servir les plats quotidiens.

2. L'ALIMENTATION :

L'acte alimentaire nécessite de l'indépendance et de l'autonomie. L'indépendance fonctionnelle est la capacité à faire seul les gestes et actes et l'autonomie, le libre choix.

3. LA NUTRITION :

C'est la conséquence des deux premiers. Une assiette identifiée, acceptée, servie en juste portion, dans un environnement adapté permet aux convives de consommer en confiance et avec plaisir des mets qui amélioreront leur état nutritionnel.

Concentrer les efforts uniquement sur la prise en charge des besoins protéino énergétiques ne suffit pas.

Un convive âgé, même fragilisé, est toujours une personne avec des besoins, des habitudes, des attentes, des droits et désirs.

Quelles sont les fonctions à mobiliser pour aller à table ?

Il faut d'abord en avoir envie, s'orienter dans l'environnement, avoir du tonus musculaire, de la force. Chaque détail compte et les professionnels doivent être en capacité de mobiliser connaissances et compétences pour faciliter l'accès à la salle de restaurant :

- prendre en compte la capacité motrice du résident, sa fatigabilité et s'assurer que le chemin pour aller à table n'est pas semé d'embûches,
- proposer des aides techniques et humaines consenties, pour faciliter son autonomie,
- lui permettre d'identifier ses couverts et son assiette,
- proposer une assiette à la présentation soignée pour stimuler son appétit,
- éviter les éléments multisensoriels perturbants,
- vérifier le positionnement à table, la mise du couvert, la distance entre l'assiette et la bouche.



Pour manger normalement et déglutir en toute sécurité, le résident doit pouvoir gérer les aliments en bouche (le bol alimentaire) sans être épuisé. Mais selon la personne, la capacité masticatoire est très variable. Les problèmes dentaires, le nombre insuffisant de dents efficaces, les problèmes neuro dégénératifs entraînant des crispations de la mâchoire, sont autant d'éléments générant des difficultés pour mastiquer correctement, former le bol alimentaire et déglutir. A cela s'ajoute les différentes thérapeutiques qui peuvent entraîner un déficit salivaire et des risques pour la déglutition.

LES CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES NÉCESSAIRES

L'ambition de la conférence ?

Démontrer la nécessaire approche pluriprofessionnelle pour observer l'ensemble des facteurs.

Soignants, cuisiniers, agents de service, ils sont tous concernés par une compréhension commune des problématiques rencontrées par les résidents face à la prise alimentaire, la construction d'outils d'observation et d'analyse, le partage d'éléments de langage, de processus de communication permettant d'établir une culture commune de la restauration médico-sociale.

Avec **Sandrine Mauvoisin-Le Cossec**, Responsable Normandie de l'association **Siel Bleu**, intéressons nous au chemin à parcourir pour aller à table, qui passe en premier lieu par le maintien d'une **activité physique**. Tout en étant attentif à ne pas mettre en difficulté le résident et en recherchant en permanence l'équilibre entre les apports et les dépenses pour arriver à table avec suffisamment d'énergie pour consommer son repas.

Avec **Céline Champin**, Chargée de projets **Santé Handident Normandie** (porté par le RSVA), explorons la nécessité d'une bonne santé orale pour une santé générale optimisée, illustrée par les témoignages des professionnels de **MOBIDENTS**, un dispositif mobile de soins dentaires.

Les témoignages de professionnels permettront de mettre en lumière l'**importance du repérage des problématiques** des convives face à la prise alimentaire, des circuits de communication entre les professionnels et apporteront des éléments de réponse pour améliorer l'ensemble du processus.



LE SAVIEZ-VOUS ?

Les chutes des **+ de 65 ans** sont une des causes principales de mortalité accidentelle chez les personnes âgées. Plus de **10 000 décès** par an et **130 000 hospitalisations**.

30 à 40 % des personnes âgées hospitalisées pour chute entrent en EHPAD dans les 6 mois suivant la chute.

Source : ameli.fr (2023) / [ascelliance-retraite](https://ascelliance-retraite.fr)



L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE : UNE DES CLÉS DU MAINTIEN DE L'AUTONOMIE EN EHPAD

Par Sandrine MAUVOISIN-LE COSSEC, Responsable Normandie de l'association Siel Bleu

Que pouvons-nous mettre en place facilement en EHPAD pour **mesurer le niveau d'autonomie** d'un résident ou **évaluer le risque de chute** ?

Les enseignants en activité physique adaptée peuvent utiliser :

Le Sénior Fitness Test (SFT)

Très complet, il va à la fois évaluer le tonus musculaire des bras, des jambes, la souplesse des membres, l'endurance ainsi que l'équilibre des personnes. Nécessitant un matériel spécifique, sa réalisation dure entre 15 et 30 minutes. Cependant, il reste très orienté vers des personnes autonomes à la marche qui ne constituent pas le public majoritaire des EHPAD.

Le test Tinetti

Il permet d'évaluer les capacités des personnes et surtout le risque de chute. Plus simple à mettre en place que le SFT, qui nécessite quelques haltères pour faire les exercices.



Concernant les personnes qui ne sont plus en capacité de se lever et de se tenir debout, des évaluations spécifiques sur la souplesse articulaire, la force des membres, peuvent être réalisées avec l'appui de psychomotriciens ou d'ergothérapeutes.

GARDER L'AUTONOMIE DES PERSONNES, CELA EST POSSIBLE EN LES GARDANT ACTIVES !

Ne pas faire à leur place, même si les professionnels sont souvent contraints par le temps : chaque acte de la vie quotidienne comme la toilette, les déplacements, le repas sont des supports d'activité physique qui peuvent être adaptés aux capacités de la personne. Au-delà de l'amélioration de la condition physique, c'est aussi l'estime de soi qui est ici valorisée grâce à une autonomie maintenue.

POURQUOI PRATIQUER UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ?

- **Améliorer la condition physique**, faire faire de l'activité physique aux résidents de façon quotidienne, par des petits mouvements simples, améliore le tonus musculaire, l'endurance, notamment pour maintenir la marche.
- **Faciliter les déplacements** favorise les capacités cardiovasculaires.
- **Améliorer la mobilité et la souplesse articulaire.**
Avec l'âge, les douleurs, la peur ou les conséquences d'une chute ayant entraîné un handicap, la personne va diminuer la hauteur et la grandeur de ses pas. Ces petits pas ne permettent pas de décoller le pied, ralentissent la marche et augmentent le risque de buter et d'entraîner la chute. L'activité physique permet de retravailler le déroulé du pied ainsi que la grandeur du pas.
- **Améliorer la préhension.** La mobilité articulaire est travaillée au niveau des membres supérieurs pour mieux saisir ses couverts, couper sa viande, porter les aliments à la bouche ou attraper son verre d'eau.
- **Améliorer le contrôle oculo-moteur** grâce à un travail de coordination entre le regard de la personne et le mouvement opéré d'un objet, par exemple dans un lancer de ballon.

