



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Nutrition Clinique et Métabolisme, 2024;38: 82-87

Article original

Actions alimentation-nutrition pratiquées dans les établissements médicosociaux et de santé de Nouvelle-Aquitaine, intérêt et utilisation des services proposés par le centre de ressources en nutrition (Cerenut) de cette région

Main food and nutrition actions practiced in medico-social and health establishments in Nouvelle-Aquitaine, interest and use of the services offered by the Nutrition Resource Center (Cerenut) in this region

Carole Villemonteix^a, Corentin Varrier^a, Manon Avril^a, Christelle Mourot^a, Sandra Guérin^a, Yann Auribeau^a, Jean-Claude Desport^{a,b,*}, Jean-Louis Frayssé^a

^a Centre de ressources en nutrition (Cerenut), ARS Nouvelle-Aquitaine, résidence l'art du temps, 16, rue du Cluzeau, 87170 Isle, France

^b EpiMact épidémiologie des maladies chroniques en zone tropicale, Inserm U 1094, IRD U 270, faculté de médecine, 2, rue du Dr-Marcland, 87025 Limoges cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 26 mars 2024

Accepté le 5 avril 2024

Disponible sur Internet le xxxx

Mots clés :

Alimentation

Nutrition

Établissements médicosociaux

Organisation

RÉSUMÉ

Introduction et objectif. – Le fonctionnement des établissements pour personnes âgées ou handicapées concernant l'alimentation nutrition est mal connu. Il existe en région Nouvelle-Aquitaine un centre de ressources en nutrition (Cerenut) chargé d'aider les établissements sur ces thématiques. L'étude visait à connaître les principales actions alimentation nutrition pratiquées dans les établissements médicosociaux et de santé de Nouvelle-Aquitaine, leur perception de l'intérêt des divers services proposés par Cerenut et les niveaux d'utilisation de ces services.

Méthode. – Un questionnaire sécurisé était adressé par voie électronique à 2625 établissements. Les données déclaratives étaient recueillies en automatique durant une période d'un mois.

Résultats. – Le nombre d'établissements répondants était de 172 (6,6 % des établissements contactés). L'utilisation des compléments nutritionnels oraux, la pesée au moins une fois/mois et la présence d'une commission de menus étaient les actions les plus souvent déclarées. L'alimentation nutrition était une préoccupation importante pour le budget des établissements. L'évaluation nutritionnelle des résidents à l'entrée, l'utilisation de temps diététique, la pratique de la nutrition entérale étaient peu fréquentes. Les établissements pour personnes handicapées étaient les plus mal lotis. Les services de Cerenut touchant à la formation des équipes étaient jugés les plus intéressants et les plus utilisés.

Conclusion. – Plusieurs actions alimentation nutrition fondamentales n'étaient pas réalisées dans les établissements enquêtés, de nature à gêner l'évaluation nutritionnelle des résidents, leur prise en charge et la valorisation de leurs séjours. Cerenut propose des formations et peut fournir aux structures des aides adaptées dans de nombreux cas.

© 2024 Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant, Centre de Ressources en Nutrition (Cerenut), 16, rue du Cluzeau, 87170 Isle, France.
Adresse e-mail : nutrition@unilim.fr (J.-C. Desport).

<https://doi.org/10.1016/j.nupar.2024.04.001>

0985-0562/© 2024 Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:

Food
Nutrition
Medico-social establishments
Organization

Introduction and objective. – The functioning of establishments for elderly or disabled people regarding food and nutrition is poorly understood. In the French Nouvelle-Aquitaine region, there is a Nutrition Resource Center (Cerenut) responsible for helping establishments on these issues. The study aimed to find out the main food and nutrition actions practiced in medico-social and health establishments in Nouvelle-Aquitaine, their perception of the interest of the various services offered by Cerenut and the levels of use of these services.

Method. – A secure questionnaire was sent electronically to 2625 establishments. Declarative data was collected automatically over a period of one month.

Results. – The number of responding establishments was 172 (6.6% of establishments contacted). The use of oral nutritional supplements, weighing at least once a month and the presence of a menu committee were the most frequent actions. Nutritional issues were an important concern for establishment budgets. The nutritional assessment of residents upon entry and the use of dietary time remained infrequent, as did the practice of enteral nutrition. Establishments for people with disabilities were the worst off. Cerenut's services relating to team training were considered the most interesting and the most used.

