

LIVRE BLANC

600 000 résidents
600 000 histoires
& souvenirs gustatifs

**Personnaliser
l'alimentation
en EHPAD**



NUTRISENS*
Ensemble, redonnons goût à la nutrition.

**UD
2
MS**
Union des Directeurs Médicaux
et Directeurs des Soins
des établissements Médico-Sociaux

SOMMAIRE

P 4	ÉDITOS
P 6	INTRODUCTION

P 8 PARTIE 1 / CONSTATS DE TERRAIN : QUAND L'ALIMENTATION NE FAIT PLUS ENVIE.

	01. UNE CRISE IDENTIFIÉE MAIS PERSISTANTE
P 10	INTERVIEW DU PROFESSEUR CLAUDE JEANDEL
P 11	02. L'INDUSTRIALISATION AU DÉTRIMENT DE L'INDIVIDUALISATION
P 12	INTERVIEW DU DOCTEUR BRUNO FAVIER
P 14	03. LA RUPTURE DU LIEN ENTRE PRODUCTION ET CONSOMMATION
	04. LE DÉFICIT D'ENVIE ET D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL
P 15	INTERVIEW DU DOCTEUR FRANÇOIS BERTIN-HUGAULT
P 17	05. DES DYSFONCTIONNEMENTS AUX CONSÉQUENCES MULTIPLES
P 18	INTERVIEW DE CÉLINE BUGNOT

P 20 PARTIE 2 / SOLUTIONS : REINVENTER L'APPROCHE ALIMENTAIRE.

	01. CHANGER DE PARADIGME : DU GPS À L'ENVIE
P 24	INTERVIEW DU DOCTEUR PRISCILLA CLOT-FAYBESSE
P 26	02. PROFESSIONNALISER ET VALORISER LES MÉTIERS
P 28	INTERVIEW DE XAVIER CORMARY
P 30	03. PERSONNALISER ET ADAPTER L'ACCOMPAGNEMENT
P 32	INTERVIEW D'ÉRIC COMMELIN
P 33	CONCLUSION

P 34 PARTIE 3 / FEUILLE DE ROUTE : 10 ÉTAPES POUR TRANSFORMER L'ALIMENTATION EN ÉTABLISSEMENT

	01. DÉPASSER LES IDÉES REÇUES POUR LIBÉRER L'ACTION
P 36	02. INDIVIDUALISER & ADAPTER L'ACCOMPAGNEMENT ALIMENTAIRE
P 37	INTERVIEW DU PROFESSEUR JÉRÔME ERKES
P 38	LES 5 CONCEPTS CLÉS DÉVELOPPÉS PAR JÉRÔME ERKES
P 39	03. TRANSFORMER L'ORGANISATION COLLECTIVE
P 40	04. PROFESSIONNALISER LES MÉTIERS DE L'ALIMENTATION
P 41	INTERVIEW DE SÉBASTIEN MAILLET
P 42	05. ANCRER LA DÉMARCHE DANS LA DURÉE

P 43 CONCLUSION GÉNÉRALE / L'ALIMENTATION EN EHPAD : DE LA CONTRAINTE AU PROJET DE VIE..

ÉDITO NUTRISENS*

Notre mission chez Nutrisens depuis toujours : " Améliorer la vie des personnes fragilisées avec les solutions nutritionnelles les plus adaptées. " Nous y travaillons au quotidien, avec nos équipes, aux côtés des professionnels du soin et de la restauration.

Parce que nous constatons que le plaisir de manger est un enjeu fondamental de qualité de vie pour les résidents en EHPAD, nous avons la conviction que nous pouvons faire mieux : accompagner tous les acteurs de ces établissements de santé à faire valoir leurs convictions, partager leurs idées et défendre leurs combats **pour une meilleure prise en considération du repas dans le parcours de soin.**

Ce livre blanc est né de cette volonté, et s'est concrétisé autour d'échanges avec des personnes engagées, notamment des Directeurs Médicaux signataires de ce livre blanc. Notre travail avec l'ensemble des acteurs nous a permis de rassembler d'autres experts autour d'eux, avec l'enjeu de ne plus travailler en silo et valoriser la richesse et la complémentarité des expertises et des compétences. Ce livre blanc rassemble des analyses, des retours d'expérience et des pistes concrètes pour réinventer l'expérience du repas en EHPAD, avec pragmatisme et bon sens, sans donner de leçon. La bonne volonté de tous les acteurs est déjà là ; le défi consiste à la fédérer et à faire entendre toutes les voix.

Je vous invite à le découvrir et j'espère qu'il deviendra **un outil utile, interpellant, et stimulant, capable de faire bouger les lignes** et de renforcer ensemble ce qui fait la beauté de notre mission : offrir à chaque personne âgée la possibilité de bien manger... et de prendre plaisir à le faire.

Céline Bugnot,
Directrice générale de Nutrisens France



ÉDITO UD2MS

Union des Directeurs Médicaux et Directeurs des Soins
d'établissement Médico-Sociaux

En 2025, parler de prévention de la dénutrition et d'alimentation en EHPAD n'est plus une option mais bien une urgence de santé publique et une exigence pour la qualité de vie de nos résidents. Les rapports, initiatives, plans et semaines de sensibilisation se multiplient et sont unanimes quant à ces enjeux.

Cependant, nous, médecins gériatres engagés au quotidien auprès des résidents, voulons aller plus loin : rappeler que l'alimentation en EHPAD ne se résume ni aux calories ni aux normes, mais à une expérience globale guidée par un véritable **GPS**.

L'outil de navigation alimentaire que nous souhaitons promouvoir en EHPAD tient en trois lettres faciles à comprendre, exigeantes à mettre en œuvre : **Goût, Plaisir, Santé**. **Goût**, d'abord : des aliments identifiables, savoureux, aux textures réellement adaptées aux capacités de chacun, et non une réponse " mixée par défaut " à la moindre difficulté.

Plaisir, ensuite : le temps de manger, le cadre, la convivialité, les rituels. Le repas n'est pas un acte technique, c'est l'un des derniers grands repères d'une journée, parfois d'une vie.

Santé, enfin : prévenir la dénutrition, la sarcopénie, les chutes, les infections..., en assumant qu'à un grand âge la priorité n'est plus de " faire un régime ", mais de nourrir la personne, son corps et son désir de vivre.

Nous affirmons que l'alimentation doit devenir **un vrai projet d'établissement**, porté collectivement : direction, médecin coordonnateur, soignants, cuisiniers, diététicien·nes, orthophonistes, familles et résidents. Chacun à sa place, mais tous autour de la même table.

Certaines objecteront immédiatement le coût, dans un contexte où de nombreux EHPAD sont déficitaires. C'est oublier que la mauvaise alimentation a, elle aussi, un coût : chutes, hospitalisations, perte d'autonomie, démotivation des équipes. Beaucoup des leviers décrits dans ce livre blanc sont peu coûteux et à très forte valeur ajoutée : Organisation des temps de repas, écoute des préférences, adaptation fine des textures, formation ciblée des équipes.

Nous avons conçu ce livre comme un " **chemin de faire** ", une **boîte à outils pour équipes motivées** : témoignages de personnes qualifiées, audits simples, repères concrets, exemples d'organisations qui fonctionnent vraiment. Une invitation claire à sortir d'une logique de contraintes et de sur-standardisation pour reconstruire des organisations où l'on cuisine, sert et accompagne avec le GPS bien en vue. Il ne manque plus qu'une chose : la décision, dans chaque établissement, de faire de l'alimentation non plus un problème à gérer, mais une fierté à revendiquer.

Pr. Claude Jeandel, président
Dr. François Bertin Hugault, vice président
Dr. Bruno Favier secrétaire



Transformer l'alimentation en EHPAD : de la contrainte logistique au projet de vie

L'alimentation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes fait face à une crise profonde qui dépasse les seuls enjeux nutritionnels. Au-delà des polémiques médiatiques récentes se cache une question fondamentale : comment redonner du sens et du plaisir au repas dans nos établissements ?

Ce livre blanc est né d'un constat partagé par l'ensemble des acteurs du secteur. Médecins, soignants, directeurs d'établissement, familles et résidents s'accordent pour dénoncer une dérive qui transforme progressivement l'un des derniers plaisirs accessibles de nos aînés en simple acte fonctionnel. La recherche d'efficacité et les contraintes budgétaires ont conduit à standardiser ce qui devrait pourtant rester profondément individuel.

Une promesse concrète : des constats aux solutions

Ce livre blanc vous accompagne dans une démarche progressive pour comprendre et transformer les modalités de l'alimentation dans votre établissement. Vous découvrirez d'abord **les dysfonctionnements actuels** à travers une analyse sans concession qui révèle comment l'industrialisation des repas, l'absence de formation spécialisée des cuisiniers et la déconnexion entre production et consommation exposent à une standardisation contraire aux besoins individuels mais plus encore à une perte du sens que l'on doit impérativement réserver à l'alimentation plaisir.

Plus concrètement, vous disposerez de **solutions opérationnelles** testées sur le terrain. Du modèle GPS (Goût, Plaisir, Santé) aux innovations organisationnelles inspirées de la méthode Montessori, en passant par la création de cartes d'identité alimentaires et l'adaptation de l'environnement des repas, ce dossier propose des réponses concrètes qui ont fait leurs preuves. Vous comprendrez comment **des établissements réussissent leur transformation** : passage de 50% à moins de 18% de résidents dénutris en moins d'un an, création d'une véritable convivialité autour des repas, remotivation des équipes de cuisine.

Enfin, vous bénéficierez d'une **feuille de route pratique** structurée en dix étapes concrètes pour engager votre transformation sans bouleverser votre organisation du jour au lendemain. De l'audit initial à la mise en place d'indicateurs de suivi, chaque étape est détaillée avec ses objectifs, ses outils et ses écueils à éviter.

Une expertise collective au service de l'action

Cette analyse s'appuie sur l'expertise de praticiens reconnus de l'Union des Directeurs Médicaux et Directeurs des Soins d'Établissements Médico-Sociaux (UD2MS), association professionnelle créée en 2024 pour fédérer les responsables médicaux du secteur. Le professeur Claude Jeandel, président de l'UD2MS, ainsi que les docteurs François Bertin-Hugault, Bruno Favier et Priscillia Clot-Faibesse ont accepté de partager leur expérience quotidienne auprès des résidents. Le docteur Jérôme Erkes, neuropsychologue et directeur recherche et développement chez AG&D Montessori Lifestyle, apporte son expertise sur l'adaptation de la méthode Montessori aux personnes âgées, tandis que Céline Bugnot, directrice générale de Nutrisens France, et Sébastien Maillet, chef cuisinier en EHPAD reconnu pour son engagement sur les réseaux sociaux, partagent leur vision opérationnelle des solutions nutritionnelles innovantes.

Cette collaboration entre l'UD2MS et Nutrisens illustre une nouvelle forme de partenariat public-privé, guidée non par des logiques commerciales mais par une vision partagée : améliorer concrètement la vie des personnes fragiles grâce à des solutions nutritionnelles adaptées.

Un enjeu de société majeur

Avec **600 000 résidents** concernés et des projections démographiques qui annoncent un doublement de cette population d'ici 2050, l'alimentation en établissement constitue un véritable enjeu de santé publique. Les chiffres révélés dans cette analyse parlent d'eux-mêmes et ne reflètent sans doute pas la réalité : 40% de résidents en situation de dénutrition, 23% de textures mixées prescrites contre seulement 13% de troubles de déglutition réellement diagnostiqués, 15% des résidents pour qui le repas n'est plus un moment de plaisir.

L'ambition de ce livre blanc dépasse la simple amélioration à la marge. Il propose des outils concrets – grilles d'auto-évaluation, checklist d'amélioration, référentiel de bonnes pratiques – pour accompagner votre établissement dans sa transformation. Ces solutions ne nécessitent pas de révolution budgétaire mais reposent sur une refonte organisationnelle courageuse qui replace l'humain au cœur du projet.

Car réconcilier nos établissements avec leur mission première, celle d'accompagner dignement nos aînés, passe nécessairement par la reconquête du plaisir alimentaire.

Le changement commence maintenant.
Il commence par vous.



01

Une crise identifiée mais persistante

L'alimentation en EHPAD traverse une crise profonde qui dépasse les seuls enjeux nutritionnels. Cette réalité, documentée depuis des années par les professionnels du secteur, continue de dégrader l'ambiance des établissements malgré une prise de conscience générale.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Une étude rétrospective réalisée par François Bertin-Hugault et présentée en 2018-2019 montrait que 23% des résidents recevaient des textures mixées, mais moins de 13% présentaient des troubles de déglutition documentés. Plus révélateur encore : parmi ceux supposés présenter des troubles de déglutition, seulement 9% avaient des consignes claires sur l'hydratation spécifique.

Cette situation n'est pas nouvelle. Les rapports officiels alertent depuis longtemps. Pourtant, la transformation tarde à s'opérer dans la majorité des établissements.

