

## LE RÔLE DE LA DIÉTÉTICIENNE / DU DIÉTÉTICIEN DANS LES EMS



## IMPRESSUM

### Éditeur

CURAVIVA Suisse  
Domaine spécialisé personnes âgées  
Zieglerstrasse 53  
Case postale 1003  
3000 Berne 14  
Téléphone 031 385 33 33

[info@curaviva.ch](mailto:info@curaviva.ch)  
[www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch)

**Auteurs et auteurs:** Fabienne Schaller, BSc BFH diététicienne ASDD; Robert Speer, MSc nutr. med. diététicien ASDD; Karin von Burg, MSc clin. nutr. diététicienne ASDD

**Contact:** groupe spécialisé Gériatrie de l'ASDD, Association suisse des diététicien-ne-s ASDD, [service@svde-asdd.ch](mailto:service@svde-asdd.ch)

**Copyright image de titre:** CURAVIVA Suisse

**Mise en page:** CURAVIVA Suisse

**Parution:** automne 2017

*Par souci de lisibilité, seule la forme féminine est utilisée dans ce document. Celle-ci désigne toujours les deux genres.*

## Table des matières

1. Introduction.....	4
2. Conseils nutritionnels en gériatrie .....	4
3. Offre de prestations .....	6
4. Modèles de travail et de financement potentiels .....	9
5. Recommandations.....	10
6. Informations complémentaires.....	12
7. Bibliographie.....	12

## 1. Introduction

Ce dossier se penche sur l'offre de prestations et la collaboration interprofessionnelle de la diététicienne dans la gériatrie et les soins de longue durée. Il propose également des modèles de travail potentiels avec la diététicienne ASDD<sup>1</sup> ainsi que des recommandations pour les EMS.

Dans les EMS, l'engagement de diététiciennes ASDD peut s'avérer utile pour l'introduction ou l'amélioration de la gestion interprofessionnelle de l'alimentation. Chez les personnes âgées, le comportement en matière d'alimentation et de boisson peut être perturbé par un grand nombre de facteurs, avec des répercussions négatives sur la qualité de vie [1-7, 9-12]. Sur la base de ce constat bien étayé en littérature, un «groupe spécialisé Gériatrie» expert dans l'alimentation des personnes âgées a été créé, en 2013, par l'association professionnelle indépendante des diététiciennes ASDD. Ce groupe spécialisé s'engage, entre autres, pour la mise en place d'une procédure standardisée dans le domaine de la gestion de l'alimentation dans les EMS. La pratique, de même que des études internationales [2, 8, 12, 19], ont montré qu'une bonne collaboration entre les domaines soins/assistance, diététique et restauration/intendance contribue à l'amélioration de la qualité de vie des résidentes.

## 2. Conseils nutritionnels en gériatrie

À côté des attentes subjectives concernant l'alimentation et les boissons, les personnes âgées ont également des besoins physiologiques en matière de micronutriments et de macronutriments, ainsi que de liquides. En raison de leur plus grande dépendance, y compris dans le domaine de l'alimentation, il est important d'assurer une offre nutritionnelle et de liquides adaptée aux besoins, à côté d'une adaptation individualisée par l'équipe chargée de l'assistance. Il n'est pas rare qu'une assistance nutritionnelle thérapeutique soit indiquée. Dans les hôpitaux, la collaboration interprofessionnelle avec une diététicienne ASDD afin de promouvoir et de maintenir des structures durables fait depuis longtemps déjà partie de la norme. L'expérience montre qu'aussi bien les instructions relatives aux tâches et aux domaines d'action que les interfaces avec les différents groupes professionnels doivent être consignées par écrit. Le but des conseils nutritionnels dans les soins de longue durée est souvent d'éviter une malnutrition ou de la traiter, et de contribuer ainsi au maintien ou à l'amélioration de la qualité de vie des résidentes [2, 8]. Selon les lignes directrices de la Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) concernant la «diététique clinique en gériatrie» [6], il y a des risques de malnutrition lorsque la quantité de nourriture absorbée diminue d'env. 50 % pendant plus de trois jours ou lorsque plusieurs facteurs de risque présents simultanément soit réduisent la quantité de nourriture absorbée, soit augmentent les besoins en énergie et en nutriments. Fondamentalement, la fréquence d'une malnutrition manifeste augmente avec l'âge. Cela peut concerner

