



Alimentation en Ehpad

Une politique de prévention s'impose !



UFC-Que Choisir
Mars 2015

Sommaire

Synthèse.....	3
I. La nutrition des séniors, un enjeu de santé publique.....	4
1. Des besoins nutritionnels spécifiques pour prévenir la perte d'autonomie.....	4
2. Les maisons de retraite : un champ d'action prioritaire	6
II. Enquête de l'UFC-Que Choisir : équilibre nutritionnel et grille horaire, la double carence de l'alimentation des séniors en EHPAD.....	12
1. Méthodologie de l'enquête	12
2. Horaires des repas : l'intérêt sanitaire des séniors trop souvent sacrifié au profit de l'organisation du personnel	13
3. Les 'plaisirs de la table' en demi-teinte	18
4. Les contraintes économiques mettent en péril l'équilibre nutritionnel	19
5. Un suivi nutritionnel des résidents très insuffisant.....	22
Annexe A - Les 10 critères nutritionnels d'analyse des menus.....	23
Annexe B - Tableau de résultat de l'analyse des menus de 88 Ehpads.....	25



Synthèse

Entre 450.000 et 700.000 personnes âgées sont touchées par la dénutrition, pathologie résultant de leur moindre capacité à extraire de l'alimentation les nutriments nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme. En effet, contrairement à ce que l'on pourrait penser intuitivement, les besoins des seniors en nutriments sont supérieurs à la population générale. Or si ces besoins ne sont pas couverts, ces carences peuvent causer l'apparition de problèmes de santé graves : perte d'autonomie, déficit immunitaire, infections, escarres, fractures ... Ainsi, pour une personne dénutrie, le risque de mortalité se trouve multiplié par un facteur allant de 2 à 4 et le risque de maladies est multiplié par un facteur de 2 à 6.

La dénutrition touche plus particulièrement les seniors résidant en maisons de retraite : entre 15 et 38 % d'entre eux, soit entre 100 000 et 200 000 personnes. C'est pour prévenir le développement de la dénutrition dans ces établissements, que les experts ont défini plusieurs axes de recommandations : le respect des rythmes alimentaires, la qualité nutritionnelle et gustative de l'alimentation, un environnement agréable, ainsi qu'un suivi individuel de l'état nutritionnel. Mais malgré une obligation générale d'équilibre alimentaire dans ces institutions, les Agences Régionales de Santé (ARS) sont trop faiblement incitées à en contrôler l'application, d'autant plus que les recommandations nutritionnelles existantes ne sont pas obligatoires et qu'aucun contrôle officiel n'est réalisé.

Pour vérifier la qualité de l'alimentation dans les Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (Ehpad), l'UFC-Que Choisir a interrogé les résidents de 43 EHPAD et analysé les menus de 88 autres établissements répartis dans 48 départements de France. Le premier enseignement de cette enquête est que dans trop d'EHPAD l'organisation du personnel prime sur les horaires des repas. De fait, aucun des établissements étudiés n'est conforme à l'ensemble des recommandations horaires. Dans le but de limiter les heures de présence du personnel, les grilles horaires sont fortement contractées en fin de journée. Ainsi le dîner est servi à 18h25 en moyenne, le record étant 18h00! Mais en servant le dîner trop tôt, on rallonge la période de jeûne nocturne qui est trop longue pour 80 % des établissements !

Si les résidents sont globalement satisfaits de la qualité du service et de leur alimentation, la qualité nutritionnelle pêche en revanche par les économies réalisées notamment sur les sources de protéines (viande rouge, poisson), au profit de plats pauvres en protéines ou de plats industriels bon marché ne correspondant pas aux habitudes alimentaires des seniors. Plus grave, des carences sont relevées dans le suivi nutritionnel des résidents : ainsi 18 % des établissements s'abstiennent de peser chaque mois les résidents, alors même qu'il s'agit là du suivi minimal de santé de ces personnes.

Au vu de ce constat alarmant et face au vieillissement de la population, une véritable politique de prévention s'impose. A cet effet, l'UFC-Que Choisir demande l'instauration d'une obligation réglementaire sur la qualité nutritionnelle et les rythmes des repas servis dans les Ehpad.

I. La nutrition des séniors, un enjeu de santé publique

1. Des besoins nutritionnels spécifiques pour prévenir la perte d'autonomie

a. Jusqu'à 700 000 personnes âgées dénutries

On estime qu'au moins 10% des personnes de plus de 85 ans sont touchées par la dénutrition, cette affection qui résulte de la moindre capacité des personnes âgées à extraire les nutriments de leur alimentation. Au total, les estimations officielles situent entre 450.000 et 700.000 le nombre total de personnes âgées souffrant de dénutrition¹. Ce chiffre risque d'augmenter parallèlement à l'accroissement du nombre de personnes âgées, en effet alors qu'on compte actuellement 12,2 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, selon les projections de l'Insee cette classe d'âge représentera en 2050, 22,3 millions de personnes.

b. Des besoins nutritionnels accrus avec l'âge

Les personnes âgées ont des besoins nutritionnels spécifiques, aussi bien en termes de quantité que de qualité qui, s'ils ne sont pas couverts, peuvent être à moyen terme à l'origine de dénutrition (état pathologique résultant d'un apport nutritionnel insuffisant). Outre la perte d'appétit, la sédentarité ou les facteurs psychologiques, cinq facteurs nutritionnels sont notamment à l'origine de cette dénutrition :

- **Des besoins énergétiques accrus** : Contrairement aux idées reçues, on ne doit pas manger moins en vieillissant. En effet, même si l'activité physique est généralement diminuée, la capacité à utiliser les nutriments de l'alimentation est moins bonne chez les personnes âgées, ce qui nécessite des apports énergétiques égaux voire supérieurs à ceux des sujets plus jeunes (au moins 2.100 kcal/jour),
- **Protéines et fonte musculaire** : la fonte musculaire, du fait de la réduction du poids et de la force de la personne, accentue le risque de déséquilibres, de chutes et donc de fractures. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette perte musculaire, tels que la baisse de l'activité physique, la résistance à l'insuline, etc, mais l'insuffisance de protéines est un déterminant majeur. L'apport généralement recommandé en protéines de 0,8 g/kg/jour est insuffisant pour les personnes âgées pour lesquelles les apports devraient être de 1 à 1,2 g/kg/jour.

¹ Avis n° 53 sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques – CNA 2005

- **Calcium et ostéoporose** : l'ostéoporose est une diminution de la masse et de la structure osseuse observée chez les séniors, entraînant une fragilité et donc un risque de fractures (col du fémur, poignets, vertèbres...). Elle concerne encore plus fortement les femmes et toucherait en France 20 % des femmes de 60 ans et 40 % de celles de 75 ans². Les insuffisances d'apport en calcium via l'alimentation accroissent les risques d'ostéoporose. Le métabolisme du calcium étant altéré par le vieillissement, les besoins sont plus élevés chez les séniors : 1 000 mg à 1 400 mg / jour (contre 800 mg pour la population générale).
- **Des carences en micronutriments** : le sujet âgé présente un risque élevé de carence en minéraux et vitamines en raison des modifications physiologiques associées au vieillissement. On observe souvent des déficiences en vitamines du groupe B, facteur de risque des maladies cardio-vasculaires et de démence, ainsi qu'en antioxydants, facteur de risque d'aggravation de toutes les pathologies et d'accélération des processus de vieillissement.
- **Eau et déshydratation** : les besoins en eau sont de l'ordre de 1 à 1,5 litre par jour. Il est important de les respecter, car la déshydratation augmente les risques de décès.

c. La dénutrition à l'origine de pathologies graves

Loin d'être anecdotiques, les conséquences d'une mauvaise alimentation sont particulièrement graves pour les séniors : outre l'amaigrissement et la fonte musculaire, une dénutrition peut être à l'origine de déficits immunitaires, d'infections urinaires et respiratoires, d'escarres, de chutes, de fractures³ ... Les experts évoquent une '*spirale de la dénutrition*', décrite comme un enchaînement de dégradations de l'état de santé initié par la dénutrition et déclenchant un premier épisode pathologique (tel qu'une chute ou une infection), entraînant à son tour une dénutrition supplémentaire, pouvant alors se traduire par un déficit immunitaire, puis d'autres épisodes pathologiques plus graves, une immobilisation, l'apparition d'escarres, etc ... Au global, on estime que la durée d'hospitalisation est multipliée par 2 à 4 pour les personnes dénutries, le risque de pathologies infectieuses par 2 à 6 et le risque de mortalité par 2 à 8⁴.