Un consensus sur le diagnostic

Médecins, soignants, directeurs d'établissement, familles et résidents s'accordent sur un point : l'alimentation en EHPAD s'est éloignée de sa dimension relationnelle. Claude Jeandel, président de l'UD2MS : *" Nous avons sans doute non intentionnellement privilégié une démarche d'industrialisation de la restauration aux dépens d'une personnalisation de l'alimentation. "*

Bruno Favier, fort de quinze années d'expérience dans le secteur, confirme ce constat. Pour lui, l'alimentation en EHPAD doit répondre à trois exigences simultanées selon le modèle GPS que ce livre blanc souhaite promouvoir : *" Goût, plaisir, santé. Cette formule résume tout et ces trois dimensions sont indissociables. "*

Partie 1

“
Constats de terrain : **quand l'alimentation ne fait plus envie.**”



G

Goût



P

Plaisir



S

Santé

Des effets en cascade préoccupants

Cette dégradation génère des conséquences qui dépassent le simple inconfort. Priscilla Clot-Faybesse, directrice médicale du groupe Clariane : *" Il reste une marge de progression énorme au sein de nos établissements. Les personnes accueillies ne se rendent peut-être pas encore assez compte à quel point la santé nutritionnelle a un impact sur leur santé globale. "*

Les établissements qui fonctionnent bien témoignent de l'impact positif d'une approche différente. Sébastien Maillet, chef cuisinier en EHPAD : *" Moi, je dois être à 5% de dénutrition seulement. Si un résident se sent bien, c'est parce qu'on lui propose un menu équilibré et savoureux. "*

“
Goût, plaisir, santé.
Cette formule résume tout et ces trois dimensions sont indissociables.”

Claude Jeandel

Professeur de médecine interne et gériatrie

Quand vous évoquez le " mal manger " en EHPAD, de quoi s'agit-il exactement au-delà de la simple dénutrition ?

Les termes "mal manger" recouvrent deux dimensions distinctes : l'aspect qualitatif, c'est-à-dire la composition et l'équilibre des repas, qui expose au risque de malnutrition et l'aspect quantitatif, c'est à dire le non respect des apports recommandés en calories et en protéines, qui expose au risque de dénutrition dite protéino-énergétique. Cependant, je souhaite insister sur une troisième dimension, trop souvent négligée : la dimension symbolique et hédonique de l'alimentation. Il est nécessaire de concilier ces trois dimensions ce qui implique une approche personnalisée.

Comment cette approche individuelle doit-elle s'adapter selon le profil des résidents ?

Chaque situation est singulière. Cette réflexion doit par conséquent s'inscrire dans le plan personnalisé d'accompagnement instruit dès les premières semaines suivant l'accueil du résident et réévalué régulièrement. Cependant certains principes peuvent être énoncés. En premier lieu, la dimension symbolique et hédonique de l'alimentation est un incontournable et devra par conséquent toujours être mise en œuvre, quel que soit le degré de dépendance du résident et quel que soit son état de santé.

En second lieu, dès lors que le pronostic vital n'est pas en jeu à court ou moyen terme, le respect des apports caloriques et protéiques recommandés doit être appliqué dans une logique de prévention de la dénutrition et plus largement de ses conséquences. Dès lors que cette situation évoluera vers un pronostic aggravé, cette approche devra être révisée et il conviendra de prioriser une " alimentation plaisir ".

Pourquoi les équipes soignantes, conscientes de ces enjeux, peinent-elles à changer leurs pratiques ?

Nous avons sans doute non intentionnellement privilégié une démarche d'industrialisation de la restauration aux dépens d'une personnalisation de l'alimentation.

Je considère le repas, au même titre que le respect du sommeil, comme deux temps essentiels pour préserver l'homéostasie et donc comme partie intégrante du soin.

Cependant, le temps si précieux devant être consacré aux repas est trop souvent assujéti à des contraintes ergonomiques. Ces dernières ne permettent pas toujours de réunir les conditions nécessaires pour respecter la physiologie digestive, modifiée par l'avancée en âge, et faire du repas à la fois un temps de plaisir et un temps approprié à l'apport de ressources énergétiques appropriées. Non intentionnellement, le contexte et ses contraintes, exposent au risque de l'accomplissement d'actes parfois automatiques en privilégiant le respect d'un temps contraint aux dépens de la qualité du service.

Le problème vient-il uniquement des prestataires de restauration collective ?

Au sein d'une même société de restauration, on peut observer des variations parfois significatives entre établissements. Le chef cuisinier occupe une place centrale : ses compétences et sa motivation sont primordiales. On peut remarquer qu'à moyens identiques, certains chefs peuvent offrir des prestations de meilleure qualité. Cependant, ces métiers sont, comme d'autres, souvent en tension et soumis à un turn over, ce qui peut rendre compte de prestations qualitativement inconstantes.

Peut-on imaginer révolutionner l'organisation des repas en EHPAD ?

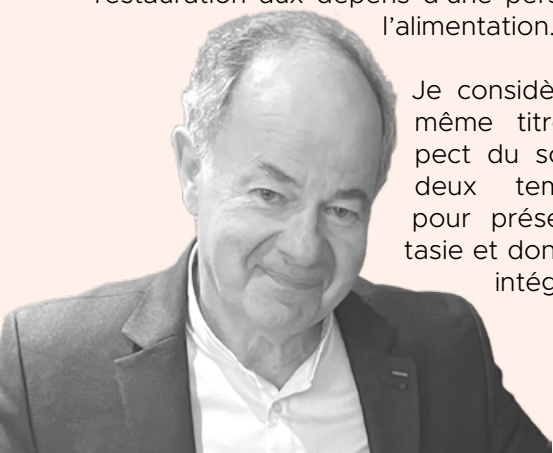
Vous l'avez compris, je plaide pour passer d'un "prêt-à-porter" à un "cousu main". Parmi les orientations prometteuses, la démarche Montessori, centrée sur la personne et ses capacités restantes,

est sans doute à investir en travaillant sur plusieurs axes tel que redonner du choix par la mise à disposition de buffets où les résidents se servent, adapter l'environnement avec des contrastes visuels pour les assiettes, créer de la convivialité avec des cartes de discussion, proposer des rôles sociaux autour du service...

Quelle équipe pluridisciplinaire faut-il mobiliser pour repenser l'alimentation en EHPAD ?

Ce sujet central doit impliquer l'ensemble des professionnels impliqués dans la mise en œuvre du plan personnalisé d'accompagnement : médecin, infirmière, aide-soignant, cadre de vie, psychologue, chef de cuisine et si possible ergothérapeute, orthophoniste et diététicienne.

L'objectif est de créer une véritable "carte d'identité alimentaire" pour chaque résident, en s'appuyant les habitudes et préférences culinaires du résident. ■



02

L'industrialisation au détriment de l'individualisation

Une logique collective qui écrase l'individuel

La standardisation touche tous les aspects du repas en établissement. François Bertin-Hugault, ancien directeur médical, identifie le cœur du problème : " *L'enjeu principal en EHPAD, c'est d'individualiser l'alimentation. Dans l'équilibre entre individualité et collectivité, l'organisation collective a pris le pouvoir au détriment du bénéfice individuel.* "

Cette industrialisation se manifeste concrètement dans l'organisation quotidienne. Les horaires rigides imposent aux résidents de s'installer à 11h pour manger à midi. Non pas pour leur confort, mais pour permettre les pauses du personnel soignant. Les menus, conçus une semaine à l'avance selon une logique industrielle, ne laissent aucune place à la spontanéité.

Des contraintes organisationnelles qui l'emportent sur les besoins

Bruno Favier pointe la racine organisationnelle du problème : " *Tant que cette question ne concerne que le chef de cuisine ou le directeur en tant qu'acheteur, cela ne marche pas. Il faut vraiment mettre en place une organisation managériale sur cette réflexion et intégrer cette question dans le projet médico-soignant.* "

Céline Bugnot, directrice générale de Nutrisens France, confirme cette analyse : " *Les établissements nous avouent se heurter à des contraintes externes : problèmes de formation du personnel, manque d'effectifs, budgets serrés, et devoir agir avec ses contraintes externes, sans solutions concrètes pour les régler.* "

L'exemple révélateur du jeûne nocturne

Un exemple concret illustre cette prédominance des contraintes organisationnelles. Céline Bugnot explique : " *Nous entendons depuis des années qu'il faudrait que les résidents mangent plus tard le soir, et non pas à 17h30 ou 18h. Cette injonction relayée régulièrement, certes de bon sens, se heurte aux contraintes d'organisation qui rendent ce changement d'horaire impossible.* "

Cette rigidité organisationnelle transforme des lieux de vie en structures hospitalières où les rythmes individuels sont sacrifiés à l'efficacité collective.



Docteur Bruno Favier

Gériatre, ancien directeur médical
et expert en alimentation gériatrique

Vous défendez une approche "GPS" de l'alimentation en EHPAD. Pouvez-vous nous expliquer cette philosophie ?

Pour moi, l'alimentation en EHPAD se résume à trois piliers essentiels : goût, plaisir, santé – d'où l'acronyme GPS. Ces éléments sont indissociables et doivent être présents simultanément. Répondre aux exigences nutritionnelles dans un cadre agréable ne suffit pas si la nourriture n'est pas savoureuse. L'exemple de ma mère est éloquent : même dans une salle à manger accueillante, une alimentation de mauvaise qualité ruine l'expérience.

Les besoins nutritionnels et le plaisir alimentaire sont parfaitement compatibles. Une équipe mobilisée collectivement, du directeur aux aidants, peut garantir ces trois dimensions. L'absence d'un seul de ces éléments compromet l'ensemble de la démarche.

Comment les EHPAD peuvent-ils repenser les repas ?

Les EHPAD doivent intégrer l'alimentation dans leur projet médical. Claude Jeandel évoque le PPA (Plan Personnalisé d'Accompagnement), qui s'inscrit dans cette même logique. Il est essentiel de repositionner l'alimentation au cœur du projet médico-soignant, non comme un médicament, mais comme composante fondamentale du soin.

Cette approche ne peut réussir si elle reste cantonnée au chef de cuisine ou à la direction. Une organisation managériale transversale est nécessaire pour briser la séparation artificielle entre les soins "nobles" (toilette, médicaments) et l'alimentation quotidienne.

Quelle est l'importance du travail en équipe pluridisciplinaire ?

C'est fondamental. En tant que médecin, j'insistais lors des réunions avec les cuisiniers sur leur rôle crucial dans la prise en charge médicale des résidents. Ces professionnels, souvent considérés comme secondaires, s'illuminaient en comprenant l'importance de leur contribution.

Intégrés dans une réflexion globale, ils deviennent pleinement engagés. Cette approche nécessite une proximité et une collaboration où chacun enrichit la solution collective de sa perspective unique.

Comment organiser cette collaboration efficacement ?

L'essentiel n'est pas la méthode employée mais la qualité de la réflexion partagée. Qu'il s'agisse de l'approche Montessori, de l'Humanitude ou d'autres méthodes, l'important est de créer un cadre permettant une réflexion collective structurée.

L'intention prime sur la méthodologie. Lorsque nous réfléchissons ensemble aux organisations cohérentes, chacun contribue significativement à la solution.

Comment personnaliser l'alimentation selon l'état du résident ?

L'approche varie considérablement selon le stade de vie. Pour une personne en fin de vie, les exigences nutritionnelles deviennent secondaires face au plaisir : qu'elle savoure sa crème fouettée au chocolat ou ses jus de fruits préférés.

À l'inverse, pour un résident relativement autonome avec une espérance de vie de plusieurs mois ou années, les besoins nutritionnels doivent être soigneusement considérés.

Quelles solutions simples peuvent améliorer l'expérience alimentaire ?

Des interventions peu coûteuses transforment le quotidien. L'eau gazeuse, facilement accessible avec les distributeurs actuels, réduit significativement les fausses routes et limite le recours à l'alimentation mixée.

L'ergonomie est également cruciale : des tables en forme de trèfle, positionnant le résident dans l'angle et l'aidant au centre, facilitent considérablement l'assistance aux repas comparées aux tables carrées traditionnelles.



Comment équilibrer autonomie des équipes et cadre structuré ?

La confiance aux équipes est essentielle. Les contraintes organisationnelles actuelles, comme les horaires de repas dictés par les pauses des soignants, méritent d'être questionnées. Les aides-soignantes développent une connaissance fine des affinités entre résidents et des dispositions optimales.

Cette confiance n'équivaut pas à l'absence de cadre. Il s'agit d'une réflexion collective pour optimiser l'expérience alimentaire malgré les contraintes budgétaires, en adaptant les plannings, l'aménagement des espaces et la composition des tablées.

Quels aspects sont souvent négligés dans l'alimentation en EHPAD ?

L'hygiène bucco-dentaire est cruciale mais fréquemment sous-estimée. Des problèmes dentaires compromettent l'alimentation et créent un malaise social, comme le montrent les études sociologiques sur l'inconfort des familles face aux résidents présentant des problèmes dentaires visibles.

