



LA PERTE DE POIDS est un problème fréquent dans les centres de soins de longue durée. Ses conséquences sont nombreuses : accélération du déclin fonctionnel, effet cascade sur la morbidité et augmentation de la mortalité. Il semble cependant que ce problème soit peu reconnu par les médecins traitants. Ainsi, une enquête effectuée dans 26 centres de soins de longue durée américains a montré que les médecins n'avaient inscrit au dossier le problème de perte de poids et d'hypoalbuminémie que dans 62 % et 46 % des cas en moyenne respectivement, alors que, en comparaison, les diététistes l'avaient fait dans 95 % et 82 % des cas¹. En outre, les suppléments alimentaires seraient donnés de façon inappropriée, sans que personne vérifie s'ils sont pris correctement et surtout, sans qu'aucun diagnostic, aucune évaluation ni aucun suivi ne soient faits².

Est-ce normal de perdre du poids avec l'âge ?

À partir de la trentaine, on note une diminution de la masse maigre de 0,3 kg par année, qui est alors compensée par une augmentation de la masse adipeuse. Il est toutefois difficile de dire si ces changements de la composition corporelle sont uniquement attribuables à l'âge (changements neurohormonaux) ou s'ils procèdent

La D^{re} Martine Lafleur, interniste, M.Sc. nutrition, est résidente V en gériatrie, en stage de formation à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

La D^{re} Marie-Jeanne Kergoat, gériatre et professeure agrégée de clinique à l'Université de Montréal, est chef du département de médecine spécialisée de l'Institut.

Maigrir en milieu d'hébergement un appel à l'aide silencieux

par *Martine Lafleur*
et *Marie-Jeanne Kergoat*

M^{me} L. est une femme âgée de 79 ans qui habite dans un centre d'hébergement en raison d'incapacités principalement liées à des troubles cognitifs. À partir de la cinquantaine, elle a maintenu un poids stable d'environ 55 kg. Cependant, depuis son arrivée au centre il y a un an, elle a graduellement perdu 5 kg, soit 10 % de son poids habituel. Que penser de cette perte de poids ? Y a-t-il lieu de procéder à une évaluation ?

plutôt de la sédentarité. Le poids corporel total maximal est atteint à l'âge de 50-60 ans, demeure stable jusqu'à 65-70 ans, puis diminue légèrement par la suite. Des études effectuées chez des sujets sains très âgés indiquent que cette diminution n'est que de 0,1 à 0,2 kg par année à partir de l'âge de 70 ans³. Il est donc clair que toute perte de poids significative chez les personnes âgées est anormale et mérite qu'on s'en préoccupe.

Qu'est-ce qu'une perte de poids significative ?

La définition d'une perte de poids significative, c'est-à-dire qui exige une investigation plus approfondie, varie beaucoup dans la littérature, allant de 5 à 10 % par rapport au poids habituel sur une période de 1 à 12 mois. Toutefois, tous s'entendent pour dire qu'une perte de poids de 5 % en 6 à 12 mois est cliniquement significative et associée à une mortalité accrue³. Un indice de masse corporelle (IMC) in-

férieur à 22, une albuminémie inférieure à 35 g/L, et un taux de cholestérol total inférieur à 4,6 mmol/L⁴ constituent d'autres indicateurs de risque nutritionnel.

Pourquoi est-ce si grave de perdre du poids ?

Plusieurs chercheurs ont mis en évidence la prévalence élevée de perte de poids et de malnutrition chez les personnes âgées vivant en milieu d'hébergement. Ainsi, les premières études sur ce sujet avaient évalué que plus de 70 % des résidents avaient perdu plus de 5 kg, 40 % plus de 10 kg, et 4 % plus de 20 kg à un moment donné au cours de leur séjour. Moins d'un mois après leur arrivée, 43 % des résidents avaient perdu du poids⁵. Une étude plus récente effectuée dans 202 centres de soins de longue durée de sept états américains a révélé une prévalence de perte de poids de 9,9 %⁶. Une étude canadienne effectuée auprès de 200 patients vivant dans des centres de soins

Tous s'entendent pour dire qu'une perte de poids de 5 % en 6 à 12 mois est cliniquement significative et associée à une mortalité accrue.