---

<sup>1</sup> Nombreuses sont celles qui se disent diététiciennes. Les professionnelles reconnues légalement se distinguent par le label protégé «diététicien-ne ASDD – métier suisse de la santé»  
voir : [www.svde-asdd.ch/ernaehrungsberatung-als-beruf/](http://www.svde-asdd.ch/ernaehrungsberatung-als-beruf/)

aussi bien des résidentes avec un poids normal que des résidentes en surpoids. Les déficits nutritionnels sont particulièrement fréquents chez les personnes âgées souffrant de pathologies aiguës ou chroniques. Selon les lignes directrices de la DGEM, une personne souffre de malnutrition lorsqu'elle perd de manière non intentionnelle plus de 5 % de son poids corporel en trois mois ou plus de 10 % en six mois, ou lorsque son poids corporel diminue sensiblement ( $BMI < 20 \text{ kg/m}^2$ ) [6]. De plus, le vieillissement entraîne une série de modifications physiologiques, avec diverses répercussions sur l'alimentation. Ainsi, la masse musculaire diminue et la graisse corporelle augmente. L'activité physique est généralement très réduite et l'appétit diminue également. Cela entraîne, entre autres, un besoin en énergie réduit, sans pour autant diminuer les besoins en vitamines et en sels minéraux. Pour certains micronutriments (p. ex. vitamine D) et macronutriments (p. ex. protéines), le besoin est même accru. Cela pose des exigences particulières à l'alimentation, car une nourriture moins abondante doit contenir davantage de protéines, de vitamines et de sels minéraux, c.-à-d. une concentration plus élevée en nutriments [7]. D'une manière générale, il s'est avéré qu'une adaptation de l'alimentation est souvent difficile à mettre en pratique et qu'une mise en œuvre durable n'est guère réalisable sans une collaboration interprofessionnelle.

### **La malnutrition comme facteur influençant les ressources et les coûts**

La prévalence de la malnutrition et du risque de malnutrition dans les EMS suisses varie entre 15 et 58 % [3-5, 9] en fonction des méthodes d'évaluation et de la conception de l'étude. Ces chiffres sont comparables avec ceux d'études internationales [6, 8, 10, 12].

Les aspects économiques de la malnutrition ont été étudiés, en Suisse, dans le domaine stationnaire. Les coûts supplémentaires pour les personnes hospitalisées en 2004 se sont élevés à env. CHF 526 millions [3-5, 13]. En Allemagne, une analyse a été réalisée, en 2007, pour les domaines des soins ambulatoires et des soins stationnaires de longue durée. Les auteurs ont évalué les coûts de la malnutrition dans les domaines ambulatoire et des EMS pour le système de santé allemand à EUR 2,6 milliards [14]. Bien que nous ne disposions pas de chiffres correspondants pour la Suisse, ces exemples montrent que les résidentes malnutries requièrent des soins accrus. Cela implique des sollicitations physiques et en temps accrues des ressources en personnel, ce qui a aussi des répercussions financières.

### **Sollicitation en temps des ressources en personnel**

Les soins des plaies, notamment des plaies chroniques, impliquent toujours une sollicitation élevée en personnel et en temps. La malnutrition qui leur est souvent associée a des répercussions négatives sur la guérison des plaies et est susceptible d'entraver le processus de guérison à long terme. La fourniture adaptée aux besoins de micronutriments et de macronutriments, combinée à des soins optimaux des plaies, constitue la base pour un processus de guérison rapide [15-17, 37].

