Dépistage nutritionnel chez les aînés en établissements de soins de santé : comparaison entre les établissements francophones et anglophones

Lita Villalon, Ph.D.,¹ Manon Laporte, M.Sc.,² Natalie Carrier, Ph.D.¹

RÉSUMÉ

OBJECTIFS : La malnutrition des aînés est un problème répandu dans les hôpitaux et les foyers de soins. Cependant, la pratique du dépistage nutritionnel dans ces milieux est peu connue, particulièrement dans les établissements francophones de soins de santé. Cette étude avait pour objectifs de comparer la situation du dépistage nutritionnel des aînés dans les établissements de soins de santé francophones et anglophones du Nouveau-Brunswick, ainsi que les perceptions et les pratiques des professionnels de la santé.

MÉTHODES : Les données sur les paramètres de dépistage ont été puisées directement dans les dossiers médicaux des patients/résidents âgés. Les perceptions et les pratiques de dépistage nutritionnel des professionnels de la santé (médecins, infirmiers, diététistes) ont été recueillies au moyen de questionnaires.

RÉSULTATS : Cinq hôpitaux et 31 foyers de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick ainsi que 421 patients/résidents et 457 professionnels de la santé ont participé à l'étude. Des différences significatives quant à la disponibilité des paramètres de dépistage furent observées entre les patients/résidents francophones et anglophones; les francophones bénéficiant moins de certains paramètres de dépistage dont le poids à l'admission, la perte d'appétit et la fraction des repas consommés. Les perceptions des professionnels quant au dépistage nutritionnel varient selon la profession et la langue de l'établissement. Plusieurs obstacles au dépistage nutritionnel sont relevés.

CONCLUSION : La disponibilité moindre de paramètres de dépistage dans les milieux francophones et la sous-évaluation de la malnutrition par les médecins et les infirmiers sont des barrières pouvant influencer le dépistage nutritionnel en établissements de soins de santé francophones.

MOTS CLÉS : dépistage nutritionnel; personnes âgées; établissements de soins de santé; francophones; malnutrition; risque nutritionnel

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2013;104(6)(Suppl. 1):S39-S43.

La malnutrition, en termes de sous-alimentation, résulte d'un déficit en énergie et/ou protéines chez l'individu et occasionne une diminution de la masse corporelle maigre. Les aînés fréquentant les établissements de soins de santé sont particulièrement vulnérables à la malnutrition, les taux étant de 40 % à 60 %¹⁻⁵. L'inflammation associée à la maladie sous-jacente diminue davantage leur appétit alors que leurs besoins nutritionnels sont accrus⁵⁻⁷. Cela exacerbe la malnutrition et a des répercussions néfastes sur leur santé et sur le système de soins⁸⁻¹⁰.

Le dépistage nutritionnel dans les hôpitaux et foyers de soins de longue durée (FSLD) s'avère primordial pour identifier les aînés à risque nutritionnel ou malnutris qui auront besoin d'une évaluation¹¹. Conséquemment, les soins nutritionnels améliorent significativement les apports nutritionnels et l'état de santé^{2,12,13}, la qualité de vie^{2,12} et diminuent la morbidité, la mortalité^{10,12} et la durée d'hospitalisation¹⁰. Dans les hôpitaux américains, le dépistage nutritionnel à l'admission est une norme d'agrément¹⁴. Des initiatives similaires existent en Europe¹⁵. Au Canada, le Groupe de travail canadien sur la malnutrition recommande que le dépistage nutritionnel devienne obligatoire dans les hôpitaux¹⁶.

Le dépistage nutritionnel devrait être bref et facile à effectuer par le personnel d'admission dans l'établissement de soins de santé¹⁷. Deux outils de dépistage simples et valides ont été développés au Nouveau-Brunswick (N.-B.)^{1,2}. Ils consistent à mesurer le poids et la taille pour obtenir l'indice de la masse corporelle (IMC). Un des

outils inclut la perte de poids involontaire et l'autre une mesure de l'albumine sérique^{1,2}, paramètre aussi influencé par l'inflammation⁶. Un questionnement sur une diminution possible des apports alimentaires bonifie le dépistage⁷.

