

[Retour](#)

L'infirmière n° 066 du 01/03/2026

PENSER LA NUTRITION COMME UN SOIN À PART ENTIÈRE



FORMATION DIÉTÉTIQUE

Auteur(s) : Cécile Cottus (/recherche/article.html?query=%22C%C3%A9cile%20Cottus%22&revues%5B%5D=INF&sortby=relevance)

Fonctions : diététicienne, Paris

La dénutrition touche environ deux millions de personnes en France. Souvent méconnue, elle altère les défenses immunitaires, retarde la guérison et augmente la durée d'hospitalisation. Sa détection précoce et une approche coordonnée sont des enjeux majeurs de santé publique.

La Haute Autorité de santé (HAS) définit la dénutrition comme « un état pathologique résultant d'un déséquilibre entre les apports nutritionnels et les besoins de l'organisme ». Elle entraîne une perte de masse musculaire et/ou de poids, avec des conséquences cliniques potentiellement graves : diminution des capacités fonctionnelles, altération de l'immunité, retard de cicatrisation, augmentation de la morbidité et de la mortalité.

Selon les recommandations de la HAS (2019 et 2021), les critères diagnostiques reposent sur la combinaison d'éléments cliniques et anthropométriques :

- perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ;
- indice de masse corporelle (IMC) $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ chez l'adulte, ou $< 21 \text{ kg}$ chez la personne âgée ;
- diminution de la masse musculaire (sarcopénie), objectivée par des outils cliniques (force de préhension, circonférence du mollet, imagerie).

Chez l'enfant, d'autres paramètres sont utilisés (poids/taille, courbes de croissance). Chez la personne âgée, la surveillance doit être renforcée car les signes peuvent être discrets : perte d'appétit, fonte musculaire progressive (*voir tableau 1*). La dénutrition peut être aiguë, d'installation rapide, souvent liée à un épisode infectieux, chirurgical ou chronique, d'évolution lente, dans le cadre d'une pathologie chronique, d'un isolement social ou d'une dépendance fonctionnelle. Au-delà de l'aspect purement médical, la dénutrition doit être comprise comme un phénomène multifactoriel, à l'interface entre la biologie, la psychologie, la qualité de vie et l'organisation des soins. C'est précisément cette complexité qui justifie une approche systémique et pluridisciplinaire.

Épidémiologie

En France, on estime que la dénutrition touche environ deux millions de personnes, 1 enfant hospitalisé sur 10

et 25 % des personnes de plus de 70 ans vivant seules. Et encore, cette prévalence est-elle sous-évaluée, car le dépistage reste insuffisant dans de nombreux secteurs, tant en ville, à l'hôpital qu'en institution.

En milieu hospitalier, les études montrent qu'environ 20 à 40 % des patients hospitalisés sont dénutris dès leur admission. Ce chiffre peut augmenter au cours du séjour, notamment lorsque la prise alimentaire diminue à cause de l'état de santé, de la fatigue ou du manque d'appétence pour les repas proposés. La dénutrition est associée à une durée d'hospitalisation plus longue, un risque accru de complications infectieuses et une augmentation significative du taux de ré-hospitalisation.

La prévalence en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et à domicile est particulièrement élevée chez les personnes âgées, puisqu'environ 270 000 présentent une dénutrition. 400 000 personnes vivant à domicile sont concernées, un chiffre qui grimpe rapidement en cas de dépendance, d'isolement social ou de maladie chronique. Ces chiffres doivent être mis en perspective avec le vieillissement de la population : d'ici 2050, près d'un tiers des Français aura plus de 60 ans, ce qui laisse présager une aggravation du problème si rien n'est entrepris.

Dans les autres secteurs, la dénutrition concerne en premier lieu les patients atteints de cancer. Environ 40 % d'entre eux présentent une dénutrition au cours de leur maladie, parfois aggravée par les effets secondaires des traitements (nausées, altération du goût, mucites) ; les patients atteints de maladies chroniques (BPCO, insuffisance cardiaque, maladies neurologiques, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin), chez qui la dépense énergétique accrue et la perte musculaire progressive sont fréquentes ; et les malades en soins critiques. L'agressivité métabolique liée au stress physiologique majore fortement les besoins nutritionnels.

Les facteurs et les causes de la dénutrition

Les facteurs physiologiques et médicaux sont multiples. Lors de pathologies chroniques telles que les cancers, l'insuffisance cardiaque, les maladies respiratoires chroniques, les maladies neurologiques, etc., les problèmes qui peuvent survenir sont liés à la pathologie elle-même, ainsi qu'aux effets secondaires des traitements (chimiothérapie, radiothérapie) qui entraînent des nausées, des vomissements, des mucites et une perte de goût ou de l'odorat. Dans le cas des maladies respiratoires telles que la BPCO, la dépense énergétique est augmentée par l'effort respiratoire, alors que l'essoufflement limite la capacité à s'alimenter. Les maladies neurologiques (Parkinson, Alzheimer, AVC) peuvent quant à elles provoquer des troubles de la déglutition, de la mastication et des troubles cognitifs, ce qui engendre une désorganisation des repas.