L'administration de médicaments juste avant les repas pose également problème. Certains traitements altèrent le goût, compromettant à la fois l'apport nutritionnel et le plaisir alimentaire.

Comment aborder efficacement la question de la dénutrition ?

La focalisation excessive sur la dénutrition constitue un piège. Bien qu'importante, cette préoccupation peut masquer d'autres problématiques et générer une anxiété contre-productive chez les soignants, les incitant à des interventions inadaptées.

Un équilibre est nécessaire : reconnaître la dénutrition comme problème significatif tout en considérant que certains résidents sans dénutrition peuvent néanmoins avoir une alimentation inadéquate. Dans certains contextes, notamment oncologiques, les personnes âgées décèdent davantage des conséquences de la dénutrition que de leur cancer.

En conclusion, quel message essentiel souhaitez-vous transmettre ?

L'impératif est de recentrer notre action sur l'objectif fondamental : permettre aux résidents de s'alimenter avec plaisir et qualité. Cette vision doit guider l'organisation des horaires, des espaces et des regroupements.

La réussite repose sur une approche collective préservant l'équilibre indispensable entre goût, plaisir et santé, sans sacrifier aucune de ces dimensions. ■

“
L'alimentation
en EHPAD,
c'est GPS :
goût, plaisir,
santé
”



03

La rupture du lien entre production et consommation

Des cuisiniers isolés de leurs convives

Un aspect particulièrement révélateur de cette industrialisation réside dans la déconnexion totale entre ceux qui cuisinent et ceux qui mangent. François Bertin-Hugault observe : *" Il y a une pauvreté de lien, dans la plupart des cas, entre la production de l'alimentation et le consommateur. Combien de chefs voyez-vous passer dans les restaurants pendant les repas ? "*

Cette rupture empêche de donner tout son sens au métier de chef et limite le retour d'expérience sur la qualité réelle des plats servis. Le cuisinier, isolé dans sa cuisine, ignore si ses préparations plaisent ou déçoivent. Les résidents n'ont aucun interlocuteur pour exprimer leurs préférences.

Une exception qui révèle la règle

Sébastien Maillet, chef cuisinier en EHPAD depuis 18 ans, illustre à contrario cette réalité par son approche exceptionnelle : *" Tous les midis, je discute avec eux. Ce midi, je me suis même permis de manger avec eux, chose que je n'avais jamais faite auparavant. Ces interactions humaines donnent tout son sens à mon travail. "*

Son témoignage révèle l'ampleur du problème. Depuis qu'il communique sur les réseaux sociaux, il découvre *" le nombre effarant d'établissements où l'on mange mal. Les commentaires des aides-soignantes sur mes vidéos sont révélateurs. "*

04

Le déficit d'envie et d'engagement professionnel

L'envie comme ingrédient oublié

Au cœur du problème se trouve l'absence d'engagement personnel des professionnels. Sébastien Maillet identifie ce facteur crucial : *" L'envie représente 75% de l'assiette, on la ressent immédiatement. Dans ma tête, il est impossible d'envoyer un plat non assaisonné ou non travaillé. "*

Cette passion, qui devrait être la norme, devient l'exception. Les témoignages recueillis révèlent des attitudes particulièrement préoccupantes de certains professionnels qui ne s'investissent plus dans leur mission.

Des formations inadaptées aux spécificités du secteur

L'absence de formation spécifique aggrave cette situation. Aucun cursus de cuisine ne prépare réellement aux spécificités de l'alimentation des personnes âgées. Sébastien Maillet témoigne : *" Quand j'ai fait mes études, on ne parlait jamais d'EHPAD, seulement des grands restaurants. Les techniques comme les textures hachées ou les mixés, je les ai apprises sur le terrain. "*

Cette lacune formative contribue à perpétuer des pratiques inadaptées et à décourager les vocations dans le secteur.



Docteur François Bertin-Hugault

Gériatre, ancien directeur médical en EHPAD

Quel est selon vous le principal défi de l'alimentation en EHPAD aujourd'hui ?

Le principal sujet, c'est l'absence d'individualisation. L'alimentation collective peine à respecter les goûts, préférences, ambiances, durées et horaires de repas de chacun. L'organisation collective domine au détriment du bénéfice individuel.

S'ajoute l'absence de lien entre production et consommateur. Contrairement aux bons restaurants où le chef se présente, cela n'existe quasiment pas en EHPAD. Sans ce lien, aucun retour d'expérience ne permet d'améliorer la production.

Le véritable sujet : que mangent les gens ? Peut-on leur donner de bons moments, servir ce qu'ils aiment, répondre à leurs demandes ? L'attention individuelle réduira la dénutrition.

Cette individualisation est-elle réalisable dans l'EHPAD de 2025 ?

C'est réalisable, mais cela demande un choix politique. Il faudrait impliquer les familles pour recueillir les préférences alimentaires et recettes de chaque résident. Une diététicienne financée par l'ARS pourrait suivre les goûts individuels dès l'entrée et garantir au moins trois repas préférés par mois.

Nous avons créé un formulaire familial pour collecter ces informations. Pour les préférences spécifiques comme la confiture d'orange, la famille peut apporter le produit mensuellement, conservé en chambre avec une note informatique pour le personnel. Ces petites attentions font toute la différence.

Quel est le principal sujet organisationnel, derrière cette démarche ?

Du management et des outils informatiques donnant la bonne information à la bonne personne au bon moment.

Un sujet énorme : quand l'assiette arrive à table, " Pour qui est cette assiette ? " est crucial. Les personnes avec troubles de déglutition peuvent s'étouffer avec la mauvaise texture. Les malades d'Alzheimer ne sont pas toujours à leur place, vous n'avez pas de photo. Comment un nouveau serveur peut-il identifier la bonne personne ?

Nous avons mis des codes couleurs avec photos sur table pour ne pas stigmatiser. Le violet indiquait des troubles de déglutition nécessitant une attention particulière. On pourrait imaginer une tablette reconnaissant la personne et affichant ses goûts et couleurs.

Un sujet énorme : quand l'assiette arrive à table, " Pour qui est cette assiette ? " est crucial. Les personnes avec troubles de déglutition peuvent s'étouffer avec la mauvaise texture. Les malades d'Alzheimer ne sont pas toujours à leur place, vous n'avez pas de photo. Comment un nouveau serveur peut-il identifier la bonne personne ?

Quelles améliorations organisationnelles proposez-vous pour les repas ?

On pourrait proposer plusieurs services échelonnés (midi, une heure, deux heures) avec inscription des résidents. Le personnel pourrait déjeuner simultanément, fluidifiant l'organisation des pauses.

J'ai testé cela dans des unités " Grands Fragiles " de 12 personnes grabataires. Habituellement, deux aides-soignants géraient ces 12 résidents pendant 1h30 dans le restaurant - une industrialisation de l'aide à l'alimentation.

En divisant par deux les arrivées (six au lieu de douze), on obtient un aide-soignant pour trois personnes au lieu de six. Moins de bruit, plus d'attention, meilleure prise alimentaire et convivialité accrue. Avec 70-80% de malades d'Alzheimer en EHPAD, des petites salles moins bruyantes seraient bénéfiques.

“
L'enjeu principal en EHPAD, c'est d'individualiser l'alimentation.”



Le turnover du personnel constitue-t-il un frein majeur à ces améliorations ?

Dans les conditions actuelles, le turnover est inévitable.

La question : comment mettre les nouveaux arrivants dans le bon état d'esprit ? Les outils doivent être simples et donner les vraies consignes importantes dès la prise de poste. L'information importante est noyée dans le reste.

En Allemagne, on signe ce qui n'est pas fait en respectant un protocole. En France, on écrit tout, mais on ne voit plus l'essentiel. Il faudrait un protocole de base, puis les trois éléments qui différencient ce résident de son voisin.

Un nouvel arrivant doit connaître le résident - ce qui prend du temps. Ils ne se connaissent pas. De plus, on ignore le niveau de formation des nouvelles recrues. Le turnover dégrade systématiquement la qualité.

Quelles solutions concrètes préconisez-vous pour améliorer l'alimentation en EHPAD ?

- Il faut un métier de cuisinier spécialisé et valorisé, formé à l'individualisation. Une VAE cuisinier avec revalorisation financière serait nécessaire.
- Organiser les plannings avec services multiples pour réduire taille et bruit des restaurants. Le personnel pourrait déjeuner avec les résidents. Ouvrir les restaurants sur l'extérieur, en partenariat avec des écoles.
- Des entreprises comme Saveur et Vie récupèrent les goûts individuels et font appel à des traiteurs spécialisés avec une DLC d'une vingtaine de jours. Un équilibre entre fraîcheur et personnalisation.
- La famille comme partenaire est essentielle. Des diététiciennes multi-EHPAD axées sur le plaisir, l'orthophonie, et une infirmière spécialisée bucco-dentaire.
- L'ouverture des restaurants sur l'extérieur garantit la qualité. J'ai vu avec Ducasse dans le 17^e, des restaurants "cinq étoiles" ouverts sur l'extérieur.
- Les concours de cuisine valorisent les cuisiniers. Il faudrait des concours nationaux avec présélections départementales, régionales, puis finale. Un guide Michelin des EHPAD ferait beaucoup de bien au secteur. ■



05

Des dysfonctionnements aux conséquences multiples

Au-delà de la simple dénutrition

Claude Jeandel remet en perspective l'enjeu nutritionnel : Les termes "mal manger" recouvrent deux dimensions distinctes : l'aspect qualitatif, c'est-à-dire la composition et l'équilibre des repas, qui expose au risque de malnutrition et l'aspect quantitatif, c'est à dire le non respect des apports recommandés en calories et en protéines, qui expose au risque de dénutrition dite protéino-énergétique. Cependant, je souhaite insister sur une troisième dimension, trop souvent négligée : la dimension symbolique et hédonique de l'alimentation. Il est nécessaire de concilier ces trois dimensions ce qui implique une approche personnalisée.

Cette approche multidimensionnelle révèle que le problème dépasse les seuls indicateurs nutritionnels. François Bertin-Hugault confirme : *" La dénutrition importe peu en tant que telle si la cause n'est pas médicale, sauf que c'est un marqueur de ce qui est consommé et, quelque part, de la qualité de la prise en charge individuelle."*

L'impact sur l'ambiance générale des établissements

Bruno Favier établit un lien direct entre alimentation et climat institutionnel : *" Il n'y a pas d'antinomie entre les exigences nutritionnelles et le plaisir alimentaire des résidents. Une équipe soudée qui fait de la bonne alimentation n'a pas de conciliation à avoir. "*

Les repas, qui devraient structurer agréablement la journée, deviennent des moments subis. Cette détérioration rejaillit sur l'image des établissements et la motivation des professionnels.

Un cercle vicieux difficile à briser

Priscilla Clot-Faybesse identifie les mécanismes qui perpétuent cette situation : *" Il y a encore un énorme besoin de sensibilisation et de montée en compétence des professionnels. Surtout, il faut améliorer le travail collaboratif entre les équipes de restauration et les équipes soignantes. C'est encore trop sectorisé. "*

Cette fragmentation des responsabilités empêche l'émergence d'une vision cohérente de l'alimentation comme élément central du bien-être en établissement.

Face à ces constats préoccupants mais largement partagés, une question s'impose : comment transformer concrètement l'approche alimentaire en EHPAD ? Car si les dysfonctionnements sont identifiés, des solutions existent et font leurs preuves sur le terrain.

Ces solutions ne relèvent pas de la théorie mais d'expériences concrètes menées par des professionnels innovants. Du modèle GPS (Goût, Plaisir, Santé) aux nouveaux formats de repas, en passant par la révolution des outils numériques et la formation des équipes, de nombreux établissements prouvent qu'une autre approche est possible.

L'enjeu n'est plus de savoir s'il faut changer, mais comment le faire efficacement. Comment réconcilier contraintes organisationnelles et individualisation des repas ? Comment professionnaliser les métiers de la cuisine en EHPAD ? Comment adapter l'accompagnement aux différents profils de résidents ?

C'est à ces questions pratiques que répond cette seconde partie, en s'appuyant sur des recommandations opérationnelles testées sur le terrain et des retours d'expérience de professionnels qui ont réussi leur transformation.

Céline Bugnot

Directrice générale de Nutrisens France

Pouvez-vous nous présenter Nutrisens et expliquer pourquoi l'alimentation en EHPAD constitue un enjeu stratégique pour votre entreprise ?

Nutrisens est une entreprise à mission qui a comme raison d'être - depuis sa création il y a 15 ans - d'améliorer la vie des personnes fragiles avec les solutions nutritionnelles les plus adaptées. Notre entreprise intervient partout où vivent des personnes avec des pathologies spécifiques. L'EHPAD représente un enjeu particulier car, contrairement à l'hôpital, c'est un lieu de vie permanent qui nécessite des solutions nutritionnelles constamment adaptées.

Nous ne fournissons pas seulement des produits, mais accompagnons les établissements pour répondre aux besoins spécifiques des résidents, en collaboration étroite avec les équipes médicales, les diététiciennes, les cuisiniers et les orthophonistes quand il y en a.