² Programme National Nutrition Santé – Objectifs généraux : Calcium.

³ 'Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée' – Haute Autorité de Santé – avril 2007

⁴ Guide nutrition à partir de 55 ans pour les aidants des personnes âgées – Programme National Nutrition Santé – Septembre 2006

2. Les maisons de retraite : un champ d'action prioritaire

a. Entre 15% et 38 % des résidents dénutris

Alors que d'après le rapport de 2005 du Conseil de l'Alimentation, la dénutrition concernerait entre 1 à 8 % des personnes âgées résidant à domicile, cette pathologie toucherait bien plus fortement les seniors résidant en maisons de retraite : entre 15 et 38 % des pensionnaires de ces institutions seraient affectés, soit de l'ordre de 100 000 à 200 000 personnes⁵.

b. Un secteur crucial, pourtant délaissé par les Pouvoirs Publics

i – Des études rares et anciennes révélant une prévention insuffisante

Malgré ces chiffres préoccupants, les Pouvoirs Publics n'ont pas mené d'enquêtes d'ampleur sur ce sujet. Il n'existe ainsi aucune enquête officielle nationale sur la prévention de la dénutrition dans les maisons de retraite. On dispose seulement d'éléments partiels, dont beaucoup sont déjà anciens. On peut citer notamment :

- une étude menée en 2003 auprès de 40 établissements par l'ARS de Poitou-Charentes,
- les appréciations données en 2005 par les experts du groupe de travail du Conseil National de l'Alimentation,
- une étude régionale publiée en 2009, l'ARS Nord-Pas de Calais sur les coûts alimentaires en maisons de retraite,
- des éléments plus généraux publiés chaque année par le cabinet d'audit KPMG.

Au global, ces différentes études ont révélé :

- **Une qualité nutritionnelle aléatoire** : s'agissant de la qualité nutritionnelle, l'enquête de l'ARS de Poitou-Charentes indiquait que 85% des établissements n'avaient pas de plan alimentaire correct. On observait notamment des plats de faible densité nutritionnelle au déjeuner et des fréquences insuffisantes de légumes, de fruits, de poisson et de viande rouge. Les faibles budgets consacrés à l'achat des aliments semblent expliquer en partie ces constatations. Sachant que les experts considèrent que le budget consacré aux denrées

⁵ Avis n° 53 sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques – CNA 2005

devrait être au minimum de 1,70 € par repas, les budgets réels mis en œuvre semblent très souvent inférieurs. Ainsi une étude régionale publiée en 2009, par l'ARS Nord-Pas de Calais indique que pour une proportion significative des établissements étudiés, les budgets matières sont inférieurs à 1€70.

- **Des rythmes de repas trop resserrés sur la journée** : l'enquête de l'ARS de Poitou – Charentes indiquait en outre que les horaires des repas étaient trop resserrés dans la journée, et la durée du jeûne entre le repas du soir et du lendemain matin était excessive et dépassait 12 heures.
- **Un suivi nutritionnel insuffisant** : la même enquête de Poitou-Charente, révélait un suivi de l'état nutritionnel des résidents très insuffisant, puisque dans la grande majorité des cas les établissements ne calculaient pas le score de dépistage nutritionnel (Mini Nutritional Assessment – MNA) ni l'indice de masse corporelle (IMC). Cette analyse a été confirmée deux ans plus tard par le Conseil National de l'Alimentation qui indiquait dans ses travaux de 2005, qu'en général « *la surveillance nutritionnelle ne s'établit pas toujours dès la première rencontre avec le médecin coordonnateur de l'établissement. La visite d'admission ne comprend pas systématiquement le contrôle du poids, de la taille ou le calcul de l'IMC, ni toujours un bilan sanguin, un questionnaire d'évaluation des habitudes alimentaires, ou l'établissement du MNA complet. La surveillance de l'état nutritionnel n'est pas toujours régulière, ne serait-ce que par un suivi du poids* ».

ii – Des Pouvoirs Publics peu incités à contrôler la qualité nutritionnelle des repas

Sous le vocable générique 'maisons de retraite', on doit distinguer deux types principaux de structures : les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) qui sont des structures médicalisées et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) qui sont des structures non médicalisées et réservées à des personnes non dépendantes. S'agissant des EHPAD, les Pouvoirs Publics sont, en théorie, censés s'intéresser à la qualité nutritionnelle des repas. En effet, ce type d'établissement doit obligatoirement signer une convention tripartite avec l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Général, sur la base d'un modèle de cahier des charges qui inclut explicitement la qualité '*nutritive*' des repas parmi les indicateurs à suivre. Mais le Conseil National de l'Alimentation (CNA) estime que le mode de facturation spécifique aux EHPAD limite cette incitation⁶. En effet, les Pouvoirs Publics (Assurance maladie et Département) ne financent pas les frais d'alimentation et ne sont donc pas directement intéressés à la qualité de cette prestation.

⁶ 'Avis n°56 sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques' – Conseil National de l'Alimentation – Décembre 2005

En réponse à cette préoccupation, le principe de l'équilibre nutritionnel des repas a été rendu obligatoire en 2012 dans tous les établissements sociaux et médicaux-sociaux accueillant des seniors, mais cette disposition n'a été suivie par la publication d'aucun texte d'application précis. Quant aux recommandations nutritionnelles publiées en octobre 2011 par le Groupe d'Etude des Marchés Restauration Collective et Nutrition (GEMRCN), ceux-ci sont dépourvus de tout caractère obligatoire. En conséquence, aucun contrôle officiel à ce jour n'est réalisé sur la qualité nutritionnelle des repas servis en institution.

iii - Un désintérêt des pouvoirs publics expliqué par un coût alimentaire à la charge des résidents et des familles

En l'absence de données précises sur le budget global de la restauration en institution, on ne peut que recourir à une estimation de ce coût. Sur la base de données partielles issues du cabinet KPMG, on peut estimer que le coût global mensuel de la restauration par résident dans les établissements publics, est compris entre 330 € et 400 € selon le mode de gestion. Le coût total de l'hébergement varie entre 2.900€ par mois et par résident pour les établissements publics et 3.019 € pour les établissements privés non lucratifs. Le reste à charge pour le résident dépend très fortement de la situation géographique : il est en moyenne de 2.424 € par mois en Ile-de-France et de 1.810 € par mois pour le reste de la France. La restauration représente donc une part significative de reste à charge : entre 13 et 23 % (après déduction des frais pris en charge par l'Assurance maladie et les Conseils Généraux). Sauf cas particuliers (résidents bénéficiant de l'aide sociale, financements apportés de manière volontaire par un Conseil Général) les frais de restauration restent intégralement à la charge du résident ou de sa famille.

c. Recommandations scientifiques : les quatre axes pour prévenir la dénutrition

Afin de prévenir l'apparition de la dénutrition, les experts insistent sur la nécessité d'intervenir très en amont, en agissant sur l'ensemble des causes à l'origine de cette affection. En effet, outre les causes directes que sont des quantités insuffisantes d'aliments ou une mauvaise qualité nutritionnelle, d'autres causes indirectes telles qu'une mauvaise qualité gustative, des repas servis trop tôt, des locaux peu accueillants, etc, feront que la personne aura moins envie de se nourrir correctement et pourra entrer dans la dénutrition.