Les douleurs chroniques sont souvent à l'origine d'une augmentation des besoins énergétiques ou d'une réduction des apports. Les plaies chroniques et les infections entraînent un catabolisme accru et donc une hausse des besoins en protéines et en calories. Avec le vieillissement, plusieurs mécanismes favorisent également la dénutrition : diminution de la sensation de faim et de soif ; altération du goût et de l'odorat ; troubles bucco-dentaires et difficultés de mastication ; polymédication entraînant nausées, sécheresse buccale ; constipation.

Les facteurs psychologiques et sociaux sont souvent sous-estimés mais jouent un rôle majeur et peuvent provoquer dépression et deuil, isolement social, précarité économique et perte d'autonomie.

L'organisations des établissements de santé et médicosociaux peut également contribuer à la dénutrition. Citons, entre autres : les repas standardisés et peu adaptés aux goûts ou aux capacités des patients, les horaires fixes qui ne respectent pas toujours l'appétit réel, les textures modifiées mal valorisées (plats mixés peu appétissants), le manque de coordination entre les différents professionnels et l'absence de pesée régulière ou d'évaluation systématique de l'état nutritionnel.

Impact en santé publique

La dénutrition entraîne de lourdes conséquences. Elle augmente la mortalité, car elle constitue un facteur de risque indépendant de décès, toutes causes confondues. Elle grève également les coûts de santé, en raison de séjours hospitaliers plus longs et de besoins accrus en soins et en rééducation. Enfin, elle provoque une perte d'autonomie, qui s'accompagne souvent d'une dépendance accélérée, d'une dégradation de la qualité de vie et d'un risque accru d'entrée en institution. Les difficultés rencontrées sur le terrain par les professionnels de santé sont multiples :

- manque de détection. De nombreuses pertes de poids passent inaperçues, faute de suivi systématique de l'IMC ou de la masse musculaire ;
- manque de formation. Certains soignants ne se sentent pas suffisamment armés pour repérer les signes précoces ou pour initier une prise en charge ;
- manque de temps. Le soin nutritionnel est chronophage (accompagnement aux repas, encouragement, surveillance) et peut être difficile à mettre en place par des équipes sous tension.

En résumé, la dénutrition est une affection fréquente et grave, encore trop peu dépistée. Elle résulte d'un enchevêtrement de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et organisationnels qui compliquent sa détection comme sa prise en charge. D'où la nécessité d'une approche à la fois proactive et pluridisciplinaire (*voir encadré 1*).

Une dimension systémique

Les conséquences de la dénutrition sont à la fois cliniques (fonte musculaire, augmentation du risque d'infections, escarres, retards de cicatrisation, chutes, perte d'autonomie, augmentation de la mortalité), économiques et sociétales (hospitalisations prolongées, coûts accrus pour le système de santé, entrée prématurée en institution, etc.). Comprendre la dimension systémique de la dénutrition permet d'éviter de réduire le problème à une simple « perte d'appétit », de souligner la nécessité de travailler en réseau avec les autres professionnels et de mettre en avant l'importance de repérer précocement des signaux faibles (tels que la diminution de l'appétit, les difficultés à mastiquer, les refus alimentaires répétés, l'isolement social).

Des acteurs mobilisés, des propositions spécifiques

Face à un problème aussi transversal, les solutions ne peuvent venir d'un seul corps de métier. Elles nécessitent une mobilisation interprofessionnelle, où chaque acteur apporte son expertise spécifique.

- **Les diététiciens** sont au cœur de son évaluation et de sa prise en charge. Ils réalisent des bilans nutritionnels approfondis, qui incluent le calcul des besoins énergétiques et protéiques. Ils conçoivent des menus personnalisés, adaptés aux pathologies, aux goûts et aux capacités du patient. Dans certaines situations, ils peuvent prescrire des compléments nutritionnels oraux (CNO), former les équipes soignantes au dépistage et aux bonnes pratiques alimentaires. Enfin, leur rôle est aussi pédagogique : ils expliquent aux patients et aux familles l'importance de la nutrition dans le parcours de soins.

