



Mémoire
de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec
sur le Projet de loi n°16 : Loi modifiant diverses dispositions législatives
en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer
le processus de certification des résidences pour personnes âgées

Septembre 2011



L'Ordre professionnel des diététistes du Québec assure la protection du public en matière de nutrition humaine et d'alimentation, notamment par le contrôle de l'exercice de la profession et de la qualité de l'acte professionnel de même que par le maintien et le développement des compétences professionnelles des diététistes/nutritionnistes.

Par des prises de position et des actions ciblées, l'Ordre contribue à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et des individus en favorisant des environnements propices à de saines habitudes alimentaires de même qu'en soutenant dans chacun de ces environnements, l'accès aux compétences de ses membres. Ce faisant, l'Ordre favorise également des mesures d'éducation et d'accès à une information judicieuse, rigoureuse et d'intérêt public qui permet une prise de décision éclairée en matière d'alimentation.

Nous tenons à remercier, pour leur précieuse collaboration à la rédaction du mémoire de L'OPDQ sur le projet de loi n°16, *Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences pour personnes âgées*, les personnes suivantes:

Madame Anne Gagné, nutritionniste, Dt.P., Présidente
Madame Julie Bélanger, nutritionniste, Dt.P., diplôme de 2^e cycle en administration
Madame Héléne Blackburn, nutritionniste, Dt.P., M.Sc., MAP
Madame Catherine Crowe, nutritionniste, Dt.P.
Madame Marie-Josée Labelle, nutritionniste, Dt.P., cert. en gérontologie
Madame Denise Ouellet, nutritionniste, Dt.P., M.Sc., Ph.D.
Monsieur David Comtois, stagiaire en droit, Université de Sherbrooke
Madame Annick Lavoie, nutritionniste, Dt.P., Coordinatrice aux affaires professionnelles, OPDQ
Me Annie Chapados, Directrice générale et Secrétaire, OPDQ

Septembre 2011

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 4 |
| CHAPITRE PREMIER - COMMENTAIRES GÉNÉRAUX | 4 |
| LA QUALITÉ DE L'ALIMENTATION COMME CRITÈRE D'AGRÉMENT | 4 |
| L'ALIMENTATION D'UNE CLIENTÈLE TROP SOUVENT VULNÉRABLE..... | 5 |
| CHAPITRE DEUXIÈME - COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES | 7 |
| LA NUTRITION EN TANT QUE TRAITEMENT MÉDICAL..... | 7 |
| LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DE LA DÉNUTRITION | 7 |
| DES EXEMPLES HORS DU QUÉBEC..... | 9 |
| RECOMMANDATIONS | 9 |
| CONCLUSION | 11 |
| RÉFÉRENCES | 12 |

INTRODUCTION

Le 12 mai dernier, dans le cadre des travaux de l'Assemblée nationale, madame Vien, ministre déléguée aux Services sociaux, présentait le projet de loi n°16 : Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences pour personnes âgées.

Le projet de loi propose, entre autres choses, une nouvelle définition de ce que constitue une résidence pour personnes âgées au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2)¹ et introduit notamment de nouvelles règles d'exploitation pour ces résidences.

D'entrée de jeu, vous nous permettrez de préciser que l'OPDQ accueille favorablement le projet de loi n°16. Non seulement ce projet de loi répond-il à un besoin réel d'encadrement des mécanismes entourant la certification des résidences pour personnes âgées, mais il intervient dans un contexte où il se fait de plus en plus pressant d'agir.

Après lecture, une préoccupation persiste toutefois quant à l'interprétation qui sera faite des critères de la qualité de l'offre en ce qui a trait aux services de repas. En effet, l'alimentation se retrouve parmi les critères sociosanitaires qui sont déterminés par le *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées* (R.Q., c. S-4.2, r.0.01.1.)². Néanmoins, ces critères ne font pas état de tout l'aspect nutritionnel qui transcende l'offre alimentaire requise selon l'article 20 pas plus d'ailleurs qu'ils ne reflètent le fait que l'on doit considérer en certains cas l'alimentation comme un soin de santé.

