



UNIVERSITÉ DE LILLE

DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2025

**MÉMOIRE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE
AVANCÉE**

**MENTION : Pathologies Chroniques Stabilisées, prévention et
polypathologie courantes en soins primaires**

Dénutrition de la personne âgée en EHPAD : analyse des pratiques

Présenté et soutenu publiquement le 30 Juin 2025 à 18h à LILLE

(Département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par Mélanie LAIGLE

JURY :

Président du jury : Professeur GLOWACKI François-Xavier

Enseignante Infirmière : Madame SAMYN Marie-Cécile

Directeur de mémoire : Docteur BÉCOURT Karine

Département facultaire de médecine Henri Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

GLOSSAIRE

Sigle

libellé

- EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- HAS Haute Autorité de Santé
- IMC Indice de Masse Corporelle
- MNA Mini Nutritionnal Assessment
- OMS Organisation Mondiale de la Santé
- CNO Compléments Nutritionnels Oraux
- IPA Infirmière en Pratique Avancée
- IDE Infirmier Diplômé d'Etat
- COREQ Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

SOMMAIRE

Remerciements

Glossaire

Introduction.....1

Problématique.....15

Méthode.....17

Résultats et analyse.....19

Discussion.....35

Conclusion.....39

Bibliographie

Table des matières

Liste des figures

Liste des tableaux

Annexes

Abstract

REMERCIEMENTS :

Je remercie,

Mes filles et mon conjoint pour leur patience et leur soutien. Ils m'ont soutenue, supportée, encouragée durant ces deux années. Excusez-moi encore de vous avoir « mis de côté ».

Madame le Docteur Karine BECOURT, mon directeur de mémoire pour sa disponibilité, son soutien et son aide précieuse pour la réalisation de ce travail et de mon futur projet professionnel.

Mon maître de stage, Monsieur le Docteur Jean-Charles BOUBERT pour son accompagnement précieux, ses encouragements et son professionnalisme durant ces deux années et plus particulièrement durant ces derniers mois de formation.

Mon maître de stage, Madame le Docteur Valérie PETIT et son équipe pour leur accueil bienveillant en stage.

Toute l'équipe pédagogique pour son soutien, ses conseils et ses enseignements durant ce master qui m'a beaucoup apporté.

Toutes les personnes qui ont participé d'une manière ou d'une autre à la conduite de mon projet professionnel : mes parents, mes beaux-parents, Véronique, Madame Noyelle...

Enfin un remerciement tout particulier à mes collègues de promotion plus particulièrement à Ophélie et Maxime, à Julie, Elodie et Camille mes collègues de travail pour leur bienveillance et leur soutien qui a été infaillible durant ces deux dernières années.

***« La pierre n'a point d'espoir que d'être pierre.
Mais de collaborer, elle s'assemble et devient temple. »***

Saint Exupéry

INTRODUCTION

I/ Contexte de l'étude

Infirmière en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) depuis décembre 2007, ayant acquis, par le biais de différentes formations et de sensibilisation, des compétences en matière de dénutrition chez la personne âgée, il m'a semblé judicieux de réaliser mon mémoire sur « la dénutrition chez les personnes âgées en EHPAD ». Durant la première année du master, les spécificités liées à l'avancée en âge des personnes et la dénutrition, ont été largement abordées. Ceci m'a permis de prendre davantage conscience que la dénutrition est une réelle problématique dans la vie des personnes âgées.

Depuis plusieurs années, la population augmente et vieillit. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), cette augmentation continuera jusqu'en 2044. L'augmentation de l'espérance de vie fera croître le nombre de personnes ayant plus de 65 ans (1).

Ce vieillissement de la population a des conséquences sur l'état de santé des personnes puisqu'avec l'avancée en âge, de nombreux facteurs se développent tels que la polypathologie, la perte d'autonomie, causes essentielles de l'apparition de la dénutrition.

La dénutrition de la personne âgée, par sa fréquence et son impact sur l'état de santé, est désormais reconnue par les institutions comme un véritable problème de santé publique (2). Au niveau national, les études montrent que 30 à 50% des personnes âgées résidant en EHPAD sont dénutries (3).

De ce fait, il apparaît intéressant d'étudier la prise en soins de la dénutrition réalisée en EHPAD. Comment le personnel soignant perçoit-il le phénomène de dénutrition ?

Dans la première partie de ce travail, nous nous interrogerons sur :

- Ce qu'est la dénutrition chez la personne âgée ?
- Comment doit être dépister la dénutrition ?
- Quelles sont les données épidémiologiques actuelles relatives à la dénutrition chez la personne âgée ?

La seconde partie décrira les résultats et l'analyse de l'étude qualitative effectuée sur le sujet : « Dénutrition de la personne âgée en EHPAD : analyse des pratiques ».

Pour la réalisation de cette étude, des entretiens semi-directifs seront menés auprès d'infirmiers travaillant au sein d'un EHPAD. L'analyse des réponses nous permettra de déterminer les leviers et les freins à actionner, afin d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées dénutries en EHPAD.

II/ Dénutrition

1/ Définitions et critères diagnostiques de la dénutrition

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la dénutrition peut être définie comme « *l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel, caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéinique négatif c'est-à-dire un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme* » (4).

Ce déséquilibre, entraînant de nombreuses conséquences délétères pour la personne, est multifactoriel, d'autant plus chez la personne âgée. Il peut être dû à une affection aiguë ou à la décompensation d'une pathologie chronique, à un traitement médicamenteux de la personne, à des troubles bucco-dentaires, à un régime restrictif, à des troubles de la déglutition, d'autres causes, moins fréquentes, peuvent également être responsables de dénutrition. (5)

Nous venons de voir que le processus de dénutrition résulte d'un continuum physiopathologique, qui a des répercussions directes sur l'état de santé et la qualité de vie de la personne âgée. Cette dernière peut être confrontée à des troubles de la marche, des chutes, des décompensations de pathologies chroniques ou encore à une perte d'autonomie. Parfois, ces personnes peuvent en décéder.

Devant la gravité potentielle de la dénutrition chez la personne âgée, la HAS préconise un dépistage systématique de la dénutrition selon certains critères (4), que nous allons développer.

Le diagnostic de la dénutrition nécessite la présence d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique.

En effet, pour poser ce diagnostic doivent être réunis un critère phénotypique et un critère étiologique. Un seul de ces types de critère suffit pour poser le diagnostic chez les personnes de plus de 70 ans. (4)

Les critères phénotypiques sont :

- une perte de poids supérieure ou égale à 5% en 1 mois ou supérieure à 10% en 6 mois ou supérieure ou égale à 10% par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
- un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 20 kg/m². L'IMC est le rapport du poids sur la taille²
- la confirmation de la sarcopénie réalisée par la mesure de la force musculaire à l'aide d'un dynamomètre à main appelé le hand grip test et la réduction de la masse musculaire de la

personne. La réduction de la force musculaire correspond à un résultat du hand grip test chez l'homme inférieur à 27 kg et chez la femme inférieure à 16 kg, la réduction de la masse musculaire correspond quant à elle, à une circonférence du mollet inférieure à 31 cm. (4)

Les critères étiologiques sont :

- la réduction de la prise alimentaire supérieure ou égale à 50% pendant une semaine ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la prise alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés
- une absorption réduite : mal digestion ou malabsorption
- une situation d'agression : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou une pathologie maligne évolutive (4)

Il existe également un questionnaire alimentaire scoré le Mini Nutritional Assessment (MNA) (Annexe 1) pour identifier le risque de dénutrition chez les personnes âgées.

Ce diagnostic de dénutrition est essentiel avant de déterminer la notion de sévérité.

La sévérité de la dénutrition est définie comme suit : (un seul critère est suffisant)

- un IMC inférieur ou égal à 18,5 kg/m²
- une perte de poids supérieure ou égale à 10% en 1 mois
- une perte de poids supérieure ou égale à 15 % en 6 mois
- une perte de poids supérieure ou égale à 15% par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
- un dosage de l'albuminémie inférieur à 30g/l (4)

Une personne âgée peut donc avoir :

- une dénutrition sans critère de gravité

- une dénutrition sévère.

Ce type de dénutrition doit nécessiter un accompagnement nutritionnel rapide car elle est associée comme nous avons pu le voir à une augmentation importante de la morbi-mortalité.

- l'absence de dénutrition mais la présence de facteurs de risque de dénutrition, d'où l'importance de la prévention

2/ Physiologie de la personne âgée

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la personne âgée toute personne de plus de 60 ans. Le seul critère de l'âge est retenu pour cette définition. Aucun autre critère n'est mentionné. (7)

La définition repose donc uniquement sur le fait de l'avancée en âge.

Nous pouvons penser que les besoins nutritionnels des personnes âgées sont moindres que ceux des personnes plus jeunes. Cependant leurs besoins en nutriment sont supérieurs. Il ne faut donc pas qu'elles mangent moins sous prétexte qu'elles sont âgées. (8)

Dans la littérature, nous retrouvons trois classifications types chez les personnes âgées : la robustesse, la fragilité et la dépendance. En effet, toutes les personnes ne vieillissent pas de manière identique, la population est hétérogène. (9)

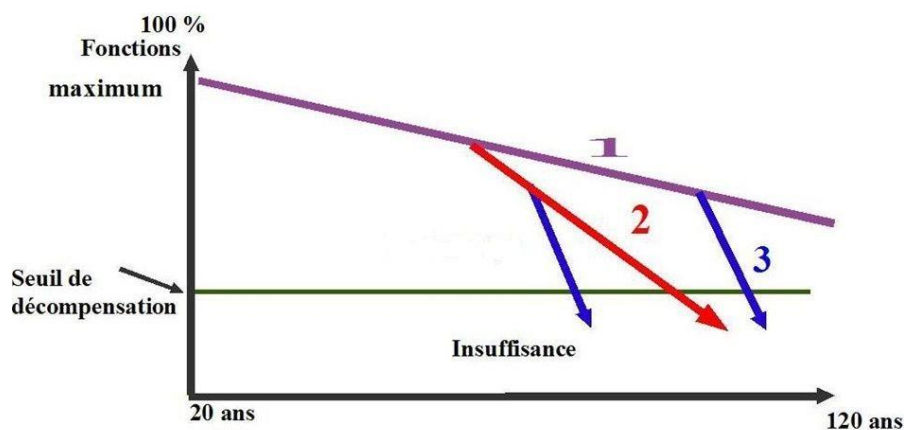
Il existe donc des personnes âgées robustes, des personnes âgées fragiles et des personnes âgées dépendantes.

