

NUTRI'EHPAD

Prise en charge nutritionnelle des résidents en EHPAD



Réuni CLAN

Septembre 2025



LE NUTRI'EHPAD

Est édité par le Réuni CLAN—CLAN régional
Rédigé par Lisa GADENNE DROMART et Caroline SAMSON
Diététiciennes du CHOR
Corrigé par Dr DEKKER CHU Sud
Merci au Docteur RATRIMOSON ,
Laurianne RIVIERE IDE Référente EHPAD Gabriel Martin

SEPTEMBRE 2025

QR CODE à
mettre

SOMMAIRE

MOT DU PRESIDENT	Page 4
1. LES BESOINS NUTRITIONNELS DE LA PERSONNE AGEE	Page 5
2. DEFINITION DE LA DENUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE.....	Page 7
3. DEPISTAGE DE LA DENUTRITION PERSONNE AGEE	Page 8
4. SITUATIONS A RISQUE DE DENUTRITION	Page 12
5. PARCOURS DU RESIDENT A RISQUE DE DENUTRITION OU DENUTRI	Page 15
6. PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION	Page 16
7. ARBRE DECISIONNEL	Page 20
8. PRISE EN CHARGE DE LA DYSPHAGIE	Page 22
9. CONSEILS D ENRICHISSEMENTS	Page 26
10. COMPLEMENTS NUTRITIONNELS ORAUX (CNO).....	Page 29
11. PROTOCOLE REPAS MIXE.....	Page 36
12. TRANSIT	Page 37
13. ADAPTATION ENVIRONNEMENT: Ergonomie vaisselle	Page 39
14. PREVENTION.....	Page 41
15. BIBLIOGRAPHIE.....	Page 42
FICHE DETACHABLE PRATICO PRATIQUE	Page 44
FICHIER PARAD	Page 46

MEMBRES DU REUNI CLAN

Président : Dr Richard DEKKER—médecin Nutritionniste PH
Unité Transversale de Nutrition Clinique au CHU SUD
Julie GONNEAU-LEJEUNE—médecin Nutritionniste à la
Clinique Oméga
Madeline GATECURE—médecin Nutritionniste au Centre
des Oliviers
Claire METIVIER—Médecin Clinique Ylang-Ylang
Marie Caroline FOYER
Diane BAILLEUX—Diététicienne Nutritionniste
Anne Laure LE TOUX—Médecin gastroentérologie au CHOR
Pravesh Kumar DUNESS
Emmanuelle DAGARD—Diététicienne Nutritionniste
Pernille NIELSEN Diététicienne Nutritionniste
Lisa GADENNE—Diététicienne Nutritionniste au CHOR
Caroline SAMSON - Diététicienne Nutritionniste au CHOR
Laura BOYER—Diététicienne Nutritionniste
Alexia LASSABE—Diététicienne Nutritionniste

**MOT DU
PRESIDENT**

Réuni CLAN 974



C'est en regroupant l'expertise de différents professionnels du milieu médical, que notre CLAN est en mesure d'apporter une réponse stratégique et performante à la dénutrition. Nos actions portent autant sur la prévention, le dépistage que le traitement. Bien qu'elle cible la dénutrition en établissements médico-sociaux, notre association, s'adresse à tous les acteurs ayant un levier de prévalence sur la dénutrition : en amont les institutions, en son cœur le personnel médical et technique et en aval la population.

Ce document est un guide, il ne remplace en aucun cas l'avis d'un professionnel de santé (médecin, diététicienne, orthophoniste, kinésithérapeute)

1

LES BESOINS NUTRI- TIONNELS DE LA PERSONNE AGEE

Chez la personne âgée, bien manger, c'est manger de tout, en quantités adaptées et avec plaisir !

Quelques repères alimentaires pour la personne âgée

						
Viande/poisson/oeuf	Produits laitiers	Fruits et légumes	Féculents en priorité complets	Légumes secs	Privilégier les huiles de colza/noix/olive	Eau/boissons
1-2 portions/jour	3-4/jour	> 5 portions/jour	A chaque repas	> 2 fois/semaine		> 1,5 L/jour

Focus sur les protéines:



Privilégier les aliments et recettes riches en protéines
Diversifier les sources de protéines

Une personne âgée a besoin de plus de protéines qu'une personne plus jeune pour entretenir ses muscles.

Besoins protéiques par jour:

Personne de 40 ans : 0.8 g de protéine / kg de poids idéal / jour

Personne de 80 ans: 1.2 à 1.5g de protéine / kg de poids idéal/ jour

Réf: SRAE Nutrition © 2025

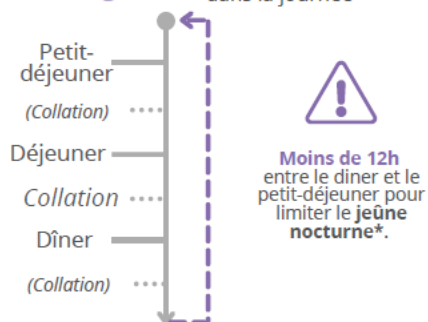
1

LES BESOINS NUTRI- TIONNELS DE LA PERSONNE AGEE

Le plaisir de manger avant tout !

Pour que le repas soit un moment agréable et stimule l'appétit....

Le bon rythme **3** repas et collation(s) dans la journée



*qui entraîne une fonte musculaire, un risque d'hypoglycémie et de déshydratation

Réf: SRAE Nutrition © 2025



Variez les menus et adaptez-les
aux préférences des résidents



Pas de régimes restrictifs
après 70 ans



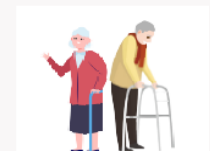
Soignez l'environnement et
la présentation du repas



Stimulez l'appétit en
relevant les plats avec
sel/poivre, épices et/ou
herbes aromatiques



Adaptez la texture aux
capacités du patient



Bouger stimule
l'appétit.
L'activité physique
est indispensable
pour une prise
en charge efficace.

2

DEFINITION DE LA DENUTRITION

DEFINITION DE LA DENUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE



La **dénutrition protéino-énergétique** résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires et musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères.

Les situations à risques ont été définies dans les recommandations comme situations favorisant la diminution des apports alimentaires ou l'augmentation des besoins protéino-énergétiques.