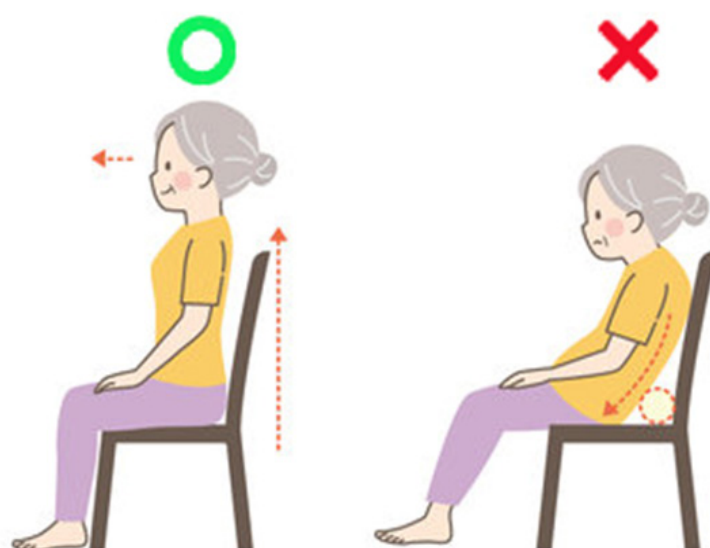


- Enfin, **améliorer la posture assise** pour permettre à la personne de ne pas adopter des postures inadaptées entraînant des douleurs au niveau du dos, des épaules. Sur le temps du repas, la posture facilite la distance entre l'assiette et bouche et diminue le risque de fausse route.

Il est essentiel d'avoir les deux pieds à plat au sol afin de bien caler le dos au fond du dossier. Si besoin, utiliser un repose pieds selon la taille de la personne pour lui permettre d'avoir les genoux fléchis à 90° et maintenir une courbure naturelle de la colonne vertébrale générant moins de tensions musculaires. La distance entre l'assise et la table est essentielle à observer pour que la personne continue de se servir et de s'alimenter en toute autonomie, limitant également le risque de se salir.

L'ensemble de ces pratiques contribuent à favoriser le temps du repas et à améliorer la prise alimentaire. Un résident qui arrive serein à table, c'est un résident qui n'est pas stressé ou déjà fatigué par le chemin parcouru. Il est accompagné, bénéficie d'un environnement et des aides techniques, nécessaires pour favoriser son autonomie dans la prise alimentaire.

En s'appuyant sur les actes de la vie quotidienne, tous ces exercices renforcent la confiance en soi et l'estime de soi des résidents.



SOIN DE RÉÉDUCATION : RÔLE ET PLACE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

*Témoignage de Tom BOULET, Ergothérapeute en EHPAD, Centre Hospitalier
Durécu Lavoisier à Darnétal*

Comment utilisez-vous le repas pour observer, mesurer le degré d'autonomie d'un résident et pour proposer des aides ?

Tom BOULET : « L'objectif est de **se reposer sur les capacités du résident pour faire face à ses incapacités**. Le repas est un moment important dans la journée. Dans un premier temps, l'ergothérapeute a un objectif d'évaluation. Il observe comment se passe le repas dans les conditions les plus ordinaires possible pour le résident et évalue son degré d'autonomie et d'indépendance. Il étudie la posture de la personne, sa consommation du repas et sa satisfaction.

A la suite de cette évaluation, l'ergothérapeute peut mettre en place différentes aides, notamment des **aides techniques**.

Il y a d'abord les aides techniques internes, comme les couverts adaptés, les verres et assiettes ainsi que les antidérapants. Il est également possible de fabriquer du matériel sur-mesure qu'il fait lui-même, en épaississant les manches des couverts, par exemple. L'objectif est de s'adapter au maximum aux incapacités du résident et de le rendre le plus autonome, fonctionnellement parlant, pendant le repas.

On peut également mettre en place des aides techniques externes au repas : une adaptation de la hauteur de la table ou encore un changement de fauteuil roulant pour corriger la posture d'une personne. En effet, un fauteuil « standard » permet souvent une plus grande mobilité et à l'inverse d'un fauteuil « confort », dont le plus grand support postural peut entraver la mobilité.

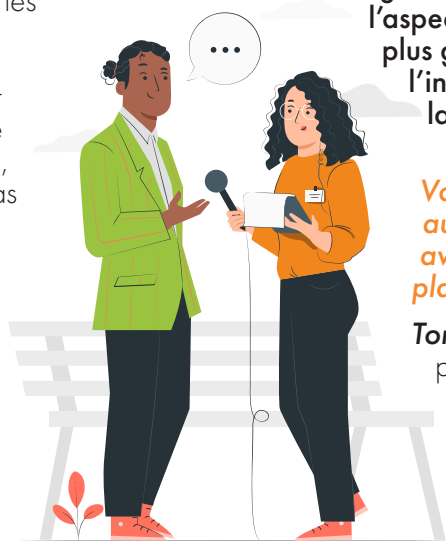
L'ergothérapeute se penche à la fois sur l'aspect interne au repas et sur l'aspect plus général du positionnement et de l'installation, dans le cadre quotidien de la personne aidée. »

Vous proposez des aides techniques aux résidents. Quel travail faites-vous avec les équipes pour sécuriser ces plans d'aide ?

Tom BOULET : « C'est un travail pluridisciplinaire. Réussir à prendre son repas de manière fonctionnelle n'est pas toujours suffisant. Pour réussir, il faut aussi travailler avec d'autres professionnels comme un psychomotricien, un diététicien, etc. qui sont des personnes clés pour que le résident retrouve le

plaisir de manger et que ce repas soit adapté à ses besoins.

A ce noyau, s'ajoute l'équipe soignante et l'équipe du service, qui sont, tous les jours, au contact des résidents. C'est un travail du quotidien de réussir à expliquer les bons gestes aux équipes malgré un grand turnover, pour que tout ce qui est mis en place le soit sur le long terme et pas seulement au moment du repas. »



PROJET DORE : DÉPISTAGE DES PATHOLOGIES OCULAIRES DES RÉSIDENTS EN EHPAD

Témoignage de Clémence ROUCAN, Directrice des EHPAD Filière Gériatrique et GHT, EHPAD Le Gros Hêtre et Pays Valognais, Centre Hospitalier du Cotentin

Mme Roucan, vous participez avec vos équipes au projet DORE. De quoi s'agit-il ?