Les personnes âgées robustes sont des personnes qui ont « *bien vieilli* ».

Les personnes fragiles sont des personnes qui « *vieillissent moins bien et qui ont un risque majoré de dépendance* ». Cet état de fragilité est transitoire et réversible.

Les personnes âgées dépendantes sont des personnes qui ont « *besoin d'être aidé pour les actes de la vie quotidienne* ». Cet état de dépendance est quant à lui irréversible.

Il est donc important de repérer cette fragilité pour éviter la cascade gériatrique qui est un déséquilibre en série de fonctions vulnérables après un facteur déclenchant. Cette cascade a été représentée par le modèle de Bouchon (annexe 2), et entraînera les personnes vers la dépendance. Ce repérage doit être un enjeu majeur.



Modèle de Bouchon (annexe 2)

De plus, les effets de l'avancée en âge se font ressentir notamment avec la diminution des réserves fonctionnelles, la présence de pathologies aiguës, chroniques et de décompensations dues au vieillissement physiologique, qui favorise un risque permanent pour les personnes âgées.

3/ Situations à risque de dénutrition

Il existe de nombreuses situations pour lesquelles les personnes présentent ou cumulent des risques de dénutrition.

Dans ce tableau sont répertoriées toutes les situations qui favorisent le risque de dénutrition chez une personne âgée. Nous pouvons constater que de nombreuses situations entrent en considération dans le phénomène de la dénutrition.

Tableau I : Facteurs de risque de dénutrition chez les personnes âgées.

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

Facteurs de risque de dénutrition chez la personne âgée (Annexe 3)

4/ Dépistage de la dénutrition

Dans la littérature, nous retrouvons que l'évaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée en institution donc en EHPAD doit être réalisée à l'entrée et au moins une fois par mois. (10)

La dénutrition est un phénomène assez complexe à comprendre et à connaître. Il est important de connaître les situations à risque de dénutrition afin d'accompagner au mieux les personnes âgées.

Au sein des EHPAD, le médecin coordonnateur est responsable du dépistage de la dénutrition et de l'accompagnement des personnes âgées, en collaboration avec le médecin traitant et les soignants. (11)

Ce dépistage est propre à chaque établissement. Celui-ci doit être réalisé à l'aide des critères de la HAS.

5/ Conséquences de la dénutrition

La dénutrition a de nombreuses conséquences sur l'état de santé des personnes.

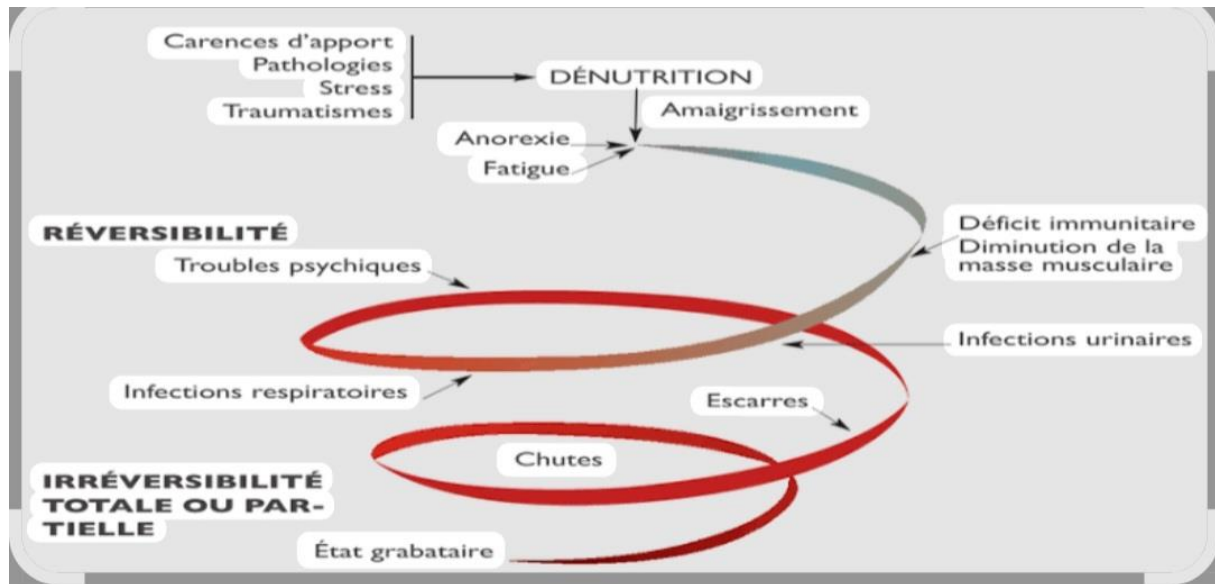
Dans la littérature, nous retrouvons une multitude de conséquences qui s'enchaînent les unes aux autres. Citons en exemple : des troubles de la marche qui entraîneront des chutes, qui entraîneront des fractures, qui entraîneront la possible apparition d'escarres...

Il est estimé que la dénutrition augmente la durée d'hospitalisation par au moins 2 voire 4, augmente le risque d'apparition d'une pathologie infectieuse par 2 voire par 6 et augmente le risque de mortalité quant à lui par 2 voire par 8. (12)

Nous retrouvons donc un engrenage, qui a été décrit par le Docteur Monique FERRY comme une « spirale de la dénutrition » (Annexe 4).

En effet, cette spirale évoque un enchaînement de dégradations de l'état de santé de la personne dû à la dénutrition qui déclenchera à son tour un autre problème de santé, puis un autre de plus en plus grave.

Ci-dessous le schéma de la « spirale de la dénutrition » qui illustre toutes les répercussions que peut avoir la dénutrition sur l'état de santé d'une personne.



La spirale de la dénutrition selon le Dr Monique FERRY (Annexe 4)

6/ Prise en charge de la dénutrition

Une fois dépistée, la dénutrition doit être prise en charge.

Dans la littérature, nous retrouvons que le traitement de la dénutrition comprend un accompagnement psychologique et un accompagnement à type de supplémentation par la mise en place de compléments nutritionnels oraux (CNO), une nutrition entérale ou voire une nutrition parentérale dans certaines situations. (13)

Ce travail traitant des personnes âgées dénutries en EHPAD, nous nous concentrerons particulièrement sur la mise en place des CNO.

Dans un premier temps, la prise en charge de la dénutrition en EHPAD est la mise en place d'une alimentation enrichie et d'une activité physique régulière. Après la réévaluation faite, dans un second temps la prescription de CNO est envisagée. Toutefois, si la dénutrition de la personne âgée est sévère, les CNO seront prescrits en première intention.

- L'alimentation peut être enrichie naturellement avec des apports en protéine (de type jaune d'œufs, jambon, fromage râpé), ou plus « artificiellement » par de la poudre hyper-protéinée au goût neutre qui est intégrée dans le plat (14).



Figure 1 : Illustration de poudre de protéine (15)

- L'activité physique chez les personnes âgées permet de maintenir un bon état musculaire et osseux, elle permet également de maintenir les fonctions cognitives (ou de diminuer leur altération) et de diminuer le risque de dépression. Selon la littérature, les personnes âgées devraient pratiquer au 150 minutes d'activité d'intensité modérée par semaine et des exercices de renforcement musculaire devraient être pratiqués au moins 2 fois par semaine. (16)



Figure 2 : Illustration activité physique en EHPAD (17)

- Les CNO sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyper énergétiques et/ou hyper-protéinés. Il s'agit de denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales prescrites aux personnes dénutries ou à risques de dénutrition. (18)

Les CNO varient par leur composition nutritive, leur forme (crème, jus de fruits, biscuit...), leurs goûts (vanille, chocolat, fraise biscuitée, façon tarte tatin...) en fonction des gammes proposées par les laboratoires.



Figure 3 : Illustration de complément nutritionnel oral (19)



Figure 4 : Illustration de complément nutritionnel oral (20)

Afin que leur prise soit optimale, quelques conseils sont à suivre :

Les CNO viennent en complément de l'alimentation, ils ne la remplacent pas. Ces derniers doivent être pris à distance des repas, le mieux est 2h avant ou après le repas, peuvent être chauffés ou mis au frais...

Si la personne âgée présente des difficultés à la prise, l'équipe doit apporter son aide.

Ci-dessous la charte de la complémentation orale présentée par le Dr Séguy au cours d'un enseignement concernant « *L'entretien d'un patient dénutri* ».