Comment adaptez-vous vos solutions aux réalités du terrain ?

Si nous prenons l'exemple des solutions que nous apportons en cuisine, nous avons conçu et développé des gammes qui répondent aux compétences disponibles : des produits simples à réchauffer sans expertise culinaire, des solutions d'assemblage pour gagner du temps en cas de compétences indisponibles, et des solutions techniques avec des ingrédients pour les cuisiniers expérimentés.



“
L'alimentation
en EHPAD : défis
et solutions selon
Nutrisens.”

Chacune de ces solutions permet de réaliser des belles assiettes appétentes, sans compromis sur la qualité visuelle, gustative et nutritionnelle, tout en tenant compte des contraintes de compétences ou de temps disponibles.

C'est ce que nous appelons le concept du Beau, du Bon et du Bien chez Nutrisens.

Parlez-nous de votre collaboration avec la Fondation Paul Bocuse.

En tant que mécènes de la Fondation Paul Bocuse, nous travaillons avec leur branche formation (SEPR) pour intégrer un module "Cuisine de santé" dans les formations culinaires. Ce module couvre les spécificités nutritionnelles et techniques de texture adaptées aux personnes âgées.

Le lancement est prévu pour février 2026. À terme, nous visons une formation spécifique reconnue, développée avec des groupements d'EHPAD et des sociétés de restauration collective.

Qu'est-ce qui vous rend optimiste quant à cette formation ?

Le manque de personnel est un défi majeur en EHPAD. Ces formations répondent à un besoin de santé publique et peuvent créer des vocations. Les cuisiniers en EHPAD témoignent d'une satisfaction unique : ils cuisinent pour des personnes qu'ils côtoient quotidiennement et qui expriment directement leur contentement - dimension absente de la restauration commerciale.

La prise de conscience sur la dénutrition s'améliore-t-elle ?

La prise de conscience oui. Les actions du Collectif de Lutte contre la dénutrition ou de la SFGG depuis de nombreuses années vont dans ce sens. Nous le constatons également au travers du nombre d'inscrits croissant aux webinars que nous concevons sur ce sujet, aux demandes que nous recevons pour des formations sur la dénutrition ou sur l'utilisation de nos produits : que ce soit ceux qui permettent d'augmenter l'apport protéique, comme les poudres de protéines, sans dénaturer la nature des aliments et du contenu de l'assiette, ou ceux qui permettent de réaliser de belles assiettes de produits mixés formés, pour améliorer l'appétence et l'observance. Il n'en reste pas moins que l'absence de diététiciens et/ou d'orthophonistes dans les établissements reste un problème central pour aller plus loin.



Quels facteurs caractérisent un établissement performant sur le plan nutritionnel ?

Deux éléments sont essentiels : une équipe cohésive et une formation solide. L'équipe doit partager une vision globale de la nutrition et posséder les compétences nécessaires pour prendre les bonnes décisions.

La communication interservices est cruciale. Les tensions entre cuisine et soins viennent souvent de référentiels différents : le cuisinier méconnaît les soins, la diététicienne ignore les techniques culinaires. Un langage commun est indispensable.

L'engagement de la direction joue un rôle déterminant. Si l'amélioration nutritionnelle représente un investissement initial, elle génère d'importantes économies en réduisant complications, chutes et escarres.

Comment votre approche conseil s'articule-t-elle avec votre activité commerciale ?

Nos commerciaux, majoritairement diététiciens, ne se limitent pas à présenter des produits mais expliquent les enjeux nutritionnels globaux. Les établissements attendent de nous expertise et accompagnement pratique.

Notre intervention s'adapte aux besoins : coordination interservices, formations autonomes, ou suivi annuel par nos diététiciens.

Comment surmonter les contraintes organisationnelles apparemment immuables ?

Prenons l'exemple du jeûne nocturne. Nous entendons depuis des années qu'il faudrait que les résidents mangent plus tard le soir, et non pas à 17h30 ou 18h. Cette injonction relayée régulièrement, certes de bon sens, se heurte aux contraintes d'organisation qui rendent ce changement d'horaire impossible.

Au lieu d'insister sur des changements structurels improbables, mieux vaut accepter ces contraintes et développer des alternatives adaptées : collations nocturnes, plateaux en chambre, ou autres innovations conciliant contraintes organisationnelles et besoins nutritionnels.

Cette approche pragmatique exige créativité et capacité à repenser les solutions conventionnelles.

Quels besoins principaux avez-vous identifiés ?

Les établissements ont besoin de formations pratiques, de données concrètes pour justifier leurs décisions, et d'accompagnement pour développer le travail d'équipe. Il manque des référentiels accessibles traduisant les normes nutritionnelles en applications pratiques pour les personnes âgées.

L'enjeu est de créer un environnement où les différents acteurs communiquent efficacement et où l'innovation organisationnelle peut émerger pour répondre aux défis spécifiques de chaque établissement. ■

Partie 2

“ Solutions : réinventer l'approche alimentaire.”



Face aux constats préoccupants révélés par l'analyse de terrain, les solutions existent et font leurs preuves. Elles reposent sur trois piliers : un changement de paradigme centré sur l'envie et le plaisir, une professionnalisation des métiers de la restauration en EHPAD, et une personnalisation de l'accompagnement alimentaire. Ces transformations ne nécessitent pas de révolution budgétaire.

Une refonte organisationnelle courageuse suffit pour replacer l'humain au cœur du projet.

01

Changer de paradigme : du GPS à l'envie

Réconcilier exigences nutritionnelles et plaisir alimentaire

Le principal obstacle à une alimentation de qualité en EHPAD réside dans une croyance erronée. Beaucoup pensent qu'il faut choisir entre santé et plaisir. Cette opposition factice génère des approches défensives focalisées sur la prévention de la dénutrition.

La dimension hédonique, pourtant capitale au bien-être des résidents, passe au second plan.



La solution consiste à adopter une approche intégrée. Goût, plaisir et santé deviennent des dimensions complémentaires et indissociables. Cette philosophie impose de former les équipes à une nouvelle conception de la nutrition. Bien nourrir ne se résume plus à apporter des calories et des protéines. Il s'agit de créer des moments de bonheur quotidien qui stimulent l'appétit et l'envie de se nourrir.

L'application concrète transforme l'organisation des repas. Les menus cessent d'être de simples assemblages techniques pour devenir des créations culinaires capables de susciter l'émotion. Les protocoles de service évoluent pour privilégier la convivialité et l'échange plutôt que l'efficacité logistique.

APPLICATIONS PRATIQUES



Intégrer la notion de plaisir
dans les formations
nutritionnelles des équipes



**Développer des indicateurs
de satisfaction alimentaire**
au même niveau que les
indicateurs nutritionnels



**Organiser des dégustations
avec les résidents** pour
recueillir leurs préférences

“

Il n’y a pas d’antinomie entre les exigences nutritionnelles et le plaisir alimentaire des résidents.

Une équipe soudée qui fait de la bonne alimentation n’a pas de conciliation à avoir.”

Bruno Favier



Réhabiliter l’envie comme moteur principal

L’analyse des établissements qui réussissent révèle un facteur commun : l’engagement personnel des professionnels de la restauration. Cette motivation devrait constituer la norme. Elle demeure l’exception dans un secteur où beaucoup de cuisiniers ont perdu leur flamme professionnelle.

La solution passe par une revalorisation du rôle des cuisiniers en tant qu’acteurs de santé. Cette reconnaissance implique de leur donner les moyens de s’épanouir dans leur métier. Il faut valoriser leur créativité et leur permettre de mesurer l’impact de leur travail sur le bien-être des résidents. Des conditions de travail stimulantes favorisent l’innovation et l’excellence.

Cette transformation culturelle impose un changement managérial profond. Les directions d’établissement doivent cesser de considérer la restauration comme un poste de coût. Elle devient un investissement dans la qualité de vie. Cette évolution passe par une communication valorisante, des moyens adaptés et une intégration pleine des cuisiniers dans les équipes de soins.

APPLICATIONS PRATIQUES



Organiser des rencontres entre cuisiniers et résidents pour créer du lien direct



Mettre en place des concours culinaires internes et externes pour stimuler la créativité



Développer une communication sur les réseaux sociaux pour valoriser le travail des équipes cuisine

“

L’envie représente 75% de l’assiette,
on la ressent
immédiatement.”

Sébastien Maillet

Adapter l'approche selon le parcours de vie

L'erreur la plus fréquente consiste à appliquer une approche nutritionnelle uniforme à tous les résidents. Cette standardisation génère des situations absurdes. Des personnes en fin de vie subissent des régimes contraignants qui altèrent leurs derniers plaisirs.

La solution réside dans une approche différenciée qui adapte les objectifs nutritionnels à chaque situation individuelle. Pour les personnes avec une espérance de vie significative, l'accent porte sur la prévention et l'équilibre nutritionnel. Pour celles en fin de vie, la priorité devient le maintien du plaisir et du confort. Les contraintes diététiques s'assouplissent.

Cette personnalisation nécessite des outils d'évaluation et une collaboration étroite entre équipes soignantes et restauration. Elle impose une formation des professionnels aux enjeux éthiques de l'alimentation en fin de vie, domaine négligé dans les cursus traditionnels.

APPLICATIONS PRATIQUES



Intégrer l'évaluation du projet alimentaire dans les Plans Personnalisés d'Accompagnement



Former les équipes à l'adaptation des régimes selon le pronostic vital



Créer des protocoles spécifiques pour l'alimentation plaisir en fin de vie

“

Dès lors que le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme, **l'objectif est de prioriser une " alimentation plaisir " sur le respect des apports caloriques et protéiques recommandés.**”

Claude Jeandel

Docteur Priscilla Clot-Faybesse

Gériatre, directrice médicale et présidente du CLAN national
pour Clariane France

Comment l'organisation de Clariane optimise-t-elle la prise en charge nutritionnelle ?

Chez Clariane, une direction médicale transversale couvre toutes nos activités. Nous avons créé des instances nationales sur cinq thématiques, dont une dédiée à l'alimentation et à la nutrition, avec un équilibre de ses membres entre le siège et le réseau.

Cette organisation permet de mobiliser des compétences diverses. Nos instances incluent des professions diverses et notamment des éducateurs en activité physique adaptée. Pour l'alimentation et la nutrition, trois aspects sont essentiels : l'alimentation elle-même, l'activité physique associée, et les "arts de la table" - présentation des repas, lien social et mimétisme alimentaire.

Comment percevez-vous l'évolution de la prise en considération de ces sujets au fil du temps ?

Malgré notre engagement fort - nous avons signé la charte du collectif de lutte contre la dénutrition dès sa création et incitons nos établissements à participer à la Semaine nationale - une marge de progression importante subsiste. Cet enjeu de santé publique reste insuffisamment connu. Les personnes ne mesurent pas suffisamment l'impact de la santé nutritionnelle sur leur santé globale.

Comment expliquez-vous l'écart entre la sensibilisation croissante à l'alimentation et sa mise en pratique dans les établissements ?

Les professionnels ont besoin de sensibilisation et de formation. Surtout, le travail collaboratif entre équipes de restauration et soignantes doit continuer à s'améliorer. C'est encore trop cloisonné : les médecins prescrivent des textures modifiées, mais il reste une marge de progression pour permettre un véritable travail collectif sur toute la filière alimentation-nutrition.

Comment favorisez-vous le travail d'équipe entre soignants et cuisiniers ?

Nous incitons la participation des cuisiniers aux CLAN et des équipes soignantes aux commissions de restauration. Nous avons également structuré une procédure de communication dédiée. Chaque établissement adapte la

prise en soin de la dénutrition en collaboration entre soignants et cuisine.

Mais attention à ne pas vouloir aller trop loin, trop vite ?

Exactement. Il est indispensable de simplifier les prescriptions, de textures modifiées notamment, pour qu'elles soient réalisables en cuisine. Nous faisons de la restauration collective pour 80 ou 90 personnes. Pour que les prescriptions soient toutes respectées et aient un impact positif sur les résidents, il faut limiter le nombre de variations de textures et d'alimentations thérapeutiques au minimum nécessaire en cohérence avec les recommandations des sociétés savantes. À vouloir aller trop loin, nous perdons le sens et l'efficacité.

Comment concilier personnalisation et contraintes de restauration collective ?

Avec une trop grande variété de textures et d'alimentations thérapeutiques, la production en cuisine devient impossible. Il faut que le nombre de variations de textures et d'alimentations thérapeutiques respecte les besoins du résident, son bien-être et les recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes, mais soit aussi cohérent avec les capacités de production.

“
L'alimentation en
EHPAD doit conjuguer
approche médicale et
dimension humaine.”



Au-delà de l'aspect nutritionnel, quel rôle joue la prise de repas en commun ?

Les repas en salle à manger ont de multiples effets positifs : rôle social, impact des "arts de la table" (une belle assiette sur une table bien dressée donne plus envie de manger qu'un plateau filmé en chambre), et effet de mimétisme pour les résidents avec troubles cognitifs.

