

RAPPORT

Décembre 2022

# Dénutrition des personnes âgées résidant en institution en Grand Est : enquête qualitative



Ont participé à la réalisation de ce document à l'ORS Grand Est :

- / Camille Moreau (chargée d'études référente de l'étude)
- / Frédéric Imbert (consultant en santé publique)
- / Alexia Lemaire (interne en santé publique)

Sous la direction de Michel Bonnefoy, Nicole Schauder puis Emilie Gardeur.

Les travaux ont été suivis et les choix méthodologiques validés par un comité de pilotage auquel ont participé :

- / Madame le Docteur Elisabeth Kruczek (Gériatre),
- / Madame André Thomas (ARS Grand Est),
- / Monsieur le Docteur Hervé Villet (ARS Grand Est),
- / L'équipe de l'ORS.

Nous tenons à remercier l'ensemble des établissements et des professionnels qui ont participé à cette étude.

# Sommaire

<b>Synthèse .....</b>	<b>5</b>
<b>Contexte .....</b>	<b>8</b>
<b>La dénutrition chez les personnes âgées accueillies en Ehpad... ..</b>	<b>8</b>
<b>... une problématique déjà étudiée dans le Grand Est .....</b>	<b>9</b>
<b>Objectifs.....</b>	<b>11</b>
<b>Méthode et déroulement de l'enquête .....</b>	<b>11</b>
<b>Modalités des visites des établissements et entretiens réalisés .....</b>	<b>12</b>
<b>Résultats .....</b>	<b>14</b>
<b>Organisation générale de l'établissement en matière de nutrition .....</b>	<b>14</b>
• Elaboration des menus et préparation des repas	14
• Le service des repas	16
• Une adaptation aux besoins des résidents dans la mesure du possible...	19
• Les instances traitant de l'alimentation	22
<b>Diagnostic, prise en charge de la dénutrition.....</b>	<b>24</b>
• Dépistage et diagnostic de la dénutrition	24
• Prévention de la dénutrition	32
<b>Les effets du Covid sur la vie de l'établissement, ses résidents et personnels.....</b>	<b>34</b>
• Effets sur la restauration	34
• Effets sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition	35
• Effets sur la santé des résidents	36
<b>Conclusion .....</b>	<b>38</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>39</b>



# Synthèse

Ces résultats sont issus de la visite et de la réalisation d'entretiens auprès de 11 établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et leurs professionnels. Ces établissements et professionnels interrogés (cadre, infirmière coordinatrice, directeur, diététicienne, personnels de cuisine) étaient localisés dans six départements du Grand Est (Ardennes, Meuse, Meurthe-et-Moselle, Moselle, Bas-Rhin et Haut-Rhin).

## Concernant l'organisation générale en matière de restauration :

- ✓ les différentes organisations relatives à l'élaboration des menus, la commande des denrées alimentaires et la préparation des repas présentent chacune des avantages et inconvénients. Ont été mis en avant :
  - des menus qui ne sont pas toujours adaptés aux personnes âgées, dans le cas par exemple de cuisines hospitalières préparant des repas pour des publics divers (personnel hospitalier, malades, personnes hébergées dans l'Ehpad),
  - des menus qui ne sont pas toujours adaptés aux goûts régionaux des résidents, notamment lorsqu'ils sont élaborés à l'échelon national au sein de groupes,
  - des menus parfois déséquilibrés, notamment lorsqu'il n'y a pas d'intervention de diététicienne ou de compétence en diététique au sein de l'établissement. Cette difficulté n'est pas apparue lorsque la cuisine est centralisée (cuisine hospitalière) ou que les menus sont conçus de façon centralisée,
  - une plus grande capacité d'adaptation, souplesse et réactivité lorsque l'élaboration des menus et la préparation des repas se fait sur place par le personnel de cuisine. La présence d'une cuisine au sein de l'établissement, la gestion de la préparation des repas par du personnel de l'établissement non contraint par des éléments tiers (appartenance à un grand groupe, passage obligé par certains fournisseurs/centrales d'achat, menus imposés...) sont perçues comme des éléments positifs,
  - l'intervention de prestataires externes qui constitue, pour certains, une meilleure assurance de respect des règles d'hygiène.
- ✓ le manger-main, une pratique considérée comme intéressante, mais dont le développement pose des questions de formation et de charge de travail,
- ✓ une place donnée à la restauration très variable selon les établissements et fonction :
  - d'éléments contraints (cuisine extérieure, menus imposés par un groupe),
  - de choix des Ehpad, méthodes de management, politiques de recrutement (y compris concernant le nombre de personnes en cuisine), motivation et qualité professionnelle des équipes de cuisine...
- ✓ la qualité gustative des repas, le fait maison, la fraîcheur des produits, la présentation des plats, la variété des menus, affichés par certains comme :

- un élément essentiel de la qualité de vie des résidents (plaisir, casser la monotonie...),
- un outil de lutte contre la dénutrition apportant des résultats tangibles (baisse du nombre de dénutris, retour du mixé au normal, présence de plus de résidents au goûter...), voire de diminution de la consommation médicamenteuse (affichée par un établissement comme l'un des objectifs d'une démarche d'amélioration de la qualité gustative des repas),
- ✓ une prise en compte des goûts et aversions des résidents : un sujet d'attention généralement retrouvé (recueil à l'admission, commission menus),
- ✓ la commission menus et le comité de liaison alimentation nutrition (Clan), des instances positivement perçues et considérées comme utiles.

### **Concernant la prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition :**

- ✓ des évolutions importantes et positives depuis une dizaine d'années au dire de plusieurs établissements (mise en place de procédures, nouvelles pratiques, meilleur respect des recommandations de la HAS),
- ✓ très peu de différences entre les établissements rencontrés quant aux pratiques de dépistage et de prise en charge, avec :
  - une surveillance régulière de la dynamique pondérale dans l'ensemble des établissements rencontrés,
  - une surveillance de la baisse des apports alimentaires souvent citée (*via* notamment une observation en salle à manger),
  - en cas de diagnostic de dénutrition, un suivi alimentaire, des pesées plus fréquentes, une optimisation de l'alimentation du résident (fractionnement des repas, adaptation poussée aux goûts et capacités alimentaires), et éventuellement un enrichissement des repas avec des aliments hautement caloriques ou des compléments nutritionnels oraux (CNO).
- ✓ le Mini nutritional assessment (MNA), un outil globalement abandonné,
- ✓ certains critères des nouvelles recommandations de la HAS considérés comme difficilement applicables, tels que la quantification de la force musculaire, l'évaluation de la préhension, le recours à de l'imagerie...,
- ✓ un important niveau d'équipement en balances adaptées à la pesée de personnes âgées et en fauteuil,
- ✓ des avis très partagés sur l'utilité de la présence d'une diététicienne, mais pas de remise en question de la nécessité d'avoir des compétences en diététique au sein des équipes,

- ✓ le suivi des dossiers résidents via un logiciel de soin, un outil précieux :
  - saisie des prises de poids bimensuelles et autres données,
  - parfois alerte automatisée en cas de perte de poids,
  - transmission d'informations entre équipes et avec les intervenants externes,
  - transmission, de consignes/prescriptions de la part des médecins traitants
- ✓ ... mais qui ne remplace pas les échanges informels et ne résout pas tout : il reste indispensable qu'une personne s'assure du bon respect des protocoles,
- ✓ la prise en charge de problèmes dentaires : un problème fréquent qui trouve difficilement solution,
- ✓ la disponibilité et la réactivité des médecins traitants, un problème évoqué, mais un relais généralement pris par les médecins coordonnateurs des établissements.

**Concernant la Covid-19**, on note des effets multiples, mais très variables d'établissements en établissements et notamment,

- ✓ les repas en chambre pendant le confinement avec un retour progressif à la normal aux repas collectifs,
- ✓ l'absence de bénévoles pour les aides au repas ou activités de loisir, avec une nécessité des établissements de « redynamiser » les équipes,
- ✓ une pause d'instance ou de projets prévus comme notamment la mise en place du manger-main, ou encore la mise en place d'atelier de cuisine thérapeutique,
- ✓ dans une moindre mesure, un effet sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition avec une moindre régularité des prises de poids,
- ✓ un impact sur le moral des résidents.

# Contexte

## La dénutrition chez les personnes âgées accueillies en Ehpad...

La **dénutrition** est définie comme un état pathologique se caractérisant par « *un déséquilibre de la balance énergétique* » [1]. Cela signifie que les apports sont insuffisants par rapport aux besoins nutritionnels de l'organisme [1]. La dénutrition entraîne une perte de la masse musculaire et augmente la fragilité de la personne : elle accroît sa dépendance, la morbidité et la mortalité [2]. Qui plus est, d'après les travaux de Roberts et al, les personnes âgées après une période de sous-alimentation (trois semaines) sont incapables d'augmenter spontanément leurs apports alimentaires et ne retrouvaient pas leur poids de forme [3]. En 2019, La Haute autorité de santé (HAS) estimait à deux millions le nombre de personnes dénutries en France dont 270 000 personnes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) [4].

### Quelques précisions

La définition de la dénutrition chez les personnes âgées est la même que chez les adultes plus jeunes. Néanmoins, certaines spécificités comme **l'hétérogénéité importante de la population âgée** et les étiologies souvent multiples de la dénutrition peuvent rendre la caractérisation de l'état nutritionnel plus complexe. De plus, des modifications physiologiques rencontrées au cours du vieillissement (modification de la composition corporelle, dysrégulation de l'appétit ...) fragilisent l'état nutritionnel des personnes âgées, notamment en cas de pathologies chroniques ou événement aigu. Enfin, la dénutrition s'inscrit volontiers dans une spirale délétère chez les sujets âgés : la détérioration de l'état nutritionnel aggravant le pronostic des comorbidités qui sont elles-mêmes des facteurs étiologiques de dénutrition.

Source : HAS, « Argumentaire - Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus », nov. 2021.