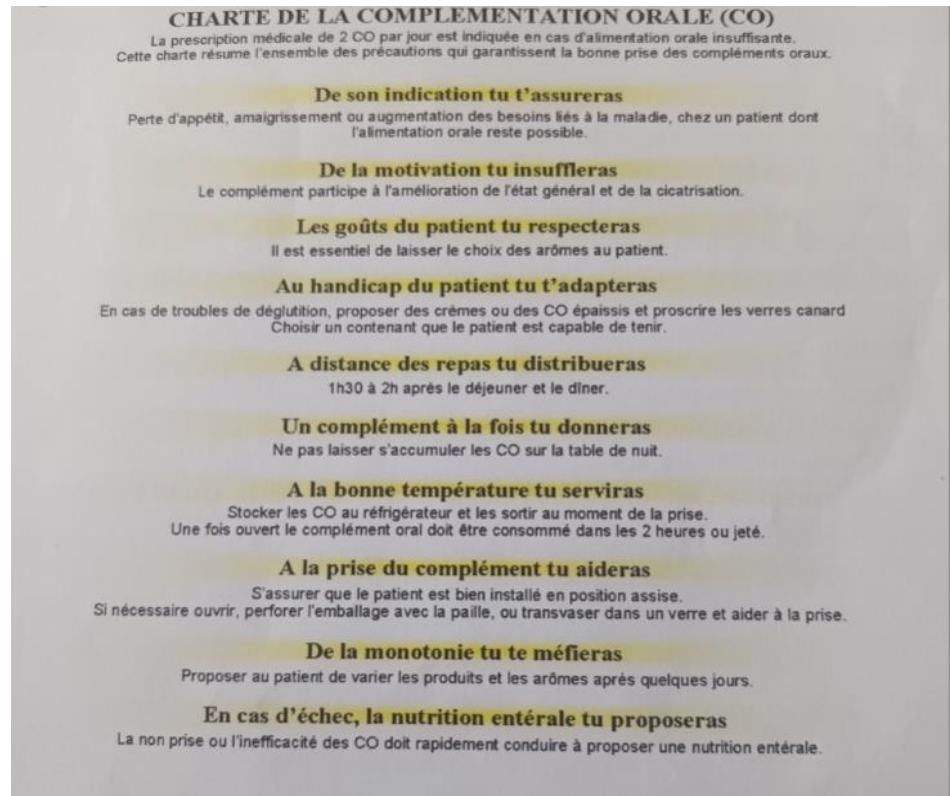


Figure 5 : Charte de la complémentation orale (21)

III/ Epidémiologie

En France, en 2021, 13,9 millions de personnes ont de plus de 65 ans soit environ 20,7% de la population, contre 16,6% en 2010. (22)

Les causes du vieillissement de la population française sont la baisse de la natalité, l'augmentation de l'espérance de vie, la diminution de la mortalité pour les classes d'âge les plus élevées et le baby-boom. (23)

Au total, 700 000 personnes âgées vivent en EHPAD soit 10 % de la population des personnes âgées de plus de 65 ans. (24)

Selon la HAS et les nouvelles recommandations de 2021, 2 millions de personnes seraient atteintes de dénutrition (5), ces personnes se trouvent au domicile ou en institution. La dénutrition est bien un enjeu de santé publique.

En 2021 en France, 40% des personnes âgées étaient hospitalisées pour des conséquences de la dénutrition (25).

Les dernières recommandations de la HAS ont pour objectif d'améliorer le dépistage et d'effectuer un diagnostic plus précoce, ce qui permettra de diminuer les complications liées à la dénutrition (6).

La dénutrition est un des déterminants de la fragilité gériatrique.

PROBLEMATIQUE

Au sein des EHPAD, la dénutrition est un véritable problème de santé publique. Grâce à la prévention et aux outils de repérage, il est possible de la dépister.

Le dépistage et la prise en soins de la dénutrition sont réalisables dans ces établissements, cependant il semble y avoir des manquements au niveau du suivi des personnes.

La problématique de la dénutrition a été repérée comme un critère de fragilité prévalent parmi les syndromes gériatriques.

Il serait donc intéressant d'appréhender la prise en soins de la dénutrition au sein des EHPAD.

Il convient bien entendu de prendre en considération le déficit en médecins coordonnateurs dans les EHPAD et de la multitude de tâches des infirmiers exerçant dans ce type d'établissement.

Dans ce contexte, un état des lieux de l'accompagnement des personnes dénutries au sein des EHPAD en matière de dépistage, de réévaluation et de prise en soins est envisagé. Il serait également intéressant d'apprécier les connaissances des soignants sur ce vaste sujet que représente la dénutrition chez les personnes âgées.

Selon les résultats obtenus et en référence aux travaux déjà réalisés sur le sujet et aux données de la littérature, le questionnement pourra être élargi sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer l'état nutritionnel des personnes âgées en EHPAD : Peut-on mieux les accompagner ?

Dans ces conditions, il apparaît indispensable d'encadrer les équipes soignantes dans cette démarche d'accompagnement des personnes âgées dénutries vivant en EHPAD, afin d'améliorer la qualité de vie de ces dernières.

1/ Problématique

Afin d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées résidant en EHPAD, comment l'infirmière en pratique avancée (IPA) pourrait-elle apporter son aide aux équipes soignantes, dans la prise en soins de la dénutrition des personnes âgées ?

2/ Objectif

Démontrer l'impact que pourrait avoir une IPA sur la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées résidant en EHPAD.

3/ Hypothèses

- Le dépistage de la dénutrition n'est pas réalisé de manière systématique comme le préconise la HAS.
- La réévaluation de la dénutrition n'est pas effective.
- Les équipes soignantes manquent de connaissance sur le sujet de la dénutrition.
- Les CNO ne sont pas administrés selon les recommandations de la HAS.

METHODE

1/ Design

Il s'agit d'une étude de recherche qualitative réalisée à l'aide d'un guide d'entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont été effectués auprès d'un infirmier (IDE) et d'infirmières exerçant auprès de personnes âgées en EHPAD dans les Hauts de France.

2/ Recrutement

Deux décisions ont été retenues :

- il a semblé important de s'intéresser à des établissements différents
- un soignant (IDE) par structure a été interviewé, considérant que les réponses données reflétaient l'avis des autres soignants collaborateurs

Les établissements ont été choisis sur une aire géographique regroupant des EHPAD des départements du Pas de Calais et du Nord, dans la région des Hauts de France.

3/ Réalisation

Un premier contact téléphonique a été pris auprès d'un ou une infirmière exerçant dans les établissements retenus, jusqu'à l'obtention d'un maximum de 10 structures, limite fixée pour l'étude.

Sur la base du volontariat, les personnes contactées ont été invitées à prendre un rendez-vous téléphonique en vue d'un entretien.

L'interview était effectué avec l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 5), validé par le directeur de mémoire et testé au préalable auprès d'une collègue de travail.

Ce guide d'entretien a été vérifié avec la grille COREQ. (Annexe 6)

Chaque entretien était enregistré sur dictaphone, avec l'autorisation préalable du professionnel concerné.

Chaque entretien avait une durée fixée à environ 10 minutes.

4/ Analyse

Le contenu des entretiens a été retranscrit à l'aide du logiciel Transcribe puis repris de façon manuelle au format Word avec l'intégralité des propos, sous forme anonyme par l'attribution d'un numéro aux documents et par la suppression des nom et prénom de l'interviewé.

Après retranscription et vérification, l'ensemble des enregistrements a été supprimé.

5/ Cadre réglementaire

Aucune demande spécifique n'a été faite auprès des autorités, aucune donnée de santé n'ayant été utilisée pour la réalisation de ce travail.

RESULTATS ET ANALYSE

Dix établissements ont été inclus dans l'étude par le biais de dix soignants exerçant l'activité d'IDE dans la structure contactée.

Au total, 11 IDE de 11 structures différentes ont été jointes par téléphone.

Un infirmier a refusé l'entretien pour raisons personnelles.

L'échantillon de notre étude est ainsi composé de dix questionnaires auxquels dix IDE de dix établissements différents ont répondu au cours d'un rendez-vous téléphonique.

Ce nombre correspondait à celui fixé dans la méthode.

Chaque questionnaire comprenait 8 questions.

La décision a été prise d'étudier les 10 réponses données par les soignants à chacune des questions. Les résultats ont donc porté sur 80 réponses en tout.

1/ Résultats :

Question numéro 1 : « Accompagnez-vous des personnes âgées dénutries ? »

	OUI	NON
Entretien 1	X	
Entretien 2	X	
Entretien 3	X	
Entretien 4	X	
Entretien 5	X	
Entretien 6	X	
Entretien 7	X	
Entretien 8	X	
Entretien 9	X	
Entretien 10	X	

Tableau 1 : Tableau accompagnement de personnes âgées dénutries

Toutes les personnes interrogées ont déclaré accompagner les personnes âgées dénutries :
« Oui, donc, je travaille dans un EHPAD de 120 résidents, donc euh 120 résidents de de personnes âgées et oui, euh oui forcément que sur les 120, il y en a des dénutries », « Une bonne moitié », « j'en rencontre quotidiennement », « il y a beaucoup de personnes âgées dénutries sévères » ...

Question numéro 2 : « Pour vous, qu'est-ce que la dénutrition ? Que pouvez-vous m'en dire ? »

	Déséquilibre nutritionnel	Protéine	Poids	Albumine
Entretien 1			X	X
Entretien 2			X	X
Entretien 3			X	X
Entretien 4		X		X
Entretien 5	X		X	X
Entretien 6	X			X
Entretien 7			X	X
Entretien 8			X	X
Entretien 9			X	X
Entretien 10			X	X

Tableau 2 : Tableau descriptif de la dénutrition

Toutes les personnes interrogées ont déclaré connaître ce qu'est la dénutrition. Elles ont toutes évoqué le dosage de l'albumine pour la définir. : *« on réalise des prises de sang, généralement quand même, on essaye de faire une prise de sang avec l'albumine une fois par an », « on le voit par rapport à la prise de sang, au niveau de l'albuminémie », « qui est diminuée »...*

Huit personnes sur 10, soit 80%, ont mentionné la surveillance du poids et notamment la perte de poids possible en cas de dénutrition : *« on surveille également le le poids », « les poids sont refaits une fois par mois »*

Seulement 20% des IDE ont évoqué le déséquilibre nutritionnel : « *c'est un état biologique qui reflète un manque d'apport énergétique* », « *un apport nutritionnel insuffisant* » et le terme « protéine » n'est pas employé d'emblée pour parler de ce phénomène.

