



UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2025

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE
MENTION : PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISEES PREVENTION ET
POLYPATHOLOGIES COURANTES EN SOINS PRIMAIRES

LA DENUTRITION DU SUJET AGE EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Présenté et soutenu publiquement le 03/07/25 A Lille (département facultaire de
médecine Henri Warembourg)

Par Maxence CHRETIEN

JURY :

Président du jury : Professeur François PUISIEUX

Enseignante infirmière : Madame Hélène DEHAUT

Directeur de mémoire : Docteur Denis DELEPLANQUE

Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS

Remerciements

Je tiens à remercier le Dr Denis DELEPLANQUE, qui m'a accompagné tout au long de la rédaction de ce mémoire. Merci pour la qualité de nos échanges et votre disponibilité.

Je tiens à remercier également :

Madame VIS, infirmière de pratique avancée, ainsi que toute l'équipe de la Maison de Santé Mont-Soleil à Outreau, pour leur accueil chaleureux et leur encadrement bienveillant lors de mon stage de première année ;

Les services de diabétologie et de médecine interne polyvalente du Centre Hospitalier de Calais, pour leur accueil et la richesse de leurs enseignements durant mon stage de deuxième année ;

L'ensemble des professionnels ayant accepté de participer à cette étude, et sans qui ce travail de fin d'étude n'aurait pu être mené à bien ;

L'équipe pédagogique de la formation d'infirmier en pratique avancée, pour leur accompagnement tout au long de ces deux années et la qualité de leurs enseignements ;

Aux « Zuzures », mes camarades de promotion, avec qui j'ai partagé une belle amitié et de nombreux moments de complicité au cours de ces deux années ;

Merci à Aline Duvieubourg qui a réalisé la triangulation de mes résultats ;

À ma famille, mes amis et mes proches, pour leur soutien indéfectible et leur écoute précieuse. Merci pour vos encouragements et votre présence au quotidien ;

Et enfin, à Aurélie, ma compagne, qui a toujours été à mes côtés durant cette formation. Merci pour ta patience, ton soutien et ton amour.

Avertissement

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires : celles-ci sont propres à son auteur.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE

Avant-Propos

Introduction.....	1
I. La dénutrition.....	1
II. Spécificités de la personne âgée et de la population en établissement pour personne âgée dépendante.....	9
Conclusion.....	13
III. Question de recherche et Hypothèses.....	14
Méthodes.....	15
I. Type d'étude.....	15
II. Constitution de l'échantillon.....	16
III. Aspect éthique et réglementaire.....	17
IV. Recueil de données.....	17
Résultats et Analyse.....	19
I. Présentation de l'échantillon.....	19
II. Thèmes abordés.....	20
III. Analyse des données.....	21
Discussion.....	34
I. Réponse à la question de recherche, objectifs et hypothèses.....	34
II. Liens entre les données et la littérature.....	37
III. Forces et limites de l'étude.....	40
IV. Perspectives.....	42
Conclusion.....	47
Bibliographie	

GLOSSAIRE

- **HAS** : Haute autorité de santé
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **IMC**: Indice Masse Corporel
- **EHPAD** : Établissement d'hébergement Personne âgée à domicile
- **HAD** : Hospitalisation à domicile
- **EMSA** : Équipe Mobile Soins d'accompagnement
- **CRP** : Protein C-Reactive
- **CNO** : Compléments Nutritionnels Oraux
- **AS** : Aide-soignant(e)
- **IDE** : Infirmie(è)r(e) Diplômé(é)e d'État
- **IPA** : Infirmie(è)r(e) de Pratique Avancée
- **EWGSOP** : European Working Group on Sarcopenia in Older People
- **Kg** : Kilogrammes

Avant-Propos

Infirmier diplômé d'État depuis 2018, j'exerce au sein d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Dans le cadre de ce travail de fin d'étude, nous avons souhaité nous intéresser à la dénutrition des personnes âgées en institution, sujet auquel nous sommes confrontés régulièrement et avons la volonté d'améliorer nos pratiques.

La nutrition occupe une place centrale dans la prise en soin globale des personnes âgées. En 2021, lors de la Semaine nationale contre la dénutrition, le ministère des Solidarités et de la Santé (1), dans le cadre du Plan National Nutrition Santé, estimait qu'environ 400 000 seniors étaient concernés par la dénutrition. La prévalence varie selon le lieu de vie : elle est estimée entre 4 et 10 % chez les personnes vivant à domicile, contre 15 à 38 % en institution et jusqu'à 30 à 70 % en milieu hospitalier. Près de 40 % des hospitalisations des personnes âgées seraient directement liées aux conséquences de la dénutrition, ce qui souligne l'importance d'un repérage précoce et d'une prise en soin adaptée.

Une méta-analyse (2) regroupant 223 études menées dans 24 pays européens (2) met en évidence une prévalence du risque de dénutrition ou de dénutrition avérée à hauteur de 17,5 % chez les personnes âgées vivant en institution. La dénutrition expose en effet cette population à une cascade gériatrique (chutes, infections, perte d'autonomie, décès).

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2021 de nouvelles recommandations pour le diagnostic de la dénutrition (3). Toutefois, leur appropriation par les professionnels et leur mise en œuvre dans les pratiques nous interroge.

Ainsi, à travers ce travail, nous souhaitons analyser, par le biais d'une étude qualitative réalisée, comment sont intégrés ces nouvelles recommandations de critères diagnostic et les modalités de surveillance de l'état nutritionnel des habitants en EHPAD.

Cette recherche a pour objectif de répondre à la question suivante : Dans quelle mesure les critères de diagnostic de la dénutrition en EHPAD ont-ils évolué depuis la publication des recommandations de la HAS et comment ces évolutions sont-elles intégrées dans la pratique quotidienne des professionnels ?

Introduction

I. La dénutrition

a. Définition :

La HAS (4) définit la dénutrition comme « *la dénutrition représente l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel. Le déséquilibre nutritionnel est caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif.* » Cette définition montre que le déséquilibre nutritionnel est présent lorsque les dépenses énergétiques d'une personne sont supérieures à ses apports nutritionnels. Cela peut être lié à plusieurs facteurs dont la diminution des apports alimentaires, une augmentation des dépenses protéino-énergétiques ou une augmentation des pertes énergétiques. L'organisme ne dispose alors pas des nutriments nécessaires pour fonctionner correctement, ce qui entraîne des conséquences délétères.

La dénutrition constitue un facteur indépendant de morbidité et de mortalité. Une dénutrition modérée à sévère peut multiplier le risque d'infections nosocomiales, augmenter la probabilité de complications postopératoires et augmenter le risque d'anomalies cardiaques ou respiratoires. De plus, les patients dénutris présentent des durées d'hospitalisation de 40 à 50% plus longues (5).

Il existe deux grandes formes de dénutrition (4) :

- La dénutrition par carence d'apport dite « marasmique », elle correspond à une diminution des apports nutritionnels isolés. Elle s'exprime principalement par un amaigrissement et un IMC (indice de masse corporelle) faible. La dénutrition est dite exogène.
- L'autre forme est l'hyper catabolisme protéique, qui correspond à une augmentation de la dégradation des lipides, des protéines et des glucides. Sans l'augmentation des apports nutritionnels, cela induit une dénutrition dite endogène.

- Il existe une dénutrition mixte, c'est-à-dire qu'il y a à la fois une diminution des apports nutritionnels et une agression aiguë de l'organisme. Dans ce cas, la dénutrition est d'origine à la fois exogène et endogène.

b. Physiologie du vieillissement et nutrition.

Le vieillissement humain est défini selon l'OMS (6) comme : « *Le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès.* » Cependant, ce vieillissement est hétérogène et influencé par des facteurs tels que l'état de santé, le contexte psychologique, l'environnement et l'activité sociale.

Le vieillissement physiologique entraîne des modifications significatives qui influencent la nutrition et l'état nutritionnel des personnes âgées. Selon le Collège des enseignants de nutrition (7), l'IMC tend à augmenter avec l'âge pour atteindre environ 26 à 27 entre 70 et 80 ans. Chez le sujet âgé, un IMC inférieur à 22 est considéré comme insuffisant et reflète un risque de dénutrition.

La composition corporelle évolue également avec l'âge : la masse grasse augmente tandis que la masse musculaire diminue. Cette diminution de la masse musculaire, reste physiologique tant que la personne ne perd pas de poids. La sarcopénie est d'ailleurs reconnue comme l'un des critères de fragilité chez les personnes âgées.

Le vieillissement affecte également la régulation de l'appétit, ce qui peut nuire à l'équilibre pondéral en cas d'événements intercurrents.

Les personnes âgées sont ainsi exposées à des risques accumulés de perte de poids, de dénutrition ou de prise de poids dans certaines situations. En particulier, un épisode d'anorexie peut rapidement conduire à une dénutrition, fragilisant davantage leur état de santé.

Les besoins en protéines des personnes âgées sont plus élevés. Pour répondre à ces besoins, il est crucial d'augmenter leurs apports alimentaires, notamment en protéines, afin de prévenir la sarcopénie et de maintenir un état nutritionnel optimal.

Voyons plus en détails les causes de la dénutrition chez les personnes âgées.

c. Les causes de la dénutrition chez le sujet âgé :

Les causes de la dénutrition sont multiples et décrites par le collège des enseignants de nutrition (7). La HAS en 2007 (8) a établi les situations à risques de dénutrition chez la personne âgée voir tableau en annexe.

Jean-Claude Basdekis (9) explique que les causes de la dénutrition sont multiples et souvent intriquées, en particulier en établissement de santé. Il décrit que l'hyper catabolisme précipite la survenue d'un état de dénutrition chez le sujet âgé, surtout lorsque les apports alimentaires étaient insuffisants.

L'isolement social, fréquent chez la personne âgée, ou le décès d'un proche, entraîne une diminution de la convivialité des repas.

Le vieillissement sensoriel physiologique est lié à une élévation du seuil de perception des goûts, qui peut être aggravée par la prise de nombreux médicaments ou une mauvaise hygiène bucco-dentaire. La diminution de la vue et de l'odorat perturbe la préparation et la consommation des repas.

Un mauvais état bucco-dentaire entraîne une insuffisance masticatoire, nécessitant l'adaptation de l'alimentation par des changements de texture, la rendant moins appétissante, moins équilibrée et plus carencée.

Une diminution du drainage salivaire qui peut provoquer des mycoses, entraînant des sensations de brûlure lors de la déglutition.

Les troubles de la déglutition altèrent la capacité des personnes à se nourrir, ce qui cause des pneumopathies d'inhalation ou même des obstructions des voies aériennes.

La sarcopénie associée à l'âge entraîne une diminution des capacités physiques, une réduction du périmètre de marche et la capacité à s'alimenter seul.

Les régimes diététiques maintenus sur de trop longues durées peuvent diminuer l'appétit. L'hospitalisation et l'institutionnalisation peuvent également être des sources de dénutrition, les repas étant souvent différents de ceux pris au domicile.

Après avoir relevé les différentes causes et facteurs de risques de la dénutrition chez la personne âgée, voyons comment se réalise le diagnostic et la surveillance de la dénutrition.

d. Diagnostic de la dénutrition :

La HAS a effectué une réévaluation des critères diagnostics de la dénutrition en 2021. Il existe une évolution dans ses critères que nous allons voir. Il nécessite d'avoir au moins un des critères phénotypiques et un des critères étiologiques.

Voici les critères de la HAS en 2021 (3) :

Les critères phénotypiques :

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou perte $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
- IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$
- Sarcopénie confirmée :

On peut utiliser la formule de Chumlea (11) si la mesure de la taille n'est pas réalisable pour calculer l'IMC.

La sarcopénie chez la personne âgée de plus de 70ans, se définit comme la réduction quantifiée de la fonction musculaire et/ou de la masse musculaire. Les critères proposés sont ceux de l'EWGSOP 2 (European Working Group on Sarcopenia in Older People 2) de 2019 (10). Cela reprend le test de lever de chaise et la force de préhension par le Hand-grip test. La mesure de la masse musculaire se font à l'aide d'outils comme la DEXA et l'impédancemétrie par imagerie médicale.

Les critères étiologiques sont :

- Réduction de la prise alimentaire inférieure à 50 % pendant plus d'une semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de deux semaines par rapport : à la consommation alimentaire habituelle, ou aux besoins protéino-énergétiques ;
- Absorption réduite (malabsorption/maldigestion)

- Situation pathologique (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë, ou pathologie chronique ou pathologie maligne évolutive

A noter que si le critère étiologique disparaît, tant qu'il persiste le critère phénotypique, le diagnostic de dénutrition est maintenu.

Une fois que le diagnostic de dénutrition est établi, des critères de sévérité sont à prendre en compte.

Les critères de dénutrition sévère sont les suivants (1 seul critère suffit) :

- Perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois, ou $\geq 15\%$ en 6 mois, ; ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
- IMC $< 20 \text{ kg/m}^2$
- Albuminémie $\leq 30 \text{ g/L}$

A noter que la différence principale avec le diagnostic de dénutrition chez l'adulte est le seuil de l'IMC. Cela vaut également pour le critère de sévérité.

Pour les habitants pour qui relever le poids est difficile, National Collaborating Centre for Acute Care de Londres (12), propose une mesure de la circonférence brachiale, une différence d'environ un centimètre montre une perte ou un gain de deux kilogrammes environ.

Ces nouvelles recommandations diffèrent avec les anciennes recommandations de la HAS de 2007. Auparavant l'IMC était considéré comme insuffisant s'il était inférieur à 21. L'albuminémie inférieure à 35 g/l était un critère de dénutrition mais elle devait tenir compte de l'état inflammatoire de la personne. Le score Mini Nutritional Assessment (MNA)(13) (annexe) qui est un outil spécifique au dépistage de la dénutrition chez la personne âgée n'est plus recommandé pour effectuer le diagnostic de dénutrition.

Pour réaliser le diagnostic de dénutrition, une surveillance régulière de l'état nutritionnel doit être effectuée. La SNFCM (14) et la HAS (4) précisent que la fréquence de la surveillance de l'état nutritionnel varie en fonction de la présence d'un état de dénutrition ou non.

La surveillance de l'état nutritionnel en situation normale doit s'effectuer en EHPAD à l'entrée, une fois par mois. Lors d'événements aigus (infection, diminution des ingestas, etc.), l'état nutritionnel des personnes âgées doit être évalué au moins une fois par semaine.

Quelle que soit leur situation nutritionnelle, cette surveillance repose sur plusieurs éléments clés : la mesure mensuelle du poids, le calcul de l'IMC, l'évaluation de l'appétit, l'analyse de la consommation alimentaire, ainsi que l'évaluation de la force musculaire. La surveillance nutritionnelle implique une collaboration entre les proches ainsi que l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en soins.

Illustration des outils destinés aux professionnels de la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme sur les recommandations de diagnostics de la dénutrition en annexe.

Voyons maintenant quelles sont les conséquences de la dénutrition chez la personne âgée.

e. Conséquences de la dénutrition

La dénutrition peut être à l'origine de complications, Le Collège des enseignants en nutrition (7) détaille les conséquences de la dénutrition telle qu'une augmentation significative du risque de mortalité, ainsi que de nombreuses autres complications. Une augmentation du risque infectieux. Divers troubles tels que l'apathie, des troubles de la mémoire et une perte de l'élan vital.