Ces différents éléments ont amené les autorités publiques à porter une attention particulière à l'enjeu de la dénutrition et plus particulièrement de la dénutrition en institution, tant dans leurs politiques nationales que régionales de santé. Ainsi, l'un des objectifs quantifiés du Programme national nutrition santé 2019-2023 (PNNS 4), tel que défini par le Haut conseil de la santé publique (HCSP), est de réduire le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution de 30 % chez les plus de 80 ans et de 15 % chez les plus de 60 ans [5]. Dans ce même programme, plusieurs actions visent à agir sur la dénutrition dont en particulier les actions :



- 37 – Prévenir la dénutrition en sensibilisant le grand public et les professionnels de santé et du secteur social en mettant en place chaque année « une semaine nationale de la dénutrition ». Il s'agit de l'une des dix actions phares du PNNS,
- 38 – Favoriser le dépistage précoce de la dénutrition chez les seniors,
- 39 – Promouvoir la Charte nationale pour une alimentation responsable et durable dans les établissements médico-sociaux,
- 40 – Améliorer la formation initiale et continue des professionnels travaillant dans les établissements médico-sociaux.

En complément de ces éléments nationaux, à l'échelon de la région Grand Est, le plan régional de santé 2018-2028 (PRS) se fixe quant à lui pour objectif, notamment dans le but de lutter contre la dénutrition, de Promouvoir la santé bucco-dentaire, auprès des aidants professionnels et non professionnels, du secteur sanitaire et médico-social, des personnes âgées dépendantes.

## **... une problématique déjà étudiée dans le Grand Est**

---

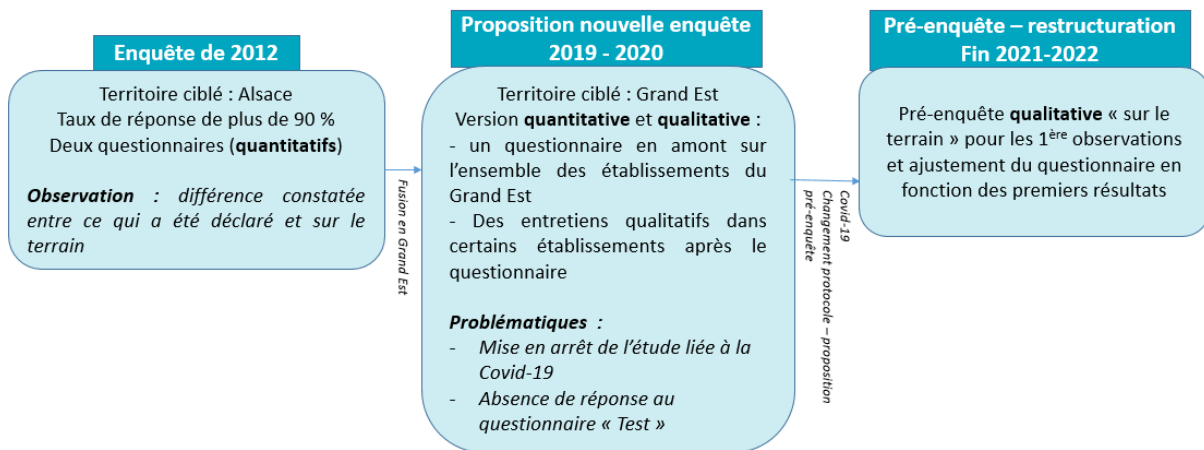
En Alsace, une première enquête portant sur la problématique a été réalisée en 2012 à la demande de l'ARS par l'Observatoire régional de la santé. Cette enquête par questionnaire avait alors été menée auprès de l'ensemble de 178 Ehpad et des 21 unités de soins de longue durée (USLD) alsaciens de l'époque. Elle avait pour objectifs de mieux connaître :

- ✓ les actions ou organisations mises en place dans les établissements pour prévenir la dénutrition (formation de personnels, coopérations formalisées ou non avec acteurs externes à l'établissement...),
- ✓ les actions ou organisations mises en place dans les établissements pour repérer et prendre en charge la dénutrition.

Cette enquête par questionnaire auto-instruits, qui avait bénéficié d'un bon taux de réponse (94 %), avait permis de disposer d'une image précise des pratiques des établissements en matière de prévention et prise en charge de la dénutrition [6]. Le besoin de réédition de ce travail s'est, au fil des années, imposé, afin :

- ✓ de connaître l'évolution des usages des établissements alsaciens,
- ✓ d'étendre la démarche à l'ensemble du Grand Est,
- ✓ d'approfondir certains sujets et de mieux comprendre des écarts qui ont pu être constatés entre les réponses à certaines questions et des observations de terrain.

Figure 1 Contexte de l'enquête Dénutrition des personnes âgées résidant en institution en Grand Est



Ainsi, en 2017, a été proposée la réalisation d'une nouvelle enquête sur la dénutrition des personnes âgées résidant en institution à l'échelle du Grand Est. Le protocole initial de cette étude prévoyait, comme en 2012, la réalisation d'une enquête quantitative via un questionnaire auprès de tous les établissements concernés. Elle devait cette fois-ci de plus être suivie d'une enquête qualitative (entretiens, visites de sites) auprès d'un échantillon d'établissements afin d'affiner les résultats de la démarche quantitative et de les confronter aux réalités de terrain. L'idée était de recueillir des témoignages de professionnels œuvrant dans ces établissements au sujet des conditions de mise en place de politiques de prévention et de prise en charge de la dénutrition et les difficultés rencontrées.

Cependant, cette démarche n'a pu être mise en œuvre comme prévu. Le lancement de l'enquête par questionnaire programmé au printemps 2020 a en effet dû être stoppé en raison de l'épidémie de Covid-19 qui a tout particulièrement touché les établissements accueillant du public âgé.

Dans la mesure où la mise en œuvre de ce volet quantitatif de l'enquête - à plusieurs reprises reportées en raison des confinements successifs - était compromise, il a été décidé de débiter le travail par la réalisation du volet qualitatif de la démarche *via* la visite d'un échantillon d'Ehpad et la réalisation d'entretiens auprès des professionnels. Cette démarche dont les résultats sont présentés dans ce rapport pourra être ultérieurement complétée par la réalisation de la phase quantitative initialement prévue.

# Objectifs

Les objectifs de cette enquête sont de :

- / recueillir les pratiques des établissements en matière de prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition,
- / mettre en perspective les recommandations de pratiques et les réalités de terrain (écarts, difficultés de mise en œuvre...),
- / recueillir des informations concernant l'impact de la crise sanitaire sur les pratiques en lien avec la dénutrition (impact passé, présent et futur),
- / repérer éventuellement des démarches singulières et intéressantes en matière de prévention ou de prise en charge de la dénutrition,
- / recueillir de premières propositions d'amélioration des pratiques, de contournement des difficultés, levée des freins,
- / d'adapter, améliorer et raccourcir le questionnaire quantitatif à partir de tous ces éléments.

## Méthode et déroulement de l'enquête

Les établissements invités à participer à cette pré-enquête qualitative ont été tirés au sort à partir d'une liste fournie par l'ARS comportant l'ensemble des Ehpad de la région Grand Est. Le tirage au sort n'a porté, pour des questions organisationnelles, que sur les établissements de six des dix départements de la région. Il a été réalisé de façon à sélectionner des établissements aux caractéristiques variées, c'est à dire :

- / installés dans des départements à dominante rurale et à dominante urbaine,
- / publics non rattachés à un hôpital, publics rattachés à un hôpital, privés à but non lucratif et privés à but lucratif,
- / de moins de 100 places et de plus de 100 places.

La réalisation de 12 visites d'établissements avec entretiens semi-directifs auprès des professionnels y travaillant était prévue. Le guide d'entretien construit par l'équipe de l'ORS GE a été proposé et validé en amont par le comité de pilotage de l'étude.

Le protocole comprenait également un principe de respect de l'anonymat des établissements rencontrés, ce afin de permettre aux équipes interviewées de s'exprimer le plus librement possible.

Le guide d'entretien, inspiré du questionnaire prévu lors de l'enquête initiale, explorait les thématiques suivantes :

- ✓ l'organisation générale de l'établissement en matière de nutrition (restauration, instances, textures, services des repas),
- ✓ le dépistage et suivi des patients dénutris ou à risque de dénutrition – mesures de prévention de celle-ci (accueil, dépistage, bilan initial et de suivi, mesures de prévention),
- ✓ la formation du personnel,
- ✓ les difficultés rencontrées (sur la thématique, liées à la Covid-19).

Une fois les entretiens réalisés, ils ont été retranscrits et fait l'objet de synthèses. L'analyse des entretiens a été réalisée au regard des thématiques explorées par le guide d'entretien. Dans ce rapport, toutes les analyses qualitatives ont été réalisées en s'appuyant sur les propos des professionnels travaillant en Ehpad, mais également les observations faites lors de la visite des établissements. Certaines citations (en bleu) sont utilisées pour expliciter ou illustrer les idées.

## Modalités des visites des établissements et entretiens réalisés

---

Entre novembre 2021 et janvier 2022, onze visites et entretiens ont été réalisés. Au cours de cette période, plusieurs visites et entretiens ont été reportés en raison du contexte sanitaire. Pour un établissement, la visite et l'entretien ont dû être annulés. Il a été décidé de ne pas reprogrammer cet entretien, car les onze visites et entretiens déjà réalisés étaient riches d'informations et avaient permis d'obtenir suffisamment d'éléments d'analyses.

