

Diplôme Universitaire d'Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur(trice)
en EHPAD et en SSIAD (IRCo)

Année 2024-2025



Dénutrition en EHPAD,
les stratégies face aux contraintes.

BURANAPREECHA Darin
COLSON Zakia
DESTRAC Elodie
MARTIN MUNOZ Solène
ZHAZOUH Amal

Directrice de Mémoire :
Docteur LE NOC SOUDANI Martine

REMERCIEMENT :

Nous tenons à remercier le Docteur Martine LE NOC SOUDANI, qui a accepté d'être notre directrice de mémoire et qui nous a accompagnés tout au long de ce travail.

Nous remercions également Monsieur Philippe LOPES, pour ses conseils et sa patience lors de la création de notre questionnaire.

Nous remercions Monsieur Michel TOURNIER, psychologue clinicien, pour son aide, ses conseils et son écoute.

Nous remercions de même les personnes ayant pris le temps de répondre à notre questionnaire.

Et nous adressons un grand merci à nos familles, à nos collègues et à nos amis pour leur soutien précieux, leurs encouragements et leur patience tout au long de l'élaboration et la rédaction de notre mémoire collectif.

RÉSUMÉ

La dénutrition en EHPAD constitue une problématique de santé publique préoccupante, aux conséquences multiples sur la qualité de vie. Ce mémoire explore les stratégies nutritionnelles mises en œuvre dans les établissements pour prévenir et prendre en charge ce phénomène, en s'appuyant sur une approche théorique, réglementaire et surtout pratique.

Une enquête menée auprès de plusieurs professionnels en EHPAD a permis de mettre en lumière les réalités du terrain. Les résultats ont révélé une forte implication des équipes, mais aussi des freins persistants malgré la présence d'outils de dépistage.

Le rôle du binôme infirmière coordinatrice–médecin coordonnateur apparaît central dans la mise en place d'une politique nutritionnelle cohérente, mais nécessite un soutien institutionnel fort.

Ce travail propose des pistes concrètes pour améliorer la prévention nutritionnelle, renforcer la formation, et replacer l'alimentation au cœur du projet de vie du résident.

ABSTRACT

Malnutrition in nursing homes is a worrying public health issue with multiple consequences for quality of life. This thesis explores the nutritional strategies implemented in facilities to prevent and manage this phenomenon, drawing on a theoretical, regulatory, and, above all, practical approach.

A survey conducted with several nursing home professionals shed light on the realities on the ground. The results revealed strong team involvement, but also persistent barriers despite the availability of screening tools.

The role of the coordinating nurse coordinating physician pair appears central to the implementation of a coherent nutrition policy, but requires strong institutional support.

This work proposes concrete avenues for improving nutritional prevention, strengthening training, and placing nutrition at the heart of the resident's life plan.

I.	INTRODUCTION	1
II.	PROBLÉMATIQUE.....	2
III.	LA DÉNUTRITION.....	3
III.1	Définition.....	3
III.2	Les formes et les critères	3
III.3	Les facteurs de risques	4
III.3.1	Les facteurs physiologiques et sensoriels	4
III.3.2	Facteurs socioculturels et environnementaux.....	5
III.4	Les outils d'évaluation de la dénutrition.....	5
IV.	LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉNUTRITION EN EHPAD	5
IV.1	Historique de l'EHPAD.....	6
IV.2	La réglementation autour de l'alimentation	6
IV.3	Le repas en EHPAD.....	8
IV.3.1	Les besoins nutritionnels de la personne âgée	8
IV.3.2	Le repas : associer soin et plaisir.....	9
IV.4	Les principaux acteurs.....	10
IV.4.1	L'équipe soignante	10
IV.4.2	L'équipe de restauration	12
V.	LES CONTRAINTES EN EHPAD	13
V.1	Le personnel	14
V.2	La formation	14
V.3	Le budget.....	15
V.4	La législation sanitaire	15
V.5	Les nouvelles normes nutritionnelles	15
V.6	L'état de santé du résident.....	16
V.7	L'environnement.....	16
VI.	LES STRATÉGIES NUTRITIONNELLES	16
VI.1	Les différentes stratégies existantes en EHPAD	16
VI.2	La mise en place des différentes stratégies.....	18
VII.	ENQUÊTE.....	19
VII.1	Méthodologie.....	19
VII.1.1	L'élaboration du questionnaire	19
VII.1.2	La Population ciblée	20
VII.1.3	La collecte des données et méthode de diffusion de l'enquête	20
VII.2	Résultats.....	20

VII.3	Discussion	26
VII.3.1	Analyses des données.....	26
VII.3.2	Discussion Générale	27
VII.4	Recommandations	28
VII.5	Points forts de notre travail	29
VII.6	Limites de notre travail	29
VIII.	CONCLUSION	30
IX.	BIBLIOGRAPHIE	31
X.	ANNEXES	33
	Annexe 1 : Les échelles d'évaluation	33
	Annexe 2 : La spirale de la dénutrition	35
	Annexe 3 : La pyramide alimentaire	35
	Annexe 4 : Les textes législatifs	36
	Annexe 5 : Le questionnaire	38

LES SIGLES

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

APA : Activité Physique et Adaptée

ARS : Agence Régionale de la Santé

AS(D) : Aide-Soignant (Diplômé)

ASH : Agent de Service Hôtelier

C.N.A: Conseil National de l'Alimentation

C.N.O : Complément Nutritionnel Oral

C.R.P: Protéine C Réactive

C.R.J: Coût de Revient Journalier

CVS : Conseil de Vie Social

EGalim : Etats Généraux de l'Alimentation

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IDEC : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Coordonnateur(trice)

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

I.M.C : Indice de Masse Corporelle

JASFGG : Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie

MEDCO : Médecin Coordonnateur

M.N.A : Mini Nutritional Assessment

MUST : Malnutrition Universal Screening Tool

NRS : Nutritional Risk Score

PA : Personne Âgée

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

PARAD : Poids Appétit Repas Alimentation

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PNNS : Programme National Nutrition Santé

S.E.F.I: Score d'Évaluation Facile des Ingestats

SNANC : Stratégie Nationale pour l'Alimentation, la Nutrition et le Climat

I. INTRODUCTION

Nous sommes cinq infirmières (IDE) exerçant en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), ayant une expérience professionnelle allant de six à vingt ans, dans les secteurs public et privé. Notre équipe se compose d'infirmières titulaires et intérimaires. Au sein du groupe, une infirmière fait fonction d'IDEC (Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice) depuis plusieurs années. Les résidents que nous accompagnons sont majoritairement âgés de plus de 75 ans et présentent des profils polypathologiques complexes.

Notre collaboration est née dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Infirmière Référente et Coordinatrice en EHPAD et du Diplôme Inter-Universitaire de coordination en gériatrie, à l'occasion d'un cours sur le travail de fin d'étude. Le sujet de la dénutrition s'est imposé naturellement au fil de nos échanges, tant il revient fréquemment dans nos pratiques quotidiennes. Initialement porté par deux infirmières, le projet a rapidement fédéré l'ensemble du groupe.

Dans nos structures respectives, nous avons toutes rencontré des situations préoccupantes : assiettes à peine entamées, refus de s'alimenter, perte d'appétit inexplicée. Ces observations soulèvent une question essentielle : quelles actions mettre en œuvre pour éviter que ces comportements ne conduisent à un état de dénutrition ?

L'alimentation joue un rôle fondamental dans le maintien de la santé. Les besoins nutritionnels de chacun varient en fonction de l'âge ou de l'activité. Contrairement aux idées reçues, les besoins nutritionnels ne diminuent pas avec l'âge ; ils augmentent, particulièrement en présence de pathologies chroniques ou aiguës.

Le modèle de Virginia Henderson, qui place le besoin de "boire et manger" en deuxième position après celui de "respirer", rappelle l'importance vitale de l'alimentation dans une approche globale du soin.

Le vieillissement physiologique entraîne des modifications progressives : diminution de l'appétit, ralentissement de la digestion, baisse des apports protéiques, perte de masse musculaire... autant de facteurs qui vont provoquer des complications notamment l'apparition d'une sarcopénie et une perte d'autonomie.

Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, la dénutrition touche près de deux millions de personnes en France, dont 270 000 en EHPAD. Les derniers chiffres¹ révèlent que 40 % des personnes âgées (PA) sont hospitalisées pour cause de dénutrition et 50 % des PA hospitalisées sont dénutries. Ils indiquent également que 40 % des personnes âgées touchées sont atteintes de maladie d'Alzheimer.

Longtemps sous-estimée, car peu visible, la dénutrition est aujourd'hui reconnue comme un enjeu majeur de santé publique. Elle engendre des complications physiques et financières lourdes, particulièrement chez les personnes âgées. Le

¹ [La dénutrition en chiffres - Lutte contre la dénutrition](#)

Conseil National de l'Alimentation² (CNA) souligne que *“l'alimentation est un déterminant majeur de la santé et du bien vieillir, à tous les âges de la vie”*.

Depuis 2001, les pouvoirs publics ont mis en place des politiques nutritionnelles, notamment à travers les Plans Nationaux Nutrition Santé (PNNS). Le dernier plan (2019–2023) intègre des objectifs spécifiques aux EHPAD, que nous aborderons dans la partie IV. Toutefois, leur mise en œuvre se heurte à des contraintes institutionnelles: manque de personnel, budget limité, normes sanitaires exigeantes...

À travers ce mémoire, nous souhaitons mettre en lumière ces contraintes et proposer des pistes d'amélioration concrètes pour prévenir la dénutrition en EHPAD. Après avoir défini ses causes et ses conséquences, nous analyserons les modalités de prise en charge, les acteurs impliqués, les stratégies nutritionnelles existantes, et les résultats d'une enquête menée auprès de professionnels du secteur.

II. PROBLÉMATIQUE

Ce mémoire s'appuie sur nos observations de terrain, celles des aides-soignants, ainsi que sur les données partagées lors des réunions d'équipe pluridisciplinaire. Dans notre pratique quotidienne, nous sommes régulièrement confrontées à des situations où les résidents ne mangent pas ou très peu. Ces constats récurrents nous ont amenées à interroger nos pratiques professionnelles en tant que future IDEC et MEDCO (médecin coordonnateur) lors de la mise en place de stratégies nutritionnelles dans la prévention de la dénutrition en EHPAD.

Certains facteurs observés peuvent-ils être responsables d'un risque accru de dénutrition chez la personne âgée en EHPAD, et quelles stratégies mettre en œuvre pour prévenir cette situation ?

Afin d'approfondir cette réflexion, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- Pouvons-nous considérer que les stratégies nutritionnelles actuellement mises en place en EHPAD constituent un levier efficace dans la prévention de la dénutrition chez la personne âgée ?
- Comment ces stratégies peuvent-elles être optimisées pour mieux répondre aux besoins spécifiques des résidents ?

La question de recherche principale qui guidera notre travail est la suivante :

De quelle manière l'IDEC et le MEDCO peuvent-ils mettre en œuvre des actions ciblées afin d'optimiser les stratégies nutritionnelles en EHPAD et ainsi améliorer la prise en charge de la dénutrition ?

Cette problématique s'inscrit dans une volonté de valoriser les rôles clés de coordination et de leadership infirmier et médical dans la lutte contre la dénutrition, tout en tenant compte des contraintes institutionnelles et des réalités du terrain.

² [Résumé 4pages - AVIS92](#)

III. LA DÉNUTRITION

III.1 Définition

L'HAS (Haute Autorité de Santé) définit la dénutrition comme l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel, caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif.

La dénutrition peut être liée à :

- Un déficit d'apport protéino-énergétique ;
- Une augmentation des dépenses énergétiques totales
- Une augmentation des pertes énergétiques et/ou protéiques³

Selon Éric Fontaine, *Président du Collectif de lutte contre la dénutrition (2016)*, *“La dénutrition est une maladie”*. *“ On est dénutri quand on ne mange pas assez par rapport à ses besoins, parfois même sans s'en rendre compte”* explique-t-il. Il mentionne que la malnutrition peut avoir pour l'origine une alimentation trop riche et peu diversifiée, alors que la dénutrition a pour l'origine un déficit en protéines, matières grasses, vitamines et a pour effet un amaigrissement. En effet, elle concerne aussi les malades en surpoids ou obèses. Une perte de poids importante peut ainsi témoigner d'une dénutrition.⁴

III.2 Les formes et les critères

Nous distinguons deux formes principales de dénutrition.

- La première est le marasme : sans œdème, elle résulte d'un manque isolé d'apports alimentaires et se repère surtout par un amaigrissement important ou un IMC bas.
- La seconde est la forme hypercatabolique avec œdèmes, plus difficile à détecter, car la rétention d'eau masque la perte de poids. Elle combine un déficit d'apports et un stress métabolique, entraînant une perte de protéines et de masse musculaire. Elle se repère notamment par des signes biologiques, comme un syndrome inflammatoire ou une baisse de l'albumine.