C'est pourquoi, la prévention de la dénutrition repose sur quatre axes essentiels :

- 1 - Respecter les rythmes alimentaires particuliers des personnes âgées,
- 2 - Fournir une alimentation de bonne qualité (nutritionnelle et gustative),
- 3 - Proposer un cadre incitant les personnes à manger (environnement, sociabilité),
- 4 - Suivre l'état nutritionnel de chaque pensionnaire.

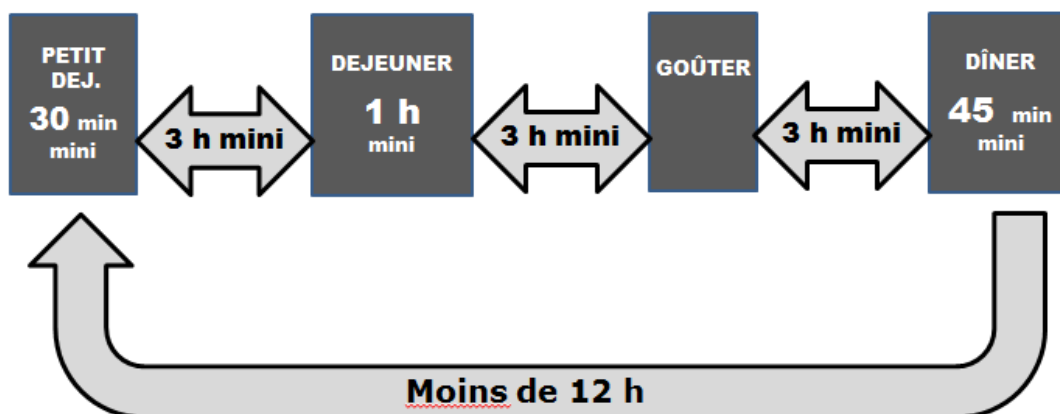
i - Des rythmes alimentaires adaptés

Les recommandations formulées par les experts ont toutes pour objectif de favoriser la prise d'aliments tout au long de la journée :

- **4 repas quotidiens obligatoires** : dans l'objectif d'avoir un nombre suffisant d'occasions où les résidents peuvent manger, le Groupe d'Etude des Marchés Restauration Collective et Nutrition (GEMRCN) demande que soient servis obligatoirement 4 repas au cours de la journée (petit déjeuner, déjeuner, goûter, dîner). Bien qu'il constitue un apport plus limité, le goûter est donc considéré dans le cas de l'alimentation des personnes âgées comme repas à part entière. En outre, dans le cas des personnes ayant des besoins nutritionnels augmentés, ou qui auraient des difficultés à consommer un repas complet, le GEMRCN, demande qu'une ou plusieurs collations puissent être données au cours de la journée, voire de la nuit.
- **Des durées minimales propres à chaque repas** : la durée accordée à chaque repas est également importante pour des personnes qui, pour beaucoup d'entre elles, peuvent avoir besoin de plus de temps pour s'alimenter, notamment du fait de problèmes de mastication ou d'une moindre autonomie. A cet effet, le CNA (Conseil National de l'Alimentation) demande que les durées minimales des services soient de 30 minutes pour le petit déjeuner, une heure pour le déjeuner et de 45 minutes pour le dîner.
- **Des intervalles minimaux entre les repas** : Dans son 'Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé' (septembre 2006), le PNNS indique qu'avec l'âge, apparaissent des troubles de la régulation de la glycémie. Pour pallier aussi bien l'hypoglycémie, que l'hyperglycémie, il est essentiel que les personnes âgées aient un rythme alimentaire régulier. Pour cela, le PNNS recommande d'une part un temps minimum entre chaque repas de 3 heures (du fait du rallongement de la durée de la digestion et pour éviter les reflux gastriques dans le cas de prises alimentaires trop rapprochées). A l'inverse, pour éviter une hypoglycémie trop marquée au réveil, le PNNS demande que la période de jeûne nocturne soit inférieure à 12 heures.



Le graphique ci-dessous résume l'ensemble des recommandations horaires sur le service des différents repas :



ii - Une alimentation de qualité

Le Groupe d'Etude des Marchés Restauration Collective et Nutrition (GEMRCN) a publié en octobre 2011 et remis à jour le 2 août 2013, sous l'égide du Ministère des finances, des recommandations nutritionnelles détaillées adaptées aux besoins spécifiques des personnes âgées. L'équilibre nutritionnel défini dans ces recommandations repose notamment sur la notion de fréquences de consommation. On définit ainsi sur une période de 20 jours, le nombre minimal de service des aliments les plus importants du point de vue nutritionnel. A l'inverse, des fréquences maximales de service sont définies pour les aliments dont la consommation doit être limitée.

Mais même si la qualité nutritionnelle est irréprochable, il est également important que les aliments proposés plaisent aux résidents, faute de quoi, ils ne seront pas mangés. C'est pourquoi, le Conseil National de l'Alimentation a recommandé que la qualité gustative, l'adaptation aux habitudes alimentaires et la variété soient également considérées comme des critères prioritaires.

iii - Les 'plaisirs de la table'

Dans son avis n°53, le Conseil de l'Alimentation, recommande de : « *favoriser les plaisirs de la table' (présentation des plats, accueil et encadrement ...). ... Il faut également s'efforcer de maintenir le lien social à travers le partage alimentaire (en particulier en favorisant la prise des repas à la salle à manger dans les établissements d'hébergement, encourager la socialisation à travers le partage (convivialité, locaux, repas à thème, de fêtes, du dimanche, d'anniversaire, produits du terroir, etc.), et la transmission des savoirs et des traditions alimentaires* »

iv - Un suivi nutritionnel et une prise en charge individualisée

Les autorités sanitaires (PNNS, HAS) insistent sur la nécessité de détecter la dénutrition le plus tôt possible. Compte tenu des risques induits par la dénutrition, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande⁷ qu'en institution, le dépistage de la dénutrition soit réalisé une fois par mois, notamment par le biais de la mesure du poids et de son évolution dans le temps, le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), l'estimation de l'appétit ou des apports alimentaires.

Ce suivi est particulièrement important car en cas de risque de dénutrition, il peut être proposé, selon le cas : une aide pour s'alimenter, une adaptation facilitant la consommation (repas mixé, petites bouchées), des soins bucco-dentaires, une surveillance des consommations alimentaires etc. C'est seulement en cas d'échec de ces actions que des compléments alimentaires devront être prescrits.

S'agissant des régimes, encore couramment prescrits aux personnes âgées, le CNA pointe l'absence de bénéfice des restrictions alimentaires et surtout leurs conséquences néfastes. Par exemple les régimes sans sel n'ont plus d'intérêt au-delà d'un certain âge, sauf cas exceptionnel, et diminuent la saveur des repas, alors même qu'il est essentiel de réveiller l'appétit des personnes ayant tendance à perdre progressivement le goût. En conséquence, le CNA recommande de limiter les régimes restrictifs et plus généralement, toute restriction alimentaire volontaire.

⁷ Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée – Haute Autorité de Santé - Avril 2007

II. Enquête de l'UFC-Que Choisir : équilibre nutritionnel et grille horaire, la double carence de l'alimentation des séniors en EHPAD

Compte tenu de la forte proportion de personnes dénutries en Ehpads et en l'absence d'études officielles récentes, il paraissait important de vérifier l'application des pratiques de prévention. C'est dans ce contexte que l'UFC-Que Choisir a mené une enquête auprès de 131 établissements, entre novembre 2014 et janvier 2015.

