

REGARDS-SOIGNANTS

GUIDE • Nutrition en institution

Alimentation en EHPAD

Dénutrition, déshydratation et adaptations selon situations fréquentes

Guide opérationnel basé uniquement sur des publications HAS et OMS

Version 1.0 • 23/03/2026

Cadre d'utilisation

Ce guide aide à comprendre, repérer et agir sur les risques nutritionnels en EHPAD.

Il ne remplace pas une prescription médicale, un plan de soins diététique, ni les protocoles de l'établissement.

Les adaptations alimentaires proposées doivent être compatibles avec : régimes prescrits, textures prescrites, allergies et préférences du résident.

Règle terrain : dès qu'un point dépasse le champ AS (prescription, modification d'un régime, symptômes inquiétants), on alerte et on trace.

Sommaire

- 1. À retenir tout de suite (repères + seuils d'alerte)
- 2. Chiffres clés et impact (EHPAD/institution)
- 3. Déshydratation : repérage, actions, adaptations
- 4. Dénutrition : repérage, dépistage, prise en charge
- 5. Organisation en EHPAD : routines, aides, environnement
- 6. Fiches pratiques : quoi proposer / quoi limiter selon les situations fréquentes
- 7. Cas complexes (exemples concrets et raisonnement terrain)
- 8. Transmissions (DAR) et traçabilité
- 9. Tableau aliments et leur utilité
- 10. Annexes : check-lists, mini-outils, modèles
- 11. Sources (HAS + OMS)

1. À retenir

Objectif opérationnel

Limiter les risques : dénutrition, déshydratation, fausses routes, complications cardio-rénales et infections.

Augmenter les apports utiles (énergie, protéines, hydratation) sans sortir du cadre (régimes/textures prescrits).

Standardiser les alertes : repérer tôt, tracer clairement, déclencher les relais (IDE, médecin, diététicien, orthophoniste).

Repères de base en EHPAD

- Un résident « mange moins » **n'est pas un détail** : c'est souvent le premier signal.
- On raisonne en 3 axes : **apports** (ce qui est réellement pris), **capacité** (mastication/déglutition/douleur), **contexte** (fatigue, dépression, environnement...).
- Ne pas attendre : plus on intervient tôt, plus c'est simple (fractionnement, enrichissement, aide, ambiance, hydratation).

Seuils d'alerte qui doivent déclencher une action

Alerte immédiate (IDE / médecin)

Refus alimentaire ou apports très faibles sur plusieurs repas + altération de l'état général.

Signes de déshydratation + confusion, hypotension, tachycardie, fièvre, diarrhées/vomissements.

Troubles de déglutition / fausses routes (toux à l'alimentation, voix « mouillée », encombrement, désaturation).

Perte de poids rapide ou inexplicable (à objectiver par pesées).

Hydratation : objectif simple

Repère OMS (ICOPE) : **chez la personne âgée, viser environ 1,6 à 2 litres par jour (6-8 verres/tasses)**, à adapter selon la soif, la diurèse et les situations particulières (œdèmes, restrictions prescrites, diarrhées, canicule, etc.).

Dénutrition : ce que la HAS rappelle (70 ans et plus)

- La dénutrition est un problème majeur de santé publique en France (plus de 2 millions de personnes concernées).
- Le diagnostic ne repose pas sur l'albuminémie (ce n'est pas un critère diagnostique).
- Le diagnostic repose sur l'association d'au moins un critère phénotypique et d'au moins un critère étiologique ; les seuils d'IMC sont plus élevés après 70 ans.

2. Chiffres clés et impact (EHPAD/institution)

Chiffres de repère (à garder en tête)

La HAS souligne que la dénutrition concerne plus de 2 millions de personnes en France.

Prévalence estimée chez la personne âgée : 4–10 % à domicile, 15–38 % en institution, 30–70 % à l'hôpital.

Dans une étude de résidents nouvellement institutionnalisés, un risque nutritionnel élevé (GNRI bas) est associé à une augmentation du risque de mortalité ($\approx \times 2$).