Selon les critères définis par l'HAS (novembre 2021), le diagnostic de dénutrition est posé lorsque au moins un critère phénotypique et un critère étiologique est présent.

³ Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus – 10/11/2021. Recommandations de la Fédération française de nutrition et de la Haute Autorité de santé, p8.

⁴ [Livret-gourmand-SemaineDenutrition2021.pdf](#)

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)	Critères étiologiques (1 seul critère suffit)
Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.	Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques
IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$.	Absorption réduite (malabsorption/maldigestion).
Sarcopénie* confirmée par une réduction quantifiée de la force et de la masse musculaire	Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.

*Sarcopénie : Réduction de la masse musculaire liée à l'âge. (Entre 20 et 80 ans, perte de 40% de sa masse musculaire chez un homme sain) Actuellement : diminution de la force (test de préhension, lever de chaise) ou de la performance musculaire (vitesse de marche), associée à une diminution de la masse musculaire (TDM, IRM, DEXA, bio impédancemétrie.)

III.3 Les facteurs de risques

Le vieillissement physiologique, à lui seul, ne suffit pas à expliquer un état de dénutrition. Chez les personnes âgées (population hétérogène) la dénutrition résulte le plus souvent de causes multiples. Divers facteurs peuvent en effet altérer l'état nutritionnel⁵.

III.3.1 Les facteurs physiologiques et sensoriels

Chez la personne âgée, la dénutrition résulte souvent de l'interaction entre changements physiologiques et problèmes de santé.

D'une part, avec l'avancée en âge, la sensation de faim et de soif diminue, le sentiment de satiété vient plus rapidement et le processus de digestion est ralenti. Ces modifications, associées à une baisse de l'activité physique, entraînent une diminution des prises alimentaires ; au même titre que l'altération de l'odorat et du goût (généralement causée par la polymédication), auquel s'ajoute la perte du plaisir de consommer.

⁵ L'alimentation chez les personnes âgées. Directives, souhaits, pratiques. Claude Ferrand - Nathalie Bailly

Les problèmes bucco-dentaires comme la sécheresse buccale, les prothèses inadaptées ou encore divers maux non traités vont également avoir un impact sur l'apport alimentaire.

D'autre part, l'installation de pathologies chroniques ou aiguës (troubles neurodégénératifs, de la déglutition, la douleur, la dépression...) peuvent réduire l'autonomie et accroître la dépendance, rendant l'alimentation plus difficile et moins satisfaisante, accentuant ainsi le risque de dénutrition.

III.3.2 Facteurs socioculturels et environnementaux

Dans le risque de dénutrition, les dimensions socioculturelles et environnementales ont aussi leur part de responsabilité.

Un faible niveau socio-économique, la solitude ou le veuvage, tendent à réduire la diversité alimentaire.

De plus, lorsqu'une hospitalisation ou une entrée en institution intervient, le risque est amplifié : la sensation d'isolement peut se renforcer, les troubles psychiques préexistants peuvent s'aggraver et l'adaptation à un nouvel environnement accentue parfois la désorientation, les pertes de mémoire ou les difficultés de langage et de praxie. Autant d'éléments qui freinent l'alimentation.

Enfin, certaines croyances persistent, comme celles selon lesquelles les besoins nutritionnels diminueraient avec l'âge. Pourtant, c'est tout l'inverse : les besoins en calories et en protéines augmentent avec l'âge.

III.4 Les outils d'évaluation de la dénutrition

Parmi les outils utilisés par les EHPAD dans la prévention de la dénutrition, on retrouve l'évaluation clinique dès l'entrée, le bilan biologique et les mesures anthropométriques (poids et taille qui permettent le calcul de l'IMC, circonférence du mollet et brachiale, pli cutané).

Il existe également diverses échelles⁶ comme le MNA, le SEFI, le PARAD et d'autres également employées. En fonction des EHPAD, certaines de ces échelles sont plus utilisées, car plus simples et rapides dans le résultat d'évaluation.

IV. LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉNUTRITION EN EHPAD

Vieillir ne signifie pas obligatoirement que la personne âgée est dénutrie. L'installation d'une dénutrition se fait à bas-bruit et souvent la personne âgée en souffre déjà lors de son arrivée en EHPAD. Cet état, auquel s'ajoute un changement d'habitudes et d'environnement, provoque une succession de complications délétères sur son état de santé.

Monique FERRY décrit clairement ce processus dans « la spirale de la dénutrition⁷ ». Afin d'éviter cette situation, il est primordial de prévenir l'installation ou d'éviter

⁶ Voir annexe n°1 : les échelles d'évaluation

⁷ Voir annexe n° 2 : la spirale de la dénutrition

l'aggravation d'une dénutrition en évaluant l'état nutritionnel dès l'arrivée en structure⁸.

IV.1 Historique de l'EHPAD

« *Vieillir ensemble, ce n'est pas ajouter des années à la vie, mais de la vie aux années.*
» Jacques Salomé

L'EHPAD a vu sa création avec la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Jusqu'au XIX^{ème} siècle, les personnes vieillissantes restaient dans leur famille ou étaient recueillies par l'Eglise. Puis les « Hospices généraux », créés sous Louis XIV deviennent les premiers lieux d'accueil pour les "vieillards" et les indigents où ces derniers pouvaient bénéficier de l'hébergement et de la nourriture.

A partir du XX^{ème} siècle, les conditions de vie s'améliorent et l'espérance de vie augmente. Les premières maisons de retraite apparaissent dans les années 1950/1960, accueillant des personnes âgées autonomes.

Toutefois, le problème du lieu d'accueil va se poser par la suite lorsque la personne âgée perd son autonomie. La société et les pouvoirs publics vont alors devoir repenser la prise en charge de sa population vieillissante.

De ce fait, la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales impose la transformation des hospices en maison de retraite ; avec la présence de personnel infirmier et aide-soignant pour les maisons médicalisées, afin de répondre au mieux à ce besoin de prise en charge.

En 2002, toutes ces évolutions aboutissent à la création des EHPAD, qui deviennent des lieux de vie et où les personnes âgées deviennent des résidents. Ces derniers bénéficient d'un espace collectif. Le fait de se retrouver en collectivité va permettre de rompre l'isolement social et de maintenir ou restaurer des habitudes alimentaires.

Il est important de rappeler que l'EHPAD est également un lieu d'accueil, où le résident doit pouvoir bénéficier d'un espace de vie privée⁹ et se projeter positivement dans l'acceptation d'une prise en charge nouvelle. Cependant, certaines habitudes ne peuvent pas toujours être maintenues, du fait des règles de vie en collectivité, comme les horaires et le choix des menus¹⁰.

IV.2 La réglementation autour de l'alimentation

La prise en compte de l'importance de l'alimentation par les pouvoirs publics est assez récente. En effet, c'est en 2001, que la France a mis en place une politique nutritionnelle, accessible à chacun, avec le Programme National Nutrition Santé

⁸ Diaporama Dénutrition Personnes Agées en EHPAD FMC / JASFEGG, Monique FERRY ; 32ème journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérologie, 2012.

⁹ Charte des droits et libertés de la personne accueillie

¹⁰ ANESM : Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne "préserver la vie personnelle p.7 (Octobre 2011)

(PNNS), dont les objectifs sont spécifiés par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP)¹¹.

Le premier PNNS allant de 2001 à 2005 avait un objectif vaste : celui d'améliorer l'état de santé des habitants en agissant sur leur nutrition au sens large : alimentation et activité physique.

Le second PNNS, de 2006 à 2010, a voulu veiller à la mise en application des recommandations dans le quotidien, mais aussi lutter contre l'obésité et prendre en charge les pathologies en lien avec l'alimentation.

Le troisième PNNS, de 2011 à 2015, avait pour objectif quant à lui de diminuer les inégalités sociales et de favoriser la prévention : augmenter son activité physique, le dépistage.

Depuis 2019, le 4^{ème} PNNS, vise à l'amélioration de l'environnement alimentaire et physique (meilleure qualité nutritionnelle des aliments, Nutri-Score, consommation locale, moins de sédentarité), et souhaite toujours mieux s'occuper des maladies liées à l'alimentation (obésité, surpoids, dénutrition, maladies chroniques). Il y a aussi dans ce programme un objectif en lien avec la recherche et le développement, mais également la surveillance de la situation nutritionnelle de la population. Il a été prolongé jusqu'en 2024 afin de s'articuler au mieux avec la future Stratégie Nationale pour l'Alimentation, la Nutrition et le Climat (SNANC)¹².

Le cinquième PNNS est en cours d'élaboration, il devrait être publié en septembre 2025. Il semble qu'une section ultramarine soit au sommaire. L'alimentation durable et le climat sont les thèmes qui paraissent au cœur des priorités du gouvernement et seront probablement ceux du prochain PNNS (2025 – 2030).

En parallèle, l'Etat a développé une politique de santé publique pour les seniors.

Depuis 2003, avec le plan national « Bien vieillir », les autorités mettent en avant l'importance de l'alimentation saine et variée chez la personne âgée mais aussi celle de la pratique d'une activité physique régulière, pour le maintien de la qualité de vie.

Le 8 avril 2024, la loi « Bien Vieillir », dont l'objectif est de prévenir la perte d'autonomie, de lutter contre l'isolement et les maltraitements, a été promulguée. Un autre volet concerne les activités et régulation des EHPAD. « Les règles relatives à la quantité et à la qualité nutritionnelle des repas proposés en Ehpads seront fixées par un cahier des charges établi par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de l'alimentation. L'objectif est de prévenir et de lutter contre la dénutrition. »¹³

Depuis novembre 2018, nous avons vu l'apparition de la loi EGalim¹⁴ (issue des Etats Généraux de l'alimentation) qui a connu plusieurs évolutions ces dernières années.

Elle a notamment imposé, pour la restauration collective assurant un service public :

¹¹ [Programme national nutrition santé \(PNNS\) - Professionnels - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

¹² [Le Programme National Nutrition Santé \(PNNS\)](#)

¹³ [Loi du 8 avril 2024 Bien vieillir grand âge et autonomie Ehpads | vie-publique.fr](#)

¹⁴ [EGalim : comprendre l'encadrement des promotions sur les produits d'hygiène | Ministère de l'Économie des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique](#)

- Au 1^{er} novembre 2019 : Pour les établissements servant plus de 200 couverts par jour, l'obligation de diversifier les protéines en proposant des protéines végétales (au moins un repas végétarien par semaine).¹⁵
- Au 1^{er} janvier 2022 : de servir 50 % de produits de qualité et durables, dont au moins 20 % de produits biologiques.
- Au 1^{er} janvier 2024 : les viandes et produits de la mer de qualité et durables doivent quant à eux représenter 60 % des produits servis (avec obligation de déclarer les achats chaque année).

IV.3 Le repas en EHPAD

« *L'assiette est comme un tableau vide à remplir, où je recherche l'harmonie des saveurs avant tout.* » Sylvestre Wahid

Le dictionnaire de l'Académie Française définit le repas de deux façons :

La première est relative à la nourriture elle-même "*nourriture, ensemble des mets et des boissons que l'on consomme à des heures et selon des modalités fixées par les usages*".

La seconde est liée au moment de la consommation de cette nourriture "*moment où l'on est à table et réunion au cours de laquelle les convives se nourrissent [...]*".

Le repas a donc cette double fonction de nourrir l'organisme et de rassembler les personnes. Les deux sont essentielles.

IV.3.1 Les besoins nutritionnels de la personne âgée

Se nourrir est un besoin vital chez tout être humain. L'observation de la personne âgée en institution, a démontré la nécessité d'un apport alimentaire équilibré afin de mieux répondre aux besoins nutritionnels du résident. Dans les nouvelles recommandations, les aliments frais et de saison sont préconisés pour une alimentation équilibrée. Ils sont hiérarchisés dans la nouvelle pyramide alimentaire¹⁶.

Le Haut Conseil de la Santé Publique dans son actualisation des repères alimentaires du Programme national nutrition santé concernant les personnes âgées, précise l'importance de ces apports tant quantitatifs que qualitatifs, associant également l'exercice physique.¹⁷

Les besoins énergétiques d'une personne âgée en bonne santé sont estimés à 2100 Kcal/j pour un homme et 1800 kcal/j pour une femme, ce qui représente 30 Kcal/kg/j (apport nutritionnel conseillé (ANC)).¹⁸ Aujourd'hui, on ne parle plus d'ANC mais de Références Nutritionnelles pour la Population (RNP).

En EHPAD, la majeure partie des personnes est âgée de plus de 75 ans et se trouve en situation de fragilité.¹⁹ De ce fait, les apports nutritionnels évoqués ne sont plus suffisants et doivent être augmentés surtout en cas de dégradation de l'état de santé.