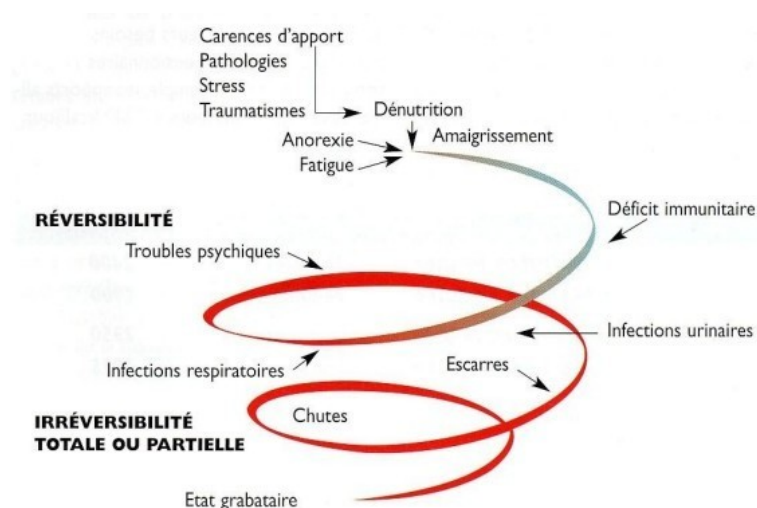
La sarcopénie entraîne des troubles de la marche et des chutes. Elle augmente le risque de fractures et d'escarres. Le risque de dépendance est accru et nuit considérablement à la qualité de vie des habitants, en détériorant leur état général.

Elle augmente aussi le risque iatrogène, en effet la métabolisation des thérapeutiques pourra être modifiée et ainsi entraîné des effets indésirables

La dénutrition aggrave les pathologies chroniques, par exemple au niveau cardiaque, la dénutrition diminue la force de contractilité et peut aggraver une insuffisance cardiaque.

Nous avons également vu que les habitants sont une population fragile et à risque de développer une cascade gériatrique générée par la dénutrition. Voici un exemple de cascade gériatrique élaborée par M. Ferry (15).

Cascade gériatrique illustrée par M. Ferry



A présent, nous allons aborder les modalités thérapeutiques pour lutter contre la dénutrition.

f. Traitement de la dénutrition :

La prévention de la dénutrition, selon M. Ferry (15), repose sur une bonne hygiène bucco-dentaire, favoriser une alimentation équilibrée, variée et suffisante, ainsi que d'assurer que le repas soit un moment de plaisir. Il est également important de favoriser une activité physique adaptée.

Pour prendre en charge la dénutrition de manière appropriée, il faut réaliser une évaluation clinique globale qui permet d'identifier les causes de la dénutrition. Si certaines causes, comme une pathologie chronique terminale, ne peuvent être traitées, l'objectif devient d'améliorer le confort, le plaisir et l'aspect relationnel des repas.

Une aide technique et/ou humaine devrait être mise en place pour accompagner la prise des repas en fonction des besoins spécifiques du patient, tout en offrant un environnement agréable pendant les repas.

Le collège des enseignants de nutrition (7) détaille les différentes possibilités thérapeutiques. Premièrement si les ingestas sont insuffisants par rapport aux besoins de la personne et/ou qu'elle souffre de dénutrition sans critères de sévérités. Il existe plusieurs solutions adaptées :

- En cas de troubles de la déglutition ou bucco-dentaire, modifier la texture des aliments et des boissons est possible.
- Essayer de favoriser les aliments que la personne préfère.
- Enrichir les repas avec des matières grasses, des protéines et des glucides, préféré débuter les repas par ces aliments.
- Le fractionnement de l'alimentation, en y ajoutant des collations entre chaque repas.
- Les compléments nutritionnels oraux (CNO) (7) « *Les CNO sont des mélanges nutritifs complets...Ils n'ont pas vocation à se substituer aux repas mais à les compléter.* ». Il existe une grande variété de CNO (jus, yaourt, etc.). Il est important de trouver celui qui convient le mieux à l'habitant et de varier les formes et les goûts pour éviter un dégoût du produit. La limite recommandée est de deux CNO par jour, avec une préférence pour la prise d'un CNO après le repas du soir. Cela permet de réduire le temps de jeûne nocturne en institution et d'éviter de diminuer les ingestas des repas.

Si la personne continue de perdre du poids ou si son état nutritionnel montre une dénutrition sévère et que les ingestas insuffisantes restent, il est possible d'utiliser une nutrition entérale. Celle-ci est généralement réalisée par une sonde naso-gastrique ou une stomie. La nutrition entérale permet de compléter une alimentation orale insuffisante ou, si la personne ne peut s'alimenter par voie orale, d'assurer l'ensemble des besoins protéino-énergétiques. L'avantage de ce traitement est qu'il permet d'éviter l'atrophie de la muqueuse digestive et de préserver la paroi du tube digestif.

Puis, il existe une nutrition dite parentérale. Cette solution doit être envisagée lorsque le tube digestif ne peut pas remplir sa fonction ou en cas d'échec de la nutrition entérale.

C. Bouteloup et R. Thibault (16) ont réalisé un arbre décisionnel du soin nutritionnel, repris également par la SNFCM. Voir en annexe.

II. Spécificités de la personne âgée et de la population en établissement pour personne âgée dépendante

a. Démographie des personnes âgées en institution :

Nous souhaitons aborder la démographie et les spécificités des habitants. Une étude (17) réalisée dans quatre départements français indique que 56% des personnes âgées en EHPAD sont à risque de dénutrition et que 13% d'entre elles en souffrent. Cette étude met également en évidence une corrélation entre le niveau de dépendance et le risque de dénutrition. Elle compare, par exemple, le risque de dénutrition chez les personnes âgées vivant à domicile avec ou sans aides (comme les repas à domicile). Les résultats montrent que le risque de dénutrition est plus élevé chez les personnes bénéficiant d'une aide à domicile.

Nous voulons observer la proportion des personnes âgées dépendantes au sein des institutions et leur dépendance liée à l'alimentation.

Tableau 1 - Nombre de résidents présents au 31 décembre 2019 selon la catégorie d'établissement, et évolution depuis 2015

Catégorie d'établissement et statut juridique	Nombre de résidents au 31/12/2019	dont Nombre de résidents en hébergement permanent	Nombre de résidents au 31/12/2015	Évolution du nombre de personnes accueillies entre 2015 et 2019 (en %)	Évolution du nombre de places entre 2015 et 2019 (en %)
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)	594 700	569 200	585 500	1,6	1,7
Ehpad privés à but lucratif	129 700	125 500	125 600	3,3	3,9
Ehpad privés à but non lucratif	174 900	165 800	169 000	3,5	3,2
Ehpad publics	290 100	277 900	290 900	-0,3	-0,2
<i>Ehpad publics hospitaliers</i>	<i>126 200</i>	<i>120 700</i>	<i>127 100</i>	<i>-0,7</i>	<i>0,2</i>
<i>Ehpad publics non hospitaliers</i>	<i>163 900</i>	<i>157 200</i>	<i>163 800</i>	<i>0,1</i>	<i>-0,5</i>
Unités de soins de longue durée¹	29 800	29 500	32 800	-9,1	-8,0
EHPA (non Ehpad)	5 900	5 800	7 700	-23,4	-24,1
Maisons de retraite privées à but lucratif	800	800	1 100	-27,3	-42,9
Maisons de retraite privées à but non lucratif	3 700	3 500	4 800	-22,9	-25,3
Maisons de retraite publiques	700	900	1 800	-61,1	-34,4
Établissements expérimentaux pour personnes âgées ²	700	600			
Ensemble des Ehpad, USLD et EHPA	630 400	604 500	626 000	0,7	< 0,1
Résidences autonomes³	99 600	99 000	101 900	-2,3	4,5
Résidences autonomes privées à but lucratif	3 800	3 700	3 800	0,0	5,3
Résidences autonomes privées à but non lucratif	27 600	27 400	27 400	0,7	7,6
Résidences autonomes publiques	68 200	67 900	70 700	-3,5	3,2
Ensemble des établissements	730 000	703 500	727 900	0,3	1,4

1. Établissements de soins de longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.

2. Les établissements expérimentaux étaient répartis dans les différentes catégories de maisons de retraite en 2015 de par leur faible nombre.

3. Les logements-foyers sont devenus, à partir du 1^{er} janvier 2016, des résidences autonomie.

Lecture > Au 31 décembre 2019, 594 700 personnes âgées sont hébergées en Ehpad ou le fréquentent.

Champ > France, établissements d'hébergement pour personnes âgées tous types d'accueil confondus (hébergement permanent, hébergement temporaire, accueil de jour et accueil de nuit), hors centres d'accueil de jour.

Source > DREES, enquête EHPA 2019.

La DREES (18) a réalisé une enquête en 2019. Ce tableau nous montre que 730 000 personnes âgées vivent en institution en 2019. Dont 594 700 en EHPAD. Voyons à présent les caractéristiques de cette population.

Nous pouvons observer sur ce tableau que la moitié des habitants ont plus de 85 ans et près de 15% ont 95 ans ou plus. Cela signifie que la population en EHPAD est âgée, à risque de fragilité et de dépendance.

b. Autonomie et dépendance des personnes âgées en institution

Tableau complémentaire F bis - Répartition des résidents par GIR selon leur tranche d'âge, en Ehpad															En %
Tranche d'âges	GIR des résidents au 31/12/2019							GIR des résidents au 31/12/2015							
	1	2	3	4	5	6	Total	1	2	3	4	5	6	Total	
Moins de 70 ans	9,7	33,5	20,6	25,7	6,7	3,8	100,0	10,5	31,1	19,0	25,9	8,2	5,3	100,0	
De 70 à 79 ans	14,0	38,5	19,7	20,5	4,6	2,7	100,0	14,6	36,9	17,9	20,9	5,8	3,9	100,0	
De 80 à 89 ans	16,3	39,0	18,2	19,8	4,3	2,4	100,0	17,3	37,3	16,9	19,8	5,2	3,5	100,0	
90 ans ou plus	18,2	37,8	18,4	19,7	4,0	1,9	100,0	20,0	36,5	16,8	19,1	4,8	2,8	100,0	
Total	16,4	38,1	18,6	20,2	4,4	2,3	100,0	17,6	36,6	17,1	20,0	5,3	3,4	100,0	

Note • Calcul réalisé sur les répondants uniquement (variable âge + GIR).

Lecture • Au 31 décembre 2019, 5,9 % des résidents en Ehpad âgés de 90 ans et plus étaient en GIR 5 et 6, contre 7,6 % en 2015.

Champ • France, Ehpad tous types d'accueil confondus (hébergement permanent, hébergement temporaire, accueil de jour et accueil de nuit).

Source • DREES, enquêtes EHPA 2019 et 2015.

Sur ce tableau nous pouvons voir le GIR des habitants. La définition du GIR (19) est « À chaque GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. ».

Un GIR correspondant à 1 fait état d'un haut niveau de dépendance contrairement à un GIR 6. Le GIR s'évalue avec la grille AGGIR (19), les variables notées A, B ou C correspondent :

- A : La personne fait seule, totalement, habituellement et correctement.
- B : La personne fait partiellement ou non habituellement ou non correctement.
- C : La personne ne le fait pas.

NB : Le terme « habituellement » fait référence à la temporalité, « correctement » est la référence à l'environnement conforme aux usages et le « seule » suppose que la personne n'a besoin d'aucune aide d'un tiers.

D'après le tableau, en 2019 plus de 50% des habitants en EHPAD avaient un GIR entre 1 et 2. Ce qui signifie que près de 1 habitant sur 2 avait besoin d'aide pour les repas. Voyons plus précisément le niveau d'autonomie des habitants pour leur alimentation.

Tableau 13. Répartition des résidents au 31/12/2019 en EHPAD selon le groupe d'âges et le niveau de perte d'autonomie selon le type d'activité
La question n'était posée que pour les résidents dont le GIR valait de 1 à 4.

Âge des résidents	Alimentation					ENSEMBLE
	A *	B *	C *	Total répondants	Non renseigné	
Moins de 65 ans	2 531	4 501	2 521	9 553	4 888	14 441
De 65 à moins de 70 ans	3 914	6 912	3 897	14 723	6 229	20 952
De 70 à moins de 75 ans	5 646	10 345	6 943	22 934	9 041	31 975
De 75 à moins de 80 ans	6 924	13 209	10 075	30 208	11 337	41 545
De 80 à moins de 85 ans	14 850	27 083	20 763	62 696	23 631	86 327
De 85 à moins de 90 ans	26 811	49 416	35 855	112 082	41 152	153 234
De 90 à moins de 95 ans	28 101	51 993	37 095	117 189	41 483	158 672
95 ans et plus	13 576	29 598	23 249	66 423	21 099	87 522
ENSEMBLE	102 353	193 057	140 398	435 808	158 860	594 668

Champ: Établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour, France métropolitaine + DROM (hors Mayotte) ; ensemble des résidents en EHPAD.
Source: DREES, Enquête EHPA 2019.

Ces statistiques montrent que la majorité des habitants sont en catégorie B et ensuite C, cela signifie que les habitants en EHPAD ont besoins de l'aide d'un tiers intervenant pour leur alimentation. Ce qui les expose à un plus haut risque de dénutrition.

Voici un tableau montrant le GIR et la cotation de l'item de l'alimentation.

Tableau. Répartition des résidents au 31/12/2019, selon le GIR et le niveau de perte d'autonomie selon le type d'activité

GIR *	Alimentation					ENSEMBLE
	A *	B *	C *	Total répondants	Non renseigné	
1	920	13 244	65 244	79 408	16 047	95 455
2	19 536	90 545	67 536	177 617	43 900	221 517
3	28 753	51 038	5 981	85 772	22 412	108 184
4	52 871	38 032	1 528	92 431	24 759	117 190
5	0	0	0	0	25 353	25 353
6	0	0	0	0	13 337	13 337
Total répondants	102 080	192 859	140 289	435 228	145 808	581 036
Non renseigné	273	198	109	580	13 052	13 632
ENSEMBLE	102 353	193 057	140 398	435 808	158 860	594 668

Note: les réponses codées "Ne sait pas / GIR non évalué" sont comptabilisées dans "Non renseigné"

Champ: Établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour, France métropolitaine + DROM (hors Mayotte) ; ensemble des résidents en EHPAD.
Source: DREES, Enquête EHPA 2019.

Ce tableau illustre la perte d'autonomie et la capacité à s'alimenter, une minorité de personne GIR 1 sont classées A et la majorité en C. De même pour le GIR 2 où la tendance est plutôt en B. Ceci montre que la perte d'autonomie affecte la capacité à s'alimenter seul.

Nous pouvons aussi comparer avec les personnes GIR 4, il existe une minorité classée C pour l'alimentation.