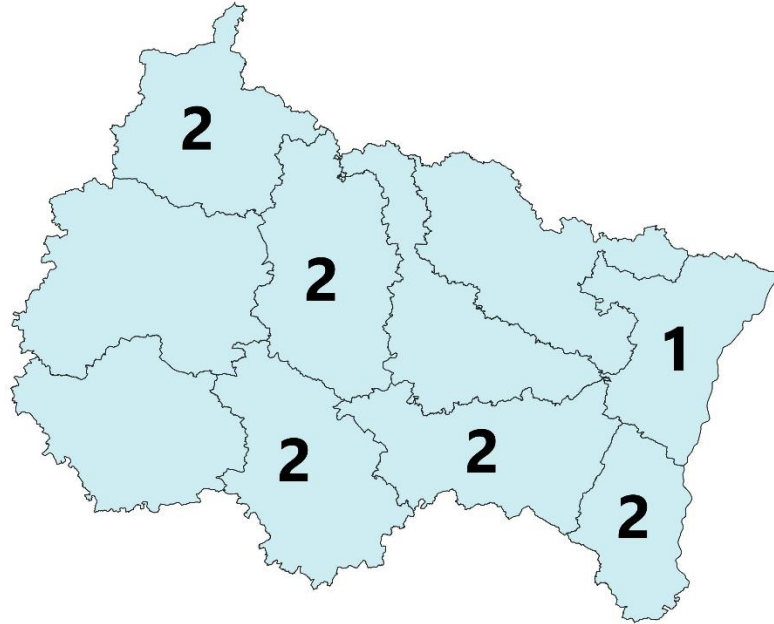
Concernant l'organisation des visites et entretiens, pour dix établissements, la plage horaire était de 11h30 à 15h30. Pour un entretien, la visite et l'entretien ont été effectués entre 9h00 – 13h00. Ces plages horaires, comprenaient le créneau du repas de midi, ce qui a permis d'observer comment étaient organisés le repas, la mise en forme de l'assiette, la décoration de la salle de restauration, l'ambiance, *etc.*

Lors des visites et entretiens, entre une à quatre personnes ont été rencontrées, représentant différents corps de métier. Il s'agissait de cadres de santé, de médecins coordonnateurs, de diététiciennes, de personnels de cuisine (chef ou non), d'infirmiers coordinateurs ou d'infirmières coordinatrices, d'aides-soignantes et d'aides-hôtelières.

Ces entretiens ont été réalisés par des membres de l'ORS Grand Est : pour huit entretiens, ils ont été réalisés en binôme, et pour trois entretiens, par une personne.

Parmi ces onze visites/entretiens, dix ont été enregistrés avec l'autorisation orale des participants, et un n'a pas été enregistré, faute d'accord du participant.

Figure 2 Répartition des visites/entretiens réalisés auprès des Ehpad tirés au sort pour cette enquête



*Un établissement dans le Bas-Rhin non participant*

# Résultats

## Organisation générale de l'établissement en matière de nutrition

---

### **Elaboration des menus et préparation des repas**

Lors des visites en établissement, différentes organisations relatives à l'élaboration des menus, la commande des denrées alimentaires et la préparation des repas ont pu être identifiées. Si elles ne représentent probablement pas, vu le nombre limité d'établissements rencontrés, l'intégralité des organisations pouvant exister en Ehpad, les entretiens ont permis de mettre en évidence certains avantages et inconvénients de chacune d'entre elles. L'on peut ainsi distinguer les Ehpad où :

- ✓ la cuisine est dépendante d'un établissement hospitalier (pas de cuisine au sein de l'établissement),
- ✓ la cuisine est interne, mais avec l'intervention de prestataires (une cuisine au sein de l'établissement et une intervention de prestataires pour préparer les repas),
- ✓ la cuisine est interne et gérée par l'établissement (une cuisine au sein de l'établissement et du personnel de cuisine employé directement par l'établissement),
- ✓ la cuisine est interne, mais gérée par le groupe auquel appartient l'Ehpad (une cuisine au sein de l'établissement et du personnel de cuisine au sein de l'établissement, mais une gestion par un groupe national à but lucratif).

### **Cuisine dépendante d'un établissement hospitalier**

Ce premier groupe est constitué d'Ehpad rattachés à un établissement hospitalier. Les menus y sont proposés par la cuisine de l'établissement et validés par une diététicienne de l'établissement. Parmi les onze établissements rencontrés, trois appartenaient à ce groupe.

Les repas sont ensuite préparés par cette cuisine, qui se situait systématiquement dans un autre bâtiment que celui de l'Ehpad, puis transportés vers l'Ehpad via des chariots de distribution ayant un compartiment pour les plats chauds et un autre compartiment pour les denrées froides.

Les principaux inconvénients mis en évidence lors de ces entretiens sont, d'une part, que ces Ehpad n'ont pas de prise sur l'heure des repas et surtout du dîner. Ainsi, en raison des contraintes organisationnelles de la cuisine, les chariots doivent repartir en cuisine à une heure donnée, ce qui oblige les établissements à servir le dîner plus tôt qu'ils ne le souhaiteraient. D'autre part, le fait que la cuisine ait à s'occuper à la fois des repas du personnel hospitalier, des personnes hospitalisées et des personnes hébergées en Ehpad, complexifie leur travail et limite, toujours selon les personnes rencontrées, leur capacité à servir des repas adaptés aux personnes âgées.

« La cuisine est très sollicitée, avec une carence de personnel... elle s'occupe du CH, de nourrir le personnel hospitalier [...] et d'une liaison froide pour l'Ehpad. Redécliner les menus en seniors [...] complexifie leur travail. ». Entretien 9

### **Cuisine interne, mais avec des prestataires externes à différents niveaux**

Les trois Ehpad de ce groupe disposent d'une cuisine en interne (dans les murs de l'établissement), mais c'est un prestataire qui propose des menus, menus validés par sa propre diététicienne, et qui se charge de fournir les denrées alimentaires. Ces menus sont ensuite soumis à la validation de la direction de l'établissement. Il est possible pour la direction de demander des ajustements ou des changements de plats lorsque cela ne convient pas. Il s'agit ici d'établissements indépendants qui ont décidé d'externaliser certaines tâches et non d'établissements appartenant à un groupe national gestionnaire d'Ehpad.

« La société venait avec les menus pour huit semaines et on disait quand on était d'accord et quand on l'était pas » Entretien 8

Concernant la préparation des repas, deux modalités ont été rencontrées :

- / soit une préparation des repas assurée par du personnel de cuisine salarié par l'établissement,
- / soit une préparation des repas assurée par du personnel employé par le prestataire, au sein de la cuisine de l'établissement.

Les inconvénients qui ont été cités par les établissements sont notamment que les menus ne sont pas toujours adaptés aux personnes âgées et que si des adaptations des menus sont possibles, les marges de manœuvre restent limitées.

« Les menus sont trop répétitifs, non adaptés aux personnes âgées, avec une viande de mauvaise qualité » Entretien 11

Cependant, s'il semble y avoir des inconvénients dans ce type d'organisation, un avantage qui a été avancé lors des entretiens est notamment un meilleur respect, selon les établissements visités, des mesures d'hygiène, dans la mesure où les prestataires seraient mieux formés à ces mesures, avec de plus des protocoles écrits à respecter.

### **Cuisine interne et gérée par l'établissement**

Ce groupe rassemble deux établissements dont la cuisine est interne et gérée par l'établissement. Les menus sont élaborés par la cuisine, puis soumis à la direction ou à une diététicienne (quand elle est présente dans l'établissement) pour approbation ou changement.

La préparation des repas a lieu au sein de la cuisine de l'établissement par du personnel de cuisine employé par l'établissement.

Dans ce groupe, le principal inconvénient mis en avant par l'un des Ehpad est celui de repas déséquilibrés. Cette question a pu se poser pour un établissement ne disposant pas de diététicienne et dont le personnel soignant estimait ne pas avoir, malgré leur formation initiale, les compétences en diététique nécessaires pour intervenir sur le sujet (élaboration ou validation des menus).

Pour ces établissements, avoir une cuisine interne présente en revanche de nombreux avantages, notamment de souplesse et de réactivité. La préparation sur place des repas et de la présence dans les murs des personnels de cuisine, facilite et multiplie ainsi les possibilités d'adaptation des repas aux goûts des résidents.

### **Cuisine interne et gérée par un groupe gestionnaire d'Ehpad**

Cette dernière catégorie rassemble trois des établissements privés appartenant à des groupes nationaux gestionnaires d'Ehpad, établissements disposant d'une cuisine interne, mais dont les menus sont élaborés de façon centralisés avec l'aide d'une diététicienne.

Les repas sont préparés au sein de la cuisine de l'établissement par le personnel de l'établissement.

L'inconvénient mis en avant par ces établissements est que les menus élaborés pour l'ensemble des Ehpad rattaché au groupe ne sont pas forcément adaptés à la région. Pour un établissement, si des adaptations sont parfois possibles, elles restent limitées.

« J'aurais bien voulu proposer des choses de la région, mais on ne peut pas les commander, donc on est un peu coincé de tous les côtés. » Entretien 7

Pour ce type d'organisation en cuisine, un établissement a notamment fait le choix de recruter un chef cuisinier provenant de la restauration traditionnelle. D'après les personnes rencontrées dans cet établissement, cela a permis de proposer des repas plus variés et de qualité, tout en réduisant le prix moyen des repas, ceci en limitant les commandes via la plateforme imposée. Ainsi, la variété des menus, la présentation des plats, le fait-maison, la fraîcheur des produits sont considérés comme des éléments essentiels de la qualité de vie des résidents. Cet ensemble constitue aussi selon le directeur de l'établissement et le médecin coordonnateur, d'un outil de prévention et lutte contre la dénutrition. En effet, une « bonne alimentation » aurait permis à cet établissement de faire baisser le nombre de dénutris au sein de l'établissement, de faire repasser des résidents d'une alimentation mixée à une alimentation normale et de diminuer les consommations médicamenteuses. L'inconvénient cité par cet établissement est notamment que le recrutement d'un chef cuisinier est très concurrentiel et qu'il faut donc motiver les candidats et proposer un salaire correspondant à ceux du marché.

## **Le service des repas**

### **Une préférence des établissements pour un service à l'assiette en salle à manger**

Les repas (déjeuner, dîner) pour les établissements rencontrés sont servis à l'assiette en salle à manger à l'aide de bac gastronomique ou chariot chauffant. Les repas sont servis soit par des aides-hôtelières soit par le chef cuisinier. Pour un établissement, ce service à l'assiette a été remplacé suite à la crise sanitaire par un service en plateau.