La recherche permet de recenser quelques études sur la pratique du dépistage nutritionnel. Une enquête, publiée en 2008, auprès des gestionnaires de nutrition clinique d'hôpitaux américains a révélé que 99 % des patients étaient dépistés à l'admission¹⁸. Le personnel infirmier effectuait le premier dépistage nutritionnel et dans 57 % des cas, le personnel des services de nutrition en effectuait un second¹⁸. Une étude danoise a indiqué que 59 % des patients admis à l'hôpital étaient dépistés, cependant seulement 50 % d'entre eux étaient évalués¹⁹. Plusieurs barrières au dépistage nutritionnel sont rapportées : le manque d'informations¹⁹ et de lignes directrices^{19,20}, le manque d'intérêt (non priorisé)^{20,21} et les courts séjours hospita-

Affiliations des auteurs

1. École des sciences des aliments, de nutrition et d'études familiales, Université de Moncton, Moncton (Nouveau-Brunswick)

2. CSNC - Réseau de la santé Vitalité Health Network - Hôpital Régional de Campbellton, Campbellton (Nouveau-Brunswick)

Correspondance : Lita Villalon, École des sciences des aliments, de nutrition et d'études familiales, Université de Moncton, 18, ave Antonine-Maillet, Moncton (N.-B.) E1A 3E9, Tél. : 506-863-2011, Téléc. : 506-854-4283, Courriel : lita.villalon@umoncton.ca

Sources d'assistance (financière ou autres) : Cette recherche a été financée par le Fonds de recherche médicale du Nouveau-Brunswick (FRMNB) et le Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé des francophones en situation minoritaire au Canada (RISF).

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

Tableau 1. Caractéristiques des professionnels de la santé (N=457) et des aînés (N=421) par type d'établissement et par langue

Paramètres	Hôpital				FSLD*				Total	p†
	A‡		F‡		A		F			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
PS§										0,000
Médecins	111	24,2	23	5,0	16	3,5	8	1,8	158	
Infirmiers	30	6,6	14	3,0	115	25,2	71	15,5	230	
Diététistes	30	6,6	11	2,4	10	2,2	18	3,9	69	
Total	171	37,4	48	10,5	141	30,9	97	21,2	457	
Aînés										
Sexe										
Masculin	66	15,7	70	16,6	32	7,6	24	5,7	192	NS
Féminin	74	17,7	71	16,9	38	9,0	46	10,9	229	NS
Total	140	33,3	141	33,5	70	16,6	70	16,6	421	
État cognitif										
Lucide	113	80,7	108	76,6	30	42,8	28	40,0	259	0,000
Non-lucide	27	19,3	33	23,4	40	57,1	42	60,0	142	0,000
Malnutrition¶										
Outil N°1	60	42,9	63	44,6	64	45,6	53	47,4	240	NS
Outil N°2	55	39,1	117	41,6	54	38,5	56	40,0	282	NS

* Foyers de soins de longue durée.

† Comparaison entre type d'établissement et par langue.

‡ A=anglophone, F=francophone.

§ Professionnels de la santé.

|| Non significatif.

¶ Risque ou présence de la malnutrition.

Tableau 2. Perceptions des professionnels de la santé de la malnutrition, du dépistage nutritionnel (DN) et des obstacles par langue d'établissement

Paramètres	Médecins (n=126)		Infirmiers (n=228)		Diététistes (n=69)		p*
	A†	F†	A	F	A	F	
	(n=95) %	(n=31) %	(n=143) %	(n=85) %	(n=48) %	(n=21) %	
Perception de la malnutrition							0,000
0-10 %	71,6	48,4	62,9	62,4	—‡	—	
11-20 %	15,8	22,6	10,5	20,0	—	—	
21-30 %	2,1	12,9	7,0	5,9	—	—	
≥31 %	4,2	6,5	10,5	3,5	—	—	
Importance du DN							0,000
Très important	65,3	61,3	94,7	95,7	100,0	100,0	
Peu important/non important	1,0	3,2	0,0	2,3	—	—	
Obstacles au DN							
Besoins non perçus	16,5	7,4	9,1	2,3	7,2	3,7	0,004
Manque de temps	32,9	29,4	11,9	7,0	10,4	4,8	0,000
N'est pas dans mes responsabilités	5,3	6,4	4,9	3,6	2,1	4,8	0,032
Manque d'assistance	9,5	6,4	12,6	7,1	8,3	4,8	0,002
Manque de ressources	33,3	30,2	9,1	4,7	6,3	0,0	0,000
Ne sait pas comment effectuer le DN	15,4	15,0	9,8	3,5	4,2	4,8	0,001
Court séjour	19,6	16,4	3,5	2,4	0,0	4,8	0,000