1. Méthodologie de l'enquête

Déjà en 2006, l'UFC-Que Choisir s'était intéressée aux établissements recevant des personnes âgées sous l'angle du suivi nutritionnel et de l'alimentation, en envoyant à leurs directions des questionnaires portant notamment sur le personnel présent au moment des repas (effectifs, formation), les menus proposés, les modes de gestion et de distribution des repas, la procédure du suivi nutritionnel des résidents (présence d'un médecin coordonnateur, bilan nutritionnel à l'arrivée du résident, matériel de pesée, etc.). Les réponses données par les 159 établissements (dont trois quart d'Ehpads), ainsi que l'analyse des menus, avaient permis par exemple de montrer un déficit dans le suivi nutritionnel des résidents, ainsi que certains déséquilibres dans l'alimentation proposée. Mais pour cette nouvelle étude, nous avons souhaité interroger les résidents eux-mêmes sur ce qu'ils observent chaque jour sur leur alimentation.

Nota : compte tenu des interlocuteurs différents entre les deux études (les directeurs d'établissements en 2006 vs. les résidents eux-mêmes en 2015) et des thématiques abordées différentes, la comparaison en termes d'évolution n'est possible que sur un nombre limité de questions.

a. Un sondage auprès des résidents dans 43 Ehpads

Nous avons interrogé entre novembre 2014 et janvier 2015, des résidents dans 43 Ehpads par le biais des bénévoles de nos associations locales. Nous leur avons posé une cinquantaine de questions portant sur les horaires des repas, la qualité de l'alimentation et des locaux, ainsi que sur le suivi nutritionnel. Ce mode d'enquête reposant sur l'appréciation personnelle des résidents, il n'autorise pas à faire une exploitation des réponses individuelles pour chaque Ehpad. On peut en revanche exploiter avec une bonne marge de confiance les réponses données en moyenne pour chaque question.

b. Une analyse des menus dans 88 établissements

S'agissant de la qualité nutritionnelle des repas, nous avons collecté les menus servis dans 88 Ehpad sur une période de 20 jours consécutifs, servis entre avril 2014 et février 2015, mis en ligne sur les sites des établissements ou transmis par nos bénévoles.

Ces menus ont été analysés sur la base de 10 critères nutritionnels majoritairement issus des recommandations du GEMRCN (voir détail en annexe) et sur la pertinence des plats proposés par rapport aux habitudes de consommation des séniors. Nous avons en outre ajouté une appréciation plus qualitative mais qui n'entre pas dans la notation des établissements. Cette appréciation porte sur la qualité du travail pour l'élaboration des grilles de menus et tient compte de :

- la cohérence du plan alimentaire (variété des viandes sur les 20 jours, garniture de féculent et de légumes présente sur la journée),
- la qualité des plats au dîner (variété des plats et limitation des produits industriels de faible densité nutritionnelle),
- la diversité des recettes

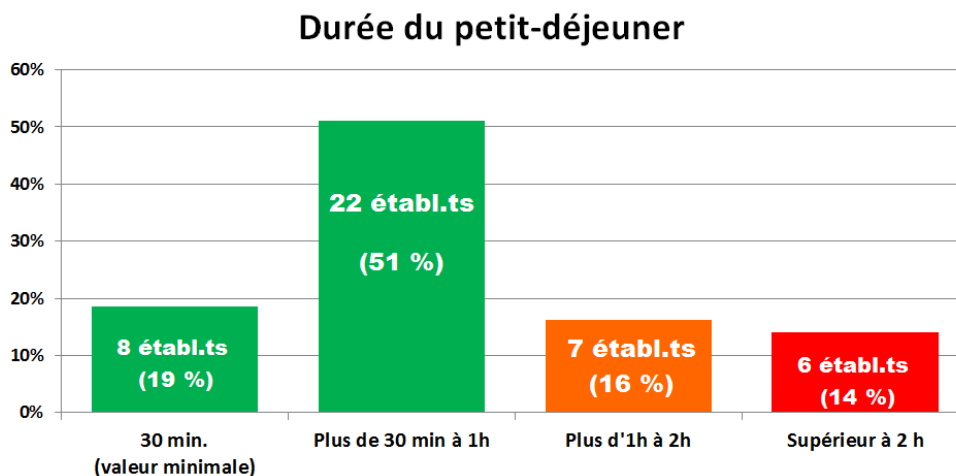
L'ensemble du questionnaire, l'analyse des menus et des résultats de l'enquête ont été réalisés avec l'aide de Marie-Line HUC, diététicien-nutritionniste conseil, membre du Club experts nutrition et alimentation (CENA) et experte dans le domaine de la restauration collective.

2. Horaires des repas : l'intérêt sanitaire des séniors trop souvent sacrifié au profit de l'organisation du personnel

Aucun des 43 Ehpad enquêtés sur les horaires des repas, n'est conforme à l'ensemble des recommandations relatives aux horaires. En effet, les horaires de fin de journées sont fortement raccourcis avec pour effet d'une part de contracter l'intervalle de temps nécessaire entre le goûter et le dîner, et d'autre part de rallonger le jeûne nocturne au-delà de la valeur limite.



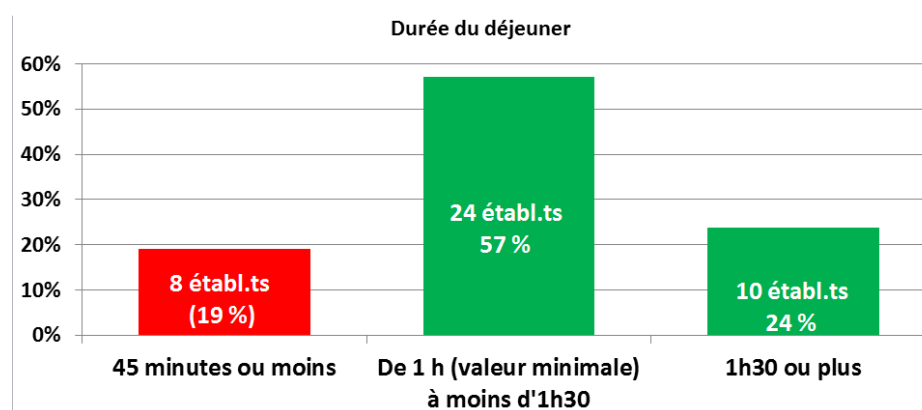
- a. Petit déjeuner : les durées minimales sont respectées, mais des services parfois trop longs empiètent sur l'intervalle avec le déjeuner



Source : enquête UFC-Que Choisir

Le petit déjeuner dure 1h10 en moyenne, au global on respecte donc haut la main la recommandation de 30 minutes définie par le CNA. D'ailleurs, on ne relève aucun établissement en dessous de cette durée minimale. A l'inverse, on relève que certains établissements proposent le petit déjeuner sur une plage horaire trop longue (six établissements soit 14 % de l'échantillon le servent pendant deux heures ou plus !), cela peut même avoir un effet contreproductif en raccourcissant l'intervalle de temps entre le petit-déjeuner et le déjeuner (voir partie suivante). Ainsi, alors que le PNNS demande au minimum 3 heures entre chaque repas, pour la période du matin (entre le petit-déjeuner et le déjeuner), un établissement sur deux ne respecte pas l'intervalle minimal.