Clémence ROUCAN : « Le projet DORE est un dispositif porté par un ophtalmologue, le Pr. Quintyn, chef de service au CHU de Caen. Des consultations d'ophtalmologie sont proposées au sein même de l'EHPAD, pour des résidents qui ne peuvent plus se déplacer ou qui n'ont pas d'ophtalmologue et il y en a beaucoup. Cela permet d'éviter un transport sanitaire. De plus, les résidents sont dans un environnement rassurant, avec la présence au besoin d'un aide-soignant qui le connaît bien.

Un orthoptiste se rend sur place à l'EHPAD et réalise l'ensemble du recueil auprès du résident grâce à du matériel médical connecté, sous forme de malette de téléexpertise. Puis, ces éléments sont télétransmis à l'ophtalmologue qui est localisé à Caen. »

Qui sont les résidents concernés ?

Clémence ROUCAN : « On détermine, avec le médecin de l'EHPAD, les résidents qui ont besoin d'un renouvellement d'ordonnance, d'une prescription de lunettes ou d'établir un diagnostic ophtalmologique.

Selon les résultats, une simple prescription est envoyée à l'EHPAD, des recommandations de prescription sont adressées au médecin traitant du résident ou bien une consultation en présentiel avec le Pr. Quintyn ou un autre ophtalmologue plus proche est planifiée. »



Quels sont les points forts et les limites du dispositif ?

Clémence ROUCAN :

« L'intérêt est de déployer de nouveaux dispositifs pour offrir des solutions face à une pénurie d'ophtalmologues sur notre territoire et répondre à la difficulté

de nos résidents pour réaliser de longues distances pour une consultation. La qualité de vue est un levier primordial du maintien de l'autonomie des résidents.

On est aussi confronté à certaines limites. Au début, les consultations avec les orthoptistes étaient à la charge de l'établissement car nos établissements sont en tarif de soins global.

Un arrangement avec la CPAM, permet aux EHPAD en tarif global d'obtenir une dérogation, afin que ces consultations soient prises en charge.

La deuxième difficulté est liée au profil des résidents, notamment ceux ayant des troubles cognitifs. Les premières consultations ont été un peu complexes. Cela a nécessité pour l'orthoptiste qui connaissait peu ce public, d'adapter ses consultations.

Aujourd'hui, elles sont passées de 45 min à 30 min et la présence d'un aide-soignant n'est plus toujours indispensable.

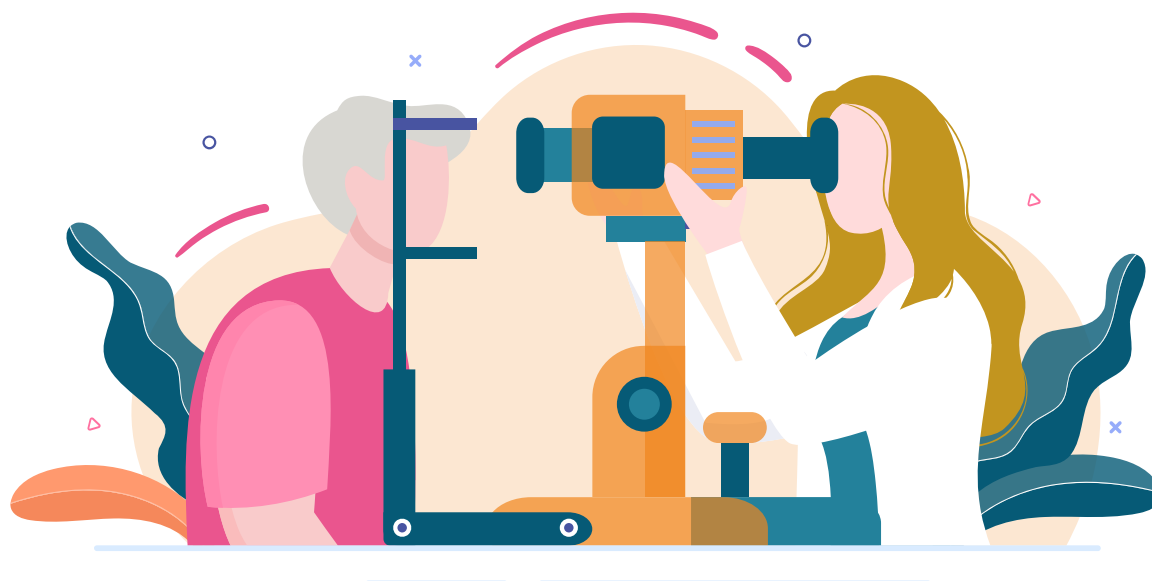
Chaque difficulté rencontrée au départ du projet a finalement trouvé une solution au fil des mois ! J'encourage tout le monde à le faire, c'est vraiment bénéfique. »

Docteure Emmanuelle Odinet-Raulin, comment avoir accès au dispositif ?

« Le projet concerne les établissements des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne. Il est encadré par des conventions entre l'ARS, le CHU de Caen, l'orthoptiste et les EHPAD. Les établissements de ces départements ont encore la possibilité de s'inscrire dans ce dispositif qui reste pour l'instant une expérimentation. Un protocole de coopération a été déposé pour la pérennisation du dispositif.

Les résultats sont très encourageants. Les consultations ont permis de dépister des troubles visuels de type basse vision et des pathologies, donnant lieu à des consultations avec des ophtalmologues. Les délais de rendez-vous sont raccourcis, notamment en fonction de la gravité de ce qui est décelé.

Le projet n'a pas encore été implanté dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure car il nécessite d'y travailler avec des ophtalmologues et des orthoptistes. »



LE SAVIEZ-VOUS ?

Près de la moitié de la population mondiale a des problématiques bucco-dentaires.

Explosion des cas en 30 ans : 1 milliard de cas supplémentaires.

68% des Français se considèrent en bonne santé bucco-dentaire. Néanmoins,

- ▶ **30%** d'entre eux déclarent souffrir de gingivites
- ▶ **29%** d'une mauvaise haleine
- ▶ **15%** sont touchés sévèrement par les maladies parodontales au cours de leur vie.

La pratique d'un détartrage, une fois par an, diminue d'environ 25% le risque d'accidents cardiovasculaires et de 13% le risque d'AVC.

Chez les personnes âgées : 35 à 50 % souffrent de pathologies dentaires et orales. La majorité présente une hygiène buccale insuffisante et des besoins de soins.

(chiffres du 15 juin 2019) – Source RSVA

Page
12



UNE BONNE SANTÉ ORALE POUR UNE SANTÉ GÉNÉRALE OPTIMISÉE

Intervention de Céline CHAMPIN, Chargée de projets Santé Handident, Réseau de Services pour une Vie Autonome

L'importance de la santé orale dans la santé en général n'est plus à démontrer. Pourtant, parler d'hygiène bucco-dentaire en EHPAD reste parfois un sujet délicat à aborder tant il fait référence à l'espace de l'intime. « C'est ma bouche, mon espace vital », comme pour une toilette intime.