En Europe (selon données rapportées) : 17,5 % de dénutrition en établissements pour personnes âgées et 28,7 % en unités de soins de longue durée (USLD).

Pourquoi c'est critique en EHPAD

- La dénutrition fragilise : infections, chutes, plaies, perte d'autonomie, hospitalisations.
- La déshydratation chez le sujet âgé peut décompenser des pathologies existantes (**risque majoré**).
- Le couple « troubles bucco-dentaires + apports insuffisants » est un piège classique : on traite la douleur, on adapte les textures, on densifie.

Impact sur la mortalité : ce qu'on peut affirmer avec les sources HAS

La HAS rapporte des données montrant une association entre mauvais état nutritionnel et mortalité en institution. Exemple cité : chez des personnes âgées nouvellement institutionnalisées, un GNRI < 92 est associé à un risque accru de mortalité toutes causes (HR $\approx 1,99$) et de mortalité cardiovasculaire (HR $\approx 1,79$).

Message terrain

Traduction concrète

En EHPAD, la nutrition n'est pas « un confort » : c'est un déterminant de survie, d'autonomie et de qualité de vie.

Quand un résident ne mange plus correctement, ton travail = repérer + agir sur le faisable + alerter + tracer.

3. Déshydratation : repérage, actions, adaptations

Signes d'alerte fréquents chez la personne âgée

- Bouche, lèvres, langue sèches.
- Yeux creusés.
- Constipation, urines plus rares.
- Tachycardie, maux de tête, faiblesse.
- Confusion, vertiges (attention chutes).

Repère OMS (ICOPE) : la personne âgée peut ne pas présenter les signes « typiques ». En cas de doute : on surveille de près et on alerte.

Objectif d'hydratation : repère simple

Repère OMS (ICOPE)

Viser 1,6 à 2 L/j (≈ 6–8 verres/tasses), si pas de restriction prescrite.

Garder les boissons accessibles, fractionner sur la journée, et suivre les prises (log).

Actions concrètes en EHPAD (dans le champ AS)

1. Mesurer / objectiver : combien a réellement bu (verres, textures, horaires).
2. Multiplier les occasions : au lever, aux soins, aux collations, à chaque passage en chambre.
3. Varier les formes : eau, tisanes, bouillons, laitages, fruits riches en eau (si compatibles), glaces/gelées si autorisées.
4. Adapter l'aide : verre adapté, paille si autorisée, installation, temps, stimulation, accompagnement verbal.
5. Surveiller le risque de fausse route : toux, voix mouillée, encombrement → alerte.
6. Tracer et alerter si objectif non atteint ou symptômes.

Situations à risque élevé

Situation	Pourquoi ça déshydrate	Action AS + alerte
Diarrhées/vomissements	Pertes hydriques rapides	Hydratation renforcée + surveillance rapprochée + alerte IDE/médecin
Canicule / forte chaleur	Transpiration + baisse de sensation de soif	Plan hydratation + boissons accessibles + suivi des prises
Diurétiques / pathologies rénales	Risque de déséquilibre hydro-électrolytique	Ne pas « forcer » : suivre prescription / consignes ; alerte si signes
Troubles cognitifs	Oubli / refus / errance	Boissons fractionnées + repères

		visuels + aide + environnement calme
--	--	---

Focus : diarrhée chez le sujet âgé (HAS)

Repères HAS – diarrhée aiguë sans signe d’invasion muqueuse

Corriger la déshydratation par une boisson suffisante (au moins 2 litres/jour).

Éviter certains aliments : fruits et légumes verts, plats épicés, plats/boissons glacés.

Chez le sujet âgé : risque de déshydratation particulièrement élevé → surveillance accrue.