* Comparaison entre professionnels.

† A=anglophones, F=francophones.

‡ Question non incluse dans le questionnaire des diététistes.

liers¹⁹. Dans les établissements de soins de santé canadiens, la faisabilité du dépistage nutritionnel n'a pas encore été étudiée.

OBJECTIFS

La présente étude, menée en deux phases dans les établissements de soins de santé francophones et anglophones du N.-B., avait pour but de comparer la situation du dépistage nutritionnel des aînés dans les établissements francophones et anglophones, ainsi que les perceptions et les pratiques des professionnels de la santé.

MÉTHODES

Cinq des huit hôpitaux (62,5 %) des Régions régionales de la santé du N.-B. existant en 2008 et 31 des 45 foyers de soins de longue durée (68,8 %) ont participé à la phase 1 de l'étude. Au total, pour le réseau francophone d'établissements, 2 hôpitaux et 11 foyers de soins et pour le réseau anglophone, 3 hôpitaux et 20 foyers de soins ont été sélectionnés. Les médecins, les diététistes et les infirmiers de ces établissements ont été sollicités pour participer à l'étude. Des questionnaires spécifiques pour chaque groupe de professionnels

ont permis de recueillir : 1) les perceptions par rapport à la malnutrition et au dépistage nutritionnel, 2) les pratiques et les méthodes de dépistage utilisées et, 3) les obstacles à implanter le dépistage nutritionnel.

Pour la phase 2 (recueil des paramètres), deux hôpitaux de langue française et deux de langue anglaise, et trois foyers de soins de langue française et trois de langue anglaise ont été sélectionnés aléatoirement. Les aînés de 65 ans et plus, hospitalisés entre juin 2008 et septembre 2009 aux unités de soins de courte durée, de longue durée et de gériatrie-réadaptation, et les résidents de foyers furent ciblés. Un formulaire de consentement fut signé par chaque participant lucide, et par les représentants légaux des participants non-lucides. Dans les hôpitaux, les patients admis aux unités de soins de courte durée ont été rejoints 48 heures après l'admission. Dans les foyers et les unités de soins de longue durée et de gériatrie-réadaptation des hôpitaux, une sélection aléatoire de personnes éligibles fut effectuée. Les données concernant la disponibilité des paramètres de dépistage nutritionnel furent recueillies à partir des dossiers médicaux des participants par une assistante de recherche.

Tableau 3. Pratique du dépistage nutritionnel (DN) selon le type d'établissements et par langue

	Hôpitaux		FSLD*		p‡
	A† %	F† %	A %	F %	
Le DN se fait :					
À l'admission	36,9	30,4	13,0	8,7	0,002
À la semaine	5,6	5,6	7,1	5,6	
Au mois	6,4	5,6	3,6	6,6	
Au besoin	38,9	13,9	78,6	78,1	
Qui effectue le dépistage?					
Infirmiers	4,5	0,0	0,0	0,0	0,000
Techniciennes en diététique	4,5	0,0	0,0	0,0	
Diététistes	68,2	69,2	95,0	96,5	
Médecins	21,1	14,4	40,0	33,3	
Autres	9,4	21,1	0,0	0,0	
Poids disponible à l'admission	73,2	72,2	98,6	94,3	0,002
Poids non documenté	21,4	24,8	1,4	6,7	0,000
Perte de poids involontaire documentée :					
Habituellement	30,4	10,1	26,1	8,7	0,008
Parfois	36,6	11,6	21,7	14,5	0,015
Taille documentée	82,9	79,4	80,1	80,5	NS§
IMC calculé par informatique	63,4	40,0	35,7	4,5	0,022
Albumine non documentée	54,6	62,1	55,7	45,7	NS

* Foyers de soins de longue durée.