Repère

Tableau I

Causes de perte de poids en milieu d'hébergement

Médicaments

Digitale, neuroleptiques, inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), théophylline, narcotiques, anticalciques, clonidine, métoclopramide, psychotropes, antibiotiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Dépression

Troubles cognitifs

Troubles de mastication et de déglutition

Accident vasculaire cérébral (AVC), maladie de Parkinson, démences, troubles neuromusculaires

Détérioration de la santé buccale

Xérostomie, mauvaise hygiène buccale, malocclusion, gingivite

Diètes restrictives

Sans sel, hypolipidémiantes, diabétiques

Facteurs socio-environnementaux

Maladies chroniques

Anémie, maladie obstructive pulmonaire chronique (MOPC), insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, cancer

Malabsorption et autres maladies gastro-intestinales

Collite, ulcère gastrique ou duodénal, reflux gastro-œsophagien, etc.

Troubles métaboliques

Hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie

Infections

de longue durée a montré une prévalence de malnutrition de 45,5 %, dont 10 % des cas étaient classés comme graves⁷. Les patients atteints de démence constitueraient un groupe par-

ticulièrement vulnérable.

La perte de poids observée si fréquemment dans les unités de soins de longue durée est lourde de conséquences. En effet, plusieurs études ont

En plus d'une mortalité accrue, la perte de poids entraînerait une plus grande morbidité. Ainsi, les plaies de pression, les infections, les risques de septicémie, une fatigabilité inexpliquée, l'alitement et la perte de motivation sont plus fréquents en présence de malnutrition. Le déclin fonctionnel – particulièrement sur le plan de la mobilité – et une perte de poids de plus de 10 % seraient aussi étroitement liés.

Les principaux facteurs associés de façon significative à la malnutrition sont le besoin d'aide pour s'alimenter, un mauvais appétit, la lenteur à s'alimenter (plus de 25 minutes par repas), la présence de dysphagie, de démence, et un apport protéino-énergétique insuffisant. Fait intéressant pour le médecin, on peut pallier plusieurs de ces facteurs par des mesures simples.

montré un lien étroit entre la perte de poids et un accroissement de la mortalité. Par exemple, les taux de survie des patients qui ont perdu plus de 4,5 kg au cours des deux premières années de leur séjour seraient inférieurs à ceux des personnes dont le poids est demeuré stable ou a augmenté⁸. Une perte de poids de 10 % en six mois serait un prédicteur important de mortalité dans les six mois qui suivent⁹.

En plus d'une mortalité accrue, la perte de poids entraînerait une plus grande morbidité. Ainsi, les plaies de pression, les infections, les risques de septicémie, une fatigabilité inexpliquée, l'alitement et la perte de motivation sont plus fréquents en présence de malnutrition. Le déclin fonctionnel – particulièrement sur le plan de la mobilité – et une perte de poids de plus de 10 % seraient aussi étroitement liés.

Causes de perte de poids

Dans une étude effectuée au Canada, Keller⁷ a analysé les causes de malnutrition chez les personnes âgées des centres d'hébergement. Les principaux facteurs associés de façon significative à la malnutrition étaient le besoin d'aide pour s'alimenter, un mauvais appétit, la lenteur à s'alimenter (plus de 25 minutes par repas), la présence de dysphagie, de démence, et un apport protéino-énergétique insuffisant. Fait intéressant pour le médecin, on peut pallier plusieurs de ces facteurs par des mesures simples.

En règle générale, la perte de poids peut être due à une diminution de l'apport alimentaire ou à une augmentation des besoins nutritionnels. La plupart des causes de perte de poids dans les établissements sont dues à une diminution de l'apport alimentaire (tableau I).

Les médicaments constituent une cause majeure de perte de poids, car ils affectent l'apport alimentaire par différents mécanismes. Ils peuvent provoquer de l'anorexie (digitale, neuroleptiques, inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, théophylline), des nausées, des vomissements, de la diarrhée, de la constipation (narcotiques, anticalciques), des troubles de la cognition et de la vigilance (clonidine, métoclopramide, psychotropes) ainsi que des altérations du métabolisme (excès de lévothyroxine, théophylline). Ils peuvent également provoquer une irritation gastrique (érythromycine, anti-inflammatoires non stéroïdiens) ou une malabsorption (huile minérale), ou interagir avec les nutriments (anticonvulsifs et acide folique; bisphosphonates et produits laitiers).