Certaines situations sont sans lien avec l'âge, tel que les cancers, les défaillances d'organes chroniques et sévères (cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique), les pathologies digestives à l'origine de mal digestion ou de malabsorption, l'alcoolisme chronique, les pathologies infectieuses ou inflammatoires chroniques, etc.

D'autres situations sont plus fréquentes et spécifiques à la personne âgée. Elles nécessitent donc d'être recherchées, d'autant que certaines de ces situations sont corrigibles.

3 DEPISTAGE DE LA DENUTRITION CHEZ UN RESIDENT

CRITERES D'EVALUATION DE LA DENUTRITION DE LA PERSONNE AGEE

Au moins un critère phénotypique

❶ Perte de poids:

≥ 5% en 1 mois ou ≥10% en 6 mois



- 2 kg - 4 kg

❷ IMC < 22kg/m²

❸ Sarcopénie confirmée * :

réduction de la force musculaire + réduction de la masse musculaire quantifiées



&

Au moins 1 critère étiologique

❶ Réduction de la prise alimentaire:

≥ 50 % pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins Protéino énergétiques es



❷ Absorption réduite

maldigestion/malabsorption.

❸ Situation d'agression : Pathologie aiguë ou chronique ou maligne évolutive (hypercatabolisme protéique avec ou



Cf. Fiche technique : EHPAD Evaluation nutritionnelle

3

DEPISTAGE DE LA DENUTRITION CHEZ UN RESIDENT

Comment évaluer une Sarcopénie confirmée * :



Réduction de la force musculaire (au moins 1 critère)	Hommes	Femmes
5 levers de chaise en secondes	> 15	> 15
Vitesse de marche (m/s)	< 27	< 16
ET réduction de la masse musculaire (au moins 1 critère)	Hommes	Femmes
Masse musculaire appendiculaire en kg	< 20	< 15
Index de masse musculaire appendiculaire en kg/m ²	< 7	< 5,5

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

3

DEPISTAGE DE LA DENUTRITION CHEZ UN RESIDENT

Etape 2 -> DIAGNOSTIC DE LA SEVERITE de la DENUTRITION

Dénutrition modérée

1 seul critère suffit

- ☐  Perte de poids
 . $\geq 5\%$ et $< 10\%$ en 1 mois
 Ou . $\geq 10\%$ et $< 15\%$ en 6 mois
 Ou . $\geq 10\%$ et $< 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
- ☐  18-69 ans $17 < \text{IMC} < 18.5 \text{ kg/m}^2$
 ≥ 70 ans $20 \leq \text{IMC} < 22 \text{ kg/m}^2$
- ☐  Albuminémie
 18-69 ans $30 < \text{Albuminémie} < 35 \text{ g/l}$
 ≥ 70 ans $\text{Albuminémie} \geq 30 \text{ g/l}$
 Mesure par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie) quel que soit l'état inflammatoire

Dénutrition sévère

1 seul critère suffit

- ☐  Perte de poids
 . $\geq 10\%$ en 1 mois
 Ou . $\geq 15\%$ en 6 mois
 Ou . $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
- ☐  18-69 ans $\text{IMC} \leq 17 \text{ kg/m}^2$
 ≥ 70 ans $\text{IMC} < 20 \text{ kg/m}^2$
- ☐  Albuminémie
 18-69 ans $\leq 30 \text{ g/l}$
 ≥ 70 ans $< 30 \text{ g/l}$
 Mesure par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie) quel que soit l'état inflammatoire

Etapes 1 & 2 - Cas particulier de la personne obèse dénutrie -> Ne pas tenir compte de l'IMC

Réf: HAS/ FFN 2021

3

DEPISTAGE DE LA DENUTRITION CHEZ UN RESIDENT

POIDS ET TAILLE

Chaque patient doit être **pesé et toisé** dans les 48 heures suivant son admission dans le service.

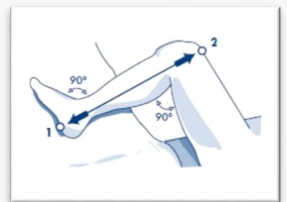
Et une fois par mois à l'EHPAD.

Si le patient est grabataire, possibilité d'utiliser une balance-chaise ou un lève-malade pour la pesée.

Pour la taille: utiliser la **toise pédiatrique** pour mesurer la distance talon-genou.

CALCUL TALON GENOU (toise pédiatrique)

Le patient doit être couché sur le dos ou assis, le genou levé et formant un angle de 90° entre la jambe et la cuisse. Le pied fait également un angle de 90° avec la jambe. La partie gauche du calibre est placée sous le talon, la partie mobile au dessus des condyles fémoraux. L'axe du calibre doit être parallèle à l'axe du tibia et une légère pression est effectuée afin de compresser les tissus.



Utiliser la **formule de CHUMLEA**

Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. J Am Geriatr Soc 1985;33(2):116-20.

4

SITUATIONS A RISQUE DE DENUTRITION

1- Les situations à risque de dénutrition sans lien avec l'âge

- les cancers
- les défaillances **d'organes** chroniques et sévères (cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique)
- les pathologies digestives à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption, l'alcoolisme chronique
- les pathologies infectieuses ou inflammatoires chroniques / toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires
- une augmentation des besoins énergétiques, une malabsorption, ou les deux.



(HAS 2021)

4

SITUATIONS A
RISQUE DE
DENUTRITION
(HAS 2007)

2- Les situations à risque de dénutrition plus spécifiques de la personne âgée

Psycho-socio environnementale

Isolement social - Deuil - Difficultés financières - Maltraitance - Hospitalisation
Changement des habitudes de vie : entrée en institution



Troubles buccodentaires

Trouble de la mastication - Mauvais état dentaire - Appareillage mal adapté
Sécheresse de la bouche - Candidose oro-pharyngée- Dysgueusie



Troubles de la déglutition

Pathologies ORL- Pathologies neuroévolutives ou vasculaires

Troubles psychiatriques

Syndromes dépressifs - Troubles du comportement

Syndromes démentiels

Maladie d'Alzheimer - Autres démences

Autres troubles neurologiques

Syndrome confusionnel - Troubles de la vigilance - Syndrome parkinsonien



4

SITUATIONS A
RISQUES DE
DENUTRITION
(HAS 2007)

2- Les situations à risque de dénutrition plus spécifiques de la personne âgée

Traitements médicamenteux au long cours

- Polymédication (sup à 5)
- Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence...
- Corticoïdes au long cours

Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique

- Douleur
- Pathologie infectieuse
- Fracture entraînant une impotence fonctionnelle
- Intervention chirurgicale constipation sévère
- Escarres

Dépendance pour les actes de la vie quotidienne

- Dépendance pour l'alimentation, la mobilité et le brossage des dents.