Conclusion. – Several fundamental food and nutrition actions were not carried out in the establishments surveyed, likely to hamper the nutritional assessment of residents, their care and the enhancement of their stays. Cerenut offers training and can provide structures with appropriate assistance in many cases.

© 2024 Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction et objectifs

Les données de fonctionnement des établissements médicosociaux en matière d'alimentation et nutrition sont très rares [1]. À notre connaissance, elles sont absentes pour la région Nouvelle-Aquitaine, troisième région française en population avec plus de six millions d'habitants et dont la superficie est environ celle de l'Autriche [2]. Cette région s'est dotée d'un centre de ressources en nutrition (Cerenut) [3]. Il s'agit d'une structure associative sous tutelle de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine, chargée d'aider les établissements médicosociaux et de santé dans leurs activités alimentation nutrition. Cerenut produit des formations diverses, des fiches conseil, des documents d'aide au diagnostic et à la prise en charge des troubles nutritionnels (Cerekits), met à disposition un logiciel (Kyriell®) dédié à la gestion de l'alimentation, propose des aides au contrôle des menus et au fonctionnement des commissions de menus. Cerenut peut également aider à l'organisation de manifestations et répondre à des demandes de renseignements portant sur l'alimentation nutrition pour la région Nouvelle-Aquitaine.

Les formations sont réalisées en présentiel, les sensibilisations et les webinaires en visioconférence et les fiches conseils sont en version informatique imprimable. Les documents Cerekits sont présentés sous forme électronique imprimable. Le logiciel Kyriell® permet aux services de cuisine des établissements de créer des menus équilibrés et encadrés, à partir des grammages recommandés et de multiples fiches techniques. L'activité de validation de menus est réalisée par les diététicien(ne)s Cerenut, après transmission électronique des menus par les services de cuisine des établissements. La participation des diététicien(ne)s Cerenut aux commissions de menus se fait en visioconférence.

Les objectifs de l'étude étaient de connaître les principales actions alimentation nutrition pratiquées dans les établissements médicosociaux et de santé de Nouvelle-Aquitaine, leur perception de l'intérêt des divers services proposés par Cerenut et les niveaux d'utilisation de ces services.

2. Méthodes

Un lien d'accès vers un questionnaire sécurisé était envoyé par messagerie aux 2625 établissements de Nouvelle-Aquitaine réf-

rencés dans le CRM Colibri® (Customer Relationship Management ; Colibri Advanced Solution, Paris, France) de Cerenut.

Le questionnaire est présenté dans le [Tableau 1](#).

Le recueil des résultats était effectué de manière automatique grâce au logiciel Survio® (Survio SRO, Brno, République Tchèque) durant la période du 20 décembre 2023 au 26 janvier 2024. Les données étaient enregistrées conformément aux lois « Informatique & Liberté » et au règlement général de protection des données (RGPD).

Les résultats sont présentés en moyenne $\pm$ écart-type pour les variables continues et en fréquence pour les variables nominales. Les analyses (test du χ^2) étaient réalisées grâce au logiciel StatView® 5.0. (SAS, Cary, NC, États-Unis), une significativité était présente si p était $< 0,05$.

3. Résultats

Le nombre d'établissements répondants était de 172 (6,6 % des établissements contactés). La classification des établissements était effectuée selon les sigles administratifs déclarés, en trois catégories: établissements médicosociaux pour personnes âgées (EPA), comprenant les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et les établissements assimilés, établissements médicosociaux pour personnes handicapées (EPH), établissements de santé et autres. La répartition des établissements répondants est présentée sur la [Fig. 1](#). Une seule structure de soins à domicile avait répondu.