C'est donc dans ce contexte que vous est soumis le présent mémoire. Un premier chapitre est consacré aux commentaires d'ordre général, relatifs essentiellement aux liens entre l'alimentation, la nutrition, et la santé; un deuxième, quant à lui, expose de façon plus spécifique les préoccupations que l'OPDQ désire soumettre à votre attention. Le projet sous étude visant une très grande variété de résidences, lesquelles accueillent des clientèles tout aussi variées (autonomes, semi-autonomes et non-autonomes) et qui ont conséquemment des besoins diversifiés, le lecteur aura souci de nuancer les commentaires contenus au présent mémoire suivant la clientèle susceptible d'être concernée.

CHAPITRE PREMIER - COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

La qualité de l'alimentation comme critère d'agrément

Force est de constater, après examen approfondi du projet de loi n°16, qu'aucun critère relatif à la qualité de l'alimentation n'a été prévu parmi les critères d'accréditation d'un exploitant de résidence pour personnes âgées. Certes, quelques dispositions ici et là mentionnent l'importance d'être conforme à ce qui se trouve dans le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* ou encore d'offrir des services alimentaires et de conserver les aliments dans un environnement salubre, mais le projet demeure silencieux quant à la qualité de l'alimentation à proprement dit.

On constate que l'article 7 du projet de loi n°16 modifie le deuxième alinéa de l'article 346.0.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en décrivant ce que l'on entend par la «(...) gamme plus ou moins étendue de services, principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie domestique ou à la vie sociale, (...)», à laquelle la version actuelle de la disposition fait référence, mais sans plus. En effet, la modification proposée s'en limite à préciser : « (...) différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement : service de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs.»

Or, l'article 346.0.4 de la loi actuelle et qui demeure inchangé, prévoit que :

«Pour obtenir un certificat de conformité, l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées doit en faire la demande par écrit à l'agence du territoire où se trouve sa résidence (un certificat par résidence, pas un certificat par exploitant) au moyen du formulaire que cette dernière lui fournit et remplir les conditions suivantes:

- 1° se conformer aux critères sociosanitaires déterminés par règlement;
- 2° satisfaire aux exigences identifiées par règlement.»

Les critères sociosanitaires sont ainsi déterminés par le *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées*³, dont l'article 20 traite spécifiquement de l'alimentation en ces termes :

«L'exploitant qui fournit des repas aux résidents doit offrir des menus variés conformes au Guide alimentaire canadien pour manger sainement (Santé Canada, Ottawa) tel qu'il se lit au moment de son application.» **[Les soulignements sont nôtres]**

Ainsi doit-on impérativement se demander si une offre alimentaire basée sur le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, qui est destinée à une clientèle souvent captive et vulnérable sur le plan physique, permet d'assurer à tous les résidents qu'ils soient en mesure de combler tous leurs besoins nutritionnels ? L'OPDQ soumet respectueusement que non. L'offre de menus variés, même conformes au Guide alimentaire canadien, ne permet pas de répondre nécessairement à 100% des besoins de 100% des résidents. Nous référons d'ailleurs le lecteur au chapitre deuxième du présent document, lequel répertorie diverses pathologies et situations illustrant notre propos.

L'alimentation d'une clientèle trop souvent vulnérable

En fait, l'amalgame des dispositions susmentionnées mène à penser que l'alimentation est perçue comme un service de soutien au même titre que l'accessibilité à des activités de loisirs et à la vie communautaire, voire même à des services de buanderie et d'entretien ménagers, ce que ne saurait soutenir l'OPDQ.

Pis encore, une telle vision de l'alimentation s'avère réductrice de ce qui doit plutôt être considéré en certains cas comme un plan de traitement de nature médicale; on relaie la qualité de l'alimentation à la plus simple expression de la salubrité et de l'hygiène qui, bien qu'essentielles, ne sont pas une finalité. L'OPDQ rappelle que la qualité de l'alimentation passe entre autres choses par sa capacité à fournir au corps les éléments nutritifs nécessaires à son développement ou son maintien, favorisant ainsi la conservation ou le rétablissement de la santé. L'aliment est au traitement nutritionnel ce que le médicament est au traitement pharmacologique. Conséquemment, la nutrition adaptée aux besoins spécifiques de la personne est le fondement premier de la qualité de l'alimentation.