Outre l'intrusion ressentie, c'est aussi le temps consacré qui est souvent discuté avec les professionnels, lors des interventions du RSVA dans les EHPAD.

LA SANTÉ ORALE ET LA SANTÉ EN GÉNÉRAL

Soigner la bouche en premier lieu permet, souvent, d'atténuer d'autres pathologies, voire de les faire disparaître.

A l'inverse, l'impact d'une mauvaise santé orale peut parfois avoir des incidences, en termes de risques infectieux, sur une opération cardiovasculaire ou la pose d'une prothèse de hanche, de genou...

Pour éviter tous risques de réactions inflammatoires, le chirurgien-dentiste peut préconiser le report d'une intervention afin qu'un abcès ou une carie soient préalablement soignés.

L'IMPORTANCE DE LA LANGUE

Mastiquer sollicite les muscles masséters et temporaux. Du côté de la langue, pas moins de 17 paires de muscles sont nécessaires pour fonctionner correctement. Elle joue le rôle de « lave-vaisselle » et prépare à l'hygiène bucco-dentaire, grâce à la salive, en venant frotter les dents et les joues.

Suffisamment de salive, une langue tonique permettent de favoriser une bonne hygiène bucco-dentaire.

Cette hygiène est indispensable pour mettre en place des soins conservateurs, éviter les extractions dentaires et la pose de prothèses précoces.

Nettoyer correctement la bouche favorise également l'assimilation des aliments et permet une meilleure digestion.



UN RECUEIL DES HABITUDES DE VIE INDISPENSABLE

A l'entrée d'un résident en EHPAD, plusieurs questions sont essentielles.

Savoir si ce sont « ses » dents car le résident ne différenciera pas ses dents naturelles d'une prothèse qu'il porte parfois depuis plusieurs décennies. Il répondra souvent par l'affirmative, même s'il s'agit bien d'une prothèse.

Le questionnement de départ doit être précis, d'autant plus si la personne est dépendante pour les soins d'hygiène bucco-dentaire.

On évite ainsi de découvrir plusieurs mois plus tard qu'une prothèse n'a jamais été signalée ni retirée dans le cadre d'une hygiène bucco-dentaire nécessaire.

L'accompagnement est primordial et doit s'inscrire dans un objectif de maintien de l'indépendance pour que les résidents puissent continuer de se brosser les dents seuls.

Plusieurs gestes sont à respecter, comme éventuellement laisser la personne brosser la face antérieure et l'accompagner pour aller plus loin en bouche. Dans ce cas précis, il n'est pas nécessaire de faire ouvrir la bouche en grand, mais de bien positionner la personne, notamment au niveau de la colonne vertébrale.

SENSIBILISATION ET FORMATION

Former les professionnels à l'ensemble de ces gestes, sensibiliser les familles, parfois peu soucieuses de l'acquisition d'une brosse à dents, estimant que leur proche n'en a pas besoin compte tenu de son âge, est indispensable.

Le RSVA, les coordinateurs de Mobidents, d'Handiconsult dentaire et les chirurgiens-dentistes, engagés dans ces réseaux, sensibilisent et forment professionnels et étudiants des IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) et des IFAS (Institut de Formation des Aides-Soignants) pour (re)intégrer la santé orale dans l'hygiène quotidienne.

LA SANTÉ ORALE ET L'ESTIME DE SOI

Aujourd'hui, les profils de résidents évoluent avec une attention plus appuyée à leur denture, à leur hygiène bucco-dentaire. Leurs attentes concernant les soins apportés en établissement sont plus élevées et ils s'attachent à éviter des situations où la bouche serait abandonnée au risque d'être délabrée.

Cette attention touche à l'estime de soi. Quand le sourire s'affaisse, on a souvent moins de visites, la personne âgée peut faire « physiquement peur » aux petits-enfants et l'éloigner socialement de ses proches. Elle peut aussi perdre les compétences lui permettant d'entrer en communication avec ses proches, avec les professionnels...

DES OUTILS POUR COMMUNIQUER ENTRE PROFESSIONNELS

La qualité de l'accompagnement de la santé orale des résidents passe nécessairement par la communication à travers des outils de traçabilité. Ces outils sont indispensables pour garantir une continuité dans l'accompagnement des résidents qui nécessite une politique des « petits pas » que chaque professionnel va devoir répéter patiemment, quotidiennement.

QUELQUES CONSEILS POUR ACCOMPAGNER L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

- Utiliser une brosse à dent souple, voire une brosse à dent pour enfant moins intrusive et moins abrasive.

Il arrive parfois que la personne ait abandonné toute hygiène bucco-dentaire. Pour l'aider à réintégrer progressivement cette habitude dans son quotidien, les professionnels peuvent utiliser les méthodes suivantes :

- Utiliser le doigt de la personne avec un peu de dentifrice
- Utiliser une compresse
- Utiliser un doigtier

La prothèse doit être adaptée et confortable. Elle doit être correctement entretenue.

Il est conseillé de :

- La retirer, au minimum, une fois par jour pour la nettoyer.
- La laver avec du savon de Marseille, par exemple, avec une brosse à dents à prothèse, à poils durs, une brosse à ongles, mais éviter le dentifrice ou tout produit effervescent. Il n'est pas nécessaire non plus de la laisser tremper toute la nuit dans un verre d'eau.

- Eviter d'utiliser de la pâte fixante.
- Pour retirer la prothèse, il est conseillé de se placer de $\frac{3}{4}$ ou derrière la personne pour avoir un geste le plus naturel possible.
- Ne pas appuyer sur les crochets.
- En fonction de la personne et de son confort, il est possible de la garder la nuit.

DES BILANS BUCCO-DENTAIRES À L'ENTRÉE EN EHPAD PUIS TOUT AU LONG DU SÉJOUR

Les bilans bucco-dentaires permettent de faire un diagnostic de la musculature de la personne, de ses capacités motrices et masticatoires.

Cette prévention contribue à repérer des caries ou autres problématiques qui sont souvent sources de passage en textures modifiées et peuvent avoir une incidence sur des fausses routes. Faire un diagnostic complet de la bouche permet d'engager les soins et l'hygiène nécessaires, d'étudier les causes de la fausse route afin d'éviter un passage systématique vers une alimentation lisse, mixée, délétère pour la personne.



TEMOIGNAGES MOBIDENTS

UN PROJET MOBILE DE SOINS DENTAIRES

Raïckat BLAIS, Infirmière coordination

Audrey MAHIEU, Assistante dentaire

Hubert SENECHAL, Chirurgien-dentiste de la Fondation Hospitalière de la Miséricorde de Caen

Grâce au projet Mobidents, pouvez-vous nous expliquer ce que vous proposez aux résidents d'EHPAD ?