En résumé ce sont le dosage de l'albumine et la surveillance du poids que la majorité des IDE ont déclaré utiliser pour définir la dénutrition. : « *Par bilan sanguin et surveillance du poids* », « *pour doser l'albuminémie* », « *je dirais plus que par la dénutrition qu'il y a le dosage de l'albumine, il y a la surveillance du poids, il y a aussi euh le...l'IMC et euh oui euh c'est principalement ce que ce que je sais de la dénutrition* ».

Question numéro 3 : « Comment est-elle dépistée au sein de l'EHPAD où vous travaillez ? Une réévaluation de cette dénutrition est -elle réalisée ? Si oui, à quel moment et comment ? »

	Poids	Taille	Circonférence bras et mollet	Force musculaire	Albuminémie	Perte de l'appétit
Entretien 1	X				X	X
Entretien 2	X				X	
Entretien 3	X				X	X
Entretien 4					X	
Entretien 5					X	X
Entretien 6					X	X
Entretien 7	X	X	X		X	
Entretien 8	X	X	X		X	
Entretien 9	X	X			X	
Entretien 10	X				X	

Tableau 3 : Tableau des critères diagnostiques et de sévérité de la dénutrition

100% des personnes interviewées ont dit dépister la dénutrition par le dosage de l'albumine dans le sang. Les fréquences de dosage sont différentes selon les établissements : « *On a un*

dosage de l'albumine », « une albuminémie tous les trois mois », « on essaye une fois par an sur une période de faire le tour de toutes les prises de sang par résident fait dans l'année pour voir s'il y a eu au moins une albumine de faite.

Dans 2/3 des structures, la surveillance du poids est effective : *« on pèse aussi tous les mois les résidents », « l'analyse de la courbe du poids du résident. ».*

Près de la moitié des IDE a mentionné la perte d'appétit associée au suivi alimentaire : *« et aussi du suivi alimentaire qui est rempli par les aides-soignantes », « on se rend compte que le patient ne, ne ne s'alimente pas correctement ».*

Près de 30% des personnes interrogées ont évoqué l'IMC et l'importance de retrouver la taille dans le dossier médical du résident : *« alors il y a le MNA, donc ça c'est les questions en fait par rapport à l'alimentation, ça fait euh, ça fait un nombre de points et en fonction de ça, bah c'est classé par rapport à la, aux recommandations de l'HAS », « en fonction de l'IMC ».*

Le MNA, la circonférence du bras ou du mollet n'ont été mentionnés que par une personne ; la force musculaire, quant à elle, n'a pas du tout été évoquée.

Concernant l'item de la réévaluation :

100% des IDE ont déclaré que celle-ci était effective dans leur établissement.

100% ont dit utiliser le dosage de l'albumine

80% ont dit avoir mis en place le suivi de la courbe du poids

Les IDE ont mentionné également les fréquences de dosage de l'albumine et du suivi du poids.

	Poids	Albumine
Entretien 1	1x/mois	1x/an
Entretien 2	1x/mois	1x/mois
Entretien 3	1x/mois	1x/3mois
Entretien 4	-	1x/qq mois à 1 an
Entretien 5	1x/1 à 3 mois	1x/1 à 3 mois
Entretien 6	-	1x/3 à 6 mois
Entretien 7	1x/mois	1x/3mois
Entretien 8	1x/mois	1x/3mois
Entretien 9	1x/mois	Régulièrement
Entretien 10	1x/mois	1x/quelques mois

Tableau 4 : Tableau des fréquences de réévaluation selon les EHPAD

La fréquence du dosage de l'albumine varie de une fois par mois à une fois par an, la fréquence revenant le plus souvent étant de une fois tous les trois mois (40%) : « *une albuminémie tous les trois mois* », « *on essaye une fois par an sur une période de faire le tour de toutes les prises de sang par résident fait dans l'année pour voir s'il y a eu au moins une albumine de faite* », « *les bilans sanguins, ils sont faits tous les trois mois, voire tous les mois chez, avec certains...* ».

Le suivi du poids apparaît plus régulier au rythme de une fois par mois (70%) : « *la surveillance du poids qui est quand même assez régulière tous les mois* », « *tous les mois, on fait un point sur les poids* », « *Chaque début de mois, chaque résident est pesé* », « *c'est surveillé tous les mois pour les personnes dénutries* ».

Question numéro 4 : « Que mettez-vous en place en cas de dénutrition avérée chez une personne âgée ? »

	CNO	Alimentation enrichie naturellement	Poudre de protéine	Activité physique	Autre
Entretien 1	X				
Entretien 2	X		X		
Entretien 3	X		X		
Entretien 4	X		X		
Entretien 5	X (très peu)		X		
Entretien 6	X		X		
Entretien 7	X		X		Diététicienne
Entretien 8	X		X		
Entretien 9	X	X			
Entretien 10	X		X		

Tableau 5 : Tableau des éléments mis en place en cas de dénutrition avérée

100% des personnes interviewées ont déclaré utiliser les CNO et la poudre de protéine comme apport supplémentaire dans l'alimentation des résidents : « *il met en place des compléments euh, compléments hyper-protéinés* », « *on met en place les compléments alimentaires* », « *Les crèmes HP* », « *ou alors après il y a des compléments alimentaires crème* » puis l'instauration de la poudre de protéine qui est souvent décrite comme des repas « enrichis » par les infirmiers : « *Et après, on a, on a des repas enrichis* », « *ils ajoutent des protéines directement dans la soupe* », « *des soupes qui sont enrichies avec des protéines* », « *on passe à la poudre Forteocare, je ne sais pas si vous connaissez, c'est une poudre hyper protéinée* », « *ils mettent en place, en fonction du chiffre, soit des compléments alimentaires poudre, du Délical chez nous* ».

Dans un établissement, la présence d'une diététicienne semble être très appréciée.

La diététicienne, « spécialiste en matière de nutrition » venait en aide aux équipes, que ce soit médicales ou paramédicales : « *le médecin va réajuster pour ensuite mettre en place ben la diététicienne* », « *en son absence, c'est vrai que c'est difficile. Elle, elle va bien nous prescrire une solution, la solution qu'il faut, tandis que le médecin va plus rapidement mettre une crème ou voilà c'est nous qu'on va plus l'orienter. Mais c'est vrai que des fois, c'est difficile quand elle n'est pas là* » , « *Eux, ils prescrivent un complément général, tandis que la diététicienne, elle va bien personnaliser la chose selon les besoins de la personne* ».

La notion d'activité physique, qu'il s'agisse de la kinésithérapie, des ateliers de gymnastique douce, ou d'entretien musculaire n'a pas été du tout évoquée lors des entretiens.

Un infirmier a mentionné le fait d'un enrichissement des repas de façon naturelle, par des aliments riches en protéine et non sous forme de poudre : « *on va rajouter un petit peu plus de fromage dans la soupe, par exemple* ».

Question numéro 5 : « Au regard de votre expérience, que pouvez- vous me dire sur l'utilisation des CNO ? »

	CNO bien donné, bien pris	CNO pas ou peu apprécié	CNO mal donné, mal pris	CNO apprécié
Entretien 1			X	
Entretien 2			X	
Entretien 3			X	
Entretien 4	X			
Entretien 5		X		
Entretien 6		X	X	
Entretien 7			X	
Entretien 8			X	
Entretien 9	X			X
Entretien 10			X	

Tableau 6 : Tableau des caractéristiques des CNO

70% des personnes ont exprimé un avis mitigé sur les CNO qu'ils ont estimé plus ou moins appréciés par les personnes âgées. Ils ont également évoqué le goût et la texture des compléments comme des freins à leur prise : « *« je trouve que les résidents le prennent plutôt bien parce que selon les goûts, tout ça, on peut s'adapter à leur plaisir et à leur goût. Et justement, ils le prennent plus facilement »*, « *« les résidents trouvent ça euh un peu bourratif »*, « *au niveau du goût, ce n'est pas quelque chose qui euh qui les attire »*. Leur goût et leur texture peuvent freiner leur prise : « *On brade énormément, c'est euh on a essayé toutes les formes hein »*, « *ils aiment pas »*, « *chez certains résidents ben, c'est un quart, la moitié. Ils ne le prennent pas tous les jours, tout en intégralité »*.

80% des IDE ont fait remarquer que la prise des compléments par les résidents n'était pas effective dans la majorité des situations ou incomplète. De plus, il arrivait que les CNO soient oubliés sur le bord de la table.

La traçabilité de la prise réelle des compléments semblait être également un problème : « *on leur laisse les prendre eux-mêmes après des fois il reste un fond dans le complément »*, « *Tandis que les personnes autonomes, elles sont en chambre, c'est distribué et l'aide-soignante n'a pas forcément euh, ne fait pas forcément attention s'il est bien pris ou pas. Et c'est dommage parce qu'elle devrait faire très attention à ça pour justement ben stimuler la personne, lui rappeler que le complément est là, qu'il faut le boire avant le soir, et.. ou après ça peut arriver que le complément soit renversé »*, « *mais euh en général, les verres ils ne les terminent pas »*, « *on ne sait pas toujours s'ils le prennent ou pas, parce que ce n'est pas tracé. »*

Question numéro 6 : « Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'accompagnement des personnes dénutries ? »

Au fil des entretiens, nous retrouvons des difficultés communes pour les infirmiers interviewés.