En 2011, le DRESS a réalisé une enquête démontrant que la gravité et le nombre de pathologies augmentent avec le niveau de dépendance en EHPAD. Les habitants classés en GIR 1 ou 2 comptent en moyenne 8,6 pathologies, contre 5,7 pour ceux en GIR 5 ou 6. Les pathologies chroniques non stabilisées concernent 40 % des plus dépendants, contre 27 % des moins dépendants. Par ailleurs, 26 % des habitants en GIR 1 et 37 % en GIR 2 présentent une pathologie aiguë, contre seulement 10 % des habitants en GIR 5 ou 6. Enfin, un habitant sur cinq a consulté les urgences en 2011, souvent sans programmation préalable.

La présentation de la spécificité des personnes âgées en EHPAD relevée montre que les habitants sont majoritairement une population dite « fragile », cela correspond à la définition donnée par la Société Française de Gériatrie et Gériatrie (SFGG) (20) comme suit : « *La fragilité se définit par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux...* »

Conclusion

Cette introduction nous a permis de faire émerger plusieurs points.

La dénutrition chez la personne âgée est fréquente et entraîne de nombreuses conséquences. Ses causes sont multifactorielles et souvent intriquées : le vieillissement physiologique altère la régulation de l'appétit, et des facteurs tels que l'isolement social, les comorbidités, les affections intercurrentes ou la dépendance augmentent le risque de dénutrition.

Les critères diagnostics ont évolué en 2021 : l'albuminémie n'est plus retenue comme critère principal (mais reste un indicateur de sévérité) et la sarcopénie a été intégrée. Ces changements soulignent la nécessité d'une surveillance régulière et adaptée à chaque habitant.

Nous avons également constaté que la population en EHPAD apparaît majoritairement « fragile » voire « dépendante ». Cette spécificité démographique prédispose à une cascade gériatrique liée à la dénutrition. Le fait que de nombreux habitants soient dépendants pour leur alimentation renforce l'importance d'un suivi nutritionnel étroit et d'une prise en soin coordonnée, où la collaboration entre tous les professionnels de santé est essentielle.

En somme, cette introduction souligne l'importance d'anticiper et de dépister la dénutrition dès ses premiers signes. À partir de ces constats, notre étude se propose désormais d'explorer comment ces nouvelles recommandations se traduisent concrètement dans les pratiques des établissements.

III. Question de recherche et Hypothèses

Ces éléments relevés, nous ont amenés à formuler une question de recherche : Dans quelle mesure les critères diagnostics de la dénutrition en EHPAD ont-ils évolué depuis la publication des recommandations de la HAS, et comment ces évolutions sont-elles intégrées dans la pratique quotidienne des professionnels ?

Le repérage de la dénutrition précocement pourrait éviter la cascade gériatrique.

L'objectif principal de cette étude est : Apprécier les modalités de surveillance de l'état nutritionnel des habitants en EHPAD lors d'épisodes de pathologies intercurrentes.

Les objectifs secondaires sont :

- Appréhender les freins et les leviers rencontrés par les professionnels en EHPAD
- Identifier les situations à risque les plus fréquemment rencontrées
- Comprendre comment s'organise la surveillance

L'hypothèse est : La surveillance de l'état nutritionnel n'est pas rapprochée systématiquement en cas d'évènement aigu

Plusieurs hypothèses sont formulées :

- ◆ La collaboration entre professionnel est primordiale pour l'évaluation de l'état nutritionnel des habitants
- ◆ La nutrition des habitants est un élément majeur de la prise en soin
- ◆ Les professionnels sont fréquemment confrontés à la dénutrition chez les habitants

Pour répondre à ces questions de recherches et confirmer ces hypothèses, nous avons choisi de réaliser une étude quantitative, nous allons détailler la méthodologie de recueil des données dans la prochaine partie.

Méthodes

I. Type d'étude

Cette étude qualitative multicentrique a pour méthodologie l'analyse thématique.

L'objectif principal est d'observer les pratiques de chaque profession soignante qui intervient auprès de l'habitant et qui joue un rôle dans la nutrition. Cela vise à comprendre comment s'opère le diagnostic de la dénutrition.

Le choix de l'utilisation de l'analyse thématique dans ce travail est utilisé car elle permet d'explorer en profondeur les pratiques professionnelles, les représentations, les facilités et difficultés rencontrées par les professionnelles. Nous trouvons cette approche pertinente pour comprendre les dynamiques collaboratives et identifier les freins et leviers à une détection précoce. Nous pourrions également grâce à cette analyse thématique faire le lien avec les revues de littératures et recommandations avec les pratiques professionnelles.

Interrogeant des professions différentes l'analyse thématique permet une certaine flexibilité et s'adapter à l'hétérogénéité des discours recueillis. Cette méthode favorise également l'exploration de nouvelle thématique émergentes en liens avec le soin nutritionnel.

Le choix de cette approche permettrait de dégager les enjeux et les leviers d'amélioration au diagnostic de la dénutrition en EHPAD.

II. Constitution de l'échantillon

a. Méthode de recrutement

Le recrutement s'est effectué en février 2025, par e-mail aux établissements avec un premier contact par téléphone.

b. Population ciblée

L'échantillon se compose de plusieurs professionnels de santé exerçant au sein de trois EHPAD différents à savoir un aide-soignant, un infirmier, un infirmier coordinateur et un médecin coordinateur. Douze personnes ont participé, permettant une suffisance des données.

La décision de mener cette recherche dans trois établissements différents repose sur l'objectif d'analyser les similitudes et les divergences de pratiques au sein de diverses structures. L'hétérogénéité des profils des établissements permet d'obtenir une vision complète et variée de la prise en charge nutritionnelle des habitants. Cette diversité de pratiques reflète les différents niveaux d'application des recommandations relatives à la surveillance et au diagnostic de la dénutrition, dans lesquelles les professionnels sont impliqués.

c. Critères d'inclusions

- X Être un professionnel de santé
- X Exercer au sein d'un EHPAD depuis 1 an, dans les Hauts de France
- X Avoir une expérience professionnelle en santé supérieure à 1 an

d. Critères d'exclusion

- X Refus de participation à l'étude
- X Refus de l'enregistrement de l'entretien

III. Aspect éthique et réglementaire

Avant de réaliser la demande d'entretiens auprès des établissements, ce travail de recherche a fait l'objet d'une validation par les délégués à la protection des données (DPO) de l'université de Lille, garantissant une conformité à la loi informatique et libertés, confirmé par Madame GUEMRA.

Une lettre d'information (voir annexe) est transmise à chaque professionnels interrogés, leur permettant de prendre connaissance des modalités de recherche, leurs droits de regard sur les données les concernant et de rétractation à cette étude.

Avant chaque entretien, le consentement oral et écrit est demandé pour pouvoir enregistrer et utiliser les données à des fins de recherches. Aucun refus n'a été relevé.

Les enregistrements audios sont anonymes et supprimés après la soutenance orale.

IV. Recueil de données

Les données ont été recueilli par des entretiens semi-directifs, individuels et en présentiel auprès des professionnels.

Un guide d'entretien (voir annexe) a été élaboré afin qu'ils répondent au mieux à la problématique recherchée. Il est composé de question dites « brise-glace » et de questions ouvertes. Des questions de relances étaient incluses dans l'entretien afin de faciliter la fluidité de l'échange.

Un premier entretien test a été réalisé avec un médecin généraliste, ce qui a amené à la modification de certaines questions pour en faciliter la compréhension. Cet entretien ayant pour but de tester le premier jet du guide d'entretien, n'apparaît pas de ce travail de recherche. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone numérique et anonymisé.

Les entretiens ont été réalisé au sein même des établissements, dans un bureau. Pendant l'entretien, l'investigateur utilise un cahier avec des notes afin de favoriser l'écoute et la prise de note sur les données recueillies permettant plus facilement, de demander une précision sur un thème abordé.

Le nom des participants a été remplacé par un code, correspondant à la profession et l'ordre chronologique de la réalisation de l'entretien. Aide-soignant = AS ; Infirmier = IDE ; Infirmier coordinateur = IDEC ; Médecin coordinateur = MEDCO.

La grille COREQ (21) a été utilisé pour élaborer la méthodologie de cette étude (annexe).

Il est possible de consulter l'ensemble des retranscriptions des entretiens, grâce à ce QR code ou de ce lien en fonction de votre préférence. Nous avons utilisé l'outil Nextcloud mis à disposition par l'université.

<https://nextcloud.univ-lille.fr/index.php/s/W6FNBLKTQ2C98qY>



Résultats et Analyse

I. Présentation de l'échantillon

L'échantillon se compose de douze professionnels de santé exerçant EHPAD depuis au moins un an. Plus précisément, une aide-soignante, une infirmière, une infirmière coordinatrice et un médecin coordinateur dans trois EHPAD différents ont participé à cette étude. Le détail de ces participants est développé dans le tableau ci-dessous.

ID participant	Fonction	Lieu exercice	Année d'exercice sein l'EHPAD au de	Durée d'entretien
AS 1	Aide-soignante	EHPAD 1	4 ans	22,08 minutes
AS 2	Aide-soignante	EHPAD 2	8 ans	15,56 minutes
AS 3	Aide-soignante	EHPAD 3	20 ans	34,38 minutes
IDE 1	Infirmière	EHPAD 1	14 ans	16,55 minutes
IDE 2	Infirmière	EHPAD 2	3 ans	28,27minutes
IDE 3	Infirmière	EHPAD 3	supérieurs de 10 ans	16 minutes
IDEC 1	Infirmière coordinatrice	EHPAD 1	1 an et demi	27 minutes
IDEC 2	Infirmière coordinatrice	EHPAD 2	Supérieure à 10 ans	21,57 minutes
IDEC 3	Infirmière coordinatrice	EHPAD 3	2 ans	30 minutes
MC 1	Médecin coordinateur	EHPAD 1	12 ans	16,58minutes
MC 2	Médecin coordinateur	EHPAD 2	Supérieures à 10 ans	15,35 minutes
MC 3	Médecin coordinatrice	EHPAD 3	1 an	27,14 minutes

II. Thèmes abordés

Après le codage des douze entretiens, nous avons pu dégager 5 thèmes :

- Enjeux de la nutrition
- Situations à risque de dénutrition
- Critères diagnostics
- Méthode de surveillance
- Traitement et prévention de la

dénutrition Pour rappel, la question de recherche est :

Dans quelle mesure les critères diagnostics de la dénutrition en EHPAD ont-ils évolué depuis la publication des recommandations de la HAS, et comment ces évolutions sont-elles intégrées dans la pratique quotidienne des professionnels ?

L'objectif est : Apprécier les modalités de surveillance de l'état nutritionnel des habitants en EHPAD lors d'épisodes de pathologies intercurrentes.

Les objectifs secondaires sont :

- Appréhender les freins et les leviers rencontrés par les professionnels en EHPAD
- Identifier les situations à risque les plus fréquemment rencontrées
- Comprendre comment s'organise la surveillance

L'hypothèse est : La surveillance de l'état nutritionnel n'est pas rapprochée systématiquement en cas d'évènement aigu

Plusieurs hypothèses sont formulées :

- ◆ La collaboration entre professionnels est primordiale pour l'évaluation de l'état nutritionnel des habitants
- ◆ La nutrition des habitants est un élément majeur de la prise en soin
- ◆ Les professionnels sont fréquemment confrontés à la dénutrition chez les habitants

III. Analyse des données

a. Les enjeux de la nutrition

Lors des entretiens, les professionnels ont été interrogés sur les enjeux liés à la nutrition des habitants. Trois sous-thèmes ont émergé.

• Fréquence

Les professionnels s'accordent à dire qu'ils sont régulièrement confrontés à la dénutrition, bien que cette notion de fréquence reste subjective et varie selon les perceptions individuelles.

« Alors, on va dire régulièrement. Ce n'est pas hyper fréquent. » (MC 2)

« Oui, tous les jours. » (IDE 2)

Ces propos mettent en évidence que la perception de la fréquence peut différer en fonction de la profession exercée ou le rôle du professionnel au sein d'un même établissement.

• Conséquences

Tous les professionnels interrogés, quels que soient leur établissement ou leur fonction, ont conscience des conséquences de la dénutrition. Ils identifient des risques directs sur l'état de santé général, la cicatrisation, ou encore le risque infectieux :

« Les enjeux... La santé déjà, ça peut être au niveau des plaies, de la cicatrisation, même de l'état de santé global. » (IDE 1)

« C'est maintenir un état... un état général, en bonne santé. » (IDEC 2)

Ces verbatim montrent que la nutrition est considérée comme un élément central de la prise en soin.

• Activité

Un troisième point dans les entretiens notamment dans l'EHPAD 3, concerne la place du repas dans la journée des habitants.

Pour beaucoup, le repas et notamment le petit-déjeuner constitue un moment essentiel :

« Je dirais qu'on se rend compte que chez la plupart des personnes, c'est le repas qui est le plus important... Surtout celui du matin. » (AS 3)

Le repas n'est donc pas uniquement perçu comme une nécessité physiologique mais aussi comme un moment de plaisir, de repère temporel voire de réconfort, ce qui renforce l'importance d'une alimentation de qualité.

Ce premier thème permet de confirmer l'hypothèse : La nutrition des habitants constitue un élément majeur de la prise en soin. Les professionnels ont connaissance des enjeux nutritionnels et des conséquences de la dénutrition sur la santé.

Les données recueillies ne permettent pas de valider totalement l'hypothèse : Les professionnels sont fréquemment confrontés à la dénutrition.

La variabilité des discours laisse entendre que la fréquence perçue dépend fortement du rôle et de la sensibilité de chacun. Une hypothèse complémentaire pourrait être formulée : Les problématiques liées à la nutrition sont fréquemment rencontrées en EHPAD, englobant ainsi non seulement la dénutrition avérée, mais aussi les situations à risque.

Ce sont justement ces situations à risque qui feront l'objet du thème suivant.

b. Situations à risque de dénutrition

Les entretiens ont permis d'identifier des situations à risque de dénutrition, regroupées ici en trois sous-thèmes.

• La personne âgée

Les professionnels interrogés soulignent que les caractéristiques propres au vieillissement constituent en elles-mêmes un facteur de risque. La diminution de l'appétit, de l'activité :

« Et puis après, plus on vieillit, moins on a envie de manger de viande et de choses comme ça aussi, donc... » (IDE 3)

« Les personnes ont moins d'appétit, moins d'activité, moins d'envie aussi. » (IDEC 1)

La perte d'autonomie est également identifiée comme un facteur aggravant de la dénutrition :

*« Mais c'est quand même le cas plus fréquent chez les gens qui sont très grabataires. »
(MC 2)*

Par ailleurs, le mauvais état bucco-dentaire est cité conduisant à des adaptations de texture.