† A=anglophones, F=francophones.

‡ Comparaison par établissement et par langue.

§ Non significatif.

|| Indice de masse corporelle.

Tableau 4. Fréquences des PA selon certains paramètres de DN recueillis dans leur dossier médical ou observés dans le milieu par type d'établissement et par langue

Paramètres	Hôpitaux		FSLD*		p‡
	A† (n=140) %	F† (n=141) %	A (n=70) %	F (n=70) %	
Balance disponible	95,2	93,6	100,0	100,0	NS
Balance-fauteuil	82,6	80,0	100,0	100,0	NS
Poids admission (rapporté ou mesuré)	78,6	75,2	98,6	94,3	0,000
Taille documentée (rapportée ou mesurée)	76,4	92,9	97,1	80,0	0,000
Albumine documentée	47,9	45,4	54,3	44,3	NS
<28	5,7	6,4	1,4	4,3	0,000
28-35	20,0	26,2	14,3	31,4	0,000
>35	22,1	12,8	38,6	8,6	0,000
IMC§					
<21	12,1	12,1	14,3	8,6	0,002
21-23	17,1	14,2	24,3	17,1	0,002
24-29	30,0	46,8	45,7	38,6	0,002
≥30	10,7	12,8	12,9	15,7	0,002
Perte d'appétit	80,0	45,4	97,0	68,6	0,000
Fractions des repas consommés	81,4	87,9	57,0	37,1	0,000

* Foyers de soins de longue durée.

† A=anglophones, F=francophones.

‡ Comparaison par établissement et par langue.

§ Indice de masse corporelle.

Des données spécifiques aux établissements telles que l'accès par voie informatique des facteurs de risque furent également recueillies.

Le protocole de recherche fut approuvé par le Comité d'éthique et de la recherche de la Faculté des études supérieures de l'Université de Moncton, ainsi que les comités d'éthique des hôpitaux et les comités consultatifs ou administratifs des foyers de soins.

Des analyses statistiques descriptives ont été effectuées pour décrire la perception et les obstacles perçus par les professionnels au sujet du dépistage nutritionnel et pour déterminer les caractéristiques démographiques, diététiques et médicales des aînés (SPSS v17.0, 2009).

Des analyses de variance et des tests de khi-carré ont permis de déterminer les différences significatives entre les trois groupes de professionnels en regard des perceptions et pratiques de dépistage et en fonction du type et de la langue de l'établissement. Ceux-ci ont également été comparés quant aux paramètres de dépistage. Le seuil de significativité de $p < 0,05$ a été retenu.

RÉSULTATS

Le tableau 1 présente les caractéristiques des professionnels de santé et des aînés. Au total, 457 professionnels ont participé à la phase I de l'étude, dont 219 œuvrant dans les hôpitaux (47,9 %) et 238 dans les foyers de soins (52,1 %). Un pourcentage plus élevé de professionnels œuvre dans les établissements anglophones (68,3 %) que francophones (32,0 %). Cela correspond au ratio d'anglophones-francophones du Nouveau-Brunswick (64,6 % c. 32,9 %, respectivement)²². Également, les infirmiers sont significativement plus représentés dans les foyers de soins que dans les hôpitaux ($p = 0,000$).

D'autre part, 421 aînés hospitalisés (66,8 %) et résidant dans les foyers de soins (33,3 %) ont participé à la phase 2. Le nombre d'aînés non-lucides est significativement plus élevé dans les foyers de soins que dans les hôpitaux ($p = 0,000$) et l'état cognitif des aînés diffère significativement selon la langue et le type d'établissement ($p = 0,000$).

Le pourcentage d'aînés pouvant être dénutris selon les outils de Laporte et al.^{1,2} est de 38,5 % à 47,4 %, selon l'outil, le type d'éta-

blissement et la langue. Aucune différence significative n'a été observée.