Sept thèmes principaux sont ressortis des verbatims : la problématique budgétaire, la non-traçabilité des soins, le refus de la part de la personne âgée, le manque de formation du personnel, l'absence d'une diététicienne, le manque de plaisir et le relationnel avec les familles sont les thèmes retrouvés, qui vont être explicités par des extraits de verbatims ci-dessous.

- Le budget de l'établissement : « *au niveau budget.* », « *ben vu que tout est compté au niveau tarif en EHPAD, en fait il y a autant de budget pour un résident, donc euh ça ne peut pas passer* » « *Donc tout est encore une histoire d'argent* »
- La non traçabilité : « *on ne sait pas toujours s'ils le prennent ou pas, parce que ce n'est pas tracé.* », « *on n'a pas beaucoup suivi au niveau de traçabilité des prises des compléments nutritionnels* », « *donc, peut-être que le résident n'aime pas forcément* », « *on pourrait déjà tester différents trucs, élargir, comme ben maintenant avec les, avec les comment, avec les biscuits* », « *les parfums ne sont pas toujours proposés aux résidents* »
- Le refus de la personne âgée : « *Il ne veut pas le prendre, oui, si la personne n'en veut pas, je suis, je suis plutôt embêtée parce que je ne saurais pas quoi lui proposer d'autre.* », « *ben on est limité si la personne elle veut pas, elle veut pas le manger. Moi j'ai rien d'autre sous la main* », « *on se retrouve facilement face à des résidents qui*

sont dans le refus, que ce soit pour les soins ou pour s'alimenter », « les résidents qui sont par exemple dans un centre de glissement, dépressif, etc., pour leur faire prendre, c'est hyper compliqué », « ils veulent pas prendre, donc, si on a un refus, on ne peut rien faire de plus quoi. »

- Le manque de formation du personnel : « Moi, je pense qu'on n'est pas assez formés. Moi par exemple, je n'ai pas eu de formation, j'ai pas eu de formation depuis que que je suis diplômée ou de réunion sur ça », « il y a beaucoup de personnels maintenant qui ne sont pas forcément diplômés. Il ne faut pas se mentir. On a du mal à trouver du personnel », « moi je dirais que les soignantes, elles ne font peut-être pas assez attention. Elles sont, peut-être qu'elles n'ont pas beaucoup d'informations par rapport à la dénutrition, peut-être par rapport aux compléments alimentaires. », « oui, un manque de connaissance, tout à fait », « comme je viens d'arriver, j'essaye de suivre un peu ce que mes collègues me, ont déjà mis en place », « je n'ai pas eu de formation », « on l'a évoqué à l'école, ça oui, mais bon, ça reste de la théorie quoi vraiment que de la théorie n'est pas vraiment mise en place sur le terrain, donc c'est un peu compliqué. »
- L'absence de professionnel de type « diététicienne » : « les médecins vont les prescrire, les compléments. Mais euh comment, ça va être prescrit, peut-être pas de la m... Eux, ils prescrivent un complément général, tandis que la diététicienne, elle va bien personnaliser la chose selon les besoins de la personne », « en son absence, c'est vrai que c'est difficile. Elle, elle va bien nous prescrire une solution, la solution qu'il faut, tandis que le médecin va plus rapidement mettre une crème ou voilà c'est nous qu'on va plus l'orienter. Mais c'est vrai que des fois, c'est difficile quand elle n'est pas là »

- La notion de manque de plaisir : « *je suis pour le fractionnement des repas avec de l'alimentation-plaisir continu* », « *il y a une opposition entre le complément nutritionnel oral et la qualité de vie. On a du mal à intégrer le complément comme quelque chose qui peut être un plaisir euh dans la, dans la nutrition alors du coup on préfère, enfin je préfère en tout cas moi donner quelque chose qui sera moins nutritif, mais qui apportera beaucoup plus de plaisir.* »
- Le relationnel avec les familles : « *il y a des familles qui sont pas trop d'accord* »

La notion de budget revenait au cours de plusieurs entretiens.

En effet, selon les infirmiers participant à l'étude, les EHPAD ont un budget annuel à respecter, ils ont une enveloppe « soins » dans laquelle les CNO, les poudres de protéine, le matériel médical doivent être achetés avec ce budget uniquement.

La non traçabilité des soins semblait être un frein à l'optimisation de l'accompagnement de la dénutrition. Les personnes interrogées ont fait remarquer au cours de plusieurs entretiens que les soignants ne notaient pas forcément le type de compléments donnés, ne renseignaient pas toujours la fiche de suivi alimentaire. Ceci empêchait le bon suivi et la traçabilité dans les dossiers de soins.

Question numéro 7 : « Quelles seraient vos suggestions pour améliorer l'accompagnement de ces personnes ? »

Les infirmiers interviewés auraient à suggérer afin d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées dénutries :

- Le recours à un enrichissement naturel : « des choses plus naturelles, enfin je veux dire comme les personnes âgées, elles aiment quand même bien le beurre et une vache qui rit »
- La notion de plaisir grâce aux aliments que les personnes âgées apprécient : « notamment par le sucré ou le salé, parce que j'ai déjà remarqué que sur, sur pas mal de résidents, le, le sucré était, était favorisé, notamment sur le repas du soir. Et on remarquait que, qu'il y avait une reprise de, de l'appétit avec le sucré », « Je pense qu'il faudrait varier les choix », « ils n'ont pas trop le choix. Et s'ils n'aiment pas, ben voilà quoi », « moi je suis une pro-alimentation-plaisir », « on privilégie la qualité de vie. Et euh et souvent avec, il y a une opposition entre le complément nutritionnel oral et la qualité de vie. On a du mal à intégrer le complément comme quelque chose qui peut être un plaisir »
- Une amélioration de la traçabilité des équipes : « je dirais que, la traçabilité permettrait un petit peu mieux de, de s'en assurer quoi »
- La nécessité d'un appui, d'une aide formée supplémentaire au sein de l'équipe : « une solution, ce serait peut-être d'avoir plus de personnes dédiées », « un maillon supplémentaire dans la chaîne pour s'occuper des différents services », « peut-être faire passer une diététicienne après je sais que certains établissements ils ont des diététiciennes qui passent pour déjà, au niveau des repas »
- Le besoin de formation sur la dénutrition : « j'avais pensé à ce que les aides-soignantes bénéficient d'une formation sur la dénutrition pour moi, pour l'avoir faite, parce que bah j'avais pas de connaissances », « que ce soit infirmière ou même aide-soignant, vu que c'est eux qui sont proches des résidents pour rien que même l'alimentation tout ça, ça pourrait être bien qu'il y ait une formation »

La totalité des personnes interrogées exprime un besoin manifeste d'aide, de soutien et de formations complémentaires pour une meilleure prise en soins de la dénutrition chez la personne âgée.

Question numéro 8 : « Pensez-vous qu'avoir un appui, des informations supplémentaires concernant la dénutrition pourrait vous aider dans votre accompagnement de la dénutrition ? »

100% des réponses des infirmiers interviewés étaient affirmatives concernant le fait d'avoir un appui supplémentaire au sein de l'équipe soignante, des informations par le biais de formation, pour les aider à accompagner au mieux les personnes âgées dénutries: « *former enfin faire un rappel de formation à tous les salariés, ça peut être que bénéfique, parce que ben entre les, entre les salariés qui ont été formés à 10 ans, mais il y en a aussi qui ont été formés il y a 30 ans, donc euh tout évolue. Et fin des rappels de bonne pratique euh euh, c'est intéressant* », « *Moi, je pense qu'on n'est pas assez formés. Moi par exemple, je n'ai pas eu de formation, j'ai pas eu de formation depuis que que je suis diplômée ou de réunion sur ça* », « *Donc avec certaines formations, ils auraient forcément plus de recul et, et des méthodes par rapport à l'alimentation pour, pour adapter au mieux l'alimentation* », « *Il y a beaucoup de personnels maintenant qui ne sont pas forcément diplômés. Il ne faut pas se mentir. On a du mal à trouver du personnel. Je pense que ce serait bien de faire des, voilà des petites réunions pour les informer aussi* », « *je pense que ça a son intérêt, parce que dans mon établissement, il y a des rappels qui sont faits assez régulièrement par les euh, le médecin-coordonateur, et parfois par la cadre supérieure de santé, par des mini-formations en interne, et c'est vrai que, mine de rien, même si c'est un peu comme la formation incendie, on l'a fait tous les six mois, mais finalement on a l'impression à chaque fois de redécouvrir les choses* », « *une IPA serait tout à fait euh ben, tout à fait euh comment nécessaire pour pouvoir réguler ce genre de problème* », « *on a tous la même formation de base mais selon le, le chemin qu'on*

peut prendre au travers de notre parcours, on est plus ou moins sensibilisés aux problèmes de la dénutrition même si on doit l'être en permanence » .

Un des infirmiers a employé le terme de l'IPA, approuvant l'idée que la présence d'une IPA au sein des équipes pourrait grandement les aider dans leur quotidien : *« une IPA serait tout à fait euh ben, tout à fait euh comment nécessaire pour pouvoir réguler ce genre de problème »*

2/ Analyse :

Les constats de l'étude nous ont montré que les infirmiers rencontraient des difficultés certaines à bien mener l'accompagnement des personnes âgées dénutries.

Nous avons vu que ces personnes étaient très ennuyées par la notion de budget, qui revenait de manière répétitive au cours des entretiens. Ceci était étonnant de la part de personnels soignants, devant normalement être préoccupés par le seul bien-être des résidents, la gestion du budget incombant au personnel administratif dédié à cette fonction.