« L'état bucco-dentaire, s'il manque des dents ou un truc comme ça. Pour manger, ce n'est pas évident, donc c'est mixé. » (IDEC 2)

• Pathologies

Les pathologies, tant aiguës que chroniques, sont omniprésentes dans les facteurs déclenchants ou aggravants de la dénutrition. Les troubles cognitifs représentent un facteur de risque de dénutrition :

« Elles peuvent oublier qu'elles n'ont pas mangé ou qu'elles ont mangé. » (AS 1)

L'état psychique et le moral des habitants sont également déterminants dans l'alimentation des habitants. Une baisse de moral peut entraîner une baisse de l'appétit :

« Il faut surtout être vigilant avec l'état dépressif. » (MC 1)

Les troubles de la déglutition associés à des changements de texture pour éviter les fausses routes sont également rapportés. Ce changement de texture ne plaît parfois pas aux habitants qui induits une baisse des ingestas :

« Et il y en a qui ont des problèmes de déglutition et du coup, ils n'ont plus faim. » (MC 2)

Enfin, la polypathologie, les pathologies neurodégénératives ou les affections oncologiques sont mentionnées comme contextes favorisant la dénutrition :

« La polypathologie, ça peut amener vers la dénutrition aussi. » (IDE 3)

• Institutionnalisation

L'entrée en EHPAD est elle-même décrite comme une période de vulnérabilité. Le changement d'environnement et de repères alimentaires jouent un rôle important :

« On change complètement leur alimentation, leur façon de se nourrir. » (MC 1)

Cette entrée en institution peut s'accompagner d'une baisse de moral :

« Ils ne supportent pas le placement... Ils ne veulent plus trop s'alimenter. » (AS 2)

Dans l'EHPAD 2, les professionnels rapportent une difficulté liée à l'absence de diététicienne, ce qui limite la diversité des repas. Travaillant actuellement sur l'équilibre des plats avec l'ajout de légumes notamment, des carences liées à cela ont été rapportées :

« Pour l'instant, je me bats, c'est qu'il n'y a pas assez de variété au niveau des légumes. » (IDE 2)

« Les résidents préparent les menus, et le cuisinier réajuste pour que ce soit un peu équilibré. » (IDEC 2)

Un dernier élément rapporté est que certains habitants ne mangent pas si la présentation des plats ne leur convient pas, spécifiquement si la communication est difficile ou si l'habitant a une texture modifiée. Par exemple une explication donnée est que s'il n'y a qu'une seule couleur dans l'assiette, ou si l'habitant estime qu'il y en a trop dans l'assiette, il ne mange pas.

« S'il n'y a qu'une couleur dans son assiette, il ne mange pas. » (IDEC 1)

Cette thématique permet d'étayer l'hypothèse secondaire : les professionnels sont fréquemment confrontés à des situations à risque de dénutrition. Elle démontre également l'ancrage de la problématique dans une réalité multifactorielle, en cohérence avec les recommandations de la HAS et du Collège des enseignants en nutrition.

La polypathologie, la perte d'autonomie, les troubles cognitifs ou psychiatriques et les conditions institutionnelles apparaissent comme des facteurs majeurs à prendre en compte pour affiner la surveillance et la prévention.

Ce matériau riche ouvre des perspectives pour de futures études quantitatives. Les sous-thèmes dégagés pourraient en effet servir de base pour construire un outil d'évaluation standardisé permettant de mieux cibler les populations à risque en EHPAD.

c. Critères diagnostiques

Après avoir identifié les enjeux de la nutrition et les principales situations à risque, il est pertinent d'analyser les éléments sur lesquels les professionnels s'appuient pour établir un diagnostic de dénutrition. Deux sous-thèmes de critères ressortent des entretiens.

• Critères paracliniques

Le critère le plus fréquemment cité est la perte de poids, qui constitue un signal d'alerte essentiel. Tous les professionnels, quel que soit leur rôle ou leur établissement, mentionnent ce repère :

« La perte de poids, essentiellement. » (MC 3)

« Par une perte de poids importante. » (AS 2)

Le dosage de l'albumine est également évoqué comme critère paraclinique, souvent utilisé en complément lorsqu'une perte de poids est constatée. Il est perçu comme un appui décisionnel dans le diagnostic ou le suivi :

« Quand il y a vraiment une perte de poids, il y a un dosage albumine. » (MC 3)

Ce recours systématique à la perte de poids et à l'albumine reflète les pratiques antérieures aux recommandations de la HAS de 2021(3), qui ont pourtant précisé que l'albumine ne constitue plus un critère de diagnostic, car trop dépendante de l'état inflammatoire du patient.

• Critères cliniques

Outre les éléments mesurables, l'observation clinique joue un rôle important dans la détection d'une dénutrition potentielle. Les professionnels décrivent une attention particulière portée à l'état général de l'habitant.

Certaines manifestations cliniques sont régulièrement citées :

- ◆ Baisse de moral / état dépressif :

« Ça peut être aussi un état dépressif. » (AS 1)

- ◆ Altération de l'aspect physique :

« Cliniquement, c'est tout ce qui est faciès, couleur de peau, etc. » (IDE 2)

- ◆ Des chutes à répétition :

“Donc quand il y a des chutes à répétition” (MC 1)

- ◆ Apparition d'escarres, cicatrisation difficile :

« Une dame qui a une maigreur extrême, qui a des escarres qui se mettent en place. » (IDE 3)

- ◆ Infections à répétition :

« Les problèmes d'infection éventuellement à répétition. » (MC 1)

Enfin, la diminution de l'appétit bien qu'évoquée dans les situations à risque, revient ici comme élément déclencheur d'une suspicion :

« La baisse des apports. La baisse des apports nutritionnels. » (IDEC 2)

Ce thème confirme que la pratique quotidienne reste centrée sur la perte de poids et l'albuminémie.

Les critères cliniques, bien que non suffisants pour poser un diagnostic, participent à une vigilance de terrain, indispensable dans un contexte où les outils standardisés sont peu utilisés.

Cette thématique met en lumière une forme de diagnostic partiel, centré principalement sur la perte de poids et l'albuminémie, avec une composante d'observation clinique non négligeable.

Si ces éléments peuvent alerter, ils ne suffisent pas à eux seuls à formaliser un diagnostic conforme aux recommandations actuelles.

d. Méthodes de surveillance

Ce thème met en lumière les modalités de surveillance de l'état nutritionnel des habitants en EHPAD, avec un regard porté sur les différences organisationnelles, les pratiques effectives et leur adaptation aux situations à risque. Les données issues des entretiens permettent d'identifier des similitudes, des leviers et des freins dans les trois établissements étudiés.

• Surveillance mensuelle et organisation institutionnelle

Dans les trois établissements, une surveillance mensuelle du poids est organisée. Elle repose sur des professionnels référents nutrition, souvent une infirmière et une aide-soignante, désignés pour suivre l'évolution pondérale et les dosages d'albumine.

« J'ai des référents nutrition, dénutrition. Il y a une infirmière et deux (aides-)soignantes. » (IDEC 3)

Des outils comme Excel ou des logiciels de soins permettent le suivi de ces données. Toutefois, des variations organisationnelles existent entre les établissements :

- Dans l'EHPAD 1, les aides-soignants sont référents de trois habitants avec pour mission de suivre les projets individualisés et les poids :

« On est toutes référentes de trois résidents. Donc une fois par mois, on doit les peser. » (ASI)

- Dans l'EHPAD 2, l'infirmière référente tient un tableau de suivi, incluant poids et albumine, utilisé pour décider de la mise en place de compléments nutritionnels oraux :

« Je fais un pourcentage de poids... Je reporte l'albumine... et je vois s'il faut un complément alimentaire. » (IDE 2)

- L'EHPAD 2 rencontre une difficulté également pour peser les habitants alités, par manque de matériel.

« Alors, ce qui est compliqué, nous, c'est par rapport aux poids. Les résidents qui sont alités, on n'arrive pas... On ne peut pas trop surveiller. » (IDEC 2)

- L'aide-soignante référente gère également ce tableau pour que l'équipe soignante sache quels habitants nécessite des compléments alimentaires :

« Les soignants savent quand il faut donner à tel résident le complément alimentaire. » (IDE 2)

- Dans l'EHPAD 3, où le nombre de habitants est important le médecin coordinateur regarde les poids trois fois par an, les infirmiers sont chargés de le prévenir en cas d'alerte :

« Quand on voit qu'il y en a qui maigrissent ou qui ne mangent plus, elle me met des mots. » (MC 3)

Malgré l'existence de ces dispositifs, des difficultés persistent : oublis de pesées, manque de temps, pannes de matériel (balance), ou encore problèmes de transmission via le logiciel de soins :

« Il faut tout le temps leur rappeler qu'il faut peser les gens. » (MC 3)

« On l'a déjà dit avec XXXX mais ils ont du mal à aller sur l'onglet Netsoins, dans le plan de soins et à les mettre vraiment leur... » (IDEC 1)

• Surveillance biologique

L'albuminémie est dosée en moyenne une fois par an, souvent à l'entrée en établissement ou pour la cotation des dossiers :

« Après, on fait des albumines une fois par an. Ça, c'est pour la cotation des dossiers. » (MC 3)

Le médecin coordinateur peut intervenir s'il constate l'absence de cet examen :

« S'il ne s'est pas fait, ou si ça fait longtemps... j'ai pris la main. » (MC 1)

• Surveillance quotidienne et observations cliniques

Les aides-soignantes, en tant que professionnelles de première ligne lors des repas, jouent un rôle clé. Elles sont les premières à remarquer une baisse des ingestas :

« C'est nous qui donnons les repas... Donc on peut constater vraiment quand les personnes ne mangent pas. » (AS 1)

- Dans l'EHPAD 3, une quantification des repas est effectuée systématiquement pour les habitants nécessitant une mise en bouche :

« On surveille vraiment des cas bien particuliers, des gens qui ont des difficultés à manger. » (AS 3)

- Dans les autres établissements la baisse des ingestas est signalée par écrit ou oralement, mais non quantifiée de manière formelle.

En complément dans l'EHPAD 2, il a été précisé qu'une surveillance de l'état bucco-dentaire est également mise en place et un chirurgien-dentiste intervient pour dépister les besoins de soins.

« Après, on regarde aussi tout ce qui est l'état bucco-dentaire. » (IDEC 2)

• Surveillance adaptée aux situations à risque

En cas de pathologie intercurrente, suspicion de dénutrition ou perte d'appétit, la surveillance est renforcée, notamment par une pesée hebdomadaire :

« Dès qu'on a une suspicion d'amaigrissement, on pèse toutes les semaines. » (MC 1)

« Selon les cas, c'est peut-être une fois par semaine. » (IDE 2)

À l'entrée en EHPAD, les habitants font l'objet d'une évaluation initiale : poids, albumine, parfois IMC et surveillance alimentaire :

« Ils sont pesés à l'entrée [...]. On fait un bilan d'entrée avec notamment le dosage de l'albumine et de la CRP. » (MC 1) »

« L'IMC, on le fait déjà à l'entrée. » (IDEC 2)

L'EHPAD 2 bénéficie de l'intervention d'une orthophoniste là où l'EHPAD 1 rencontre des difficultés à solliciter ces professionnels par défaut.

« On a une orthophoniste qui vient. » (IDEC 2)

- Surveillance alimentaire ciblée

Lorsque la baisse d'appétit est confirmée, une fiche de surveillance alimentaire est mise en place dans chaque EHPAD :

« Si on commence à constater qu'elle mange moins, on fait une surveillance alimentaire dans le logiciel NetSoins. » (AS 1)

Cette fiche permet une quantification sur trois jours, des quatre repas, avec pour objectif de déclencher un bilan complémentaire si besoin, en lien avec le médecin traitant :

« J'en parle au médecin. Sûrement qu'il va prescrire un bilan albumine. » (IDE 2)

Dans l'EHPAD 3, le médecin coordinateur centralise ce suivi :

« C'est moi qui m'en occupe. » (MC 3)

Cette analyse montre que la surveillance mensuelle du poids est bien intégrée, mais que son renforcement en cas de situation aiguë reste inégal. Cela valide l'hypothèse principale selon laquelle la surveillance de l'état nutritionnel n'est pas systématiquement rapprochée en cas d'événement aigu, malgré la conscience des enjeux.

e. Traitement et prévention de la dénutrition

La prévention et le traitement de la dénutrition constituent un enjeu pour les équipes en EHPAD. Ce thème met en lumière les actions concrètes mises en place par les professionnels pour prévenir ou répondre à une situation de dénutrition, en s'appuyant sur les observations du quotidien, la personnalisation des soins, et les ressources institutionnelles disponibles.

• Action préventive

Les professionnels s'accordent à dire que la préservation du plaisir alimentaire constitue un levier majeur de prévention. Il s'agit de rendre le repas agréable, en tenant compte des goûts, des rituels et des habitudes alimentaires des habitants :

« On demande les plats qu'ils aiment, les plats qu'ils n'aiment pas. » (AS 3)

Pour cela, des commissions repas sont organisées, impliquant habitants, équipes de soins, cuisine et parfois les familles :

« Il y a des commissions « menus » où les résidents participent aussi, disent ce qui va, ce qui ne va pas. » (AS 1)

L'autonomie des habitants est également favorisée, notamment en les laissant manger avec les mains :

« S'ils mangent avec les mains, on les laisse... le temps qu'ils mangent, ils mangent. » (AS 2)

L'ergonomie au moment du repas est aussi soulignée, que ce soit un bon positionnement pour éviter les fausses routes ou un matériel adapté :

« L'installation, c'est important pour qu'elle déglutisse bien. » (AS 3)

« J'ai trouvé des bols qui leurs permettaient de mieux manger. » (IDEC 3)

Pour les habitants en perte d'autonomie ou souffrant de troubles cognitifs, une aide à la prise alimentaire est apportée :

« Si elle peut manger seule, on est là pour la stimuler à manger. » (AS 3)

Dans l'EHPAD 3, une adaptation de l'environnement est possible, pour certains habitants dans un lieu où les soignants peuvent aider plus facilement les habitants :

« En surveillance-tisanerie, par exemple. Là, on surveille. » (AS 3)

Les soignants insistent sur l'importance de connaître l'habitant, y compris ses rituels ou préférences, parfois en lien avec la famille :

« Il faut commencer par le yaourt, qui est plutôt froid, puis doucement arriver à ce qui est chaud. » (IDEC 3)

Dans cet établissement, des porte-noms contenant les informations nécessaires sont utilisées pour guider les nouveaux professionnels :

« Des petits porte-noms du résident, pour que les nouveaux aient des repères. » (IDEC 3)

L'ambiance du repas joue également un rôle préventif : installer les habitants avec ceux avec qui ils ont des affinités favorise la convivialité et le plaisir du repas :

« On essaie de mettre des gens qui ont des affinités. » (AS 3)

Enfin, la préparation des repas sur place, quand elle est possible, est un atout reconnu par les professionnels, en effet cela permet de faciliter les échanges sur les éventuels ajustements à réaliser :

« C'est notre gros point fort ici : l'alimentation est encore faite sur place. » (IDEC 2)

L'EHPAD 1 a également bénéficié d'une formation l'année dernière par une diététicienne et ont réévalué les apports alimentaires présent sur les plateaux repas. Ils ont ajouté des produits laitiers supplémentaires car **ceux-ci** manquaient.