## Sollicitation physique des ressources en personnel

Indépendamment du temps investi, la charge physique pour le personnel soignant augmente avec les résidentes malnutries. Cela résulte d'une immobilisation accrue, associée à une perte de masse musculaire liée à la malnutrition. À mesure que leur masse musculaire diminue, les personnes touchées sont de moins en moins en mesure de participer au processus de mobilisation, ce qui a pour conséquence que la mobilisation se fait exclusivement par le personnel soignant. [16].

### 3. Offre de prestations

La diététicienne ASDD est l'interlocutrice pour toutes les questions relatives à l'alimentation et à la diététique. Sur la base de ses compétences spécifiques, elle apporte son soutien à l'institution, aux collaboratrices, aux résidentes et aux proches. Elle travaille de manière interprofessionnelle et tient compte des multiples besoins de tous les intervenants au processus. Elle peut prendre en charge les tâches suivantes:

- Conseil et assistance aux résidentes et à leurs proches pour les questions et les problèmes nutritionnels
- Rôle d'interface de l'équipe interprofessionnelle (cuisine, intendance, soins, médecins, direction) dans les grandes institutions, le cas échéant par une commission de nutrition
- Élaboration de bases pour une alimentation adaptée aux besoins, en collaboration avec l'hôtellerie et la cuisine. Cela, en tenant compte des besoins concernant l'adaptation de la consistance, des biographies alimentaires personnelles des résidentes, de leurs besoins individuels en nutriments ainsi que d'éventuels régimes alimentaires ou formes d'alimentation
- Élaboration de concepts d'alimentation ou de lignes directrices, p. ex. pour une alimentation adaptée aux besoins (cf. ci-dessus), gestion des refus de nourriture ou de liquides, produits spéciaux, alimentation artificielle en collaboration avec la commission de nutrition
- Formation du personnel de cuisine, de l'intendance, des soins, de l'assistance, de l'activation et des médecins

La présence et les activités de la diététicienne ASDD permettent d'améliorer la gestion interprofessionnelle de l'alimentation entre tous les groupes professionnels. De plus, les conseils nutritionnels peuvent contribuer à améliorer l'autonomie des résidentes en matière d'alimentation.

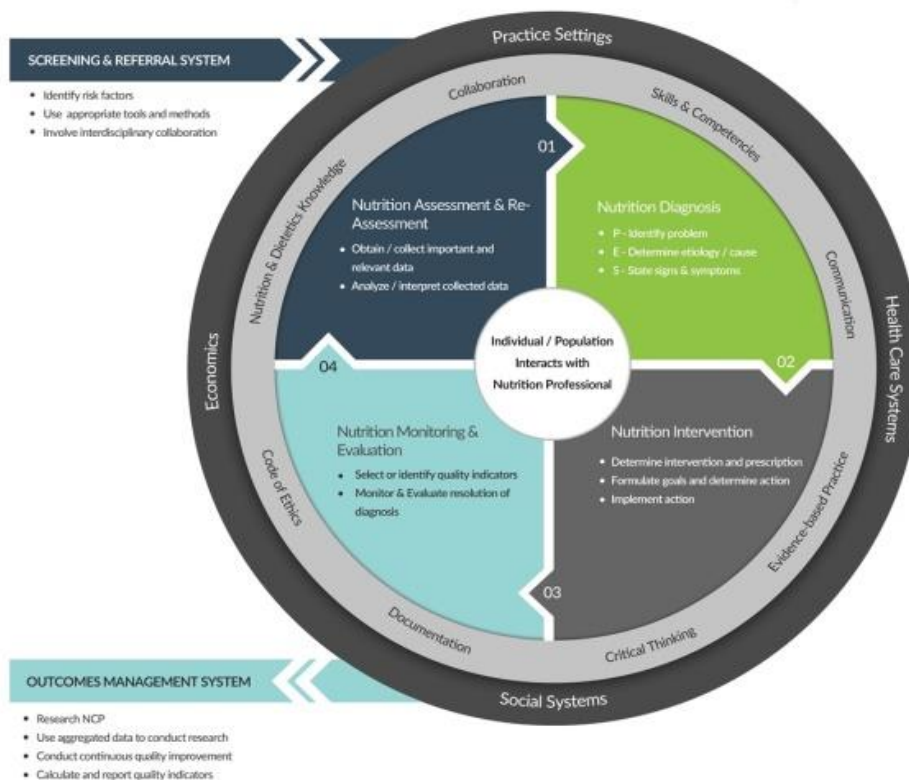
### État des lieux en matière d'alimentation et évaluation des malnutritions