La dépression est une autre cause fréquente de perte de poids, et sa prévalence dans les unités de soins de longue durée peut varier entre 9 et 38 %. Les troubles dépressifs doublent les risques de malnutrition⁶. Les troubles cognitifs constituent un autre risque important de perte de poids, surtout parce que les personnes atteintes ont besoin d'aide pour s'alimenter. Cette dépendance augmenterait jusqu'à deux fois le risque d'une perte de poids de plus de 10 %. En effet, il faut compter jusqu'à 30 à 45 minutes pour alimenter correctement un patient non autonome, mais malheureusement, le personnel est souvent insuffisant pour accomplir cette tâche ou n'accepte pas toujours facilement de la partager avec les familles désireuses de collaborer.

Les troubles de la déglutition pourraient affecter près du quart des patients des centres d'hébergement^{6,7}. Par ailleurs, il semble que les pro-

blèmes de santé buccale prennent de l'importance, surtout lorsque l'état de santé général des patients se détériore. Ils aggraveraient alors l'anorexie déjà présente.

Plusieurs facteurs sociaux et environnementaux peuvent affecter l'appétit de certains résidents. Par exemple, la présence de cathéters ou de sondes nasogastriques, l'incontinence urinaire ou les comportements inappropriés des voisins de table peuvent être difficiles à supporter.

Les maladies chroniques peuvent entraîner une diminution de l'apport alimentaire, ou encore une augmentation des besoins énergétiques (maladie pulmonaire obstructive chronique, infections). La malabsorption doit être envisagée lorsqu'un patient perd du poids malgré un apport alimentaire adéquat. Il faut aussi se rappeler que plusieurs troubles métaboliques sont plus fréquents chez les personnes âgées et que leur tableau clinique est souvent atypique. Les infections, de même que les troubles métaboliques, peuvent accroître les besoins énergétiques. Et leur prévalence est de 15 à 20 % dans les unités de soins de longue durée. Elles peuvent aussi entraîner de la confusion et de l'anorexie qui persisteront plusieurs mois après la phase aiguë.

Comment évaluer la perte de poids

En revoyant le dossier de M^{me} L. et

en la questionnant, vous notez qu'elle souffre d'un diabète de type 2 bien équilibré par des hypoglycémiantes oraux, d'une hypothyroïdie traitée, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie. La liste des médicaments qu'elle prend comprend du Glucophage®, du Synthroid®, du Pravachol®, du Zoloft^{MD}, du Norvasc^{MC} et du Tenormin®. Elle a une diète sans sel, hypocholestérolémiante et sans sucres concentrés. Par ailleurs, vous notez que, quelques mois après son arrivée au centre, elle a contracté une pneumonie et a été traitée avec des antibiotiques. Malheureusement, celle-ci s'est compliquée d'une colite à *Clostridium difficile* accompagnée de diarrhées profuses. C'est au cours de cette période qu'elle a perdu du poids, et depuis, elle n'a jamais recouvré son appétit et son poids continue de diminuer. À l'examen clinique, vous notez : taille de 1,55 m, poids de 45 kg, IMC de 19. Elle est cachectique, avec fonte musculaire diffuse, et ressent une grande faiblesse au moindre effort. Elle circule maintenant en fauteuil roulant, alors qu'à son arrivée elle marchait sans aide. L'albuminémie est de 33 g/L et le taux de TSH est normal.

Il est important de se rappeler que, pour une personne âgée, il est très difficile de regagner le poids initial une fois qu'il a été perdu. La prévention de ce problème est donc primordiale. La pesée régulière des patients demeure la façon la plus simple de contrôler leur état nutritionnel. Un changement

Il est important de se rappeler que, pour une personne âgée, il est très difficile de regagner le poids initial une fois qu'il a été perdu. La prévention de ce problème est donc primordiale. La pesée régulière des patients demeure la façon la plus simple de contrôler leur état nutritionnel.

Repère

Tableau II

Anamnèse

- Antécédents
- Liste complète des médicaments
- Changement du goût ou de l'odorat
- Troubles de mastication
- Diminution de l'appétit
- Faiblesse générale
- Symptômes gastro-intestinaux : nausées, vomissements, dysphagie, diarrhée, constipation, douleurs abdominales
- Changement du niveau fonctionnel ou de l'état cognitif

de poids dans le temps est une information essentielle pour dépister les patients qui risquent la malnutrition et amorcer une évaluation nutritionnelle. Il faut aussi que soient instaurés des mécanismes de surveillance permettant d'informer rapidement le médecin responsable d'une perte de poids. Les pèse-personnes doivent être calibrés régulièrement, et il faut standardiser la méthode de pesée. Lorsqu'une perte de poids est confirmée, le patient devrait ensuite être pesé chaque semaine (habituellement, les patients sont pesés une fois par mois).