« Une formation qui nous disait qu'il fallait 20 grammes de protéines, de poudre, de lait, en tout cas, dans l'alimentaire. » (IDEC 1)

• Traitement de la dénutrition

Lorsqu'une dénutrition est identifiée, la réponse thérapeutique immédiate repose sur deux piliers : Enrichissement des repas (protéines, matières grasses) et les compléments nutritionnels oraux (CNO), adaptés aux goûts et textures des habitants :

« On a des boissons hyperprotéinées, des crèmes, de la poudre aussi. » (AS 1)

« On évalue ce qu'il préfère. » (IDE 2)

La prise en soin globale peut inclure un soutien psychologique dans l'EHPAD 2 lorsque la baisse des apports semble liée à une altération de l'humeur ou à un état dépressif :

« S'il y a un problème moral, j'en parle à la psychologue. » (IDE 2)

Dans certains cas graves, la nutrition entérale peut être envisagée :

« La seule solution, c'était la sonde nasogastrique. » (AS 1)

Le recours à des soins de support spécialisés (HAD, EMSA) est aussi évoqué dans les situations complexes :

« S'il fallait, c'est l'HAD, sur des soins spécifiques. » (IDEC 1)

Un point essentiel relevé dans chaque établissement est la recherche systématique de la cause de la dénutrition. Cette démarche fondamentale, permet d'éviter la chronicisation de la dénutrition et d'intervenir précocement :

« Quand je détecte une dénutrition, j'essaye de comprendre pourquoi. » (MC 2)

Ce thème confirme que la nutrition est un axe structurant de la prise en soin, ce qui valide une nouvelle fois l'hypothèse secondaire. Les pratiques de prévention montrent une hétérogénéité cela traduit une volonté des équipes de maintenir une alimentation personnalisée et adaptée à l'habitant.

Discussion

I. Réponse à la question de recherche, objectifs et hypothèses

L'analyse thématique menée à partir de l'ensemble des entretiens apporte des éléments concrets permettant de répondre à la question de recherche : *Dans quelle mesure les critères de diagnostic de la dénutrition en EHPAD ont-ils évolué depuis la publication des recommandations de la HAS, et comment ces évolutions sont-elles intégrées dans la pratique quotidienne des professionnels ?*

L'objectif principal de cette étude était d'apprécier les modalités de surveillance de l'état nutritionnel des habitants en EHPAD lors d'épisodes de pathologies intercurrentes.

Les données recueillies indiquent que les critères diagnostics de la dénutrition ont peu évolué dans la pratique courante depuis la publication des recommandations actualisées de la HAS en 2021 (3). La mise en œuvre du cadre diagnostic recommandé, fondé sur l'association d'un critère phénotypique (comme la sarcopénie) et d'un critère étiologique, demeure limitée. En pratique, la perte de poids reste le principal repère utilisé par les professionnels, souvent associée au dosage de l'albumine, bien que ce dernier ne fasse plus partie des critères reconnus en raison de sa faible spécificité.

La sarcopénie, pourtant spécifiquement intégrée dans les recommandations de la HAS pour la population âgée, n'a pas été évoquée de manière spontanée par les professionnels interrogés. En revanche, les chutes à répétition sont parfois rapportées comme un signe d'alerte possible d'un état de dénutrition. Toutefois, en l'absence d'autres éléments cliniques associés, ces chutes ne permettent pas, à elles seules, de poser un diagnostic de sarcopénie, conformément aux critères définis par l'EWGSOP 2 (10).

Enfin, plusieurs critères cliniques sont mentionnés, tels que des changements de comportement, une baisse de moral ou une altération globale de l'état de santé. Ces éléments, bien que subjectifs, contribuent à orienter la vigilance des soignants.

Objectifs secondaires et validation des hypothèses

Trois objectifs secondaires avaient été formulés pour compléter l'analyse des pratiques professionnelles en lien avec la dénutrition en EHPAD :

- **Appréhender les freins et les leviers rencontrés par les professionnels :**

Les données recueillies ont permis d'identifier des freins et des leviers qui varient selon les établissements. Chaque structure dispose de ses propres ressources, outils et organisations internes, ce qui influence directement les pratiques de surveillance et de prise en charge nutritionnelle. Cette diversité a permis de mettre en lumière des stratégies organisationnelles parfois originales, mais aussi des difficultés partagées.

- **Identifier les situations à risque les plus fréquemment rencontrées :**

Les professionnels interrogés ont fait état de nombreuses situations à risque de dénutrition. Les facteurs les plus fréquemment évoqués sont la perte d'autonomie, les pathologies chroniques ou aiguës, les troubles de la déglutition et l'impact de l'institutionnalisation. Ces éléments confirment que les équipes soignantes identifient clairement les contextes à risque, même si cela ne débouche pas systématiquement sur une évaluation nutritionnelle formelle.

- **Comprendre comment s'organise la surveillance :**

L'étude a permis de mieux comprendre l'organisation de la prise en charge nutritionnelle en EHPAD. En particulier, l'analyse a mis en évidence le rôle complémentaire de quatre catégories professionnelles intervenant à différents niveaux : aides-soignants, infirmiers, infirmiers coordinateurs et médecins coordinateurs. Cette diversité de points de vue permet d'apprécier la complexité et la globalité de la prise en soin, tout en soulignant l'importance d'une coordination efficace.

- **Hypothèses validées ou nuancées**

Plusieurs hypothèses avaient été formulées à partir de la littérature présentée en introduction. Leur confrontation avec les données recueillies permet de les valider partiellement ou totalement :

- **Hypothèse : La collaboration entre professionnels est primordiale pour l'évaluation de l'état nutritionnel :**

Cette hypothèse est confirmée. La collaboration interprofessionnelle apparaît comme un levier central dans la surveillance de l'état nutritionnel. Chaque professionnel joue un rôle propre. Les aides-soignants, en contact direct avec les habitants, observent les prises alimentaires, distribuent et débarrassent les plateaux, et sont capables de détecter rapidement une diminution des ingestas.

Les aides-soignants alertent ensuite les infirmiers lorsqu'un changement de comportement ou un signe clinique est observé. Les infirmiers assurent la surveillance du poids, de l'albuminémie, et peuvent être à l'initiative d'un rapprochement de la surveillance, notamment par le biais d'une fiche de suivi des ingestas.

L'IDEC joue un rôle de coordination : elle veille à la fluidité de l'organisation, identifie les freins dans le fonctionnement quotidien et peut solliciter des intervenants extérieurs. Enfin, le médecin coordinateur intervient dans le diagnostic de la dénutrition et la proposition d'un traitement adapté, en lien avec l'ensemble de l'équipe. Cette complémentarité souligne l'importance d'un fonctionnement collectif et structuré.

- **Hypothèse : La nutrition des habitants est un élément majeur de la prise en soin :**

Cette hypothèse est elle aussi confirmée. Les professionnels interrogés considèrent la nutrition comme un élément central de la prise en soin globale. Les risques liés à la dénutrition sont bien identifiés (infections, escarres, dégradation de l'état général etc), mais l'importance du plaisir alimentaire est également soulignée. Le repas est vu comme un moment-clé de la journée.

- **Hypothèse : Les professionnels sont fréquemment confrontés à la dénutrition chez les habitants :**

Cette hypothèse est partiellement validée. Les professionnels semblent souvent confrontés à des situations à risque de dénutrition (notamment en lien avec les troubles de la déglutition, les pertes d'appétit ou les pathologies intercurrentes). Toutefois, le diagnostic formel de dénutrition est beaucoup plus rare. Cette disparité peut s'expliquer par une méconnaissance ou une non-appropriation des critères actuels de la HAS, par une absence d'outils facilitant l'évaluation.

II. Liens entre les données et la littérature

Enjeux de la nutrition

L'analyse des données a mis en évidence l'importance de la nutrition dans le parcours de soins des habitants en EHPAD. Les professionnels interrogés associent l'état nutritionnel à la santé générale, au maintien de l'autonomie, mais aussi au plaisir et à la qualité de vie. Le concept de "plaisir alimentaire", également abordé par M. Ferry (15), est apparu dans les entretiens comme un axe central de la prise en soin. Les professionnels interrogés semblent également conscients des conséquences possibles de la dénutrition sur la santé des habitants, notamment dans le cadre d'une cascade gériatrique, illustré également par M. Ferry (15).

Cependant, bien que les situations à risque soient fréquemment rencontrées, la fréquence exacte de la dénutrition reste difficile à évaluer. La littérature nous a montré que les facteurs de risque de dénutrition sont nombreux et récurrents en EHPAD, mais notre méthodologie qualitative ne permettait pas d'évaluer quantitativement cette fréquence. Il est donc possible que la formulation de certaines questions lors des entretiens ait été insuffisamment précise pour faire ressortir des données plus homogènes.

Situations à risque de dénutrition

Les situations à risque les plus souvent mentionnées par les professionnels sont : la perte d'autonomie, les pathologies chroniques ou intercurrentes, les troubles de la déglutition, les troubles cognitifs, la dépression et l'institutionnalisation. Ces résultats sont en cohérence avec les données de la littérature, notamment les recommandations de la HAS (8). L'enquête EHPA de 2019 (18) souligne d'ailleurs une prévalence importante de la dépendance fonctionnelle et de la dépendance relative à l'alimentation chez les habitants, deux facteurs clairement identifiés comme prédisposant à la dénutrition dans les échanges avec les professionnels.

Les résultats de notre étude convergent également avec ceux d'une revue systématique des bases de données Medline et CINAHL portant sur les facteurs associés à la perte de poids, à un IMC faible et à la dénutrition en EHPAD (22). Cette revue, basée sur 16 études, identifie de façon récurrente : les troubles fonctionnels, les troubles cognitifs, les troubles de déglutition, une prise alimentaire insuffisante et l'âge avancé. La dépression est présente dans trois de ces études. Nos données confirment donc la pertinence de ces facteurs.

La variété des situations à risque et leurs répercussions sur l'alimentation et l'état de santé général des habitants soulignent l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire. Celle-ci devrait inclure des outils de dépistage, des protocoles d'évaluation partagés, mais aussi des adaptations concrètes et individualisées pour favoriser une bonne alimentation.

La cohérence des résultats de notre étude avec la revue de littérature (22) réalisé en 2013 avec des données remontant en 1990 montre que les situations à risque de dénutrition sont les mêmes depuis plusieurs années.

Critères diagnostiques

Les données montrent que la perte de poids constitue le critère diagnostique principal utilisé par les professionnels, généralement associé au dosage de l'albumine et à l'évaluation de l'état inflammatoire. Des critères cliniques sont aussi évoqués, notamment une baisse de thymie, une altération de l'état général, des chutes à répétition ou une baisse des ingestas.

Certains établissements, comme l'EHPAD 2, mentionnent la réalisation de l'IMC, ce qui correspond aux recommandations de la HAS (3).

La sarcopénie n'est pas recherchée de manière formalisée. Nous supposons que l'évaluation de la sarcopénie se heurte à plusieurs limites pratiques : difficulté à réaliser les tests (comme le lever de chaise) chez les personnes dépendantes ou ayant des troubles cognitifs, absence d'outils comme le handgrip test et la limite de l'intérêt à réaliser une imagerie médicale dans ce contexte.

Méthodes de surveillance

Dans les trois établissements étudiés, une organisation de la surveillance a été mise en place, avec la désignation de professionnels référents (AS, IDE, médecins coordinateurs). Cela permet une répartition des rôles et un meilleur suivi. Le relevé mensuel du poids est systématisé, de même qu'une surveillance annuelle de l'albumine. Une vigilance quotidienne est exercée par les aides-soignants sur les prises alimentaires et l'état bucco-dentaire.

Cependant, les pratiques restent hétérogènes. En cas d'événement aigu (perte d'appétit, pathologie, escarre, chute), la surveillance n'est pas toujours rapprochée. Les adaptations (pesée hebdomadaire, fiche de surveillance alimentaire) sont parfois mises en place, mais sans formalisation claire.

Des freins structurels comme le manque de matériel pour peser les personnes alitées, les aléas organisationnels ou les difficultés d'utilisation des logiciels de soins viennent limiter l'efficacité du suivi. À l'inverse, certains leviers favorisent une approche plus individualisée : référents nutrition, collaboration avec la cuisine, adaptation de l'environnement ou implication des proches.

La littérature recommande une surveillance adaptée et pluridisciplinaire, ce que les professionnels reconnaissent comme nécessaire. Toutefois, des freins persistent : matériel inadéquat, transmission incomplète via les logiciels de soins, difficultés d'accès à certains intervenants (orthophonistes, diététiciens). A contrario, des leviers sont rapportés, notamment une meilleure implication des équipes sensibilisées par la formation continue.

Enfin, la recherche de l'étiologie est généralement effectuée en cas de dénutrition, ce qui montre une certaine appropriation du modèle de la HAS. Toutefois, la mise en œuvre concrète de la surveillance adaptée reste à structurer. Une étude future pourrait explorer l'utilisation d'outils comme le MNA et les méthodes d'évaluation standardisées.

Traitement et prévention de la dénutrition

La prévention repose essentiellement sur la connaissance des habitudes alimentaires des habitants. En EHPAD 3, des porte-noms individualisés sont utilisés à cet effet. Des commissions de restauration permettent aux habitants d'exprimer leurs attentes et ressentis. Le maintien de l'autonomie pendant le repas est favorisé, ainsi que l'adaptation de l'environnement (ergonomie, affinités entre habitants).

Ces actions s'inscrivent en cohérence avec les recommandations de la HAS et de la littérature sur la prévention de la dénutrition. En matière de traitement, les pratiques observées incluent l'enrichissement des repas, la prescription de compléments nutritionnels oraux et le recours à la nutrition entérale dans les cas les plus sévères.

Ces bonnes pratiques semblent renforcées par les campagnes de sensibilisation et les formations réalisées en interne, qui facilitent la transmission des recommandations aux équipes.

III. Forces et limites de l'étude

Limites :

- **Taille et représentativité de l'échantillon :**

L'étude a porté sur 12 professionnels répartis dans trois EHPAD. Cette suffisance des données est satisfaisante pour la méthodologie qualitative, mais la diversité limitée des structures (trois EHPAD) ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des EHPAD. Chaque établissement rencontre des freins et mobilise des leviers qui lui sont propres, traduisant une grande hétérogénéité organisationnelle.

- **Expérience du chercheur**

Le recueil des données a été réalisé par un enquêteur novice, pour qui la conduite d'entretiens constitue un apprentissage. La succession de trois entretiens dans une même journée a parfois généré une certaine sensation de « répétition », pouvant affecter la spontanéité des questions de relance.

- **Biais de désirabilité sociale :**

Conscients de l'importance de la nutrition, certains professionnels ont pu ajuster leurs propos pour présenter leurs pratiques sous un jour favorable, minimisant les difficultés ou omettant quelques freins structurels.

Forces :

- **Diversité des profils interrogés :**

L'inclusion d'aides-soignants, d'infirmiers, d'infirmiers coordinateurs et de médecins coordinateurs offre une vision globale de la prise en charge nutritionnelle, de la distribution des repas au diagnostic médical.

- **Variété des contextes institutionnels :**

La sélection de trois établissements appartenant à des associations distinctes a permis de comparer des organisations et des pratiques différentes, enrichissant l'analyse et soulignant les leviers transférables d'un site à l'autre.