La base est constituée par la réalisation d'un dépistage nutritionnel avec un outil de dépistage évalué [2, 6, 18-31]. Le but de cette mesure est de réaliser un dépistage précoce des résidentes malnutries ou présentant un risque de malnutrition. Le dépistage nutritionnel devrait être réalisé par le personnel soignant. L'évaluation précise de la malnutrition est une condition

préalable pour un traitement individuel et ciblé, ce dépistage ne représentant toutefois que la première étape. Il s'agit de réaliser une évaluation approfondie de l'état nutritionnel. Dans ce cadre, on utilise plusieurs méthodes pour l'évaluation de l'état du corps, des besoins en énergie et/ou de l'apport énergétique et nutritionnel en fonction de la situation pour la suite de l'évaluation [6, 32]. L'état nutritionnel (2<sup>e</sup> étape) est déterminé par la diététicienne ASDD sous sa propre responsabilité et comprend l'identification et la désignation d'un ou de plusieurs problèmes nutritionnels. Suit alors l'intervention nutritionnelle (3<sup>e</sup> étape), dont le but est de définir un objectif, des recommandations ainsi qu'une planification des mesures. Le monitoring et l'évaluation périodiques (4<sup>e</sup> étape) des paramètres et des indicateurs définis permettent à la diététicienne d'effectuer une évaluation individuelle de la thérapie nutritionnelle. Dans ses lignes directrices «Klinische Ernährung in der Geriatrie», la Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) requiert une approche nutritionnelle globale et structurée dans les établissements gériatriques de soins de longue durée [6]. Le dépistage nutritionnel ainsi que l'approche nutritionnelle thérapeutique adaptée aux besoins sont mis en place au moyen du processus de soins nutritionnels (étapes 1 à 4) [33].



## THE NUTRITION CARE PROCESS MODEL



### Management de la qualité

Dans le cadre de l'assurance qualité et de la promotion de la qualité, les institutions de soins de longue durée ont la possibilité d'effectuer une certification externe. Dans ce cadre, les services de certification proposent un choix de standards de base. La prise en considération du «standard nutrition» tient compte de l'importance de ce thème [34].

Dans les institutions certifiées, la diététicienne ASDD coordonne le «standard nutrition» dans le sens du management de la qualité. Dans le cadre de l'assurance qualité, elle recueille chaque année des données quantitatives et qualitatives (valeurs de référence). Ces données comprennent également des chiffres clés relatifs aux formes d'alimentation, à la teneur en nutriments et à la fourniture des repas, ainsi que des aspects relatifs à l'état nutritionnel des résidentes et des données relatives à la prévalence de la malnutrition.



## 4. Modèles de travail et de financement potentiels

### Engagement d'une diététicienne ASDD dans un cadre contractuel

Dans le cadre d'un emploi contractuel, la diététicienne ASDD peut prendre en charge les tâches mentionnées dans le chapitre précédent. La condition première pour un tel emploi est une place de travail avec ordinateur et accès Internet. Une prescription médicale et un numéro de registre des codes créanciers (n° RCC) sont nécessaires pour pouvoir facturer ses prestations à travers l'assurance de base. La présence permanente de la diététicienne ASDD permet de sensibiliser de manière optimale tous les groupes professionnels impliqués au thème de l'alimentation. Une bonne collaboration interprofessionnelle ainsi que des conseils nutritionnels rapides et disponibles en tout temps sont particulièrement importants pour tenir compte des besoins nutritionnels complexes des résidentes d'EMS. La présence d'une diététicienne sur place peut contribuer à l'amélioration de la qualité des soins. Un autre avantage de l'emploi contractuel est qu'il facilite l'élaboration d'un concept nutritionnel ainsi que le bon fonctionnement d'une commission nutritionnelle, et qu'il permet de répondre rapidement à des questions urgentes. Une diététicienne ASDD peut également être engagée conjointement par plusieurs institutions.