La présence d'un soignant permet de repérer qui n'a pas touché son assiette. Le service en salle facilite la restauration et évite les problèmes HACCP des plateaux chauffés en chambre, qui dessèchent l'alimentation et nuisent au goût et à la déglutition.

Vous insistez sur une approche globale à trois piliers. Pouvez-vous détailler ?

La nutrition repose sur trois piliers essentiels : l'alimentation, les arts de la table - incluant les horaires de repas pour éviter un jeûne nocturne prolongé - et l'activité physique, indispensable à une bonne santé nutritionnelle.

Pourquoi l'activité physique est-elle si importante dans la nutrition ?

Sans activation musculaire, impossible de lutter contre la dénutrition ou de maintenir une bonne santé nutritionnelle. L'activité physique brise la spirale de la dénutrition. Il ne s'agit pas de sport intensif, mais de mouvement simple : marcher de sa chambre à la salle à manger, ou mobiliser le haut du corps en fauteuil.

L'activité physique est indispensable dans la prise en soin et la prévention de la dénutrition, ainsi que dans la lutte contre la sarcopénie.. Pour une bonne santé nutritionnelle, mettre les résidents en mouvement est impératif. Les résidents ne perçoivent peut-être pas encore ce lien entre mouvement et nutrition, contrairement à la prévention des chutes - un axe de sensibilisation à développer. ■



02

Professionnaliser et valoriser les métiers

Créer des formations spécialisées adaptées aux EHPAD

Le secteur de la restauration en EHPAD souffre d'un vide béant en matière de formation spécialisée. Les cuisiniers arrivent avec une formation traditionnelle inadaptée aux spécificités de l'alimentation des personnes âgées dépendantes. Ils apprennent sur le terrain des techniques complexes comme les textures modifiées ou la gestion des troubles de déglutition.

La solution consiste à développer des modules de formation spécifiques intégrés dans les cursus culinaires traditionnels. Ces formations couvrent les aspects techniques : textures adaptées, enrichissement nutritionnel, adaptation aux pathologies. Elles incluent les dimensions relationnelles : communication avec les résidents et les familles. Enfin, elles abordent les contraintes organisationnelles de la restauration collective médicalisée.

Cette professionnalisation répond à un double enjeu. Elle améliore la qualité des prestations et attire de nouveaux talents vers le secteur. Les partenariats entre établissements de formation, entreprises spécialisées et groupes d'EHPAD constituent la voie privilégiée pour développer ces compétences sectorielles.

“
Nous sommes mécènes de la Fondation Paul Bocuse qui dispose d'une branche formation et nous allons intégrer dès 2026 un module " Cuisine de santé " dans les formations de cuisine proposées par la Fondation. Pour aller plus loin, notre ambition est de créer une formation diplômante spécifique afin de valoriser et reconnaître l'impact des équipes de cuisine d'EHPAD sur la santé, de susciter des vocations et de donner à ses cuisiniers les compétences nécessaires et spécifiques pour améliorer la vie et la santé des résidents.

Céline Bugnot

APPLICATIONS PRATIQUES



Créer des certificats de qualification professionnelle "Cuisine de santé"



Développer des stages en EHPAD dans les formations culinaires



Organiser des formations continues sur les techniques de textures modifiées



Valoriser le rôle thérapeutique des cuisiniers

Les cuisiniers en EHPAD exercent un métier de soin sans en avoir toujours conscience ni reconnaissance. Leur action quotidienne influence l'état nutritionnel, l'humeur et la qualité de vie des résidents. Cette dimension thérapeutique demeure sous-valorisée dans l'organisation institutionnelle.

La solution passe par une reconnaissance explicite du rôle soignant des professionnels de la restauration. Cette revalorisation implique de les intégrer dans les équipes pluridisciplinaires. Il faut leur donner accès aux informations médicales pertinentes et valoriser leur expertise dans les prises de décision concernant l'alimentation des résidents.

Cette évolution statutaire doit s'accompagner d'une revalorisation financière et d'une amélioration des conditions de travail. Les cuisiniers spécialisés en EHPAD méritent une reconnaissance salariale à la hauteur de leur expertise technique et de leur impact sur la santé des résidents.

APPLICATIONS PRATIQUES



Intégrer les cuisiniers dans les réunions pluridisciplinaires de soins



Créer des postes de "chefs cuisiniers thérapeutiques" avec grille salariale adaptée



Développer des indicateurs de performance incluant l'impact nutritionnel et la satisfaction des résidents

“
Il reste une marge de progression énorme au sein de nos établissements. Les personnes ne se rendent peut-être pas encore assez compte à quel point la santé nutritionnelle a un impact sur leur santé globale.”

Priscilla Clot-Faibesse

Xavier Cormary

Orthophoniste depuis 30 ans, spécialisé dans les troubles de la déglutition depuis 25 ans. Il accompagne les EHPAD dans la transformation de leurs pratiques alimentaires.

Comment expliquez-vous l'organisation actuelle des repas en EHPAD et cette généralisation du mixé ?

Les EHPAD ont importé des méthodes qui viennent de l'hôpital, pensées pour des pathologies aiguës, alors qu'ils travaillent avec des pathologies chroniques. C'est toute la différence. À l'hôpital, quelqu'un qui fait un AVC, l'équipe va lui donner du mixé pendant trois jours, le temps de la phase aiguë. Cela se justifie parfaitement. Mais en EHPAD, nous parlons de personnes âgées qui vont vivre des mois, des années avec leurs difficultés.

Le problème, c'est que les établissements mettent du mixé par peur, par fausses croyances qu'ils vont éviter les fausses routes et les problèmes juridiques. Non, cela ne marche pas comme cela. Mon combat principal depuis 25 ans, c'est de dire : il faut arrêter avec les alimentations exagérément transformées. La texture mixée est trop généralisée avec les personnes âgées en EHPAD. Les établissements ont besoin d'aide parce qu'ils sont très seuls face à ces questions.

Quelle méthode de dépistage préconisez-vous pour identifier les capacités de chaque résident ?

Je recommande le MEOF-2, un questionnaire léger basé sur l'observation au repas : peut-il mâcher, est-il bien assis, a-t-il été réveillé, a-t-il fini son repas ? Les aides-soignantes peuvent y répondre facilement, c'est le cœur de leurs compétences.

Cela structure leur raisonnement. Exemple : Monsieur tousse quand il boit de l'eau à l'observation, nous remarquons qu'il est mal assis, sa tête est trop

en arrière, ce qui l'empêche de déglutir en sécurité. Avant de lui donner de l'eau épaissie, corrigeons d'abord sa posture, évaluons ses capacités. C'est du bon sens : il faut prendre du recul, observer et sortir de la question de la déglutition.

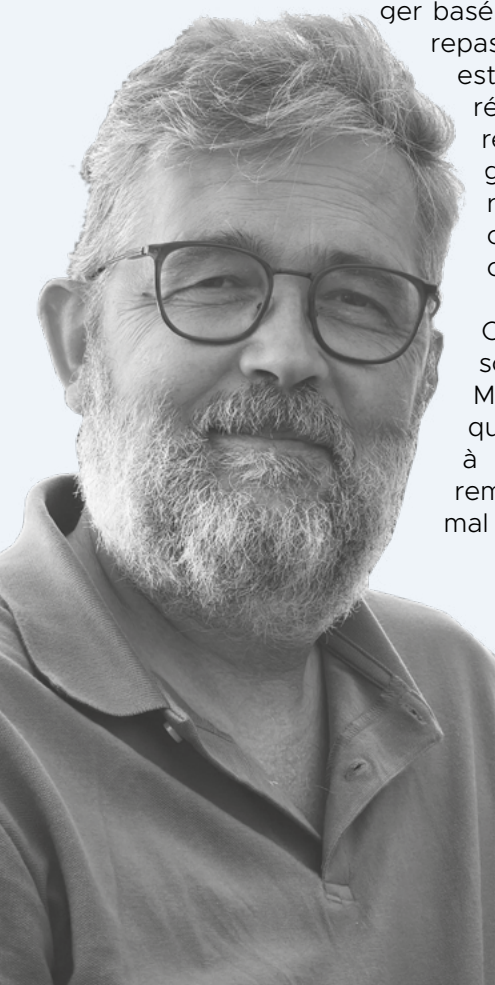
Quelle est la bonne posture à adopter face aux difficultés de déglutition ?

C'est fondamental : tant que je suis en mode " difficulté ", je ne m'en sortirai pas. Parce que si ce sont des difficultés, il faut y pallier et je vais devoir pallier à chaque difficulté individuelle. En fait, il faut voir ce que les gens peuvent faire, ce qu'ils peuvent encore faire. Cela devient votre plus petit dénominateur commun. Par exemple, ils peuvent encore mâcher, donc nous leur donnerons une alimentation à mâcher.

Tant que vous dites " il ne peut plus ", vous abdiquez. La posture, c'est de rechercher ce que les résidents peuvent encore faire. Et en dégager des idées générales, des principes généraux, en l'occurrence de textures ou de process. "Il peut s'asseoir correctement tout seul" est beaucoup plus intéressant que " il n'est pas toujours assis comme il faut ". C'est une posture d'esprit, mais non, en fait, c'est une stratégie pour aller rechercher le plus petit mode commun d'action.

Comment cette approche se traduit-elle concrètement dans l'organisation des repas ?

Vous faites d'abord un audit pour dégager des modèles et montrer qu'il n'y a pas 50 cas particuliers, mais des groupes à qui vous pouvez faire manger le même type de préparation. Vous avez cet enjeu de focus et défocus pour aider les équipes à catégoriser les résidents. Et le miracle, c'est que l'équipe arrive à un nombre minime de catégories possibles : trois textures, parce que finalement, une alimentation à petits morceaux faciles à mâcher, vous pouvez la servir à des gens déments, à des gens en Parkinson, à des gens qui ont mal aux dents.



“ Arrêtez de penser problèmes, pensez solutions : **comment réorganiser les repas en EHPAD.** ”

Si vous étiez parti avec l'idée " il ne peut pas parce qu'il est AVC, il ne peut pas parce qu'il est Parkinson", vous n'y arriveriez jamais. Par contre : " Tiens, il est AVC et pourtant il continue à mâcher. Tiens, il est Parkinson, si la médication joue, il continue à mâcher. Ils ont encore ce qu'il faut pour mâcher, hop, nous allons pouvoir faire un truc pour eux. " Cela n'a l'air de rien, mais c'est une posture fondamentale.

Comment démarrer cette transformation dans un EHPAD ?

Une fois que vous avez trouvé ce mode commun, vous commencez petit. Vous mettez du biscuit dans la crème anglaise, donc vous faites douter tout le monde. Après, vous allez commencer à customiser l'entrée. Puis après, vous allez pouvoir faire la même chose pour le plat principal. Cela va être le début de quelque chose qui va grossir, mais en gardant toujours l'idée : l'équipe le fait pour la majorité des personnes qui peuvent le faire.

Quel message final adresseriez-vous aux équipes soignantes ?

Démédicaliser le regard. Arrêtez de penser les problèmes. Le médecin, c'est quand la personne ne va pas bien. Là, ce n'est pas le sujet. Ce n'est pas d'aller voir les problèmes des gens, c'est voir ce qu'ils peuvent faire. Cela ne nie pas les problèmes, mais je m'en fous, moi, des problèmes. Ce n'est pas cela qui va faire qu'ils vont manger. Ce qui va faire qu'ils vont manger, c'est ce qu'ils peuvent faire : ils peuvent avaler, ils peuvent mâcher, ils peuvent s'asseoir.

À force d'avoir voulu étudier la pathologie des gens de manière très spécifique, les équipes se sont égarées parce qu'elles arrivent à des choses extrêmement compliquées. Non, l'équipe regarde ce qu'ils peuvent faire et cela donne tout de suite les réponses de ce qui est possible en EHPAD. ■

IDDSI & Textures adaptées

“

Mettre en place la classification IDDSI en EHPAD ce n'est pas seulement une question de sécurité, c'est évaluer et personnaliser la prise en charge nutritionnelle des résidents. C'est ce que défend Nutrisens depuis toujours, notamment avec la création du DSApack.”

Lucie Borjon,
Directrice Marketing Nutrisens

“

Concrètement, cela implique de maîtriser les niveaux de textures, tout en maintenant une démarche culinaire exigeante. Mais là où beaucoup ne voient que contraintes, nous y voyons une opportunité créative. Même en texture adaptée, un plat peut — et doit — être savoureux, aromatique, coloré, visuellement attrayant : capable de réveiller l'appétit, de stimuler les sens, de susciter l'envie. C'est ce pari que je défends : assurer la sécurité nutritionnelle et de déglutition, sans sacrifier la gourmandise, la saveur ni le plaisir de manger.

Parce que pour nos aînés, manger n'est pas un acte banal : c'est un moment de vie, un repère, un plaisir — et cela doit le rester, quel que soit le niveau de fragilité.”