Le repas a lieu dans une salle de restauration avec l'ensemble des résidents ou dans des petites salles à manger par unité de vie pour les établissements organisés de cette manière.



Un établissement indique faire notamment en sorte qu'un maximum de personnes soit présent au déjeuner à table, dans la salle, et non en chambre. Pour cet établissement, le repas en salle permet de mieux observer comment les résidents se portent notamment en regardant ce qu'ils boivent, ce qu'ils mangent, s'ils ont l'air malheureux, ou encore leurs interactions avec les autres résidents. Tout ceci participe au dépistage précoce de la dénutrition et du risque de dénutrition.

« C'est top, il y a une moins bonne surveillance en chambre ». Entretien 4

Lorsque le repas est tout de même servi en chambre, c'est parce que le résident est malade et qu'il doit être isolé ou bien parce qu'il est trop fatigué pour aller en salle à manger.

« Au maximum, on essaie qu'ils mangent en salle, surtout pas par convenance personnelle ». Entretien 2

« Le plateau en chambre complexifie les choses et la surveillance. Nous avons des problèmes de personnels quand on doit monter en plateau » Entretien 7

### **Un plan de table prenant en compte les affinités des personnes âgées**

Au moment des repas, tous les établissements rencontrés indiquent que les personnes âgées sont placées par affinité, centres d'intérêt... Ils affirment que le personnel prête attention à l'emplacement des personnes âgées et aux interactions entre elles, afin qu'elles passent un moment agréable lors des repas. Le cas échéant des changements sont opérés.

« On essaie de regrouper les résidents par affinité, et puis si ça ne va pas, on les change, on leur demande, on en discute en équipe. ». Entretien 2.

## Des horaires et une durée de repas variables en fonction des établissements

Les horaires des repas sont dans les établissements rencontrés globalement similaires, si ce n'est que pour les établissements rattachés à un hôpital, les repas du soir sont servis tôt.

Les personnes âgées ont environ, à chaque repas du midi et du soir, une heure pour manger (temps pouvant aller jusqu'à 1h40). Pour le personnel interrogé, le temps est jugé suffisant pour que les résidents les plus autonomes mangent. Certains estiment cependant que ce temps, ainsi que les effectifs de personnel, sont insuffisants pour stimuler les résidents qui en ont besoin. De plus, les repas du soir dans la plupart des établissements sont servis tôt (vers 18h00) en raison notamment de contraintes organisationnelles internes ou externes, ceci ayant pour conséquence un jeûne nocturne trop long par rapport à ce qui est préconisé (< à 12h). Pour pallier cela, des collations nocturnes sont recommandées. Cependant, la grande majorité des établissements ne proposent pas de manière proactive de collation nocturne aux résidents, même si des collations sont données si le résident en fait la demande.

« On a toujours de quoi répondre à leurs besoins, et est accessible par le personnel de nuit. »

Entretien 8

« Les collations sont prêtes, s'ils ont faim, on leur donne. » Entretien 11

## Une aide au repas pour certains résidents

Au sein des établissements interrogés, les aides au repas se font majoritairement par les aides-soignantes. Cependant, dans la salle de restauration, il arrive que les aides-hôtelières secondent les aides-soignantes pour donner à manger à certains résidents.

Dans ce cas, les établissements veillent, par précaution, à ce qu'une aide-soignante soit présente à proximité afin que quelqu'un qui puisse apporter son aide en cas de problème (fausse route par exemple).

« Les aides-hôtelières peuvent donner le repas qu'en salle commune, car elles ne sont pas formées aux troubles de déglutition et s'ils se passent quelque chose, elles peuvent alerter, crier ». Entretien 8

Aucun des établissements rencontrés ne fait en revanche appel à des bénévoles pour l'aide aux repas. Il est arrivé pour un Ehpad que cela se pratique dans le passé, mais l'aide des bénévoles n'était apportée qu'à des résidents ne présentant pas de risque de fausse route, avec de plus la présence à proximité d'un soignant. À présent, les bénévoles, quand il y en a, sont plus souvent présents au titre des animations.

Les visites au moment du repas ont permis d'observer les éléments suivants :

- ✓ les résidents qui ont besoin d'une aide au repas sous toujours regroupés sur la ou les mêmes tables,
- ✓ la présence d'un ergothérapeute dans un établissement permet de faciliter l'autonomie de la personne, par exemple en adaptant le mobilier (les couverts ergonomiques, les assiettes antidérapantes, une table réglable en hauteur permettant plus facilement l'intégration d'un fauteuil roulant à table). Ces dispositions ne sont pour autant pas prises que par les établissements disposant des services d'un ergothérapeute,
- ✓ afin de faciliter la prise alimentaire de personnes en UVP, dans un établissement, une aide-soignante mange avec les résidents, à leur table. Ceci favorise, par effet de mimétisme, l'alimentation de ces derniers.

## ✓ Une adaptation aux besoins des résidents dans la mesure du possible....

### ...par le manger-main ou *Finger-Food*

#### Le manger-main ou finger-food

Le manger-main ou *finger-food* est un mode d'alimentation qui permet de favoriser la prise alimentaire de la personne qui a des difficultés pour se servir de couverts. Les repas sont préparés sous forme de bouchées que l'on peut manger avec les doigts. Cette technique permet de valoriser la personne puisqu'elle continue à se nourrir de manière autonome.

« Le manger-main (ou « *finger food*») | "Ensemble, prévenons la dépendance" ». <https://www.ensembleprevenonsladeldependance.fr/accueil/finger-food-manger-mains/>

Le manger-main ou *finger-food*, lorsqu'il est mis en place, l'est à destination des unités de vie protégées (UVP). Il n'est de loin pas proposé tous les jours, car trop chronophage : cela mobilise une personne de la cuisine sur la journée, pour un repas allant de l'entrée au dessert.

« Ça a très bien marché pour les personnes désorientées » Entretien 7

« Pas possible plus fréquemment (deux fois par mois), car cela mobilise une personne sur la journée » Entretien 4

Si le manger-main n'est pas toujours possible, un établissement a fait le choix d'investir dans une friteuse professionnelle afin de proposer plus de préparations que l'on peut manger facilement avec les mains comme les frites ou les nuggets de poulet.

« On pourra faire du *finger-food* comme les pommes duchesse, des nuggets. C'est facile de manger avec les doigts. » Entretien 1

Un des problèmes identifiés par un établissement est la difficulté de créer des préparations en manger-main adaptées aux personnes auxquelles des textures modifiées sont habituellement

servies. Un établissement a notamment fait des tests « manger-main et texture modifiée » avec de la gélatine, mais cela n'a rien donné de concluant.

« On a essayé aussi de faire dans des moules en silicone, mais compliqué, car avec la chaleur de la main, ça fondait » Entretien 1

Lorsque le manger-main n'est pas proposé dans l'établissement, c'est en premier lieu lié à un manque de temps et de formation. En effet, certains établissements souhaitent le mettre en place, mais cela demande beaucoup d'investissement en termes d'effectifs, de formation et de temps en cuisine.

« On n'a pas le temps pour faire du manger-main » Entretien 8

« Il faut les effectifs ... Ça demande beaucoup de temps en cuisine » Entretien 6

Pour certains établissements, si le manger-main n'est pas développé faute de temps, c'est également parce que peu de résidents ne savent pas manger sans couverts et que cela impacte finalement peu de résidents.

« Ça impacte finalement assez peu de résidents » Entretien 8

« On n'est pas certain que le manger-main apporte quelque chose de plus pour les résidents, en dehors du temps de cuisine » Entretien 6

Enfin, une autre difficulté mise en évidence est le jugement que les résidents peuvent avoir entre eux lorsqu'ils ne mangent pas de la même manière et a fortiori avec les mains.

« Sauf que nous, accueillant tous les résidents, en même temps au même endroit dans une même salle, je pense qu'il y aura des difficultés, notamment en termes de regard des autres. » Entretien 7

### ...par la proposition de textures modifiées

#### Les textures modifiées

Les textures modifiées, c'est une alimentation dont on a modifié la forme afin de pouvoir être consommée par des personnes souffrant de troubles de la mastication et/ou de la déglutition. Il existe différents types de textures :

- / texture liquide : l'alimentation est fluide, prise au biberon, au verre ou à la paille,
- / texture mixée : la texture est homogène, avec viande et légumes de consistance épaisse ; ils peuvent être soit mélangés, soit séparés dans l'assiette,
- / texture moulignée : la viande est moulignée, les légumes sont moulignés ou non si très tendres ; viande et légumes sont séparés dans l'assiette,
- / texture moulignée fin : La viande est moulignée, de même que les légumes ; viande et légumes sont séparés dans l'assiette,
- / texture hachée : la viande seule est hachée sauf si l'élément protidique est tendre.

« Bien manger pour mieux vivre ». <http://bienmangerpourmieuxvivre.fr/contenu-fiche-nutrition-2.html>

L'ensemble des établissements visités propose des textures modifiées, avec au minimum deux types de textures en plus du plat « standard » :

- / texture hachée (viande, fruits),
- / texture mixée (viande et accompagnement).

Lors des visites au sein des établissements, ces textures modifiées étaient rarement mises en forme dans l'assiette, bien que parfois proposées dans des ramequins ou des assiettes creuses. Lorsque le chef cuisinier était présent en salle de restauration au moment des repas, une mise en forme dans l'assiette pouvait être faite en utilisant parfois des emporte-pièces, façon « mixé gourmet ». Pour les autres établissements, il n'y avait pas de mise en forme, par manque de personnel ou parce que le service à l'assiette se faisait par des aides-hôtelières, qui ne sont pas forcément formées pour une mise en forme dans l'assiette, ni en possession du matériel nécessaire, ou encore disposant d'un temps limité pour faire le service.