Dans ce modèle de travail, l'EMS a des coûts fixes. Seuls les travaux effectués directement pour une patiente avec une prescription médicale sont facturés à travers l'assurance de base.

### Recommandation relative au taux d'occupation

La recommandation relative au taux d'occupation en fonction du nombre de résidentes est basée sur les données disponibles concernant la prévalence de la malnutrition dans les institutions gériatriques [3-5, 6, 8-12], les recommandations de la Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) relatives aux exigences structurelles dans les institutions de soins de longue durée [6] et la prise en compte des valeurs d'expérience issues de la pratique. Cette recommandation peut être utilisée par les EMS comme base de décision pour l'engagement d'une diététicienne ASDD.

Résidentes	Taux d'occupation
≤ 50	40 %
50 - 70	50 %
70 - 100	100 %

## Appel à une diététicienne ASDD indépendante dans le cadre de mandats

La diététicienne ASDD travaille de manière indépendante pour un ou plusieurs EMS, sur la base de mandats. Les domaines d'activité sont les mêmes que pour les diététiciennes travaillant dans le cadre d'un emploi contractuel. Ce type de collaboration peut être avantageux pour les institutions de petite taille, lorsque des conseils nutritionnels ne sont requis que durant quelques heures par mois. Si la diététicienne ASDD a son cabinet dans le home, la proximité et la disponibilité rapide des conseils nutritionnels représentent un avantage. Une prescription médicale et un numéro de registre des codes créanciers (n° RCC) sont nécessaires pour pouvoir facturer ses prestations à travers l'assurance de base. Les conseils nutritionnels ne sont sollicités que pour certains conseils et certaines thérapies nutritionnelles ainsi que pour des projets et des formations définis. De cette manière, les EMS n'ont pas de coûts fixes. Les tarifs ambulatoires sont donnés dans la «Convention tarifaire Conseils nutritionnels ASDD» [35, 36]. Si la diététicienne est également sollicitée pour des projets, des perfectionnements ou des tâches de coaching, un honoraire est négocié.

## 5. Recommandations

### Concept nutritionnel

Le groupe spécialisé Gériatrie de l'Association suisse des diététicien-ne-s ASDD recommande aux institutions de soins de longue durée d'introduire un concept nutritionnel individuel, adapté aux besoins de l'organisation. Dans ce cadre, il s'agit d'établir des instructions standardisées et des interfaces pour la fourniture des soins nutritionnels, et de définir clairement les responsabilités [6, 8, 19].

### Commission nutritionnelle

Sur la base de valeurs d'expérience issues de la pratique, le groupe spécialisé Gériatrie de l'ASDD recommande la formation d'une commission nutritionnelle interprofessionnelle pour les institutions de grande taille, de plus de 100 résidentes. Cette commission est compétente pour l'élaboration, le contrôle et la mise en œuvre d'un concept nutritionnel ainsi que pour la coordination des projets nutritionnels et le soutien à ceux-ci.

### Offre de formation continue et de perfectionnement

Sur la base de la littérature spécialisée récente, le groupe spécialisé Gériatrie de l'ASDD recommande l'élaboration d'un concept de formation continue et de perfectionnement tenant compte des aspects nutritionnels des résidentes de différentes classes d'âge ainsi que de l'évolution de leurs besoins. Les offres et l'envergure des mesures de formation continue et de perfectionnement sont définies dans le cadre du concept nutritionnel et d'une certification visée ou existante [34] de l'institution. Dans ce cadre, on tiendra compte des besoins spécifiques des différents groupes professionnels (p. ex. personnel soignant, hôtellerie ou personnel de cuisine) [2, 19, 38-41]. L'offre peut être définie à l'interne.