- **Les ergothérapeutes** proposent des solutions pour maintenir ou restaurer l'autonomie car l'alimentation est aussi un acte moteur et fonctionnel. Ces solutions consistent à adapter le matériel (couverts ergonomiques, assiettes anti-débordement, verres spécifiques), aménager l'environnement pour faciliter la prise des repas et rééduquer la préhension ou la coordination dans certaines pathologies neurologiques. En favorisant l'autonomie, ils réduisent le risque de refus alimentaire lié à la dépendance.

- **Les responsables hôteliers et les cuisiniers** redonnent l'envie de manger grâce à la présentation de repas attractifs. À l'hôpital ou en Ehpad, ils travaillent à améliorer la qualité gustative et visuelle des repas, varier les textures et présenter des alternatives en cas de troubles de déglutition. Ils peuvent adapter les horaires et impliquer les résidents ou les patients dans le choix des menus, lorsque cela est possible. Un repas appétissant et adapté est souvent la première étape pour stimuler l'envie de manger.

- **Les médecins** (prescripteurs et coordinateurs) ont une responsabilité centrale dans le dépistage et la décision thérapeutique. Ils identifient les patients à risque à partir de critères validés (perte de poids, IMC, masse musculaire), prescrivent les examens complémentaires si nécessaire, initient la mise en place d'une nutrition artificielle (entérale ou parentérale) quand les apports oraux sont insuffisants et assurent le suivi médical des comorbidités.

- **Les aides-soignants et les infirmiers**, par leur présence quotidienne auprès des patients, sont en première ligne dans la lutte contre la dénutrition. Leur vigilance et leurs actions concrètes (*voir encadré 2*) garantissent un repérage précoce et une prise en charge efficace.

L'aide-soignant, par sa proximité au moment des repas, est souvent le premier à repérer d'éventuels changements : un patient qui trie, qui laisse systématiquement une partie du plateau ou qui manifeste une lassitude face à la nourriture doit mettre le soignant en alerte. Il joue un rôle clé : il valorise le plaisir de manger dans un environnement calme et convivial, il aide à la prise alimentaire en installant correctement le patient (position assise, confortable), en respectant son rythme, en adaptant les bouchées, et en surveillant la déglutition (régurgitations, fausses routes). Il repère aussi les refus alimentaires et assure un accompagnement relationnel, car le repas est un moment social et affectif. Enfin, il alerte l'équipe médicale et paramédicale en cas de baisse d'appétit ou de perte de poids. Car l'acte de nourrir ne se limite pas à « donner à manger ». C'est un moment de soin à part entière, qui demande du temps, de la patience et de l'attention. Un simple geste, comme réchauffer un plat refroidi ou proposer un verre d'eau fraîche, peut améliorer l'appétit et donc les apports.

L'infirmier, quant à lui, est le garant du suivi régulier des indicateurs (poids et IMC). La pesée systématique à l'admission, puis au minimum une fois par semaine en milieu hospitalier et une fois par mois en Ehpad ou à domicile, est essentielle pour détecter toute perte rapide. L'IMC, simple à calculer et à interpréter, doit être renseigné dans le dossier de soins. L'observation clinique - fonte musculaire (bras, cuisses, mollets), diminution de la force de préhension, fatigabilité accrue - et le suivi alimentaire - évaluation des repas réellement consommés, identification des refus partiels ou complets - sont indispensables.

L'infirmier assure par ailleurs la coordination avec l'équipe pluridisciplinaire : c'est lui qui prévient le médecin et le diététicien en cas de perte de poids et de refus alimentaires répétés, qui relaie les difficultés observées (mâcher, avaler, manipuler les couverts). Il participe à la mise en place des compléments nutritionnels, en explique l'intérêt et surveille leur tolérance. Il collabore, si nécessaire, avec les ergothérapeutes pour adapter l'environnement du repas.

Concernant l'éducation et la relation, le rôle des infirmiers est crucial tant auprès des patients que de leur entourage. Auprès des premiers, il explique l'importance de continuer à s'alimenter malgré la fatigue ou la maladie, rassure face aux changements de texture, valorise chaque effort. Quant aux familles, il est nécessaire de les sensibiliser à l'importance du suivi du poids et de les impliquer dans le partage des repas.

Infirmiers et aides-soignants sont les vigies de la dénutrition. Leur proximité avec les patients leur permet de détecter les signaux faibles, d'agir en prévention et de coordonner les interventions des autres professionnels, en particulier celles du diététicien.

Ce rôle demande une vigilance constante, mais aussi une reconnaissance institutionnelle et organisationnelle, afin que le soin nutritionnel soit pleinement intégré aux pratiques quotidiennes. En résumé, ils constituent le maillon indispensable d'une prise en charge réussie, là où la technique médicale seule ne suffit pas : observer, accompagner, stimuler, rassurer et relier les différents acteurs autour du patient.

