

# CAP NUTRITION

## I. Signification

Il y a trois niveaux de déclenchement du protocole d'évaluation clinique (CAP) de la malnutrition, tous basés sur l'Indice de Masse Corporelle (BMI) de la personne – qui représente le rapport entre le poids et la taille de la personne.

En même temps, cela signifie que ces mesures doivent effectivement être réalisées et les règles d'évaluation interRAI donnent une pleine description de la manière dont elles doivent être accomplies.

### ***PERSONNES A HAUT RISQUE.***

Ce groupe inclut les personnes qui ont un BMI égal ou inférieur à 18,9 ET pour lesquelles on n'a pas d'indication que le décès est imminent. De telles personnes sont reconnues de façon universelle comme présentant un déficit pondéral.

Le BMI peut aussi indiquer l'étendue de la malnutrition : un BMI inférieur à 16 = malnutrition sévère ; un BMI de 16-17 = malnutrition moyenne, un BMI de 17-18,9 = malnutrition modérée. De plus, environ la moitié des personnes de ce groupe laisseront régulièrement 25 % ou plus de leur nourriture et auront plus tendance que les autres à perdre du poids dans le futur.

⇒ Ce groupe inclut environ 10 % **Erreur ! Signet non défini.** des personnes résidant en institution et 8 % des personnes recevant des soins à domicile.

### ***PERSONNES A RISQUE MOYEN.***

Ce groupe inclut les personnes qui ont un BMI de 19 à 21 ET pour lesquelles on n'a pas d'indication que le décès est imminent.

Bien qu'elles ne soient pas considérées comme en déficit pondéral, environ une personne sur cinq en institution aura un BMI inférieur à 18 ou diminué d'ici la prochaine évaluation complète interRAI. Quatre personnes sur dix dans ce groupe laisseront régulièrement 25 % ou plus de leur nourriture non mangée.

⇒ Ce groupe inclut environ 17 % des personnes résidant en institution et 14 % des personnes recevant des soins à domicile.

### ***PERSONNES NON A RISQUE.***

Toutes les autres personnes. Ce groupe inclut environ 73 % des personnes en institution et 78 % des personnes recevant des soins à domicile.

## II. Problématique

La prévalence de la dénutrition en milieu hospitalier, en maison de repos, maison de repos et de soins et les soins de première ligne (à domicile) est variable et dépend tant de l'outil utilisé, que de la population dépistée. Elle varie habituellement entre 4% et 10 % en ambulatoire, 20 et 62% en milieu hospitalier et 50 à 90% dans les maisons de repos ou maisons de repos et de soins. Suivant l'étude de prévalence menée en mai 2007 dans plus de 80% des services de gériatrie en Belgique, 35% des personnes de plus de 75 ans étaient dénutries et 40% étaient à risque de le devenir prochainement 2-3.

Ce CAP « nutrition » s'intéresse à l'état nutritionnel des personnes âgées qui ont un poids inférieur au poids « médicalement recommandé » par rapport à leur taille, déterminé par un faible score d'Indice de Masse Corporelle (Voir ci-dessus, déclenchement du CAP « nutrition »). Certaines personnes pour lesquelles ce CAP est déclenché présentent déjà une insuffisance pondérale significative, et sont sous-alimentées, alors que d'autres personnes sont seulement à risque de malnutrition.

La perte de poids a de multiples origines incluant : l'ignorance de la personne de la façon de suivre un régime alimentaire sain ; les difficultés de mastiquer et d'avaler ; le besoin d'aide extérieure pour se nourrir ; un déficit cognitif ou de communication ; des conditions médicales (par exemple des problèmes musculaires) ; des problèmes d'appétit (par exemple, la sensation précoce de satiété) ; des troubles d'humeur comme la dépression et l'anxiété ou des troubles de comportement ; des choix alimentaires limités ; et des paramètres environnementaux (par exemple, des moyens financiers limités ou un équipement non fonctionnel).