Tous régimes restrictifs dont :

Sans sel – Amaigrissant- Diabétique – Hypcholestérolémiant - Sans résidu au long cours



5

PARCOURS DU RESIDENT A RISQUE DE DENUTRITION OU DENUTRI

QUOI	QUI	COMMENT	FICHES TECHNIQUES
D E P I S T A G E	IDE – AS - Médecin	<u>Bilan d'entrée :</u> - Données cliniques : . Poids . Perte de poids récente	- Balance
	Kiné/ psy- chomot	. Taille . Force et masse musculaire	- Toise ou Toise talon/genou (Page 10) - Evaluation de la sarcopénie (page 8)
	AS Dentiste Orthopho- niste	- Recueil des habitudes alimentaires - Bilan bucco-dentaire - bilan de déglutition -Evaluation de l'état nutritionnel	- Allergie, aversion... - Bilan dentaire , orthophoniste Fiche EHPAD Evaluation nutritionnelle (Annexe 01)
Surveillance du résident			
1 fois par mois	Suivi du poids		IMC , évolution du poids
1 fois tous les 3 mois	Réévaluation de l'état nutritionnel		Fiche EHPAD Evaluation nutritionnelle (annexe 01)

6

PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION

RECHERCHES DES CAUSES	QUI	COMMENT
Bilan médical (pathologie, traitement, ...)	Médecin	Pathologies entraînant une PEC spécifique (Maladie Alzheimer, démences, syndrome parkinsonien...) Poly médication Médicaments entraînant une sécheresse buccale, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, somnolence. Pathologie aiguë ou post-hospitalisation
Etat Bucco-dentaire (dentition, soins de bouche)	Dentiste, IDE	Détecter les troubles de la mastication, mauvais état dentaire ou appareillage mal adapté, sécheresse buccale, candidose oro-pharyngée, afin d'éviter le tout Mixé ...
Troubles de la déglutition	Orthophoniste, AS, Ergothérapeute	Adapter les textures, Installation, environnement, aides techniques et humaines. (Cf: trouble de la dysphagie, p.22)

6

PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION

RECHERCHES DES CAUSES	QUI	COMMENT
Etat psychologique	Psycho- logue, para- médicaux, Médecin	Implication du résident dans sa PEC, implication/ solicitation de l'entourage éviter l'isolement, traiter le syn- drome dépressif, ou trouble du comportement, maltrai- tance, deuil...
Perte d'autonomie : Dépendance pour l'alimentation et mo- bilité.	AS, Kiné, psychomot, ergo	Exercice adapté, aide au repas, aide technique (couverts adaptés), le manger main... (Cf. vaisselle adaptée Page 38)
Apport nutritionnel	Diététicien AS	- Fiche de surveillance alimentaire sur 3 jours consécutifs - Stratégie nutritionnelle en fonction du déficit nutrition- nel : Fractionnement, enrichissement des repas (Cf. pages 26 à 28) - Mise en place et adaptation des CNO en cas d'échec de l'enrichissement ou d'emblée si dénutrition (cf. page CNO)

6

PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION

SITUATIONS PARTICULIERES

Dans chaque cas, tenir compte des caractéristiques somatiques et éthiques du résident . Une discussion collégiale au cours du staff multidisciplinaire de l'EHPAD peut être engagée. Un appui de l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) ou d'une l'Equipe Mobile des Soins Palliatifs (EMSP) est envisageable.

Prise en soin nutritionnelle en cas de maladie d'Alzheimer ou de démence

- Recommandée en cas de perte de poids
- À adapter aux troubles du comportement alimentaire, aux troubles praxiques ou de la déglutition.
- En cas de forme légère ou modérée : débiter par voie orale puis, en cas d'échec, réévaluer la situation
- En cas de forme sévère : les nutritons entérale et parentérale ne sont pas recommandées en raison du risque élevé de complications

Prise en soin nutritionnelle en fin de vie

- L'objectif des soins nutritionnels est avant tout le plaisir et le confort.
- Maintien d'un bon état buccal
- Soulagement des symptômes qui peuvent altérer l'envie ou le plaisir de s'alimenter (douleur, nausées, glosite et sécheresse buccale)
- L'initiation d'une renutrition par voie parentérale ou entérale n'est pas recommandée.
- Pas d'indication à une nutrition artificielle si l'espérance de vie < à 3 mois

6

PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION

Prise en soin nutritionnelle en cas de risque d'escarres ou d'escarres

Objectifs nutritionnels identiques à ceux de la personne âgée dénutrie. À débiter par voie orale : Complémentation orale nutritionnelle de préférence spécifique, enrichie en proline et arginine (*type Clinutren SANS SUCRE®/ CUBITAN®*) *

Prise en soin nutritionnelle en cas de troubles de la déglutition

=> [Consultation orthophoniste souhaitable](#)

Préserver une alimentation orale, si le risque d'inhalation est jugé faible : **ALIMENTATION MIXEE EPAISSIE**
Nutrition Entérale indiquée, si la voie orale entraîne des complications respiratoires et/ou est insuffisante pour couvrir les besoins nutritionnels

Si la durée prévisible des troubles de la déglutition est supérieure à 4 semaines, préférer la NE par gastrostomie plutôt que par sonde naso- gastrique

Prise en soin nutritionnelle en cas d'insuffisance rénale chronique sévère ou pré-terminale

L'apport en protéines doit généralement être limité en cas d'insuffisance rénale chronique sévère ou terminale non dialysée. Il faut donc en tenir compte lors de la prescription de compléments oraux (ou d'alimentation entérale), afin d'adapter la juste complémentation à la consommation effective des repas.