Nous ne saurions trop insister sur le fait que cette notion de nutrition englobe non pas uniquement les recommandations du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* mais qu'elle fait appel à des bases scientifiques, à des données probantes qui guident les applications des traitements nutritionnels. Dans de nombreuses situations, la nutrition constituera un facteur déterminant du traitement de la maladie et, dans la majorité des cas, la première approche thérapeutique retenue. À titre d'exemple, lorsqu'on diagnostique un diabète chez une personne, d'emblée on va lui recommander d'éviter certains aliments, avant même que ne débute la pharmacothérapie. Qui plus est, et outre les différentes pathologies pour lesquelles un plan de traitement nutritionnel est susceptible d'être déterminant, on ne saurait passer sous silence le phénomène inquiétant de la dénutrition chez certaines clientèles âgées. Au Canada, l'étude de Bocock et Keller, se fondant sur d'autres études menées sur le sujet⁴, rappelle que la prévalence de la dénutrition chez les résidents en établissements de longue durée serait comprise entre 20 et 60% et pourrait aller jusqu'à 70% chez

les aînés présentant une déficience cognitive.⁵ Bien qu'une analogie avec toutes les clientèles susceptibles d'habiter dans les résidences visées par le projet de loi ne saurait convenir, il y a lieu toutefois de s'inquiéter particulièrement du sort des personnes non-autonomes qui habiteraient par exemple en ressource intermédiaire. Il importe conséquemment d'assurer une offre de service alimentaire qui soit conforme à l'ensemble des critères de qualité reconnus par la science de la nutrition et non pas uniquement à ceux déterminés par les articles 3 à 3.4 de la *Loi sur les produits alimentaires*⁶, savoir la salubrité et l'hygiène.

C'est dire aussi qu'au-delà de la qualité de l'alimentation, on doit s'attarder d'abord et avant tout à l'évaluation de l'état nutritionnel des clientèles visées, pour ensuite et au besoin, voir à la détermination d'un plan de traitement nutritionnel et à la surveillance de l'état nutritionnel. En effet, indépendamment de la qualité de l'offre alimentaire, si les aliments ne sont pas consommés, l'atteinte des objectifs nutritionnels sera négligeable. On doit considérer non seulement la qualité nutritive des aliments, mais aussi les besoins spécifiques des individus en lien avec leur état de santé, leurs habitudes alimentaires et leur capacité à s'alimenter. Par capacité à s'alimenter on entend, notamment, la quantité d'aliments qui peut être ingérée quotidiennement, le type d'aliments – végétarien, etc. –, la texture et la consistance des aliments, l'habileté de porter les aliments à la bouche, l'habileté à former un bolus alimentaire, la capacité à déglutir de manière sécuritaire. À cet effet, on se souviendra de l'article provenant du Bureau du coroner *Déglutir, est-ce si dangereux ?*⁷ relatant le cas d'une dame qui avait reçu un plateau contenant le menu distribué à l'ensemble des bénéficiaires et non adapté à sa capacité à s'alimenter. Elle avait fait une obstruction des voies aériennes supérieures et malgré une manœuvre de Hemlich et des manœuvres de réanimation cardio-respiratoire, était décédée.

Les critères de la qualité de l'alimentation devront forcément inclure tous ces aspects de la nutrition si on veut assurer les meilleurs soins possibles, et ce, de manière sécuritaire. La santé et la qualité de vie des résidents en dépendent. La réduction de l'alimentation à l'expression simpliste de service de restauration comporte un risque inacceptable pour le bien-être de la clientèle, particulièrement des personnes en perte d'autonomie. Le service alimentaire d'une résidence quelle qu'elle soit, ne doit pas être perçu comme étant exclusivement un restaurant car sa clientèle, potentiellement vulnérable, est composée de personnes âgées subissant les changements physiologiques du vieillissement - la sénescence. Sans compter qu'une majorité de résidents sont susceptibles d'être atteints de maladies nécessitant des soins médicaux et une polymédication. Et celles vivant dans un milieu de vie qui se rapproche d'un milieu institutionnel au niveau de son offre de service alimentaire sont particulièrement vulnérables car elles sont captives et dépendent la plupart du temps exclusivement des aliments et de l'aide offerts par le milieu. L'alourdissement des problématiques de santé de ces personnes, qui sont souvent liées à des problématiques nutritionnelles, est d'ailleurs un défi pour ces milieux. L'évaluation de l'état nutritionnel revêt donc une importance primordiale, car les conséquences de la dénutrition peuvent être désastreuses : augmentation de la morbidité et de la mortalité, dégradation des capacités fonctionnelles, cognitives, altération du système immunitaire, processus de guérison affecté. Ces conséquences nécessitent davantage de soins, dégradent la qualité de vie des patients et contribuent à l'augmentation des coûts de soins de santé. Des études indiquent que chez les personnes âgées les plus vulnérables et présentant un syndrome de fragilité, la prévalence de la dénutrition varie de 65 à 80%.⁸

L'OPDQ est conséquemment d'avis qu'au chapitre des critères menant à l'agrément d'une résidence, particulièrement de celle accueillant des personnes en perte d'autonomie, un simple renvoi au *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* est nettement insuffisant.