Cette situation montrait que les personnels étaient également impliqués d'une manière ou d'une autre dans la gestion financière de l'établissement. L'éthique paraissait mise à mal, fallait-il sacrifier l'utilisation de compléments nutritionnels oraux au prétexte d'un coût non négligeable ?

Les réflexions des infirmiers méritaient alors d'être entendues.

En effet, si l'accompagnement des personnes âgées dénutries pouvait générer des coûts non négligeables, certaines actions pouvaient être mises en place afin d'en diminuer le budget.

Par exemple : une meilleure traçabilité des soins dans les dossiers médicaux permettrait de réduire le gaspillage ; en effet, les soignants ne notant pas forcément le type de compléments donnés ni si les résidents les avaient pris (en totalité ou non), la prise effective des CNO ne pouvait être vérifiée, était-il raisonnable de poursuivre les prescriptions de traitements en l'absence d'observance ?

Par ailleurs, les infirmiers semblaient être démunis face au refus de ce type d'alimentation de la part de la personne âgée, celle-ci n'appréciant pas forcément le goût ou la texture du produit prescrit ; dans cette situation, ils n'avaient pas d'alternative à proposer, si ce n'est l'alimentation enrichie en protéines. Ils se retrouvaient souvent seuls sans la présence d'un médecin coordonnateur ou d'un médecin traitant. Dans ce contexte, les infirmiers ont évoqué leur besoin d'aide pour mieux apprécier les besoins nutritionnels des personnes âgées dénutries, et la présence d'une diététicienne dans l'établissement a été évoquée comme un bénéfice à la fois pour les soignants et les résidents.

De plus, les IDE admettaient que leurs connaissances sur le sujet s'avéraient limitées, même si la plupart parvenaient à citer plusieurs critères de diagnostic de la dénutrition. Les personnels soignants interrogés réclamaient spontanément des formations complémentaires.

En effet, il était indéniable pour les IDE que le suivi et la réévaluation des situations de dénutrition des personnes âgées étaient insuffisants, des formations permettraient l'optimisation de ce suivi. Les IDE évoquaient par exemple que le dosage de l'albumine était réalisé une fois par an chez des personnes âgées connues en état de dénutrition !

Enfin, les relations avec les familles semblaient être difficiles pour deux des infirmiers interviewés, les familles ne comprenant pas toujours pourquoi leurs parents ou autres personnes proches devaient ingérer des produits alimentaires qu'ils n'appréciaient pas.

Était-ce par un manque de connaissance ou d'informations sur le sujet de la dénutrition ? Pourquoi le résident se retrouvait dénutri ? Et si le résident se trouvait dans un EHPAD, était-ce concevable pour les familles qu'il soit dénutri ?

Il serait intéressant de connaître le point de vue de ces familles. En effet selon la littérature, la place des familles au sein des équipes soignantes est importante dans l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD, qu'elles soient dénutries ou pas.

De par ces résultats, nous pouvons penser que les personnels soignants auraient besoin d'aide pour accompagner au mieux les personnes âgées dénutries, certaines actions étant déjà mises en place mais ne pouvant être jugées comme satisfaisantes au vu de la réalité de terrain et des données épidémiologiques en notre possession.

Cet état des lieux nous amène donc à réfléchir sur la place de l'IPA au sein des EHPAD et auprès de équipes soignantes mais également auprès des familles des personnes âgées.

DISCUSSION

1/ Critique de l'étude

1/1. Les faiblesses de ce travail

La première faiblesse rencontrée m'est personnelle. Le travail d'écriture est pour moi une pratique peu fréquente mais pourtant très importante dans la pratique professionnelle au quotidien d'une infirmière. J'ai cependant pris beaucoup de plaisir à réaliser ce travail.

La seconde limite est celle du temps. En effet le temps que j'ai pu dédié à la réalisation de ce travail de recherche a été très limité, ma situation professionnelle et personnelle actuelle n'a pas été propice. La triangulation des données n'a pas pu être réalisées afin de limiter le maximum de biais.

Toutefois, les recherches réalisées m'ont permis de réfléchir sur ma pratique professionnelle et de me faire grandir professionnellement.

1/2. Les forces de ce travail

Les forces de ce travail sont pour moi dans un premier temps, la nécessité d'optimiser l'accompagnement des personnes âgées dénutries en donnant des moyens supplémentaires au personnel soignant en matière de dénutrition.

Travaillant depuis de nombreuses années au sein d'un EHPAD, ces deux années de formation, ce travail de recherche m'ont permis d'accroître mes connaissances sur la dénutrition

(connaissances que je pensais avoir de par mon expérience) et de prendre conscience que beaucoup de travail reste à faire pour optimiser l'accompagnement des personnes âgées.

Dans un second temps, ce travail a démontré que l'accompagnement des personnes âgées dénutries est un travail collectif, chaque acteur de par sa formation, son expérience à un rôle important à jouer dans l'amélioration de l'accompagnement de ses personnes et je n'en doute nullement sur leur qualité de vie.

Il serait intéressant d'approfondir ce travail sur la notion de qualité de vie des personnes âgées dénutries ainsi que celle des familles comme j'ai déjà pu l'évoquer plus haut dans ce travail.

2/ Ouverture vers la place de l'IPA dans l'accompagnement

L'exercice de la pratique avancée existe depuis de nombreuses années. Celle-ci a commencé dans les années 60 aux Etats-Unis et depuis une quinzaine d'année maintenant au Canada puis en Angleterre.

Les 1^{ère} IPA sont apparues en France en 2019.

Le Conseil International des Infirmiers indique que « *l'infirmière qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession* » (26).

La loi de modernisation en Janvier 2016 de notre système de santé concrétise l'exercice de la pratique avancée, en juillet 2018 un arrêté est paru celui du 18 Juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée (27).

Celui-ci expose les conditions d'accès à la formation, l'organisation et le déroulement de la formation ainsi que les compétences de l'IPA dans un référentiel d'activités, que nous allons détailler ci-dessous.

Les compétences de l'IPA dans ce référentiel sont :

- 1- Evaluer l'état de santé du patient en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées.
- 2- Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale et de son état de santé.
- 3- Concevoir et mettre en œuvre les actions de prévention et d'éducation thérapeutique.
- 4- Organiser le parcours de soins et de santé du patient en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés.
- 5- Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique
- 6- Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques.

Les mentions pour lesquelles l'IPA peut intervenir sont :

- Pathologies chroniques stabilisées et prévention et polypathologies courantes en soins primaires
- Oncologie et hémato-oncologie
- Maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale
- Psychiatrie et santé mentale
- Urgences

En fin de formation, un diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée correspondant à la mention choisie est délivré et reconnu comme grade universitaire de niveau Master.

L'arrêté du 25 avril 2025 (28) modifiant le décret du n°2018-629 de l'arrêté du 18 Juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R.4301-3 du code de la santé publique (29).

3/ Rôle de l'IPA en EHPAD, plus particulièrement dans l'accompagnement de la personne âgée dénutrie

Au travers les résultats, nous avons mis en évidence que les recommandations de l'HAS ne sont pas forcément connues et appliquées par toutes les équipes soignantes au sein des EHPAD. Ces équipes veulent en toute logique et par conscience professionnelles bien faire, et ce qu'elles font, elles le font bien.

Une approche différente de celle des équipes de soins habituelles (infirmiers, aides-soignantes) que l'on retrouve en EHPAD pourrait être développée.

Dans ce même état d'esprit, l'approche que pourrait avoir une IPA au sein de ces équipes serait plus que bénéfique pour tous, tant du côté du soignant, de la personne âgée que du côté des familles.

L'IPA pourrait s'impliquer au sein des EHPAD en y exerçant son rôle de leadership, son rôle de coordination entre les différents professionnels de santé intervenant autour de la personne âgée dénutrie, impliquant à la fois le médecin traitant et les équipes soignantes de l'établissement, au sens large du terme. Elle pourrait accompagner les personnes âgées avec

une approche motivationnelle dans leur observance thérapeutique, qui serait gage d'une alliance plus soudée (30).

L'IPA pourrait avoir un regard holistique de par ses compétences acquises et son expertise pour garantir un accompagnement global des personnes âgées dénutries.

Ce travail a donc permis de valider les hypothèses émises en seconde partie de ce travail.

CONCLUSION

La dénutrition est un phénomène complexe qui n'est pas assez étudiée par le personnel soignant.

C'est un réel enjeu de santé publique.

Dans ce travail de recherche, l'objectif était de définir la plus-value que pourrait avoir une infirmière en pratique avancée au sein d'un EHPAD dans la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées.

Tous les professionnels de santé interrogés ont pu exprimer leurs difficultés dans l'accompagnement des personnes âgées dénutries.

Ces personnels soignants ont assurément une expérience professionnelle solide, avec un savoir-faire et une expertise spécifique en EHPAD.

Toutefois, la présence d'une IPA à leurs côtés pourrait leur permettre d'obtenir le soutien dont ils reconnaissent avoir besoin et une aide supplémentaire dans leur accompagnement au quotidien. La notion de leadership de l'IPA aurait tout son intérêt au sein de ces équipes de soins qui rappelons-le sont parfois en sous-effectif et parfois en situation de difficulté de par la multiplicité de leurs tâches.

Ce travail de recherche a montré que le personnel soignant fait de son mieux pour prendre en soins les personnes âgées dénutries mais qu'un maillon paraît manquer pour optimiser leur accompagnement dont ont besoin les personnes âgées dénutries. Ce que pourrait apporter la présence d'une IPA au sein de ces équipes.

Mettons en commun nos compétences et nos forces pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées dans leur globalité !