4. Dénutrition : repérage, dépistage, prise en charge

Définition et logique de diagnostic (HAS)

- La HAS définit le diagnostic comme l'association d'au moins un critère phénotypique (ex : perte de poids, IMC, perte de masse/force musculaire) et d'au moins un critère étiologique (ex : baisse des apports, maladie/inflammation).
- Après 70 ans, les seuils d'IMC utilisés pour repérer la dénutrition sont plus élevés que chez l'adulte jeune.
- L'albuminémie n'est pas un critère diagnostique ; elle est utilisée comme critère de sévérité.

Repérage terrain : ce que l'AS peut objectiver et est valorisé

À objectiver	Comment	À transmettre
Apports alimentaires (ingesta)	Relevé simple : quantités prises / refus / textures	"Mange 1/4 du plateau depuis 48 h", "refuse protéines"
Poids	Pesée selon protocole (rythme), même balance si possible	Variation + date + contexte
Hydratation	Verres/tasses, préférence, aide nécessaire	Objectif atteint/non, difficultés
Douleur / bouche / dents	Observation + plainte + prothèse	Douleur buccale, prothèse absente, lésions, bouche sèche
Mastication / déglutition	Toux, voix mouillée, fatigue, temps du repas	Signes de fausse route / ralentissement marqué
Contexte	Fatigue, dépression, isolement, environnement du repas	Facteurs déclenchants et obstacles

Facteurs de risque très fréquents en EHPAD (HAS)

- Admission en institution (rupture d'habitudes, stress, dépression).
- Anomalies bucco-dentaires : mastication difficile, bouche sèche, candidose oropharyngée, dysgueusie.
- Troubles de déglutition.
- Isolement, troubles cognitifs, dépendance pour manger/boire.

Prise en charge : logique graduée

Principe HAS (personne âgée) + OMS (ICOPE)

- 1) Priorité à la voie orale (plaisir, confort, respect des goûts).
- 2) Augmenter densité énergétique et protéique : enrichissement + fractionnement.
- 3) Aides : installation, aides techniques, accompagnement, environnement calme.
- 4) Soins de bouche : traiter douleur/sécheresse, assurer hygiène, prothèses.

5) Si insuffisant : relais IDE / médecin / diététicien, discussion ONS / nutrition entérale.

Repères OMS (ICOPE) sur les protéines

Repère OMS – sous-nutrition (vitality)

Objectif indicatif : 1,0 à 1,2 g de protéines/kg/j ; jusqu'à 1,5 g/kg/j lors de récupération après perte de poids / maladie aiguë (avec avis professionnel).

Exemples d'aliments riches en protéines cités : légumineuses, graines, céréales, fromage, viande, poisson.

Soins de bouche et plaisir de manger (HAS)

La HAS recommande d'assurer des soins de bouche réguliers et de soulager ce qui altère l'envie de manger (douleur, nausées, glossite, sécheresse buccale), afin de préserver le caractère agréable de l'alimentation orale.

5. Organisation en EHPAD : routines, aides, environnement

L'environnement du repas compte autant que le contenu

- Repas = moment de soins : installation, confort, lunettes/appareil auditif si besoin, rythme calme.
- Manger ensemble quand c'est possible : l'OMS met en avant les repas « à la façon familiale » et le repas partagé.
- Limiter les interruptions (soins non urgents pendant le repas).

Routines simples qui changent tout

Routine	Qui	Fréquence	But
Suivi poids	Équipe (selon protocole)	Ex : mensuel / hebdo si à risque	Détecter perte de poids précoce
Relevé des ingesta	AS/IDE	Si à risque ou sur demande	Objectiver les apports
Plan hydratation	AS/IDE	Quotidien	Atteindre l'objectif et prévenir confusion/chutes
Soins de bouche	AS (selon protocole)	Quotidien + avant repas si besoin	Diminuer douleur/sécheresse, faciliter mastication
Collations ciblées	AS/cuisine	1-2/j selon besoin	Fractionner et enrichir

Enrichissement : le “levier discret” (à valider avec protocole/régime)

Idées d'enrichissement (principe)

Augmenter les calories et protéines sans augmenter les volumes (utile quand le résident se fatigue vite).