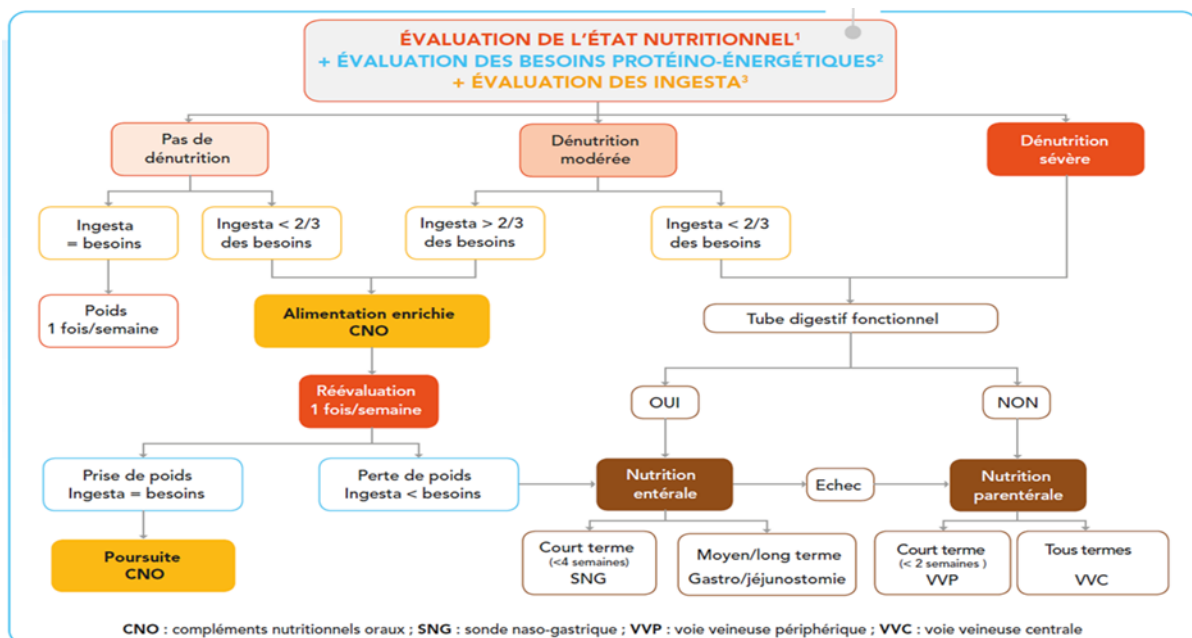
[A voir au cas par cas](#), selon le pronostic rénal (peut nécessiter un avis spécialisé).

6

PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION

Stratégie de prise en charge nutritionnelle				
Apports alimentaires spontanés	STATUT	Non dénutri	Dénutrition (modérée)	Dénutrition sévère
	Adaptés aux besoins	Surveillance alimentaire avec pesée mensuelle.	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie Réévaluation* à 1 mois	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie + CNO Réévaluation* à 15 jours
	Diminués mais supérieure à la moitié de l'apport habituel	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie Réévaluation* à 1 mois	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie Réévaluation à 15 jours, et si échec CNO .	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie + CNO - Réévaluation à 1 semaine et si échec, on peut envisager une NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie - Réévaluation à 1 semaine, et si échec CNO.	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie + CNO - Réévaluation à 1 semaine, si échec, envisager une NE	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie et NE d'emblée - Réévaluation à 1 semaine.
Réévaluation : Poids minimum 1 fois par mois , Surveillance alimentaire sur 3 jours , Tolérance et observation du traitement, Bilan sanguin: albumine et pré albumine				

7 ARBRE DECI- SIONNEL



Recommandations de bonnes pratiques SFNEP-SFNCM d'après HAS 2019/2021

8

PRISE EN
CHARGE DE
LA
DYSPHAGIE

DYSPHAGIE / TROUBLES DE LA DEGLUTITION : RAPPEL DES TEXTURES

Qu'est ce que la dysphagie ?

C'est une difficulté subjective à avaler (difficulté à initier la déglutition, gêne ou sensation de blocage).

Qu'est ce que le trouble de la déglutition ?

C'est une perturbation objective de la fonction qui consiste à transporter aliments, boissons, sécrétions de la bouche jusqu'à l'œsophage.

Qu'est ce que la fausse route ?

C'est l'entrée d'un corps étranger dans les voies aériennes (aliments, salive ou sécrétions).

Fausse route primaire ou directe : avant ou pendant la déglutition .

Fausse route secondaire : après la déglutition.

Les causes sont multiples (*âge, atteintes neurologiques diverses, cancer ORL, etc*)

ATTENTION : parfois la toux ne se déclenche pas (fausse route silencieuse). Elles peuvent donc passer inaperçues.

8

PRISE EN
CHARGE DE
LA
DYSPHAGIE

QUE FAIRE EN CAS DE FAUSSE ROUTE

SIGNES d'alerte : toux / raclement de gorge / larmolement / régurgitation / sensation de blocage / déglutition bruyante : La déglutition demande un effort supplémentaire / refus de manger, restes de nourriture sur la langue ou dans la bouche ...

Pouvant entraîner :

1. fièvre,
2. pneumopathie à répétition,
3. modification des préférences de texture, repas plus long, appétit diminué, salivation excessive et mauvaise fermeture, perte de poids, etc...

1. Si le résident se met à tousser :

- Ne faites rien
- Ne pas taper dans le dos
- Ne le faites pas boire de l'eau
- Encouragez le à tousser fort jusqu'à ce qu'il se dégage de l'aliment

2. Si la fausse route est obstructive et que le résident n'arrive pas à tousser

- Appeler les secours.

- Taper 5 fois dans le dos
- Pratiquez la manœuvres de HEIMLICH
- > Répétez jusqu'à expulsion de l'aliment et reprise respiratoire.

8

PRISE EN CHARGE DE LA DYSPHAGIE

Textures et environnement

PREFEREZ

Des aliments :

- Hachés ou mixés / moulinés lisses sans morceaux (purée, compote, crème dessert ...) : *selon texture recommandée par Orthophoniste*
- Potages suffisamment épais et sans morceaux.

- Liés avec de la sauce (riz, grains avec sauce si texture normale)

Des boissons : *selon texture recommandée par Orthophoniste*

- épaissies (veloutés ou gélifiés / nectar)
- > avec de la poudre épaississante (ex: T.U.C.)
- bien fraîches ou chaudes
- Avec du goût (eau avec sirop, jus, etc ...)
- Eau liquide pétillante

NB : l'eau gélifiée se donne à la cuillère.