3.1. Actions alimentation-nutrition déclarées par les établissements

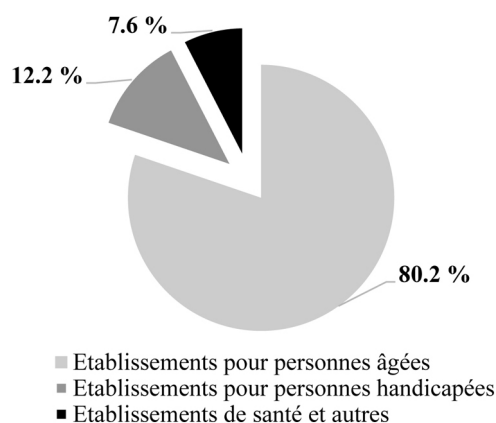
Les prévalences globales de ces actions sont présentées sur la [Fig. 2](#).

La comparaison selon le type d'établissement ([Tableau 2](#)) montrait des différences significatives pour tous les critères, sauf pour la présence d'une commission de menus. Les EPH étaient les plus mal classés pour cinq critères sur huit (alimentation-nutrition dans le projet d'établissement, présence d'une diététicienne dans l'établissement, évaluation nutritionnelle à l'arrivée et pesée une fois par mois au moins), les EPA pour un seul critère (utilisation d'une nutrition entérale), les autres établissements étaient ceux qui notaient le moins de préoccupations budgétaires liées

Tableau 1

Questionnaire transmis par voie électronique sécurisée aux établissements de Nouvelle-Aquitaine.

1.	Données administratives incluant le type d'établissement
2.	Votre projet d'établissement comporte-t-il une thématique nutrition ?
3.	Disposez-vous de temps de diététicien(ne) au sein de votre établissement ?
4.	L'alimentation et la nutrition constituent-elles une préoccupation importante pour votre budget ?
5.	Votre établissement dispose-t-il d'une commission de menus ?
6.	Réalisez-vous une évaluation nutritionnelle pour chaque résident à son arrivée dans votre établissement ?
7.	Pesez-vous vos résidents au moins une fois par mois ?
8.	Utilisez-vous des compléments nutritionnels oraux quand la prise en charge de vos résidents le nécessite ?
9.	Est-ce qu'un ou plusieurs résidents bénéficient d'une nutrition par sonde digestive (nutrition entérale) ?
10.	Avez-vous déjà reçu de l'information concernant le Centre de Ressources Nutrition de Nouvelle-Aquitaine (Cerenut) ?
11.	Avez-vous eu l'occasion de bénéficier des services de Cerenut ?
12.	Avez-vous eu l'occasion de bénéficier de la part de Cerenut de conseils nutritionnels personnalisés ?
13.	Avez-vous eu l'occasion de bénéficier de la part de Cerenut d'une participation diététique aux commissions de menus ?
14.	Avez-vous eu l'occasion de bénéficier de l'outil numérique Kyriell (outil de conception des menus) de Cerenut ?
15.	Avez-vous eu l'occasion de bénéficier d'une validation des menus par un(e) diététicien(ne) de Cerenut ?
16.	Avez-vous eu l'occasion de bénéficier de formations ou sensibilisations organisées par Cerenut ?
17.	Avez-vous eu l'occasion de bénéficier de webinaires organisés par Cerenut ?
18.	Avez-vous eu l'occasion d'utiliser des fiches conseils Cerenut ?
19.	Avez-vous eu l'occasion de bénéficier d'au moins un des kits de diagnostic et prise en charge nutritionnels de l'adulte et de la personne âgée (Cerekits) ?
20.	Merci de classer de 1 (intérêt maximum) à 8 (intérêt minimum) chacun des services Cerenut suivants : conseils nutritionnels personnalisés, participation diététique aux commissions de menus, outil numérique Kyriell, validation des menus par un(e) diététicien(ne), formations ou sensibilisations, webinaires, fiches conseils, kits de diagnostic et prise en charge

**Fig. 1.** Répartition des établissements répondants.

à l'alimentation-nutrition et ceux qui déclaraient avoir le moins souvent une commission de menus.

L'enquête montrait que 75,0 % des établissements répondants avaient reçu une information concernant Cerenut, dont 78,3 % des EPA, 52,4 % des EPH et 76,9 % des autres établissements, ($p=0,03$).

3.2. Perception de la pertinence des services proposés par Cerenut

Le classement selon la perception de la pertinence de ces services, du plus pertinent au moins pertinent, de 1 à 8 respectivement, est présenté dans le [Tableau 3](#).