CHAPITRE DEUXIÈME - COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES

La nutrition en tant que traitement médical

Certains milieux de vie visés par le projet de loi sont susceptibles de recevoir des clientèles similaires à celle des CHSLD, savoir des personnes qui ne sont plus autonomes. Le cas échéant, on y rencontrera par exemple des personnes souffrant de démences de type Alzheimer ou neurodégénératives, de dégénérescences neuromusculaires, de maladies chroniques, et autres. À tout cela s'ajoute la dénutrition primaire ou secondaire. Chacune de ces conditions présente un défi nutritionnel à la relève duquel les diététistes/nutritionnistes sont formées. Néanmoins, pour y répondre, un minimum de conditions doit être réuni.

Comme première condition, il nous apparaît essentiel de considérer le service d'alimentation comme étant un maillon primordial dans la chaîne de soins aux résidents. On ne saurait considérer offrir un traitement pharmacologique à un résident sans détenir les bons médicaments avec les bons dosages. Il en va de même avec l'alimentation. Étant donné que la nutrition est considérée comme un soin médical, son complément, l'aliment, doit être considéré tout autant. C'est Hippocrate, le père de la médecine, qui disait d'ailleurs: «*Que ton aliment soit ta médecine, que ta médecine soit ton aliment.*» C'est pourquoi, nous estimons que la qualité de l'alimentation, telle que nous l'avons décrite précédemment au Chapitre premier, doit faire l'objet de critères de certification des résidences pour personnes âgées.

Eu égard à cette condition, le recours à une ressource spécialisée dans l'élaboration de l'offre et dans le choix des spécifications des produits et matières de base nécessaires pour parvenir à produire les aliments requis à une offre optimale nous apparaît indispensable. Une telle ressource avec une expertise en nutrition contribue à développer au besoin un menu adapté à la clientèle qui rencontre les contraintes budgétaires et de ressources reliées à la production. Les diététistes/nutritionnistes cliniciens et celles oeuvrant en gestion des services d'alimentation peuvent soutenir les propriétaires de résidences privées dans cette démarche complexe, mais réalisable.

Le dépistage précoce de la dénutrition

Comme seconde condition, il y a le dépistage précoce de la dénutrition. Une intervention hâtive soutient un meilleur rapport coût/efficacité, car elle permet de réduire proportionnellement les interventions visant à rétablir l'état nutritionnel d'une personne souffrant de dénutrition, interventions qui nécessitent une technologie spécialisée plus coûteuse et des ressources humaines investies dans les soins. Il s'agit ni plus ni moins que de s'assurer que la considération première soit accordée à la sauvegarde ou le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des résidents. Par ailleurs, lorsque la personne âgée n'est plus à domicile, le service de repas en milieu de vie ou de soins revêt une grande importance. La monotonie du menu, la taille des portions, la température des aliments, l'apparence et la fraîcheur des aliments, les interruptions de l'aide du personnel aux repas, la possibilité de choisir ses aliments, la présence d'aliments aimés ou familiers, la présence d'aliments respectant des indications particulières ainsi que l'attitude des employés de même que la convivialité et le plaisir de manger sont autant d'éléments qui influencent les apports alimentaires des personnes âgées.

On retrouve deux types de dénutrition chez les personnes âgées : la dénutrition primaire et la dénutrition secondaire. La dénutrition primaire peut être la conséquence de capacités physiques réduites (Par exemple : dépendance, effort, douleur, ralentissement de la prise alimentaire), d'atteintes cognitives, de mauvaises applications diététiques ou thérapeutiques (Par exemple : médicaments, jeûnes d'investigation ou de traitement, diètes inadaptées), de cholestérolphobie ou de dépression. En ce qui a trait à la dénutrition secondaire, elle sera plutôt liée à des états infectieux et inflammatoires aigus et chroniques, à des insuffisances d'organes (Par exemple : MPOC, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque), aux états tumoraux, à des désordres avec

hypermétabolisme (Par exemple : hyperthyroïdie, Parkinson), à des syndromes de malabsorption et d'atteinte de la muqueuse digestive, à la prise de médicaments, au stress chirurgical ou à un traumatisme.