Un environnement :

- calme, sans distracteur (TV, radio, discussion...)
- Posture assise à 90° (ou tête de lit relevée le plus possible)
- Se mettre à la hauteur du résident
- Verre à découpe nasale

EVITEZ

Des aliments :

- Secs (biscuits, biscottes ...)
- Aliments fragmentables (riz sec, semoule sèche, petits pois secs)
- A double texture (solide + liquide : fruits au sirop, pain trempé, etc...)

Des Boissons :

- A température ambiante / tiède

AUTRES :

- Ne pas donner de paille
- Ne pas donner de verre à bec canard
- Ne pas boire à la bouteille -> cela favorise la tête penchée en arrière et augmente le risque de fausse route

NB : Ne donnez pas à manger si l'état d'éveil et de vigilance ne le permet pas.



8

PRISE EN
CHARGE DE
LA
DYSPHAGIE

ACTIONS :

Faire une évaluation avec un orthophoniste, et adaptation de la texture à l'aide des IDDSI.

International
Dysphagia
Diet
Standardisation
Initiative

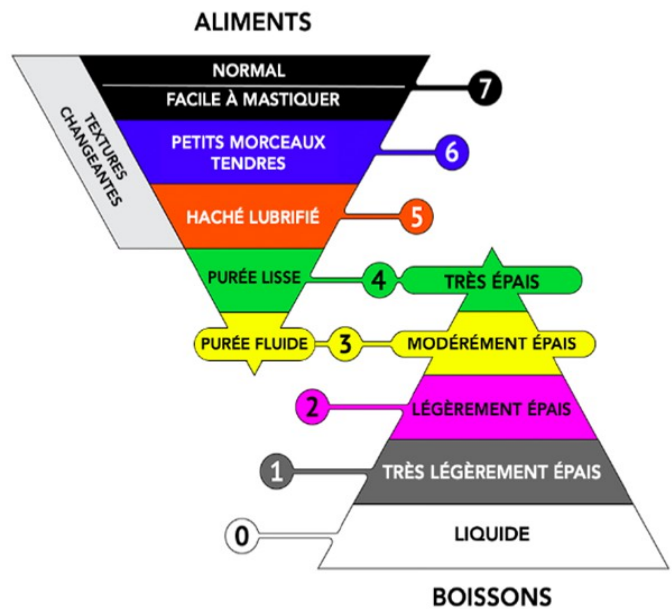


Diagramme IDDSI (The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, 2019)

9

CONSEILS D'ENRICHISSE- MENT

L' enrichissement qu'est ce que c'est ?

Enrichir l'alimentation, c'est augmenter les apports en protéines et calories tout en conservant des portions acceptables pour le patient.

En pratique comment faire ?

- S'appuyer sur les goûts et habitudes du résident
- Fractionner les apports en ajoutant 1 à 2 collations (en matinée et en soirée)
- Privilégier et ajouter des aliments riches en protéines : **Viande/poisson/œuf, Produits laitiers, Légumes secs**
- Ajouter de la poudre de lait/de protéines dès que possible
- Travailler en collaboration avec la cuisine : **Adapter les menus, Proposer des recettes enrichies**
- Ajouter des compléments nutritionnels oraux* (**attention au lactose**) : Si l'enrichissement ne suffit pas ou si le résident mange moins de la moitié de son apport habituel



9

CONSEILS D'ENRICHIS- SEMENT

De combien augmenter les apports et avec quoi ?

En cas de dénutrition, il est recommandé d'apporter quotidiennement, en plus des repas et collations habituels, **30 g de protéines** et/ou **400 kcal** (HAS 2007).

(A adapter en fonction des apports spontanés du résident)

Quels aliments utiliser pour apporter des protéines ?

- Œuf, Jambon, Thon, Sardine: Dans une entrée, mixés dans une purée/le potage, dans une quiche, en rillettes...
- Les Produits Laitiers: En supplément dans une salade, une purée, le potage, mais aussi dans une quiche, un gratin, sur les pâtes, dans les desserts...
- Poudre de lait, Poudre de protéines* : Dans les produits laitiers, le café, le potage, les jus, les compotes
- Les grains: En entrée, dans la soupe ou en accompagnement
- Les fruits secs: 1 poignée, en poudre ou purée, En collation, dans une salade ou dans les desserts

Des Calories:

- Ajouter des matières grasses à chaque repas: 1 càs d'huile ou de crème fraîche, 10g de beurre
- Utiliser des produits sucrés: 30g de confiture, 1 càs de miel, 2 càs de sucre (Attention aux Diabétiques)

**Sur prescription médicale ou selon protocole validé*

9

CONSEILS D'ENRICHISSE- MENT

EN CUISINE



Proposer une **bouillie enrichie***

Remplacer ou compléter les crudités par une **entrée protéique :**

- Sardine/maquereau/thon
- Jambon
- Œufs durs
- Dés de fromage...

Proposer des **desserts à base d'œufs et/ou de lait*** (flans, clafoutis, crèmes, gâteau pays: patate, ti son, maïs ..)



Les proposer aussi en collation !

Proposer un **potage ou sosso enrichi*** (intégrer dans la recette des légumes secs pour épaissir, du fromage, de la poudre de protéines, l'huile...)
Penser aux **plats complets*** (quiches, gratins...) : *Féculents / Protéine/ légumes*

PDJ

Boisson chaude
Aliment céréalier
Produit laitier/ Fruit

Déjeuner

Entrée
Plat protidique, légumes, féculents
Produit laitier
Dessert

Collations

Boisson
Produit laitier
et/ou aliment céréalier
et/ou fruit

Dîner

Potage
Plat protidique, légumes, féculents
Produit laitier
Dessert

A TABLE



Ajouter un **fromage blanc**

Enrichir le café avec de la **poudre de lait**

Si le résident a un appétit réduit, lui proposer en premier les aliments les plus **riches en protéines :**

- Viande/Poisson/Œuf
- Légumes secs
- Produits laitiers

Proposer une **portion de fromage**, de préférence à pâte dure ou enrichir la compote avec de la **poudre de protéines**

Enrichir le potage avec du **fromage** et/ou de la **poudre de protéines**

10

COMPLEMENTS NUTRITIONNELS ORAUX (CNO)

CNO = mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques, de goûts et de textures variés.
L'objectif est d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de **400 à 600 kcal/jour** et/ou de **30 g/jour de protéines** (le plus souvent avec 2 unités/jour).

QUAND PRESCRIRE UN CNO ?