3.3. Utilisation des services de Cerenut

Les établissements déclaraient dans 59,3 % des cas qu'ils utilisaient au moins un service proposé par Cerenut (62,3 % des cas pour les EPA, 42,9 % des cas pour les EPH et 53,8 % des cas pour les autres structures [$p=0,2$]).

Pour les établissements utilisant les services de Cerenut, les prévalences des utilisations déclarées sont présentées sur la [Fig. 3](#).

Il existait une différence significative selon le type d'établissement uniquement pour l'utilisation de l'outil numérique Kyriell®, celui-ci étant le plus utilisé dans les EPH ([Tableau 4](#)).

4. Discussion

Le taux de réponse à cette enquête était faible (6,6 % des établissements contactés), mais une étude antérieure portant sur l'évaluation de l'utilisation de la technique du manger-mains en Nouvelle-Aquitaine avait un taux de réponse encore plus faible (3 % des établissements) [4], probablement en raison du peu de temps disponible dans les structures administratives des établissements pour répondre aux enquêtes. Une étude réalisée en Bourgogne Franche-Comté en 2017 auprès d'établissements pour personnes en situation de handicap avait un taux de réponse bien plus élevé (74 %), mais avec seulement 23 établissements contactés, tous ciblés et individuellement préparés à l'étude [1].

4.1. Actions alimentation-nutrition déclarées par les établissements

La préoccupation financière liée à l'alimentation nutrition était un point majeur dans les établissements enquêtés, et ceci en particulier dans les EPA, dont on connaît les difficultés. Ce résultat est en conformité avec les données du module interprofessionnel 2016 de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) [5]. Cette situation peut avoir un effet positif, celui de stimuler l'intérêt pour les questions nutritionnelles, mais aussi un retentissement négatif sur l'état de santé des résidents si le budget alimentation nutrition est considéré comme une valeur d'ajustement, donc réduit.

Du côté des résultats positifs portant sur les actions déclarées, il faut noter la forte présence d'une commission de menus (ou commission des repas), qui permet à la fois de travailler sur la qualité des menus et de mettre en contact les personnels, les résidents et parfois les familles [1,6].

La pesée des résidents au moins une fois/mois était également un point positif, cependant avec des variations fortes : beaucoup d'EPA déclaraient cette pratique, en accord avec les recommandations de la HAS [7] mais seulement à peu près la moitié des EPH pesaient une fois/mois, malgré les recommandations du « Collectif de lutte contre la dénutrition » concernant les personnes en situation de handicap [8], ce qui suggérerait une insuffisance de suivi pour ces établissements.

Le taux élevé d'utilisation des CNO pouvait signifier que ces thérapeutiques étaient connues, utiles et utilisées. Néanmoins, leur coût n'est pas négligeable, s'il reste à la charge des établissements

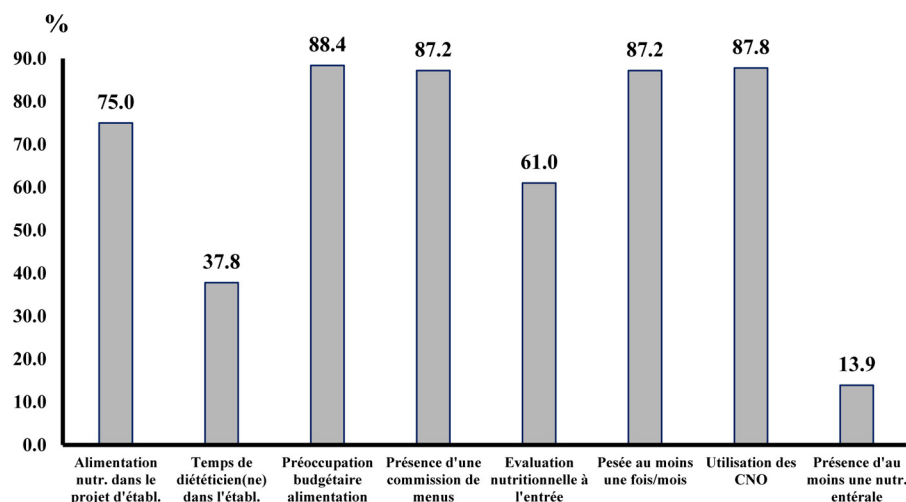


Fig. 2. Prévalences globales des actions déclarées touchant à l'alimentation et la nutrition dans les établissements répondants. Etabl. : établissement ; CNO : compléments nutritionnels oraux ; nutr. : nutrition.