Raïckat BLAIS : « Ce dispositif, mis en place en 2016, propose des soins dentaires dans les EHPAD. Nous intervenons à la demande de l'établissement pour un premier bilan (environ 20 personnes) : radios, schémas dentaires, recueil des habitudes alimentaires et de l'hygiène bucco-dentaire.

En fonction des bilans, un planning est établi 10 jours plus tard pour effectuer les soins, sur deux journées : le lundi et le jeudi afin d'effectuer les travaux prothétiques entre-temps. Nous réalisons les couronnes, le rebasage, les extractions dentaires, les adjonctions des prothèses dentaires et les soins. »

**Vous vous déplacez avec tout le matériel ?
Vous installez le cabinet au sein même de l'EHPAD ?**

Audrey MAHIEU : « Oui, nous sommes convaincus que d'aller à la rencontre du résident, dans un lieu familier, peut être propice à une prise en charge facilitée. »

Comment se fait le choix des résidents ?

Raïckat BLAIS : « Les critères sont très précis. C'est à l'équipe de dresser la liste des patients prioritaires et de nous informer des soucis de tel ou tel patient. »



On peut avoir peur d'aller chez le dentiste. Est-ce plus problématique pour des résidents avec des troubles cognitifs ?

Dr. SÉNÉCHAL : « En tant que chirurgien-dentiste, je vais intervenir pour des soins, des détartrages, des extractions, des réparations de prothèses...

Lorsque nous installons le cabinet mobile au sein des établissements, les résidents sont rassurés, les équipes les accompagnent et nous pouvons effectuer les soins dans de bonnes conditions. »

Quelle est la démarche à suivre si on veut faire appel à vous ?

Raïckat BLAIS : « Nous contacter mais la liste d'attente est longue. Les prochains passages seront pour 2025. Nous sommes de plus en plus sollicités et espérons que d'autres dispositifs du même ordre se mettront en place pour répondre à la demande croissante. »

Quelle est aujourd'hui l'offre bucco-dentaire sur le territoire ?

Dr ODINET-RAULIN : « La prévention constitue le premier étage de la fusée. La formation de référents à l'hygiène bucco-dentaire dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou en situation de handicap, est pour nous un préalable à tout autre action, et non un complément.

Nous travaillons sur une offre graduée de soins bucco-dentaires, grâce au partenariat avec le RSVA et les chirurgiens-dentistes de l'URPS. Cette offre s'adresse aux personnes à besoins spécifiques, personnes âgées en EHPAD et personnes en situation de handicap, malgré une contrainte de moyens.

Depuis 2015, le RSVA et l'URPS sont très investis dans une campagne de dépistage dans les établissements médico-sociaux, grâce à de nombreux chirurgiens-dentistes volontaires. Il n'est pas obligatoire d'avoir un fauteuil dentaire pour en bénéficier. Le RSVA fournit des kits de dépistage. Le dispositif, initialement basé dans la Manche, commence à s'étendre à d'autres départements. Evidemment, ce dépistage met en évidence un besoin de soins. Pour y répondre, plusieurs dispositifs existent même s'ils restent encore insuffisants.

L'ARS tient à souligner le dynamisme de la démarche qui est en constante évolution. »



QU'EST UN BON REPAS POUR UN RÉSIDENT EN EHPAD ? QU'EST UN REPAS RÉUSSI ?

Par François BERGER, Fondateur de Nutri-Culture

LE BON REPAS : DIFFÉRENTES PERSPECTIVES

Un « bon repas » ou un « repas réussi » en établissement, c'est avant tout un résident satisfait et en sécurité, bénéficiant d'une alimentation adaptée à ses besoins spécifiques. C'est un repas qui prend en compte les caractéristiques, les difficultés de chaque résident face à la prise alimentaire. Basse vision, mastication, préhension, douleurs à table, déglutition ... autant de problématiques qui entravent la réussite d'un « bon repas » et nécessitent de créer une culture commune du « prendre soin ». Ainsi, pour les professionnels, les gestes, les postures, les rythmes et les paroles doivent respecter la dignité et les besoins de chaque résident.

Plusieurs défis pour les équipes soumises à la pression sociale, aux contraintes économiques pour les directeurs, aux risques de fausse route ou de dénutrition pour les soignants, à une technicité et des exigences sanitaires pour les cuisiniers :

- une organisation rigoureuse
- une collaboration étroite entre professionnels
- une formation continue des équipes

Les EHPAD travaillent avec des agents hôteliers, des soignants, des équipes cuisine qui sont

indiscutablement des professionnels qualifiés dans leurs métiers mais qui ne sont pas toujours spécialisés et rompus à l'exercice du repas « médico-social » en établissement. Tous ces métiers nécessitent de nouvelles compétences sans cesse actualisées.

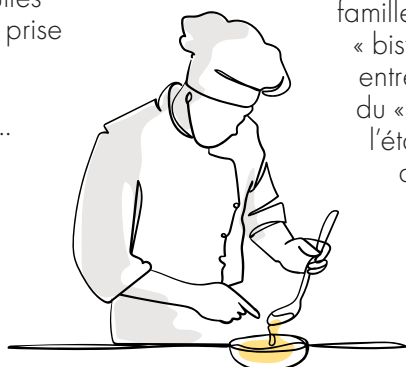
En établissement, le repas est parfois une promesse répondant aux exigences des familles soucieuses d'offrir une prestation « bistronomique » à leurs proches. Mais, entre ce que les familles se représentent du « bon repas » promis, ce que l'établissement sait et peut faire et ce dont les résidents ont besoin, il y a parfois d'importants écarts.

Le « bon repas » médico-social ne peut donc pas se définir uniquement sur la base d'un moment de partage et de convivialité. Il s'illustre à travers des présentations culinaires adaptées aux capacités de chacun.

Que peut être un bon repas pour Mathilde qui est en difficulté pour croquer, mastiquer, former un bol alimentaire et le déglutir en toute sécurité ?

Que peut être une belle assiette pour Madame Raymond, atteinte de basse vision, qui, comme la moitié des résidents, a du mal à identifier ce qu'il y a dans son assiette ?

Que peut être un bon repas pour Monsieur Da Silva, victime d'un AVC, dont chaque geste, du chemin pour aller à table jusqu'à la prise alimentaire est un tel effort qu'il abandonne son assiette, à la moitié du repas ?



LES CONSÉQUENCES DE L'ENVIRONNEMENT SUR LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Lorsqu'on parle de restauration en établissement, on parle aussi d'environnement. La lumière, les éclairages, les bruits générés par un chariot, un bip ou une porte de plonge restée ouverte, sont autant d'éléments qui parasitent un repas serein et peuvent entraîner crispations, stress et risques de fausses routes.