- b. Déjeuner : une durée trop courte dans un cas sur 5



Source : enquête UFC-Que Choisir

La durée moyenne du déjeuner est d'une heure, soit la recommandation minimale. Mais dans le détail (voir graphique ci-avant) on note que pour 8 établissements (près d'un établissement

sur 5) cette durée est clairement insuffisante (entre 45 minutes et 30 minutes selon le cas), alors même qu'il s'agit du repas le plus important de la journée. A l'inverse, 10 établissements proposent un temps de repas très confortable d'au moins 1h30.

c. Goûters servis trop tôt : un établissement sur deux perd une occasion de compléter les apports alimentaires

Mis à part deux établissements, les EHPAD enquêtés proposent systématiquement un goûter, ce qui montre que la recommandation du GEMRCN d'avoir 4 repas obligatoires dans la journée est globalement bien appliquée.

La durée moyenne relevée pour le goûter est de 30 minutes ce qui paraît raisonnable, même s'il n'existe pas de recommandation de durée minimale pour ce repas. En effet, s'agissant du repas le plus léger de la journée, il apparaissait sans doute moins nécessaire aux experts de définir une durée pour cette prise alimentaire. Mais au-delà du temps strictement nécessaire pour s'alimenter, il est quand même important que le temps disponible soit suffisamment long, ne serait-ce pour que les résidents ne le ratent pas ! Or sur ce point, nous avons relevé 5 établissements (soit 12% de l'échantillon) où le goûter dure seulement 15 minutes ce qui est vraiment trop court.

Alors que la majorité des établissements servent le goûter à partir de 16h00, dans un tiers des cas le goûter est servi trop tôt avant 15h30. On a même relevé un établissement (EHPAD 'Léon Rouveyrol' à Aubenas – dep.t 07) où le goûter est servi dès 14h30. Parfois, il n'y a qu'une heure et demie entre le moment où les résidents sortent du déjeuner avant de reprendre un goûter ! Si l'on ajoute à cela des durées de repas de midi un peu trop longues, on a au global plus d'un établissement sur deux qui ne respecte pas l'intervalle de temps minimal entre le déjeuner et le goûter. Or dans ces cas, on perd ainsi une occasion de compléter les apports nutritionnels en aliments sources de protéines tels que les produits laitiers, car les résidents, n'ayant pas encore faim, risquent de ne pas profiter de ce goûter.

d. Dîner : dans 8 établissements sur 10 le repas servi trop tôt aggrave le jeûne nocturne

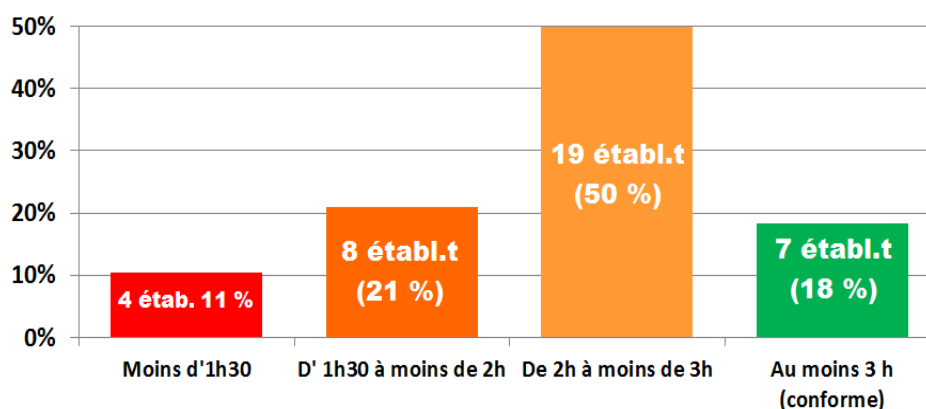
En moyenne, la durée du dîner est d'un peu plus d'une heure, par conséquent au-dessus de la recommandation de 45 minutes minimales établie par le CNA. On relève cependant 4 établissements qui ne respectent pas cette recommandation et qui expédient le dîner en 30 minutes.

Mais c'est sur l'heure du dîner que l'on relève le plus gros problème : celui-ci commence généralement beaucoup trop tôt : 18h25 en moyenne, le record étant 18h (Résidence 'Le

rocher fleuri à Laval – Dep.t 53) ! Sur ce point aucune amélioration n'est constatée par rapport à notre enquête de 2006, qui révélait que 80 % des repas étaient servis avant 18 h 30 !

Ce service trop précoce a tout d'abord un impact sur l'appétit des résidents puisqu'ils arriveront au dîner sans avoir vraiment faim. De fait, dans 80% des établissements le délai entre le goûter et le dîner, est inférieur à 2h30.

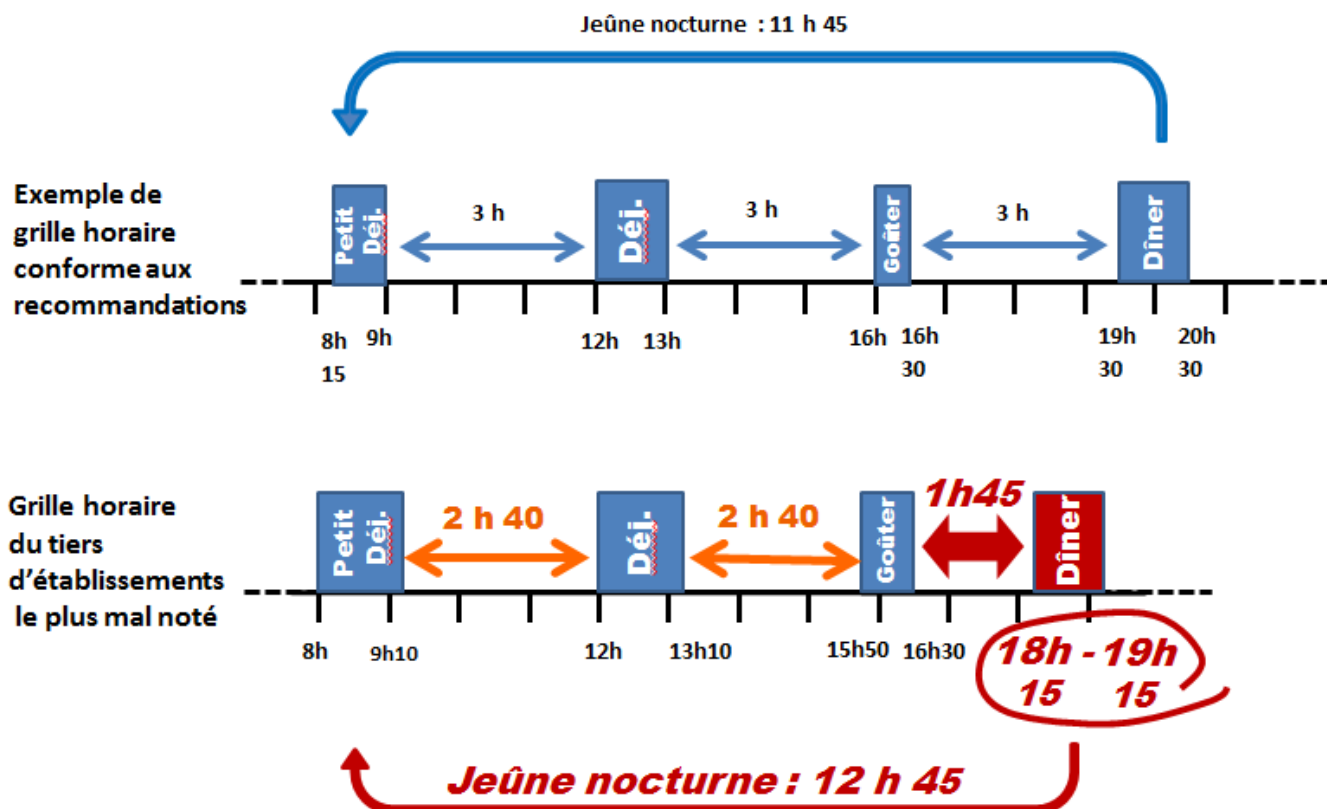
Intervalle entre le goûter et le dîner



Source : Enquête UFC-Que Choisir

Pire : pour un tiers d'entre eux le délai est de moins de 2 heures (voir tableau ci-dessus) ! Pourtant cet intervalle de temps entre le goûter et le dîner est certainement le plus important à respecter, car les résidents doivent avoir suffisamment faim au moment du dîner pour manger correctement en prévision de la nuit.