Permettez-nous d'appuyer nos dires par des exemples concrets. Considérons la clientèle souffrant de démences neurodégénératives. L'intervention nutritionnelle aura pour but de prévenir, corriger la perte de poids et la dénutrition, faciliter l'acte alimentaire en fonction des troubles cognitifs, du comportement et de l'humeur ainsi que de dépister et pallier des troubles de la déglutition. La perte de poids toucherait entre 30 et 50% des personnes atteintes de démence. Dans la plupart des cas, la perte de poids prend place de façon progressive et insidieuse, suivant le fil de l'évolution de la maladie.^{9,10} Les conséquences de la dénutrition chez les personnes âgées sont connues et bien documentées. Elles incluent une susceptibilité accrue aux infections, l'augmentation de la fréquence des ulcères de décubitus, celle du temps de guérison des plaies et du taux de mortalité.¹¹ Dans la démence, on souligne que la fréquence des épisodes infectieux est jusqu'à 4 fois plus élevée chez les personnes dénutries. La dénutrition est également reconnue comme étant un facteur de risque important d'un déclin cognitif plus rapide et de l'augmentation du niveau de dépendance¹².

On peut penser aussi à un résident souffrant de la maladie de Parkinson : il sera sujet à une perte pondérale, à la perturbation du système digestif en entier avec ralentissement marqué du transit, à la xérostomie (bouche sèche), à la dysphagie, à une augmentation de ses besoins nutritifs, sans oublier l'incidence des interactions potentielles médicaments-aliments. On comprend aisément que pour ce patient, la qualité de l'alimentation sera plus que simple affaire de recommandations du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*.

Autre exemple, un résident aux prises avec des symptômes de dysphagie à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC) aura besoin d'une alimentation adaptée du point de vue de la consistance et de la texture. La dysphagie est un trouble de la déglutition qui peut entraîner une déshydratation, une détérioration de l'état nutritionnel, une réduction de la qualité de vie, des complications pulmonaires, voire la mort. L'adaptation de l'alimentation vise à maximiser l'ingestion selon les capacités de déglutition résiduelles de la personne, à favoriser le maintien d'un état nutritionnel optimal et à réduire les problèmes respiratoires.

Finalement, prenons l'exemple d'une résidente qui, de prime abord, n'a pas de problème de santé apparent, mais qui, depuis quelques semaines, est déprimée à la suite du départ d'une autre résidente avec qui elle aimait fraterniser quotidiennement. Son appétit diminue, son intérêt pour la nourriture décline, ses apports alimentaires ne rencontrent plus ses besoins nutritionnels et elle subit une perte de poids importante. La cascade de la dénutrition est ainsi déclenchée. Or, la sarcopénieⁱ est une conséquence importante de la perte de poids et de la dénutrition. Elle affecte grandement les capacités fonctionnelles par l'augmentation du risque de chutes et de la probabilité de fractures ostéoporotiques.

Tous ces exemples réels et quotidiens viennent confirmer de façon indéniable que la qualité de l'alimentation, en termes de nutrition, est au cœur même d'une prise en charge adéquate et en certains cas du soin médical requis par la personne aînée. En fait, le projet de loi n°16 devrait permettre aux Québécois et Québécoises de se mettre à niveau avec les normes sur l'alimentation et les soins nutritionnels qui sont en vigueur en Ontario¹³ et au sein de l'Union européenne¹⁴.

ⁱ La sarcopénie est caractérisée par une importante baisse de la masse musculaire. Elle affecte 10 à 20% des personnes âgées de 70 ans et plus et la majorité des personnes de 80 ans. Les conséquences sont la perte d'équilibre, les chutes, une perte d'autonomie augmentée et une mortalité élevée. Ferland G. Nutrition et liberté 55. Congrès de l'OPDQ, 1 novembre 2006.

