

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des modèles testés dans les hôpitaux ayant participé à l'étude More-2-Eat. Prenez ces modèles à titre d'exemples montrant comment le processus de dépistage et de demande de consultation peut être adapté à votre hôpital ou unité.

Qui effectue le dépistage?	Où se trouve le questionnaire de dépistage?	Comment la diététiste est-elle avisée?
Infirmières	Formulaire papier utilisé à l'admission, contenant des instructions sur la façon de procéder pour adresser les patients à la diététiste	Patients adressés à la diététiste (par téléphone ou sur papier)
		La diététiste (ou la personne désignée) vérifie les formulaires d'admission afin de détecter les résultats positifs au dépistage du risque nutritionnel
Infirmières	Formulaire d'admission (électronique)	Demande électronique de consultation de la diététiste ou d'un autre clinicien en vue de l'Évaluation globale subjective (ÉGS)
Assistants/techniciennes en diététique	OCDN utilisé au moment de recueillir des renseignements sur l'alimentation, les préférences alimentaires et autres renseignements pertinents auprès des patients	L'assistante ou la technicienne en diététique laisse l'OCDN rempli dans le pigeonier de la diététiste pour les patients dont le dépistage indique un risque de malnutrition

Conseil utile

L'objectif est de soumettre au dépistage tous les patients admis/transférés. Les patients classés comme étant à risque sont adressés à la diététiste (ou à un autre professionnel de la santé formé) afin de vérifier leur état nutritionnel au moyen de l'Évaluation globale subjective (ÉGS).

Évaluation (Évaluation globale subjective)

Les patients chez qui un risque nutritionnel a été détecté doivent subir une évaluation diagnostique visant à confirmer la malnutrition. L'Évaluation globale subjective (ÉGS) ([Annexe 2](#)) est reconnue internationalement comme « meilleure pratique » pour diagnostiquer la malnutrition et pour cibler les patients qui pourraient avoir besoin de soins nutritionnels.

« Je ne crois pas que je vois plus de patients [à cause du dépistage]. Je vois probablement la même quantité de patients, mais de façon plus appropriée. »

- Une diététiste

La version mise à jour (2015) du DVD sur l'ÉGS peut être commandée sur le [site Web du GTCM](#). Le GTCM offre également de la [formation sur l'ÉGS](#).

Comment diagnostique-t-on la malnutrition?

L'ÉGS est recommandée par le GTCM pour le triage des patients vers les soins nutritionnels adéquats. Cet outil d'évaluation au chevet du patient est simple et permet d'obtenir un diagnostic précis en 10 minutes. L'ÉGS a été validée auprès de diverses populations de patients et est utilisée partout dans le monde pour diagnostiquer la malnutrition.

L'ÉGS comprend :

- Une évaluation des changements récents dans la consommation d'aliments, de nutriments et de liquides;
- Une évaluation des changements dans le poids corporel;
- Une évaluation des symptômes gastro-intestinaux et des autres raisons pouvant expliquer un faible apport alimentaire;
- Un examen physique visant l'évaluation de la perte de masse musculaire et de masse adipeuse;
- Une évaluation des capacités fonctionnelles.

Il est important de se rappeler que l'ÉGS ne permet de détecter que la malnutrition protéino-énergétique; d'autres raisons pourraient aussi motiver une évaluation par la diététiste et un traitement.

Quand devrait-on avoir recours à l'ÉGS?

Une diététiste ou un autre professionnel de la santé formé devrait procéder à une ÉGS dans les 24 heures suivant l'obtention d'un résultat positif au dépistage du risque nutritionnel chez un patient hospitalisé. L'ÉGS devrait aussi être utilisée lorsque le dépistage du risque nutritionnel n'est pas nécessaire ou pas possible (p. ex., en cas de délire, de démence, de problèmes de santé exposant le patient à un risque élevé [p. ex., traumatisme, ulcères de pression ou syndrome de réaction inflammatoire généralisée], de difficultés de langage ou de communication, d'alimentation entérale ou parentérale ou de transfert récent des soins intensifs). Il faut, dans de tels cas, procéder à une ÉGS, de préférence le premier jour de l'hospitalisation, afin de vérifier si le patient est ou non atteint de malnutrition. Au moment de mettre sur pied votre processus de dépistage et d'évaluation en vue du triage des patients, assurez-vous que le personnel connaîtra le processus et saura quoi faire dans le cas des patients qui ne peuvent être soumis au dépistage (p. ex., demande automatisée de consultation d'une diététiste en vue de l'ÉGS).

Comment procéder au triage des patients sur la base des résultats de l'ÉGS?

L'ÉGS donne comme résultat un score de A, B ou C. Dans le cadre de la démarche INPAC, chacun de ces scores correspond à des niveaux de soins différents, soit :

ÉGS A (bon état nutritionnel) : Même si le dépistage a indiqué qu'ils étaient à risque sur le plan nutritionnel, les patients obtenant un score de A à l'ÉGS n'ont pas besoin de soins nutritionnels avancés ni spécialisés pour traiter la malnutrition protéino-énergétique. Faire un nouveau dépistage une semaine après l'admission à l'hôpital.