La première étape de l'évaluation consiste à faire une anamnèse complète avec le patient, la famille et les membres du personnel. Les différents éléments à rechercher sont décrits au *tableau II* et à la *figure 1*.

On fera par la suite un examen clinique minutieux, où l'on notera d'abord le poids actuel de M^{me} L. et la différence avec son poids habituel. On la mesurera à l'aide d'une toise, ou par la technique talon-genoux, qui permet d'estimer la taille à l'aide d'une équation si la patiente a une cyphose

Encadré

Estimation de la taille actuelle à partir de la hauteur du genou (de 60 à 80 ans)

Estimation de la taille

La taille peut être estimée à partir de la hauteur du genou en utilisant des équations qui tiennent compte de la race, de l'âge et du sexe.

Instructions

1. Faire la moyenne des deux mesures de la hauteur du genou en arrondissant le résultat au dixième de centimètre.
2. Utiliser l'équation appropriée pour estimer la taille du sujet. Arrondir l'âge du sujet au chiffre le plus proche.
3. Pour convertir les centimètres en pouces, diviser par 2,54.

Hommes de 60 à 80 ans

Hommes blancs : Taille (cm) = [Hauteur du genou (cm) x 2,08] + 59,01*

Hommes noirs : Taille (cm) = [Hauteur du genou (cm) x 1,37] + 95,79[†]

Femmes de 60 à 80 ans

Femmes blanches : Taille (cm) = [Hauteur du genou (cm) x 1,91] - [Âge (ans) x 0,17] + 75,00[‡]

Femmes noires : Taille (cm) = [Hauteur du genou (cm) x 1,96] + 58,72[§]

Note : La taille estimée devrait se situer dans les limites suivantes : * ± 7,84 cm de la taille réelle chez 95 % des sujets ; † ± 8,44 cm de la taille réelle chez 95 % des sujets ; ‡ ± 8,82 cm de la taille réelle chez 95 % des sujets ; § ± 8,26 cm de la taille réelle chez 95 % des sujets.

Source : Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc* 1985 ; 33 : 116-20.

importante ou de la difficulté à se tenir debout (voir l'*encadré*). On peut ensuite calculer l'indice de masse corporelle (IMC = poids kg/taille m²). Les autres mesures anthropométriques, telle la mesure des plis cutanés et des

surfaces musculaires, ne sont pas couramment effectuées par le médecin, mais plutôt par la diététiste. Cependant, la précision de ces mesures est très variable. De plus, il n'y a pas à l'heure actuelle de tables de référence