La difficulté qu'on a c'est quand il y a des troubles de la déglutition et qu'on passe à l'alimentation mixée, l'aspect, la présentation n'est pas terrible » Entretien 6

« Il nous manque un chef cuisinier, ou un commis de cuisine. Des fois il faudrait quelqu'un en plus. On n'a pas de mise en forme pour les mixés, car on n'a pas assez de postes » Entretien 7

« On n'a pas le matériel pour (type moule en silicone), et puis malgré tout, il faudrait une personne en plus, pour faire ça spécialement, ça prend du temps. » Entretien 8

### ...par l'enrichissement des repas

L'enrichissement des repas peut être réalisé avec des aliments riches tels que la crème, le fromage, la poudre de lait et les œufs.

#### L'enrichissement

Enrichir l'alimentation d'une personne âgée consiste à mettre en place un régime alimentaire riche en protéines, en lipides et en glucides. Cette méthode induit un apport énergétique quotidien optimal pour les personnes âgées. L'avantage principal de cette pratique réside dans la quantité du plat présenté. Celle-ci demeure la même, mais l'ajout des bons aliments augmente sa teneur en nutriments.

*Alimentation enrichie » <https://www.c-diet.com/>*

La soupe proposée en entrée est enrichie par certains établissements, parfois à l'aide de crème, parfois avec des protéines en poudre sans goût qui n'altère pas le goût du plat.

« Au niveau des enrichissements le potage est enrichi systématiquement midi et soir »  
Entretien 1

## Les instances traitant de l'alimentation

### Le comité de liaison alimentation nutrition (Clan) pour les établissements rattachés à un hôpital, des instances considérées comme utiles...

#### Le CLAN

Le comité de liaison alimentation nutrition est une structure consultative qui met en relation les différents professionnels (du cuisinier au soignant, de la diététicienne aux services administratifs). Ce comité participe à l'amélioration du dépistage des troubles nutritionnels, de leur prise en charge et de la qualité de la prestation en restauration au sein du milieu hospitalier

« Comment faire vivre un CLAN ? » <https://www.sfnm.org/reseaux-nutrition/clans/comment-faire-vivre-un-clan>

Les personnes qui participent au Clan pour les Ehpad visités sont en général le responsable cuisine, des aides-soignantes, des infirmiers et la direction. Ces réunions ont lieu deux à trois fois par an.

Pour les personnes interrogées lors des visites d'établissements, le Clan est utile, pratique et permet de rajouter du poids aux décisions prises ou aux thématiques questionnées. Il permet aussi aux différents corps de métiers de faire part des difficultés rencontrées.

« Le fait de passer par un Clan permet d'avoir une assise médicale et de fixer certaines choses » Entretien 1

« Cela a permis par exemple à l'hôpital à ce que le poids soit pris à chaque admission » Entretien 1

#### ... comme les commissions menus

Les commissions menus sont présentes dans tous les établissements qui ont participé à l'enquête. Les participants à ces commissions menus sont divers et variés : personnels de cuisine, prestataires de restauration, direction, personnels soignants (aide-soignante, infirmier). À ces commissions menus sont également invités des résidents ou des familles de résidents. Ces réunions ont lieu une à quatre fois par an selon les établissements.

Lors de ces réunions, sont discutés :

- / le choix des menus (présentation des menus proposés) : le plus souvent quand il y a un prestataire pour la préparation des repas,
- / les cycles des menus, les difficultés rencontrées, les améliorations possibles,
- / ce que les résidents ont aimé ou n'ont au contraire pas apprécié.

L'ensemble des établissements ont fait part de leur volonté d'obtenir l'avis des résidents, ce qui leur permet, dans la mesure du possible, de faire les modifications nécessaires. De plus, selon les établissements, les résidents sont ravis de participer et de donner leur avis.

« La cuisine tient à peu près compte à ce qui est dit en commission menu » Entretien 4

« Les résidents sont super contents de participer, car ils peuvent s'exprimer, donner leur avis » Entretien 1

« Les résidents remontent ce qu'ils n'aiment pas, jamais ce qu'ils aiment » Entretien 7

Ainsi, pour conclure cette première partie, ces éléments concernant l'organisation en matière de restauration des établissements rencontrés ont permis de montrer que d'un établissement à un autre, la place donnée à la restauration était très variable et notamment fonction :

- / d'éléments contraints comme l'absence d'une cuisine interne (considérée comme une chance), les menus imposés par des groupes qui peuvent limiter l'attrait des résidents par les plats proposés (par exemple, pas de plats régionaux proposés),
- / de choix de direction (par exemple avoir un chef cuisinier provenant du secteur de la restauration traditionnelle), de la politique de recrutement (y compris concernant le nombre de personnes en cuisine, du recrutement ou non d'une diététicienne), de la motivation et des qualités professionnelles des équipes en cuisine.

# Diagnostic, prise en charge de la dénutrition et sa prévention

## 📌 Dépistage et diagnostic de la dénutrition

### Le dépistage et le diagnostic de la dénutrition sont réalisés à l'arrivée du résident au sein de l'Ehpad

Les pratiques d'accueil et de première prise en charge des résidents sont globalement similaires dans l'ensemble des établissements visités. À l'arrivée du résident, le personnel de l'établissement effectue une prise de poids. Cette pesée peut avoir lieu dès le jour de l'arrivée ou bien être décalée de quelques jours afin de laisser le nouveau venu prendre ses repères et ainsi éviter de rajouter de la désorientation.

Cette prise de poids est complétée par un examen clinique avec relevé des constantes (fréquence cardiaque, pression artérielle, saturation...), mesure de la taille, calcul de l'IMC et appréciation de l'état général par le médecin et l'équipe soignante.

Le recueil des goûts, non-goûts, allergies et intolérances alimentaires est effectué à cette occasion dans la majorité de cas. Cela est en général fait par les aides-soignantes, parfois par les aides-hôtelières, lors du petit-déjeuner. Quelques établissements effectuent, lorsque cela est possible, une visite à domicile du résident ou font parvenir un questionnaire sur ses préférences en amont de l'admission.

« Quand on peut, on fait une visite à domicile avant l'admission » Entretien 7

Dans la majorité des cas, une surveillance des apports alimentaires sur quelques jours (en règle générale trois) est alors débutée.

Quand il est disponible, le dosage de l'albumine (albuminémie) est récupéré dans le dossier médical du résident ou bien auprès des médecins l'ayant suivi précédemment (hôpital, médecin traitant). L'albuminémie n'est pas systématiquement réalisée (lorsqu'un dosage précédent n'est pas identifiable). En effet, l'arrivée dans un nouvel environnement peut s'avérer assez perturbante pour le résident et les équipes soignantes ne souhaitent pas rajouter à cela des examens biologiques. Elles évitent de plus au maximum de surpiquer les personnes dont elles ont la charge. L'albuminémie sera en revanche recherchée lorsqu'une dénutrition est diagnostiquée, afin d'en mesurer la sévérité.

#### Dosage de l'albumine ou albuminémie

L'albumine est une protéine fabriquée par le foie. Elle est mesurée lors d'une prise de sang, on parle d'albuminémie. L'hypoalbuminémie n'est pas un critère de diagnostic de la dénutrition, mais un critère de sévérité (albuminémie  $\leq$  30 g/L).

*HAS. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus. Novembre 2021*



Le résident n'est pas toujours vu par une diététicienne à son arrivée, et ce pour diverses raisons parmi lesquelles l'absence de diététicienne au sein de l'établissement et le manque de temps à y consacrer par ces mêmes professionnelles. En effet, elles exercent à temps partiel dans les Ehpad rencontrés, le plus souvent à hauteur de 10 % à 20 % équivalent temps plein (ETP), soit une journée tous les quinze jours à une journée par semaine. De ce fait, les dossiers des nouveaux arrivants sont étudiés par la diététicienne dans les semaines succédant leur arrivée, soit à l'occasion d'une révision de l'ensemble des dossiers des résidents de l'Ehpad, soit de manière sporadique. Il est à noter toutefois que lorsqu'un risque de dénutrition est identifié par l'équipe soignante chez le nouveau venu, le bilan nutritionnel est réalisé par les diététiciennes (lorsqu'elles sont présentes dans l'établissement) en priorité.

Il est important de souligner que peu d'établissements proposent et effectuent un bilan bucco-dentaire à l'arrivée du résident dans leur structure. Toutefois, un établissement fait intervenir un dentiste qui marque les prothèses dentaires et distribue des kits dentaires de prévention. Un second établissement a répondu à un appel à projets afin d'obtenir des fonds pour pouvoir réaliser le marquage des prothèses dentaires de ses résidents. Quelques autres établissements recherchent des troubles de la déglutition à l'entrée du résident, soit grâce au concours d'un orthophoniste, soit lors de l'examen d'entrée du résident (vérification sommaire de l'état bucco-dentaire et des capacités de déglutition par le médecin ou les membres de l'équipe soignante).

### Suivi du résident

La recherche d'un risque de dénutrition ou dénutrition se poursuit tout au long de son séjour...

Un suivi périodique des résidents est mis en place par l'ensemble des établissements rencontrés, notamment avec une vigilance axée sur le poids.

Cela permet de surveiller un critère essentiel : la dynamique pondérale. Cette évolution des poids peut être analysée par les membres de l'équipe soignante ou par la diététicienne (quand elle est présente). La quasi-totalité des établissements rencontrés dispose de balances adaptées à la pesée des personnes âgées (en fauteuil roulant ou non). En plus de disposer de matériel de pesée, la majorité des établissements rencontrés disposent d'un logiciel de soin dans lesquelles ils entrent le poids, les transmissions d'informations entre les équipes et des consignes/prescription de la part des médecins traitants. Certains logiciels permettent de programmer une alerte quand il y a une perte de poids, ce qui peut être pratique pour les équipes soignantes lorsque l'on entre le poids mensuel après une pesée. Ces logiciels de soins peuvent être un plus dans le cadre de la prévention de la dénutrition, bien qu'ils ne remplacent pas les échanges informels et ne résolvent pas tout.