## **Tâches et compétences**

Le groupe spécialisé Gériatrie de l'ASDD recommande de consigner par écrit les tâches et les compétences de la diététicienne ASDD. Des informations complémentaires sur la participation aux différents processus sont consignées dans le cadre du concept nutritionnel et de documents complémentaires. Cela est notamment nécessaire lors de l'appel à des diététiciennes ASDD dans le cadre de mandats. Des structures claires et des déroulements logiques permettent à l'institution ainsi qu'à tous les groupes professionnels impliqués d'assurer un déroulement sans heurts et adapté aux besoins des résidentes [2, 19].

## 6. Informations complémentaires

### Liens

- [Weiterbildung im Bereich Ernährung und Diätetik](#) (Haute école spécialisée bernoise)
- [Weiterbildungen im Bereich Gastronomie](#) (CURAVIVA Suisse)
- [Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik](#) (Haute école spécialisée bernoise)
- [Le Bachelor en Nutrition et diététique](#) (Haute école de santé Genève)
- [Association professionnelle ASDD](#)
- [Groupe spécialisé Gériatrie de l'ASDD](#)

## 7. Bibliographie

[1] Löser, C. (éd.) (2011). Unter- und Mangelernährung. Klinik – moderne Therapiestrategien – Budgetrelevanz. Stuttgart: Thieme. ISBN: 978-3-13-154101-7.

[2] DNQP (2017). 1. Aktualisierung 2017. Expertenstandard «Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege». ISBN: 978-3-00-025800-8.

[3] Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2012). Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. ISBN: 3-905782-70-7 978-3-905782-70-7. Consulté le 06.12.2017 sur [www.blv.admin.ch/blv/de/home/lebensmittel-und-ernaehrung/publikationen-und-forschung/statistik-und-berichte-ernaehrung.html](http://www.blv.admin.ch/blv/de/home/lebensmittel-und-ernaehrung/publikationen-und-forschung/statistik-und-berichte-ernaehrung.html).

[4] Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2012). Sixième rapport sur la nutrition en Suisse. ISBN: 3-905782-71-5 978-3-905782-71-4.

[5] Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) (2012). Sesto Rapporto sull'alimentazione in Svizzera. ISBN: 3-905782-72-3 978-3-905782-72-1.

[6] Volkert, D., Bauer, J. M., Frühwald, T., Gehrke, I., Lechleitner, M., Lenzen-Großimlinghaus, R., Wirth, R. Sieber, C. und das DGEM Steering Committee (2013). Klinische Ernährung in der Geriatrie. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Consulté le 31.03.2017 sur [www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/073-019l\\_S3\\_Klinische\\_Ernahrung\\_Geriatrie\\_2015-12.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/073-019l_S3_Klinische_Ernahrung_Geriatrie_2015-12.pdf).

[7] Volkert, D. (2015). Ernährung im Alter. 1<sup>re</sup> édition. Walter De Gruyter. ISBN: 978-3-11-034455-4.

[8] Kulnik, D. et al. (2008). Assessment of the nutritional situation of elderly nursing home residents in Vienna. Ann Nutr Metab. 2008;52 Suppl 1:51-3. doi: 10.1159/000115350. Epub 2008 Mar 7.

[9] Bourquin, L. et al. (2008). Dépistage de la dénutrition communautaire par les services de soins à domicile à Neuchâtel. Rev Med Suisse 2008;4:2458-62.

[10] Donini, LM. et al. (2013). Nutritional care in a nursing home in Italy. PLoS One. 2013;8(2):e55804. doi: 10.1371/journal.pone.0055804. Epub 2013 Feb 6.