En servant le dîner trop tôt, on rallonge également la période de jeûne nocturne. Ainsi, dans trois quart des établissements, le service du dîner est déjà terminé à 19h30. Le record observé étant à 18h30 ! Ceci explique qu'au **final 80 % des établissements ne respectent pas la durée maximale recommandée pour le jeûne nocturne !**



Le graphique ci-dessus illustre comment le fait d'avancer l'heure du dîner, a un impact doublement négatif : à la fois sur le délai entre le goûter et le dîner, mais aussi sur le jeûne nocturne. Ainsi par rapport aux recommandations des experts (grille horaire du haut), dans le tiers des établissements les plus mal notés (grille horaire du bas), le dîner commence à 18h15, soit seulement 1h45 après la fin du goûter. Quant à la fin du dîner elle est en moyenne à 19h15, ce qui implique un jeûne nocturne de 12h45, dépassant de $\frac{3}{4}$ d'heure la durée maximale à ne pas dépasser. On note en outre pour ces établissements des délais entre les autres repas de seulement 2h40 par rapport au minimum défini dans les recommandations, ce qui là encore contribue à perturber l'alimentation des résidents.

3. Les 'plaisirs de la table' en demi-teinte

a. Satisfecit global sur l'environnement et la qualité des repas

Au global, les résidents sont assez satisfaits de la qualité du service dans les établissements enquêtés : près de 90 % des résidents interrogés considèrent que le personnel est attentionné. La salle à manger, la manière dont la table est mise, ainsi que la présentation des plats, sont jugés positivement dans les mêmes proportions, même si çà et là sont parfois évoqués le caractère bruyant des locaux, le manque d'intimité, le manque de propreté de la vaisselle, des tables non nettoyées entre les repas.

Si l'alimentation est jugée bonne et variée dans plus de 80 % des cas, on note que dans un quart des cas, les plats ne sont pas servis à la bonne température (généralement trop froids).

Lorsque le plat principal ne plait pas, un choix alternatif devrait être proposé. Or bien que la situation s'améliore par rapport à notre enquête de 2006 (60 % des établissements déclaraient ne proposer aucun choix), il reste cependant inadmissible qu'aucune alternative ne soit encore proposée dans près d'un quart des Ehpad, car dans ce cas une partie des résidents risque de ne pas manger suffisamment d'un plat qui ne lui convient pas.

Si dans trois quart des établissements le vin est compris dans la prestation, il est regrettable qu'il soit absent dans 9 établissements, ou encore qu'on le fasse payer en sus dans 3 EHPAD, alors qu'il participe à rendre le repas plus attrayant.

b. Une convivialité a minima lors des repas

Bien que les experts insistent sur l'importance de prendre les repas en commun pour renforcer leur convivialité, dans près de la moitié des établissements, le petit déjeuner est servi en chambre. La charge de travail associée au service en salle à manger est sans doute en cause.

Pour les repas à table, le placement n'est pas libre dans 80 % des cas. Ceci favorise d'autant moins la convivialité, que dans un quart des cas, les résidents nous ont dit qu'il est difficile de changer de place une fois qu'elle leur a été attribuée.

S'agissant des petits extras qui rompent la monotonie, il est à noter que tous les résidents que nous avons interrogés ont la possibilité d'inviter pour les repas des personnes extérieures à l'établissement. En revanche il est regrettable que plus d'un tiers des établissements n'organisent pas de repas festifs en dehors des fêtes traditionnelles, ni d'ateliers de cuisine.

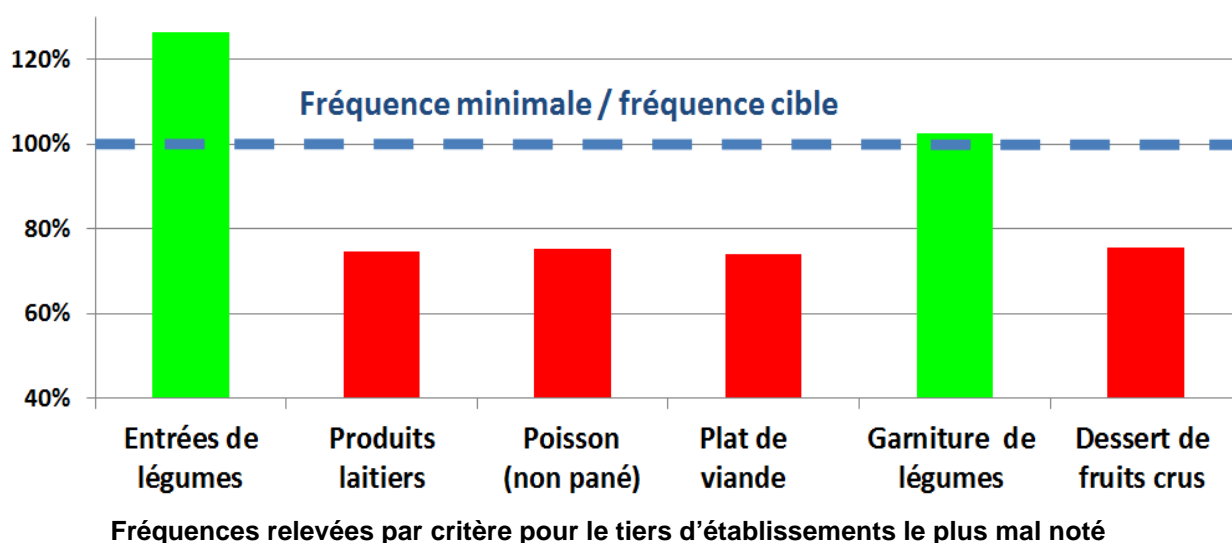


c. Peut mieux faire sur la prise en compte des attentes des résidents

Les EHPAD doivent obligatoirement mettre en place une commission des menus dans laquelle siègent des représentants des résidents et qui a pour objet de les faire participer à l'élaboration des menus ou à faire part des problèmes rencontrés. Ils doivent également disposer d'un Conseil de la vie sociale qui traite plus généralement de tous les problèmes que les résidents sont susceptibles de rencontrer dans l'Ehpad.

Mais une proportion significative des personnes que nous avons interrogées n'ont pas pu nous confirmer si ces instances étaient effectivement en place : 20 % dans le cas du Conseil de la vie sociale et 30 % pour la commission des menus. Soit ces instances existent, mais les résidents n'en étaient pas informés ce qui n'est pas admissible, soit elles sont absentes ce qui est non conforme avec la réglementation !

4. Les contraintes économiques mettent en péril l'équilibre nutritionnel



Source : enquête UFC-Que Choisir

Sur les 88 établissements dont nous avons étudiés les menus, aucun d'entre eux ne respecte l'ensemble des critères. Les principales difficultés portent sur le respect des fréquences définies pour les sources de protéines (viande et poisson), ainsi que sur les desserts de fruits crus (cf. le graphique ci-avant qui illustre les fréquences relevées pour le tiers d'établissements le plus mal noté). On relève également une certaine insuffisance de produits laitiers et de garnitures de légumes cuits.

a. Un déficit en protéines de qualité

Alors que l'apport en protéines est essentiel, notamment pour le maintien de la masse musculaire, beaucoup trop d'Ehpad économisent sur la viande rouge et le poisson, pour les remplacer par d'autres sources de protéines moins chères (volaille, porc, œufs). Quant aux pièces de viande choisies, on peut avoir des craintes sur la maîtrise de leur cuisson, alors qu'une viande trop dure sera mal consommée par des résidents.

i - Insuffisance sur les viandes de boucherie dans la moitié des établissements

La moitié des établissements étudiés ne respectent pas ce critère crucial défini dans la recommandation du GEMRCN, lorsque l'on comptabilise les viandes servies sur les deux repas de la journée. C'est encore pire pour le dîner, où la plupart des établissements ne proposent pas ce type de viande (bœuf, agneau, veau) : ainsi dans 86 % des Ehpad aucune viande de boucherie non haché n'a été servie au dîner sur la période étudiée. A titre d'exemple aux 'Cèdres' à Valence ou à l'Ehpad 'Salem' à Barr (67) on n'a servi qu'une seule fois en un mois de la viande de boucherie !