Un établissement parmi les onze visités n'utilisait pas de logiciel de soin, mais recourait à des classeurs Excel qu'il exploitait pour réaliser le suivi des résidents.

Afin d'optimiser la surveillance des apports alimentaires, plusieurs établissements ont souligné, comme cela a déjà été indiqué, combien il est important que les résidents mangent en salle à manger (déjeuner et dîner). Ceci permet au personnel d'être observateur et vigilant quant aux

baisses d'appétit et d'être en mesure de relayer l'information au reste de l'équipe soignante le cas échéant.

« le poids est pris une fois par mois » Entretien 7

« il y a une alerte quand il y a une perte de poids » Entretien 6

Lors du suivi du résident, la mesure de l'albumine peut également être réalisée. Elle n'est généralement pas considérée comme un critère diagnostique de dénutrition (bien que quelques établissements l'utilisent à cet effet) au contraire de la perte de poids et de la baisse des apports alimentaires, mais est un marqueur de sévérité de la dénutrition : elle est en général mesurée trimestriellement en l'absence de dénutrition, voire même de façon annuelle lorsque tout va bien. Cependant, sa fréquence sera augmentée, jusqu'à tous les quinze jours, en cas d'anomalie (ex. : dénutrition).

La place et l'intérêt du Mini Nutritional Assessment (MNA) complet (échelle validée par de nombreuses études et dont le but est de dépister et quantifier la dénutrition protéino-énergétique chez les sujets à risque) et du MNA court de dépistage sont remis en question par nombre d'établissements puisqu'ils considèrent que ces questionnaires n'apportent pas d'information supplémentaire et sont chronophages. Lorsque le MNA est réalisé, cela tient surtout à des habitudes et des protocoles.

« On n'a pas de surprise, on sait que la personne est dénutrie, et on fait le MNA pour confirmer cela » Entretien 7

« J'ai mis le MNA, car c'était dans le protocole » Entretien 8

Les principales difficultés sur le suivi des résidents tiennent au manque de personnel. Les établissements souhaiteraient avoir davantage d'aides-soignants et d'infirmiers (soins et traitement médical des résidents, prise des repas, activités...). Cette problématique est de plus majorée par un turn-over conséquent au sein des équipes (départ, nouvelles embauches, changement d'équipe). Il est également souligné la difficulté lorsqu'il n'y a pas de médecin coordonnateur pouvant prescrire et interpréter les bilans biologiques.

...afin de permettre un repérage et un diagnostic précoce et efficace

Le diagnostic de la dénutrition est donc réalisé grâce à un suivi régulier et adapté au résident, selon ses facteurs de risques, et grâce à la vigilance de l'équipe soignante. Ce diagnostic peut être effectué par la diététicienne ou le médecin et se base principalement sur la baisse des apports alimentaires et la perte de poids. La majorité des établissements dispose de protocoles ou s'appuie sur les recommandations de la Haute autorité de santé de 2007. En novembre 2021 de nouvelles recommandations ont été proposées par la HAS. Ces dernières peuvent être appréciées, car cela relève d'une démarche consensuelle, mais elles peuvent également être considérées comme chronophages et inadaptées au public présent dans les Ehpad. En effet,

certaines critères de la nouvelle recommandation sont selon un établissement<sup>1</sup> visité difficiles à appliquer, telles que la quantification de la force musculaire, l'évaluation de la préhension, le recours à de l'imagerie...

Dans les cas où les protocoles sont inexistantes ou inutilisés, la transmission orale est privilégiée, sous forme d'échanges informels, bien que les recommandations puissent être connues. Localement, le réseau gérontologique des Vosges (REGEHVO) apporte également son appui aux établissements, grâce à la réalisation de fiches de recommandations de pratiques [7].

« On n'a pas de procédures écrites : j'ai l'impression que ce ne serait pas utilisé » Entretien 9 .

---

<sup>1</sup> Il s'agit d'un établissement qui avait connaissance des nouvelles recommandations de la HAS de lutte contre la dénutrition des personnes de plus de 70 ans (sortie en novembre 2021). Peu d'établissement lors des visites (entre novembre 2021 et janvier 2022) avait pris connaissance de ces dernières.

## Des avis divergents sur la place des diététiciennes

Les avis des établissements sur l'intérêt d'avoir une diététicienne dans ses rangs sont contrastés. Certains n'en ayant plus actuellement, n'en voyait pas trop l'utilité. Il faut néanmoins souligner que ce genre de propos peut être relié à une mauvaise expérience de l'établissement avec une diététicienne dont les missions ne convenaient peut-être pas à l'organisation et aux attentes. Toutefois, les établissements remettant en question l'intérêt d'une diététicienne considèrent que la compétence diététique doit être présente dans l'établissement (portée par un autre corps de métier : infirmier ou médecin notamment). D'autres établissements tiennent un discours opposé et sont satisfaits de la présence d'une diététicienne qui permet d'apporter un éclairage sur des sujets sur lesquels les équipes paramédicales ne sont pas nécessairement formées, bien que le temps de présence d'une diététicienne est souvent jugé insuffisant (une fois par semaine à une fois tous les 15 jours).

« On n'en voyait pas trop l'utilité » Entretien 4

« La difficulté qu'on rencontre, mais aussi la chance qu'on a, c'est que l'on a pu avoir un petit temps de diététicien. Car [nous] les infirmières, on n'est pas forcément formées pour ça. »

Entretien 8

## Le constat et la prise en charge d'une dénutrition

Dès lors que la dénutrition est constatée, la communication devient primordiale...

De manière générale, lorsqu'un diagnostic de dénutrition est établi, l'anamnèse et l'examen clinique sont réalisés. Est par la suite réalisé un suivi alimentaire matin, midi et soir. Il va en parallèle être demandé des pesées plus fréquentes.

De plus, lorsqu'une dénutrition est constatée, une discussion entre le médecin, la diététicienne (quand elle est présente) et l'équipe soignante se met en place dans le but de rechercher l'étiologie, les facteurs aggravants et réfléchir à la meilleure prise en charge possible. La situation va être notifiée dans le logiciel de soins, les supports de transmission, le plan alimentaire du résident. La famille du résident dénutri n'est pas nécessairement prévenue du fait du secret médical et du manque de temps du personnel pour téléphoner aux proches. De plus, le personnel ne souhaite pas inquiéter les familles plus que nécessaire.

« S'il y'a des anomalies, on fait un bilan médical » Entretien 6

« On demande à ce qu'il y ait une pesée plus fréquente dans le mois, au moins une fois tous les quinze jours » Entretien 7

Les difficultés évoquées sont la complexité de communication entre les différentes parties médicales et paramédicales, le temps diététique limité sur place (quand une diététicienne est présente) et les difficultés de prescription de biologie, pouvant être lié au manque de disponibilité des médecins traitant et de médecins coordonnateur.

« Il faut toujours répéter » Entretien 8

... afin de permettre la meilleure prise en charge possible

La prise en charge de la dénutrition repose sur l'optimisation de l'alimentation du résident. Celle-ci peut s'effectuer via le fractionnement des repas et une adaptation poussée aux goûts et aux capacités alimentaires des résidents (reprendre une entrée ou un dessert par exemple).

« On essaie d'adapter aux goûts de la personne » Entretien 10

### Les compléments nutritionnels oraux

Les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont des mélanges nutritifs complets, administrables par voie orale, hyperénergétiques et / ou hyperprotidiques, de goûts et de textures variés, auxquels il peut être nécessaire de recourir dans le cadre de la stratégie nutritionnelle de la personne âgée dénutrie

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/prise-en-charge/complements-nutritionnels-oraux>

Ces premières mesures étant généralement insuffisantes, un enrichissement des repas avec des aliments hautement caloriques ou des compléments nutritionnels oraux (CNO) sont instaurés en fonction du résident, de l'équipe soignante et du degré de dénutrition.

« Et on voit en fonction de ce qu'ils aiment manger (des crèmes, du liquide, du solide...) »  
Entretien 10

« Si elle est dénutrie, bah on envisage un repas enrichi » Entretien 8.

Certains établissements vont privilégier en premier lieu l'enrichissement des repas par les aliments avant d'envisager l'emploi des CNO, tandis que d'autres vont préférer utiliser les compléments nutritionnels en premier recours.

De l'enrichissement alimentaire...

Cette pratique soulève des réactions diverses : certains établissements sont partisans de favoriser au maximum l'enrichissement des repas avec les aliments, tandis que d'autres considèrent que c'est une pratique chronophage pour la cuisine et les aides-soignantes et hôtelières :

« C'est pas compliqué à faire, mais mon avis personnel c'est que c'est du temps perdu pour voir comment ça revient » Entretien 8

Ces propos sont toutefois à nuancer, car des constats similaires ont été dressés concernant les personnes âgées non dénutries : les personnes âgées, selon une responsable de cuisine, mangent peu et ne consomment pas la totalité de leur repas. Notons que ce type de situation ne concerne pas nécessairement l'ensemble des établissements, certains veillant à servir de petites portions, quitte à resservir les personnes qui en feraient la demande. Cette pratique favoriserait même l'alimentation des personnes âgées, les assiettes trop pleines pouvant rebuter les résidents.

Là encore, l'une des difficultés évoquées concerne la communication entre les équipes sur les consignes d'enrichissement. De plus, certains aliments ne sont pas adaptés à certaines

habitudes de cuisine, par exemple, les œufs flocculent lorsqu'ils sont mis dans des plats qui sont ensuite passés dans les chariots réchauffant les repas.

« Alors la difficulté qu'on rencontre bien évidemment, c'est la communication entre la diététicienne, la cuisine et les aides-hôtelières » Entretien 8.