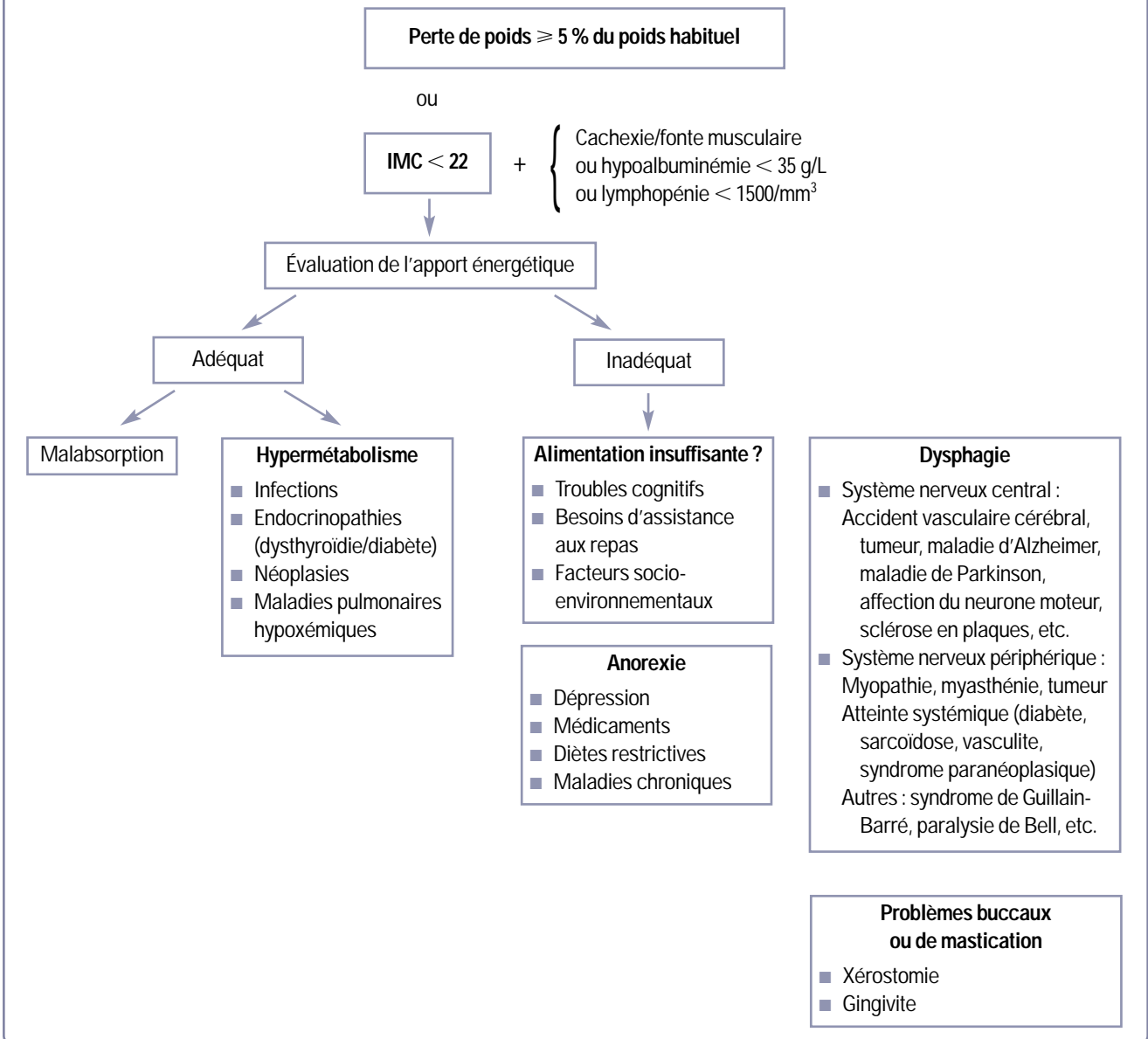
Tableau III

Signes cliniques

- Cachexie ou fonte musculaire diffuse (excavation temporale, abdomen scaphoïde, perte de graisse sous-cutanée brachiale et abdominale)
- Pâleur
- Mauvaise dentition, parodontie, gingivite, chéillite, glossite
- Modification de la taille ou de la consistance de la thyroïde
- Viscéromégalie
- Œdème, ascite
- Alopécie, cheveux secs, dermatites, plaies (de décubitus et autres)
- Problèmes neurologiques affectant les paires crâniennes, la force, la sensibilité profonde, la démarche, l'équilibre
- Infection

Figure 1

Algorithme décisionnel de l'évaluation d'une dénutrition



adaptées aux personnes âgées. L'opinion sur leur utilité est donc mitigée.

Les autres éléments de l'examen clinique sont décrits au *tableau III*. Le bilan paraclinique de base devrait comprendre les éléments décrits au *tableau IV* et être adapté en fonction des données obtenues à l'anamnèse et

à l'examen clinique. Il est important de noter que, la demi-vie de l'albumine étant de 21 jours, l'albuminémie ne constitue pas un indicateur précoce de malnutrition. De plus, elle peut rester dans les limites de la normale même dans des états avancés de malnutrition, les mécanismes d'homéo-

stasie sollicitant d'abord les réserves musculaires. Finalement, en présence d'hypoalbuminémie, il faut exclure la présence d'une hépatopathie, d'une néphropathie et d'une entéropathie exsudative. L'hypocholestérolémie est associée à une mortalité accrue chez les personnes âgées.

Tableau IV

Bilan paraclinique

- Formule sanguine complète
- Numération lymphocytaire ($\leq 1500 \text{ m}^3$ *)
- Ionogramme
- Taux d'enzymes hépatiques
- Taux d'urée, créatininémie
- TSH
- Albuminémie ($< 35 \text{ g/L}^*$), taux de transferrine ($< 2 \text{ g/L}^*$)
- Taux de cholestérol total ($< 4 \text{ mmol/L}^*$), calcémie
- Radiographie pulmonaire

* Valeur critique en deçà de laquelle le risque de dénutrition augmente.

