

# RECOMMANDATIONS

sur les alimentations standard et thérapeutiques  
chez l'adulte\* en établissements de santé

Condensé

Recommandations complètes :

Vaillant M-F, *et al.* (2019) Recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissements de santé. Nutrition Clinique et Métabolisme. 10.1016/j.nupar.2019.09.002

**Ces recommandations sur les prescriptions et prise en charge alimentaire et nutritionnelle sont basées sur des preuves scientifiques, ou à défaut, des consensus d'experts.**

## OBJECTIFS PRINCIPAUX

- **Couvrir les besoins nutritionnels** des patients et s'adapter à leur situation physiopathologique comme aux besoins liés à l'hospitalisation (soins aigus, soins de suite et de réadaptation-SSR, long séjour) ;
- **Respecter le patient** pour donner à l'alimentation tout son sens : nutritionnel, comme personnel (prise en considération des choix, du temps des repas...) ;
- **Rationaliser et harmoniser** les pratiques liées aux prescriptions de régime alimentaire ;
- **Diminuer les contraintes** qui pourraient induire des restrictions sur la prestation repas (choix des aliments pour les préparations des plats, implications sur le prix des repas, conséquences sur la palatabilité et la consommation des plats par les patients).

## CIBLES

Personnels impliqués **à tous les niveaux de la chaîne alimentaire**, depuis l'écriture du cahier des charges jusqu'à la consommation, comme du soin aux patients.

\*Ne sont visées par ces recommandations que les populations adultes, la pédiatrie étant un champ bien spécifique qui nécessite des recommandations à part entière.

## MÉTHODOLOGIE

1. État des lieux en 2017 sur les alimentations à l'hôpital
2. Formation d'un groupe de pilotage constitué de membres de l'AFDN et de la SFNCM
3. Propositions de recommandations basées sur les résultats de l'enquête et sur les données de la littérature
4. Soumission des recommandations à 50 experts nationaux (25 diététiciens et 25 médecins). Méthode DELPHI pour l'élaboration de consensus formalisé d'experts (Haute Autorité de Santé (HAS), 2010).

## CHAMP LEXICAL

« régime » → « alimentation »

« régime normal » → « alimentation standard »

« régime (quel qu'il soit) » → « alimentation thérapeutique »

## STRUCTURATION DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations visent à :

- **définir l'offre alimentaire** (quantitative et qualitative) dans les établissements tant sur l'adaptation par rapport aux besoins du patient que dans le but de favoriser la prise alimentaire (recommandations 1, 2, 3, 4) ;
- **montrer les indications/l'importance** de la prescription nutritionnelle et sa réévaluation (recommandations 5, 6, 7) ;
- **préciser les modes alimentaires** qu'il faut parfois mettre en œuvre pour adapter l'alimentation aux capacités du patient et à son appétit (recommandations 8, 9) ;
- **délimiter les restrictions**, dans les alimentations thérapeutiques excluant certains nutriments, afin de ne conserver que les indications basées sur les preuves scientifiques et de les définir en regard de la balance bénéfique/risque de dénutrition (recommandations 10 à 22) ;
- **montrer l'importance de la place** d'une alimentation spécifiquement adaptée aux patients dénutris et à risque de dénutrition (recommandation 23).

## RECOMMANDATIONS 1 À 9 SUR L'OFFRE ALIMENTAIRE

### L'alimentation standard



#### Recommandation 1

**Il est recommandé que l'offre alimentaire propose plusieurs choix.**

L'alimentation doit être considérée comme une **part essentielle du traitement des patients hospitalisés**. L'hôpital devrait proposer aux usagers une possibilité réelle de choix personnel, par la mise à disposition d'une liste d'aliments aussi large que possible, en tenant compte des contraintes variables selon l'établissement de santé (ES). La possibilité de choix positif du menu semble être aussi une mesure efficace de **diminution significative du gaspillage alimentaire**.



#### Recommandation 2

**Il est recommandé que l'alimentation standard réponde aux recommandations pour la prévention et la promotion de la santé.**

L'alimentation en ES doit permettre de **couvrir les besoins** pour préserver un état nutritionnel et d'hydratation corrects tout en respectant dans la mesure du possible l'équilibre alimentaire.