Il y a beaucoup de conséquences néfastes à la malnutrition, certaines pourraient exposer la personne à un risque de décès prématuré. D'autres conséquences sont la perte progressive de poids, la perte fonctionnelle, les problèmes cardiaques, les problèmes cutanés et le risque d'infection. En même temps, pour des personnes qui présentent une maladie terminale ou préterminale, il faut d'abord considérer le plan de soins globalement. Des interventions nutritionnelles héroïques en de tels moments peuvent ne pas être désirées ou appropriées.

### Principaux objectifs de soins

- ⇒ Eliminer des maladies sous-jacentes, des conditions ou des traitements médicamenteux qui pourraient contribuer à la malnutrition ou la rendre à risque.
- ⇒ Mettre en place un plan de soins raisonnable pour assurer un apport calorique adéquat pour prévenir une perte de poids ultérieure ou un déficit pondéral.
- ⇒ Augmenter la qualité de vie en luttant contre les conséquences négatives de la malnutrition.

### III. Directives

#### Aperçu global

- 1) Recommandations du PNNS-B : Dépistage de la dénutrition et évaluation nutritionnelle

ÉTAPE 1 : Dépistage de la dénutrition et risque de dénutrition (screening)

ÉTAPE 2 : Evaluation nutritionnelle ( Nutritional Assessment)

ÉTAPE 3 : Prise en charge du patient dénutri

- 2) Utilisation des échelles d'évaluation
- 3) Complément d'informations : Signaux d'alarme à prendre en compte pour le plan de soins

## 1) Recommandations du PNNS-B : Dépistage de la dénutrition et évaluation nutritionnelle

A l'initiative du service public fédéral (SPF) de la santé publique, un groupe de travail scientifique ad hoc a été mis sur pied dans le cadre du Plan National Nutrition et santé. Ce groupe d'experts en dénutrition a formulé des recommandations en matière de « dépistage de la dénutrition et évaluation nutritionnelle (nutritional assessment) » qui sont présentées ci-dessous.

Le **screening** ou le **dépistage** (étape 1) est la première étape d'un processus à trois niveaux. Au moment de l'entrée, les patients sont évalués de manière rapide et efficace. Si le screening est positif, il doit conduire à l'évaluation d'une façon plus détaillée de l'état nutritionnel du patient. Ce processus s'appelle le **nutritional assessment** ou **évaluation nutritionnelle** (étape 2). Il est la base de la **stratégie nutritionnelle** (étape 3) qui sera élaborée pour chaque patient individuellement.

[annexe stratégie nutritionnelle]

### Etape 1 : Dépistage de la dénutrition et risque de dénutrition (screening)

Le screening ou le dépistage est une technique pour évaluer le risque de dénutrition du patient. Le Body Mass Index (BMI), la perte de poids récente, les apports nutritionnels et des maladies ou autres conditions médicales du patient sont prises en compte dans cette évaluation.

Pour le choix de l'outil utilisé pour le dépistage, il est important de veiller à ce que cet outil soit simple et rapide à utiliser par le personnel de soins non spécialisé (équipe de soins) et en mesure de pouvoir dépister tous les patients à risque. La méthode la plus appropriée varie selon les situations (hôpital, maison de repos, soins à domicile). Un résumé des méthodes les plus appropriées dans chaque situation est proposé par le Groupe d'Experts Scientifique :

**MUST:** Malnutrition Universal Screening Tool  
**MNA(-SF):** Mini Nutritional Assessment (Short Form)  
**NRS:** Nutritional Risk Screening

		Outil prioritaire	outil secondaire
Hôpital	adultes	NRS	MUST
	gériatrie	MUST	MNA
MRS		MNA	MUST
Soins à domicile	adultes	MUST	
	seniors	MNA-SF	

[outils en annexe]

Quand le dépistage suggère un état de dénutrition ou un risque de dénutrition accru, le médecin est informé, le patient est pris en charge par un(e) diététicienn(ne) pour une évaluation de l'état nutritionnel et des apports alimentaires et une stratégie nutritionnelle est initiée.