- ➔ Si **apport calorique et/ou protidique insuffisant**: *ingesta < 2/3 des apports alimentaires*
- ➔ En cas de **dénutrition**: ([cf. page 7](#))
- ➔ **A PRESCRIRE systématiquement en cas d'alimentation mixée**:

Pourquoi prescrire des compléments avec un repas mixé ?

Les repas mixés proposés sont généralement moins énergétiques que les repas standards, et ils sont rarement consommés en totalité.

Avec les compléments:

- Un apport énergétique et un apport protéique suffisants sont assurés.
- L'apport en vitamines et minéraux est optimisé.

Gammes variées : chaque résident trouvera le CNO qui lui est adapté, il faut persévérer : Avec / Sans GLUTEN, SUCRE, LACTOSE...

10

CNO
TEXTURE
LIQUIDE

IDDSI 0, 1 et 2

**BOISSON LACTEE
HP/HE 200ml
1 à 2 par jour**

Liquide lacté **concentré** protéiné,
Hyper énergétique,
(200ml = 450 à 490kcal et
29 à 32 g de protéines)



**BOISSON LACTEE
HP/HC 125ml
1 à 3 par jour**

Liquide lacté hyper protéiné,
hypercalorique,
concentré sur un petit volume
Existe pour les DYSGUEUSIES
(**FORTIMEL SENSATION**)
(125ml = 300 kcal et 18g de de protéines)



**BOISSON LACTEE
HP/HC 200ml
1 à 3 par jour**

Liquide lacté hyper protéiné,
hypercalorique,
(200mL = 300 et 400 kcal
et 20g de de protéines)
Avec / Sans lactose



10

CNO
TEXTURE
LIQUIDE

IDDSI 0, 1 et 2

**BOISSON LACTEE
HE 200ml
1 à 2 par jour**

Liquide lacté,
Hyper énergétique, avec ou sans fibre
(200ml = 300kcal et
11.2 à 12 g de protéines)
Indication pour les Insuffisances rénales



**BOISSON Végan
HC
1 à 3 par jour**

Liquide végétal hyper calorique, existe
en sucré et salé
(200ml = 300 kcal et 12g à 15g de de protéines
pois et soja)



**BOISSON FRUITEE
HP/HC
1 à 3 par jour**

Liquide fruité, source de protéines,
hypercalorique, sans lactose,
sans gluten, **SANS RESIDUS**
(200ml = 300kcal et 8 à 14g de protéines)
*(Certains existent en version édulcorée pour
patients diabétiques)*



10

CNO
TEXTURE
LIQUIDE
SPECIFIQUES
IDDSI 0, 1 et 2

**BOISSON LACTEE
HP/HC édulcorée**
1 à 3 par jour

Liquide lacté hyper protéiné, hypercalorique, sans lactose, sans gluten, avec fibres et **index glycémique bas**
(200ml = 300kcal et 15 à 20 g de protéines)



Pour
Diabétique

**BOISSON FRUITEE
HP/HC Edulcorée**
1 à 3 par jour

Liquide fruité, faible teneur en sucre source de protéines, hypercalorique, sans lactose, sans gluten avec fibres
(200ml = 261kcal et 8.2g de protéines)



**BOISSON LACTEE
HP/HC Cicatrisante**
1 à 3 par jour

Liquide lacté hyper protéiné hypercalorique, avec **précurseurs collagène**, favorise la cicatrisation, **spécifique escarres**
(200ml = 250 à 360kcal et 18 à 20 g de protéines)



10

CNO
TEXTURE
SEMI LIQUIDE
IDDSI 2, 3 et 4

CREME HP/HC
125ml
1 à 3 par jour

Crème dessert hyper protéinée hypercalorique, **SANS RESIDUS**.
Convient pour les troubles de la déglutition
(125 ml = 188 à 250 et 11 à 12.5 g de protéines)



CREME HP/HC
200 ml
1 à 3 par jour

Crème dessert hyper protéinée hypercalorique, sans gluten, **SANS RESIDUS**. **Convient pour les troubles de la déglutition**
(200g = 300 à 400kcal et 18 à 20 g de protéines)



CREME HP/HC
EDULCOREE 200 ml
1 à 3 par jour

Crème dessert hyper protéinée hypercalorique, **Edulcorée**. **Convient pour les troubles de la déglutition et diabète**
(200g = 300kcal et 15 à 20 g de protéines)



COMPOTE HP/HC
1 à 3 par jour

Crème dessert hyper protéinée hypercalorique, sans gluten.
Convient pour les troubles de la déglutition
(125 g = 188 et 7.1 à 8.8 g de protéines)



10

CNO
TEXTURE
NORMALE
IDDSI 6 et 7

**GATEAUX SECS
HP/HC**
2 sachets par jour

Biscuits secs hypercaloriques et
hyperprotidiqes
à index glycémique bas
(2 sachets = 8 galettes =
244 kcal et 11g de protéines)
Saveurs sucrées ou salées



**GATEAUX MOUS
HP/HC**
2 à 3 par jour

Biscuits mous hypercaloriques et
hyperprotidiqes
(2 à 3 biscuits Nutra'cake = 266 kcal à 435
kcal et 11g à 17 g de protéines)
(4 Madeleines = 168 kcal et 16.5g de
protéines)
À tremper



10

CNO
EN POUDRE

PRODUIT CEREALIER
POUR ADULTE
HP /HC

Préparation à base de Céréales épaississantes
Hyper protéinée/ Hypercalorique
Adapté au trouble de la déglutition
(50 à 75g de produits = 223 à 286kcal Pour 15g de protéines)



POUDRE DE
PROTEINES

Protéines en poudre seules
(pour 6g = 5g de protéines)



TROUBLE
DEGLUTITION
DYSPHAGIE

Poudre épaississante
1 à 3 mesurettes
pour 100ml de liquide
selon consistance souhaitée



TROUBLE
DU TRANSIT
Diarrhée
ou constipation

Poudre de **FIBRES** de guar
sans gluten, sans lactose, à mélanger avec yaourts, compotes ou dans les repas ou les boissons.
1 à 3 mesurettes par jour



11

PROTOCOLE REPAS MIXE

PROTOCOLE REPAS MIXE

En pratique, prescrire : PETIT DEJEUNER : 1 **boisson HP/HC lactée** (Version **édulcoré** si patient diabétique)
à mélanger avec **une préparation céréalière pour adulte**

COLLATION : Mixé normal = 1 **boisson lacté HP/HC** (Version **édulcoré** si patient diabétique)

	REPAS MIXE	REPAS MIXE EPAISSI	REPAS MIXE DIABETIQUE
	1 bol de céréales enrichies =		
8h	 + 		 + 
	+ 1 briquette de jus de fruit ou 1 compote+ 1 bol de thé ou café (ou 1 verre d'eau)		
12h	Repas Mixé + dessert Mixé		
16h			
18h	Repas Mixé + dessert Mixé		

12

TRANSIT

EN CAS DE DIARRHÉE

1ère conduite à tenir :

Vérifier qu'il n'y a pas de laxatif de prescrit.