¹⁵ [#EGalim : depuis le 1er novembre 2019, un menu végétarien par semaine dans toutes les cantines scolaires | Ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire](#)

¹⁶ Annexe n° 3 : la pyramide alimentaire

¹⁷ <https://www.hcsp.fr> 18/05/2021 Révision des repères alimentaires pour les personnes âgées

¹⁸ Élaboré depuis 1981 par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) anciennement l'AFSSA (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments)

¹⁹ **Fragilité** : chez la PA désigne un état de vulnérabilité accru lié à l'âge, marqué par une diminution des capacités physiques, psychiques et sociales (HAS).

Chez la personne âgée dénutrie, les apports devraient se situer entre 30 et 40 Kcal/kg/j et respecter un équilibre alimentaire entre les différents apports.

Le repas doit être composé de glucides, de lipides, mais également de vitamines, de calcium et de fibres ; l'apport hydrique est incontournable. Une attention particulière doit être portée aux protéines. Ces dernières sont des éléments nutritifs prioritaires chez la personne âgée, car elles sont indispensables dans le maintien de la masse musculaire. La quantité recommandée est de 1,2 à 1,5 g/kg/j. Elle peut atteindre les 2 g s'il existe des plaies de type escarre et une dénutrition associée.²⁰

IV.3.2 Le repas : associer soin et plaisir

En EHPAD, l'accompagnement de la personne âgée implique une aide quotidienne dans les actes essentiels de la vie. La mission de l'établissement est d'« *accompagner les personnes fragiles et vulnérables et préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin* ». ²¹

Dans cette approche, le repas devient plus qu'un simple moment alimentaire : il se transforme en un soin à part entière incluant une surveillance nutritionnelle quantitative et qualitative. Elle est mise en place afin de prévenir la dénutrition, conformément aux objectifs 17 et 18 du PNNS 4, qui visent à garantir un état nutritionnel optimal tout en préservant le plaisir de manger.

Cependant, lorsque des pathologies installées limitent l'autonomie, la prise des repas qui est un geste quotidien spontané, se médicalise. L'intervention d'un soignant qui apporte une aide ou fait manger le résident, modifie inévitablement le rythme du repas et réduit parfois le temps de savourer. L'objectif de ce soin est de trouver l'équilibre entre la préservation de la santé du résident en respectant un apport nutritionnel correct. Mais aussi, de maintenir la dimension agréable et respectueuse de la qualité de vie, comme le recommande la HAS dans son volet 4 « *L'impact des éléments de santé sur la qualité de vie* » : *La prévention des risques de santé*

Le repas conserve néanmoins une fonction essentielle de plaisir et de convivialité. Comme le rappelle Élise Boulding, « *un repas, aussi frugal soit-il, est un instant de rencontre... unissant profondément les gens* ». Le goût, l'odeur, la présentation des plats peuvent évoquer des souvenirs agréables, renforçant le lien entre bien-être sensoriel et émotionnel. Partager la table, c'est aussi échanger des idées, des sentiments et des souvenirs.

Pour que ce moment reste agréable, l'installation du résident à table est primordiale. Le choix des compagnons de repas doit tenir compte des capacités cognitives et physiques, afin de favoriser les interactions positives et d'éviter des situations de mise en échec, pouvant susciter un refus de s'alimenter. Le cadre doit être chaleureux et bienveillant, en maîtrisant l'environnement sonore et lumineux, pour offrir les meilleures conditions à la convivialité.

Toutefois, l'entrée en EHPAD entraîne un bouleversement des repères, les repas devenant parfois contraints par les horaires, la place à table, le voisinage ou le menu.

²⁰ [Geriatrics-Guideline-French.pdf](#)

²¹ <http://pour-les-personnes-agees.gouv.fr>

Préserver la dimension sociale du repas malgré ces contraintes constitue donc un enjeu majeur pour maintenir la qualité de vie et l'identité culturelle des résidents.

IV.4 Les principaux acteurs

Beaucoup d'acteurs gravitent autour de la personne âgée, notamment ceux qui composent l'équipe soignante et l'équipe de cuisine. Ils sont les premiers concernés par la prise en charge de la personne et de son alimentation.

IV.4.1 L'équipe soignante

L'équipe soignante diplômée se compose du Médecin Coordonnateur, de l'Infirmière Coordonnatrice, d'Infirmière Diplômée d'Etat, d'Aides-Soignantes (AS), d'Accompagnant Éducatif et Social (AES) (anciennement Aide Médico-Psychologiques (AMP)), et occasionnellement d'Assistant de Vie aux Familles (ADVF). Chacun dans sa fonction²² assure les soins, qu'ils soient techniques ou d'hygiène, et apporte une aide à la personne âgée dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.

IV.4.1.1 Les soignants

En EHPAD, les IDE, AES et les AS ont un rôle central dans la prévention de la dénutrition. Leur présence quotidienne auprès des résidents leur permet de repérer rapidement tout signe d'alerte : diminution de l'appétit, perte de poids, difficultés à mastiquer ou à déglutir, modifications des habitudes alimentaires. Ils ont également en charge la surveillance des ingestats.

Les IDE assurent le suivi nutritionnel en appliquant les prescriptions médicales, en réalisant les évaluations cliniques (poids, IMC, état bucco-dentaire) et en coordonnant les actions correctives avec le reste de l'équipe soignante. Ils garantissent par ailleurs la traçabilité des observations dans le dossier de soins et communiquent avec les familles afin de leur expliquer les mesures mises en place.

Les AS et AES veillent à l'installation, à l'accompagnement et à la stimulation lors de la prise alimentaire. Ils encouragent le résident, adaptent le rythme et surveillent la quantité de nourriture consommée. Leurs connaissances et leur observation permettent l'identification rapide d'une situation à risque.²³ La transmission de leurs informations va permettre aux IDE de réagir rapidement et d'adapter la prise en charge.

IV.4.1.2 Le duo de coordination

En EHPAD, la prévention et la prise en charge de la dénutrition reposent sur la collaboration étroite entre le MEDCO et l'IDEC.

Le médecin, expert gériatrique, évalue l'état nutritionnel dès la pré-admission par l'observation et l'entretien. Il effectue par la suite un examen clinique d'entrée comprenant entre autres : le contrôle de l'état bucco-dentaire. Il prescrit aussi un bilan

²² Annexe n°4 : textes législatifs

²³ Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant - Référentiel d'activités
Annexe n°4

complet incluant différentes analyses biologiques dont CRP, albumine, préalbumine, la prise des mesures anthropométriques si nécessaire, l'évaluation de la force musculaire ; ainsi que des outils de suivi tels que le MNA, et le contrôle régulier du poids, selon le protocole en vigueur dans l'établissement.

L'IDEC, membre de l'encadrement et soignant, participe à cette évaluation, co-élabore le projet de soins, coordonne sa mise en œuvre et assure le suivi quotidien avec les équipes. Il veille également à l'accueil des résidents et au respect des prescriptions médicales.

Tout au long de la prise en charge, une communication claire et régulière entre le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice, les familles et le résident est essentielle. Ces échanges, consignés dans le dossier de soins, permettent d'expliquer les mesures adoptées, de favoriser l'adhésion de tous et d'optimiser l'efficacité du projet thérapeutique.

En associant expertise médicale et coordination opérationnelle, ce duo développe une approche proactive fondée sur l'observation continue, le travail en équipe et l'adaptation aux besoins spécifiques de chaque résident, afin de préserver sa qualité de vie et sa dignité.

IV.4.1.3 Les autres acteurs paramédicaux

D'autres professionnels intervenant auprès du résident vont cibler les domaines fonctionnels et physiologiques. Ils s'inscrivent dans une démarche thérapeutique et vont agir sur l'adaptation de l'environnement ou amener le résident à s'adapter à sa nouvelle situation. Ils vont également former, accompagner et conseiller les équipes soignantes dans la prise en charge du résident.

L'orthophoniste en EHPAD, par son expertise intervient auprès des résidents souffrant de troubles du langage, de la communication ou de la déglutition. Il prend en charge les dysphagies (troubles de la déglutition pouvant induire des fausses routes alimentaires ou liquidiennes). Il dresse un bilan, rééduque les résidents et propose des techniques de prévention et de prise en soins accessibles aux équipes soignantes.

L'ergothérapeute participe à l'élaboration du PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé) de chaque résident, en tenant compte de ses habitudes de vie. Suite à une évaluation globale des capacités physiques, il met en place du matériel adapté ou des activités individuelles ou collectives permettant de préserver l'autonomie du résident

De son côté, le psychomotricien a un rôle de rééducateur dans les troubles psychomoteurs. Son objectif principal est le bien-être et le maintien de l'autonomie. Il va permettre au résident de mieux maîtriser son corps, renforcer les compétences existantes (comme améliorer les capacités praxiques afin de retrouver l'autonomie lors de la prise de repas)

L'enseignant d'activité physique et adaptée (APA) auprès de la PA, a pour rôle de proposer un ensemble d'activités physiques et sportives adaptées aux capacités des résidents. Son objectif est l'accompagnement du quotidien du résident dans un but de prévention, le maintien de son autonomie par la stimulation d'activités motrices et de

sa participation sociale. Au-delà de l'animation, son rôle vise également à prévenir et à ralentir l'installation de la sarcopénie.

Le kinésithérapeute auprès de la personne âgée en structure, intervient, entre autres, dans le domaine de la récupération et maintien du système locomoteur et le soulagement de la douleur. Il aide le résident à retrouver ou améliorer sa force musculaire, permettant à ce dernier d'avoir des activités physiques adaptées régulières, lui faisant ainsi retrouver ses capacités dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne. Le kinésithérapeute va aussi travailler la coordination dans les mouvements, l'équilibre et la préhension. Ces prises en charge vont avoir pour effet de favoriser un bien-être autant physique que psychique et stimuler l'appétit qui permettra d'augmenter progressivement les apports nutritionnels. Elles vont donc faciliter la prise des repas de façon autonome et redonner confiance au résident. La prise en charge de la douleur, qu'elle se fasse par le biais de massages ou de mouvements doux, va amplement améliorer la qualité de vie du résident, rompre un éventuel isolement social lui donnant une perspective positive de l'EHPAD.²⁴

Pour terminer, le psychologue est un professionnel spécialisé dans l'accompagnement de la personne âgée, mais également de son entourage. Il a pour objectif de promouvoir la dimension psychique, l'autonomie et le respect de l'identité de chaque résident. Il contribue à définir et réaliser des actions préventives et curatives en cas de troubles thymiques, comportementaux et parfois alimentaires. Il facilite l'adaptation du résident à son cadre de vie et aide les familles à mieux connaître les troubles de leur proche en évaluant les capacités cognitivo-comportementales du résident.

Il est d'une aide précieuse lors de situations problématiques de refus ou de troubles du comportement alimentaires chez le résident. Il apporte son expertise à l'équipe dans la prise en charge personnalisée et accompagne les proches dans la connaissance et l'acceptation de l'état de santé de la personne.

Le psychologue, souvent identifié comme l'organisateur des projets personnalisés, va par le biais de ses entretiens et le recueil des équipes, pouvoir construire en équipe pluridisciplinaire le PAP du résident. Ce PAP imposé par la loi,²⁵ à minima une fois par an, a pour vocation de permettre à chaque personne accueillie de vivre son séjour dans le respect de ses goûts, de ses envies, de sa culture, tout en préservant son autonomie autant que possible.

IV.4.2 L'équipe de restauration

La prévention de la dénutrition en EHPAD repose sur une approche pluridisciplinaire dans laquelle chaque professionnel a un rôle complémentaire. Les cuisiniers sont des acteurs de première ligne dans le maintien de l'état nutritionnel des résidents. Leur travail ne se limite pas à la production de repas, il implique une connaissance fine des besoins spécifiques liés au vieillissement et des pathologies fréquentes dans ce type de structure.

²⁴ Les Rééducateurs en Ehpad - H. BRIAND –A. DE POIX Intervention DU Medco/Iddec 23/05/2025 DU Medco/idec ou référente en Ehpad

²⁵ www.has-sant.fr /Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002

IV.4.2.1 L'équipe de cuisine

Composée du chef cuisinier et de cuisiniers, l'équipe de cuisine en EHPAD travaille étroitement avec l'équipe soignante. Le chef reçoit les informations concernant les modifications alimentaires (textures, régimes) qui font l'objet d'échanges réguliers.

En collaboration avec le diététicien et le duo MEDCO/IDEC, le chef établit des menus équilibrés et savoureux en prenant en compte les avis des résidents.

Il est formé aux différents régimes et méthodes de préparation à adapter en fonction des textures, aversions ou allergies et des pathologies des résidents. Il peut proposer un repas de substitution le cas échéant.

Dans le respect des recommandations du PNNS, il introduit des produits frais et de saison qui vont permettre au résident de retrouver le goût des aliments et le plaisir de manger.

Du choix des denrées au service en salle, cette équipe est chargée de toutes les étapes intermédiaires sans oublier l'enrichissement naturel. Leur rôle est de permettre au résident de bénéficier d'un moment de convivialité et de bien-être à travers l'alimentation.

IV.4.2.2 Le diététicien

Le diététicien peut exercer sur site ou au siège des grands groupes d'EHPAD. Il accompagne les équipes de cuisine et apporte son expertise dans la mise en place des menus équilibrés et des régimes spéciaux.