Exemples : ajouter matière grasse (si compatible), œuf/fromage/lait en poudre (si compatible), desserts lactés, collations protéinées.

Toujours vérifier : régime prescrit (diabète, rénal, hyposodé...), texture prescrite, tolérance digestive.

6. Fiches pratiques : quoi proposer / quoi limiter selon des situations fréquentes

Ces fiches donnent des repères concrets. Elles ne remplacent pas les régimes prescrits ni les protocoles cuisine/diététique. La règle est simple : on propose dans le cadre prescrit, on observe, on trace, on alerte.

6.1 Constipation

Objectif	À privilégier	À limiter / éviter	Quand alerter
Relancer le transit sans aggraver la déshydratation, en privilégiant les mesures hygiéno-diététiques.	<p>Hydratation suffisante (objectif adapté).</p> <p>Augmenter les fibres progressivement (viser ≥ 25 g/j) : fruits, légumes, légumineuses, céréales complètes.</p> <p>Eaux riches en minéraux, surtout en magnésium (effet laxatif).</p> <p>Activité/mobilisation dans la mesure du possible + routine toilette.</p>	<p>Augmentation brutale des fibres (ballonnements).</p> <p>Restriction hydrique non justifiée.</p> <p>Auto-ajout de laxatifs/produits sans validation protocole.</p>	<p>Pas de selles + douleur abdominale, vomissements, fièvre.</p> <p>Constipation persistante malgré mesures + altération état général.</p> <p>Saignements, suspicion fécalome, rétention.</p>

6.2 Diarrhée (gastro, antibiothérapie, intolérance...)

Objectif	À privilégier	À limiter / éviter	Quand alerter
Éviter la déshydratation et surveiller les signes de gravité, tout en maintenant une alimentation adaptée.	<p>Boisson suffisante (HAS : au moins 2 L/j chez l'adulte si pas de contre-indication).</p> <p>Solutions de réhydratation orale (ORS) si risque de déshydratation (sur avis/protocole).</p> <p>Alimentation poursuivie dès que possible, fractionnée, simple, sans irritants.</p>	<p>Fruits et légumes verts, plats épicés.</p> <p>Plats ou boissons glacés.</p> <p>Toute situation où apparaissent glaires/sang dans les selles → ne pas banaliser.</p>	<p>Signes de déshydratation chez le sujet âgé (surveillance accrue).</p> <p>Sang/glaires, fièvre élevée, douleur importante.</p> <p>Diarrhée abondante ou persistante, vomissements répétés.</p>

6.3 Diabète de type 2

Objectif	À privilégier	À limiter / éviter	Quand alerter
Stabiliser la glycémie sans rigidité excessive et prévenir la dénutrition (personne âgée).	Sources de glucides riches en fibres et à faible indice glycémique : fruits, légumes, grains entiers, légumineuses. Produits laitiers faibles en gras. Poisson gras (selon tolérance). Contrôle des graisses saturées et trans ; alimentation variée et équilibrée.	Excès d'aliments sucrés et boissons sucrées (sucres libres). Produits ultra-transformés riches en sel/sucres/grasses. Messages "trop restrictifs" chez la personne âgée au risque de diminuer les apports globaux.	Hypoglycémies (sueurs, tremblements, malaise) ou hyperglycémie symptomatique. Perte de poids involontaire, apports qui chutent. Plaies qui cicatrisent mal, infections répétées.

6.4 HTA / cardiopathies (dont insuffisance cardiaque)

Objectif	À privilégier	À limiter / éviter	Quand alerter
Réduire la charge en sodium tout en maintenant des apports suffisants (éviter la dénutrition).	Type DASH : riche en fruits/légumes, produits laitiers pauvres en MG, fibres (dont fibres solubles), grains entiers, protéines d'origine végétale. Produits frais ou surgelés non cuisinés (moins salés). Réduction progressive du sel ; objectif de sodium \approx 2 000 mg/j (\approx 5 g de sel/j) selon recommandations.	Aliments très salés : charcuteries, fromages très salés, plats industriels, snacks salés, sauces. Sel ajouté à table ; bouillons très salés. Excès d'alcool (selon protocole).	Œdèmes, dyspnée, prise de poids rapide, aggravation clinique. Restriction hydrique prescrite non respectée ou apports trop bas. Fatigue majeure et baisse des apports.