Régime : ANTI DIARRHEIQUE

Veillez à une bonne hydratation

Eviter le lait et l'alcool.

Eviter les légumes et les fruits de façon temporaire car riches en vitamines et minéraux.

Surveillance : du nombre de selles et de sa consistance

Réévaluation à 48h

CNO :

Attention aux compléments contenant du lactose qui peuvent être mal tolérés et amplifier la diarrhée.

Temporairement, possibilité d'arrêter tous les CNO lactés et passer par de la poudre de protéines afin de maintenir des apports protéino-énergétiques satisfaisants.

ATTENTION une diarrhée peut cacher une constipation.

EXEMPLE :

PETIT DEJEUNER

Boisson (café, thé, tisane)
Biscottes
Beurre + Miel

DEJEUNER

Poulet au jus
Riz
Purée de carottes + **Protifar**
Fromage
Compote Pomme /coing

COLLATION:

Pain + beurre + chocolat noir

DINER :

Omelette nature
Pâtes au beurre
Purée de carottes + **Protifar**
Compote pomme / banane
Biscuit sec

12 TRANSIT

EN CAS DE CONSTIPATION

Régime : riches fibres

Des fruits et des légumes (crus et cuits) à chaque repas.

Privilégier les produits fruités à base de pruneaux, tamarins, papayes, pitaya.

Veillez à une hydratation suffisante. (1.5L / jour) Hépar ou autre possible.

Augmenter les matières grasses.

Activité physique si possible, massage du ventre ou autre si le patient ne se mobilise pas.

Surveillance :

Fréquence des selles.

Réévaluation à 48h

CNO : OPTIFIBRE

Autre CNO lacté contenant des fibres si résident dénutri.

/!\ Les laxatifs ne doivent pas être automatique.

EXEMPLE :

PETIT DEJEUNER

Boisson (café, thé, tisane)

Lait + **Pain complet**

Beurre + **Confiture pays**

Papaye

DEJEUNER

Salade de tomates

Shop suey de poulet

Riz + **lentilles**

Sauce citron

Yaourt aromatisé

2 kiwis

COLLATION:

Yaourt nature+ **pruneaux au sirop**

DINER :

Carottes rappées

Omelette aux champignons

Riz + **Haricots rouges**

Haricots verts

Rougail tomate

Flan caramel

Ananas

ERGONOMIE ET MATERIEL

Ergothérapie : Amélioration de l'autonomie quotidienne

ASSIETTE A REBORD

Rebord haut et droit, permettant de manger plus facilement d'une seule main.

**TASSE A ANSES**

Personne hémiparétique, personne âgée avec difficulté de préhension.

**TASSE A BEC**

Couvercle anti éclaboussure pour permettre aux résidents de boire plus facilement (disponible avec anses)

**VERRE A DECOUPE
NASALE**

Permet de garder la tête droite et limiter les gestes amples
Forme anatomique



13

ADAPTATION ENVIRONNE- MENT

CUILLERE A ATTACHE

Facilement préhensible.
L'embout souple ne blesse pas la bouche.
N'abime pas la bouche.
Pour gaucher et droitier.
Adapté ALZHEIMER et Maladie de PARKINSON.



CUILLERE LESTEE

Facilement préhensible grâce au large manche en caoutchouc.
Pour gaucher et droitier.
(existe en inclinable et version fourchette et couteau)
Adapté à Maladie de PARKINSON



ASSIETTE ANTI DERAPANTE

Personne hémiparétique , personne âgée avec difficulté de préhension.
Grande stabilité, adhère a tous types de surfaces.



Formations du personnel :

- Calcul taille avec mesure Talon-Genou,
- Enrichissement des repas,
- Dénutrition chez la personne âgée.

Sensibilisation des résidents : semaine de la dénutrition avec action 1 fois par an (cuisine thérapeutique, questionnaire PARAD)

Outil-PARA-D.pdf (page 46-47)

Sensibilisation des accompagnants : Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées. HAS 2019.

Commission de menu avec le prestataire de restauration : 2 fois par an

Commission Nutrition : Analyse de dossier des résidents en pluridisciplinaire : 2 fois par an

Pratique d'une Activité physique adaptée

Adaptation de l'alimentation (texture, respect des goûts et habitudes des résidents...)

Maintien du lien social à l'EHPAD et avec l'entourage

Dépistage systématique lors de l'admission à l'EHPAD et lors de toute pathologie aiguë/post-hospitalisation/alerte perte d'autonomie ou d'isolement

Repérage des situations à risque de dénutrition

ANSES, Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées. 2019

HAS, Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES. 2013

HAS. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. 2019

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

SFNCM. Jesus P. et al. Comité Éducationnel et de Pratique Clinique de la SFNCM Dénutrition chez l'adulte de 18 à 69 ans et la personne de 70 ans et plus. Diagnostic, prise en charge et surveillance d'après les recommandations de la HAS (2019¹ et 2021).

HAS. Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - volet Résidences autonomie - volet Domicile. 2016

SFNCM. Outils réalisés par la SFNCM. Accompagner la mise en place des recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques en établissement de santé. Fiche Texture.

Références bibliographiques :

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

Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. J Am Geriatr Soc 1985;33(2):116-20.

Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing 2019;48:601.