### Etape 2 : Evaluation nutritionnelle ( Nutritional Assessment)

Chez les patients pour lesquels le dépistage est positif, une évaluation nutritionnelle (ou nutritional assessment) est effectuée. Cette évaluation est la base de la stratégie nutritionnelle qui sera élaborée pour chaque patient individuellement. Elle prend plus de temps que le dépistage et en plus, elle est exécutée par un médecin, un(e) diététicien(ne) ou un(n) infirmier(ière) expérimenté(e) dans le domaine. Cette évaluation comprend les éléments suivants :

a) Historique

L'historique est le point de départ de la prise en charge nutritionnelle. Il révélera les éléments suivants : les causes éventuelles d'une perte de poids récente, les habitudes alimentaires, des changements de la prise alimentaire, des médicaments qui peuvent influencer l'appétit, des interactions éventuelles entre des nutriments et des médicaments, le fonctionnement et des symptômes gastro-intestinaux, des besoins accrus en micro- et macro-nutriments, la capacité fonctionnelle et l'état de santé avant l'entrée.

b) Examen médical

Une des raisons les plus importantes d'un examen clinique est d'évaluer s'il n'existe pas de carences nutritionnelles et si l'intervention nutritionnelle est bien supportée.

L'examen médical doit évaluer au moins les aspects suivants :

- Une évaluation de la masse musculaire et des réserves des graisses subcutanées
- Un examen et palpation pour la détection des oedèmes et de l'ascite
- Des signes et symptômes d'une carence en vitamines et en minéraux

Les aspects a (historique) et b (examen médical) sont les éléments de base de l'Evaluation Subjective Globale (SGA). Le SGA est l'outil d'évaluation le plus indiqué dans les différents milieux (hôpital, maison de repos, soins à domicile).

[Outil SGA en annexe]

c) Test fonctionnels

Des tests fonctionnels, comme la dynamométrie, sont des méthodes valables mais souvent fastidieuses à réaliser et pas nécessaires.

La dynamométrie de la main est un exemple d'un test fonctionnel. La force maximale est une indication pour la fonction musculaire périphérique et elle est relatée à la masse musculaire totale du corps. Une diminution de la force musculaire de la main peut être un signe d'une perte musculaire.

d) Paramètres biochimiques

Des paramètres biochimiques ne sont pas nécessaires non plus. Ils ont davantage une valeur pronostique. Plusieurs paramètres biochimiques peuvent être utilisés (protéines sériques, vitamines et minéraux,...) Certains d'entre eux peuvent être utiles pour évaluer l'état nutritionnel et pour contrôler l'efficacité de l'intervention nutritionnelle ; les protéines sériques ont une demi-vie différente. L'albumine sérique a une bonne valeur prédictive pour le outcome et pour la gravité de la maladie. Néanmoins, cette valeur est un mauvais marqueur de l'état nutritionnel, bien qu'il puisse être utile pour le contrôle à long terme. Pour le contrôle à court terme, la préalbumine et la transferrine sont davantage valables.

### Etape 3 : prise en charge du patient dénutri

Si l'évaluation nutritionnelle confirme une dénutrition, des interventions nutritionnelles nécessaires seront initiées, basées sur l'évaluation de l'apport alimentaire et les besoins nutritionnels du patient.

#### a) Evaluation des apports nutritionnels et des besoins énergétiques et nutritionnels

L'évaluation des apports nutritionnels et la comparaison de ceux-ci avec les besoins nutritionnels donne non seulement des informations sur la situation actuelle, mais elle a aussi une valeur prédictive concernant l'amélioration ou la détérioration de l'état nutritionnel. L'estimation réelle de l'apport est un vrai challenge. Vu la variabilité d'un jour à l'autre, l'apport sera évalué sur plusieurs jours. Pour ce faire, la méthode utilisée sera choisie en fonction de la situation du patient : anamnèse diététique de rappel de 24 heures élargi à la semaine réalisée par la diététicienne, journal alimentaire complété par le patient, feuilles de consommation alimentaires complétées par le personnel soignant. Ensuite, ces données peuvent être utilisées par la diététicienne pour calculer les apports nutritionnels en termes d'énergie, protéines, lipides, glucides, minéraux, vitamines et eau.

Les besoins énergétiques peuvent être mesurés (par calorimétrie indirecte) ou estimés à l'aide de formules. Des recommandations nutritionnelles pour les nutriments existent dans la littérature et devraient être utilisées pour optimiser les conseils diététiques.