...à la complémentation par CNO

Dans les autres cas, une prescription de CNO peut avoir lieu. Les CNO existent sous diverses formes (poudre hyper protéinée, crème, boisson...) et présentent l'intérêt de pouvoir être mélangés aux plats sans en altérer les propriétés et notamment les nouveaux CNO (où il n'y pas de modifications gustatives) ou bien d'être donnés en plus des repas. Le point de vigilance quant à l'emploi des CNO est que ceux-ci ne doivent pas entraver la bonne prise des repas. Ils doivent venir les compléter et non les remplacer. Les établissements s'accordent à dire qu'il est primordial de s'adapter aux souhaits et capacités des résidents, de choisir la texture la plus adaptée ainsi que l'heure auquel donner le complément afin que le résident puisse manger son repas sans que son appétit n'ait été entravé par le CNO. Tous ne sont pas d'accord sur le meilleur horaire :

« On s'est rendu compte que les CNO passent bien au petit-déjeuner » Entretien 1

« Et conformément aux dernières études, on donne plutôt trois quarts d'heure, une demi-heure avant le repas » Entretien 6

D'aucuns considèrent que la prise du CNO est bonne lorsque plus des deux tiers des portions proposées sont consommés.

Les difficultés rapportées par l'utilisation des CNO sont d'ordres humains et pratiques. En effet, les CNO nécessitent une prescription et devraient être prescrits par les médecins traitants des résidents. Ce n'est toutefois que peu possible, car les médecins traitants des résidents ne sont pas toujours joignables, sont occupés par leurs autres consultations et ne peuvent pas nécessairement se déplacer autant qu'il serait souhaité. La problématique relève essentiellement d'un manque de disponibilité globale des médecins traitants.

« On est tributaires des médecins, et on est dans un désert médical, donc on ne veut pas qu'ils ne viennent plus » Entretien 8

On peut ajouter à ces difficultés le fait que les Ehpad disposent de leur propre logiciel de soins et ont leurs propres pratiques qu'il faut, pour certains médecins traitants, apprendre à maîtriser, ce qui peut être chronophage. Dans ce contexte, par défaut, les CNO sont souvent prescrits par le médecin coordonnateur même lorsqu'il n'est pas désigné comme médecin traitant par les résidents. L'un des soucis de cette pratique est que ces tâches de médecin traitant prennent du temps et empiètent sur les activités de médecin coordonnateur. La problématique est d'autant plus prégnante lorsque le médecin coordonnateur est peu disponible, sans même parler des situations où il n'y en a tout simplement pas. En cas d'impasse pour obtenir des prescriptions, les équipes dont l'établissement est rattaché à un hôpital passent parfois outre et commandent directement les CNO auprès de la pharmacie dont elles dépendent. Cette

dernière les leur délivre et ce n'est parfois que dans un second temps que le médecin prescrit les CNO. De plus, les établissements n'ont pas forcément la possibilité de commander les produits qu'ils souhaiteraient. Seules certaines spécialités sont référencées parfois par le groupe ou l'hôpital dont ils dépendent.

« On a des partenaires référencés {...}, on ne peut pas commander n'importe où les compléments » Entretien 7

### La prise en charge de la dénutrition ne repose pas uniquement sur la complémentation

D'autres éléments peuvent impacter la prise en charge. On pense notamment aux soins dentaires. Effectivement, il est complexe d'obtenir des rendez-vous ou des visites de la part de dentistes. Ceux-ci ne peuvent ou ne souhaitent pas se déplacer. La problématique est notamment matérielle par l'absence de fauteuil dentaire dans les Ehpad, mais concerne également le fait que les personnes âgées forment un public particulier pouvant présenter des troubles du comportement, des difficultés de compréhension, diverses pathologies... Ce problème est plus important en milieu rural ou défavorisé où des « *Systèmes D* » doivent être mis en place (entretien 11) (relations personnelles de dentiste par le médecin coordonnateur).

« Une grande problématique, vouloir faire un bilan bucco-dentaire » Entretien 1

Par ailleurs, une méconnaissance de la prise en charge financière des transports pour les soins dentaires persiste au sein des institutions prenant soin des personnes âgées. Ainsi, pensant que les transports pour les soins dentaires ne sont pas remboursés, plusieurs établissements y voient là une complication supplémentaire.

« C'est un coût supplémentaire pour y aller » Entretien 5

Cette absence, ou retard, de soins peut avoir des conséquences non négligeables sur la nutrition des personnes âgées. Si leur état bucco-dentaire ne leur permet plus de manger correctement, les résidents sont éventuellement passés en régime mixé et ont donc davantage tendance à la dénutrition (car la nourriture est moins appétissante notamment). Il est ensuite difficile de les rebasculer en alimentation normale.

Un autre élément mentionné est la prise en charge des troubles de la vision : lorsque les résidents ne voient plus correctement ce qui se trouve dans leur assiette, ils mangent moins bien.

Enfin, la suppression de nombreuses alimentations thérapeutiques, appelées classiquement « régimes », a permis de proposer une alimentation normale à un large panel de résidents, y compris aux diabétiques, et ainsi favoriser une alimentation variée et conserver davantage de plaisir.

« Pas trop régime strict ici » Entretien 10

« Pas de régime pour les diabétiques » Entretien 5

## Des situations complexes

### Malgré tout, des impasses peuvent persister

En cas d'échec des complémentations, les équipes peuvent se retrouver dans l'impasse et démunies. Les raisons de ces échecs peuvent être variées : refus de la part du résident, incapacité physique ou psychique de consommer les CNO, pathologies neurocognitives et dégénératives, compléments insuffisants, comorbidités associées... La nutrition entérale par sonde nasogastrique n'a que très peu sa place en établissement pour personnes âgées. Elle n'est proposée que très rarement du fait de réticences des personnels et des familles et représente une difficulté supplémentaire à gérer au quotidien. On note toutefois quelques cas de nutrition intraveineuse.

« Perfusion quand ils ne boivent pas. On transfère [en hôpital] pour la nutrition entérale »  
Entretien 2

Enfin, les personnels des établissements émettent des avis contrastés sur le fait d'être rattaché à un grand groupe. Certains établissements prennent cela comme un bénéfice, car il existe des protocoles, des recommandations, des enquêtes de prévalence de dénutrition... D'autres se sentent plutôt contraints par des organisations rigides, peu modulables.

« Faire partie d'un groupe, ça aide complètement » Entretien 7

## Prévention de la dénutrition

Depuis une dizaine d'années (depuis la précédente enquête), des évolutions importantes et positives aux dires des établissements ont eu lieu, comme la mise en place de procédures, la mise en place de nouvelles pratiques, ou encore le respect des recommandations de la HAS.

De plus, de par leurs pratiques, certains établissements visités ont développé des mesures permettant de prévenir la dénutrition et notamment :

- la mise en place de réunions nutrition. Trois fois par an, l'établissement concerné fait le point sur les questions de nutrition. Lors de ces réunions, la situation de l'ensemble des résidents est discutée et, en cas de problème, les solutions possibles sont proposées. Dans cet établissement, chaque agent est responsable, pour les questions de nutrition, d'un certain nombre de résidents (par exemple : trois par étage). Ils sont alors chargés de contrôler si la pesée, le suivi de la prise de CNO, ou encore le suivi alimentaire sont bien effectués,
- la mise en place d'un référent nutrition : le référent nutrition est un agent de l'établissement. Ce référent, au même titre que les référents hygiène, fait un suivi régulier de ce qui est en lien avec la nutrition (comme vérifier si le poids est bien pris par les agents, faire des petits rappels, ...),
- l'enrichissement systématique, pour certains établissements, de la soupe, afin de prévenir la dénutrition,



- / la présence, en UVP, d'une aide-soignante à table qui mange avec les résidents, ceci favorisant, par mimétisme, l'alimentation des résidents,
- / le principe de faire prendre les repas en salle de restauration à l'ensemble des résidents (sauf s'il y a prescription médicale ou dans des cas spécifiques),
- / le développement de l'activité physique adaptée qui permet d'améliorer la qualité de vie et la réduction des effets délétères des traitements,
- / la présence d'un ergothérapeute, qui permet de mettre en place des systèmes afin de favoriser l'autonomie des personnes âgées (mise en place de couverts adaptés, tables adaptées, assiettes antidérapantes),
- / la limitation des restrictions alimentaires (régimes) et le principe de privilégier une alimentation plaisir pour les personnes âgées,
- / la présence d'un cabinet dentaire permettant une vérification et un suivi de l'état dentaire lors de l'entrée d'un résident au sein de l'établissement.
- / la mise en place d'animations (coupe de légumes/fruits), d'activités (fête des anniversaires), de sorties extérieures (restaurant) qui participent au bien-être des personnes âgées,
- / l'existence d'une salle à disposition des familles avec une cuisine. Ceci permettant de faire « comme à la maison » et de manger autre chose que ce qui est proposé par l'Ehpad,
- / la présence d'un nombre de personnels suffisant pour stimuler les résidents, pour l'aide aux repas ou autre,
- / la présence d'un chef cuisinier dans l'établissement avec un certain degré d'autonomie pour adapter les repas aux goûts des résidents, le service par ce chef en salle au moment des repas, pour avoir un contact et un retour direct et indirect (ce qui est mangé, ce qui reste dans les assiettes) de ces derniers.

« Il ne faut pas attendre que la personne âgée soit dénutrie, il faut enrichir avant.  
Après il est trop tard pour revenir en arrière » Entretien 5

« En toute honnêteté, je pense qu'on pourrait réduire la dénutrition en ayant plus de personnel au moment des repas, en cuisine, en salle » Entretien 8




# Les effets du Covid sur la vie de l'établissement, ses résidents et personnels

---

## Effets sur la restauration

### Des repas en chambre quasi systématisés durant les confinements...

Dans la totalité des établissements, à une exception près, la crise du Covid s'est traduite en période de confinement par l'abandon des repas en salle et la mise en place d'un service en chambre. Un établissement indique cependant que quelques goûters ont été maintenus, afin de limiter les effets de l'isolement. Les effets secondaires évoqués sont globalement négatifs :

-  un temps de service rallongé et bien moins de temps disponible pour la stimulation et l'aide au repas,
-  dans quelques établissements le passage du service à l'assiette (chaque assiette est préparée et donc potentiellement adaptée au résident au moment du service) à la distribution de plateaux préparés à l'avance,
-  un isolement des résidents (cf. ci-après).