UN REPAS RÉUSSI : UNE ASSIETTE CONSOMMÉE

Nous sommes tous d'accord pour dire que la plus belle des assiettes, si elle n'est pas consommée, n'aura aucun effet sur le statut nutritionnel du résident. Elle augmente le risque de dénutrition et génère des gaspillages.

Le projet hôtellerie restauration n'appartient pas aux seuls cuisiniers, mais concerne tous les professionnels.

Un projet nutritionnel personnel permettra de recueillir collectivement :

- attentes et besoins du résident
- habitudes de vie
- habitudes alimentaires
- facultés et difficultés face au repas
- besoins nutritionnels spécifiques
- portions acceptées et consommées

Objectifs : présenter au résident une assiette facile à identifier, en juste quantité et faciliter son autonomie dans la prise alimentaire.

UN REPAS RÉUSSI, C'EST UNE RESTAURATION ORGANISÉE

Pour de nombreux professionnels, le repas représente un risque (de fausse route, ...). Il peut être minoré grâce à des réflexions et process partagés entre toutes les équipes.

Un repas réussi est le résultat d'un service pensé, organisé, tenant compte des catégories et profils de mangeurs.

Il repose sur une culture culinaire partagée et une organisation inter-services efficace, avec des circuits de communication et des processus décisionnels bien établis pour éviter des changements de dernière minute.

Le repas médico-social est une réponse coordonnée entre les différents professionnels et consentie avec les résidents. La sélection d'ingrédients proposés doit se soucier plus du répertoire alimentaire connu et accepté, que d'une diversification basée sur l'introduction de céréales (blé, boulgour, quinoa...), peu appréciés et « dispersibles », présentant un risque pour les convives sujets aux fausses routes.



COLLABORATION PLURIPROFESSIONNELLE

La commission menus est un bon support pour approfondir collectivement des sujets comme l'adaptation des modes de cuisson pour faciliter la mastication et conserver les propriétés nutritionnelles, les profils de mangeurs, le répertoire alimentaire adapté aux convives, les caractéristiques des résidents face à la prise alimentaire...

Le repas est un projet coconstruit, partagé et éclairant. Une occasion de sensibiliser résidents et familles au quotidien de l'établissement !



TEMOIGNAGES

EHPAD ET SOCIÉTÉ DE RESTAURATION COLLECTIVE : PARLER LE MÊME LANGAGE

*Arnaud ROBIN, chef de secteur
et Allison PITARD diététicienne,
chez API Restauration*

Quand un EHPAD fait le choix de vous confier sa restauration, en quoi est-ce important pour vous de communiquer avec les équipes ?

Arnaud ROBIN : « Nous avons un objectif commun : le bien-être des résidents. En tant que société de restauration, nous devons contribuer à une alimentation favorisant le plaisir et la lutte contre la dénutrition. C'est un travail pluridisciplinaire avec les aides-soignantes, la direction, le médecin et les équipes de cuisine qui nécessite d'apprendre à nous connaître pour que la restauration se passe le mieux possible. Une bonne communication entre chaque professionnel est essentielle pour rassurer notre client, lui apporter notre savoir-faire et sécuriser la communication avec nos cuisiniers : Ont-ils le même langage ? Ont-ils les bonnes informations ? »

Les éléments de langage sont importants, notamment en restauration médico-sociale. Texture modifiée, mixée, hachée, etc., ces termes sont précis, techniques et nécessitent une compréhension commune.

Arnaud ROBIN : « Effectivement, il existe une nomenclature IDDSI qui répond à une définition spécifique, mais qui reste encore inconnue dans certains établissements. Lors de notre arrivée sur un site, nous relevons les textures mises en place : le semi lisse, à la fourchette, l'écrasé, le mixé, le haché... Ce sont beaucoup de termes, différents et qui se ressemblent. Nous devons faciliter le travail de nos cuisiniers pour que la bonne texture soit servie aux résidents. »



Votre entreprise a fait le choix de renforcer ses équipes de diététique et nutrition. Qu'apportez-vous aux équipes soignantes ?

Allison PITARD : « Mon rôle consiste à créer un « pont » entre les équipes soignantes et nos équipes de cuisine, en apportant toutes les connaissances nutritionnelles utiles. Ma mission consiste à faire prendre conscience aux équipes de soin que nous comprenons leurs difficultés et à leur expliquer celles que rencontrent les cuisiniers. Chez API, nous avons la chance d'être représentés par une centaine de diététiciens répartis dans toute la France, sous la responsabilité d'un pôle nutrition.

Nous nous formons très régulièrement ce qui nous permet d'actualiser nos connaissances et nos réponses aux soignants et d'ainsi mieux collaborer avec les équipes. »



Vous avez également participé à une formation sur le projet restauration d'un EHPAD avec les équipes de cet EHPAD. Qu'est-ce que cela vous a apporté ?

Allison PITARD : « C'est un bon moyen de se rapprocher des professionnels du paramédical. Au fur et à mesure de la formation, nous avons tous compris que nous étions là pour les mêmes raisons. Nous avons pu exprimer nos difficultés et comprendre les leurs. A la fin de la formation, nos échanges étaient très conviviaux.

Lorsque nous sommes revenus sur l'établissement, nous avons travaillé plus efficacement et mesuré l'importance de l'équipe pluridisciplinaire. Nous savons à présent que nous allons dans le même sens ! »

Page
22



TEMOIGNAGE

LES SENS S'INVITENT À TABLE

Camille HUGO, Chef de projet Nord-Ouest,
Les Insatiables

Après avoir parlé des professionnels, les résidents ont évidemment une place centrale dans ce processus. Pouvez-vous nous expliquer ce que les Insatiables proposent à travers le cycle d'ateliers « Les sens s'invitent à table » ?

Camille HUGO : « L'idée est de lutter contre la perte d'appétit. Avec l'avancée en âge, les personnes âgées peuvent avoir une perte de goût, de l'odorat, qui engendre une perte d'intérêt pour les activités culinaires, une perte de l'appétit et des risques de dénutrition. Pour redonner envie aux résidents, nous proposons un cycle d'ateliers organisés avec les équipes d'animation et de restauration.

5 ateliers autour :

- du manger-mains pour démystifier cette pratique,
- des odeurs grâce aux fleurs comestibles,
- de l'imagination à partir du dessin du plat préféré du résident,
- du chocolat et d'un quiz musical,
- d'une journée portes ouvertes permettant aux familles et seniors vivants à domicile de venir à la rencontre des équipes d'animation et de restauration et de participer à des animations avec les résidents. »

Combien de temps dure ce cycle et comment peut-on le mettre en place ?