#### b) Prise en charge nutritionnelle

La prise en charge nutritionnelle du patient dénutri est effectuée(e) par un diététicien(ne) et le médecin sur base de l'évaluation des apports alimentaires, les besoins nutritionnels et la pathologie. La situation psychosociale sera aussi prise en compte.

Des interventions nutritionnelles appropriées incluent une adaptation de l'alimentation normale ou l'utilisation d'aliments diététiques spécialisés, y compris des aliments entéraux (par sonde ou gastrostomie) ou parentérales, des compléments alimentaires, des suppléments nutritionnels spécifiques, adaptés ou non à la pathologie du patient. Des protocoles de nutrition peuvent être élaborés.

Aide pendant les repas, soins dentaires et la prise suffisante de boissons sont d'autres facteurs à considérer.

#### c) Suivi de l'intervention nutritionnelle

A l'aide de fiches de l'apport des aliments et boissons ou d'un journal alimentaire, l'évaluation nutritionnelle du patient peut être suivie et l'efficacité des interventions évaluée. Le suivi du poids et des paramètres biochimiques ne donne une idée qu'à long terme.

#### d) Registration et transfert des données

Les données du patient, collectées pendant le dépistage, évaluation nutritionnelle et prise en charge nutritionnelle doivent être incluses dans le dossier médical et accompagner le patient à travers les différents niveaux de soins (hôpital, maison de repos, soins à domicile).

Un « carnet de l'état nutritionnel » ou tout autre document peut être utile dans ce cas.

## 2) Utilisation des échelles d'évaluation

Les modalités d'utilisation des échelles d'évaluation de la dénutrition (MUST, MNA, NRS, SGA), ainsi qu'une analyse complète de chaque instrument de mesure, des références scientifiques et la possibilité de téléchargement l'outil d'évaluation sont disponibles sur le site BEST (Belgian Screening Tools), qui est le résultat d'une étude réalisée par l'Université de Gand, service des Sciences Infirmières, à la demande du Service Public Fédéral de la Santé Publique, Sécurité Alimentaire et Environnement : <http://www.best.ugent.be/page56962.html>

### **3) Complément d'informations : Signaux d'alarme à prendre en compte pour le plan de soins**

La liste suivante reprend les signaux d'alarme relatifs à la malnutrition qui devraient faire partie du plan de soins.

Premièrement, il faut déterminer si la personne laisse une partie significative de sa nourriture non mangée à la plupart des repas. Environ la moitié des personnes à risque tomberont dans cette catégorie. Quand c'est le cas, le but de l'évaluation et du plan de soins est de changer cette situation. Sans un plan actif pour remédier à cette situation, la grande majorité de ces personnes continueront à laisser de la nourriture dans le futur. Quand on compare le groupe des personnes qui laissent la nourriture par rapport à ceux qui ne le font pas ; on voit des taux plus élevés en ce qui concerne : des valeurs de laboratoire anormales (70 % vs 40 %), une plus grande probabilité d'être sous nouveau traitement (60 % vs 30 %), la présence d'un problème cardio-vasculaire (par exemple hypertension (51 % vs 29 %), et décompensation cardiaque (23 % vs 10 %) et un déclin récent dans les AVQ (31 % vs 10 %).

Pour les personnes qui ne laissent pas la nourriture, le but de l'évaluation est de demander ce qui leur est donné à manger. Comme toutes les personnes en déficit pondéral, ils devraient bénéficier de plus d'hydrates de carbone complexes, plus de céréales, légumes, fruits, protéines et dans certains cas, des graisses. Mais cela signifie un challenge significatif pour le groupe ciblé par ce CAP. Le but est de déterminer la quantité de calories ingérées (au moins 1600 pour une femme et 2000 par jour pour un homme) ; et pour obtenir cela, il est nécessaire d'avoir une discussion sur les préférences alimentaires et ce qui devrait être fait pour augmenter progressivement l'apport calorique.