Des exemples hors du Québec

À cet égard, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a édicté des politiques et directives entourant les soins diététiques et nutritionnels (l'alimentation) qui doivent être prodigués aux résidents. Ainsi, on retrouve dans le *Manual for awardees/operators in the preparation for occupancy*¹⁵ l'obligation de fournir des repas qui rencontrent les apports nutritifs quotidiens recommandés et qui doivent être ajustés en fonction de l'âge, du sexe, du poids, de l'activité physique et de l'état de santé des résidents. À cela s'ajoute des services de nutrition clinique permettant d'évaluer l'état nutritionnel de tous les résidents, d'assurer des suivis nutritionnels réguliers, d'interpréter les résultats et d'apporter des modifications nécessaires au moment opportun.

De son côté, le Comité des ministres du Conseil de l'Europe a voté une résolution sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux,ⁱⁱ laquelle rappelle :

- « 5. (...) que l'accès à une alimentation variée, saine et sans risque est un droit fondamental de l'être humain ;
6. (...) les effets bénéfiques d'un service de restauration et de soins nutritionnels adéquats en milieu hospitalier pour le rétablissement des patients et de leur qualité de vie ;
7. (...) l'ampleur inacceptable du phénomène de la dénutrition parmi les personnes hospitalisées en Europe ;
8. (...) que la dénutrition chez les personnes hospitalisées entraîne un allongement de la durée d'hospitalisation, un rétablissement plus long, une dégradation de la qualité de vie et des surcoûts. »

Si de telles recommandations sont apparues judicieuses pour les milieux hospitaliers et les centres de soins de longue durée, elles devraient pareillement recevoir un accueil favorable dans les milieux qui hébergent des clientèles similaires.

RECOMMANDATIONS

L'OPDQ est d'avis que l'absence de politique nutritionnelle pour les aînés qui définit la qualité de l'alimentation, l'absence d'outils facilitant l'évaluation de l'alimentation des aînés dans tous les milieux, les limites ou dans certains cas l'absence de ressources spécialisées pour réaliser des évaluations nutritionnelles, planifier et produire une offre alimentaire rencontrant les critères de qualité nutritionnelle, sont autant de facteurs qui actuellement ne permettent pas d'assurer que l'alimentation des différentes clientèles d'aînés soit adéquate.

Les personnes âgées semi-autonomes ou non-autonomes étant un groupe particulièrement à risque de dénutrition, il importe de s'assurer que l'offre alimentaire réponde à divers critères. Au nombre de ceux-ci, on retiendra notamment :

Critères nutritionnels

- Équilibre nutritionnel usuel requis et satisfaction des besoins particuliers des personnes âgées, notion qui va au-delà du respect du guide alimentaire canadien pour les personnes dont l'état de santé est altéré
- Densité en nutriments, en fonction de besoins fréquemment accrus et du plus faible volume d'aliments consommé par les personnes âgées
- Densité nutritive des mets, texture et consistance modifiées et qualité du produit (viscosité et autres)

ⁱⁱ Adoptée par le Comité des Ministres le 12 novembre 2003, lors de la 860^e réunion des Délégués des Ministres.

- Satisfaction des besoins thérapeutiques individuels, déterminés suite à une évaluation nutritionnelle (et respect du plan de traitement nutritionnel)
- Portion adaptée à l'individu selon ses besoins et personnalisation du repas en fonction des besoins

Qualités organoleptiques

- Degré de cuisson
- Températures de service
- Couleur
- Saveur
- Portion
- Agencement des mets

Critères socioculturels

- Aliments familiers et sécurisants pour ce groupe d'âge, aliments reliés à la culture de l'endroit (ville multiculturelle, campagne, village de pêcheurs)
- Heures des repas, déroulement de l'heure des repas
- Respect des préférences, d'indications particulières
- Variété
- Personnalisation du repas en fonction des habitudes de vie (par exemple, anniversaires de naissance, etc.)

Innocuité des aliments

- Innocuité garantie par de bonnes techniques de travail
- Mesures d'hygiène et de salubrité connues et appliquées
- Contrôle des températures à toutes les étapes de la réception jusqu'au service
- Formation du personnel du service alimentaire

Environnement à l'heure du repas

Il importe de créer un contexte propre à la prise alimentaire et ce du moment où l'on va chercher la personne à sa chambre jusqu'à son retour :

- Atmosphère, convivialité
- Lumière
- Bruit
- Hauteur adaptable des tables
- Niveau d'aide approprié à la personne
- Attitude au moment de présenter les repas
- Formation du personnel sur l'assistance à l'alimentation
- Temps alloué au repas

Bien que plusieurs des éléments contenus dans la description ci-haut dépendent pour bonne partie de la qualité du travail des professionnels impliqués, il importe également que dans un contexte d'hébergement, les structures et les ressources nécessaires soient mises en place pour garantir la qualité des services dispensés, dont les services nutritionnels et d'alimentation. Non seulement le recours à des services nutritionnels adéquats permet-il à plus ou moins long terme de réaliser des économies mais il assure surtout une meilleure protection des clientèles hébergées, contribuant ainsi à une meilleure qualité de vie.