BIBLIOGRAPHIE

- (1) <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>(2021)
- (2) Patry C, Raynaud-Simon A. *Prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées : quoi de neuf depuis les recommandations de l'HAS en 2007 ?* Juin 2011. NPG - Vol. 11 - N°63
- (3) <https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-06/CNSA-UGF-Analyse-thematique-nutrition-VF.pdf>
- (4) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf
- (5) HAS. *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétiques de la personne âgée*. Synthèse des recommandations. Avril 2007.
- (6) Haute Autorité de Santé et Fédération de Nutrition, « *Diagnostic de la dénutrition chez l'enfant, l'adulte et la personne de 70 ans et plus* », 2021
- (7) https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://shs.cairn.info/article/SPUB_085_0475/pdf%3Fflang%3Dfr&ved=2ahUKEwi1hvPt482NAXjdqQEHU5_DpwQFnoECBUQAw&usg=AOvVaw2dbzFQPLCmnZCnI102bjbT
- (8) https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/denutrition-comment-veiller-a-une-bonne-alimentation&ved=2ahUKEwj30qug5M2NAXUYKvsDHbsDGXwQFnoECDQQAQ&usg=AOvVaw2d_k4XkPu0MXDsIgaRR6LR
- (9) Nutrition, Les références des collèges, Elsevier, Troubles nutritionnels chez le sujet âgé page 197(2021)
- (10) https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202111/reco368_fiche_outil_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf reco
- (11) L'infirmier en pratique avancée-Ministère des Solidarités et de la Santé, s.d.
- (12) Alimentation en EHPAD ? une politique de prévention s'impose. UFC Que choisir. Mars 2015
- (13) Nutrition, Les références des collèges, Elsevier, Troubles nutritionnels chez le sujet âgé page 202-204 (2021)
- (14) Fresubin Kabi France. Fresubin-Gamme de complémentation nutritionnelle orale 2019

- (15)<https://www.nestlehealthscience.fr/nos-marque/clinutren/clinutren-instant-protein>
- (16)OMS, l'activité physique des personnes âgées(internet). WHO.World Health Organization ; disponible sur :
https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_oldadults/fr/
- (17)<https://sportmadness.club/fr/activite-physique-adaptee-en-ehpad/>
- (18)<https://www.snjmg.org/blog/post/complements-nutritionnels-oraux-cno-nouvelles-modalites-de-prise-en-charge/1603>
- (19)<https://www.nestlehealthscience.fr/nos-marques/clinutren/clinutren-dessert-gourmand>
- (20)https://medicaldomicile.fr/biscuit-brioche-nutrition/3995-143850-madeleine-hyperproteinee-nutrisens.html#/5120-gout-poire_amande
- (21)« *L'entretien d'un patient dénutri* ». Cours Dr Seguy (2023)
- (22)<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8349408INSEE>(2021)
- (23)« *Vieillessement : données épidémiologiques, sociologiques en France et dans le monde* », Cours Pr Puisieux (2023)
- (24)<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/surveillance-nutritionnelle-des-personnes-agees>
- (25)Collectif de lutte contre la dénutrition. (2016). *Manifeste de lutte contre la dénutrition*, Le Bord de l'Eau
- (26)Santé.gouv.fr, L'infirmier en pratique avancée, 2025
- (27)<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/7/18/SSAH1812409D/jo/texte>
- (28)<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2025/4/25/TSSH2512327A/jo/texte>
- (29)<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/7/18/SSAH1817591A/jo/texte>
- (30)Miller W , *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*, Paris, InterEditions-Dunod, 2006, p 241

LECTURES AUTRES :

- Couty E. (2004). *Nutrition de la personne âgée*, Masson
- Alain JEAN, Frédéric BLOCH. (2005). *Dénutrition du sujet âgé, la rechercher, la diagnostiquer, la prendre en charge*
- <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/prevenir-la-denutrition>
- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3297884/fr/diagnostic-de-la-denutrition-chez-la-personne-de-70-ans-et-plus-recommandations

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
I/ Contexte de l'étude.....	1
II/ Dénutrition	2
1/ Définitions et critères diagnostiques de la dénutrition.....	2
2/ Physiologie de la personne âgée.....	5
3/ Situations à risque de dénutrition.....	6
4/ Dépistage de la dénutrition	7
5/ Conséquences de la dénutrition.....	8
6/ Prise en charge de la dénutrition.....	9
III/ Epidémiologie.....	13
PROBLEMATIQUE	15
1/ Problématique	16
2/ Objectif	16
3/ Hypothèses	16
METHODE.....	17
1/ Design.....	17
2/ Recrutement	17
3/ Réalisation	17
4/ Analyse	18
5/ Cadre réglementaire.....	18
RESULTATS ET ANALYSE	19
1/Résultats.....	19
2/Analyse.....	32
DISCUSSION.....	35
1/ Critique de l'étude.....	35
1/1 Les faiblesses de ce travail.....	35

1/2 Les forces de ce travail.....	35
2/ Ouverture vers la place de l'IPA dans l'accompagnement.....	36
3/ Rôle de l'IPA en EHPAD, plus particulièrement dans l'accompagnement de la personne âgée dénutrie.....	38
CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Illustration de poudre de protéine (15)	10
Figure 2 : Illustration activité physique en EHPAD (17)	11
Figure 3 : Illustration de complément nutritionnel oral (19)	11
Figure 4 : Illustration de complément nutritionnel oral (20)	12
Figure 5 : Charte de la complémentation orale (21)	13

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau accompagnement de personnes âgées dénutries.....	19
Tableau 2 : Tableau descriptif de la dénutrition.....	20
Tableau 3 : Tableau des critères diagnostiques et de sévérité de la dénutrition.....	21
Tableau 4 : Tableau des fréquences de réévaluation selon les EHPAD.....	23
Tableau 5 : Tableau des éléments mis en place en cas de dénutrition avérée.....	24
Tableau 6 : Tableau des caractéristiques des CNO.....	25

ANNEXE 1

Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment

MNA®

**Nestlé
Nutrition Institute**

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

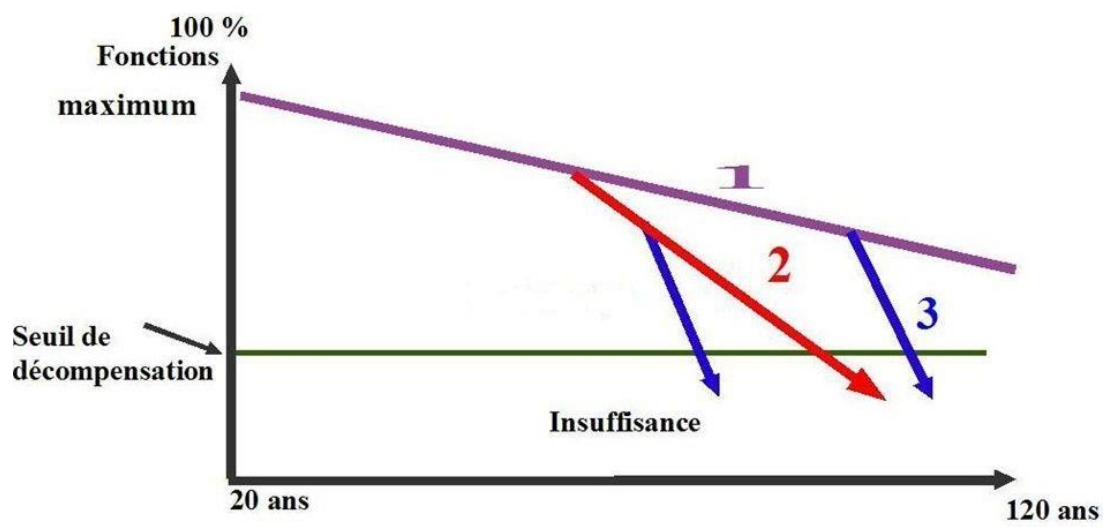
Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = baisse sévère des prises alimentaires 1 = légère baisse des prises alimentaires 2 = pas de baisse des prises alimentaires		J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas
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		K Consomme-t-il ? • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui ☐ non ☐ • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui ☐ non ☐ • Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui ☐ non ☐ 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui
C Motricité 0 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile		L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui
D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non		M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence légère 2 = pas de problème psychologique		N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté
F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m) ² 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23		O Le patient se considère-t-il bien nourri ? 0 = se considère comme dénutri 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition
Score de dépistage (sous-total max. 14 points) 12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: à risque de dénutrition 0-7 points: dénutrition avérée Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R		P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure
Evaluation globale G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 1 = oui 0 = non		
H Prend plus de 3 médicaments par jour ? 0 = oui 1 = non		
I Escarres ou plaies cutanées ? 0 = oui 1 = non		
Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22		
R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31		
Évaluation globale (max. 16 points)		
Score de dépistage		
Score total (max. 30 points)		
Appréciation de l'état nutritionnel de 24 à 30 points ☐ état nutritionnel normal de 17 à 23,5 points ☐ risque de malnutrition moins de 17 points ☐ mauvais état nutritionnel		

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nut Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