Laurent Sicre
Chef Cuisinier, Expert en R&D, Cuisine de Santé, Optimisation et Performance Culinaire

03

Personnaliser et adapter l'accompagnement

Créer des cartes d'identité alimentaires individualisées

L'industrialisation de la restauration en EHPAD a gommé toute trace d'individualité alimentaire. Elle transforme des personnes avec des goûts et des histoires culinaires spécifiques en consommateurs anonymes de menus standardisés. Cette déshumanisation constitue l'une des principales causes de perte d'appétit et de désinvestissement des résidents.

La solution consiste à développer pour chaque résident une carte d'identité alimentaire. Elle retrace son histoire culinaire, ses préférences, ses dégoûts, ses habitudes et même ses recettes familiales. Cette démarche implique un travail approfondi avec les familles au moment de l'entrée et une mise à jour en fonction de l'évolution des goûts et des capacités.

Cette personnalisation ne relève pas de l'anecdotique mais constitue un outil thérapeutique. Elle permet de maintenir le lien avec l'identité personnelle, de stimuler la mémoire et de créer des moments d'émotion positive qui favorisent l'alimentation.

APPLICATIONS PRATIQUES



Développer un questionnaire alimentaire détaillé pour chaque nouvel entrant



Créer un système d'information partagé accessible aux équipes cuisine et soins



Organiser des ateliers " mémoire culinaire " avec les familles et les résidents

Adapter l'environnement et les outils aux capacités sensorielles

Le vieillissement s'accompagne d'une altération progressive des capacités sensorielles qui affecte la perception des aliments et l'envie de manger. Ces difficultés, souvent négligées, peuvent être compensées par des aménagements simples mais efficaces de l'environnement de repas.

La solution passe par une adaptation de l'environnement aux capacités sensorielles des résidents. Cette approche implique de jouer sur les contrastes visuels pour améliorer la perception des aliments. Il faut adapter l'éclairage pour favoriser l'appétit, travailler sur les textures et les températures pour stimuler les sensations tactiles.

Ces aménagements, inspirés des méthodes Montessori adaptées au grand âge, démontrent qu'il est possible d'obtenir des résultats spectaculaires avec des moyens limités. L'enjeu réside dans la sensibilisation et la formation des équipes à ces techniques d'adaptation.

APPLICATIONS PRATIQUES



Utiliser des assiettes colorées contrastées selon les types d'aliments servis



Adapter l'éclairage des salles de restauration pour optimiser la perception visuelle



Créer des supports de menu en gros caractères avec descriptions sensorielles

Développer la participation active des résidents

La passivité imposée aux résidents lors des repas contribue à leur désengagement alimentaire. Cette approche transforme les personnes âgées en simples consommateurs d'un service qu'elles subissent. Elle génère frustration et perte d'estime de soi.

La solution consiste à réintégrer les résidents comme acteurs de leur alimentation en leur proposant des rôles sociaux valorisants autour des repas. Cette participation prend des formes variées selon les capacités de chacun : mise de table, service, débarrassage, ou même participation à la préparation de certains plats.

Cette approche collaborative nécessite une réorganisation du travail des équipes. Elle génère des bénéfices considérables en termes de satisfaction, d'estime de soi et d'état nutritionnel. Elle permet de recréer du lien social et de redonner du sens à l'acte alimentaire.

APPLICATIONS PRATIQUES



Proposer des rôles de " responsable de table " tournants entre les résidents



Organiser des ateliers cuisine adaptés aux capacités de chacun



Créer des systèmes de buffets permettant aux résidents de se servir selon leurs envies

“

On a une diminution qui peut être extrêmement significative des comportements d'opposition et d'agitation **quand on redonne du choix et du contrôle aux gens.** ”

Jérôme Erkes

Ces solutions, loin de relever de l'utopie, s'appuient sur des expériences concrètes qui ont fait leurs preuves. Leur généralisation nécessite un accompagnement professionnel pour surmonter les résistances organisationnelles et ancrer les changements. L'enjeu consiste à passer de ces expérimentations prometteuses à une transformation du secteur.



Éric Commelin, Chef de projet chez Saveurs & Vie conseil

Fort de plus de 30 ans d'expérience dans la restauration des établissements sanitaires et médico-sociaux, il a été responsable du projet Nutrition-Restauration aux Hospices Civils de Lyon et a conduit la création du 1^{er} Groupement d'Intérêt Public de restauration en Bretagne.

Vous accompagnez depuis plus de 30 ans les établissements de santé et EHPAD sur leurs projets alimentaires. Quel est le principal frein que vous identifiez aujourd'hui ?

Le problème n'est pas budgétaire, mais lié au gaspillage. Dans les EHPAD, 30 à 40% de la nourriture servie finit à la poubelle, soit des dizaines de milliers d'euros perdus par établissement chaque année. Cette situation entraîne deux conséquences graves : elle dégrade le statut nutritionnel des résidents (40 à 60% sont concernés) qui ne consomment qu'une partie de ce qu'on leur propose, et pousse les établissements à compenser cette sous-nutrition par un recours excessif aux compléments nutritionnels oraux et dispositifs médicamenteux.

Comment expliquez-vous un tel niveau de gaspillage ?

Nous faisons face à une suroffre alimentaire inadaptée aux capacités réelles des résidents. Le référentiel GEMRCN, initialement conçu pour la restauration collective sociale sans considération des fragilités liées à l'âge, reste appliqué par défaut dans les établissements médico-sociaux. Résultat : des volumes inappropriés et une organisation des repas en totale rupture avec les habitudes alimentaires des personnes âgées. Servir un dîner à cinq composantes à 18h constitue une aberration ! Les seniors en EHPAD sont souvent des grignoteurs qui, en intégrant l'institution, doivent se plier à une restauration collective standardisée. Le gaspillage trouve sa source dans ce décalage entre un système normalisé et les rituels naturels de la personne âgée.

Concrètement, quelle est la solution pour sortir de ce cercle vicieux ?

Personnaliser le rituel alimentaire de chaque résident reste difficile en collectif. L'enjeu consiste à garantir que les portions réduites consommées apportent les macro et micro-nutriments nécessaires. La solution : densifier nutritionnellement et réduire les volumes. En 2023-2024, nous avons mené un programme innovant au sein du Groupement Hospitalier de Territoire du Var en gériatrie. Grâce à une Nouvelle Offre Alimentaire Senior combinant approche hôtelière, grammages ajustés et composantes adaptées, le gaspillage a chuté de 49% à moins de 20%, avec stabilisation des courbes de poids et satisfaction accrue des résidents. Ces résultats confirment nos travaux du programme Renessens (2014-2018).

Que représente cette économie en termes financiers ?

Notre base de données mesure et pilote la performance. Un coût moyen de 5,19€ TTC par repas pondéré (incluant achats, coût RH, frais divers et amortissements) suffit pour une offre alimentaire de qualité répondant aux exigences réglementaires, avec un gaspillage maîtrisé à 15 % maximum (versus 37 % en moyenne). Réduire le gâchis et optimiser les ressources constitue une approche vertueuse et simple. Illustration concrète : un EHPAD de 80 lits avec 37 % de gaspillage (données ADEME) jette 35 à 40 000 € par an !

Comment utiliser intelligemment ces économies réalisées ?

La loi Egalim prend ici tout son sens. Les moyens financiers économisés — non jetés à la poubelle ! — permettent d'améliorer la prestation alimentaire. Répondre aux obligations de la loi Egalim, mettre fin à l'achat d'aliments ultra-transformés, amplifier la fabrication maison des plats, choisir des produits de qualité garantissant une forte densité nutritionnelle, travailler en circuits courts sur des végétaux, des produits laitiers, des fromages... L'essentiel est d'investir les ressources dans ce qui enrichit l'alimentation des résidents en qualité gustative et valeur nutritionnelle.

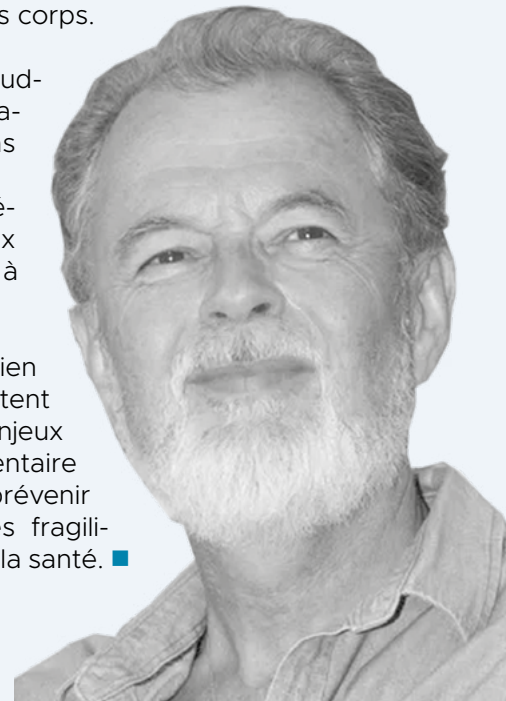
Votre message aux directeurs d'EHPAD ?

L'alimentation est affaire de bon sens ; le vrai défi n'est pas budgétaire, il porte sur l'utilisation raisonnée des ressources. Arrêtons de remplir les poubelles et de vider les corps.

La performance budgétaire en restauration ne constitue pas la donnée d'entrée. Elle est la conséquence des choix judicieux appliqués à l'offre alimentaire.

Les ressources bien utilisées permettent de répondre aux enjeux d'une offre alimentaire pour mieux vivre, prévenir et accompagner les fragilités liées à l'âge et à la santé. ■

“
**Le prix n'est pas
le vrai problème
de l'alimentation
en EHPAD.**”





Et demain, avec l'IA ?

“

L'avenir de l'alimentation en EHPAD passera aussi par l'intelligence artificielle et les nouvelles technologies. Déjà à l'essai, ces outils permettent de **mieux détecter les fragilités** et d'**affiner le suivi nutritionnel** : analyse automatique des photos de plateaux pour mesurer les ingesta et le gaspillage, ou encore **impédancemétrie connectée** pour suivre la composition corporelle et prévenir la dénutrition. Des innovations qui ouvrent la voie à **une nutrition plus personnalisée, prédictive et humaine.**”

Céline Bugnot

Conclusion

Ces solutions, aussi prometteuses soient-elles, soulèvent une question pratique fondamentale : par où commencer ? Comment un établissement peut-il concrètement engager sa transformation alimentaire sans bouleverser son organisation du jour au lendemain ?

L'expérience des établissements qui ont réussi leur mutation révèle une constante : la transformation ne s'improvise pas, elle se planifie. Elle nécessite une approche progressive, méthodique et adaptée aux spécificités de chaque structure. Certains établissements échouent non par manque de volonté, mais par absence de méthode. D'autres réussissent spectaculairement en suivant une feuille de route claire et pragmatique.

La partie suivante propose un guide opérationnel structuré en étapes concrètes. Elle détaille les premiers pas à franchir, les écueils à éviter et les indicateurs à suivre pour mesurer les progrès. Cette feuille de route, conçue comme un outil pratique d'aide à la décision, accompagne les établissements dans leur démarche de transformation.

Car si les solutions existent, leur mise en œuvre demeure l'enjeu majeur. Entre l'intention et la réalisation, entre le projet et sa concrétisation, se joue la réussite de cette révolution alimentaire que le secteur appelle de ses vœux.

“

Feuille de route :
10 étapes pour transformer l'alimentation en établissement.

”



Face aux constats établis et aux solutions identifiées, une question pratique se pose : par où commencer ?

Cette troisième partie propose une démarche progressive, accessible à tout établissement souhaitant améliorer concrètement l'expérience alimentaire de ses résidents. L'enjeu n'est pas de révolutionner l'organisation du jour au lendemain, mais d'impulser une dynamique d'amélioration continue qui place l'individu au cœur du projet.

01

Dépasser les idées reçues pour libérer l'action

ÉTAPE 1

Questionner collectivement les certitudes sur l'alimentation des personnes âgées

La transformation commence par une révolution culturelle. Trop d'équipes restent prisonnières d'idées reçues qui paralysent l'innovation : *" Les personnes âgées n'ont plus de goût ", " Il faut privilégier la sécurité avant tout ", " Les contraintes budgétaires empêchent toute amélioration "*. Ces croyances, souvent héritées de formations hospitalocentriques, génèrent une approche défensive de l'alimentation.



Action concrète : Organiser des ateliers de questionnement collectif avec l'ensemble des équipes (soignants, restauration, animation, direction). Partir des pratiques existantes pour identifier ce qui relève de l'obligation réglementaire, de l'habitude ou du choix organisationnel. Cette démarche réflexive permet de distinguer les contraintes réelles des contraintes supposées.

L'objectif n'est pas de culpabiliser les professionnels, mais de créer un espace de dialogue pour révéler les marges de manœuvre disponibles.

Beaucoup d'améliorations sont possibles sans investissement majeur, à condition de modifier le regard porté sur l'alimentation des résidents.