#### Recommandation 3

**En dehors d'une adaptation personnalisée, il est recommandé que l'alimentation standard apporte un minimum de 2 000 kcal/j.**

Les besoins nutritionnels du patient doivent être fixés en fonction de son poids, de sa situation métabolique, de son appétit. Cependant la plupart des systèmes actuels de distribution des repas ne permettent pas de personnaliser les plateaux repas en adaptant la taille des portions servies. Une détermination simple des besoins nutritionnels par l'application de **30 kcal/kg/j** (même pour les personnes âgées, grade B) permet de fixer la cible calorique d'une journée alimentaire. Afin de couvrir les besoins nutritionnels d'un grand nombre de patients, nous recommandons **un minimum de 2000 kcal/j apportés par les repas**. Une attention particulière est à apporter aux alimentations à texture modifiée, pour lesquelles l'offre alimentaire doit également couvrir les besoins des patients.



#### Recommandation 4

**Il est recommandé que les valeurs nutritionnelles (énergie, protéines, lipides, glucides) de l'offre alimentaire soient accessibles, notamment au prescripteur et au diététicien.**

La connaissance des valeurs nutritionnelles de l'offre alimentaire est un pré-requis qui permet d'évaluer l'offre réelle proposée aux patients et d'en garantir la régularité. Le CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition) et le service diététique, ou à défaut de ces structures, le diététicien de l'établissement de santé, doivent valider l'offre alimentaire, afin de faciliter le travail des prescripteurs. **Des analyses nutritionnelles régulières** par des laboratoires d'analyses sont à intégrer dans les démarches de suivi et de qualité de la prestation alimentation.

## La prescription de l'alimentation à l'hôpital



### Recommandation 5

**Il est recommandé que toute alimentation soit prescrite à l'admission du patient et adaptée à la situation clinique.**

La prescription inclut tout type d'alimentation : **standard et thérapeutiques** (alimentations thérapeutiques restrictives, enrichies et/ou alimentations à texture modifiée). L'acte alimentaire, c'est-à-dire la non contre-indication à la prise alimentaire, et le type d'alimentation doivent faire l'objet d'une prescription médicale. Bien que la **responsabilité de la prescription nutritionnelle** incombe au médecin, l'**adaptation** de l'alimentation à l'admission peut faire l'objet de l'expertise d'un(e) diététicien(ne).



### Recommandation 6

**Il est recommandé que tout type d'alimentation thérapeutique soit réévalué en cours d'hospitalisation et lors de la sortie par le prescripteur, et si besoin par un diététicien et/ou un médecin nutritionniste.**

La mise en place d'une alimentation thérapeutique en cas de trouble(s) nutritionnel(s) est un acte de soin qui ne devrait pas déroger au principe de **réévaluation**, s'inscrivant dans la démarche qualité développée par la HAS.



### Recommandation 7

**Il est recommandé de ne pas combiner plus de 2 alimentations thérapeutiques restrictives en raison du risque de dénutrition.**

Derrière le terme « combiner », nous entendons l'association (manuelle ou informatisée) de plusieurs types d'alimentations prescrites. **Cumuler plusieurs niveaux de restrictions alimentaires rend difficile et aléatoire la conception d'un plateau repas** en cuisine, expose à une moindre consommation et un risque accru de dénutrition. Il est important d'évaluer le rapport bénéfice/risque des régimes restrictifs, notamment chez certains patients les plus fragiles, comme les personnes âgées et selon la recommandation du Conseil National de l'Alimentation.

## L'adaptation de l'offre alimentaire



### Recommandation 8

**Il est recommandé que l'offre alimentaire puisse être fractionnée en proposant plus de 3 repas par jour.**

La **proposition de collations** doit pouvoir faire partie intégrante des stratégies de lutte contre la dénutrition.



### Recommandation 9

**Il est recommandé que les adaptations de textures soient établies selon les recommandations internationales de l'IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative).**

Les adaptations des aliments et boissons permettent de diminuer les complications des **troubles de la déglutition**, principalement la dénutrition et les infections pulmonaires. L'**initiative IDDSI** (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) a permis d'aboutir à une terminologie universelle et standardisée des adaptations des aliments et boissons en cas de troubles de la déglutition. Il ne s'agit pas pour les établissements de proposer toutes les déclinaisons de texture, mais de savoir identifier leurs propositions selon la classification de l'IDDSI. L'utilisation d'une norme internationale tend à promouvoir les bonnes pratiques, l'efficacité et à sécuriser les professionnels comme les patients.