6.5 Insuffisance rénale chronique (régimes souvent complexes)

Objectif	À privilégier	À limiter / éviter	Quand alerter
Suivre strictement le régime prescrit	Alimentation variée, équilibrée et adaptée aux goûts (HAS MRC).	Sel de régime (= chlorure de potassium) en cas de restriction potassique.	Diminution marquée des apports ou perte de poids.

(sel, potassium, phosphore, protéines, liquides) tout en évitant la dénutrition.	Sel : limiter à 6–8 g/j, objectif < 5 g/j (selon contexte). Apports hydriques : ni restreints ni forcés, adaptés à la soif, à la diurèse et aux situations particulières. Connaître les aliments riches en potassium/phosphore (voir annexes) si restriction prescrite.	Aliments riches en potassium/phosphore si restriction prescrite (fruits secs, oléagineux, légumineuses, céréales complètes, certains fromages...) Sodas, charcuteries, aliments ultra-transformés riches en phosphates (additifs).	Signes de déséquilibre hydro-électrolytique (confusion, crampes, troubles du rythme) → urgence médicale. Vomissements/diarrhées chez patient fragile ou sous diurétiques.
--	---	---	--

6.6 Douleurs buccales, aphtes/stomatite, prothèse absente, bouche sèche

Objectif	À privilégier	À limiter / éviter	Quand alerter
Rendre l'alimentation possible (confort, tolérance), limiter les irritants, préserver l'hydratation.	Soins de bouche réguliers (HAS) ; hygiène et prothèses. Aliments faciles à mâcher, textures adaptées (haché, mouliné, mixé selon prescription). Hydratation régulière ; lutter contre la sécheresse buccale. Si aphtes/ulcérations : protéger les lésions et limiter les irritants.	Aliments "aphtogènes" : épices, sodas, vinaigre, citron, alcool (HAS). Bains de bouche à base d'alcool (irritants). Médicaments écrasés déposés directement dans la bouche (irritation) : suivre protocole de prise.	Douleur empêchant l'alimentation/boisson. Saignements, lésions étendues, fièvre. Suspicion de mycose/gingivite sévère : besoin d'évaluation et traitement.

6.7 Troubles de déglutition (fausses routes)

Objectif	À privilégier	À limiter / éviter	Quand alerter
Sécuriser : respecter la texture prescrite et repérer rapidement les signes de fausse route.	Textures prescrites (boissons épaissies, aliments hachés/mixés...) : respect strict. Installation optimale, rythme lent, petites bouchées, pauses. Surveillance : toux, voix mouillée, encombrement, fatigue.	Mélanges texture liquide + solide non prescrits. Boissons non épaissies si épaississement prescrit. Aliments friables / collants à risque selon protocole.	Toux répétée à l'alimentation, désaturation, détresse respiratoire. Pneumopathies répétées, perte de poids, refus alimentaire. Voix mouillée persistante après prise.

7. Cas complexes : exemples concrets et raisonnement terrain

Méthode de raisonnement en 6 étapes

7. 1) Lire le cadre prescrit : régime(s), textures, allergies, compléments, restriction hydrique éventuelle.
8. 2) Objectiver les apports : repas + boissons (ce qui est réellement pris).
9. 3) Identifier l'obstacle principal : douleur buccale, mastication, déglutition, fatigue, trouble cognitif, digestif...
10. 4) Choisir les leviers AS : fractionner, enrichir, aider, adapter l'environnement, proposer des alternatives compatibles.
11. 5) Mettre une surveillance courte : 24–72 h avec critères simples (apports, poids, symptômes).
12. 6) Tracer (DAR) + alerter si non-amélioration ou signes de gravité.