CONCLUSION

En terminant, il importe de retenir de ce qui précède que le service d'alimentation est bien plus qu'un service de soutien; c'est un complément au traitement médical. La qualité de l'alimentation dépasse quant à elle les principes de la salubrité et d'hygiène. Mais il faut retenir surtout que la nutrition est bien plus que l'application du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*; s'agissant d'une science médicale, l'état nutritionnel d'une personne ne s'en limite pas à la simple constatation des apports alimentaires.

Nous sommes conscients que nos propos sont susceptibles de requérir des changements importants au sein de l'organisation d'une résidence privée. Néanmoins, ces modifications sont réalistes et nécessaires si l'on veut assurer le bien-être et la sécurité des résidents. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons apporté quelques pistes de solutions et les diététistes/nutritionnistes en gestion et en nutrition clinique peuvent contribuer au succès de cette entreprise. Leur expertise en matière d'alimentation et de nutrition humaine en font des partenaires de choix, favorisant la mise en place stratégique de telles mesures.

RÉFÉRENCES

- ¹ http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html
- ² <http://www.rss03.gouv.qc.ca/documents/R%C3%A8glements.pdf>
- ³ *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées.* (R.Q., c. S-4.2, r.0.01.1.).
- ⁴ 1. Freidman R, Kalant N. Comparison of long-term care in an acute care institution and in a long-term care institution. *CMAJ*. 1998;159:1107-1113; 2. Keller HH, Gibbs AJ, Boudreau LD, Goy R, Pattillo MS, Brown H. Prevention of weight loss in dementia with comprehensive nutritional treatment. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:945-952; 3. Laporte M, Villalon L, Payette H. Simple nutrition screening tools for health care facilities: development and validity assessment. *Can J Diet Prac Res*. 2001;62:26-35.
- ⁵ Bocock MA., Keller HH. Hospital diagnosis of malnutrition: a call for action. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*. 2009; 70(1):37-41.
- ⁶ *Loi sur les produits alimentaire.* (L.R.Q., chapitre P-26).
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_29/P29.html
- ⁷ Dorval Jean-François, Couillard France, Roussel Lise et Roy Johanne. *Déglutir, est-ce si dangereux?*. Le Médecin du Québec, volume 39, numéro 3, mars 2004. P. 91-98.
- ⁸ Keller HH, McKenzie J. Nutritional risk in vulnerable community-living seniors. *Canadian Journal of Dietetic Practice Research*. 2003; 64(4) :195-201.
- ⁹ Guérin O, Andrieu S, Schneider SM, Milano M, Boulahssass R, Brocker P et Vellas B. Different modes of weight loss in Alzheimer disease: a prospective study of 395 patients. *Am J Clin Nutr* 82:435-441, 2005b.
- ¹⁰ White HK. Dementia. Dans: *Handbook of clinical nutrition and aging*. Éd. CW Bales et CS Richie. Humana Press Inc. Totowa, NJ. Pp 349-365, 2004.
- ¹¹ Kindell J. *Feeding and swallowing disorders in dementia*. Speechmark Pub. Oxon, UK. 123 p., 2002
- ¹² Gillette-Guyonnet S, Cortes F, Cantet C, Vellas B et le groupe REAL.FR. Long-term cholinergic treatment is not associated with greater risk of weight loss during Alzheimer's disease : Data from French REAL.FR cohort. *J Nutr Health Aging* 9(2):69-73, 2005.
- ¹³ Manual for awardees/operators in the preparation for occupancy
http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ltc_redev/dev_tools/awardee_prep/pdf/dietary_review_tool.pdf
- ¹⁴ Résolution ResAP(2003)3 sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux.
<https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=85733&Site=CM>
- ¹⁵ op. cit. Manual for awardees/operators in the preparation for occupancy.