Lorsque l'on étudie dans le détail les recettes, on note qu'il s'agit de rôtis ou de viandes mijotées (bourguignon, pot au feu, bœuf mode, sautés). Ces viandes sont certes en cohérence avec les habitudes alimentaires de la génération des résidents d'Ehpad, mais elles réclament un soin particulier aussi bien dans le choix du muscle que dans la technique de cuisson, sinon la texture risque d'être dure et difficile à mastiquer. Or même si l'enquête ne portait pas sur les qualités organoleptiques des aliments servis (qualité gustative et tendreté) on peut mettre en relation la fréquence élevée de ce type de plats avec les problèmes de texture fréquemment évoqués par les professionnels, ainsi que dans l'avis du Conseil National de l'Alimentation. On remarque également que les abats sont assez présents dans le choix des viandes (14 % du total), certes leurs qualités nutritionnelles sont intéressantes pour un prix raisonnable, mais leur présence assez significative dans les menus peut constituer un problème, car les abats sont susceptibles de rebuter une partie des résidents.

ii - Déficit de poisson dans un établissement sur deux

La moitié des établissements étudiés ne respecte pas le critère de fréquence de service défini sur le poisson (voir annexe). Pire : quinze établissements (soit 17 % de l'échantillon) ont servi moins de la moitié de la fréquence de poisson recommandée.

iii - Trop de plats pauvres en protéines dans 8 cas sur 10

Pour compenser l'absence de viande ou de poisson en plat principal, les établissements ont alors recours à des plats composés (farcis, hachés reconstitués, légumes gratinés, féculents en sauce crème) moins chers mais souvent très pauvres en protéines : 82 % des établissements sont non conformes sur ce critère ! Nous avons même trouvé deux

Ehpad ('Les cèdres' à Valence - 26 et l'Ehpad 'Quatelbach' à Sausheim - 68) où ils représentent la moitié des plats principaux servis le soir !

iv - Des plats inadaptés aux habitudes alimentaires des séniors

On note que le recours aux produits prêts à consommer est fréquent et notamment aux dîners. Ces produits qui ne correspondent pas aux habitudes alimentaires des seniors, sont souvent déficitaires en nutriments de qualité. Ils peuvent constituer un indice de l'absence de cuisiniers dans la préparation des dîners des établissements. Il est également possible que ces grilles de menus soient dictées par des cuisines centrales servant surtout des écoles. Ainsi dans 22% des EHPAD, on propose trop souvent cordon bleu, nuggets, pavés fromagers, 'fricandelles' et autres 'rissolettes'.

b. Un Ehpad sur deux non conforme sur les fruits

Un établissement sur deux ne respecte pas le critère de fréquence de service sur les fruits crus servis en dessert. Dix d'entre eux servent à peine la moitié de la fréquence recommandée. Or, pour que l'offre de fruit soit appréciée et consommée par les résidents, il faut que les fruits achetés soient à maturité et que du personnel soit disponible pour aider les personnes à les éplucher. Mais au vu des faibles fréquences observées sur ce critère, on peut craindre que beaucoup d'EHPAD n'aient pas fait l'effort nécessaire et qu'ils aient préféré recourir à d'autres types de desserts.

c. Un quart de non-conformité sur les produits laitiers

Près d'un quart des Ehpad n'est pas conforme aux fréquences de service pour les produits laitiers. Ce sont notamment les dîners servis en 4 composantes⁸ qui sont le plus concernés par ce déficit. Ainsi pour les Ehpad où les dîners sont majoritairement en 4 composantes, à peine 13 produits laitiers ont été servis sur la période étudiée, sur les 20 recommandés.

Si l'on trouve fréquemment des dîners à 4 composantes dans les Ehpad (un tiers des dîners) on peut supposer qu'il s'agit d'une réponse logique, au moindre appétit des résidents et à la volonté de ne pas gaspiller, mais on peut craindre en revanche une baisse significative des apports nutritionnels.

⁸ Alors qu'un repas à 5 composantes comprend : une entrée, un plat principal, une garniture, un produit laitier, et un dessert. Le repas à 4 composantes ne propose au choix qu'une entrée ou un dessert.

5. Un suivi nutritionnel des résidents très insuffisant

a. Pas d'amélioration notable du suivi nutritionnel depuis 2006

S'agissant de la pesée régulière des résidents, peu de progrès ont été observés par rapport à notre précédente étude de 2006. Alors que 27 % des établissements s'abstenaient de peser chaque mois les résidents, ils sont encore 18% en 2015, alors même qu'il s'agit d'une mesure aussi simple à mettre en œuvre que capitale pour détecter les premiers signes d'une dénutrition. Quant à l'intervention d'un diététicien dans le suivi de l'état nutritionnel des résidents, notre enquête révèle qu'elle reste très rare : sa présence est signalée dans seulement 7 % des établissements et dans 63% des cas, il s'agit d'interventions très ponctuelles, de l'ordre d'une fois dans l'année voire moins !

b. Alimentations particulières, une alerte sur les régimes restrictifs

S'agissant de l'adaptation des repas aux difficultés de certains résidents, les aliments mixés sont indispensables pour les personnes qui souffrent de problèmes dentaires et qui ont du mal à mastiquer. Il est donc très satisfaisant que ces régimes soient proposés dans la quasi-totalité des établissements. A l'inverse, les experts recommandent de ne pas prescrire de régimes restrictifs (sans sel, allégés en matières grasses notamment), hors pathologie particulière majeure. En effet, à partir d'un certain âge, les bénéfices sur la santé de ces régimes sont faibles au regard de l'impact négatif d'une alimentation peu goûteuse qui sera rejetée. Or dans les établissements enquêtés, il semble malheureusement encore trop facile d'obtenir de tels régimes. Ainsi les régimes sans sel sont disponibles dans 93 % des établissements et les régimes allégés dans 70 % d'entre eux.

c. Dans près de la moitié des Ehpad, les personnes dépendantes au régime commun

Il est regrettable que dans 19 des Ehpad étudiés (44%), ce soit le même personnel qui doive tout à la fois assurer le service des résidents autonomes et dans le même temps s'occuper des pensionnaires dépendants qui mangent à un rythme plus lent et qui nécessitent une attention toute particulière difficilement compatible avec un service de restauration classique. La difficulté à nourrir correctement ces personnes par un personnel dévoué mais souvent débordé a d'ailleurs été mentionnée dans plusieurs commentaires ajoutés en marge du sondage.

Annexe A - Les 10 critères nutritionnels d'analyse des menus

Sur les 14 critères de fréquence de service que comprennent les recommandations du Groupement d'Etude des Marchés en Restauration Collective et de Nutrition (GEMRCN), nous avons retenu 6 critères pouvant être vérifiés sans ambiguïté, auxquels nous avons ajouté le critère PNNS d'un produit laitier à chaque repas (soit deux critères : 1 au déjeuner + 1 au dîner). Nous n'avons pas repris en revanche les critères impliquant d'avoir accès aux spécifications techniques décrivant les produits. Pour les besoins de l'étude, nous avons défini un critère nutritionnel sur les plats principaux sans viande, ni poisson, ni œuf proposés au dîner. Enfin, nous avons défini un critère cumulatif qui tient compte de la réalisation des critères les plus déterminants parmi ceux déjà cités pour pouvoir atteindre les objectifs nutritionnels.