ANNEXE 2

Modèle de Bouchon



ANNEXE 3

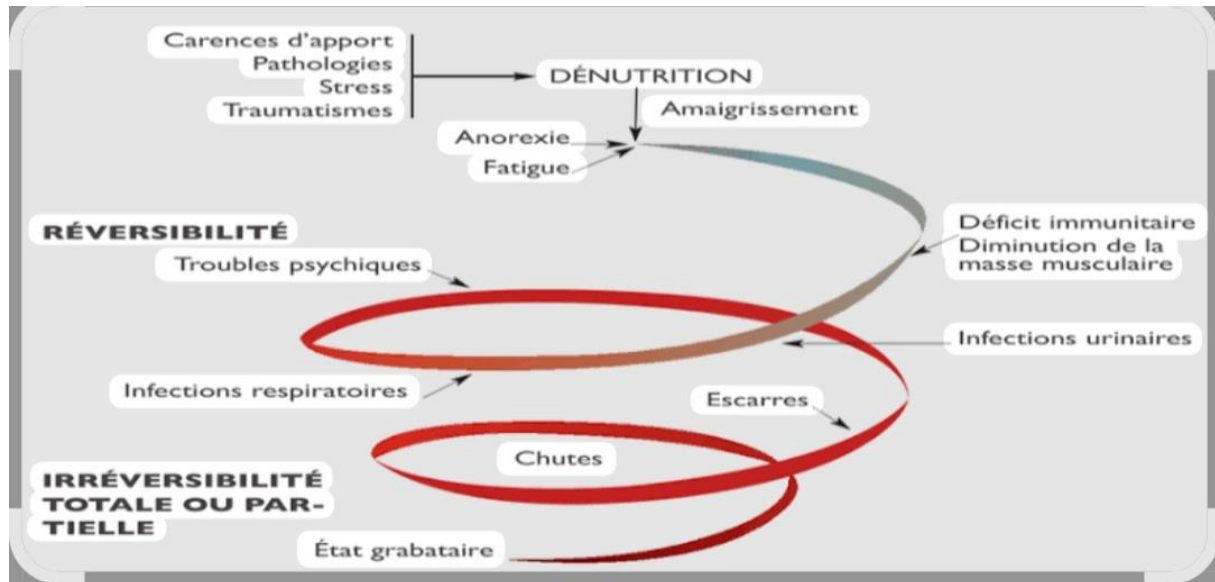
Facteurs de risque de dénutrition chez la personne âgée (HAS 2007)

Tableau I : Facteurs de risque de dénutrition chez les personnes âgées.

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

ANNEXE 4

La spirale de la dénutrition selon le Dr Monique FERRY



ANNEXE 5

Guide d'entretien

Bonjour, je me présente, je suis Mélanie, infirmière étudiante en pratique avancée. Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire pour lequel j'ai besoin de mener des entretiens. Je souhaite donc vous poser quelques questions au cours de cet échange, qui durera une vingtaine de minutes sur le thème de la dénutrition des personnes âgées en EHPAD. Ce que nous allons dire sera enregistré et anonymisé. Etes-vous d'accord avec ce principe ?

Avec votre consentement, nous allons pouvoir commencer.

Dans un premier temps, je vous laisse vous présenter professionnellement en quelques minutes.

1/ Accompagnez-vous des personnes âgées dénutries ?

2/ Pour vous, qu'est-ce que la dénutrition ? Que pouvez-vous m'en dire ?

3/ Comment est-elle dépistée au sein de l'EHPAD où vous travaillez ?

Une réévaluation de cette dénutrition est -elle réalisée ?

Si oui, à quel moment et comment ?

4/ Que mettez-vous en place en cas de dénutrition avérée chez une personne âgée ?

5/ Au regard de votre expérience, que pouvez-vous me dire sur l'utilisation des CNO ?

6/Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'accompagnement des personnes dénutries ?

7/Quelles seraient vos suggestions pour améliorer l'accompagnement de ces personnes ?

8/ Pensez-vous qu'avoir un appui, des informations supplémentaires concernant la dénutrition pourrait vous aider dans votre accompagnement de la dénutrition ?

ANNEXE 6

Grille COREQ

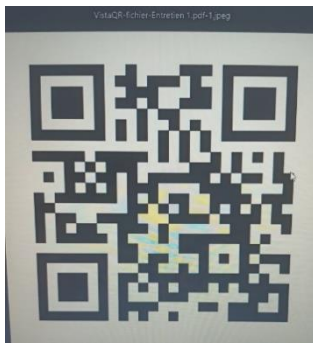
Domaine 1 : Equipe de recherche et conception		
Caractéristiques personnelles		
1.Enqueteur/animateur	Quels(s)auteur(s)a(ont)mené l’entretien individuel ?	Mélanie LAIGLE
2.Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur	IDE
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l’étude	Infirmier travaillant en EHPAD
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme	Femme
5.Expérience et formation	Quelle était l’expérience ou la formation du chercheur ?	Infirmière en Pratique Avancée
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l’étude	Oui pour quelques personnes Non pour la majorité
7. Connaissance des participants au sujet de l’enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Motivation pour le sujet de recherche et thème de la recherche
8. Caractéristiques de l’enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l’enquêteur/animateur	Profession Formation en cours Thème de recherche
Domaine 2 Conception de l’étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l’étude	Méthode qualitative
Sélection des participants		
10. Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage dirigé
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Appels téléphoniques
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 Arrêt maladie

Contexte		
14. Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Par téléphone à mon domicile
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 ont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Infirmier travaillant en EHPAD
Recueil de données		
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 ?	Oui
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	Oui
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21. Durée	Combien de temps durent les entretiens individuels	15 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 -elle été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non mais proposé
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
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 ?	Non
26. Déterminants des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou	A l'avance

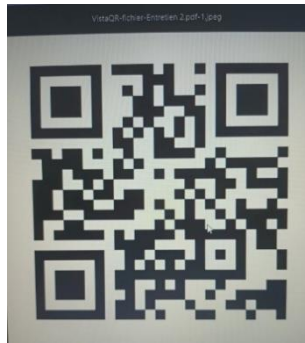
	déterminés à partir des données ?	
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	---
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimés des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction		
29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui Oui
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion sur des thèmes secondaires ?	Non

ANNEXE 7

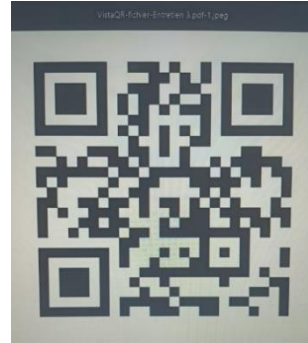
Verbatim des entretiens



Entretien1



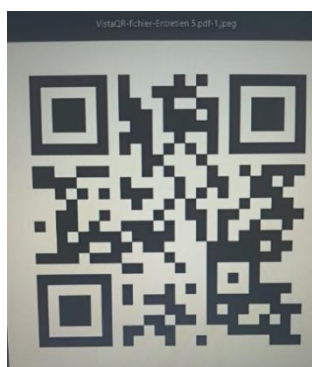
Entretien 2



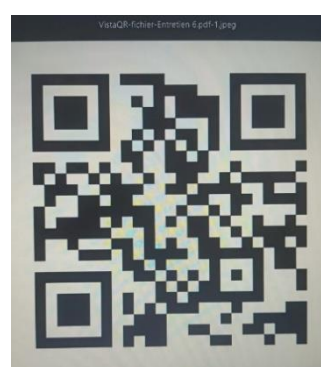
Entretien 3



Entretien 4



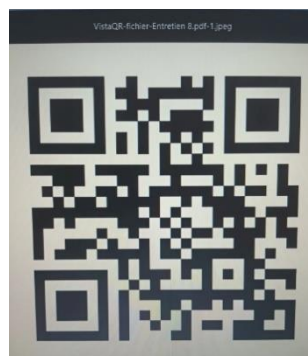
Entretien 5



Entretien 6



Entretien 7



Entretien 8



Entretien 9



Entretien 10

Auteur : LAIGLE Mélanie

Soutenance le 30 juin 2025

Titre du mémoire : Dénutrition des personnes âgées en EHPAD, analyse des pratiques

Title : Undernutrition in Nursing Homes and Analysis of Practice

Mots clés : dénutrition, analyse des pratiques

Key Words : undernutrition, analysis of practice

Résumé :

Contexte : La nutrition des personnes âgées est fondamentale. En EHPAD les équipes de soins souhaitent offrir la meilleure qualité de vie possible aux personnes âgées.

La dénutrition des personnes âgées a de nombreuses conséquences, de par sa fréquence et son impact sur la santé, elle est reconnue par les institutions comme un réel problème de santé publique et spécialement au sein des EHPAD.

La dénutrition de ces personnes est un réel problème de santé en EHPAD

Méthode : Cette étude qualitative, multicentrique, analyse grâce à des questionnaires, les pratiques du personnel de santé en EHPAD.

Résultats attendus : L'enquête révèle que le personnel n'est pas assez formé concernant la dénutrition en EHPAD. Un manque de connaissance vis-à-vis du dépistage, de la réévaluation et du suivi des compléments nutritionnels oraux est réel.

Discussion et Conclusion : Les résultats montrent que le personnel en EHPAD a besoin d'un appui supplémentaire, de formations supplémentaires concernant la dénutrition.

L'accompagnement par une infirmière en pratique avancée pourrait contribuer à améliorer la situation nutritionnelle des personnes âgées en EHPAD.

Abstract :

Context: Nutrition for the elderly is fundamental. In Nursing Home, offering the best possible quality of life to elderly people is essential.

The undernutrition of these people due to its frequency has many consequences. Its impact on health is recognized by institutions as a real public health problem and especially within Nursing Homes.

Undernutrition of elderly is a real health issue in Nursing Homes.

Method : Using questionnaire this qualitative, multicenter study, analyzes the practice of health professionals

Expected results : The survey reveals that staff are not sufficiently trained to undernutrition in Nursing Homes.

There is a real lack of knowledge regarding screening, reassessment and monitoring of oral nutritional supplements.

Discussion and Conclusion : The results show that staff in Nursing Homes need additional training support regarding undernutrition.

Support from an APN could contribute to improve the nutritional situation of elderly patients in Nursing Homes.

Directeur de mémoire : Le Docteur BECOURT Karine