Tableau 2

Prévalence des actions alimentation-nutrition selon le type d'établissements.

	Établissements pour personnes âgées (%)	Établissements pour personnes handicapées (%)	Établissements de santé et autres (%)	p
Alimentation- nutrition dans le projet d'établissement	84,1	23,8	61,5	< 0,0001
Présence d'une diététicienne dans l'établissement	38,4	19,0	61,5	0,04
Préoccupation alimentation dans le budget	92,8	76,2	61,5	< 0,0001
Présence d'une commission de menus	89,9	76,2	73,9	0,1
Évaluation nutritionnelle à l'entrée	67,4	28,6	46,2	0,002
Pesée une fois/mois	94,2	52,4	69,2	< 0,0001
Utilisation des CNO si besoin	94,2	47,6	84,6	< 0,0001
Gestion d'au moins une nutrition entérale	10,9	19,0	38,5	0,02

CNO : compléments nutritionnels oraux.

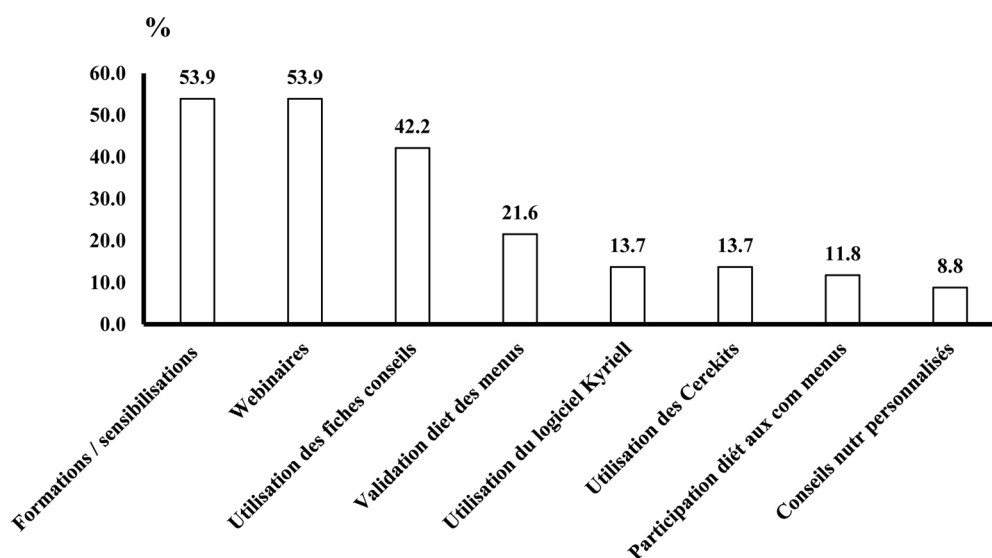


Fig. 3. Prévalences globales des utilisations des services de Cerenut déclarées par les établissements. Diet : diététique ; com : commissions ; nutr : nutritionnels.

[5]. Les CNO pourraient être avantageusement remplacés, pour une bonne part, par des enrichissements de l'alimentation de base qui devraient survenir avant l'utilisation des CNO [9]. Nous n'avons pas cherché à savoir si les établissements pratiquaient ou non l'enrichissement car, selon les établissements, il peut être effec-

tué par la cuisine ou par les secteurs de soins et, les modalités d'enrichissement sont très hétérogènes.

Concernant les résultats plutôt négatifs de l'enquête, le critère le plus problématique était l'évaluation nutritionnelle à l'entrée dans les établissements. En effet, malgré les référentiels de qua-

Tableau 3

Perception de la pertinence des services proposés par Cerenut. Plus la valeur est basse, plus le service était considéré comme pertinent.