### Recommandation 10

**En hospitalisation, en dehors d'un avis spécialisé en nutrition, la prescription d'une alimentation thérapeutique visant une perte de poids n'est pas recommandée.**

Chez les patients obèses hospitalisés, le risque de dénutrition est élevé et souvent sous-évalué par les professionnels de santé. L'obésité sarcopénique est une préoccupation débutante avec peu de littérature à son actif. La prise en charge nutritionnelle des patients en obésité requiert une expertise et une prise en charge multidisciplinaire pour évaluer les apports et les adapter individuellement aux besoins calculés des patients.



### Recommandation 11

**Il est recommandé d'adapter les apports en protéines en fonction du stade de la maladie rénale chronique (MRC) et de l'état nutritionnel.**

Les apports en protéines sont à adapter en fonction du stade de la maladie (stade I à V). Les traitements par dialyse (hémodialyse et dialyse péritonéale) entraînent des pertes de protéines qui nécessitent de réadapter les apports à plus de 1 g de protéines/kg/j. Toute dénutrition protéino-énergétique au cours de l'insuffisance rénale et des dialyses chroniques nécessite une augmentation de l'apport en protéines de 1,2 à 1,4 g/kg/j, voire supérieure à 1,5 g en cas d'hypercatabolisme.



### Recommandation 12

**Il n'est pas recommandé de prescrire une alimentation thérapeutique hypolipidique < 35% de l'Apport Énergétique Total, à l'exception de l'hypertriglycéridémie majeure primitive et des épanchements chyleux (chylothorax, ascite chyleuse, chylurie) où une restriction stricte des lipides s'impose (< 30g par jour, hors TCM-triglycérides à chaîne moyenne).**

L'intérêt d'une alimentation hypolipidique (< 35% des apports énergétiques) est remise en question dans ses indications classiques : prévention de l'obésité, prévention des maladies cardio-vasculaires. L'alimentation de type méditerranéenne (40-45% de lipides, riche en monoinsaturés et oméga 3) paraît plus efficace en termes de préventions du risque cardio-vasculaire, de l'hypertension artérielle, de prévention du diabète de type 2, de NASH (stéato-hépatite non alcoolique), etc.



### Recommandation 13

**L'alimentation standard est adaptée au patient diabétique sans exclusion des produits et desserts contenant du saccharose.**

Les recommandations de l'apport des macronutriments chez la personne atteinte de diabète sont les mêmes que pour la population générale, en l'absence de complications liées au diabète. Suivant l'avis de l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), il s'agit plutôt de « contrôler » la consommation de sucre que de l'exclure.



### Recommandation 14

**Il est recommandé que l'alimentation standard propose un apport régulier en glucides, à chaque repas.**

Pour les personnes qui n'adaptent pas leur dose d'insuline selon les apports en glucides (insulinothérapie fonctionnelle), la quantité de glucides consommée doit être régulière et à heure fixe. Ceci favorise l'équilibre glycémique et minimise les excursions glycémiques dont le risque d'hypoglycémie.



### Recommandation 15

**Il est recommandé que les quantités de glucides soient connues et accessibles pour chaque plat servi.**

Les personnes qui bénéficient d'une insulinothérapie fonctionnelle doivent pouvoir estimer les quantités de glucides consommées et éventuellement de lipides et protéines, afin de définir la dose d'insuline prandiale adaptée au repas pour un meilleur contrôle glycémique.



### Recommandation 16

**Si une alimentation thérapeutique pauvre en sel est indiquée, il est recommandé de ne pas restreindre l'apport en sel (NaCl) de l'alimentation à moins de 5g/jour (soit environ 2g de sodium/j), sauf en cas de décompensation aiguë sévère et pour une très courte durée.**

Un régime restreint en sel est souvent associé à une réduction des apports oraux et un risque de dénutrition ou d'aggravation de celle-ci.



### Recommandation 17

**L'alimentation intitulée « sans acide et/ou sans épice » n'a aucune indication (sauf hypersensibilité buccale, digestive ou allergie alimentaire).**

L'objet de cette recommandation est de supprimer ce type d'alimentation n'ayant aucun fondement scientifique en dehors d'une sensibilité buccale, notamment pour certaines épices et pouvant être en lien avec des lésions de la muqueuse.