Le tableau 2 présente les perceptions des professionnels de santé sur la malnutrition présente chez les aînés et l'importance du dépistage nutritionnel. La majorité des médecins (75,0 %) et infirmiers (84,0 %) perçoivent une prévalence de malnutrition inférieure à 20 %. De plus, 71,6 % des médecins d'établissements anglophones comparativement à 48,4 % des établissements francophones ont rapporté une prévalence inférieure à 10 %.

La majorité d'infirmiers ($\geq 94,7$ %) et diététistes (100 %) considèrent le dépistage nutritionnel très important comparativement aux médecins (63,5 %) ($p=0,000$), peu importe le type d'établissements et la langue.

Le tableau 2 présente aussi les obstacles perçus au dépistage. L'absence de besoin et le manque de temps, d'assistance et de ressources sont les principaux obstacles constatés et ils sont significativement plus rapportés par les professionnels d'établissements anglophones que francophones. Finalement, les médecins sont significativement plus nombreux à identifier des obstacles et environ 15 % d'entre eux déclarent ne pas savoir comment effectuer le dépistage nutritionnel.

La pratique du dépistage nutritionnel par les professionnels de santé est présentée au tableau 3. Plus de professionnels d'établissements anglophones déclarent dépister à l'admission comparativement aux établissements francophones (hôpitaux : 36,9 % c. 30,4 %; FSLD : 13,0 % c. 8,7 %, respectivement). Les diététistes principalement effectuent le dépistage, suivis des médecins. Les infirmiers n'effectuent pas ou très peu de dépistage. En ce qui concerne la documentation à l'admission du poids et d'une perte de poids involontaire, cela est davantage relevée par les professionnels des milieux anglophones, avec une différence significative pour la documentation d'une perte de poids. La majorité des établissements documente la taille des patients. Le calcul informatisé de l'IMC est une pratique significativement plus courante dans les hôpitaux que les foyers de soins ($p=0,050$).

Le tableau 4 présente les fréquences des aînés selon certains paramètres de dépistage recueillis au dossier médical ou observés dans le milieu, par type et langue de l'établissement. La majorité des hôpitaux et tous les foyers ont accès à une balance, incluant une balance-fauteuil. Le poids à l'admission et la perte d'appétit sont moins documentés dans les milieux francophones ($p=0,000$). L'information sur la taille est davantage présente au dossier dans les hôpitaux francophones et foyers de soins anglophones ($p=0,000$). La documentation de la fraction de repas consommés diffère selon le type d'établissements ($p=0,000$). Ce paramètre est significativement plus documenté dans les hôpitaux (81,4 % anglophones, 87,9 % francophones) comparativement aux foyers (57,0 % anglophones, 37,1 % francophones).

DISCUSSION

Le taux d'aînés potentiellement dénutris dans la présente étude est similaire à ceux de recherches antérieures menées avec les mêmes outils¹⁻⁴. Cependant, les médecins et infirmiers sous-évalueraient le problème puisque la majorité d'entre eux ont déclaré que la malnutrition toucherait 10 % ou moins des patients. Cette sous-estimation est toutefois moins marquée chez les médecins francophones. Une étude menée au Manitoba auprès de médecins

(sans distinction de leur langue) a également révélé que la malnutrition était sous-estimée. Un seul des 69 patients mal nourris fut identifié par eux²³.

Les infirmiers et diététistes accordent une grande importance au dépistage nutritionnel. Dans une étude scandinave, plus de 88 % des médecins et infirmiers considéraient le dépistage important²⁴, mais dans une moindre mesure pour les médecins. Chez tous les professionnels, le besoin d'effectuer un dépistage nutritionnel est significativement moins perçu dans les milieux anglophones, particulièrement chez les médecins.

Certains obstacles au dépistage soulevés dans notre étude, soit le fait de ne pas savoir comment effectuer le dépistage et la courte durée de séjour, ont aussi été rapportés dans les études européennes¹⁹⁻²¹.