Il identifie et dépiste la malnutrition en collaboration avec le duo MEDCO et IDEC.

De ce fait, il s'assure que le résident reçoit un apport nutritionnel en adéquation avec ses besoins afin de favoriser son rétablissement et éviter les conséquences liées à la dénutrition.

IV.4.2.3 Le service hôtelier

Il comprend dans son organisation le responsable hôtelier et les Agents de Service Hôtelier (ASH). Le service hôtelier est impliqué dans la prise en charge de la dénutrition par le biais de la distribution des repas.

Le responsable hôtelier organise l'environnement hôtelier du résident. Il édite les plans de table, vérifie la bonne mise en place des nappes et couverts, rédige la liste des petits déjeuners en adéquation avec les régimes et préférences alimentaires du résident.

Directement sous son autorité, les ASH assurent la distribution des repas en chambre ou en salle à manger. Ils ont une connaissance globale du résident incluant ses habitudes alimentaires, ses pathologies et son degré d'autonomie. Ils ont également pour rôle de constater la prise partielle ou totale du repas, afin d'apporter les éléments pertinents relatifs à l'alimentation du résident à leur responsable hiérarchique ou à l'équipe de soins.

V. LES CONTRAINTES EN EHPAD

La majorité des EHPAD est confrontée à de multiples contraintes. Ces dernières principalement budgétaires et organisationnelles vont avoir un impact sur le fonctionnement de l'établissement.

V.1 Le personnel

De nos jours, l'ensemble des EHPAD rencontrent des difficultés sur le recrutement aussi bien au niveau du personnel soignant, paramédical, médical, du personnel hôtelier, voire parfois même au niveau de la direction.

Ces carences en personnel, toutes branches confondues, impactent directement la qualité globale de la prise en charge et notamment celle de la nutrition. En effet, afin de pouvoir pallier le manque de personnels et travailler avec un effectif suffisant, l'établissement se voit dans l'obligation de faire appel à du personnel vacataire ou intérimaire. Dans les situations extrêmes, les effectifs se retrouvent très réduits.

Il est difficile pour un soignant présent occasionnellement de connaître les habitudes alimentaires et d'avoir le même suivi auprès du résident qu'un soignant fixe malgré les informations du dossier.

Il est souhaitable dans la mesure du possible d'avoir un personnel fixe et impliqué qui permettra par la même occasion, à l'établissement de désigner un référent nutrition. Garant de la bonne information, il aura pour mission d'harmoniser les pratiques et d'assurer le suivi de chaque résident. Il peut également en collaboration avec le médecin ou l'infirmier coordonnateurs dispenser des formations ponctuelles.

Le manque de personnel au sein de l'EHPAD va en outre impacter le résident lors des repas. En effet, un effectif réduit entraîne obligatoirement des délais plus longs dans la distribution des petits déjeuners. Il est primordial de respecter un temps de repas correct et un délai raisonnable entre les prises alimentaires dans la journée.

Le manque de personnel associé aux contraintes horaires paraît difficilement conciliable avec le respect du rythme du résident, notamment en ce qui concerne la prise de repas.²⁶

V.2 La formation

Prendre soin de la PA dénutrie ou à risque de dénutrition, nécessite des compétences associées à un savoir-faire et un savoir-être spécifique.

Une prise en soin optimale ne peut s'effectuer sans professionnel du soin formé à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition.

La formation est obligatoire en interne à minima une fois par an. Des formations en externe peuvent être faites à la demande de l'EHPAD ou du personnel s'intégrant directement dans le plan de formation de la résidence.

Elles sont dispensées par le MEDCO en collaboration avec l'IDEC et doivent être idéalement proposées de manière régulière aux équipes. Dans certains EHPAD le référent nutrition lorsqu'il est identifié peut également dispenser aux personnels des formations flash.

Au niveau de l'équipe soignante, la formation sera axée sur les aides au repas, l'installation au repas, le dépistage de la dénutrition, ainsi que sur l'hydratation et les troubles de la déglutition. La formation portera ainsi sur les différentes façons d'adapter l'alimentation afin que le résident ait un bon apport alimentaire.

²⁶ Recommandation Nutrition Groupe d'Etude des Marchés de Restauration Collective et Nutrition GEM-RCN
Version 2.0 – Juillet 2015 page 21

Le personnel de cuisine sera formé sur les goûts et les textures adaptées, la présentation des plats, l'enrichissement naturel, la nutrition de la PA, aux nouvelles techniques et aux nouveaux produits disponibles.

Le personnel hôtelier sera formé de son côté sur la nutrition de la personne âgée, le service en salle, le respect des textures.

Mais bien souvent ces formations ne peuvent pas être dispensées régulièrement, souvent par manque de temps, turn-over des personnels entre autres.

V.3 Le budget

Les EHPAD sont majoritairement dotés d'un forfait global ou le seront prochainement.²⁷

Selon le budget alloué annuellement, la direction a un rôle important dans la répartition des enveloppes dédiées à chaque pôle. Une attention particulière doit être portée à l'alimentation qui reste un secteur primordial pour le résident.

Les moyens financiers doivent être suffisants pour assurer l'achat de matières premières tout en respectant le CRJ (Coût de Revient Journalier)²⁸, ainsi que l'achat des produits hyper-protéinés (appartenant au budget alloué au pôle soin). Ils doivent également être suffisants afin de permettre au personnel de disposer des moyens techniques et matériels performants (achat de matériaux et maintenance des appareils électriques type four, robot électrique...) ainsi que des logiciels nécessaires à la bonne gestion des achats, facturation et gestion des stocks. La connaissance du CRJ va permettre d'établir une stratégie adaptée en corrélation avec le budget alloué.

Elle peut aussi permettre à l'équipe soignante de comprendre comment la répartition des dépenses influe sur le choix des denrées alimentaires.

Deux domaines sont par ailleurs tributaires des sommes allouées à l'EHPAD : la formation nutrition du personnel qui est prévue en amont dans le plan de formation de l'établissement et le remplacement du personnel absent (pour maladie, congé ou formation).

V.4 La législation sanitaire

La législation sanitaire impose à la structure le respect des normes HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point), dans le but d'éviter d'éventuelles intoxications alimentaires. Il est par exemple impossible d'utiliser certains aliments, car leur éviction est obligatoire (œufs, viandes crues).

V.5 Les nouvelles normes nutritionnelles

La loi EGalim, adoptée en 2018, vise une diversification des sources de protéines (remplacer ou compenser l'apport des protéines animales par les protéines végétales). Selon le professeur Agathe Raynaud-Simon, gériatre de profession, estime que *« si les jeunes trouvent facilement des parades pour trouver leurs apports nutritionnels cela est beaucoup plus compliqué pour les personnes fragiles âgées qui ont moins*

²⁷ Art. 79 de la LFSS 2023- 1250 du 26/12/2023

²⁸ En décembre 2005, le CNA estime que pour garantir une qualité minimale, le budget consacré à l'achat des denrées ne devrait pas être inférieur à 3,5€ HT par jour et par résident

d'appétit. Elle imagine difficilement ces derniers augmenter leur ration de légumineuses. En vieillissant les PA ont plus tendances à diminuer leur portions".²⁹

Les menus conçus par des diététiciens extérieurs pour répondre aux nouvelles normes se font au détriment des goûts des résidents et de leurs habitudes. Ce sont des contraintes à prendre en compte dans le risque de dénutrition.

V.6 L'état de santé du résident

En EHPAD, le personnel médical joue un rôle central dans les décisions liées à l'alimentation des résidents. Sur la base du bilan nutritionnel réalisé à l'admission, il peut, si besoin, prescrire une alimentation enrichie, mixée, ou un régime particulier à base de CNO (Complément Nutritionnel Oral, plus ou moins apprécié des personnes âgées). Cette prescription médicale va nécessiter la modification de l'aspect et/ou le goût des plats qui n'est pas toujours acceptée par les PA et leur entourage.

V.7 L'environnement

Bien souvent dans certains EHPAD les salles à manger sont trop petites ou trop grandes. Les premières ne permettent pas une installation adéquate du résident par manque de place. Les secondes bien que spacieuses sont très bruyantes, du fait d'un plus grand nombre de résident installé.

Selon la situation de la salle à manger dans l'EHPAD, la luminosité n'est pas idéale pour quelques résidents, ou n'est pas toujours naturelle.

D'autre part, certains établissements, par choix ou au vue de l'ancienneté de leurs locaux ne bénéficient pas de la possibilité d'avoir une cuisine en interne. Ils n'ont pas d'autre alternative que de faire appel à une cuisine "centralisée" ou "extériorisée". Ce système donne peu de choix et de manœuvre à l'EHPAD sur la présentation des plats, le goût ou sur la possibilité de substituer rapidement un plat.

VI. LES STRATÉGIES NUTRITIONNELLES

VI.1 Les différentes stratégies existantes en EHPAD

La priorité des EHPAD va être d'éviter l'installation ou l'aggravation de la dénutrition et les complications en découlant (cf. annexe la spirale de la dénutrition de Monique Ferry). Plusieurs stratégies nutritionnelles existent et peuvent être mises en place.

La connaissance du résident par un **recueil de données** le plus complet possible va permettre de personnaliser au mieux les repas.

De plus, l'**environnement** doit être adapté au résident : le voisinage de chacun doit être pensé afin de redonner au repas sa dimension conviviale. Toutefois, certains résidents préfèrent prendre leurs repas seuls, leur choix doit être respecté.

L'aménagement de l'environnement par la maîtrise des bruits, une luminosité naturelle sont bénéfiques pour une bonne prise de repas.

L'utilisation de nappes, de vaisselles colorées et de décoration, vont égayer ce moment, rendant la nourriture plus attrayante.³⁰

²⁹ [2022 08 HOSPIMEDIA - L'heure végétarienne n'a pas encore sonné en Ehpads.pdf](#)

³⁰ <https://sosehpads.com/%F0%9F%8F%A1%F0%9F%91%B4-limportance-du-design-et-de-larchitecture-en-ehpads-espaces-adaptes-et-bien-etre-des-residents-et-des-professionnels->

Un environnement et des espaces adaptés sont essentiels d'une part lors de l'accueil du résident au sein de l'EHPAD, et d'autre part pour le maintien de sa qualité de vie. Ce dernier doit pouvoir bénéficier de moments de bien-être, notamment lors des repas. La structure doit pouvoir accueillir le résident dans une salle à manger accessible, équipée de mobilier adapté, lui permettant de prendre ses repas en autonomie, dans un environnement sécurisé.

Par ailleurs, l'utilisation de **matériel ergonomique** est un atout et va permettre au résident atteint de pathologie motrice de maintenir une certaine autonomie dans sa prise de repas (couverts, tables ergonomiques, ...).

De même, l'amélioration de la **présentation des plats** (formes et couleurs dans l'assiette) va égayer l'assiette, l'utilisation de produits frais et de saison va donner de la saveur aux aliments et stimuler le résident dans sa prise de repas.

L'utilisation de l'**enrichissement naturel** (poudre de lait, fromage, crème...) permettra d'une part d'agréments des plats et d'autre part d'apporter les protéines et calories nécessaires sans augmenter les quantités. Par ailleurs, les collations permettent d'éviter des périodes de jeûne trop longues comme la période nocturne entre le repas du soir et le petit déjeuner.

Enfin, d'**autres modes d'alimentation** (manger-main, picoré-savouré, fractionnement, ...) sont des solutions pour les résidents dénutris et/ou déambulants. Le manger-main initié au départ pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs est plus largement utilisé aujourd'hui chez les résidents souffrant de troubles psychomoteurs, psycho-comportementaux ou sensoriels. Selon l'enquête de la fondation Médéric Alzheimer en 2016, 50 % des EHPAD utilisent cette méthode. (Manger main : un exemple sur YouTube est disponible).³¹

Certains EHPAD optent en collaboration avec l'animatrice ou le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) pour l'implication des résidents dans la confection de leur propre repas, sous forme de **repas thérapeutique**. Les résidents choisissent, préparent et dégustent les plats. Cette activité leur permet de retrouver des gestes de la vie quotidienne et de se sentir utiles. Ces différentes stratégies vont permettre au résident de retrouver de l'autonomie, le plaisir de manger et de partager un moment convivial. Tout simplement d'être à table. Il retrouve l'estime de soi.

L'entrée en institution rime fréquemment avec dépossession de l'acte alimentaire. La personne âgée n'a plus le choix des menus ni celui du lieu. Les horaires de repas et la place à table sont souvent imposés en fonction des disponibilités. Afin de lui permettre une reprise de contrôle, elle peut participer et faire entendre sa voix et celle des personnes qu'elle représente, lors de **réunions** organisées au sein de son établissement comme le Conseil de Vie Sociale (CVS) ou la Commission Menus (CM).

Ces réunions obligatoires sont incluses dans le Projet d'Établissement (PE). Elles impliquent les résidents, leurs proches et les membres du COPIL (Comité de Pilotage) de l'établissement.