Ces propositions ne prennent leur sens que dans un cadre coordonné. Un dépistage isolé ou une adaptation ponctuelle des repas restent insuffisants. C'est précisément l'objectif que s'est fixé, depuis 2016, le Collectif de lutte contre la dénutrition, à travers, notamment, ses actions de communication. La Semaine nationale de la dénutrition, dont la 6e édition a eu lieu du 17 au 23 novembre 2025, a mobilisé établissements de santé et grand public dans le cadre du Plan national nutrition santé. C'est la convergence des efforts de tous les acteurs - soignants, paramédicaux, restaurateurs, aidants familiaux - et la mobilisation citoyenne qui permettront d'apporter une réponse efficace et durable à ce fléau souvent qualifié de « maladie silencieuse ».

L'auteure déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

ENCADRÉ 1

La fresque de la dénutrition

La dénutrition n'est pas un phénomène isolé, lié uniquement à l'appétit ou aux apports alimentaires. C'est un problème multifactoriel, qui s'inscrit dans un ensemble complexe d'interactions entre la personne, sa pathologie, son environnement social et l'organisation des soins. Pour mieux comprendre cette complexité, plusieurs acteurs du champ sanitaire et médicosocial ont développé « la fresque de la dénutrition », un outil pédagogique inspiré de celle du climat.

L'idée de la fresque est de représenter, sous forme de carte mentale collective, l'ensemble des facteurs à l'origine de la dénutrition. Elle peut être utilisée lors d'ateliers collaboratifs réunissant des professionnels de santé, des aidants et parfois des patients. À partir de cartes représentant les causes et les conséquences, les participants reconstruisent ensemble le « système dénutrition ». Cet exercice permet de prendre conscience de l'ampleur du phénomène, de favoriser le dialogue interprofessionnel (infirmiers, aides-soignants, médecins, diététiciens, cuisiniers, ergothérapeutes, etc.) et de proposer des solutions coordonnées, adaptées aux différents niveaux d'intervention.

ENCADRÉ 2

Exemples concrets de pratiques efficaces

En prévention et en stimulation, les infirmiers et les aides-soignants peuvent encourager la consommation grâce à des actions simples :

- proposer des collations entre les repas (yaourts, compotes enrichies, fromages, biscuits protéinés) ;
- varier les goûts et textures pour éviter la lassitude ;
- valoriser les aliments appréciés par le patient, même si cela suppose une adaptation des régimes ;
- instaurer des rituels de convivialité (repas pris ensemble en salle commune, mise en valeur du plateau) ;
- en milieu hospitalier, certaines équipes mettent en place un « repas accompagné », où les soignants partagent un temps de repas avec les patients dépendants ;
- en Ehpad, le suivi régulier des « restes alimentaires » permet de repérer rapidement une baisse de consommation et d'adapter les menus ;
- à domicile, les infirmiers libéraux peuvent instaurer un carnet de suivi nutritionnel, partagé avec le médecin traitant et le diététicien.

Pour en savoir plus...

- Collectif de lutte contre la dénutrition : <https://www.luttecontreladenutrition.fr> (<http://https://www.luttecontreladenutrition.fr>)
- Fresque de la dénutrition : <https://www.institut-nutrition.fr/nos-activites/la-fresque-de-la-denutrition> (<http://https://www.institut-nutrition.fr/nos-activites/la-fresque-de-la-denutrition>)
- Shilpa N Bhupathiraju, PhD, Harvard Medical School and Brigham and Women's Hospital, *Revue générale de la dénutrition*
- Haute Autorité de santé, Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus, novembre 2021
- Guide infirmier de nutrition du centre hospitalier universitaire de Montpellier (PDF) : bit.ly/4qOXGww (<http://bit.ly/4qOXGww>)

Tableau 1 Diagnostic de la dénutrition

Critères diagnostiques (HAS 2019)	Adultes < 70 ans	Personnes ≥ 70 ans
IMC (indice de masse Corporelle)	< 18,5 kg/m ²	< 22 kg/m ²
Perte de poids	≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois	≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % du poids habituel
Masse musculaire	Diminution objectivée par : imagerie	Mêmes critères + outils simples :

(sarcopénie)	(scanner, Dexa), bio-impédance, dynamométrie	circonférence du mollet < 31 cm, perte de force de préhension
Signes cliniques associés	Fonte musculaire, asthénie, perte d'appétit	Même signes, souvent plus discrets + perte d'autonomie, chutes, infections répétées
Outils de dépistage	Pesée régulière, suivi IMC	Pesée + <i>Mini Nutritional Assessment</i> (MNA), recommandé en gériatrie

(<https://www.espaceinfirmier.fr/images/cb6/d22343b6d59114f0e948a424eacd9/INF06604401t01.jpg>)