Cas 1 — Diabète + constipation (5 jours) + prothèse absente + anticoagulant

Objectif

Obtenir des apports suffisants malgré la mastication difficile.

Relancer le transit sans aggraver la glycémie ni sortir du régime prescrit.

Hydrater et surveiller : constipation + sujet âgé = risque de déshydratation.

Propositions compatibles (à adapter au plateau / cuisine) :

- Textures molles : compotes sans sucres ajoutés, fruits cuits, légumes bien cuits/mixés, purées.
- Apports en fibres progressifs (objectif ≥ 25 g/j) + hydratation régulière.
- Collations "sûres" : yaourt nature/fromage blanc (si compatible), œuf brouillé, poisson tendre (si texture autorisée).
- Boissons régulières (objectif 1,6–2 L/j si pas de restriction) ; eaux riches en magnésium si possible/protocole.

À éviter / vigilance :

- Irritants buccaux en cas de lésions : épices, sodas, vinaigre, citron, alcool.
- Réduction excessive des apports par peur du sucre : chez la personne âgée, priorité = apports suffisants + qualité.
- Si douleur abdominale, vomissements, fièvre, absence totale de selles : alerte immédiate.

Cas 2 — Diarrhée + troubles cognitifs + risque de fausse route

Objectif

Réhydrater sans mettre en danger respiratoire (texture boisson prescrite).

Maintenir l'alimentation dès que possible, en évitant les aliments irritants (HAS).

Surveiller étroitement le sujet âgé (HAS : déshydratation à haut risque).

- Boissons épaissies si prescrit, fractionnées très régulièrement ; suivi des volumes réellement pris.
- Alimentation simple, fractionnée ; éviter fruits/légumes verts, plats épicés, plats/boissons glacés.
- Observation systématique : toux, voix mouillée, encombrement → alerte.

Cas 3 — Insuffisance rénale + HTA + appétit faible

Objectif

Respecter le régime rénal (sel/potassium/phosphore) et hyposodé, sans tomber dans la dénutrition.
Assurer une densité énergétique suffisante avec des volumes faibles (fatigue).
Surveiller poids, ingesta, signes d'œdèmes/déshydratation.

- Limiter le sel (HAS MRC : 6–8 g/j, objectif < 5 g/j) ; privilégier produits frais/peu transformés.
- Si restriction potassique/phosphorée : connaître les aliments riches (annexes) et choisir des alternatives.
- Ne pas forcer les apports hydriques : adapter à la soif/diurèse et prescriptions (HAS MRC).
- En cas de baisse d'apports persistante : relais diététicien/IDE pour stratégie d'enrichissement compatible.

8. Transmissions (DAR) et traçabilité

Pourquoi c'est non négociable

- L'alimentation/hydratation, c'est du risque : sans objectivation, pas d'action ciblée.
- Les transmissions doivent être factuelles : quantités, dates, signes, actions réalisées, réponse du résident.

Modèles DAR (copier/coller)

D	A	R
<p>“Depuis 48 h : mange 1/4 du plateau, refuse protéines. Boit ~400 ml/j. Prothèse dentaire absente.”</p>	<p>“Installation adaptée, aide au repas, textures molles proposées. Collation yaourt + compote. Boissons fractionnées, eau riche en magnésium proposée.”</p>	<p>“Apports restent insuffisants. Douleur buccale signalée. Alerte IDE à 14h. Surveillance ingesta + pesée demandée.”</p>

D	A	R
<p>“Diarrhée depuis ce matin : 4 selles liquides. Sujet confus, bouche sèche.”</p>	<p>“Hydratation renforcée : boissons fractionnées, suivi volumes. Aliments irritants évités. Surveillance constantes selon protocole.”</p>	<p>“Boit peu malgré stimulation. Alerte IDE/médecin. Surveillance signes de déshydratation.”</p>

Traduction rapide : “ça va / très bien” → factuel

Exemple de reformulation utile

“Ça va” → “A pris 1/2 du plat + 1 dessert ; boit 1 verre sur 2 ; nécessite aide à l'installation.”