³¹ "Le Manger-Mains en Gériatrie" GHR Mulhouse Sud alsace - Reportage diffusé en mai 2019

Dans un premier temps, il y a le Conseil de Vie Sociale³² qui a lieu trois fois par an. Cette réunion qui rassemble les responsables des différents pôles, familles et résidents est régie par un ordre du jour. Chacun va pouvoir répondre aux diverses questions aussi bien des familles que des résidents. La direction présente par la même occasion un bilan des derniers mois écoulés et les éventuelles améliorations, notamment sur le sujet de l'alimentation.

Dans un deuxième temps, il y a la Commission Menus.³³ Cette réunion qui a lieu 3 à 4 fois par an (elle est réalisée en amont des menus de saison) menée en général par le chef cuisinier qui énonce les menus proposés pour la saison à venir et rassemble les propositions, les satisfactions et les réclamations des résidents.

Pour terminer, la commission de coordination gériatrique (CCG) organisée à minima une fois par an au sein des EHPAD permet de rassembler l'ensemble des professionnels de santé libéraux signataires d'un contrat avec la résidence. L'ordre du jour est établi par le MEDCO en collaboration avec le directeur d'établissement. Il permet d'évoquer le bilan nutritionnel de l'ensemble des résidents et de pouvoir mettre en place des actions spécifiques.³⁴

D'autres stratégies pouvant être mises en place sont énoncées sous forme de préconisations dans le Guide d'action des EHPAD pour lutter contre la dénutrition - Semaine Nationale de la dénutrition.³⁵

VI.2 La mise en place des différentes stratégies

La décision d'établir des stratégies nutritionnelles relèvent du rôle du médecin et de l'infirmier coordonnateurs avec l'aval de la direction. Elles doivent apparaître dans le projet d'établissement.

Puis l'IDEC organise et veille à leur instauration auprès du résident, avec la participation active de l'équipe soignante. Ces mises en place doivent être anticipées afin de former les équipes et obtenir leur adhésion.

Les recherches du projet Aupalesens³⁶ montrent que de simples ajustements du cadre, comme mettre des condiments sur la table ou diversifier les aliments proposés, peuvent accroître le plaisir de manger et stimuler l'appétit. Par ailleurs, l'adaptation de l'environnement va faciliter la prise de repas. Il est important d'impliquer le résident dans la préparation du repas. Retrouver des gestes que ce dernier effectuait peut redonner l'envie de s'alimenter.

Pour faciliter l'alimentation, l'instauration des repas sous forme de bouchées incluant la boisson, facilite la préhension et la déglutition. Connues aussi sous le nom de manger-mains, finger-food, picorés ou savourés, elles ont l'avantage d'être accessibles à toutes les personnes âgées. De plus, grâce à la modernisation des techniques culinaires, les cuisiniers peuvent élaborer une large gamme de recettes adaptées.

³² Dans le cadre de la Loi du 02/01/2002

³³ [Proposition de structuration des commissions de menus en EHPAD](#), CERENUT

³⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/> Arrêté du 5 septembre 2011 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 - Art.1

³⁵ <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-11/denuitration-guide-ehpad.pdf>

³⁶ [Aupalesens : Proposer de nouvelles solutions pour lutter contre la dénutrition des seniors | ANR](#)

La mise en place des stratégies nutritionnelles ne peut se faire sans l'adhésion et la participation du résident. Il est important que ce dernier ait la possibilité de choisir sa nourriture et les explications sur des ajustements éventuels.³⁷ C'est un convive ayant des exigences et des attentes. Il souhaite bien manger, ce qui peut être différent de bien se nourrir. Comme nous l'avons vu plus haut, la population des EHPAD est hétérogène. Chacun vient s'installer dans cette collectivité avec son histoire de vie, ses habitudes et ses goûts alimentaires.

De même, l'entourage de la personne accueillie doit être pris en compte. Effectivement, il peut s'avérer être un collaborateur important grâce aux éléments supplémentaires qu'il va apporter à l'équipe.

De plus, sous les conditions définies dans le règlement intérieur de l'EHPAD, les proches peuvent participer de façon ponctuelle à des repas avec le résident (repas prévu en famille, anniversaire...). Ce moment de partage permet au résident de se retrouver en famille dans un cadre rassurant. Il peut être également l'occasion d'échanger sur l'évolution de l'état de son parent et des changements éventuels qui en découlent.

Quelle que soit la stratégie nutritionnelle utilisée, elle doit être individualisée et adaptée au résident. Car il n'est jamais facile d'accepter un changement d'environnement et d'habitudes de vie, surtout s'ils s'accompagnent d'une modification de l'état de santé. En plus de satisfaire les besoins nutritionnels des résidents, le repas a pour objectif d'améliorer leur qualité de vie en prenant en compte l'aspect psychosocial, culturel et environnemental.

VII. ENQUÊTE

VII.1 Méthodologie

Afin de répondre à notre problématique, nous avons mené une étude en réalisant un questionnaire comportant 19 questions ciblées, à choix multiples avec une durée de remplissage de 15 minutes maximum.³⁸

Toutes les données ont été anonymisées pour protéger la confidentialité des participants.

VII.1.1 L'élaboration du questionnaire

Les recherches documentaires nous confirment, que les PA sont dénutries pour une partie d'entre elles (15 à 38 % en institution).³⁹ Les outils de dépistage et de surveillance sont identifiés dans les différents EHPAD. Il nous a semblé intéressant de connaître les raisons d'un taux de dénutrition aussi élevé dans ces structures.

Lors de l'élaboration de notre questionnaire, nous avons fait le choix de nous intéresser aux différents fonctionnements internes des EHPAD concernant la prise en charge de la dénutrition afin de comparer les différentes pratiques. Le but a d'abord été:

- D'effectuer un état des lieux des connaissances sur le sujet

³⁷ *L'essentiel est qu'il(s) mange(ent). Participation sollicitée ou empêchée des résidents en EHPAD, Laura GUERIN.*

³⁸ Annexe n°5 : Questionnaire

³⁹ [argumentaire_denutrition_pa_10_nov_2021_v2.pdf](#)

- Avoir un aperçu des pratiques et des outils existants au sein de leur structure.
- D'identifier les freins et les contraintes existantes dans la mise en place de stratégies alimentaires.

VII.1.2 La Population ciblée

Le questionnaire s'adressait en priorité aux médecins coordonnateurs et aux infirmiers coordinateurs, mais nous l'avons élargi aux autres personnels soignants exerçant auprès de la personne âgée en EHPAD. Effectivement certains établissements ne disposent pas d'IDEC et/ou de MEDCO. Il nous a donc semblé plus juste d'intégrer d'autres professionnels en lien avec la dénutrition.

Certains EHPAD disposant de boîte mail commune, nous avons également eu en retour des réponses provenant de personnel d'animation. Nous avons fait le choix d'analyser et de prendre en compte les réponses de ces derniers. En effet, ils ont pris le temps de remplir le questionnaire, et l'ont retourné complet. De plus, leur participation par le biais des animations autour de l'alimentation est nécessaire.

VII.1.3 La collecte des données et méthode de diffusion de l'enquête

Nous avons créé notre questionnaire sur Google Forms. Un des avantages de cet outil a été de pouvoir travailler directement et en commun sur le support. L'autre avantage est la diffusion rapide et l'accès facile pour tous, aussi bien sur l'ordinateur, le téléphone ou la tablette. Le fait que le questionnaire et les réponses soient en ligne permet de faciliter l'analyse de l'enquête.

Nous avons d'abord testé notre questionnaire puis l'avons envoyé à nos connaissances professionnelles afin d'y répondre. Nous l'avons ensuite transféré au secrétariat de l'Université qui l'a diffusé auprès des autres étudiants de notre promotion pour avoir un maximum de réponses. Les réponses étaient attendues jusqu'au 15 juillet 2025 afin de pouvoir les étudier et les intégrer à notre mémoire.

Nous avons recueilli au total 57 réponses, mais nous nous sommes aperçues que cinq questionnaires n'étaient pas entièrement remplis. Ces cinq questionnaires correspondaient aux premiers tests : des questions ayant été reformulées et ajoutées, l'analyse des résultats devenait de ce fait faussée. Nous avons donc retenu 52 questionnaires.

VII.2 Résultats

Notre questionnaire s'appuie sur neuf thèmes :

- 1) le profil des répondants ainsi que leur lieu d'exercice,
- 2) la pertinence de l'identification d'un référent nutrition,
- 3) le dépistage de la dénutrition,
- 4) l'identification des principales stratégies nutritionnelles,
- 5) la commission menu ainsi que le CRJ
- 6) l'élaboration des menus,
- 7) les apports protéiques chez la personne âgée
- 8) les freins
- 9) la formation du personnel

Question 1 : Profession des participants

- 15 infirmiers coordinateurs / référents soit 28,8 %,

- 12 médecins coordinateurs soit 23,1 %
- 11 infirmiers soit 21,2 %,
- 7 animateurs soit 13,4 %
- 3 médecins prescripteurs soit 5,7 %,
- 1 médecin gériatre soit 1,9 %,
- 1 médecin traitant soit 1,9%,
- 1 médecin hospitalier soit 1,9 %,
- 1 personne retraitée n'ayant pas précisé sa fonction soit 1,9 %.

Question n°2 : Durée d'exercice de leur profession actuel

- 24 professionnels qui exercent depuis moins de 5 ans dans leur EHPAD soit 46,2 %.
- 20 professionnels soit 38,5 % exercent depuis plus de 10 ans.
- Et seulement 8 d'entre eux soit 15,4 % ont une période d'activité comprise entre 5 et 10 ans.

Question n°3 : Lieu d'exercice de leur activité

- 24 personnels exercent dans le secteur public soit 46,2 %,
- 15 dans le privé à but lucratif soit 28,8 % et
- 13 sont dans le secteur privé à but non lucratif soit 25 %

Question n°4 : Capacité d'accueil de l'EHPAD

- La majorité des répondants exerce dans un EHPAD ayant une capacité d'accueil entre 50 et 100 résidents soit 67,3 %.
- 28,8 % exercent dans des structures de plus de 100 résidents
- Et 3,8 % exercent dans une structure de moins de 50.

Question n°5 : L'identification d'un référent nutrition

- Pour 21,2 % le médecin coordonnateur a cette fonction,
- Pour 17,3 % c'est l'IDEC
- Pour 15,4 % c'est l'infirmière
- Pour 11,5 % c'est la diététicienne
- 19,2 % n'ont pas de référent
- 3,8 % ne savent pas s'ils ont un référent

Question n°6 : Le dépistage de la dénutrition est réalisé

- Pour 36,5 % dans la semaine suivant l'admission,
- Pour 25 % lors de l'admission
- Pour 13,5 % à un mois après l'admission
- 17,3 % ont répondu "autre" mais sans indiquer le moment.
- Dans 7,7 % des cas, les répondants ne savent pas quand celui-ci est effectué

Question n°7 : Principaux outils de dépistage utilisés

Fig 1 : Les outils de dépistages



Nous avons pu constater que la majorité des professionnels utilise comme outil de dépistage en priorité la pesée, les bilans biologiques et l'évaluation clinique d'entrée. Viennent ensuite les mesures anthropométriques et les tests dédiés.

Question n°8 : Les principales stratégies mises en place

Fig 2 : les stratégies nutritionnelles



Le diagramme ci-dessus nous montre que le recueil des goûts (71,2 %), l'enrichissement naturel des plats (73,1 %) ainsi que l'utilisation de produits hyper protéinés (65,4 %) sont les principales stratégies utilisées. Viennent ensuite la mise en place des collations tout au long de la journée ou de la nuit, les textures modifiées et le matériel adapté pour faciliter la prise alimentaire, chacun ayant un pourcentage entre 38 et 51 %. Le mode d'alimentation, la personnalisation et l'aménagement de l'environnement obtiennent un taux inférieur à 31 %.

Question n°9 : Elaboration des menus

- Dans 38,5 % des cas, le diététicien et le cuisinier travaillent en collaboration à l'élaboration des menus de leur résidence.
- Le diététicien seul à 30,8 %
- Le cuisinier seul à 19,2 %
- 5,8 % ne savent pas
- 1,9 % en collaboration avec le diététicien
- 1,9 % le cuisinier, quelques résidents, animation
- 1,9 % le groupe

Le travail en duo de l'équipe cuisine est donc majoritairement plus fréquent.

Questions n°10 : Participation aux commissions menus

- Toujours s'élève à 15,4 %,
- Souvent est de 13,5 %
- Rarement obtient un score de 23,1 %
- Jamais soit, 48,1 %.

Question n°11 : Les participants aux commissions menus

- Les cuisiniers participent aux commissions menus à 71,2 %
- Viennent ensuite les résidents à 59,6 %
- La participation des soignants et du diététicien s'élève respectivement à 44,2 % chacun.
- 15,4 % des répondants ignorent quels sont les participants à cette réunion.