ÉTAPE 2

Partir d'un projet pilote avec des résidents volontaires

Plutôt que de vouloir transformer l'ensemble de l'établissement immédiatement, commencer par un groupe restreint de résidents volontaires. Cette approche expérimentale, inspirée des méthodes de Jérôme Erkes, permet de tester des innovations organisationnelles à petite échelle avant leur généralisation.

Action concrète : Constituer un groupe de 6 à 8 résidents intéressés par une démarche participative autour des repas. Cette " table pilote " devient un laboratoire d'expérimentation : choix des menus, participation à la mise de table, organisation d'ateliers culinaires adaptés. Les résidents deviennent acteurs de leur alimentation plutôt que simples bénéficiaires d'un service.

Cette démarche génère rapidement des résultats visibles qui motivent les équipes et inspirent d'autres résidents. Elle permet aussi de mesurer concrètement l'impact des changements sur la satisfaction, l'état nutritionnel et la socialisation.

02

Individualiser et adapter l'accompagnement alimentaire

ÉTAPE 3

Créer une " carte d'identité alimentaire " pour chaque résident

L'individualisation de l'alimentation passe par une connaissance approfondie des goûts, habitudes et histoire culinaire de chaque personne. Cette démarche, préconisée par Claude Jeandel, fait du Plan Personnalisé d'Accompagnement (PPA) en véritable outil de personnalisation alimentaire.

Action concrète : Développer un questionnaire alimentaire détaillé à remplir avec le résident et sa famille lors de l'admission. Recueillir ses plats préférés, ses dégoûts, ses habitudes (heures des repas, quantités, rituels), ses recettes familiales significatives et même ses petites " transgressions " plaisir. Cette information, partagée entre équipes soignantes et restauration, guide l'adaptation quotidienne des repas.

Intégrer cette dimension alimentaire au PPA permet d'adapter les objectifs nutritionnels selon le parcours de vie de chaque résident. Pour une personne avec une espérance de vie significative, maintenir l'équilibre nutritionnel. Pour une personne en fin de vie, privilégier le maintien du plaisir alimentaire.

ÉTAPE 4

Adapter l'environnement du repas aux capacités sensorielles

L'amélioration de l'expérience alimentaire passe souvent par des aménagements simples de l'environnement, inspirés des approches Montessori adaptées au grand âge. Ces modifications, peu coûteuses, permettent de compenser les altérations sensorielles liées au vieillissement.

Action concrète : Jouer sur les contrastes visuels avec des assiettes colorées adaptées aux aliments servis. Améliorer l'éclairage des salles de restauration pour optimiser la perception des plats. Créer des signalétiques olfactives (diffusion d'huiles essentielles avant les repas) pour stimuler l'appétit. Adapter la forme des tables pour faciliter l'accompagnement alimentaire.

Ces adaptations techniques, combinées à une attention particulière aux détails (température des plats, présentation soignée, ambiance sonore maîtrisée), transforment significativement l'expérience du repas sans révolutionner l'organisation.



Professeur Jérôme Erkes

Docteur en psychologie spécialisé en neuropsychologie

Pouvez-vous nous expliquer votre parcours et ce qui vous a amené à adapter la méthode Montessori aux personnes âgées ?

Je suis docteur en psychologie, spécialisé en neuropsychologie, et j'ai travaillé pendant des années au CHU de Montpellier auprès des personnes âgées. Mon activité portait sur la réhabilitation cognitive, mais je me suis rendu compte que mes interventions étaient limitées par un environnement qui ne soutenait pas ce que je proposais. C'est en découvrant les travaux du professeur Camp, un psychologue américain qui a adapté les principes Montessori à l'accompagnement des personnes âgées, que j'ai compris le potentiel de cette approche. J'ai quitté l'hôpital pour me consacrer entièrement au développement de cette méthode.

En quoi consiste concrètement la méthode Montessori adaptée aux EHPAD ?

Montessori s'inscrit dans les approches centrées sur la personne. Il s'agit de voir les résidents non pas comme des malades, mais comme des personnes à part entière avec encore des potentiels. L'objectif est de répondre à leurs besoins psychosociaux fondamentaux : garder du contrôle sur sa vie, avoir des activités porteuses de sens, continuer à appartenir à une communauté et soutenir l'autonomie. Nous changeons de posture : au lieu de tout faire à leur place, nous sollicitons leurs capacités restantes et adaptons l'environnement pour qu'il soit soutenant plutôt que handicapant.

Comment les équipes accueillent-elles cette transformation ?

Il y a plusieurs phases distinctes. D'abord le scepticisme : "encore une formation, ça ne marchera pas." Puis lors de l'intervention, on observe des résistances mais aussi un enthousiasme parfois excessif. Vient ensuite la mise en action, avec ses défis organisationnels. Les équipes se confrontent à la réalité : ce n'est pas si simple, cela demande que tout le monde tire dans le même sens. Mais petit à petit, dans les établissements qui persévèrent, un cercle vertueux s'installe. Les actions s'automatisent, s'intègrent aux pratiques habituelles. Le meilleur moment, c'est quand les équipes oublient que c'est Montessori - c'est devenu leur façon naturelle de travailler.

Quels sont les effets observés sur les résidents ?

Les résultats sont spectaculaires. Les personnes se réengagent au quotidien grâce aux "rôles sociaux" qu'on leur propose : mettre la table, arroser les plantes, nettoyer les tables. Même une personne avec des troubles cognitifs sévères peut contribuer. On observe une diminution significative des comportements d'opposition quand on redonne du choix et du contrôle aux résidents. Ils se remettent à parler entre eux, à se soutenir. Le lien social se recrée, tant entre résidents qu'avec les équipes.

L'application de Montessori aux repas donne-t-elle des résultats particuliers ?

Le repas est un domaine d'application majeur. Nous travaillons sur plusieurs axes : redonner du choix avec des buffets où les résidents se servent, adapter l'environnement avec des contrastes visuels pour les assiettes, créer de la convivialité avec

des cartes de discussion, proposer des rôles sociaux autour du service. Dans un établissement, nous avons mis en place un programme de rééducation à l'alimentation autonome. Résultat : ils sont passés de près de 50% de résidents dénutris à moins de 18% en un an.

Les repas sont devenus

des moments calmes où les résidents s'engagent et discutent entre eux.

Qu'est-ce qui explique que certains établissements réussissent cette transformation et d'autres non ?

Nous venons de mener une étude sur cette question. L'élément central, c'est le management. Il faut un management qui s'approprie vraiment le projet, qui le soutient et crée les conditions pour y arriver. Si la direction achète juste une formation parce que c'est à la mode, sans vision ni engagement profond, rien ne change. Il faut aussi redéfinir collectivement la mission : sommes-nous là pour garder les gens propres et calmes, ou pour leur permettre de continuer à vivre jusqu'à la fin ? ■



LES 5 CONCEPTS CLÉS

développés par Jérôme Erkes

APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE

Paradigme qui consiste à voir les résidents d'EHPAD non plus comme des patients ou des malades, mais comme des personnes à part entière possédant encore des capacités et des potentiels à développer. Cette approche guide l'accompagnement à partir des besoins et souhaits de la personne plutôt qu'à partir de protocoles standardisés.

RÔLES SOCIAUX

Ensemble des tâches quotidiennes proposées aux résidents pour qu'ils contribuent activement à la vie de la communauté : mettre la table, arroser les plantes, faire le service, participer à la préparation des repas. Ces activités redonnent du sens, de l'utilité sociale et stimulent l'autonomie en sollicitant les capacités restantes de chaque personne.

ADAPTATION DE L'ENVIRONNEMENT

Transformation de l'espace de vie pour qu'il devienne soutenant plutôt que handicapant. Cela inclut l'amélioration des contrastes visuels, la création d'espaces stimulants, l'organisation d'activités favorisant les interactions sociales, et la mise en place d'éléments facilitant l'autonomie et les choix des résidents.

CERCLE VERTUEUX

Processus d'amélioration continue qui s'installe progressivement dans les établissements appliquant Montessori. Les premières actions génèrent des effets positifs, qui motivent les équipes à poursuivre, permettant l'automatisation des nouvelles pratiques et l'obtention d'effets bénéfiques durables sur l'autonomie des résidents et l'engagement des professionnels.

IMPUISSANCE ACQUISE INSTITUTIONNELLE

Phénomène par lequel les professionnels finissent par considérer comme normale et inévitable la dégradation des résidents et l'organisation dysfonctionnelle des EHPAD. Cette résignation s'explique par l'importation du modèle hospitalier dans des lieux censés être des lieux de vie, créant un décalage entre les besoins des résidents et les pratiques professionnelles.

03

Transformer l'organisation collective

ÉTAPE 5

Créer du lien direct entre cuisiniers et résidents

La déconnexion entre production et consommation constitue l'un des obstacles majeurs à l'amélioration alimentaire. Recréer ce lien transforme la perception du métier de cuisinier et améliore la qualité des prestations.

Action concrète : Organiser des temps d'échange réguliers entre le chef cuisinier et les résidents. Cela peut prendre la forme de passages en salle pendant les repas, d'ateliers culinaires adaptés ou de réunions de concertation sur les menus. L'objectif est de créer un retour d'expérience direct sur la qualité des plats et les attentes des résidents.

Cette proximité humanise la restauration collective et motive les professionnels de cuisine. Elle permet aussi d'ajuster rapidement les préparations en fonction des retours des résidents, créant une dynamique d'amélioration continue.

ÉTAPE 6

Réorganiser les temps et formats de repas

L'organisation rigide des repas génère frustrations et perte d'autonomie. Introduire de la souplesse dans les horaires et formats redonne du contrôle aux résidents sur leur alimentation.

Action concrète : Expérimenter plusieurs services décalés pour réduire la taille des tablées et permettre aux résidents de

choisir leur créneau horaire. Proposer des alternatives au service traditionnel : buffets adaptés permettant aux résidents de se servir selon leurs envies, plateaux en chambre pour ceux qui le souhaitent, possibilité de collations à la demande.

Cette flexibilisation organisationnelle nécessite de repenser les plannings du personnel, mais génère des bénéfices considérables en termes de satisfaction des résidents et de conditions de travail des équipes.

ÉTAPE 7

Développer une culture collaborative interprofessionnelle

Le cloisonnement entre équipes soignantes et restauration nuit à la cohérence de l'accompagnement alimentaire. Créer une culture collaborative améliore la qualité des prestations et redonne du sens au travail de chacun.

Action concrète : Mettre en place des réunions hebdomadaires associant cuisiniers, soignants et responsables pour analyser les situations nutritionnelles complexes. Créer des binômes aide-soignant/agent de restauration pour l'accompagnement des repas. Organiser des formations croisées pour que chaque professionnel comprenne les enjeux et contraintes des autres métiers.

Cette approche pluridisciplinaire permet d'adapter rapidement les prestations aux évolutions des résidents et de résoudre collectivement les difficultés rencontrées.



04 Professionnaliser les métiers de l'alimentation

ÉTAPE 8

Valoriser le rôle thérapeutique des professionnels de la restauration

Les cuisiniers en EHPAD exercent un métier de soin sans en avoir toujours conscience. Reconnaître explicitement cette dimension thérapeutique motive les équipes et améliore la qualité des prestations.

Action concrète : Intégrer les professionnels de la restauration dans les équipes de soins en leur donnant accès aux informations médicales pertinentes. Créer des indicateurs de performance incluant l'impact nutritionnel et la satisfaction des résidents. Développer des formations spécialisées sur les techniques d'alimentation des personnes âgées (textures modifiées, enrichissement nutritionnel, adaptation aux pathologies).

Cette revalorisation statutaire doit s'accompagner d'une amélioration des conditions de travail et de la reconnaissance salariale de l'expertise développée.

ÉTAPE 9

Impliquer les familles comme partenaires de l'alimentation

Les familles constituent une ressource précieuse pour personnaliser l'alimentation et maintenir le lien avec l'identité culinaire des résidents. Leur associer à la démarche améliore la satisfaction de tous.

Action concrète : Organiser des temps de partage culinaire associant résidents, familles et professionnels : ateliers de cuisine familiale, repas thématiques autour des traditions culinaires régionales, transmission de recettes familiales aux équipes de restauration. Permettre aux familles d'apporter ponctuellement des produits spécifiques (confiture préférée, spécialités régionales) en les intégrant dans l'organisation des repas.

Cette ouverture sur l'extérieur enrichit l'offre alimentaire et crée des moments d'émotion positive qui stimulent l'appétit et la convivialité.



Sébastien Maillet

Chef cuisinier passionné en EHPAD

Pouvez-vous nous présenter votre parcours et expliquer comment vous êtes devenu ce chef cuisinier reconnu en EHPAD ?