Camille HUGO : « Le cycle s'adapte à chaque demande et selon la programmation de l'animation dans la résidence. Il suffit de nous contacter pour l'organiser. »

Pour valoriser les chefs en EHPAD, vous mettez également en place un concours « Le bon en avant »

Camille HUGO : « C'est un concours national qui s'organise tous les deux ans et met en valeur les chefs, les cuisiniers de la restauration collective. Il répond à plusieurs objectifs : promouvoir une alimentation équilibrée et durable, du champ à l'assiette, mettre en avant ces valeurs au niveau national, en valorisant les métiers de l'alimentation et de la restauration collective et en accompagnant ces acteurs à transformer leurs méthodes pour une alimentation plus durable. La finale a eu lieu le 17 juin 2024, sous le parrainage du chef étoilé, Régis Marcon. »



LA PLACE CENTRALE DU CUISINIER D'EHPAD, COMME UN ACTEUR DU PRENDRE SOIN

Par François BERGER, Fondateur de Nutri-Culture

RÔLE DES CUISINIERS MÉDICO-SOCIAUX

A la croisée de tous les métiers, le cuisinier médico-social est **un acteur du prendre soin**. Son rôle est essentiel au sein d'un EHPAD et c'est sans doute un des métiers les plus complexes de la restauration collective.

Il doit s'approvisionner avec des produits responsables, adapter sa production aux différents profils de convives, souvent dans un temps contraint, maîtriser son budget et respecter la lutte contre les gaspillages.

La restauration médico-sociale nécessite un diagnostic très fin de l'approvisionnement à la production pour évaluer son organisation et mettre en place des process qui vont dans le sens d'une restauration médico-sociale attendue : un repas plaisir et santé.

Le travail d'acculturation entre équipes cuisines et équipes soignantes, les éléments de langage, la communication, l'organisation de process décisionnels, sont autant d'éléments indispensables, à travailler au sein d'un établissement, pour répondre aux attentes des convives.

Les formations collectives sont essentielles pour permettre à chaque équipe professionnelle de mieux comprendre respectivement, la culture, les attentes, les problématiques rencontrées. Le cuisinier peut jouer un rôle important dans le quotidien d'un établissement. En prenant part à certaines réunions, en étant en contact avec les résidents et les familles à travers certaines commissions, il apporte un autre regard et contribue à faire de l'alimentation un soin.

Cuisinier médico-social est un nouveau métier qui nécessite des connaissances et compétences particulières, une intégration au sein des équipes et une valorisation réciproque.



ANNEXES



Page
25

retrouvez-nous sur notre site internet
www.nutri-culture.com
pour accéder à toutes nos fiches et ressources
(dénutrition, déglutition, textures modifiées, manger-mains...)

Les 5 points clés d'une restauration réussie

01 Poser les bases d'une culture médico-sociale

C'est quoi un bon repas pour votre établissement au regard des profils de convives que vous accompagnez ?

Objectif : Quitter les attentes et représentations individuelles (bistronomie, assiette très décorée, ambiance animée et bruits de fonds constants...).

Nous répondons aux facultés et difficultés des convives, pas aux représentations individuelles.

03 Envisager une culture managériale et organisationnelle

Quelles sont les compétences collectives permettant d'assurer un service de qualité ? De donner la bonne assiette, la juste portion à la bonne personne ?

Avez-vous des listes des résidents ayant besoin d'une aide technique ? D'une aide humaine ? Une liste des personnes qui mangent « enrichi » ou « texturé » ? Un processus de repérage et de mesure des ingesta ?

Existe-t-il des guides et supports pour accompagner les équipes notamment hôtelières ?

05 Programmer des actions de formation, notamment en situation de travail

Les interactions entre les équipes et résidents lors du repas nécessitent un positionnement et une posture adéquates.

Les équipes sont-elles sensibilisées ? formées ? aux questions de communication bienveillante ? de stimulation adaptée ? à la manière dont se positionner pour aider à la prise du repas et éviter les hyperextensions sources de fausses routes ?



02 Poser les bases d'une culture nutritionnelle

Que sont le repas (environnement), l'alimentation (acte alimentaire, recherchant l'indépendance et l'autonomie) et la nutrition ?

Connaissez-vous les conséquences des pathologies de vos convives sur leurs comportements alimentaires ?

Avez-vous mis en place un processus permettant d'évaluer d'une part, leur facultés, d'autre part, leurs besoins nutritionnels ?

04 Mettre en place une communication interservices

Y a-t-il des circuits de communication bien définis entre les soins et la cuisine pour limiter les demandes continues et intempestives ?

Partagez-vous une culture commune pour être certain de pouvoir vous comprendre ? La cuisine est-elle associée, au moins une fois par semaine, aux transmissions pluriprofessionnelles ?

Combien de fois avons-nous vu des équipes soignantes demander un haché, moulé sans vitamine K ou bien un potage enrichi sans en préciser la teneur, sans parler des mixés dentaires qui, techniquement ne signifient rien pour un cuisinier ?

Partager une culture commune pour se comprendre est essentiel, tout comme le fait de disposer de grilles d'évaluation communes (IDDSI).

Page
26



Qu'est un bon repas médico-social ?

C'est une organisation qui permet d'évaluer efficacement les attentes, les besoins, les goûts, les facultés ou difficultés de l'ensemble des convives.

Le premier effet recherché est la satisfaction de celles et ceux qui, face à leur assiette, consomment le repas proposé.

Les établissements médico-sociaux accueillent des personnes avançant en âge, fragilisées par la maladie ou les situations de handicap. Connaître et comprendre les facultés ou difficultés de chacun, les spécificités des pathologies est indispensable pour obtenir les résultats inhérents à la satisfaction, à la santé, voire à la sécurité.



Page
27

Quelles solutions ?

Il est impératif de sensibiliser les nouveaux arrivants et de faire travailler, ensemble, les équipes médicales, paramédicales, hôtelières, cuisinantes, etc.

Définir, avec précision, ce qu'est un bon repas nécessite souvent de quitter des représentations tenaces.

Une belle assiette, ce ne sont pas de grosses portions et des éléments de décoration ; très difficiles à identifier pour près de la moitié des résidents qui ont des troubles de basse vision et pour une bonne partie de celles et ceux rencontrant des difficultés de préhension.

La restauration doit être très organisée et les circuits de communication bien établis pour que le repas soit réussi.





Qui mange quoi ?

Cette question indispensable interroge les plats réellement appréciés et consommés par les résidents d'une part, et, d'autre part, les objectifs nutritionnels.

D'après les travaux du groupe de travail d'Aupalesens, il y a environ 7 % de personnes âgées qui consomment les apports journaliers recommandés.

Pour tous les autres, petits, voire, tout petits mangeurs, la densité nutritionnelle doit être adaptée.