Il a bien entendu également été nécessaire d'abandonner les repas en famille, au sein des établissements, comme à l'extérieur.

### ...sauf en UVP

Concernant les UVP, pour les établissements concernés, il n'a pas été possible de mettre en œuvre des repas en chambre pour les résidents et le principe de repas collectifs a été maintenu.

### Un retour parfois progressif aux repas collectifs

Pour les établissements ayant évoqué le sujet, le retour aux repas en salle à manger a été fait « *dès que possible* », mais parfois progressivement : la moitié des résidents mangeaient le midi et l'autre moitié le soir par exemple. La progressivité du retour aux repas en salle commune pouvait également être le fait des résidents.

« Ça a été compliqué que les personnes acceptent de redescendre en salle à manger. Certains n'attendaient que ça, mais pour d'autres, ça a été compliqué de ressortir de leur chambre, de retrouver du monde etc. » Entretien 10

### Des petits-déjeuners en chambre qui perdurent

Quelques établissements indiquent que suite au Covid, les petits-déjeuners, qui étaient pris en salle commune avant l'épidémie, sont à présent pris en chambre par la grande majorité des résidents. C'est une évolution positivement perçue, offrant entre autres la possibilité de laisser certains résidents dormir plus longtemps, dans la limite des contraintes du service.

« Finalement maintenant, de plus en plus de résidents apprécie de petit-déjeuner en chambre » Entretien 5

## Un effet négatif de la crise sur l'intervention des bénévoles

Si la présence de bénévoles, pour l'aide aux repas par exemple ou les activités de loisir, de sortie, était déjà rare au sein des établissements, la crise sanitaire a encore dégradé la situation. Suite à l'impossibilité de les faire intervenir en période de confinement, les établissements concernés indiquent qu'ils n'interviennent « *pratiquement plus* » ou qu'il est nécessaire de « *redynamiser* » les équipes.

## Une pause dans la vie de certaines instances et la suspension de nombreux projets

Une petite minorité d'établissements indique avoir arrêté ponctuellement certaines instances dont la Commission menus et le Clan. Cela ne signifie pas que dans les autres Ehpad rencontrés cela n'a pas été le cas, mais simplement que le sujet n'a pas été évoqué. Un de ces établissements souligne au passage que cela leur a montré l'utilité de ces instances, sans lesquelles la circulation de l'information (nouvelles règles, actions mises en place...) est moins satisfaisante.

« On se rend compte qu'avec le Covid toutes les instances ont été mises en stand-by et que c'est beaucoup plus long pour faire bouger les choses » Entretien 8

En plus de la pause de certaines instances, des projets prévus ou qui devaient être réfléchis par les établissements ont été mis en pause comme par exemple la mise en place d'atelier thérapeutique de cuisine ou encore la mise en place du manger-main.

« On a créé cette salle suite à un appel à projets (ARS) où on a eu un financement et on a pu réaliser les travaux. L'objectif de cette salle était pour réaliser des ateliers de cuisine thérapeutique ; et puis animations, activités. Malheureusement avec Covid, on n'a pas pu vraiment mettre ça en place ». Entretien 8

Nous ne faisons pas de manger-main. Il aurait dû être développé sur l'établissement. Mais avec le Covid, y a plein de choses qui se sont reportées. » Entretien 6

## Effets sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition

L'impact de la crise sanitaire sur le dépistage de la dénutrition a été réel, mais variable. Un établissement indique néanmoins que « *cela n'a pas changé prévention et prise en charge de la dénutrition* » alors qu'à l'opposé deux établissements disent ne pas avoir pris de poids durant les périodes de confinement et un autre ne l'avoir fait que pour une partie des résidents « *La plateforme de pesée était dans l'unité Covid, donc on n'a pas pris de risque de la ramener dans l'autre unité* ». Il n'est néanmoins question que d'effets ponctuels et en général, c'est une moindre régularité des prises de poids qui a été évoquée et jamais un abandon des protocoles.

## Effets sur la santé des résidents

### Peu d'effets sur la dénutrition, mais un impact pour certains sur le moral des résidents

Les effets directs de l'épidémie ont été très variables selon les établissements, avec pour certains d'entre eux un nombre très élevé de décès alors que d'autres étaient pratiquement épargnés.

« On a eu un grand turn-over de résidents, ils sont presque tous décédés » Entretien 10

Les mesures prises pour contenir la propagation du virus (repas en chambre, absence des familles...) ont également eu des effets sur la santé des résidents qui ont été, selon les témoignages recueillis, très fluctuants.

Concernant la dénutrition, de l'avis de la plupart des équipes rencontrées, les mesures prises n'ont pas eu d'effets notoires et aucune dégradation flagrante de la situation n'a été notée. Ce constat est nuancé par certains Ehpad qui rapportent des pertes de poids, sans pour autant faire état de situations critiques. Par ailleurs, une augmentation importante des chutes (30 % à 40 %) a été relevée par un établissement.

« Certains ont bien maigri du fait de l'isolement, du manque de visites » Entretien 1

« Pas eu a priori de gros impact sur la dénutrition, pas plus que d'habitude » Entretien 3

Ce qui a par ailleurs été évoqué, ce sont les effets négatifs de la période sur le moral des résidents, du fait en particulier l'absence des familles (pour celles qui bénéficiaient de visites de ces dernières) et de l'isolement en chambre. Ces effets ont été, selon le témoignage de plusieurs soignants, en partie compensés par la mise en place d'activités en chambre et le déploiement de dispositifs rendant possibles les contacts avec les familles, même si ces dispositifs (visio, échanges derrière une vitre) pouvaient parfois être mal vécus.

« Gros impact sur nous et les résidents.

Les résidents ont horreur de rester dans les chambres » Entretien 7

« Les résidents se sont retrouvés à manger en chambre ... vécu comme une prison. C'était une période très difficile » Entretien 10

« On avait installé un plexi qui coupait la salle en deux. Ça a été très mal vécu ...les résidents ne comprenaient pas pourquoi. C'était choquant quand on y repense » Entretien 7

« J'ai pas eu l'impression que les gens ont plus déprimé que cela, parce qu'il y avait quand même des activités en chambre » Entretien 8

De façon plus ponctuelle, les effets sur le moral du personnel et des familles ont également été mis en avant.

« C'est surtout les familles qui ont souffert. Les soignants avaient extrêmement peur d'être positifs [au Covid] et de le transmettre ». Entretien 8



Notre conception de l'EHPAD était un lieu de vie, ils étaient chez eux, à se promener, à se rendre visite. Et pendant le Covid, on ne voyait personne dans les couloirs, c'était très très compliqué. » Entretien 10

# Conclusion

La dénutrition chez les personnes âgées est un problème majeur de santé publique. Ainsi les autorités publiques ont exprimé différents objectifs afin de lutter contre la dénutrition comme :

- favoriser le dépistage précoce de la dénutrition chez les séniors (PNNS 4),
- prévenir la dénutrition en sensibilisant le grand public (PNNS 4),
- promouvoir la santé bucco-dentaire (PRS 2018-2028 de la région Grand Est).

Les résultats de cette pré-enquête issus de la visite et de la réalisation d'entretiens auprès de onze établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et leurs professionnels a permis de mettre en évidence que la lutte contre la dénutrition a connu des évolutions importantes et positives depuis une dizaine d'années (mises en place de procédures, nouvelles pratiques, recommandation HAS).

Cette enquête a permis également de mettre en avant des problématiques souvent citées dans la lutte contre la dénutrition et notamment :

- la santé bucco-dentaire des établissements qui est également un objectif du PRS 2018-2028 de la région Grand Est,
- le manque de disponibilité des médecins traitants pouvant retarder une prise en charge de la dénutrition.

Cette enquête qualitative se basant sur un panel de 11 établissements (que nous remercions encore pour leur participation) pourrait être complétée par un questionnaire (visée quantitative) permettant d'explorer à l'échelle du Grand Est :

- l'organisation générale en matière de restauration qui varie d'un établissement à un autre,
- les actions mises en place pour améliorer la santé bucco-dentaire des résidents,
- le recensement des actions permettant de prévenir la dénutrition
- ou d'autres points que l'ARS souhaiterait investiguer.

# Bibliographie

- [1] « Comprendre la dénutrition ». <https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/assure/sante/themes/amaigrissement-et-denutrition/comprendre-la-denutrition> (consulté le 9 mai 2022).
- [2] HAS, « Argumentaire - Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus », nov. 2021.
- [3] « Effects of a 6-Week Hypocaloric Diet on Changes in Body Composition, Hunger, and Subsequent Weight Regain in Healthy Young and Older Adults | The Journals of Gerontology: Series A | Oxford Academic ». <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/55/12/B580/555927> (consulté le 9 mai 2022).
- [4] « La dénutrition en chiffres », *Collectif de lutte contre la dénutrition*. <https://www.luttecontreladenutrition.fr/la-denutrition-en-chiffres> (consulté le 9 mai 2022).
- [5] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Programme national nutrition santé 2019-2023 ».
- [6] ORS Alsace, « Prévention et prise en charge de la dénutrition des personnes âgées résidant en institution en Alsace », oct. 2012.
- [7] « Groupes de travail - Nutrition ». <https://regehvo.fr/regehvo-reseau-gerontologique-des-hautes-vosges-groupes-de-travail#groupe-de-travail-nutrition> (consulté le 8 juin 2022).



## Observatoire Régional de la Santé Grand Est

### Siège

Hôpital Civil – Bâtiment 02, 1<sup>er</sup> étage  
1 place de l'hôpital  
67091 Strasbourg cedex

### Site de Nancy

2 rue Jacques Parisot  
54500 Vandœuvre-lès-Nancy

Tél : 03 88 11 69 80

Mail : [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

Site internet : [www.ors-ge.org](http://www.ors-ge.org)