Service Cerenut	Classement/8
Formations/sensibilisations	2,9 ± 2,0
Fiches conseil	3,8 ± 2,0
Webinaires	4,3 ± 2,2
Cerekits	4,4 ± 2,4
Conseils nutritionnels personnalisés	4,5 ± 2,1
Participation aux commissions de menus	4,8 ± 2,4
Validations de menus	4,8 ± 2,5
Utilisation du logiciel Kyriell®	5,1 ± 2,2

lité des soins et les recommandations de la HAS [7], l'évaluation nutritionnelle à l'entrée dans les établissements était peu réalisée, puisque dans près de 72 % des EPH et 33 % des EPA, les structures elles-mêmes déclaraient que cette évaluation était absente. Dans ce cas, d'une part, il n'est théoriquement pas possible de réaliser les codages nutritionnels d'entrée donc de valoriser les séjours en lien avec la découverte par exemple d'une dénutrition [5,10,11] et, d'autre part, il n'est pas certain qu'une bonne prise en charge d'un trouble nutritionnel puisse être assurée.

Seulement un peu plus d'un tiers des établissements déclaraient disposer de temps de diététique, et c'étaient surtout les EPH et les EPA qui étaient en manque. L'enquête en Bourgogne Franche-Comté de 2017 donnait des résultats discordants puisque, lorsque les réponses étaient fournies par les administrations des EPH (avec cependant un nombre de répondants très faible : $n = 14$), du temps diététique était utilisé dans 64 % des cas alors que, lorsque les réponses étaient fournies par les professionnels de terrain ($n = 184$), le pourcentage tombait à 21 % [1]. L'encadrement diététique dans les établissements médicosociaux semblait donc insuffisant, ce qui suggérait que la notion d'équilibre alimentaire y était peu appliquée et qu'ils ne disposaient souvent pas d'aide concernant l'enrichissement de l'alimentation, alors que la dénutrition est une pathologie qui y est fréquente [8,9]. Les diététicien(ne)s étaient logiquement bien plus présent(e)s dans les établissements autres, qui à 60 % étaient des établissements de santé. Par ailleurs, il n'avait pas été demandé aux établissements de préciser le volume horaire de chaque temps de diététique. La pratique montre que très peu d'établissements médico-sociaux ont au moins un équivalent temps plein de diététique [5]. En miroir de ces résultats, pour les établissements utilisant les services de Cerenut, en valeur absolue, les EPH étaient ceux qui utilisaient le plus la validation des menus par les diététicien(ne)s Cerenut, d'où l'intérêt de Cerenut.

L'absence de la préoccupation alimentation nutrition dans les projets de plus de 75 % des EPH suggère que l'alimentation était loin d'être une priorité pour ces établissements. Ce résultat est en concordance avec celui de Bourgogne Franche-Comté, où un seul établissement sur quinze répondants intégrait les préoccupations alimentation dans le plan de soins de tous les résidents [1].

Le taux de nutrition entérale était très faible dans les EPA et EPH, de façon paradoxale, car en particulier dans les Ehpad, les

pathologies neurologiques sont très fréquentes, donc les troubles de la déglutition sont également fréquents [8,12–14] et, devant un trouble sévère, la seule solution est parfois de recourir à la nutrition artificielle. La nutrition entérale est une technique qui devrait donc y être bien plus utilisée. Le premier obstacle usuellement déclaré par les personnels des Ehpad est le manque de personnel infirmier, en particulier durant la nuit. Pourtant, les horaires de passage de la nutrition entérale sont adaptables, non seulement à la tolérance des patients, mais aussi aux plages horaires durant lesquelles les soignants sont le plus disponibles [9]. L'autre argument souvent mis en avant est celui des difficultés de prise en charge financière de la nutrition entérale en établissement médico-social, EPA ou EPH [11]. Ceci est étonnant, car par exemple pour les Ehpad, l'établissement est considéré comme le domicile des résidents et, la nutrition entérale à domicile des personnes à risque de dénutrition est, hors Ehpad, prise en charge totalement par l'Assurance Maladie. Il semble sur ce point y avoir une lacune législative.