### **EVALUATION DES TYPES D'ALIMENTATION COURANTS.**

↳ **Déficit de nourriture fournie aux repas.** Il suffit de quelques jours d'apport insuffisant de nourriture pour mener à une dégradation, avec une perte accélérée de poids et une dégradation. Malheureusement, plus de 40 % des personnes à risque vont laisser une proportion significative de nourriture non mangée. Donc il est important de surveiller régulièrement l'apport alimentaire.

⇒ Questions simples de surveillance – compter le nombre de repas et de collations normalement fournis durant la journée (par exemple, un déjeuner, dîner, souper et tous les suppléments donnés pendant la journée) ; quelle proportion de nourriture n'est pas mangée ; est-ce qu'il y a un type de nourriture qui n'est pas mangée – par exemple le pain, les pommes de terre, les pâtes, les légumes, les fruits ; la personne se désintéresse-t-elle des nourritures préparées d'une façon spéciale ?

⇒ La nourriture proposée ou disponible est-elle compatible avec les choix alimentaires de la personne (par exemple, pas de viande, trop d'épices), les allergies (par

- exemple, l'intolérance au lactose), les valeurs religieuses, la qualité de la nourriture (par exemple, différente de ce que prépare l'épouse).
- ⇒ Les intervalles entre les repas, spécialement le nombre d'heures entre le dernier repas du soir et le premier repas du matin.
- ⇒ Les nouveaux médicaments ou traitements qui peuvent réduire l'appétit (voir CAP « médication appropriée »).
- ⇒ Le refus d'accepter des suppléments alimentaires ou de manger plus de trois repas par jour.
- ⇒ La nourriture ne rencontre pas les exigences d'un régime spécialement requis.

## **FACTEURS A PRENDRE EN CONSIDERATION DANS LES CHANGEMENTS DE TYPES D'ALIMENTATION COURANTS.**

- ⇒ **Evaluation des préférences alimentaires de la personne.** Types de nourriture, types d'épices, quand elle aime manger, ce qu'il faut éviter.
- ⇒ **Problèmes de déglutition (dysphagie);** le problème mécanique de déglutition est normalement associé à un ou plusieurs problèmes médicaux ou traitements (par exemple œsophagite, radiations, tumeur du cou, de la tête ou de l'œsophage, BPCO, accident vasculaire cérébral, hémiplégie, maladie de Parkinson, diverticule de Zenker, démence). Si présents, envisager de référer la personne pour une évaluation de la capacité à avaler.
  - ⇒ Les items à surveiller comprennent : le dégoût pour certains types d'aliments, la lenteur pour s'alimenter, les plaintes concernant la nourriture collant dans la bouche, la présence d'une diète mécanique (par exemple, nourriture hachée).
  - ⇒ En cas de diète mécanique, la personne pourrait-elle avaler un autre type de nourriture ? La monotonie de tels régimes peut les amener à diminuer l'apport de nourriture.
  - ⇒ En cas d'œsophagite de reflux, le traitement de ce problème pourrait aider à résoudre les problèmes de dysphagie.
- ⇒ **Problèmes dentaires.** Ils peuvent avoir des causes variées, tels que, par exemple, une dent cassée ou abîmée, des saignements aux gencives, des lésions buccales, une bouche sèche ou, de façon plus générale, une faible hygiène dentaire.
  - ⇒ *Dents cassées ou abîmées.* Les personnes avec des dents cassées nécessitent l'attention d'un professionnel.
  - ⇒ *Saignement des gencives.* Les saignements autour des dents peuvent être dus à une inflammation de la gencive (gingivite) ou une inflammation destructive de l'os supportant la dent (périodontite) et d'une maladie systémique ou de temps en temps d'une prise de médicaments.
  - ⇒ L'attention sera portée sur une procédure régulière d'hygiène dentaire.
  - ⇒ L'attention d'un professionnel sera souvent requise si des saignements spontanés sont observés.
  - ⇒ *Problèmes de chute de dents ou de dentition douloureuse.* Une dentition douloureuse requiert un examen de la personne par un dentiste afin de déterminer s'il peut y être remédié ou si le remplacement de la dent est requis.
  - ⇒ *Lésions aux lèvres ou à la bouche (gerçures, boutons de fièvre, ulcérations, nouvelles excroissances dans la bouche).* Beaucoup de lésions peuvent toucher les lèvres ainsi que la bouche et affecter la mastication. Un dentiste ou un médecin pourront évaluer les lésions qui n'auront pas guéri spontanément au bout de deux semaines.