“Très bien” → “A terminé le plateau, rythme stable, mastication correcte, aucun signe de fausse route, boit 1 L sur la journée.”

10. Tableau aliments et leurs utilités

Aliment (forme pratique EHPAD)	Constipation	Diarrhée	Diabète	Cardiopathie / rétention d'eau (sel)
Pomme (compote sans sucre)	⚠ fibres douces	☑ pectines "liantes"	⚠ portion / sans sucre	☑
Banane (bien mûre)	⚠ selon tolérance	☑ utile "liant"	⚠ portion	☑
Pruneaux (réhydratés / compote)	☑ très efficace	✗ peut aggraver	⚠ sucré	☑
Kiwi (mûr, en morceaux/purée)	☑ transit	⚠ si diarrhée aiguë	☑ (portion)	☑
Poire (mûre / compote)	☑ (sorbitol + fibres)	✗ souvent irritant	⚠ portion	☑
Riz blanc (bien cuit)	✗ constipant	☑ "base" diarrhée	⚠ IG ↑	☑
Pâtes blanches (nature)	⚠ pauvre en fibres	☑ souvent bien toléré	⚠ portion	☑
Pain grillé / biscotte	⚠ peut sécher/constiper	☑ utile	⚠ portion	⚠ un peu salé selon pain
Pain complet	☑ fibres	✗ peut aggraver	☑ meilleur choix	☑
Flocons d'avoine (porridge)	☑ fibres solubles	⚠ selon tolérance	☑ bon choix	☑
Lentilles / pois chiches (bien cuits)	☑ fibres + volume	✗ gaz/irritant	☑ excellent	☑ (sauf régime particulier)
Carottes cuites (purée)	⚠ plutôt neutre	☑ "carotte = liant"	☑	☑

Aliment (forme pratique EHPAD)	Constipation	Diarrhée	Diabète	Cardiopathie / rétention d'eau (sel)
Haricots verts (très cuits)	<input checked="" type="checkbox"/> doux	⚠ si diarrhée aiguë	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Courgettes cuites (fondantes)	<input checked="" type="checkbox"/> hydratantes	⚠ si diarrhée aiguë	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pomme de terre vapeur (sans beurre/sans sel)	⚠ peut "caler"	<input checked="" type="checkbox"/> bien tolérée	⚠ portion	<input checked="" type="checkbox"/> (<i>attention sel ajouté</i>)
Yaourt nature (non sucré)	⚠ peut aider (microbiote)	⚠ seulement si toléré	<input checked="" type="checkbox"/> bon choix	<input checked="" type="checkbox"/>
Fromages salés (roquefort, feta...)	⚠ constipant possible	✗ parfois aggravant	⚠	✗ sel + gras saturés
Charcuterie (jambon sec, saucisson...)	✗ aucun intérêt	✗ gras/sel	✗	✗ très salé
Poissons gras (saumon, sardine)	⚠ pas un "traitement"	⚠ selon tolérance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (plutôt favorable)
Abats (foie, rognons...)	⚠ pas utile transit	⚠ riche = parfois lourd	⚠	⚠ à limiter (souvent gras/cholestérol)

10. Annexes

Annexe 1 — Check-list "Risque nutritionnel" (AS)

- Perte d'appétit / refus des protéines
- Plateaux rendus très entamés ($\leq 1/2$) sur plusieurs repas
- Boit peu (≤ 4 verres/j) ou nécessite stimulation permanente
- Perte de poids ou vêtements plus larges
- Fatigue importante au repas / temps du repas très long
- Douleur buccale, prothèse absente, lésions buccales, bouche sèche
- Toux à l'alimentation, voix mouillée, encombrement

- Diarrhées/vomissements récents
- Troubles cognitifs avec oubli/errance/refus
- Isolement, tristesse, repli

Annexe 2 — Mini-relevé ingesta (exemple) ou fiche alimentaire

Date	Petit-déj	Déjeuner	Goûter	Dîner	Boissons (ml)

Annexe 3 — Insuffisance rénale : repères aliments riches en potassium / phosphore (HAS MRC)

À utiliser uniquement si une restriction est prescrite (sinon : éviter la sur-restriction qui favorise la dénutrition).