Détail du système de notation de la qualité nutritionnelle

Analyse des déjeuners

1. Présence d'entrées de crudités ou de légumes cuits (10 mini sur 20 repas)
2. Présence d'un produit laitier à chaque repas
3. Limitation des plats pauvres en protéines (2 maxi sur 20 repas)

Analyse des dîners

4. Présence d'un produit laitier à chaque repas
5. Plats principaux ne contenant ni viande, ni poisson, ni œufs

Analyse des journées alimentaires : en cumulant déjeuners et dîners

6. Présence des plats à base de poisson (6 minimum)
7. Présence des plats à base de viande non hachée de boucherie (6 minimum)
8. Présence des garnitures de légumes (objectif : 17)
9. Présence des desserts de fruits crus (12 minimum)
10. Cumul de critères considérés comme déterminants pour atteindre les objectifs nutritionnels.

Les 6 critères déterminants sont :

1. Un produit laitier par repas
2. Repère fréquentiel des fruits respecté
3. Repère fréquentiel des garnitures de légumes respecté
4. Repère fréquentiel des plats mini et plats maxi respecté au déjeuner
5. Repère fréquentiel des poissons respecté
6. Repère fréquentiel des viandes non hachées de boucherie respecté

Calcul de la notation

Dans le calcul de la notation, nous avons légèrement surpondéré les critères les plus difficiles à atteindre : plats sans viande poisson ou œufs, poisson non pané, viande non hachée de boucherie, desserts de fruits crus, produits non générationnels et produits laitiers.

A l'inverse, nous avons légèrement sous-pondéré les critères les plus faciles à atteindre : entrée de crudités ou de légumes cuits, garnitures de légumes cuits et plats protéiques <70%.



Annexe B - Tableau de résultat de l'analyse des menus de 88 Ehpad

Département	Commune	Nom de l'établissement	Appréciation
1	Bourg-en-Bresse	Ehpad Doyenné de Brou	**
7	Aubenas	Ehpad Léon-Rouveyrol	***
13	Carnoux-en-Provence	Résidence Korian-Cl.-Debussy	**
13	Salon-de-Provence	Ehpad Verte-Prairie	**
13	Châteaurenard	Ehpad Canto-Cigalou	**
15	Mauris	Ehpad Roger-Jalenques	**
17	Ars-en-Ré	Résidence d'Automne	**
21	Longvic	Ehpad Marcel-Jacquelinet	**
21	Bligny-sur-Ouche	Ehpad Auguste-Arvier	*
22	Lamballe	Groupe gériat. du Penthièvre	**
23	Ajain	Ehpad Les Signolles	***
24	Salignac-Eyvignes	Marcel-Cantelaube	**
25	Avanne-Aveney	Centre Jacques-Weinman	**
26	Valence	Ehpad Les Cèdres	*
27	Beuzeville	Ehpad Les Franches-Terres	**
29	Brest	Résidence de Kermaria	*
31	Toulouse	Domaine de la Cadene	**
32	Saint-Clar	Ehpad Lavallée	*
34	Vic-la-Gardiole	Ehpad l'Occitane résid. retraite	**
34	Béziers	Les Cascades	**
35	Ételles	Hyacinthe-Hévin	***
35	Corps-Nuds	Résidence de l'Yze	**
35	La Bouëxière	Résidence Val-de-Chevré	**
35	Retiers	Résid. Pierre-et-Marie-Curie	*
35	Châteaugiron	Ehpad Les jardins du Castel	*
35	St-Aubin-du-Cormier	Maison Saint-Joseph	*
35	Rennes	Résidence Le Clos-Saint-Martin	*
37	Bléré	Ehpad de Bléré	**
37	La Riche	Doyenné du Plessis	**
37	Ligueil	Ehpad Balthazar-Besnard	**
37	Joué-lès-Tours	Ehpad Debrou	*
37	Preuilly-sur-Claise	Ehpad Dauphin	*
38	N.-Dame-de-l'Osier	Résidence Bon Rencontre	**
40	Maremne-Adour*	Macs Pôle Culinaire/Cdc	**
40	Soustons	Ehpad de Soustons (les 5-étangs)	**
40	Souprosse	Ehpad des 5-Rivières	*
40	Tartas	Ehpad Gérard-Minvielle	*

Département	Commune	Nom de l'établissement	Appréciation
42	La Pacaudière	E. de la Pacaudière (f. Grimaud)	**
44	Bouguenais	Résidence La Croix-du-Gué	**
44	Treillières	Résidence Les Bruyères	**
44	Fégréac	Résidence des 3-Rivieres	**
45	La Ferté-Saint-Aubin	Château Les Landes	**
47	Duras	Résidence Bellevue	**
51	St-Germain-la-Ville	Résidence du Parc	**
53	Gorron	Ehpad Saint-Laurent	*
54	Laxou	Résidence d'Automne	**
54	Nancy	Ehpad Saint-Joseph	**
56	Crédin	Ehpad Ty-Mem-Bro	**
56	Guer	Ehpad du Docteur-Robert	**
56	Cléguérec	Résidence Belle-Étoile	*
56	Noyal-Pontivy	Résidence Ty-Noal	*
57	Moulins-lès-Metz	Home de Préville	*
59	Neuville-Saint-Rémy	Résidence d'Automne	**
59	Bouchain	Résidence Dronsart	**
59	Croix	Résidence les Orchidées	*
59	Lannoy	Résidence les Orchidées	*
59	Tourcoing	Résidence les Orchidées	*
63	Clermont-Ferrand	Le Doyenné de l'Oradou	**
64	Arthez-de-Béarn	Résidence Le Temple	***
67	Barr	Maison de retraite de Salem	■
67	La Petite-Pierre	Maison de retraite Kirchberg	■
68	Sausheim	Ehpad Quatelbach	*
69	Lyon	Résidence d'Automne	**
69	Saint-Fons	Le Hameau de la Source	**
70	Gray	Ehpad Cournot-Changey	■
74	Annecy	Résidence La Prairie	**
74	Annecy	La Villa-Romaine	**
75	Paris	Ehpad Robert-Doisneau	***
76	Barentin	Ehpad Saint-Martin	*
77	Lieusaint	Repotel	***
77	St-Pierre-I.-Nemours	Résidence de Chaintreauville	**
77	Savigny-le-Temple	Repotel	**
78	Maurepas	Repotel	**
78	Verneuil-sur-Seine	Résidence Clemenceau	*

Département	Commune	Nom de l'établissement	Appréciation
79	Mauzé-sur-le-Mignon	Associa. Résidence de Vallois	***
79	Niort	Le Doyenné de la Venise-Verte	***
79	Faye-l'Abbesse	Ehpad Bondin-Grandmaison	**
79	Coulon	Le Home de l'Ebaupin	**
82	Caylus	Val de Bonnette résid. mutualiste	*
84	Avignon	Villa Béthanie	***
85	Les Sables-d'Olonne	Résidence d'Automne	***
86	Chauvigny	Ehpad Les Marronniers	**
86	Sèvres-Anxaumont	Ehpad La Brunetterie	**
86	Les Trois-Moutiers	Domaine des Trois-Chemins	**
86	Mirebeau	Ehpad Théodore-Arnault	**
88	Saint-Étienne-lès-Remiremont	Ehpad Le Home-Fleuri	*
91	Palaiseau	Ehpad La Pie-Voleuse	**
95	Argenteuil	Résidence Les Pensées	*