Pour compléter l'évaluation, on devrait observer M^{me} L. de manière détaillée au moment des repas. Ainsi, on devrait vérifier comment elle est installée à table, qui sont ses voisins de table et comment est l'environnement social. Si elle se nourrit seule, il faut observer comment elle manipule les ustensiles et si elle se fatigue avant même d'avoir terminé son repas. Si elle est nourrie par un membre du personnel, il faut vérifier s'il alloue un temps suffisant pour la nourrir. On note la quantité et la qualité des aliments consommés, la présence de troubles de mastication ou de déglutition, et les difficultés visuelles qui peuvent entraver sa capacité de s'alimenter. Cette collecte d'informations doit se faire à plusieurs reprises et en collaboration avec les autres membres de l'équipe (infirmière, diététiste, ergothérapeute et orthophoniste s'il y a dysphagie).

Avec l'aide de la diététiste, on évalue l'apport alimentaire actuel (bilan énergétique et protéique) en le comparant avec les besoins estimés. Ceux-ci peu-

vent être calculés selon la formule de Harris-Benedict, qui évalue le métabolisme basal (MB), auquel on ajoute une dépense énergétique liée à l'activité physique, à la maladie et à la thermogénèse des aliments.

■ MB (femmes) : $65,5 + (9,5 \times P) + (1,8 \times H) - (4,7 \times A)$ kcal

■ MB (hommes) : $66 + (13,7 \times P) + (5 \times H) - (6,8 \times A)$ kcal

Où P = poids habituel en kg ; H = hauteur en centimètres ; et A = âge en années.

On ajoute à ce calcul la dépense énergétique liée à l'activité physique, que l'on estime à 400 kcal par jour si le patient est alité, à 600 kcal par jour s'il n'est pas alité mais relativement inactif, et à 1200-1800 kcal par jour s'il est complètement libre de ses mouvements. Un autre 10 % du MB peut être ajouté si une infection ou une maladie obstructive pulmonaire chronique est présente. Finalement, on ajoute 5 % des besoins énergétiques estimés pour la thermogénèse alimentaire⁵.

Comment traiter la perte de poids ?

Lorsqu'une perte de poids est notée chez un résidant, il faut tout mettre en œuvre pour augmenter les apports alimentaires spontanés. L'environnement où se prennent les repas devrait être amélioré au besoin : par exemple, on peut assurer une température et un éclairage adéquats dans la salle à manger, offrir des marques d'attention au patient en lui servant ses aliments favoris, déplacer les résidants qui ont des comportements perturbateurs. Les repas devraient être pris dans un milieu agréable et permettre de socialiser avec les autres résidants.

Les patients qui ont perdu du poids

devraient aussi pouvoir consommer des aliments *ad libitum*. On devrait leur offrir des suppléments alimentaires régulièrement entre les repas et au coucher. Il faut prévoir de petits repas fréquents pour ceux qui sont vite rassasiés ou qui se fatiguent rapidement. On peut également profiter de l'aide des membres de la famille en leur demandant d'apporter des repas ou les aliments préférés de leur parent, ou encore de faire coïncider leurs visites avec celles des repas. Par ailleurs, les diètes restrictives, telles que la restriction sodique ou la diète hypolipidémiant ou diabétique, n'ont généralement plus de raison d'être lorsqu'un patient perd du poids. Ces diètes rendent la nourriture beaucoup moins attrayante. De plus, rien ne prouve que ces restrictions soulagent les maladies qu'elles sont sensées combattre. Évidemment, dans ces situations, le médecin devra faire preuve d'un bon jugement clinique.

Il faut tenter d'atténuer le plus possible les atteintes fonctionnelles qui nuisent à la capacité de s'alimenter. Par exemple, des ustensiles ou de la vaisselle adaptés pourront faciliter la tâche d'une personne atteinte d'hémiplégie ou d'arthrite rhumatoïde. À ceux qui ont des problèmes d'organisation spatiovisuelle, la disposition adéquate de la nourriture sur la table pourra offrir une autre solution. Pour le patient dément, il est préférable de servir le repas plat par plat. La position des personnes souffrant de dysphagie étant aussi importante, l'aide de l'ergothérapeute s'avérera fort utile.