- [11] Morisod, J. (2011). Dénutrition de la personne Âgée. Rev Med Suisse 2011;7:209-10.
- [12] Pezzana, A. et al. (2015). Nutritional Care Needs in Elderly Residents of Long-Term Care Institutions: Potential Implications for Policies. J Nutr Health Aging 2015 Nov;19(9):947-54. doi: 10.1007/s12603-015-0537-5.
- [13] Frei, A. (2006). Mangelernährung im Spital – medizinische Kosten und Kosteneffektivität bei Verhinderung. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Consulté le 10.10.2017 sur [www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/pluriprofessionnels\\_de\\_sante/denuitricioncouts.pdf](http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/pluriprofessionnels_de_sante/denuitricioncouts.pdf).
- [14] Cepton (2007). Mangelernährung in Deutschland. 1<sup>re</sup> édition. ISBN 978-3-00-022678-6.
- [15] Kasper, H. (2009). Ernährungsmedizin und Diätetik. 11<sup>e</sup> édition. München & Jena: Urban & Fischer. ISBN: 978-3-437-42012-2.
- [16] Kiesewetter, E. (2015). Sarcopenia and Nutrition. New Kids on the Block? 20. St. Galler Geriatrieforum «Trends in der Geriatrie», consulté le 31.03.2017 sur [www.gesundheitundalter.ch/Portals/3/Dr.%20E.%20Kiesswetter,%20Sarcopenia%20and%20Nutrition.pdf](http://www.gesundheitundalter.ch/Portals/3/Dr.%20E.%20Kiesswetter,%20Sarcopenia%20and%20Nutrition.pdf).
- [17] Taylor, C. (2017). Importance of nutrition in preventing and treating pressure ulcers. Nurs Older People. 2017 Jun 30;29(6):33-39.
- [18] Schütz, T. (2017). Ernährungs-Screening. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. Consulté le 31.03.2017 sur [www.station-ernaehrung.de/wissenswertes/mangelernaehrung/erfassung-des-ernaehrungszustandes/ernaehrungs-sreening/](http://www.station-ernaehrung.de/wissenswertes/mangelernaehrung/erfassung-des-ernaehrungszustandes/ernaehrungs-sreening/).
- [19] Österreichische Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung AKE (2010) Konsensus-Statement Geriatrie – Empfehlungen für die Ernährung des älteren Menschen in der Langzeitpflege. ISBN: 978-3-9501251-6-0.
- [20] Österreichische Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung AKE (2017). AKE Screening für die geriatrische Langzeitbetreuung. Consulté le 31.03.2017 sur [www.ake-nutrition.at/uploads/media/ger\\_langzeitbetr.pdf](http://www.ake-nutrition.at/uploads/media/ger_langzeitbetr.pdf).
- [21] Diekmann, R. et al. Screening for malnutrition among nursing home residents - a comparative analysis of the mini nutritional assessment, the nutritional risk screening, and the malnutrition universal screening tool. J Nutr Health Aging. 2013 Apr;17(4):326-31. doi: 10.1007/s12603-012-0396-2.
- [22] Nestlé Nutrition Institute (2009). DE. Mini Nutritional Assessment MNA® (sf). Consulté le 10.10.2017 sur [www.mna-elderly.com/forms/mini/mna\\_mini\\_german.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_german.pdf).
- [23] Nestlé Nutrition Institute (2006). DE. Mini Nutritional Assessment MNA® (full). Consulté le 10.10.2017 sur [www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_german.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_german.pdf).
- [24] Nestlé Nutrition Institute (2011). DE. Mini Nutritional Assessment MNA® (guide sf). Consulté le 10.10.2017 sur [www.mna-elderly.com/forms/mna\\_guide\\_german\\_sf.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_german_sf.pdf).

[25] Nestlé Nutrition Institute (2009). FR. Mini Nutritional Assessment MNA® (sf). Consulté le 10.10.2017 sur [www.mna-elderly.com/forms/mini/mna\\_mini\\_french.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_french.pdf).