- **Rigueur méthodologique :**

Le guide d'entretien a été testé puis ajusté après un entretien pilote, garantissant la clarté des questions. L'analyse thématique réalisée avec une triangulation, assurant la fiabilité des résultats. Cette étude a fait l'objet d'une validation du DPO.

- **Approche approfondie :**

L'utilisation de la méthode qualitative a permis d'explorer en profondeur les représentations, les dynamiques de coopération interprofessionnelle et les ajustements concrets mis en place, offrant une compréhension fine des pratiques quotidiennes.

IV. Perspectives

A présent nous allons aborder les perspectives pour le futur après cette étude, clinique, pratique et recherche. Nous allons nous appuyer sur la Salutogénèse qui a été développée par A. Antonovsky et repris par A. Duboc (23). Ce nouveau paradigme est une approche axée sur les ressources internes de l'individu aboutissant à un renforcement d'un environnement favorable à la santé afin de déjouer les effets de l'adversité.

La maladie n'est pas séparée de la santé mais plutôt considérée comme un continuum santé/maladie. L'alimentation nous l'avons vu permet un maintien de l'état de santé et de l'autonomie, c'est pourquoi nous avons choisi cela.

a. Cliniques

Différentes perspectives cliniques émergent de cette étude. En s'inspirant du modèle de la salutogénèse, il est possible de développer une approche qui vise à identifier et soutenir ce qui permet à l'habitant de maintenir un bon état nutritionnel, plutôt que de se centrer uniquement sur la maladie.

Plusieurs éléments concrets peuvent être valorisés dans cette optique. Il s'agit notamment de maintenir les repères nutritionnels, en particulier lors de l'entrée en EHPAD, période souvent source de rupture. Soutenir l'autonomie au moment des repas en adaptant l'installation, l'ergonomie et le rythme de l'habitant contribue à renforcer son engagement dans l'alimentation.

Il est également important de repérer les comportements favorables à la santé, comme certains rituels alimentaires propres à chaque personne. Par exemple, nous avons vu que pour certains habitants, le respect d'un ordre précis dans la prise des aliments favorisait le bon déroulement du repas.

Préserver et renforcer le plaisir de manger constitue une autre ressource essentielle. Cela passe par la convivialité des repas, le respect des goûts personnels, et l'ambiance générale de la salle de restauration.

Adopter cette posture salutogénique suppose donc de ne pas se limiter à l'identification des signes de dénutrition, mais de s'appuyer activement sur les ressources et les capacités encore présentes. C'est une approche qui encourage l'anticipation : intervenir avant l'apparition des signes cliniques, plutôt que de réagir une fois les troubles installés.

Cela implique également de rester vigilant aux signes d'alerte et aux situations à risque, en adaptant la surveillance. Nous avons vu que l'entrée en institution peut fragiliser les repères alimentaires, et doit donc s'accompagner d'une évaluation gériatrique approfondie afin d'identifier les vulnérabilités et de rapprocher le suivi si besoin.

L'approche salutogénique permet de prendre appui sur les forces de l'habitant : ses habitudes, ses proches, son réseau relationnel au sein de l'EHPAD. L'enjeu est de construire une réponse anticipée, individualisée et contextualisée, dans une logique de prise en soin pluridisciplinaire, en incluant les proches aidants comme partenaires.

b. Perspectives pratiques et professionnelles

Cette étude nous amène à entrevoir plusieurs perspectives concernant les pratiques professionnelles en EHPAD, ainsi que la manière d'aborder le soin nutritionnel. Les résultats montrent une certaine homogénéité dans les pratiques en particulier dans les modalités de surveillance où les critères diagnostics utilisés mais aussi des différences marquées, liées à l'organisation interne propre à chaque établissement, et aux leviers ou freins rencontrés par les équipes.

En tant qu'infirmier en pratique avancée (IPA), nous avons la volonté d'intégrer pleinement la prise en charge nutritionnelle dans notre champ de compétences. Cette approche mobilise l'ensemble des six domaines de compétence de l'IPA (24), notamment l'expertise clinique, la collaboration interprofessionnelle, l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles.

L'une des missions fondamentales de l'IPA est de contribuer à l'amélioration des pratiques de terrain, en proposant des formations, en favorisant la diffusion des recommandations actualisées et en accompagnant la mise en œuvre de protocoles.

À partir de cette étude, nous envisageons de développer un protocole de surveillance nutritionnelle, fondé à la fois sur la littérature et sur les données recueillies. Celui-ci s'appuierait sur les situations à risque les plus fréquemment rencontrées et les critères diagnostics les plus utilisés, il pourrait se déclencher en présence de certains signaux d'alerte : infection, chute, baisse des ingestas, hospitalisation récente.

Notre rôle, dans cette perspective, serait de coordonner les acteurs concernés, de faciliter la mise en œuvre opérationnelle et d'en assurer le suivi dans le respect des contraintes du terrain. Cette proposition rejoint également une des pistes de recherche évoquées dans ce mémoire.

Nous souhaiterions également que la sarcopénie soit évaluée dès l'admission de l'habitant en EHPAD, dans la mesure du possible, puis réévaluée à certains moments clés : suspicion de dénutrition, chutes répétées, perte de mobilité, etc. Cette démarche, même simplifiée (sans outils coûteux ou examens complexes), permettrait de mieux cibler les personnes à risque.

Notre posture d'IPA inclut également une recherche active de solutions concrètes, applicables rapidement, en tenant compte des réalités organisationnelles. Par exemple, dans l'EHPAD 2 qui ne dispose pas de matériel adapté pour peser les habitants alités, nous pourrions proposer l'utilisation de la circonférence brachiale comme indicateur de suivi, une méthode validée notamment par le *National Collaborating Centre for Acute Care* à Londres (2006) (12).

Enfin, notre rôle sera de proposer une évaluation globale à l'entrée de l'habitant, afin de repérer à la fois les facteurs de risque et les ressources mobilisables, dans une démarche volontairement salutogénique. Il s'agit non seulement de prévenir la dénutrition, mais aussi de renforcer les facteurs protecteurs, en s'appuyant par exemple sur les habitudes alimentaires, les liens sociaux, l'autonomie encore présente et l'implication des proches.

Nous ne voulons pas à ajouter des tâches supplémentaires aux professionnels, mais à donner du sens à ce qu'ils réalisent déjà au quotidien, en structurant leurs actions et en valorisant leur engagement. Nous avons la volonté de collaborer étroitement avec les équipes, de soutenir les soins déjà prodigués en EHPAD.

Promouvoir les compétences des professionnels, qui jouent un rôle central dans le maintien de la santé des habitants.

c. Perspectives de recherche

L'une des compétences de l'infirmier en pratique avancée est de contribuer à la production de connaissances, en valorisant les savoirs issus du terrain. Cette étude qualitative nous a permis d'explorer en profondeur les pratiques liées à la prise en charge nutritionnelle en EHPAD et ouvre désormais plusieurs pistes de recherche complémentaires, à la fois pour approfondir les résultats obtenus et pour accompagner la mise en place de projets concrets.

Dans un premier temps, il serait pertinent de poursuivre ce travail par une étude quantitative, en construisant un questionnaire fondé sur les données issues de la littérature et de notre propre analyse. Cela permettrait d'interroger un échantillon plus large d'établissements, de déterminer si les difficultés observées dans les trois EHPAD de l'étude sont partagées : absence de diététicienne, impossibilité de peser les personnes alitées, accès restreint à des orthophonistes, etc. Ces résultats pourraient orienter des axes de formation ciblés et alimenter des réflexions à l'échelle territoriale ou institutionnelle pour améliorer les pratiques professionnelles.

Nous pourrions aussi réaliser cette étude avec les mêmes objectifs mais en réalisant les entretiens non pas de manière individuelle mais par des focus groupes, cela permettrait de favoriser l'échange et nourrir les discours des différents professionnels. Cela permettrait aussi d'alimenter les pistes réflexives sur les solutions à apporter.

Dans le prolongement de nos perspectives professionnelles, il serait également envisageable de mener une étude interventionnelle après la mise en place d'un protocole de surveillance nutritionnelle, construit à partir des données recueillies. Ce protocole serait pensé comme un outil d'aide à la décision, permettant d'identifier des situations à risque et de déclencher, si besoin, un renforcement de la surveillance. Une évaluation multicentrique de son efficacité permettrait de mesurer son impact en termes de repérage, de réactivité des équipes, et de prévention de la dénutrition.

Enfin, une troisième piste de recherche concerne la sarcopénie, absente du raisonnement clinique spontané des professionnels rencontrés malgré sa place dans les recommandations récentes. Il serait intéressant de conduire une étude sur les bénéfices d'un dépistage de la sarcopénie à l'entrée en EHPAD, ou en cas de suspicion (chutes à répétition, perte de mobilité, amaigrissement). Cela permettrait d'en mesurer les effets concrets sur la prise en soin nutritionnelle, sur les décisions thérapeutiques, et peut-être même sur les trajectoires de santé des habitants.

Ces perspectives rejoignent notre volonté de produire des données probantes à partir des réalités de terrain, dans une logique de valorisation des pratiques professionnelles, d'amélioration continue, et de promotion d'une approche proactive et centrée sur les ressources des personnes âgées.

Conclusion

Au terme de cette étude, il apparaît que la dénutrition est complexe à appréhender tant elle est multifactorielle et nécessite une collaboration étroite entre les professionnels de santé.

Cette étude qualitative avait pour objectif d'évaluer comment le diagnostic de dénutrition était effectué et quelles surveillances y étaient associées en regard des dernières recommandations de la HAS en 2021.

Les données recueillies lors des différents entretiens et leur analyse ont permis de dégager plusieurs constats et de répondre à notre question : Dans quelle mesure les critères de diagnostic de la dénutrition en EHPAD ont-ils évolué depuis la publication des recommandations de la HAS, et comment ces évolutions sont-elles intégrées dans la pratique quotidienne des professionnels ?

Dans un premier temps, la nutrition des habitants est identifiée comme un enjeu dans la prise en soin. Les risques et situations à risques sont identifiés par les professionnels.

Ensuite la collaboration entre les professionnels est centrale dans la prise en charge nutritionnel, permettant une surveillance et la proposition de solution adaptée aux problématiques identifiées et discutée en équipe.

La surveillance alimentaire repose essentiellement sur le relevé de poids avec l'association d'une albumine. Les ingestas sont surveillés sans quantification systématiquement sauf cas particulier. Nous avons aussi relevé des difficultés et leviers rencontrés par les professionnels.

L'évolution de l'état de santé des habitants est également un indicateur pris en compte. Cependant, les critères diagnostics publiés en 2021 par la HAS ne sont pas encore totalement intriqués dans les pratiques professionnels notamment l'évaluation de la sarcopénie et la recherche d'une association d'un critère étiologique.

Ces constats et réponses ouvrent des perspectives :

Sur le plan des perspectives professionnelle, nous voudrions sensibiliser les professionnels aux critères diagnostics de 2021 de la HAS et participer à la formation des équipes notamment sur l'évaluation de la sarcopénie, les situations à risques et l'ajustement de la surveillance nutritionnelle notamment en cas de pathologie intercurrentes.

La création d'outil d'aide à la prise de décision concernant l'adaptation de surveillance nutritionnelle pour dépister une dénutrition plus rapidement est envisagée.

Sur le plan des perspectives cliniques, nous voulons promouvoir l'autonomie alimentaire des habitants. En trouvant des solutions, par exemple en travaillant sur l'ergonomie, avec du matériel adapté.

Nous avons la volonté d'insister sur le plaisir alimentaire, que ce soit favoriser de la convivialité aux repas, proposer un environnement adapté à l'habitant et aussi de permettre de préserver les repères alimentaires.

Sur le plan de la recherche, nous avons pour perspective de réaliser une étude quantitative pour pouvoir interroger les pratiques à plus grande échelle, ou de réaliser cette même étude mais par la réalisation de focus groupe et non pas par entretien individuel.

A la suite de la création d'un outil d'aide à l'adaptation de la surveillance nutritionnelle, il serait intéressant de réaliser une recherche interventionnelle où cet outil serait testé et les données évaluées afin de rendre compte de la pertinence et de l'utilité de l'outil et de son efficacité.

Une étude également sur les bénéfices d'une évaluation systématique à l'entrée de l'habitant et à certains moments clefs comme lors de chute à répétition ou de pathologies intercurrentes de la sarcopénie, afin de promouvoir cette pratique sur le dépistage de la dénutrition.

Bibliographie :

1. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. [cité 18 sept 2024]. Semaine nationale de la dénutrition du 12 au 20 novembre 2021 : tous mobilisés. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/semaine-nationale-de-la-dénutrition-du-12-au-20-novembre-2021-tous-mobilisés>
2. Leij-Halfwerk S, Verwijns MH, van Houdt S, Borkent JW, Guaitoli PR, Pelgrim T, et al. Prevalence of protein-energy malnutrition risk in European older adults in community, residential and hospital settings, according to 22 malnutrition screening tools validated for use in adults ≥ 65 years: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. 1 août 2019;126:80-9.
3. Haute Autorité de Santé - Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3165944/fr/diagnostic-de-la-dénutrition-chez-la-personne-de-70-ans-et-plus
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 6 janv 2025]. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118872/fr/diagnostic-de-la-dénutrition-de-l-enfant-et-de-l'adulte
5. Collectif de lutte contre la dénutrition. [Internet]. [cité 28 févr 2025]. La dénutrition en chiffres. Disponible sur: <https://www.luttecontreladenutrition.fr/la-dénutrition-en-chiffres>
6. Vieillissement et santé [Internet]. [cité 16 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
7. Ségué D Pr, Aron-Wisnewsky J Dr, Cottet V Dr, Fontaine É Pr, Achamrah N Dr, Aron-Wisnewsky J Dr, et al. Les auteurs. In: Collège des Enseignants de nutrition, éditeur. Nutrition [Internet]. 2021. p. xi-xii. Disponible sur: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9782294773594099917>
8. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 8 mai 2025]. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-dénutrition-protéino-énergétique-chez-la-personne-âgée
9. Basdekis Jean-Claude, Franceschi Jeannine de, Bernardini David, Zucchelli Philippe. L'alimentation des personnes âgées et la prévention de la dénutrition. Paris: Estem; 2004. xiv+143.
10. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 1 janv 2019;48(1):16-31.