Un personnel qualifié qui prend le temps nécessaire pour nourrir les patients qui ont besoin d'aide pour s'alimenter est primordial. Il est recommandé d'utiliser des tables semi-circulaires qui permettent de nourrir

trois à quatre résidants sans grand déplacement.

Il faut encourager l'activité physique afin de maintenir la masse musculaire.

Si malgré toutes ces mesures la perte de poids se poursuit ou qu'on ne note aucun gain de poids, il faudra envisager une approche thérapeutique plus spécifique, comme la pose d'une sonde nasogastrique ou une gastrostomie. Bien sûr, avant d'entreprendre les démarches pour pratiquer ces interventions, il faut tenir compte des objectifs thérapeutiques que l'on poursuit et des volontés exprimées par le patient et sa famille. Cela est particulièrement important dans les cas de maladie en phase terminale ou de démente avancée. La décision d'alimenter par sonde en fin de vie exige une réflexion éthique¹⁰. Il faut pondérer les avantages et les inconvénients, et déterminer s'il s'agit d'un traitement à court terme ou permanent.

Après avoir procédé à l'évaluation en collaboration avec l'équipe soignante, vous reconsidérez le traitement médicamenteux de M^{me} L. et supprimez le Zoloft^{MD}, puisque la raison pour laquelle ce médicament a été prescrit n'est pas claire et que la patiente ne semble pas déprimée. Vous arrêtez également les diètes sans sel et hypocholestérolémiantes parce qu'elles sont peu appétissantes, ce qui augmente l'inappétence de M^{me} L. et que, de toute évidence, la prévention primaire n'a plus sa place dans les circonstances. Vous recommandez que des suppléments alimentaires lui soient donnés régulièrement entre les repas et qu'une attention particulière soit accordée à tous les éléments qui facilitent la prise des repas avec l'aide de la famille.

Le poids de M^{me} L. est contrôlé chaque semaine, et on constate une

Summary

Weight loss in long-term care facilities. Weight loss is frequent in nursing homes. Many complications are associated with the problem of weight loss and contribute to morbidity and mortality, such as pressure sores, infections, sepsis and functional decline. It is critical to identify weight loss rapidly, identify the causes and begin the treatment early. Many factors can be easily modified, thus optimizing the quality of life of the residents.

Key words: elderly, weight loss, nursing homes, malnutrition.

augmentation progressive. Elle regagne de la force musculaire et peut maintenant circuler avec une marchette. Elle se sent mieux et les soins qu'elle requiert s'en trouvent allégés. □

Date de réception : 24 janvier 2000.

Date d'acceptation : 16 février 2000.

Mots clés : perte de poids, personnes âgées, centre d'hébergement, malnutrition.

Bibliographie

1. Abasi AA, Rudman D. Observations on the prevalence of protein-calorie undernutrition in VA nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1993 ; 41 : 117-21.
2. Kaiser-Jones J, Schell ES, Porter C, et al. A prospective study of liquid oral dietary supplements in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1998 ; 46 : 1378-86.
3. Wallace JI, Schwartz RS. Involuntary weight loss in elderly outpatients. *Clin Geriatr Med* 1997 ; 13 (4) : 717-35.
4. Sullivan D, Lipschitz D. Evaluating and treating nutritional problems in older patients. *Clin Geriatr Med* 1997 ; 13 (4) : 753-68.
5. Fabiny AR, Douglas PK. Assessing and treating weight loss in nursing home resi-

dents. *Clin Geriatr Med* 1997 ; 13 (4) : 737-51.

6. Blaum CS, Fries BE, Fiatarone MA. Factors associated with low body mass index and weight loss in nursing home residents. *J Gerontol* 1995 ; 50A : M162.
7. Keller HH. Malnutrition in institutionalized elderly: how and why? *J Am Geriatr Soc* 1993 ; 41 : 1212-8.
8. Dwier JT, Coleman KA, Krall E, et al. Changes in relative weight among institutionalized elderly adults. *J Gerontol* 1987 ; 42 : 246.
9. Murden RA, Ainslie NK. Recent weight loss related to short-term mortality in nursing homes. *J Gen Int Med* 1994 ; 9 : 648.
10. Comité de bioéthique de l'IUGM. *Réflexions éthiques sur les problèmes d'alimentation en milieu d'hébergement et de soins de longue durée*. IUGM, 1998.

Mondialement
reconnu

57

MEDIC ALERT

MedicAlert
Toujours là
www.medicalert.ca

Pour information
1 800 668-6381