4.2. Perception de la pertinence des services proposés par Cerenut et utilisation de ces services

Les quatre services de Cerenut considérés comme les plus pertinents par les établissements répondants (formations/sensibilisations, fiches conseil, webinaires, Cerekits) paraissent indiquer que les établissements avaient de forts besoins de formations en alimentation-nutrition. Selon les constatations de l'EHESP, la qualité des pratiques en alimentation nutrition dépend fortement de la sensibilisation et de la formation des professionnels [5]. Le peu d'attrait pour la participation aux commissions de menus paraissait paradoxal, car les nombreux établissements ne disposant pas de temps diététique pourraient faire appel à un(e) diététicien(ne) Cerenut. Le logiciel Kyriell apparaissait comme le service le moins pertinent, mais il ne s'adresse qu'aux secteurs de cuisine.

Les utilisations réelles des services de Cerenut confirmaient l'importance des besoins de formation. Les Cerekits étaient classés en sixième position, mais leur mise à disposition est très récente (fin 2023), donc il est nécessaire qu'ils soient mieux connus. La validation des menus, bien que classée en septième position en termes de pertinence, était le quatrième service le plus utilisé, là encore probablement en lien avec l'insuffisance de diététicien(ne)s. L'absence d'utilisation du logiciel Kyriell dans les établissements de santé et autres s'expliquait par le fait que les établissements de santé ont en général leur propre système de gestion des cuisines et des menus. Si ces systèmes ne garantissent pas toujours que l'équilibre alimentaire soit respecté, il y a dans les établissements de santé un contrôle et des corrections possibles par un(e) diététicien(e).

4.3. Forces et limites

La principale force de l'étude est qu'à notre connaissance il n'existe que très peu de données française portant sur les

Tableau 4

Prévalences de l'utilisation déclarée des services Cerenut selon le type d'établissement.

	Établissements pour personnes âgées (%)	Établissements pour personnes handicapées (%)	Établissements de santé et autres (%)	<i>p</i>
Formations/sensibilisations	58,1	22,2	42,9	0,1
Webinaires	52,3	44,4	85,7	0,20
Utilisation des fiches conseil	41,9	33,3	57,1	0,60
Validation diététique des menus	22,1	33,3	0	0,26
Utilisation du logiciel Kyriell®	11,6	44,4	0	0,01
Utilisation des Cerekits	94,2	52,4	69,2	0,40
Participation diététique aux commissions de menus	12,8	11,1	0	0,60
Conseils nutritionnels personnalisés	8,1	22,2	0	0,25

principales actions alimentation-nutrition menées dans les établissements médico-sociaux français [1], alors que cela concernait en 2022 plus de 614 000 personnes en Ehpad et plus de 524 000 personnes en EPH [15].

Le fait que les données étaient déclaratives constitue une première limite importante, la seconde étant la sur-représentation des EPA [4]. Par conséquent, les résultats ne sont qu'indicatifs, non représentatifs des établissements français, non plus que des établissements en Nouvelle-Aquitaine.

5. Conclusions

Cette étude montre que des actions alimentation-nutrition étaient souvent déclarées dans les établissements enquêtés en Nouvelle-Aquitaine, telles que les commissions de menus, la pesée des résidents au moins une fois par mois et l'utilisation des CNO. En revanche, l'évaluation nutritionnelle à l'entrée dans les établissements et l'utilisation de temps diététique étaient trop peu pratiquées. Il existait des disparités importantes selon le type d'établissement, les EPH étant les plus mal lotis.

Les services de Cerenut touchant à la formation des équipes étaient jugés les plus intéressants, et les plus utilisés. Certains services comme la validation diététique des menus pourraient être développés, compte tenu des difficultés des établissements à ce sujet.

Protection des droits des sujets humains et animaux

Les auteurs déclarent que la conduite de la recherche décrite dans cet article est en accord avec la Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale révisée en 2013 concernant les expérimentations sur les patients ou sujets, ainsi qu'avec la directive européenne 2010/63/EU concernant les expérimentations animales.

Consentement éclairé et confidentialité des données

Les auteurs déclarent que l'article ne contient aucune donnée personnelle pouvant identifier le patient ou le sujet.

Déclaration de liens d'intérêts

Carole Villemonteix, Corentin Varrier, Manon Avril, Christelle Mourot, Sandra Guérin et Bastian Coulon sont salariés ou rémunérés par le centre de ressources en nutrition de Nouvelle-Aquitaine (Cerenut). Jean-Claude Desport a été rémunéré pour des formations par Cerenut et est administrateur bénévole de Cerenut, Jean-Louis Fraysse est administrateur bénévole de Cerenut.