La présente étude révèle que le dépistage est effectué principalement par les diététistes. Cela ne rejoint pas la recommandation que le dépistage soit multidisciplinaire et effectué par le personnel de premier contact^{17,19,21}.

Parmi les paramètres nécessaires au dépistage, entre 24,5 % à 39,9 % des professionnels ont rapporté que le poids était mesuré à l'admission. Or, au-delà de 75,2 % d'entre eux ont aussi indiqué que le poids était documenté au dossier. En observant directement la pratique sur les lieux (phase 2), en effet, plus de 75 % des patients avaient leur poids inscrit au dossier. Il n'est toutefois pas possible de confirmer s'il s'agit d'un poids mesuré ou rapporté par eux. Une enquête menée au Royaume-Uni a révélé que 50 % des patients étaient pesés à l'admission à l'hôpital et 98 % des admis en foyers²⁵.

Dans notre étude, le poids est également plus couramment mesuré dans les foyers. La taille des participants est documentée dans la majorité des dossiers, peu importe le type d'établissement et la langue. Dans l'enquête menée aux Royaume-Uni, seulement 30 % des tailles étaient disponibles aux dossiers à l'hôpital comparativement à 71 % dans les foyers²⁵.

Le questionnement à l'admission sur les pertes de poids involontaire et de l'appétit et le calcul informatisé de l'IMC sont des pratiques significativement plus courantes dans les milieux anglophones. Or, il s'agit de paramètres fondamentaux au dépistage nutritionnel.

L'étude présente une limite puisque les questionnaires ont été distribués seulement aux infirmiers gestionnaires d'unités dans les hôpitaux mais à tous les infirmiers des foyers de soins. Cela occasionne un plus petit échantillonnage qui est moins représentatif du personnel infirmier dans l'ensemble.

CONCLUSION

La malnutrition en établissement de soins de santé est sous-estimée par les infirmiers et les médecins. Ces derniers accordent également moins d'importance au dépistage nutritionnel. Or, la pratique du dépistage serait plus courante dans les milieux anglophones, où d'ailleurs davantage de médecins y participeraient. Les paramètres nécessaires au dépistage sont également plus présents en milieux anglophones.

Ces résultats informent sur le besoin de sensibiliser et d'éduquer davantage les professionnels sur le dépistage nutritionnel, ce qui favorisera une approche plus uniforme. La mise en œuvre d'un programme de dépistage nutritionnel dans les établissements de santé demeure fondamentale pour combattre la malnutrition et ses conséquences.