Je travaille en EHPAD depuis 18 ans. J'ai suivi une formation classique avec un CAP cuisinier, un BEP serveur et un bac pro cuisinier. J'ai même remporté le concours du meilleur apprenti dans ma jeunesse. Pendant 10 ans, j'ai travaillé dans le secteur public où je défendais déjà une certaine vision de la cuisine, mais sans en parler publiquement. L'ambiance était difficile, j'étais souvent le seul à vouloir bien faire les choses. Après avoir quitté la fonction publique, j'ai rejoint un groupe privé qui m'a laissé une liberté totale. Il y a moins de deux ans, Pascal Targon, un formateur HACCP, a découvert mon travail et m'a encouragé à publier sur les réseaux sociaux. Cette visibilité m'a permis de représenter ma région Centre à Paris, de travailler à l'Institut du Cordon Bleu avec des chefs étoilés, et de remporter le concours " Cuisine ouverte ". Aujourd'hui, Jean-Paul Thérus m'a nommé ambassadeur des cuisines de pâtes de France.

Qu'est-ce qui différencie votre approche culinaire de celle de vos confrères ?

L'envie représente 75% de l'assiette, on la ressent immédiatement. Dans ma tête, il est impossible d'envoyer un plat non assaisonné ou non travaillé. Prenons l'exemple d'une simple salade verte : j'ai visité des établissements réputés où ils mettent directement la feuille dans l'assiette sans la découper. Moi, j'émince la salade, j'ajoute de l'échalote et de la ciboulette finement hachées pour faciliter la mastication des résidents. Ils n'ont pas cette grosse feuille qui arrive sur le palais. C'est un détail, mais cela fait déjà la différence. Cette attention aux détails se retrouve dans tous mes plats.

Comment avez-vous appris les spécificités de la cuisine en EHPAD, notamment les textures modifiées ?

Aucune formation ne prépare à cela. Quand j'ai fait mes études, on ne parlait jamais d'EHPAD, seulement des grands restaurants. Les techniques comme les textures hachées ou les mixés, je les ai apprises sur le terrain. Mes premiers mixés étaient catastrophiques, je l'avoue, car personne ne m'avait enseigné ces techniques. J'ai progressivement découvert les méthodes avec le blanc d'œuf, la farine, l'agar-agar. Aujourd'hui, j'utilise toutes ces techniques, mais c'est venu avec l'expérience et surtout l'envie d'apprendre pour améliorer le quotidien des résidents.

Comment s'organise votre travail quotidien et quelle est votre relation avec l'équipe soignante ?

Je travaille seul dans ma cuisine pour 50 résidents plus 10 plateaux salariés, soit 120 repas par jour. Contrairement à mon expérience dans le public où régnaient les conflits, ici il y a une excellente entente avec la direction et l'équipe soignante. Dès qu'un résident change de régime, la cadre infirmière vient immédiatement m'en parler. Je ne suis pas le genre de chef à dire "non, ce n'est pas possible". On me demande quelque chose, je trouve une organisation pour le réaliser sur le long terme. Cette ouverture d'esprit et cette envie de bien faire créent une belle dynamique d'équipe.

Vos échanges avec les résidents semblent occuper une place importante dans votre quotidien...

Tous les midis, je discute avec eux. Je fais des animations culinaires, comme des ateliers galette des rois où j'apprends aux résidents à la préparer. J'ai une dame de 108 ans qui m'a dit sur une vidéo : "Il a fallu que j'aie 108 ans pour apprendre à faire une galette des rois." Ces moments sont précieux. Ce midi, je me suis même permis de manger avec eux, chose que je n'avais jamais faite auparavant. Ces interactions humaines

donnent tout son sens à mon travail.

Quel est l'impact de votre communication sur les réseaux sociaux ?

Au départ, c'était juste pour montrer ce que je faisais. C'est devenu un véritable combat. Mon nom est maintenant cité sur de nombreuses publications LinkedIn.

“ C'est nous qui apportons le soin. ”



Dès qu'une belle réalisation sort, on associe mon nom avec celui de Grégory Sampino pour montrer l'exemple. Même des marques mettent notre nom en avant. Cette visibilité nous oblige à continuer, c'est motivant mais aussi une responsabilité. L'objectif est d'inspirer d'autres chefs et de montrer aux jeunes qu'il est possible de s'épanouir en EHPAD.

Comment voyez-vous l'évolution de votre métier et sa reconnaissance ?

Nous sommes les oubliés du système. Pendant le COVID, on a travaillé, on était là, mais on n'a jamais parlé des cuisines. Pourtant, c'est nous qui apportons le soin ! C'est grâce à nous si les résidents ont la force de se lever, s'ils ne sont pas dénutris, s'ils n'ont pas de troubles digestifs. Dans mon établissement, je dois être à 5% de dénutrition seulement. Si un résident se sent bien, c'est parce qu'on a fait un menu équilibré et savoureux. Les services d'hôtellerie aussi sont importants : les petits mots doux au moment du service, dire " vous avez vu comme c'est joli, comme ça sent bon ", cela ouvre l'appétit. C'est 10 à 15% de l'assiette qui se joue là.

Quels conseils donneriez-vous aux professionnels qui souhaitent s'engager dans cette démarche ?

Il faut de la passion, du partage, savoir être à l'écoute et ne pas être fermé. Si tous les chefs arrêtaient d'être fermés à la première difficulté qu'on leur présente, ce serait déjà un grand pas. Il faut prendre des initiatives, anticiper, s'organiser. Et surtout, il faut que les professionnels n'hésitent pas à se faire connaître, à montrer leur travail. Nous devons nous bouger pour faire évoluer l'image de notre métier. Continuez à nous soutenir si vous voulez que les choses changent, et n'hésitez pas à contacter les cuisiniers sur le terrain.

05

Ancrer la démarche dans la durée

ÉTAPE 10

Créer une dynamique d'amélioration continue

La transformation de l'alimentation ne s'achève jamais. Créer les conditions d'une amélioration continue garantit la pérennité des changements et l'adaptation aux évolutions des résidents.

Action concrète : Mettre en place un système de retour d'expérience régulier associant résidents, familles et professionnels. Organiser des concours culinaires internes pour stimuler la créativité des équipes. Développer une communication valorisante sur les réalisations de l'établissement (réseaux sociaux, presse locale, échanges avec d'autres structures).

Cette démarche d'amélioration continue transforme l'établissement en organisation apprenante qui s'adapte en permanence aux besoins de ses résidents tout en valorisant l'expertise de ses professionnels.

L'enjeu de cette feuille de route ne réside pas dans l'application mécanique de ces dix étapes, mais dans l'appropriation progressive d'une nouvelle culture professionnelle qui place l'individu au cœur de l'accompagnement alimentaire. Chaque établissement adaptera ces préconisations à ses spécificités, ses contraintes et ses ressources. L'essentiel est de commencer, d'expérimenter et d'ajuster en fonction des résultats obtenus. Car la révolution alimentaire en EHPAD ne viendra pas d'une transformation radicale, mais de la somme de multiples améliorations quotidiennes qui redonnent sens et plaisir au temps du repas.

Conclusion générale

“

L'alimentation en EHPAD :
de la contrainte au projet
de vie.”



Au terme de cette analyse, un constat s'impose : l'alimentation en EHPAD traverse une crise profonde qui dépasse largement les seuls enjeux nutritionnels. Cette réalité, documentée à travers les témoignages d'experts, les retours d'expérience de terrain et les données scientifiques, révèle l'urgence d'une transformation qui ne peut plus attendre.

Un enjeu de société majeur

Avec **600 000 résidents** concernés et des projections démographiques qui annoncent un doublement de cette population d'ici 2050, l'alimentation en établissement constitue un véritable enjeu de santé publique. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : 40% de résidents en situation de dénutrition, 23% de textures mixées prescrites contre seulement 13% de troubles de déglutition diagnostiqués, 15% des résidents pour qui le repas n'est plus un moment de plaisir. Ces statistiques traduisent une réalité humaine inacceptable : nos aînés, dans leurs dernières années, sont privés de l'un des rares plaisirs qui leur restent accessibles.

Cette situation n'est pas une fatalité. Elle résulte de choix organisationnels et culturels qui ont progressivement transformé l'alimentation d'acte social et hédonique en simple prestation technique. La dérive vers une logique industrielle, l'absence de formations spécialisées, le cloisonnement des équipes et la perte du lien entre production et consommation ont généré un système qui fonctionne en dépit du bon sens.

Des solutions éprouvées et accessibles

Ce dossier démontre que des solutions existent et font leurs preuves sur le terrain. Du modèle GPS (Goût, Plaisir, Santé) de Bruno Favier aux innovations organisationnelles inspirées de la méthode Montessori, en passant par l'approche collaborative développée par les groupes les plus avancés, les expériences réussies prouvent qu'une autre voie est possible.

L'exemple de Sébastien Maillet illustre parfaitement cette réalité : avec des moyens identiques aux autres établissements, ce chef cuisinier atteint 5% de dénutrition contre 40% ailleurs, simplement parce qu'il a placé l'envie et la relation humaine au cœur de son métier. **Les établissements qui appliquent les principes Montessori** passent de 50% à moins de 18% de résidents dénutris en moins d'un an. **Les initiatives des groupes innovants** démontrent qu'il est possible de réconcilier contraintes organisationnelles et individualisation des repas.

Ces réussites partagent des caractéristiques communes : une approche centrée sur la personne, une collaboration interprofessionnelle renforcée, une revalorisation des métiers de la restauration et une implication active des résidents et de leurs familles.

Une transformation à portée de main

La feuille de route présentée dans ce dossier prouve que la transformation ne nécessite pas de révolution budgétaire. Les dix étapes proposées s'appuient sur des leviers organisationnels et humains accessibles à tout établissement : questionner les idées reçues, partir d'expérimentations pilotes, créer des cartes d'identité alimentaires, adapter l'environnement des repas, développer le lien entre cuisiniers et résidents.

L'enjeu central réside dans le changement de paradigme : passer d'une approche défensive focalisée sur la prévention des risques à une approche offensive centrée sur la création de plaisir et de lien social. Cette transformation culturelle, portée par un management engagé et des équipes formées, génère des bénéfices qui dépassent largement la seule alimentation.



Un cercle vertueux à impulser

Les établissements qui réussissent leur transformation alimentaire observent des effets en cascade spectaculaires : amélioration de l'état nutritionnel, réduction des troubles comportementaux, renforcement du lien social entre résidents, remotivation des équipes, amélioration de l'image de l'établissement. Cette dynamique vertueuse transforme l'EHPAD en véritable lieu de vie où il fait bon vivre et travailler.

Pour les dirigeants d'établissement, l'alimentation devient un facteur de différenciation concurrentielle et d'attractivité. Dans un contexte de tension sur le recrutement, proposer un projet alimentaire ambitieux attire les talents et fidélise les équipes.

Pour les professionnels, redonner du sens à leur métier en voyant concrètement l'impact de leur travail sur le bien-être des résidents constitue un puissant facteur de motivation et d'épanouissement professionnel.

Pour les résidents et leurs familles, retrouver le plaisir des repas améliore considérablement la qualité de vie et transforme la perception de l'établissement.

L'urgence d'agir

Le temps presse. Chaque jour qui passe sans action condamne des milliers de personnes âgées à subir une alimentation qui les prive de plaisir et nuit à leur santé. Chaque jour qui passe démotive des professionnels passionnés qui finissent par renoncer face à l'inertie du système.

La transformation ne viendra pas d'une révolution imposée par les pouvoirs publics ou les groupes dirigeants.

Elle émergera de la somme d'initiatives individuelles d'établissements qui auront eu le courage de remettre l'humain au cœur de leur projet. Chaque structure qui réussit sa transformation inspire et entraîne les autres, créant une dynamique d'amélioration qui peut rapidement gagner l'ensemble du secteur.

Un appel à l'action

Ce dossier constitue plus qu'une analyse : c'est un appel à l'action adressé à tous les acteurs du secteur. **Aux dirigeants d'établissement** pour qu'ils osent remettre en question leurs organisations et investir dans la formation de leurs équipes. **Aux professionnels de terrain** pour qu'ils retrouvent la passion de leur métier et n'hésitent plus à proposer des innovations. **Aux familles** pour qu'elles exigent une alimentation digne de leurs proches et participent activement à la transformation. **Aux pouvoirs publics** pour qu'ils accompagnent cette transformation par des formations adaptées et une réglementation favorable à l'innovation.

L'alimentation en EHPAD peut redevenir ce qu'elle n'aurait jamais dû cesser d'être : un moment de plaisir, de partage et de dignité qui honore nos aînés et donne du sens au travail de ceux qui les accompagnent.

Le changement commence maintenant. Il commence par vous.

“

Réconcilier nos établissements avec leur mission première, celle d'accompagner dignement nos aînés, passe nécessairement par la reconquête du plaisir alimentaire.

L'avenir de nos EHPAD se dessine dans nos assiettes. **À nous de le rendre savoureux.**

”



Contacter Nutrisens :

03 79 46 00 00

Nutrisens.com

Contact Presse :

ndurand@nutrisens.fr

Conception et rédaction :

Alexandre Faure

Sweet Home

Création Maquette :

Emmanuelle Guyon - Bym!