Toutefois, le détail de ce résultat met en lumière la faible participation des IDEC et MEDCO au CM. Effectivement, les réponses obtenues font état de 2 IDEC et 2 MEDCO aux commissions menus.

Question n°12 : Le CRJ

Fig 3 : le cout de revient journalier

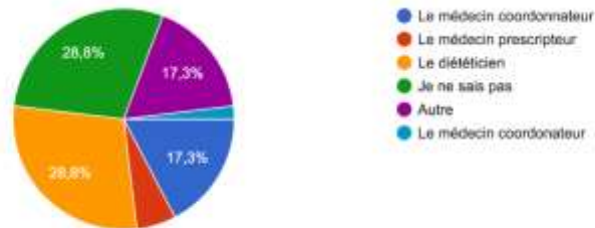


- 57,7 % ne savent pas quel est le CRJ
- 21,2 % l'estiment entre 3 et 4 euros
- 17,3 % l'estiment supérieur à 4 euros
- 3,8 % le situent inférieur à 3 euros

Question n° 13 : Le calcul des apports protéiques chez la personne âgée

Fig 4 : Personnel qui calcule les apports alimentaires en EHPAD

13 - L'apport protéinique recommandé chez une personne âgée est de 1,2g/kg/jour. Ce besoin augmente en cas de pathologie. Qui calcule ...ports alimentaires pour les résidents de l'EHPAD?
52 réponses

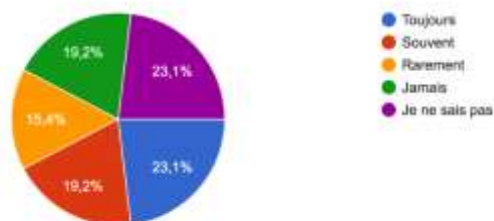


- A part égal le quota de réponses montre que le diététicien calcule l'apport protéique à 28,8 %, que les personnes ne sachant pas.
- C'est le MEDCO dans 19,2 % (17,3 + 1,9 %)
- 17,3 % ont répondu autre sans précision
- Et enfin 5,8 % c'est le médecin prescripteur

Question n° 14 : Calcul spécifique chez les résidents à risque de dénutrition

Fig 5 : Calcul des apports en protéines

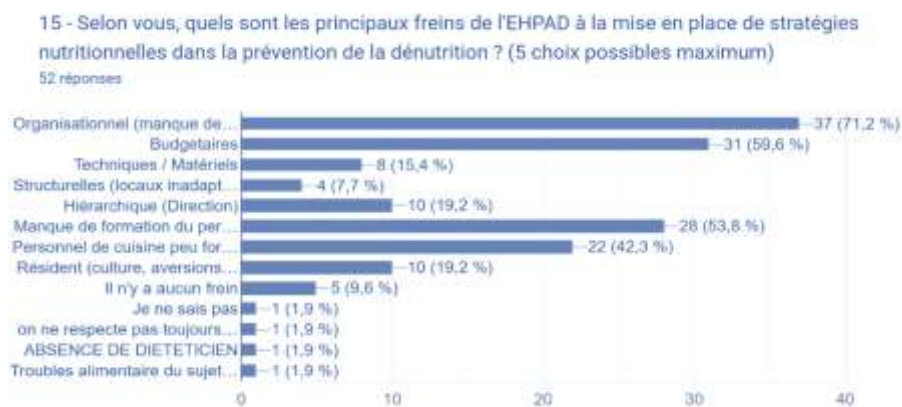
14 - Un calcul des apports protéiniques est-il effectué spécifiquement pour les résidents à risque de dénutrition ?
52 réponses



- Pour 23,1 % le calcul est toujours effectué.
- Nous retrouvons ce même pourcentage chez les personnels qui ignorent si le calcul est effectué (23,1 %)
- Pour 19,2 % il est souvent calculé,
- Et jamais pour 19,2 %.
- Pour 15,4 % le calcul est rarement effectué.

Question n°15 : Les principaux freins à la mise en place des stratégies

Fig 6 : les freins aux stratégies nutritionnelles



- Les freins organisationnels (71,2 %) et budgétaires (59,6 %) sont les principaux obstacles identifiés.
- Le manque de formation atteint 53,8 % pour le personnel soignant et 42,3 % pour le personnel de cuisine.
- Dans 19,2 % la hiérarchie représente un frein et pour le même pourcentage le résident
- Viennent ensuite les moyens techniques à 15,4 %.
- L'absence de diététicien est un frein pour 1,9 %.
- Il n'existe pas de frein pour 9,6 % des répondants.

Question n° 16 : La formation du personnel en interne

- Une formation annuelle est organisée dans 30,8 % des cas.
- Pour 17,3 % elle a lieu semestriellement
- Jamais pour 17,3 %
- 26,9 % ne savent pas si une formation est organisée.
- Occasionnellement, sensibilisation biannuelle, à la demande, moins d'une fois par an pour 1,9 % chacun

Question n°17 : La formation sur la dénutrition

- 48,1 % des professionnels n'ont jamais suivi de formation spécifique sur la dénutrition
- 26,9 % l'ont suivi il y a plus d'un an
- 15,4 % ont suivi une formation dans une période comprise entre 6 mois et 1 mois
- 3,8 % d'entre eux ont eu une formation récente (inférieure à 1 mois)
- 5,7 % des réponses ne sont pas exploitables.

Question n°18 : Formations flashes

- 51,9 % ne font jamais de formation flash au sein de leur résidence

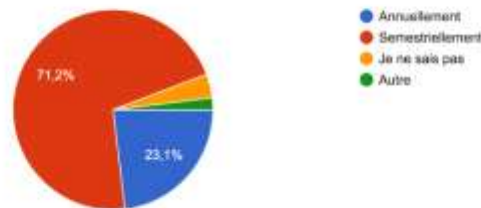
- 26,9 % font une formation flash mensuelle
- 3,8 % organise une formation de façon trimestrielle
- Les autres réponses n'étaient pas exploitables.

Question n°19 : La fréquence des formations dénutrition

Fig 7 : fréquence des besoins en formation sur la dénutrition

19 – Estimez-vous qu'une formation sur la dénutrition et sa prévention serait nécessaire dans la prise en soins des personnes à risque de dénutrition

52 réponses



- 71,2 % des professionnels semblent estimer que 2 formations par an suffisent,
- 23,1% une fois par an
- 3,8 % ont répondu ne pas savoir.

VII.3 Discussion

VII.3.1 Analyses des données

Nous constatons une participation plus importante des **IDEC et des médecins coordonnateurs**.

La majorité des personnes exerce depuis **moins de 5 ans** au sein de leur EHPAD, ce qui reflète la tendance actuelle au turn-over dans les Ehpads.

Dans l'ensemble des réponses le **dépistage** est fait de manière régulière lors de l'admission ou du moins les semaines suivantes celle-ci.

Ces résultats montrent une volonté des EHPAD de dépister précocement le risque de dénutrition des résidents nouvellement accueillis.

Nous avons pu constater que la majorité des professionnels utilise comme **outil de dépistage** en priorité la pesée, les bilans biologiques et l'évaluation clinique d'entrée (indicateurs objectifs et accessibles).

Les résultats obtenus nous montrent que le recueil des goûts, l'enrichissement naturel des plats ainsi que l'utilisation de produits hyper-protéinés sont les **mesures** les plus couramment mises en œuvre. Nous pouvons supposer que leur mise en place est plus facile, accessible et rapide. Ils représentent un taux global de réponse supérieur à 65 %.

En revanche, le mode d'alimentation, la personnalisation et l'aménagement de l'environnement garant de la prise en charge individualisée de la dénutrition obtiennent un taux inférieur à 31 %. Il serait intéressant de savoir si le recueil systématique de ces éléments est effectué lors de la réalisation du PAP du résident et si ses réponses sont prises en compte.

Concernant la faible participation aux **commissions menus**, nous pouvons nous demander si les causes sont le désintéressement, la méconnaissance ou le manque de personnel. Nous pouvons également supposer qu'il s'agit d'un manque d'information sur le déroulement de celle-ci.

Pour une prise en charge optimale de la dénutrition, il est important que tous les acteurs concernés par la nutrition participent à ces réunions. De ces réunions, vont découler des propositions d'axes d'amélioration sur la qualité des repas proposés et les décisions qui s'ensuivent afin de proposer aux résidents des menus variés et équilibrés.

Plus de la moitié des répondants (57,7 %) déclare ne pas connaître le **coût de revient journalier** des repas dans leur EHPAD. Ce manque d'information pourrait refléter une défaillance de communication entre les équipes de cuisine, les soignants et la direction. Il peut de même nuire à l'implication des équipes dans l'amélioration des repas, en limitant leur compréhension des contraintes budgétaires et leur capacité à proposer des solutions réalistes.

Parmi ceux qui ont tenté une estimation, 21,2 % situent le CRJ entre 3 et 4 euros, ce qui correspond à une fourchette souvent rencontrée dans les établissements.⁴⁰ En revanche, 17,3 % l'estiment supérieur à 4 euros, ce qui peut traduire une surestimation du budget ou une méconnaissance des réalités économiques. À l'inverse, 3,8 % le jugent inférieur à 3 euros, ce qui pourrait refléter une vision pessimiste de la qualité des repas.

Il aurait été pertinent d'explorer si le secteur d'activité (public/privé), la taille de la structure ou la présence d'un diététicien influencent le CRJ.

Le **calcul des apports protéiques** est un élément important dans la prise en charge du résident dénutri. Les 17,3 % de réponses classées comme "autres" mériteraient d'être précisées afin d'identifier les professionnels en charge de cette évaluation.

En ce qui concerne la **formation**, les résultats révèlent une offre insuffisamment développée et peu régulière. Bien que cette formation soit obligatoire au moins une fois par an, elle ne semble pas être assurée de manière continue. Une fréquence trimestrielle permettrait de mieux intégrer les nouveaux arrivants, de pallier les effets du turn-over et de renforcer la sensibilisation des équipes aux enjeux de la dénutrition. Les formations flash, bien que jugées utiles pour rappeler les bonnes pratiques, ne paraissent pas systématiquement mises en place. Une majorité de répondants estime que deux formations annuelles sont suffisantes, tandis que 17,3 % déclarent avoir accès à des formations semestrielles.

En définitive, la formation reste un levier essentiel pour améliorer la prévention et la prise en charge de la dénutrition. Toutefois, les résultats obtenus traduisent une réalité contrastée, marquée par des pratiques hétérogènes et une mobilisation encore inégale des professionnels.

VII.3.2 Discussion Générale

À travers nos recherches et l'analyse des questionnaires, notre travail a permis de mettre en évidence les principaux obstacles rencontrés dans les EHPAD concernant la prise en charge de la dénutrition.

⁴⁰ Pour rappel le CNA estime le CRJ à 3,50€ HT minimum par jour et par résident.

Il ressort notamment un manque de régularité dans l'organisation des formations à destination du personnel, ainsi qu'un déficit de connaissances sur les outils et ressources dont disposent les établissements pour répondre efficacement à cette problématique.

Bien que le personnel soignant identifie les principales stratégies nutritionnelles existantes, leur application demeure partielle et parfois limitée, ce qui en réduit l'efficacité sur le terrain.

Ces constats soulèvent la question de l'écart entre la connaissance théorique des stratégies de lutte contre la dénutrition et leur application effective dans le quotidien des établissements. Ce décalage met en lumière l'importance du rôle du binôme de coordination et d'accompagnement de l'IDEC et du MEDCO au sein des équipes soignantes. Leur capacité à mobiliser les équipes, à diffuser les bonnes pratiques et à structurer les démarches nutritionnelles constitue un levier majeur pour améliorer la qualité de la prise en charge.

Cette interrogation ouvre la voie à une réflexion approfondie sur les modalités d'accompagnement, la valorisation des compétences, et la structuration des temps d'échange pluridisciplinaires au sein des EHPAD.

VII.4 Recommandations

Notre travail a mis en avant plusieurs points clés pour la prise en charge des résidents dénutris ou à risque de dénutrition. Il est ainsi primordial d'avoir une approche globale et pluridisciplinaire, centrée sur la personne :

- Personnalisation des repas : recueil de données classique avec ses goûts, aversions et allergies. Il devrait être complété par ses habitudes culinaires, sa culture ou religion afin d'adapter les repas le plus possible. Tous ces éléments devraient être tracés dans son dossier médical, son PAP et être connus de tous.
- Surveillance des ingestats : observer pendant une semaine après l'admission, les apports alimentaires, avec une attention portée aux protéines. Sensibiliser le personnel à faire une surveillance des ingestats lors de situation à risque afin que la pratique devienne plus fluide au quotidien.
- Un examen clinique adapté : réaliser un bilan médical avec des prescriptions ciblées et adaptées.
- Suivi du poids : la mise en place systématique de la surveillance mensuelle du poids ou plus et devrait être intégrée dans les plans de soins.
- Formation des équipes : sensibiliser les professionnels à la détection des signes de dénutrition, aux soins bucco-dentaires, à la santé mentale (notamment à la dépression) et à la transmission des informations. La formation devrait également porter sur les conséquences de la dénutrition et les bonnes pratiques de prévention. Elle devrait être obligatoire deux à trois fois par an.
- Intégrer et former les personnels de cuisine : proposer des formations sur les textures, le goût. La formation devrait être renouvelée si possible tous les ans et proposée de manière systématique à tout nouveau personnel de cuisine dans les mois suivants son embauche.
- Création d'un mémo : mettre en forme un récapitulatif (plaquette) de formation consultable dans les lieux clés (salle à manger, plonge etc) et proposer un format de poche pour le personnel qui serait consultable à tout moment.