Sites internet consultés pour ce travail :

<https://www.sraenutrition.fr/nos-thematiques/denutrition/d-nut-ehpad/> (consulté la dernière fois en septembre 2025)

<https://www.luttecontreladenutrition.fr/> (consulté la dernière fois en septembre 2025)

<https://www.afdn.org/> (consulté la dernière fois en septembre 2025)

<https://www.cerenut.fr> (consulté la dernière fois en septembre 2025)

<https://sf-nutrition.fr/> (consulté la dernière fois en septembre 2025)

Alimentation thérapeutique :

Diabétique	Pauvre en sel	Pauvre en fibres	Enrichie	Autres:	NA*
------------	---------------	------------------	----------	---------	-----

*NA: Nutrition Artificielle

Textures (IDDSI) :

Normal IDDSI 7	Petits morceaux tendres IDDSI 6	Haché Lubrifié IDDSI 5	Purée Lisse IDDSI 4	Purée Fluide IDDSI 3
----------------	---------------------------------	------------------------	---------------------	----------------------

Heure de prise	Nom du CNO	Quantité prescrite	Quantité Prise	Observations
Petit Déjeuner				
Collation 10h				
Déjeuner				
Collation 15h				
Diner				
Collation Soir				

CNO:

Aide au repas : ☐ Partielle ☐ Totale ☐ NON

Risque de fausse route: ☐ OUI ☐ NON

Surveillance alimentaire / 3 jours : ☐ OUI ☐ NON

Soin bucco dentaire : ☐ OUI ☐ NON

Stimulation à boire : ☐ OUI ☐ NON

Prise en charge diét recommandée: ☐ OUI ☐ NON

NOM : Age: Chambre :

Date de l'évaluation :

☐ Evaluation d'ENTRÉE

☐ Evaluation en COURS DE SÉJOUR (1 fois/an)

☐ Evaluation de la perte de poids:

	Poids Kg	Variation de poids en %	Taille cm	IMC
Poids actuel				
Poids a 1 mois				
Poids a 6 mois				

☐ Interprétation IMC Rappel Calcul IMC = Poids (kg) / Taille²(m2)

☐ Dénutrition
 ☐ Normal
 ☐ Surpoids
 ☐ Obésité

18-69 ans

≤18.5

18.5 < IMC < 24.9

≥ 70 ans

< 22

22 < IMC < 24.9

25 et 29.9

≥ 30

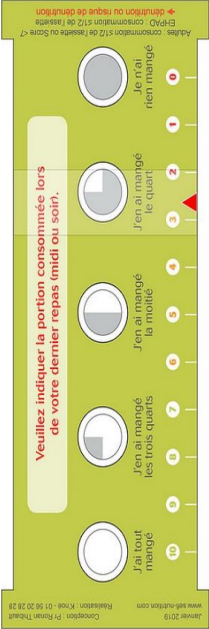
☐ Evaluation de la masse et/ou fonction musculaire:

Réduction de la force musculaire (au moins 1 critère)	
Résultats	Observations
5 levers de chaises en secondes	☐ Refus ☐ Non réalisable
Force de préhension (Dynamomètre) en kg	☐ Refus ☐ Non réalisable

Et Réduction de la masse musculaire (au moins 1 critère)	
Résultats	Observations
Masse musculaire appendiculaire en kg	☐ Non applicable
Index de masse musculaire appendiculaire en kg/m2	☐ Non applicable

☐ Appétit:

Seuil à partir duquel il y a un risque de dénutrition : <7


☐ Situation d'agression (Pathologies aiguë, chronique évolutive ou maligne évolutive)

☐ Diminution de l'absorption digestive

Dénutrition : ☐ OUI ☐ NON ☐ Dénutrition Sévère

IMC < 20 / Albuminémie < 30g/l

LE SAVIEZ-VOUS ?

Une perte d'appétit ou des difficultés à manger peuvent entraîner une **perte de poids**, favorisée par les problèmes de santé et par la dépendance. La perte de poids affaiblit l'organisme : fatigue, perte de force musculaire et baisse de l'immunité. **On parle de dénutrition**. Une meilleure alimentation est possible, cela fait partie de la prévention et du soin.

C'est pourquoi il est important de parler des résultats de ce test avec votre médecin ou un.e diététicien.ne.



Soutenu par



Conception : Pr Agathe Raynaud-Simon | Réalisation K'noë Groupe Get : www.k-noe.fr - 01 56 20 28 28



Poids • Appétit • Repas • Alimentation

Un outil simple, précoce et universel,
pour **sensibiliser sur le risque de**

DÉNUTRITION

en 4 questions

P OIDS

Avez-vous perdu du poids ces derniers mois ?

- Oui, plus de 5 kg = ●
- Oui, plus de 3 kg = ■
- Je ne sais pas = ▲
- Non = ★

A PPÉTIT

Mon appétit est :

- Très faible = ●
- Faible = ■
- Bon = ▲
- Très bon = ★

R EPAS

Je prends :

- 1 repas par jour = ●
- 2 repas par jour = ■
- 3 repas par jour = ▲
- 3 repas par jour + 1 collation = ★

A LIMENTATION

Difficultés pour manger :

- Il m'arrive souvent d'avaler de travers ou de tousser pendant les repas = ●
- Je ne mange que des aliments mous = ■
- Je mange de tout ou presque mais j'ai des difficultés à mâcher les aliments durs (ex. : steak ou fruits crus) = ▲
- Je mange de tout sans difficulté = ★



CUMULEZ LES
SYMBOLES
CORRESPONDANT
À CHAQUE RÉPONSE

Vous avez obtenu un ou plusieurs ● ou ■

Prenez rendez-vous avec votre médecin et faites-lui part de vos difficultés à manger, de votre perte d'appétit ou de poids. Il peut vous proposer un bilan médical, une consultation avec un.e diététicien.ne, ou un enrichissement de l'alimentation pour vous aider à limiter votre perte de poids ou à reprendre du poids. N'oubliez pas de faire un peu d'activité physique chaque jour, selon vos possibilités.

Vous avez obtenu une majorité de ▲

Gardez l'habitude de prendre trois repas complets par jour et prenez une collation dans la journée si cela vous fait plaisir. Entretenez vos muscles avec une activité physique régulière. Consultez un dentiste régulièrement : une bouche saine est importante pour l'alimentation. Pesez-vous tous les mois et, en cas de perte de poids ≥ 3 kg, informez votre médecin.

Vous n'avez obtenu que des ★

C'est très rassurant ! Continuez à vous alimenter régulièrement et avec plaisir. Pratiquez une activité physique, ce qui vous plaît et selon vos possibilités. Pesez-vous une fois par mois. L'objectif est de garder un poids stable. Si vous perdez 3 kg ou davantage, signalez-le à votre médecin.