RÉFÉRENCES

1. Laporte M, Villalon L, Payette H. Simple nutrition screening tools for health-care facilities: Development and validity assessment. *Can J Diet Pract Res* 2001;62(1):26-34.
2. Babineau J, Villalon L, Laporte M, Payette H. Outcomes of screening and nutritional intervention among older adults in healthcare facilities. *Can J Diet Pract Res* 2008;69(2):32-38.
3. Carrier N, West GE, Ouellet D. Cognitively impaired residents' risk of malnutrition is influenced by foodservice factors in long-term care. *J Nutr Elder* 2006;25(3/4):73-87.
4. Carrier N, Ouellet D, West GE. Nursing home food services linked with risk of malnutrition. *Can J Diet Pract Res* 2007;68(1):14-20.
5. Harris D, Haboubi N. Malnutrition screening in the elderly population. *J R Soc Med* 2005;98:411-14.
6. Jensen GL, Mirtallo J, Compher C, Dhaliwal R, Forbes A, Grijalba Figueredo R, et al. Adult starvation and disease-related malnutrition: A proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. *J Parenter Enteral Nutr* 2010;34(2):156-59.
7. Meijers JM, van Bokhorst-de van der Schueren MA, Schols JM, Soeters PB, Halfens RJ. Defining malnutrition: Mission or mission impossible? *Nutrition* 2010;26:432-40.
8. Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, Schiesser M, Krähenbühl L, Meier R, et al. EuroOOPS: An international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. *Clin Nutr* 2008;27(3):340-49.
9. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003;22(3):235-39.
10. Kruizenga HM, Tulder MWV, Seidell JC, Thijs A, Ader JH, Van Bokhorst-de van der Schueren MAE. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. *Am J Clin Nutr* 2005;82(5):1082-89.
11. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) Board of Directors and Clinical Practice Committee. Definition of terms, style, and conventions used in ASPEN Board of Directors-approved documents. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Sur Internet : <http://www.nutritioncare.org/Library.aspx>. (consulté le 4 décembre 2011).
12. Starke J, Schneider H, Altheld B, Stehle P, Meier R. Short-term individual nutritional care as part of routine clinical setting improves outcome and quality of life in malnourished medical patients. *Clin Nutr* 2011;30(2):194-201.
13. Chevalier S, Desjardins I, Mainville D. Dépistage de la dénutrition et impact d'une intervention nutritionnelle chez les personnes âgées en soins de longue durée. *Nutrition* 2008;6(1):17-21.
14. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Comprehensive accreditation manual for hospitals. Chicago, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2007.
15. Council of Europe – Committee of Ministers. Resolution ReAP (2003) on food and nutritional care in hospitals 2003. Strasbourg, France: Council of Europe, 2003.
16. The Canadian Malnutrition Task Force (CMTF) / Le Groupe de travail canadien sur la malnutrition. Annual Report 2010-2011. Sur Internet : www.nutritioncareincanada.ca (consulté le 28 mai 2013).
17. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22(4):415-21.
18. Chima CS, Dietz-Seher C, Kushner-Benson S. Nutrition risk screening in acute care: A survey of practice. *Nutr Clin Pract* 2008;23:417-23.
19. Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Larsen Hojlund I, Martinsen A, Andersen JR, et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* 2002;21(6):461-68.
20. Rasmussen HH, Kondrup J, Ladefoged K, Staum M. Clinical nutrition in Danish hospitals: A questionnaire-based investigation among doctors and nurses. *Clin Nutr* 1999;18:153-58.
21. Lindorff-Larsen K, Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, The Scandinavian Nutrition Group. Management and perception of hospital undernutrition – A positive change among Danish doctors and nurses. *Clin Nutr* 2007;26:371-78.
22. Gaboury I, Bouchard L. Un aperçu de la santé et de ses déterminants au Nouveau-Brunswick, d'après les données de l'ESCC 2001-05, 2008.
23. Singh H, Watt K, Veitch R, Cantor M, Duerksen D. Malnutrition is prevalent in hospitalized medical patients: Are housestaff identifying the malnourished patient? *Nutrition* 2006;22:350-54.
24. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun O. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clin Nutr* 2006;25:524-32.
25. Russel CA, Elia M. Nutrition screening survey in the UK in 2007. A report by BAPEN British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Nutrition screening survey and audit of adults on admission to hospitals, care homes and mental health units. Redditch, UK: BAPEN, 2008.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Malnutrition among the elderly is a widespread problem in hospitals and nursing homes. However, data on the practice of nutritional screening in these facilities are limited, particularly in Francophone establishments. This study aimed to compare nutritional screening practices among the elderly in Anglophone and Francophone health care facilities in New Brunswick (NB), as well as perceptions and practices of health care professionals.

METHODS: Information on screening parameters was taken directly from elderly patients'/residents' medical records. Health care professionals' (doctors, nurses, dietitians) perceptions and practices of nutritional screening were collected through questionnaires.

RESULTS: A total of five hospitals and 31 nursing homes in NB took part in the study. Of these, 421 patients/residents and 457 health professionals participated. Significant differences in the availability of screening parameters were observed between Francophone and Anglophone patients/residents. Certain screening parameters, such as weight at admission, loss of appetite and meal fractions consumed were less available in Francophone patients'/residents' records. In addition, health care professionals' perceptions regarding nutritional screening varied by occupation and language of the establishment. Several barriers to screening were also identified.

CONCLUSION: Reduced availability of screening parameters in Francophone establishments and the underestimation of malnutrition in elderly patients/residents by doctors and nurses are barriers that can influence nutritional screening in Francophone health care facilities.

KEY WORDS: Nutritional screening; elderly; healthcare facilities; francophone; malnutrition; nutritional risk