- L'identification d'un référent nutrition : elle devrait être effectuée de manière systématique dans chaque établissement. Le référent aurait des missions et des champs d'action bien définis par une fiche de poste. Il devrait être connu de tous les professionnels, des familles et des résidents. Il permettrait une meilleure homogénéisation des pratiques et du suivi.
- Suivi de l'actualité gérontologique : s'inspirer des projets mis en place dans d'autres établissements, et qui ont publié des résultats encourageants dans la lutte contre la dénutrition. (Projet Aupalesens, Etude : Des odeurs pour redonner de l'appétit aux patients atteints par la maladie d'Alzheimer⁴¹). Les EHPAD peuvent disposer des fiches-conseils du CERENUT.⁴²

VII.5 Points forts de notre travail

- Ce travail a étudié la prise en charge de la dénutrition de manière multidimensionnelle (social, économique, psychologique, culturel, médical,)
- Idées de recherches : Nous avons mis en avant un manque de formation, de personnalisation des repas des résidents... Ces points nous ouvrent des perspectives de recherche et d'amélioration de nos pratiques.

VII.6 Limites de notre travail

- La taille réduite de l'échantillon (52 répondants), ce qui n'est pas représentatif de la majorité des EHPAD français. La période estivale (départ en vacances, manque de personnel) a limité le nombre de répondants.
- Questionnaire à retravailler : Lors de la consultation de notre enquête, nous avons pu constater que quelques précisions ou ajout de questions auraient pu être apportés.
- Certains résultats sont non interprétables, car pas assez précis ou beaucoup trop vague au niveau des réponses, surtout dans le cas de la réponse "autre" où parfois, nous nous sommes demandées si la question avait bien été comprise par le répondant.

Les difficultés rencontrées

- La limite de l'informatique : la cybersécurité qui peut bloquer certains mails en les dirigeant vers les spam ou courrier indésirable.
- Le manque de suivi de la bonne réception de nos envois par mail.
- Le manque de connaissance de l'outil Google Forms que nous avons découvert au fur et à mesure de la création de notre questionnaire.
- Le manque de données chiffrées récente sur la dénutrition
- Nous avons commencé ce mémoire à cinq IDE et un médecin. Cependant, le départ soudain de notre collègue médecin, pour raisons personnelles, nous a obligées à réorganiser notre travail.
- De plus, les impératifs de chacune et la distance du lieu d'habitation ont rendu la coordination de nos emplois du temps respectifs compliqués.

⁴¹ [Des odeurs pour redonner de l'appétit aux patients atteints par la maladie d'Alzheimer | INRAE](#)

⁴² [Fiches conseil | Cerenut](#)

VIII. CONCLUSION

Ce travail de recherche avait pour objectif de mettre en lumière la problématique persistante de la dénutrition au sein des EHPAD, ainsi que les stratégies visant à y remédier. Il ressort de notre analyse que malgré la reconnaissance de cet enjeu majeur de santé, la mise en œuvre de solutions efficaces demeure complexe. En effet, chaque résident présente des caractéristiques cliniques psychologiques et sociales singulières, rendant indispensable une prise en charge nutritionnelle individualisée.

La dénutrition, souvent silencieuse, constitue un facteur aggravant de la perte d'autonomie, majorant significativement le risque de complications somatiques et psychiques, ainsi son dépistage précoce et sa prévention doivent s'inscrire dans une démarche proactive, coordonnée et continue. Cela implique non seulement une vigilance accrue de l'ensemble des professionnels de santé, mais également un engagement institutionnel fort en faveur de la formation, de la stabilité des équipes, et de la communication interdisciplinaire.

La reconnaissance des obstacles à la mise en place des stratégies nutritionnelles tels que le manque de personnel formé, l'insuffisance des temps dédiés à la réflexion clinique ou la référence limitée des formations, doivent conduire les EHPAD à organiser des réunions pluridisciplinaires régulières. Ces temps d'échanges permettent d'identifier les leviers d'actions concrets et adaptés aux réalités du terrain.

La lutte contre la dénutrition doit être intégrée pleinement dans le projet de soins et le projet d'établissement, afin de garantir aux personnes âgées un accompagnement respectueux de leur dignité, de leur santé et de leur qualité de vie. En définitive, la nutrition ne saurait être réduite à une simple composante du soin. Elle en est un pilier essentiel dans chaque établissement.

IX. BIBLIOGRAPHIE

L'alimentation chez les personnes âgées, Directives, souhaits, pratiques ; Claude FERRAND - Nathalie Bailly ; Editions Connaissances et Savoirs, 2016

Oser proposer une autre alimentation aux personnes fragilisées, Avec des concepts de plats "Picorés" et "Savourés" ; Martine Perron ; Editions Chronique Sociale, 2012.

CNA, L'alimentation comme vecteur du bien vieillir, avis n°92, Novembre 2024

Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus – 10/11/2021. Recommandations de la Fédération française de nutrition et de la Haute Autorité de santé. Argumentaire, Fiche et Recommandations.

Diaporama Dénutrition Personnes Agées en EHPAD FMC / JASFGG, Monique FERRY ; 32ème journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gériatrie, 2012.

[L'histoire des maisons de retraite : de la création à nos jours](#)

[Les paradoxes de l'évolution des ehpad | Cairn.info](#)

[Charte des droits et des libertés de la personne accueillie en établissement | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

ANESM : Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne "préserver la vie personnelle". (Octobre 2011)

[Programme national nutrition santé \(PNNS\) - Professionnels - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

Actualités PNNS 4, numéro 14, Direction générale de la Santé, Mars 2025.

[Loi du 8 avril 2024 Bien vieillir grand âge et autonomie Ehpad | vie-publique.fr](#)

[LOI n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous \(1\) - Légifrance](#)

<https://www.hcsp.fr> Révision des repères alimentaires pour les personnes âgées, 18/05/2021

[Geriatrics-Guideline-French.pdf](#)

<http://pour-les-personnes-agees.gouv.fr>

[LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale - Légifrance](#)

[2022 08 HOSPIMEDIA - L'heure végane ou végétarienne n'a pas encore sonné en Ehpad.pdf](#)

<https://sosehpads.com/%F0%9F%8F%A1%F0%9F%91%B4-limportance-du-design-et-de-larchitecture-en-ehpad-espaces-adaptes-et-bien-etre-des-residents-et-des-professionnels>

“Le Manger-Mains en Gériatrie” GHR Mulhouse Sud alsace - Reportage diffusé en mai 2019

[Proposition de structuration des commissions de menus en EHPAD](#), CERENUT, 06/05/2022

<https://www.legifrance.gouv.fr/> Arrêté du 5 septembre 2011 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 - Art.1

<https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-11/denutrition-guide-ehpad.pdf>

L'essentiel est qu'il(s) mange(ent). Participation sollicitée ou empêchée des résidents en EHPAD; Laura Guérin. Pages 159 à 183, 2018/3 N°22

<https://www.cairn.info/revue-participations-2018-3-page-159.htm>

[Aupalesens : Proposer de nouvelles solutions pour lutter contre la dénutrition des seniors | ANR](#)

X. ANNEXES

Annexe 1 : Les échelles d'évaluation

- Le Mini Nutritional Assessment⁴³ (MNA) est l'outil d'évaluation majoritairement utilisé. Il est composé de 18 Items ciblant l'état général, l'alimentation, les problèmes potentiels et les mesures anthropométriques. Le score sur 30 points va permettre d'identifier une dénutrition ou un risque de dénutrition. Il existe une version plus courte composée de 6 items (MNA®-SF) volontiers utilisée par les professionnels de santé qui permet une identification rapide du risque.
- Le Score d'Évaluation Facile des Ingesta (SEFI) est une échelle analogique permettant une évaluation visuelle de la prise alimentaire par le résident ou le soignant à l'aide d'un curseur allant de 0 à 10.⁴⁴
- Le PARAD se présente sous la forme d'un mini livret de 4 pages ou en format FALC, (Facile à Lire et à Comprendre). Il repose sur 4 questions pour prévenir et sensibiliser sur le risque de la dénutrition : Poids - Alimentation - Repas - Appétit - Dénutrition. Chaque réponse correspond à un symbole. A la fin du livret des conseils sont prodigués en fonction des résultats pour prévenir le risque de dénutrition.⁴⁵
- D'autres échelles existent mais sont beaucoup moins utilisées : Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)⁴⁶ et Nutritional Risk Score (NRS-2002)

⁴³ [Le Mini Nutritional Assessment \(MNA®\) | Nutri Pro](#)

⁴⁴ [SEFI-nutrition | Patients](#)

⁴⁵ [PARAD | Un outil simple, précoce et universel, pour prévenir le risque de dénutrition](#)

⁴⁶ [must-toolkit.pdf](#)

Long MNA® Mini Nutritional Assessment



Nom :		Prénom :		
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
 0 = baisse sévère des prises alimentaires
 1 = légère baisse des prises alimentaires
 2 = pas de baisse des prises alimentaires ☐

B Perte récente de poids (<3 mois)
 0 = perte de poids > 3 kg
 1 = ne sait pas
 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
 3 = pas de perte de poids ☐

C Motricité
 0 = au lit ou au fauteuil
 1 = autonome à l'intérieur
 2 = sort du domicile ☐

D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?
 0 = oui 2 = non ☐

E Problèmes neuropsychologiques
 0 = démence ou dépression sévère
 1 = démence leve
 2 = pas de problème psychologique ☐

F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²
 0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23 ☐

Score de dépistage (sous-total max. 14 points) ☐ ☐ ☐

12-14 points: état nutritionnel normal
 8-11 points: à risque de dénutrition
 0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?
 1 = oui 0 = non ☐

H Prend plus de 3 médicaments par jour ?
 0 = oui 1 = non ☐

I Escarres ou plaies cutanées ?
 0 = oui 1 = non ☐

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?
 0 = 1 repas
 1 = 2 repas
 2 = 3 repas ☐

K Consomme-t-il ?

- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui ☐ non ☐
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui ☐ non ☐
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui ☐ non ☐

0,0 = si 0 ou 1 oui
 0,5 = si 2 oui
 1,0 = si 3 oui ☐ ☐

L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?
 0 = non 1 = oui ☐

M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)
 0,0 = moins de 3 verres
 0,5 = de 3 à 5 verres
 1,0 = plus de 5 verres ☐ ☐

N Manière de se nourrir
 0 = nécessite une assistance
 1 = se nourrit seul avec difficulté
 2 = se nourrit seul sans difficulté ☐

O Le patient se considère-t-il bien nourri ?
 0 = se considère comme dénutri
 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel
 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition ☐

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?
 0,0 = moins bonne
 0,5 = ne sait pas
 1,0 = aussi bonne
 2,0 = meilleure ☐ ☐

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
 0,0 = CB < 21
 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
 1,0 = CB > 22 ☐ ☐

R Circonférence du mollet (CM en cm)
 0 = CM < 31
 1 = CM ≥ 31 ☐

Évaluation globale (max. 16 points) ☐ ☐ ☐

Score de dépistage ☐ ☐ ☐

Score total (max. 30 points) ☐ ☐ ☐

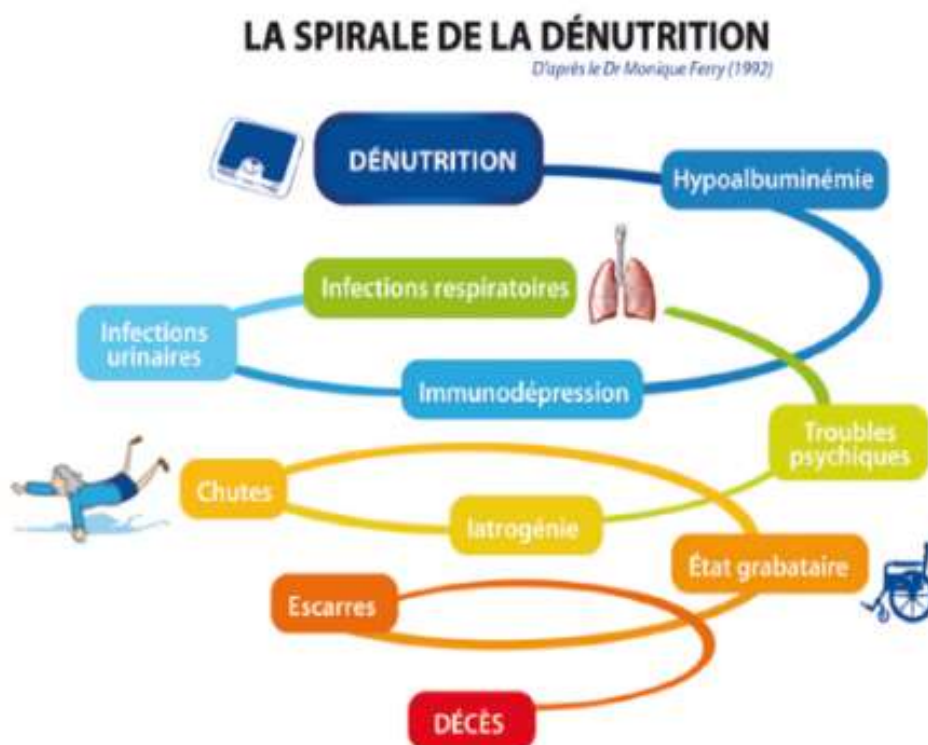
Appréciation de l'état nutritionnel

de 24 à 30 points	☐	état nutritionnel normal
de 17 à 23,5 points	☐	risque de malnutrition
moins de 17 points	☐	mauvais état nutritionnel

Ref. Velles B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Sahra A, Guigoz Y, Velles B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M396-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 Registered trademark of Société des Produits Nestlé S.A.
 © Société des Produits Nestlé S.A "amended 2023".