Qu'est-ce que cela veut dire ?
Un petit mangeur fragile, avec de gros besoins en protéines, vitamines, minéraux, etc. qui consomme de toutes petites portions n'a pas assez d'apports.

Il faudra donc travailler la question de l'enrichissement naturel, ce dernier permettant, dans de petites portions, de concentrer les nutriments manquants. Par exemple, ajouter un œuf mimosa sur une crudité appréciée est une recette traditionnelle facilitant la consommation de protéines.

L'ajout d'une cuillère de poudre de lait à une cuillère de fromage blanc augmente les apports en protéines. De la même façon, les recettes traditionnelles françaises sont souvent riches à l'image d'une endive gratinée au jambon avec de la sauce blanche.

Identifier les facultés et difficultés, servir des assiettes adaptées, dans un environnement pensé pour réduire les bruits, les déplacements et l'ensemble des stimulations inutiles est une compétence collective à développer continuellement. Cela permet à chaque professionnel de se sentir concerné et de suggérer une aide adaptée, ou, de faire appel aux professionnels compétents, en toutes circonstances.

Il faudra ensuite mesurer factuellement les effets de ces adaptations sur la satisfaction des convives, sur la variation positive de la quantité d'aliments ingérés ce qui devrait permettre de stabiliser leur état nutritionnel.



Pour conclure, le repas est au cœur des établissements, un projet pluriprofessionnel global. Il nécessite les connaissances et compétences, sans cesse actualisées, de l'ensemble des professionnels présents.

Sous la responsabilité du médecin coordonnateur et de l'équipe paramédicale, une évaluation à l'entrée, puis, périodique, permet de créer une fiche projet pour dire : Qui mange quoi ? En quelle quantité ? Avec quels objectifs ? Sans oublier de rechercher le consentement de chaque résident.

Ce projet restauration, fédérateur, permet d'améliorer la communication entre les professionnels, de sans cesse interroger les pratiques et de faciliter le déploiement d'une politique managériale reposant sur l'intelligence collaborative.

Plusieurs impacts peuvent être communiqués aux équipes, résidents, familles et autorités afin de valoriser le travail engagé et de prouver sa pertinence.

► Le Test de Tinetti

Le test ou score de Tinetti est un moyen simple, reproductible, d'évaluer le risque de chute chez le sujet âgé. La durée de passation est d'environ 5 minutes. Le test est réalisé en plusieurs étapes, détaillées dans le tableau ci-après. L'interprétation est expliquée après le tableau.

Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs :		
1. Equilibre assis sur la chaise 0 = se penche sur le côté, glisse de la chaise 1 = sûr, stable		☐
On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs :		
1. Se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais nécessite l'aide des bras 2 = possible sans les bras		☐
2. Tentative de se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais plusieurs essais 2 = possible lors du premier essai		☐
3. Equilibre immédiat debout (5 premières secondes) 0 = instable (chancelant, oscillant) 1 = sûr, mais nécessite une aide technique debout 2 = sûr sans aide technique		☐
Test de provocation de l'équilibre en position debout :		
4. Equilibre lors de la tentative debout pieds joints 0 = instable 1 = stable, mais avec pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite une aide technique 2 = pieds joints, stable		☐
6. Poussées (sujets pieds joints, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises) 0 = commence à tomber 1 = chancelant, s'agrippe, et se stabilise 2 = stable		☐
7. Yeux fermés 0 = instable 1 = stable		☐
Le patient doit se retourner de 360° :		
8. Pivotement de 360° 0 = pas discontinus 1 = pas continus		☐
9. Pivotement de 360° 0 = instable (chancelant, s'agrippe) 1 = stable		☐

Le patient doit marcher au moins 3 mètres en avant, faire demi-tour et revenir à pas rapides vers la chaise. Il doit utiliser son aide technique habituelle (cane ou déambulateur) :	
10. Initiation de la marche (immédiatement après le signal du départ 0 = hésitations ou plusieurs essais pour partir 1 = aucune hésitation	☐
11. Longueur du pas : le pied droit balance 0 = ne dépasse pas le pied gauche en appui 1 = dépasse le pied gauche en appui	☐
12. Hauteur du pas : le pied droit balance 0 = le pied droit ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied droit décolle complètement du sol	☐
13. Longueur du pas : le pied gauche balance 0 = ne dépasse pas le pied droit en appui 1 = dépasse le pied droit en appui	☐
14. Hauteur du pas : le pied gauche balance 0 = le pied gauche ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied gauche décolle complètement du sol	☐
15. Symétrie de la marche 0 = la longueur des pas droit et gauche semble inégale 1 = la longueur des pas droit et gauche semble identique	☐
16. Continuité des pas 0 = arrêt ou discontinuité de la marche 1 = les pas paraissent continus	☐
Ecartement du chemin (observé sur une distance de 3 m) 0 = déviation nette d'une ligne imaginaire 1 = légère déviation, ou utilisation d'une aide technique 2 = pas de déviation sans aide technique	☐
Stabilité du tronc 0 = balancement net ou utilisation d'une aide technique 1 = pas de balancement, mais penché ou balancement des bras 2 = pas de balancement, pas de nécessité d'appui sur un objet	☐
Largeur des pas 0 = polygone de marche élargi 1 = les pieds se touchent presque lors de la marche	☐
Le patient doit s'asseoir sur la chaise :	
17. S'asseoir 0 = non sécuritaire, juge mal les distances, se laisse tomber sur la chaise 1 = utilise les bras ou n'a pas un mouvement régulier 2 = sécuritaire, mouvement régulier	☐
SCORE MAXIMUM = 28 points	

Interprétation :

Total inférieur à 20 points	: risque de chute très élevé
Total entre 20-23 points	: risque de chute élevé
Total entre 24-27 points	: risque de chute peu élevé, chercher une cause comme une inégalité de longueur des membres
Total à 28 points	: normal

SITOGRAPHIE

- ▶ ARS Normandie : www.normandie.ars.sante.fr
- ▶ Siel Bleu : www.sielbleu.org
- ▶ RSVA (Réseau de Services pour une Vie Autonome) : rsva.fr
- ▶ Nutri-Culture : www.nutri-culture.com
- ▶ Mobidents : www.fondation-misericorde.fr/soins/consultations/mobidents
- ▶ Les Insatiables : lesinsatiables.org
- ▶ API restauration : www.api-restauration.com
- ▶ Centre Hospitalier Durécu-Lavoisier : chdl.fr
- ▶ Centre Hospitalier du Cotentin : www.ch-cotentin.fr/chpc



**MANGEZ,
BOUGEZ,
SOURIEZ !**



JOURNÉE D'ÉCHANGES

08 avril 2024 – Deauville

Page
32

Interrogeons ensemble
les interactions entre le
repas, l'activité physique
et la santé orale.