### Recommandation 18

**Il est recommandé de ne pas exclure de l'alimentation « pauvre en fibres stricte » (10-14g fibres/j, généralement appelée pauvre en résidus ou sans résidu), les jus de fruits sans pulpe, les pommes de terre, le pain blanc, le lait et les dérivés du lait.**

Nouvelle terminologie à utiliser :

« sans résidu », « pauvre en résidus » → « pauvre en fibres stricte (10-14g fibres/j) »

« pauvre en fibres stricte » = 10 à 14g/j de fibres

« pauvre en fibres » = 15 à 20g/j de fibres ;

L'alimentation « pauvre en fibres stricte » (10 à 14g/j) doit permettre de satisfaire aux besoins quotidiens énergétiques et en macronutriments. L'exclusion classiquement pratiquée dans l'alimentation « pauvre en fibres stricte » du pain blanc, des pommes de terre, jus de fruits sans pulpe, lait et produits laitiers, ne repose aujourd'hui sur aucune argumentation rationnelle. À noter que l'alimentation « pauvre en fibres stricte » reste malgré tout restrictive et monotone. Elle peut induire un risque nutritionnel. Elle doit être prescrite sur une période limitée et être réévaluée régulièrement.



### Recommandation 19

**Il est recommandé de réserver l'alimentation « pauvre en fibres stricte » (10 à 14g/j de fibres) à visée thérapeutique dans les sténoses intestinales symptomatiques ; à visée diagnostique dans certaines explorations digestives (type coloscopie, coloscanner, entéroIRM...) ; ou à visée symptomatique.**

Lorsqu'il est à visée thérapeutique ou symptomatique, ce mode alimentaire vise à une **amélioration des symptômes ressentis** par le patient et par conséquent à une amélioration de la qualité de vie. Il doit être personnalisé et réévalué dans sa pertinence au décours de la prise en charge de la maladie sous-jacente qui l'a fait indiquer. La durée doit être la plus courte possible pour limiter le risque nutritionnel.



### Recommandation 20

**Sur prescription médicale, l'alimentation pauvre en fibres (15-20g fibres/j) peut avoir des indications à l'hôpital en termes de symptômes digestifs.**

Cette alimentation vise à limiter le volume et le nombre de selles et de gaz à un moindre degré que celui de l'alimentation pauvre en fibres stricte. Elle repose essentiellement sur des expertises professionnelles. Ce type d'alimentation vise à préserver le **confort digestif** tout en limitant les restrictions, le bénéfice secondaire est donc d'**améliorer les ingesta**. Cette alimentation doit être prescrite sur une période limitée, être adaptée à la tolérance individuelle et réévaluée.



### Recommandation 21

**Il est recommandé de ne pas exclure tous les produits laitiers dans le cadre de l'intolérance au lactose.**

La déficience en lactase, fréquente chez l'adulte, ne signifie pas que l'on est intolérant au lactose. L'intolérance ne représente qu'une faible partie des malabsorbants, la grande majorité des malabsorbants étant asymptomatiques. Le lait et les produits laitiers sont source de calcium et de protéines, leur **suppression constitue un risque pour la santé osseuse**. Il ne doit donc pas y avoir de restriction inutile et ce d'autant plus que l'adaptation de la flore colique (acidité colique) à digérer le lactose est l'un des mécanismes de tolérance du lactose, et qu'il est possible de tolérer une quantité minimale de lactose.



### Recommandation 22

**Hors maladie cœliaque diagnostiquée médicalement, l'alimentation sans gluten n'est pas recommandée.**

La maladie cœliaque est une entéropathie d'origine auto-immune. On l'appelle également intolérance au gluten, ce qui peut porter à confusion sur la nature de la pathologie. Non seulement **la suppression du gluten n'est pas indiquée en dehors du diagnostic de maladie cœliaque**, mais cette suppression peut être délétère pour la santé avec un déséquilibre des apports nutritionnels.



### Recommandation 23

**Il est recommandé de proposer, dans l'offre alimentaire, une alimentation enrichie en énergie et/ou protéines pour répondre à la prévention et à la prise en charge de la dénutrition.**

Il faut donner **la priorité à la prévention et à la prise en charge de la dénutrition**, en permettant par des stratégies d'enrichissement et modification des volumes des repas, de couvrir les besoins de patients en difficulté pour s'alimenter (manque d'appétit, repas décalés ou sautés en raison d'examen ou de mise à jeun...).