11. Montpellier CHU de. CHU de Montpellier : Site Internet. [cité 7 janv 2025]. Outils pratiques. Disponible sur: <https://utn.chu-montpellier.fr/fr/outils-pratiques>
12. National Collaborating Centre for Acute Care (UK). Nutrition Support for Adults: Oral Nutrition Support, Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition [Internet]. London: National Collaborating Centre for Acute Care (UK); 2006 [cité 14 mai 2025]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49269/>
13. Le Mini Nutritional Assessment (MNA®) | Nutri Pro [Internet]. [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.nutripro.nestle.fr/outil/mini-nutritional-assessment>
14. AssoConnect [Internet]. [cité 8 janv 2025]. Outils réalisés par la SFNCM | SFNCM. Disponible sur: <https://www.sfncm.org/page/2646225-outils-realises-par-la-sfncm>
15. Ferry M. La dénutrition chez les personnes âgées en EHPAD [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://sfgg.org/media/2009/11/diaporama-monique-ferry.pdf>
16. Bouteloup C, Thibault R. Arbre décisionnel du soin nutritionnel. Nutr Clin Métabolisme. 1 févr 2014;28(1):52-6.
17. Van Wymelbeke-Delannoy V, Maître I, Salle A, Lesourd B, Bailly N, Sulmont-Rossé C. Prevalence of malnutrition risk among older French adults with culinary dependence. Age Ageing [Internet]. 6 janv 2022 [cité 17 sept 2024];51(1). Disponible sur: <https://academic.oup.com/ageing/article/doi/10.1093/ageing/afab208/6406696>
18. L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 27 oct 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/07-lenquete-aupres-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees>
19. Comment fonctionne la grille AGGIR ? [Internet]. 2022 [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/perde-d-autonomie-evaluation-et-droits/undefinedpreserver-son-autonomie/perde-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-fonctionne-la-grille-aggir>
20. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) [Internet]. 2024 [cité 16 janv 2025]. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). Disponible sur: <https://sfgg.org/>
21. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
22. Tamura BK, Bell CL, Masaki KH, Amella EJ. Factors associated with weight loss, low BMI, and malnutrition among nursing home patients: a systematic review of the literature. J Am Med Dir Assoc. sept 2013;14(9):649-55.
23. Duboc A. Protection ou salutogénèse. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 5 févr 2024].

p. 254-6. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-254.htm>

24. Section 1 : Exercice infirmier en pratique avancée (Articles R4301-1 à R4301-8-1) - Légifrance [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000038549827/

Tableaux

Tableau 1 - Nombre de résidents présents au 31 décembre 2019 selon la catégorie d'établissement, et évolution depuis 2015

Catégorie d'établissement et statut juridique	Nombre de résidents au 31/12/2019	dont Nombre de résidents en hébergement permanent	Nombre de résidents au 31/12/2015	Évolution du nombre de personnes accueillies entre 2015 et 2019 (en %)	Évolution du nombre de places entre 2015 et 2019 (en %)
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)	594 700	569 200	585 500	1,6	1,7
Ehpad privés à but lucratif	129 700	125 500	125 600	3,3	3,9
Ehpad privés à but non lucratif	174 900	165 800	169 000	3,5	3,2
Ehpad publics	290 100	277 900	290 900	-0,3	-0,2
<i>Ehpad publics hospitaliers</i>	<i>126 200</i>	<i>120 700</i>	<i>127 100</i>	<i>-0,7</i>	<i>0,2</i>
<i>Ehpad publics non hospitaliers</i>	<i>163 900</i>	<i>157 200</i>	<i>163 800</i>	<i>0,1</i>	<i>-0,5</i>
Unités de soins de longue durée¹	29 800	29 500	32 800	-9,1	-8,0
EHPA (non Ehpad)	5 900	5 800	7 700	-23,4	-24,1
Maisons de retraite privées à but lucratif	800	800	1 100	-27,3	-42,9
Maisons de retraite privées à but non lucratif	3 700	3 500	4 800	-22,9	-25,3
Maisons de retraite publiques	700	900	1 800	-61,1	-34,4
Établissements expérimentaux pour personnes âgées ²	700	600			
Ensemble des Ehpad, USLD et EHPA	630 400	604 500	626 000	0,7	< 0,1
Résidences autonomes³	99 600	99 000	101 900	-2,3	4,5
Résidences autonomes privées à but lucratif	3 800	3 700	3 800	0,0	5,3
Résidences autonomes privées à but non lucratif	27 600	27 400	27 400	0,7	7,6
Résidences autonomes publiques	68 200	67 900	70 700	-3,5	3,2
Ensemble des établissements	730 000	703 500	727 900	0,3	1,4

1. Établissements de soins de longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.

2. Les établissements expérimentaux étaient répartis dans les différentes catégories de maisons de retraite en 2015 de par leur faible nombre.

3. Les logements-foyers sont devenus, à partir du 1^{er} janvier 2016, des résidences autonomie.

Lecture > Au 31 décembre 2019, 594 700 personnes âgées sont hébergées en Ehpad ou le fréquentent.

Champ > France, établissements d'hébergement pour personnes âgées tous types d'accueil confondus (hébergement permanent, hébergement temporaire, accueil de jour et accueil de nuit), hors centres d'accueil de jour.

Source > DREES, enquête EHPA 2019.

Tableau complémentaire F bis - Répartition des résidents par GIR selon leur tranche d'âge, en Ehpad

														En %
Tranche d'âges	GIR des résidents au 31/12/2019							GIR des résidents au 31/12/2015						
	1	2	3	4	5	6	Total	1	2	3	4	5	6	Total
Moins de 70 ans	9,7	33,5	20,6	25,7	6,7	3,8	100,0	10,5	31,1	19,0	25,9	8,2	5,3	100,0
De 70 à 79 ans	14,0	38,5	19,7	20,5	4,6	2,7	100,0	14,6	36,9	17,9	20,9	5,8	3,9	100,0
De 80 à 89 ans	16,3	39,0	18,2	19,8	4,3	2,4	100,0	17,3	37,3	16,9	19,8	5,2	3,5	100,0
90 ans ou plus	18,2	37,8	18,4	19,7	4,0	1,9	100,0	20,0	36,5	16,8	19,1	4,8	2,8	100,0
Total	16,4	38,1	18,6	20,2	4,4	2,3	100,0	17,6	36,6	17,1	20,0	5,3	3,4	100,0

Note • Calcul réalisé sur les répondants uniquement (variable âge + GIR).

Lecture • Au 31 décembre 2019, 5,9 % des résidents en Ehpad âgés de 90 ans et plus étaient en GIR 5 et 6, contre 7,6 % en 2015.

Champ • France, Ehpad tous types d'accueil confondus (hébergement permanent, hébergement temporaire, accueil de jour et accueil de nuit).

Source • DREES, enquêtes EHPA 2019 et 2015.

Tableau 13. Répartition des résidents au 31/12/2019 en EHPAD selon le groupe d'âges et le niveau de perte d'autonomie selon le type d'activité

La question n'était posée que pour les résidents dont le GIR valait de 1 à 4.

Âge des résidents	Alimentation					ENSEMBLE
	A *	B *	C *	Total répondants	Non renseigné	
Moins de 65 ans	2 531	4 501	2 521	9 553	4 888	14 441
De 65 à moins de 70 ans	3 914	6 912	3 897	14 723	6 229	20 952
De 70 à moins de 75 ans	5 646	10 345	6 943	22 934	9 041	31 975
De 75 à moins de 80 ans	6 924	13 209	10 075	30 208	11 337	41 545
De 80 à moins de 85 ans	14 850	27 083	20 763	62 696	23 631	86 327
De 85 à moins de 90 ans	26 811	49 416	35 855	112 082	41 152	153 234
De 90 à moins de 95 ans	28 101	51 993	37 095	117 189	41 483	158 672
95 ans et plus	13 576	29 598	23 249	66 423	21 099	87 522
ENSEMBLE	102 353	193 057	140 398	435 808	158 860	594 668

Champ: Établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour, France métropolitaine + DROM (hors Mayotte) ; ensemble des résidents en EHPAD.
Source: DREES, Enquête EHPA 2019.

Tableau. Répartition des résidents au 31/12/2019, selon le GIR et le niveau de perte d'autonomie selon le type d'activité

GIR *	Alimentation					ENSEMBLE
	A *	B *	C *	Total répondants	Non renseigné	
1	920	13 244	65 244	79 408	16 047	95 455
2	19 536	90 545	67 536	177 617	43 900	221 517
3	28 753	51 038	5 981	85 772	22 412	108 184
4	52 871	38 032	1 528	92 431	24 759	117 190
5	0	0	0	0	25 353	25 353
6	0	0	0	0	13 337	13 337
Total répondants	102 080	192 859	140 289	435 228	145 808	581 036
Non renseigné	273	198	109	580	13 052	13 632
ENSEMBLE	102 353	193 057	140 398	435 808	158 860	594 668

Note: les réponses codées "Ne sait pas / GIR non évalué" sont comptabilisées dans "Non renseigné"

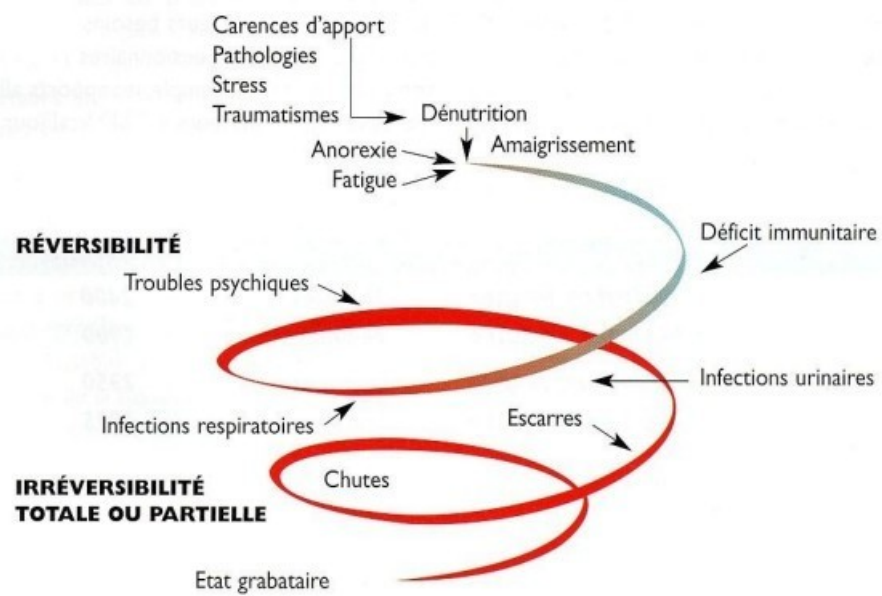
Champ: Établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour, France métropolitaine + DROM (hors Mayotte) ; ensemble des résidents en EHPAD.

Source: DREES, Enquête EHPA 2019.

Tableau 1 . Situations à risque de dénutrition	
Situations	Causes possibles
Psycho-socio-environnementales	- Isolement social - Deuil - Difficultés financières - Maltraitance - Hospitalisation - Changement des habitudes de vie : entrée en institution
Troubles bucco-dentaires	- Trouble de la mastication - Mauvais état dentaire - Appareillage mal adapté - Sécheresse de la bouche - Candidose oro-pharyngée - Dysgueusie
Troubles de la déglutition	- Pathologie ORL - Pathologie neurodégénérative ou vasculaire
Troubles psychiatriques	- Syndromes dépressifs - Troubles du comportement
Syndromes démentiels	- Maladie d'Alzheimer - Autres démences
Autres troubles neurologiques	- Syndrome confusionnel - Troubles de la vigilance - Syndrome parkinsonien
Traitements médicamenteux au long cours	- Polymédication - Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence... - Corticoïdes au long cours
Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	- Douleur - Pathologie infectieuse - Fracture entraînant une impotence fonctionnelle - Intervention chirurgicale - Constipation sévère - Escarres
Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	- Dépendance pour l'alimentation - Dépendance pour la mobilité
Régimes restrictifs	- Sans sel - Amaigrissant - Diabétique - Hypocholestérolémiant - Sans résidu au long cours

. Illustration

Cascade gériatrique illustrée par M.Ferry



Annexes

Annexe 1. Fiche outil SNFCM, destiné aux professionnels, diagnostic de la dénutrition



Annexe 2. Fiche outil SNFCM, destiné aux professionnels, critère sarcopénie

■ Critères de réduction de la masse et/ou de la fonction musculaire

MÉTHODES (1 seule suffit)	Hommes	Femmes
Force de préhension en kg (dynamomètre)*	< 26	< 16
Vitesse de marche sur 4 mètres en m/s	< 0,8	< 0,8
Indice de surface musculaire en L3 (3 ^e vertèbre lombaire) en cm ² /m ² (scanner, IRM)	52,4	38,5
Indice de masse musculaire en kg/m ² (bio-impédancemétrie)**	7,0	5,7
Indice de masse non grasse en kg/m ² (bio-impédancemétrie)**	< 17	< 15
Masse musculaire appendiculaire en kg/m ² (DEXA)	7,23	5,67

■ Consensus européen (EWGSOP 2019) définissant la sarcopénie confirmée comme l'association d'une réduction de la force et de la masse musculaires

RÉDUCTION DE LA FORCE MUSCULAIRE (au moins 1 critère)	Hommes	Femmes
5 levers de chaise en secondes	> 15	
Force de préhension (dynamomètre) en kg	< 27	< 16
ET RÉDUCTION DE LA MASSE MUSCULAIRE (au moins 1 critère)***	Hommes	Femmes
Masse musculaire appendiculaire en kg	< 20	< 15
Index de masse musculaire appendiculaire en kg/m ²	< 7	< 5,5

■ Codage de la dénutrition

Toute dénutrition diagnostiquée et prise en charge doit faire l'objet d'un codage en lien avec le département d'information médicale.

DEXA : Absorptiométrie Biphotonique aux Rayons X
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

*Voir fiche « Évaluation de la force musculaire (préhension) par dynamométrie » disponible sur www.sthcm.org

**Voir fiche « Évaluation de la composition corporelle par bio-impédancemétrie » disponible sur www.sthcm.org

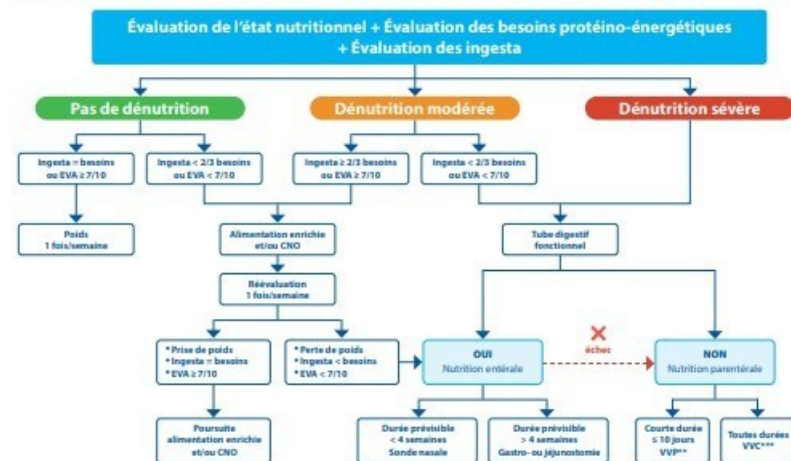
***Les méthodes les plus couramment utilisées dans la littérature pour estimer la réduction de la masse musculaire sont la DEXA et la bio-impédancemétrie. D'autres techniques sont validées pour mesurer la masse musculaire (tels le scanner, l'IRM ou l'échographie musculaire), mais les seuls restent à définir. Concernant l'anthropométrie, un tour de mollet < 31 cm est proposé.