- ⇒ *Problème d'odorat ou de goût.* Les personnes âgées éprouvent fréquemment des difficultés avec le goût ou l'odorat. L'une des causes les plus fréquentes est le manque d'hygiène buccale.
  - ⇒ *Bouche sèche.* Cet état peut être causé par : de multiples médicaments, des maladies autant que par une radiothérapie de la tête ou de la nuque ou encore la déshydratation. Les médicaments les plus souvent impliqués sont les hypotenseurs, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les antipsychotiques, les anti cholinergiques et les antistaminiques (Voir CAP « médication appropriée »).
- ↳ **Nécessité d'un tiers extérieur pour aider à l'alimentation.** Une capacité réduite à s'alimenter seul peut être due aussi bien à un problème cognitif qu'à un déficit physique.
- ⇒ Les déficits cognitifs comprennent le fait de rester bloqué sur l'acte de manger ou l'incapacité de réaliser les séquences nécessaires pour manger.
  - ⇒ Les déficits physiques incluent les problèmes musculo-squelettiques tels que l'arthrose, les contractures, la perte de motricité d'un bras, l'incapacité de s'asseoir, les membres manquants.
- ↳ **Etats pathologiques.** Les maladies aiguës et chroniques et spécialement malignes, peuvent affecter les besoins nutritionnels des individus comme : la réduction d'appétit ou d'intérêt pour la nourriture, la nécessité d'une alimentation ou d'apports nutritionnels particuliers.
- ⇒ La démence, l'arthrose, l'asthme, la BPCO, les maladies du cœur, les problèmes hépatiques, les problèmes rénaux, le cancer, le diabète, l'hypothyroïdie, tout problème dentaire ou buccal.
  - ⇒ Les maladies aiguës récentes et graves et/ou les opérations peuvent provoquer une perte de poids et le problème peut provenir du suivi postopératoire et non de la maladie elle-même. Ces personnes bénéficieront d'un programme de nutrition adéquat et d'exercice.
  - ⇒ Les symptômes associés aux états pathologiques incluent la fièvre, l'infection (par exemple pneumonie, infection urinaire) et la douleur (par exemple douleur gastro-intestinale)
- ↳ **Problèmes cognitifs et relationnels (communication).** Un apport insuffisant de nourriture et une perte de poids sont associés à la sévérité du trouble cognitif de la personne (spécialement un score de performance cognitive (CPS) de 2 à 4 qui se traduit par un score MMSE inférieur à 10) (Voir CAP « communication » et « cognition »). Les mécanismes varient, mais ils peuvent inclure : un déclin dans la manière de se nourrir seul, pour mastiquer, et un trouble de déglutition ; une perte du plaisir de manger ; et l'émergence d'une multitude de comportements pathologiques tels que déambuler à la recherche d'une nourriture agréable. Les stratégies de traitement de base pourraient être les suivantes : une recherche d'aliments attractifs, des approches non-menaçantes pour nourrir les personnes qui sont agressives physiquement ; ou l'introduction d'un schéma de surveillance pour s'assurer que toute la nourriture ou presque a été mangée.
- ↳ **La dépression.** La dépression peut amener la personne à diminuer son apport de nourriture. Un score de 3 ou plus sur l'échelle de dépression interRAI (DRS) suggère une dépression significative (voir CAP « humeur »).
- ↳ **Les médicaments.** Les effets secondaires des médicaments sont une cause commune et réversible de diminution de l'apport nutritionnel. Plusieurs médicaments sont connus

pour altérer l'apport de nourriture par un changement d'appétit ou du sens gustatif ou de l'odorat, ou à cause de leurs effets sur le système gastro-intestinal. En plus, les médicaments peuvent interférer sur l'absorption, le métabolisme et l'excrétion des nutriments. D'un autre côté, quand les médicaments n'ont pas l'effet escompté sur les symptômes (par exemple, la douleur) ils peuvent limiter la capacité de prise en charge de la vie quotidienne comme le fait de faire les courses alimentaires ou de cuisiner. Une vérification des prescriptions de médicaments devrait être réalisée et éventuellement modifiée par le médecin pour diminuer les effets secondaires.