Long MNA – France/French
 Long-MNA_AU11.0_fra-FR_nonMapi.docx

Annexe 2 : La spirale de la dénutrition



Annexe 3 : La pyramide alimentaire

La Pyramide Alimentaire



Annexe 4 : Les textes législatifs

L'Aide-soignant

Le décret n° 2021-980 du 23 juillet 2021 du code de la santé publique précise que l'aide-soignant, dispense dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et dans le cadre d'une responsabilité partagée, un accompagnement et des soins de la vie quotidienne, notamment l'hygiène ou les soins, ou des soins aigus pour préserver, restaurer ou améliorer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne.

Arrêté du 10 juin 2021, Annexe I - Diplôme d'Etat d'Aide-soignant, Référentiel d'activités

“L'aide-soignant exerce sous la responsabilité de l'infirmier diplômé d'Etat dans le cadre de l'article R. 4311-4 du code de la santé publique. Ses activités se situent dans le cadre du rôle qui relève de l'initiative de l'infirmier diplômé d'Etat, défini par les articles R. 4311-3 et R. 4311-5 du code de la santé publique, relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. L'aide-soignant accompagne et réalise des soins essentiels de la vie quotidienne, adaptés à l'évolution de l'état clinique et visant à identifier les situations à risque. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne et prend en compte la dimension relationnelle des soins ainsi que la communication avec les autres professionnels, les apprenants et les aidants. L'aide-soignant travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire intervenant dans les services de soins ou réseaux de soins des structures sanitaires, médico-sociales ou sociales notamment dans le cadre d'hospitalisation ou d'hébergement continu ou discontinu en structure ou à domicile”.

L'IDE

LOI n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier - Légifrance

Art. L. 4311-1.-I.-L'infirmier exerce son activité, dans le respect du code de déontologie, dans le cadre de son rôle propre ou sur prescription et en coordination avec les autres professionnels de santé.

L'infirmier “Dispense des soins infirmiers préventifs, curatifs, palliatifs, relationnels ou destinés à la surveillance clinique, procède à leur évaluation[...].

L'infirmier “Participe à la prévention, aux actions de dépistage, à l'éducation à la santé, à la santé au travail, à la promotion de la santé et à l'éducation thérapeutique de la personne et, le cas échéant, de son entourage”

L'ensemble de cette équipe pluridisciplinaire est « ... Sous l'autorité fonctionnelle du médecin coordonnateur, en sollicitant la ressource de l'infirmière référente (soit infirmière « coordonnatrice », soit cadre de santé) et en s'appuyant sur des prescriptions, des transmissions et des réunions de synthèse, l'équipe soignante prend en charge les résidents au quotidien.

L'IDEC

LOI n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier - Légifrance

La loi n°2025-581 du 27 juin 2025 (dans le Code de la santé publique et le Code de l'action sociale et des familles) sur la profession d'infirmier reconnaît le métier d'infirmière coordinatrice et lui donne un cadre légal.

Il est précisé que *“les établissements médico-sociaux (EHPAD, USLD, etc.) peuvent compter dans leur équipe une infirmière coordonnatrice collaborant avec le médecin coordonnateur, en lien avec l’encadrement administratif et soignant de l’établissement.”*

« Art. L. 4311-1.-I.-L’infirmier exerce son activité, dans le respect du code de déontologie, dans le cadre de son rôle propre ou sur prescription et en coordination avec les autres professionnels de santé.”

Le Médecin coordonnateur

LOI n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels

La Loi VALLETOUX (27 Décembre 2023), précise le rôle du médecin coordonnateur sur quelques points :

- *Encadrement de l’équipe soignante, dans le cadre de leur mission de coordination et leur champ de compétence médical*
- *Peut assurer le suivi médical de résidents*
- *Veille à la qualité de la prise en charge médicale*

Article 12

“Le V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié:
1° Après la première phrase, sont insérées quatre phrases ainsi rédigées : « Sous la responsabilité du responsable de l'établissement, il assure l'encadrement de l'équipe soignante de l'établissement et peut, pour les résidents qui le souhaitent, assurer le suivi médical des résidents de l'établissement, pour lesquels il peut réaliser des prescriptions médicales. Il veille à la qualité de la prise en charge médicale des résidents. La fonction de médecin coordonnateur peut être exercée par un ou plusieurs médecins. En deçà d'un nombre de places au sein de l'établissement fixé par décret, la fonction de coordination est occupée par un seul médecin. » ;
2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
« Lorsque le médecin coordonnateur assure le suivi médical du résident, ce dernier ou, le cas échéant, son représentant légal ou la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du présent code peut désigner le médecin coordonnateur comme médecin traitant du résident dans les conditions prévues à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale. Au moment de l'admission dans l'établissement, le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge mentionné à l'article L. 311-4 du présent code fait mention du choix du résident, qui peut être modifié à tout moment de son séjour dans l'établissement. »”

Annexe 5 : Le questionnaire

Enquête sur les contraintes rencontrées en EHPAD lors de la mise en place des stratégies nutritionnelles

Bonjour,

Nous sommes cinq infirmières et un médecin inscrites au Diplôme Universitaire

Infirmière référente et coordinatrice/médecin coordonnateur en EHPAD et SSIAD à l'Université Paris Cité.

Dans le cadre de notre mémoire, nous effectuons une enquête sur "Les obstacles rencontrés en EHPAD lors de la mise en place de stratégies nutritionnelles dans la prévention de la dénutrition chez la personne âgée" encadré par notre directrice de mémoire Dr Martine LE NOC SOUDANI.

Notre objectif principal est d'identifier ces freins et mettre en œuvre des actions permettant de les lever ou les contourner afin d'améliorer cette prise en soins commune à nos diverses structures.

Ce questionnaire anonyme, de 10 à 15 minutes s'adresse principalement aux infirmières, infirmières coordinatrices ou référentes et aux médecins coordonnateurs qui sont les principaux concernés par cet enjeu.

Réponse souhaitée pour le 15 juillet.

Si vous le souhaitez, nous pouvons vous communiquer les résultats de l'enquête par mail. Nous vous remercions par avance pour votre implication qui permettra d'enrichir notre mémoire et permettra d'aboutir à une prise en soin optimale.

Paule-Millie Mawoua Djoubi, Darin Buranapreecha, Solène Martin Munoz, Amal Zahzouh, Zakia Colson, Elodie Destrac.

*** Indique une question obligatoire**

1 - Quelle est votre fonction au sein de l'Ehpad? *

- ☐ Médecin coordonnateur
- ☐ Infirmière coordinatrice / référente
- ☐ Infirmière
- ☐ Autre :

2 - Depuis combien de temps exercez- vous votre métier?*

- ☐ < 5 ans
- ☐ Entre 5 et 10 ans
- ☐ 10 ans

3 - Quel est le statut de l'Ehpad dans lequel vous exercez?*

- ☐ Public
- ☐ Privé à but lucratif
- ☐ Privé à but non lucratif (associatif)

4 - Connaissez-vous le nombre de résidents actuellement hébergés au sein de votre EHPAD?*

- ☐ < 50
- ☐ Entre 50 et 100
- ☐ 100

5 - Quel professionnel est actuellement référent nutrition au sein de votre Ehpad ?*

- ☐ Le médecin coordonnateur
- ☐ Le médecin prescripteur
- ☐ L'infirmière coordinatrice
- ☐ L'infirmière
- ☐ L'aide-soignante
- ☐ Il n'y a pas de référent nutrition
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre :

6 - A quel moment effectuez-vous le dépistage de la dénutrition auprès des résidents en général ?*

- ☐ A l'admission
- ☐ Dans la semaine suivant l'admission
- ☐ A 1 mois
- ☐ Autre
- ☐ Je ne sais pas

7- Quels outils utilisez-vous pour détecter une dénutrition chez les résidents? (3 choix possibles)*

- ☐ Evaluation clinique à l'entrée et anamnèse
- ☐ Pesée
- ☐ Bilan biologique
- ☐ Mesures anthropométriques
- ☐ Mini Nutritionnal Assessment
- ☐ Aucun
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre :

8 - Quelles sont les principales stratégies que vous mettez en place dans votre établissement chez un résident à risque de dénutrition ? (3 choix possibles)*

- ☐ Recueil des goûts du résident à l'admission
- ☐ Personnalisation des repas / Amélioration de la présentation
- ☐ Aménagement de l'environnement (emplacement, éclairage...)
- ☐ Enrichissement naturel des repas (beurre, fromage, crème fraîche...)
- ☐ Textures modifiées
- ☐ Mode d'alimentation (Manger-main / Picoré-savouré/fractionnement...)
- ☐ Collations
- ☐ Produits hyper protéinés
- ☐ Matériel adaptés au repas (couverts, tables ergonomiques...)
- ☐ Aucun
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre :

9 - Quel professionnel élabore les menus des résidents de l'Ehpad*

- ☐ Le cuisinier
- ☐ Le diététicien
- ☐ Le cuisinier en collaboration avec le diététicien
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre :

10 - Participez- vous aux commissions menus de l'Etablissement?*

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

11 - Quels sont les autres participants à la commission menus de l'EHPAD?*

- ☐ Résident
- ☐ Soignant
- ☐ Diététicien
- ☐ Cuisinier
- ☐ Autre
- ☐ Je ne sais pas

12 - Quel est le CRJ (coût de revient journalier par résident pour l'ensemble des repas) au sein de votre EHPAD?*

- ☐ <3 €
- ☐ Entre 3 € et 4 €
- ☐ >4 €
- ☐ Je ne sais pas

13 - L'apport protéinique recommandé chez une personne âgée est de 1,2g/kg/jour. Ce besoin augmente en cas de pathologie. Qui calcule habituellement les apports alimentaires pour les résidents de l'EHPAD?*

- ☐ Le médecin coordonnateur
- ☐ Le médecin prescripteur
- ☐ Le diététicien
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre

14 - Un calcul des apports protéiniques est-il effectué spécifiquement pour les résidents à risque de dénutrition ?*

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre :

15 - Selon vous, quels sont les principaux freins de l'EHPAD à la mise en place de stratégies nutritionnelles dans la prévention de la dénutrition ? (5 choix possibles maximum)*

- ☐ Organisationnel (manque de personnel, turn-over...)
- ☐ Budgetaires
- ☐ Techniques / Matériels
- ☐ Structurelles (locaux inadaptés...)
- ☐ Hiérarchique (Direction)
- ☐ Manque de formation du personnel soignant
- ☐ Personnel de cuisine peu formé
- ☐ Résident (culture, aversions alimentaires...)

- ☐ Il n'y a aucun frein
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre :

16 - Une formation sur la dénutrition et sa prévention est-elle organisée dans votre EHPAD?*

- ☐ Annuellement
- ☐ Semestriellement
- ☐ Jamais
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre :

17 - Avez-vous suivi une formation spécifique sur la dénutrition ?*

- ☐ 1an
- ☐ Entre 6 mois et 1mois
- ☐ < 1mois
- ☐ Jamais
- ☐ Autre :

18 - Mettez-vous en place des formations flash sur la dénutrition et sa prévention auprès du personnel soignant ?*

- ☐ Hebdomadaires
- ☐ Mensuelles
- ☐ Jamais
- ☐ Autre :

19 – Estimez-vous qu’une formation sur la dénutrition et sa prévention serait nécessaire dans la prise en soins des personnes à risque de dénutrition?*

- ☐ Annuellement
- ☐ Semestriellement
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre.

MERCI