Annexe 3. Fiche outil SNFCM, destiné aux professionnels, surveillance et arbre décisionnel de soin nutritionnel de Bouteloup et Thibault

Surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel



Prise en charge : arbre décisionnel du soin nutritionnel proposé par la SFNCM³



CNO : compléments nutritionnels oraux EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EVA : échelle visuelle ou verbale analogique SSR : Soins de suite et Réadaptation VVC : voie veineuse centrale VVP : voie veineuse périphérique

***Permettrait de couvrir la totalité des besoins énergétiques ***Sauf PICC (peripherally inserted central catheter): durée d'utilisation limitée à 6 mois

3. Bouteloup C, Thibault R. Arbre décisionnel du soin nutritionnel. Nutr Clin Metabol 2014; 28:52-6.

● Adulte de 18 à 69 ans

● Personne de 70 ans et plus

Annexe 4. Echelle mini nutritional Assessment



Mini Nutritional Assessment MNA®

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

Répondez au questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points pour obtenir le score de dépistage.

Dépistage

A Le patient a-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?

0 = sévère baisse de l'alimentation

1 = légère baisse de l'alimentation

2 = pas de baisse de l'alimentation

☐

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 = du lit au fauteuil

1 = autonome à l'intérieur

2 = sort du domicile

☐

D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?

0 = oui 2 = non

☐

E Problèmes neuropsychologiques

0 = démence ou dépression sévère

1 = démence modérée

2 = pas de problème psychologique

☐

F1 Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)

0 = IMC < 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC ≥ 23

☐

SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2.
MERCI DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE.

F2 Circonférence du mollet (CM) en cm

0 = CM < 31

3 = CM ≥ 31

☐

Score de dépistage

(max. 14 points)

☐ ☐

12-14 points: état nutritionnel normal

8-11 points: risque de malnutrition

0-7 points: malnutrition avérée

Pour une évaluation plus en profondeur, nous vous référons à la version complète du MNA® disponible sur www.mna-elderly.com

Guide d'entretien

Bonjour, Maxence infirmier étudiant en pratique avancée. Dans le cadre de ma formation je réalise un mémoire de recherche pour lequel je dois mener des entretiens. Je souhaite donc vous poser quelques questions au cours d'un échange qui durera entre 20 et 30 minutes sur le thème de la dénutrition des personnes âgées en établissement hébergement pour personne âgée dépendante. Ce que nous allons nous dire sera enregistré et anonymisé. Je retranscrirai cet entretien et en analyserai les résultats. Êtes-vous d'accord avec ce principe ? Avec votre consentement nous allons pouvoir commencer.

1. Dans un premier temps je vous laisse vous présenter professionnellement.
2. Quels sont selon vous les principaux enjeux liés à la nutrition des résidents ?

Est-ce un problème fréquent ?

3. Comment se met en place la surveillance de l'état nutritionnel au sein de votre établissement ?

Et plus précisément qu'elle est votre rôle ? Comment se passe la collaboration avec les autres professionnels ?

4. Sur quels critères repérez-vous la dénutrition chez un résident ?

Quels sont les signes que vous rencontrez le plus fréquemment ?

5. Pourriez-vous me décrire les situations dans lesquelles vous observez une dénutrition chez vos résidents ?

6. Quelles actions vous permettent de limiter et traiter la dénutrition ?

7. Voyez-vous d'autres choses à aborder, dont on n'aurait pas parlé ?

Question en Italique = Question de relance (pour préciser si besoin les réponses)

Lettre d'information

Bonjour, je suis Maxence Chrétien étudiant(e) en 2ème année d'infirmier en pratique avancée. Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur La dénutrition des personnes âgées en EHPAD.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier le dépistage de la dénutrition en EHPAD.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez faire partie du personnel soignant de cette EHPAD depuis 1 an minimum (Aide-soignant, Infirmier, Infirmier coordinateur, Médecin coordinateur).

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2025-046 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr .Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup scientifiques pour votre participation ! Pour accéder aux résultats de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : maxence.chretien.etu@univ-lille.fr

Grille COREQ (21)

Traduction française de la grille COREQ (Gedda 2015, 21)			
N°	Item	Guide questions/description	Réponse
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Chrétien Maxence
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	IDE
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	EIPA 2 ^e année, PCS
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Novice
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui pour 1 participante
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	Sujet de recherche et objectifs
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	
Domaine 2 : Conception de l'étude			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	Analyse thématique
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	Echantillonnage de convenance
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	Téléphone et courriel
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	12
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	1 établissement (non réponse)
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	lieu de travail
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	IDE, AS, Méd co, IDEC
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Pour 1 entretien
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	audio
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	oui
Domaine 3 : Analyse et résultats			
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Entre 15 et 35 minutes environ
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	oui
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	non
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	en annexe
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	non
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	traitement de texte, libre office

2 8	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	non
2 9	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	oui et identifiée
3 0	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	oui
3 1	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	oui
3 2	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	oui

Tableaux d'analyse des verbatim utilisés (raccourcis)

Thèmes	Sous-thèmes	Codes	Verbatims
Enjeux liés à la nutrition	Fréquence	Problème lié à la nutrition fréquent	• Oui, ça arrive tout de même assez fréquemment. IDEC 1
		Pas rencontré régulièrement	• Fréquemment, non. Mais ça peut arriver. AS 2
	Conséquences	Eviter cascades gériatriques	• Les enjeux, c'est le maintien de... Ils ne réussiront pas à garder une autonomie. MC 3
		Maintenir un bon état de santé	• il est important de surveiller la nutrition des résidents pour éviter tout ce qui est perte de poids, tout ce qui est maladie. IDE 2
	Activité	Importance du repas	• C'est le repas qui est le plus important...mais je pense que ça doit être un moment rassurant ou réconfortant ou quelque chose comme ça. AS 3

Thème	Sous thèmes	Codes	Verbatim
Situations à risques de dénutrition	Personnes âgées	Baisse de l'appétit	• Oui, les personnes âgées déjà mangent moins. IDEC 1
		Mauvaise état bucco-dentaire	• L'état bucco-dentaire, s'il manque des dents ou un truc comme ça. Pour manger, c'est pas évident, donc c'est mixé. IDEC 2
		Perte autonomie	• Mais c'est quand même le cas plus fréquent chez les gens qui sont très grabataires. MC 2
	Pathologies	Troubles cognitifs	• elles peuvent oublier qu'elles n'ont pas mangé ou qu'elles ont mangé. AS 1
		Thymie	• Il faut surtout être vigilant avec l'état dépressif, notamment quand ils rentrent. MC 1
		Troubles de déglutition	• Et il y en a qui ont des problèmes de déglutition et du coup, ils n'ont plus faim. MC 2
		Pathologies chroniques	• La polypathologie, ça peut amener vers la dénutrition aussi. IDE 3
	Institutionnalisation	Entrée en EHPAD	• on change complètement leur alimentation, leur façon de se nourrir. Donc parfois, il y a une perte d'appétit, un manque de prise alimentaire. MC 1
		Repas non équilibrés	• pour l'instant, je me bats, c'est qu'il n'y a pas assez de variété au niveau des légumes. IDE 2
		Mauvaise présentation	• S'il n'y a qu'une couleur dans son assiette, il ne mange pas. IDEC 1

Thème	Sous thèmes	Codes	Verbatims
Critères diagnostics	Paraclinique	Perte de poids	• La perte de poids, essentiellement. MC 3
		Dosage Albumine	• même sans être en dénutrition, si on est vraiment au niveau des normes basses, on met en route une supplémentation. MC 1
	Clinique	Dégradation état de santé	• Ça peut être aussi un état dépressif. AS 1
		Baisse de l'alimentation	• La baisse des apports. La baisse des apports nutritionnels. IDEC 2

Thème	Sous-thèmes	Codes	Verbatims
Méthodes de surveillance	Modalités habituelles de surveillance	Professionnel référent	On a notre référente qui tient un tableur et qui note les résultats d'albumines. IDE 1
		Poids mensuel	on surveille le poids tous les mois. AS 3
		Surveillance biologique (Albumine)	Généralement, l'albumine est faite pour les résidents une fois par an. IDE 2
		Surveillance quotidienne	on surveille l'alimentation. AS 1
		Surveillance état bucco-dentaire	Après, on regarde aussi tout ce qui est l'état bucco-dentaire aussi IDEC 2
		Outils	Parce qu'on a un logiciel qui nous lance des alertes MC 1
	Cas particulier	Poids 1 fois par semaine	selon les cas, c'est peut-être une fois par semaine. IDE 2
		Quantification des ingestas si perte d'appétit	Mais si on commence à constater qu'elle mange moins, on fait une surveillance alimentaire dans le logiciel NetSoins. AS 1
		Dépistage dénutrition à l'entrée	le médecin co-prescrit une albumine pour voir où ils en sont déjà. IDE 3
		Surveillance rapproché si pathologies intercurrentes	Toutes les pathologies intercurrentes, qu'elles soient pathologies physiques ou pathologies mentales, c'est quelque chose qui va nous demander une attention particulière. MC 2
	Freins	Données manquantes	Ben, il faut tout le temps leur rappeler qu'il faut peser les gens. MC 3
		Utilisation logiciel inadapté	ils inondent les transmissions et en fait, on ne voit pas vraiment ce que la personne mange....IDEC 1

Thèmes	Sous-thèmes	Codes	Verbatims
Traitement et prévention de la dénutrition	Prévention	Favoriser le plaisir alimentaire et convivialité	- on essaie de trouver des aliments que le résident préfère. IDE 1 - Donc, on essaie de mettre des gens qui ont des affinités. AS 3
		Connaître résident	Donc, il faut bien connaître les résidents. AS 3
		Fractionnement des repas	on peut déjà ...fractionner les repas. IDEC 1
		Equilibre des repas	diététicienne qui vient pour bien équilibrer les repas, AS 1
		Adaptation texture	On essaie de revoir l'alimentation. AS 3
		Stimulation au repas	Proposer de l'aide s'ils veulent de l'aide pour les alimenter. AS 2
		Ergonomie	L'installation c'est important AS 3
Traitement et prévention de la dénutrition	Traitement	Enrichissement des plats	Et complément alimentaire. IDE 2
		Choix du produits adaptés au résident	Adapter aux résidents. AS 2
		Nutrition entérale	la seule solution c'était la sonde nasogastrique. AS 1
		Rechercher et traiter la cause	on traite d'abord la cause MC 2
		Changement d'environnement	en surveillance-tisanerie, par exemple. Là, on surveille AS 3
		Intervention psychologue	j'en parle à la psychologue qui vient la voir. IDE 2

Table des matières

GLOSSAIRE.....	6
Avant-Propos.....	7
Introduction.....	1
I. La dénutrition.....	1
a. Définition.....	1
b. Physiologie du vieillissement et nutrition.....	2
c. Les causes de la dénutrition chez le sujet âgé.....	3
d. Diagnostic de la dénutrition.....	4
e. Conséquences de la dénutrition.....	6
f. Traitement de la dénutrition.....	7
II. Spécificités de la personne âgée et de la population en établissement pour personne âgée dépendante.....	9
a. Démographie des personnes âgées en institution.....	9
b. Autonomie et dépendance des personnes âgées en institution.....	10
Conclusion.....	13
III. Question de recherche et Hypothèses.....	14
Méthodes.....	15
I. Type d'étude.....	15
II. Constitution de l'échantillon.....	16
a. Méthode de recrutement.....	16
b. Population ciblé.....	16
c. Critères d'inclusions.....	16
d. Critères d'exclusion.....	16
III. Aspect éthique et réglementaire.....	17
IV. Recueil de données.....	17
Résultats et Analyse.....	19
I. Présentation de l'échantillon.....	19
II. Thèmes abordés.....	20
III. Analyse des données.....	21
a. Les enjeux de la nutrition.....	21
• Fréquence.....	21

• Conséquences.....	21
• Activité.....	21
b. Situations à risque de dénutrition.....	22
c. Critères diagnostiques.....	25
d. Méthodes de surveillance.....	27
• Surveillance quotidienne et observations cliniques.....	29
• Surveillance adaptée aux situations à risque.....	29
• Surveillance alimentaire ciblée.....	30
e. Traitement et prévention de la dénutrition.....	31
Discussion.....	34
I. Réponse à la question de recherche, objectifs et hypothèses.....	34
II. Liens entre les données et la littérature.....	37
Enjeux de la nutrition.....	37
Situations à risque de dénutrition.....	38
Critères diagnostiques.....	38
Méthodes de surveillance.....	39
Traitement et prévention de la dénutrition.....	40
III. Forces et limites de l'étude.....	40
IV. Perspectives.....	42
a. Cliniques.....	42
b. Perspectives pratiques et professionnelles.....	43
c. Perspectives de recherche.....	45
Conclusion.....	47
Bibliographie.....	49
. Tableaux.....	52
. Illustration.....	56
. Annexes.....	57

AUTEUR : Nom : Chrétien

Prénom :

Maxence Date de soutenance : 03 juillet 2025

Titre du mémoire : La dénutrition des personnes âgées en EHPAD

Mots-clés libres : Dénutrition ; Personne âgée ; EHPAD ; surveillance nutritionnelle ; Diagnostic ; Infirmier de Pratique avancée

Résumé :

Contexte : La dénutrition en EHPAD représente 15 à 38 % des habitants et environ 400 000 seniors en 2021, compromettant l'autonomie et augmentant les complications de santé, la Haute Autorité de Santé (HAS) à actualiser ses critères diagnostiques en 2021.

Objectif : Cette étude analyse l'intégration de ces nouvelles recommandations dans les pratiques professionnelles. L'objectif est d'évaluer les méthodes de surveillance de l'état nutritionnel des habitants.

Méthodologie : Une étude qualitative multicentrique menée dans trois EHPAD, avec douze entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers diplômés d'État, d'infirmières coordinatrices, d'aides-soignantes et de médecins coordinateurs.

Résultats : Le diagnostic repose principalement sur le suivi mensuel du poids et le dosage de l'albumine. L'évaluation de la sarcopénie et l'association d'un critère étiologique sont rarement mobilisées, malgré leur importance théorique.

Conclusion : Ces constats soulignent la nécessité de former les équipes aux critères de 2021, de structurer la collaboration interprofessionnelle, et de développer des outils d'aide à la décision pour dépister précocement et systématiquement la dénutrition en EHPAD.

Resume :

Context: Undernutrition in nursing homes is a common issue and a major concern for resident care. In 2021, approximately 400 000 seniors and 15 to 38 percent of residents were affected, the National Authority for Health had update diagnostic criteria in 2021.

Objective: This study aims to understand how these new recommendations are integrated into professional practices. To appreciate the methods used to monitor residents nutritional status.

Methodology: A multicenter qualitative study is conducted in three nursing homes, using semi-structured interviews with twelve health professionals care assistants, nurse coordinators, nursing assistants, and coordinating doctor.

Results: Diagnostic criteria and nutritional monitoring rely mainly on monthly weight tracking and albumin measurement. However, sarcopenia assessment is not routinely performed.

Conclusion: These results underline the need to train teams on the 2021 criteria, strengthen research of sarcopenia, reinforce autonomy, and develop clinical decision-support tools for earlier, regular and systematic undernutrition detection in nursing homes.

Directeur de mémoire : Docteur Denis Deleplanque