Contribution et responsabilité des auteurs

L'ensemble des auteurs atteste du respect des critères de l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) en

ce qui concerne leur contribution à l'article. Les contributions des auteurs se sont réparties comme suit : Carole Villemonteix : conception, révision ; Corentin Varrier : conception ; Manon Avril : conception, révision ; Christelle Mourot : révision ; Sandra Guérin : révision ; Bastian Coulon : révision ; Jean-Claude Desport : conception, écriture, révision ; Jean-Louis Fraysse : conception, révision.

Financement

Cette étude a été financée par Cerenut, centre de ressources en nutrition de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine.

Références

- [1] Observatoire régional de santé (ORS) Bourgogne Franche-Comté. État des lieux préparatoire au Programme Nutrition-Handicap. Rapport départemental; 2017 <https://www.orsbfc.org/wp-content/uploads/2017/11/Rapport-Nutrition-handicap.pdf>.
- [2] Brunet L, INSEE. Avec plus de 6 millions d'habitants, la Nouvelle-Aquitaine troisième région la plus peuplée. Insee Flash Nouvelle-Aquitaine 2022;95 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6680598>.
- [3] Site Cerenut (Centre ressources nutrition Nouvelle-Aquitaine); 2024 <https://cerenut.fr/>.
- [4] Cuvilliez E, Desport JC, Villemonteix C, Guérin S, Coulon B, Varrier C, et al. Étude de l'utilisation de la technique du manger-mains dans les établissements médico-sociaux de la région française de Nouvelle-Aquitaine. *Nutr Clin Metabol* 2023;37:155–61.
- [5] École des hautes études en santé publique (EHESP). La nutrition en Ehpad, un enjeu de santé publique en recherche d'efficacité. Module interprofessionnel de santé publique; 2016 <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2016/mip/Groupe31.pdf>.
- [6] Massoulard A, Desport JC, Baptiste A, Jésus P, Fraysse JL, Villemonteix C, et al. Propositions de structuration des commissions de menus en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Nutr Clin Metabol* 2009;23:109–12.
- [7] Haute Autorité de santé (HAS) et Fédération française de nutrition (FFN). Recommandation. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus; 2021 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf.
- [8] Collectif contre la dénutrition. Guide d'action pour les personnes en situation de handicap (enfants/adultes); 2023 <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-11/denutrition-guide-handicap.pdf>.
- [9] Raynaud-Simon A. Dénutrition. In: Belmin J, Chassagne P, Friocourt P, editors. *Gériatrie pour le praticien*. Paris: Elsevier Masson; 2023. p. 104–10.
- [10] Novella JL, Maubourguet N. Accueil du résident en Ehpad. In: Belmin J, Chassagne P, Friocourt P, editors. *Gériatrie pour le praticien*. Paris: Elsevier Masson; 2023. p. 809–11.
- [11] Le Noc Soudani M, Lutzler P, Hidoux P, Belmin J. Gériatrie pour le praticien. In: Belmin J, Chassagne P, Friocourt P, editors. *Rôle du médecin coordonnateur d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Paris: Elsevier Masson; 2023. p. 801–8.
- [12] Puisieux F, D'Andrea C, Baconnier P, Bui-Dinh D, Castaings-Pelet S, Crestani B, et al. Swallowing disorders, pneumonia and respiratory tract infectious disease in the elderly. *Rev Mal Resp* 2011;28:e76–93.
- [13] Audag N, Toussaint M, Liistro G, Vandervelde L, Cugy E, Reyckler G. European survey: dysphagia management in patients with neuromuscular disease. *Dysphagia* 2022;37:1279–87.
- [14] Sanders KJV, Elbers RG, Bastiansee LP, Echteld MA, Evenhuis HM, Festen DAM. Prevalence of swallowing difficulties and associated factors in older people with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2024;37:e13209.
- [15] Caisse nationale de solidarité à l'autonomie (CSA). Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie; 2022 https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa.chiffres_cles_2022.access_exe.corrige-071022.pdf.