[26] Nestlé Nutrition Institute (2009). FR. Mini Nutritional Assessment MNA® (full). Consulté le 10.10.2017 sur [www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_french.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_french.pdf).

[27] Nestlé Nutrition Institute (2009). FR. Mini Nutritional Assessment MNA® (guide sf). Consulté le 10.10.2017 sur [www.mna-elderly.com/forms/mna\\_guide\\_french\\_sf.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_french_sf.pdf).

[28] Nestlé Nutrition Institute (2009). FR. Mini Nutritional Assessment MNA® (guide). Consulté le 10.10.2017 sur [www.mna-elderly.com/forms/mna\\_guide\\_french.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_french.pdf).

[29] Nestlé Nutrition Institute (2009). IT. Mini Nutritional Assessment MNA® (sf). Consulté le 10.10.2017 sur [www.mna-elderly.com/forms/mini/mna\\_mini\\_italian.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_italian.pdf).

[30] Nestlé Nutrition Institute (2009). IT. Mini Nutritional Assessment MNA® (full). Consulté le 10.10.2017 sur [www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_italian.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_italian.pdf).

[31] Nestlé Nutrition Institute (2009). IT. Mini Nutritional Assessment MNA® (guide). Consulté le 10.10.2017 sur [www.mna-elderly.com/forms/mna\\_guide\\_italian.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_italian.pdf).

[32] Weimann, A., Schütz, T., Fedders, M., Grünewald, G., Ohlrich, S. (2013). Ernährungsmedizin - Ernährungsmanagement – Ernährungstherapie. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für die klinische Ernährung. Heidelberg: ecomed Medizin. ISBN: 978-3-609-16465-6.

[33] Academy of Nutrition and Dietetics (2017). Nutrition Care Process Terminology (NCPT). Consulté le 10.10.2017 sur <https://ncpt.webauthor.com>.

[34] SanaCERT Suisse. Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Consulté le 10.10.2017 sur [www.sanacert.ch/assets/files/Qualitaetsstandards/Langzeit/normative\\_grundlage\\_langzeit\\_vom\\_01.01.2015\\_version\\_7\\_0.pdf](http://www.sanacert.ch/assets/files/Qualitaetsstandards/Langzeit/normative_grundlage_langzeit_vom_01.01.2015_version_7_0.pdf).

[35] Bundesamt für Sozialversicherungen (2013). Tarifvertrag Ernährungsberatung SVDE. Consulté le 10.10.2017 sur [www.bsvlive.admin.ch/vollzug/documents/view/4068/lang:deu/category:55/viewlang:deu](http://www.bsvlive.admin.ch/vollzug/documents/view/4068/lang:deu/category:55/viewlang:deu).

[36] Office fédéral des assurances sociales (2013). Convention tarifaire Conseils nutritionnels ASDD. Consulté le 10.10.2017 sur [www.bsvlive.admin.ch/vollzug/documents/view/4068/lang:fre/category:55/viewlang:fre](http://www.bsvlive.admin.ch/vollzug/documents/view/4068/lang:fre/category:55/viewlang:fre).

[37] Österreichische Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung AKE (2017). Nutrition-NEWS. Ernährungstherapie bei Patienten mit Dekubitus 2017(3):14-16. ISSN 2227-8524

[38] Österreichische Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung AKE (2017). Nutrition-NEWS.DAMIA: Der alte Mensch is(s)t anders – Interdisziplinäres Ernährungsmanagement in Pflegeheimen 2017(3):18-19. ISSN 2227-8524.

[39] Suominen, M. H. et al. (2009). How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? Eur J Clin Nutr. 2009 Feb;63(2):292-6. Epub 2007 Sep 19.

[40] Labossiere, R. et al. (2008). Nutritional considerations in institutionalized elders. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2008 Jan;11(1):1-6.

[41] Imoberdorf, R., Ballmer PE. (2014). Die Epidemiologie der Mangelernährung. *Therapeutische Umschau*. 2014;71(3):123-126. DOI 10.1024/0040-5930/a000492.

Automne, 2017