Aliments très riches en potassium (exemples cités par la HAS)

Sel de régime (chlorure de potassium).

Fruits oléagineux (noix, noisettes, pistaches, cacahuètes, avocat...) et produits associés (pâte d'amande, etc.).

Fruits secs (abricots, figes, raisins, dattes, bananes, châtaignes...) et produits associés (crème de marron...).

Légumes secs (lentilles, pois chiches, haricots, fèves...).

Certains légumes verts (ex : épinards, champignons, blettes...).

Céréales complètes (pain/pâtes/riz complets), ketchup, aliments déshydratés (café soluble, lait en poudre).

Limiter le potassium : technique de préparation (HAS)

Éplucher et couper les légumes/pommes de terre en petits morceaux.

Cuire à grande eau (le potassium passe dans l'eau) et jeter l'eau de cuisson.

Éviter les cuissons qui "conservent les minéraux" (vapeur, micro-ondes) quand l'objectif est de réduire le potassium.

Peler les fruits (le potassium est plus concentré dans la peau).

Aliments riches en phosphore (exemples cités par la HAS)

Abats (foie, rognons, cervelle...).

Certains poissons (sardines, hareng...), crustacés (crabe).

Fromages, surtout pâtes dures (comté, emmental, parmesan...).

Fruits oléagineux (amandes, noix, etc.) et légumes secs.

Céréales complètes.

Phosphates inorganiques (additifs) : sodas, charcuteries et aliments ultra-transformés.

Annexe 4 — Aphtes / lésions buccales : irritants à éviter (HAS)

- Épices
- Sodas
- Vinaigre
- Citron (et solutions citronnées)
- Alcool
- Bains de bouche à base d'alcool (irritants)

11. Sources (HAS + OMS)

Toutes les informations de ce guide proviennent exclusivement des sources suivantes :

- **HAS — Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus (argumentaire), 10/11/2021.**
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/argumentaire_denutrition_pa_10_nov_2021_v2.pdf
- **HAS — Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée (recommandations), 2007.**
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf
- **HAS — Diarrhées aiguës sans signe d’invasion muqueuse (fiche), 2006.**
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/diarrhees_aigues_sans_signe_dinvasion_muqueuse.pdf
- **HAS — FORLAX (macrogol) : avis CT15642, 19/04/2017 (mesures hygiéno-diététiques, fibres, hydratation).**
https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15642_FORLAX_PIS_RI_Avis2_CT15642.pdf
- **HAS — Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l’adulte (MRC), validé 01/07/2021 (mise à jour 09/2023).**
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide__mrc.pdf
- **HAS — Prise en charge de l’hypertension artérielle de l’adulte (fiche mémo/rapport), 09/2016.**
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_rapport_elaboration_hta_mel.pdf
- **HAS — PFAPA : Fièvre périodique – stomatite – pharyngite – adénopathie (PNDS), 2019 (conseils lésions buccales/irritants).**
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-08/pnds_pfapa_vf_050819_2.pdf
- **HAS — Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2 (rapport d’élaboration), 05/2024.**
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-06/strategie_therapeutique_du_patient_vivant_avec_un_diabete_de_type_2_-_rapport_delaboration.pdf
- **OMS/WHO — Healthy diet (fact sheet).**
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- **OMS/WHO — Sodium reduction (fact sheet).**
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sodium-reduction>
- **OMS/WHO — Integrated Care for Older People (ICOPE) Module 10: Vitality (undernutrition, hydration, proteins).**
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/ageing/icope-training-programme/revised-modules-19-may-2025/who-icope_m10_vitality.pdf?sfvrsn=46039185_3
- **OMS/WHO — Diarrhoeal disease (fact sheet).**

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>