⇒ Ceux qui utilisent les médicaments suivants peuvent requérir un ajustement de leur plan de soins nutritionnel : les diurétiques, certains médicaments pour le cœur, les anti-inflammatoires, les médicaments pour la maladie de Parkinson (voir CAP « médication appropriée »)

↪ **La nécessité d'un régime particulier.** Déterminer quel type de régime a la personne et s'il doit être maintenu. Consulter un diététicien, si nécessaire.

⇒ Un régime diabétique et la restriction de certains aliments

⇒ Un régime pour augmenter le poids

⇒ Un régime thérapeutique – à haute teneur calorique ou protéiné, haché ou moulu.

↪ **Le contexte du repas et l'environnement social.** Manger normalement demande plus que recevoir une nutrition adéquate. L'environnement psychosocial devrait convenir pour l'acte de manger, incluant le contexte physique et les personnes qui sont dans l'espace de repas.

↪ **Monitoring prospectif**

⇒ Laisser de la nourriture non mangée.

⇒ Une perte de poids continue.

⇒ Comment bien utiliser l'équipement adapté.

⇒ Le besoin continu de soutien ou d'assistance pour le repas.

⇒ L'émergence de problèmes de mastication.

⇒ Les changements de préférences alimentaires.

⇒ Évaluer la « densité d'énergie » de la nourriture servie.

## Sources et lectures complémentaires

- Defloor T., Grypdonck M., Bocquaert I., Vanderwee K., Lardennois M., Folens B. Evaluation de la dénutrition dans les unités de gériatrie. SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. 2007
- Recommandations par le groupe d'experts scientifique dénutrition du plan National Nutrition Santé pour la Belgique (SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement) : Plan National Nutrition Santé pour la Belgique : [www.monplannutrition.be](http://www.monplannutrition.be)
- Charte "Qualité-Nutrition" en maison de repos et maison de repos et de soins (août 2008) :

Dans le cadre du plan opérationnel du PNNS-B, un groupe de travail a rédigé une charte nutritionnelle dont l'application permet d'obtenir un label régional « Qualité Nutrition ». La Charte est disponible à l'adresse suivante :

<https://portal.health.fgov.be/pls/portal/url/ITEM/5947F94893E62B8AE04400144F3EAABC>

- « Stratégie pour l'approche transmurale de la problématique alimentaire chez les personnes âgées » :

À la demande du Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, un projet a été établi sur la matière de soins nutritionnels chez les personnes âgées, par l'unité des sciences de l'infirmier de l'Université Gent. L'accès au site est le suivant :

[http://www.ebnursing.ugent.be/richtlijnen/voeding/fran\\_ais\\_accueil.html](http://www.ebnursing.ugent.be/richtlijnen/voeding/fran_ais_accueil.html)

- Arvanitakis M, Beck A, Coppens P, De Man F, Elia M, Hebuterne X, Henry S, Kohl O, Lesourd B, Lochs H, Pepersack T, Pichard C, Planas M, Schindler K, Schols J, Sobotka L, Van Gossum A. Nutrition in care homes and home care: how to implement adequate strategies (report of the Brussels Forum (22-23 November 2007)). Clin Nutr. 2008 Aug;27(4):481-8. Epub 2008 Jun 17. Review.
- Arvanitakis M, Coppens P, Doughan L, Van Gossum A. Nutrition in care homes and home care: Recommendations - a summary based on the report approved by the Council of Europe. Clin Nutr. 2009 Aug 20.
- National Institute for Health and Clinical Excellence Quick Reference Guide, February 2006. Oral Nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition.  
[http://guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=8739#s24](http://guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=8739#s24)

## **AUTEURS**

Gunnar Ljunggren, MD, PhD  
Harriet Finne-Soveri, MD, PhD  
John N. Morris, PhD, MSW