ÉGS B (malnutrition légère ou modérée) : Il revient au professionnel de la santé effectuant l'ÉGS de déterminer, en fonction de son jugement clinique, si une évaluation nutritionnelle plus complète est requise pour déterminer la cause de la malnutrition protéino-énergétique ou la présence possible d'un déficit en micronutriments, ou s'il convient de procéder à d'autres examens qui pourraient avoir une incidence sur le plan de traitement.

ÉGS C (malnutrition grave) : Les patients de cette catégorie doivent subir une évaluation plus complète par une diététiste et recevoir un plan de traitement individualisé contre la malnutrition protéino-énergétique.

Conseils utiles

Voici quelques conseils visant à faciliter le dépistage et le traitement de la malnutrition à l'aide de l'ÉGS :

- Il est plus efficace, après l'ÉGS, de procéder immédiatement à une évaluation nutritionnelle complète chez tous les patients de classe C et chez les patients de classe B chez qui cela est jugé approprié.
- Élaborez un plan standardisé de traitement et de suivi des patients. Un tel plan est particulièrement pertinent dans le cas des patients ayant obtenu un score de B à l'ÉGS, qui peuvent recevoir des soins avancés mais sans être automatiquement soumis à une évaluation complète.
- Pour favoriser une meilleure efficacité, les patients ayant obtenu un score de B à l'ÉGS peuvent être suivis par une technicienne en diététique. Certains organismes de réglementation ont déterminé que le traitement des patients malnutris était une pratique réglementée réservée aux diététistes.
- Au moment du diagnostic de malnutrition, réfléchissez aux stratégies qui pourraient être déployées immédiatement chez les patients ayant obtenu un score de B ou de C à l'ÉGS et mettez les en application sans délai (p. ex., libéralisation des diètes, prise en considération des préférences alimentaires des patients).
- Certaines stratégies de soins avancés (classe B) peuvent être utilisées chez des patients de classe A, à la discrétion du professionnel de la santé effectuant l'ÉGS.
- Envisagez l'offre de suppléments nutritionnels oraux avec les médicaments (petites quantités de suppléments nutritionnels données par le personnel infirmier au moment de

la distribution des médicaments) chez tous les patients ayant reçu un score de B ou de C à l'ÉGS.

Pratiques de soins standard

Par « soins standard », on entend le niveau minimal de soins que tous les patients reçoivent, peu importe leur état nutritionnel. Un apport alimentaire insuffisant est un facteur prédictif d'allongement de la durée du séjour à l'hôpital et influe négativement sur l'expérience globale d'hospitalisation vécue par le patient; c'est pourquoi la surveillance de l'apport alimentaire est essentielle au bien-être de tous les patients. Les stratégies de soins standard consistent à aider le patient à se mettre dans une position adéquate pour manger, à lui donner ses lunettes ou son dentier au début du repas, à soulager sa douleur ou ses nausées ou encore à l'aider à ouvrir les emballages des aliments qui lui sont servis. En outre, le fait de servir des plats savoureux et appétissants qui répondent aux besoins nutritionnels des patients doit être considéré comme une pratique de soins standard. La qualité de la nourriture est importante pour le rétablissement et la qualité de vie des patients, et doit faire partie des priorités. Dans le contexte de la maladie, les aliments, tout comme les médicaments, font partie du traitement.

« Les infirmières sont beaucoup plus sensibilisées et j'imagine aussi plus actives [dans les soins nutritionnels]. Il ne s'agit pas que d'un simple plateau apporté à un patient. On vérifie que le plateau contient les aliments appropriés pour ce patient. Parfait, le patient mange. A-t-il besoin d'aide? Et on va un peu plus loin maintenant : on peut déterminer si un patient est à risque, et on se sent peut-être même un peu plus en confiance pour prendre nous-mêmes certaines mesures avant l'intervention de la diététiste. À mon avis, cela a de grandes répercussions. »

- Une infirmière

Voici quelques stratégies de soins nutritionnels visant à favoriser l'apport alimentaire chez tous les patients :

- **Sensibiliser à l'importance de la nutrition**

- Accroître la sensibilisation à l'importance du moment des repas dans toutes les unités de soins, en reconnaissant que tout le monde a un rôle à jouer dans les soins nutritionnels ([Annexe 6](#)).
- Encourager le personnel à réduire les interruptions au moment des repas.
- Encourager le personnel à aider les patients à se préparer pour les repas (p. ex., un physiothérapeute qui termine ses soins peut ensuite offrir du soutien en encourageant le patient à se rendre aux toilettes avant le repas).
- Des affiches peuvent être utilisées pour accroître la sensibilisation au sujet des besoins des patients à l'heure des repas.