



L'autonomie pour tous

Mémoire

de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec
sur le *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*

Octobre 2013

Ordre professionnel des diététistes du Québec
2155, rue Guy, bureau 1220, Montréal (Québec) H3H 2R9
Tél. : 514 393-3733, poste 207 • Sans frais : 1 888 393-8528 • Téléc. : 514 393-3582
opdq@opdq.org • www.opdq.org



La mission de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec est de valoriser l'importance de la nutrition, de la saine alimentation et des soins nutritionnels pour la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé humaine. À cette fin, l'OPDQ privilégie des interventions de qualité optimale de la part de ses membres, et ce, en fonction des divers besoins nutritionnels de la population québécoise.

Ce faisant, l'OPDQ contribue à la protection du public et contrôle la qualité de l'acte professionnel tout en favorisant la promotion, le développement et la reconnaissance des compétences de ses membres.

Nous tenons à remercier, pour leur précieuse collaboration à la rédaction du mémoire de l'OPDQ sur le *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, les personnes suivantes:

M^{me} Anne Gagné, nutritionniste, Dt.P., Présidente de l'OPDQ
M^{me} Nancy Presse, nutritionniste, Dt.P., PhD, docteure en nutrition, Université de Montréal
M^{me} Isabelle Piedalue, nutritionniste, Dt.P., CSSS du Cœur-de-l'Île
M^{me} Isabelle Desjardins, nutritionniste, Dt.P., Cert Gér., M.A. (recherche en gériatrie),
Département de Nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal
M^{me} Louise Girard, nutritionniste, Dt.P., Cert.Gér, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
M. Michel Sanscartier, nutritionniste, Dt.P., M.Sc., Cert. Gér., Institut universitaire de gériatrie de Montréal
M^e Janick Perreault, nutritionniste et avocate, Dt.P., LL.B., LL.M.
M^{me} Joanie Bouchard, nutritionniste, Dt.P., M.Sc.(c), Coordinatrice aux affaires professionnelles, OPDQ
M^e Annie Chapados, Directrice générale et Secrétaire, OPDQ

Octobre 2013

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	4
CHAPITRE PREMIER - COMMENTAIRES GÉNÉRAUX	6
LA NUTRITION EST UN DES DÉTERMINANTS MAJEURS D'UN VIEILLISSEMENT RÉUSSI	6
L'AUTONOMIE ET LA NUTRITION.....	6
L'IMPORTANCE DE L'ÉVALUATION DES BESOINS	8
CHAPITRE DEUXIÈME - COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES.....	9
L'IMPACT DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL SUR LA PERTE D'AUTONOMIE ET VICE VERSA	9
L'IMPORTANCE D'UNE ÉVALUATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL ET LES MÉTHODES D'ÉVALUATION	9
LES MÉTHODES D'ÉVALUATION ET LE FINANCEMENT	10
RECOMMANDATIONS	12
CONCLUSION.....	12

INTRODUCTION

Le 30 mai 2013, le ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés déposait un *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*¹ et annonçait la tenue de consultations publiques à son sujet. Ce Livre blanc sera suivi éventuellement d'un projet de loi visant à la création d'une assurance autonomie, dont l'implantation sera progressive au cours des prochaines années.

Comme l'indique le résumé de ce Livre blanc, l'assurance autonomie est pour tous mais elle vise particulièrement à répondre au défi du vieillissement de la population, en priorisant le soutien à domicile et en assurant une solution adaptée aux besoins de la population. Elle prévoit une évaluation *personnalisée* des besoins pour notamment des *services de nutrition*, et pour réserver des sommes destinées au soutien à domicile au moyen d'une caisse autonomie². Les services de soins à domicile visent notamment à éviter l'hospitalisation, à en réduire la durée, à faciliter le retour au domicile après une maladie ou une chirurgie et à maintenir la personne en perte d'autonomie dans son milieu de vie³.

La consultation interpelle l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (ci-après l'OPDQ) tout particulièrement. En effet, on ne peut parler de l'autonomie des personnes sans parler de leur alimentation et leur état nutritionnel, d'où le présent mémoire de l'OPDQ. Soulignons que l'OPDQ est bien aux faits des besoins des personnes âgées, ayant d'ailleurs publié par le passé plusieurs mémoires et prises de position touchant la personne âgée et son environnement⁴. Afin de contribuer à la promotion des saines habitudes de vie et du maintien à domicile pour cette clientèle particulière, l'OPDQ a également publié un dépliant portant sur l'importance des protéines dans l'alimentation⁵.

Rappelons que les diététistes/nutritionnistes occupent des secteurs d'intervention diversifiés tels que la nutrition clinique, la nutrition publique, la gestion des services d'alimentation et l'industrie agroalimentaire et biopharmaceutique. Elles œuvrent en établissement de santé, tels les hôpitaux, les CLSC et les CHSLD, en cabinet privé, dans les agences de santé, etc. Le champ d'exercice des diététistes/nutritionnistes consiste à « évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé »⁶. De plus, depuis 2003, deux activités sont réservées aux membres de l'OPDQ : déterminer le plan de traitement nutritionnel d'une personne à l'égard de laquelle une ordonnance individuelle indique que la nutrition est un facteur déterminant du traitement de la maladie et la surveillance de l'état nutritionnel d'une personne à l'égard de laquelle un plan de traitement nutritionnel a été déterminé⁷.

La diététiste/nutritionniste exerce un rôle élargi auprès de la clientèle âgée de même qu'un rôle important à l'égard des soins à domicile. En effet, les personnes recevant des soins à domicile présentent fréquemment des conditions qui affectent leur état nutritionnel : le parkinson, la démence, les troubles de la déglutition, les soins palliatifs, les plaies de pression, etc. D'ailleurs, parmi les soins visés par l'assurance autonomie se trouvent les services de nutrition⁸. Souvent, une clientèle hétérogène bénéficie des services. Il peut s'agir, par exemple, de personnes souffrant de troubles mentaux ou aux prises avec une déficience physique, ou de gens âgés en perte d'autonomie. La littérature scientifique portant sur la personne âgée et la nutrition est abondante depuis plusieurs années démontrant l'importance des liens existants. L'accès à des professionnels qualifiés, compétents et en nombre suffisant est donc essentiel pour cette clientèle vulnérable.

Rien n'est plus central à la vie que l'acte de manger. En effet, l'aspect émotif et social rend l'acte de manger personnel, individuel et incomparable d'une personne à l'autre. Les habitudes alimentaires sont le cumulatif de plusieurs variables, mais aussi de l'évolution d'une personne au fil du vieillissement. On ne peut parler de l'autonomie des personnes sans parler d'alimentation. En effet, un lien réciproque les relie : non seulement l'état nutritionnel influera sur l'autonomie, mais cette dernière aura également un impact sur l'état nutritionnel. Le geste de se nourrir peut donc devenir plus difficile pour une personne en perte d'autonomie, que ce soit en cas de mobilité réduite limitant l'accès à l'approvisionnement alimentaire, ou en cas de difficultés cognitives affectant la capacité à se préparer un repas, pour ne nommer que ceux-là. Tous ces changements affectent le niveau de risque de présenter des problèmes nutritionnels susceptibles d'affecter l'autonomie et la santé des personnes.

D'entrée de jeu, l'OPDQ accueille favorablement, de façon générale, le contenu du Livre blanc. Cela dit, nous souhaitons vous faire part de nos préoccupations, particulièrement en regard de la méthode d'évaluation proposée, le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), laquelle ne tient pas compte notamment de l'état nutritionnel des personnes et des besoins s'y rattachant.

L'OPDQ est d'avis que l'ajout du dépistage du risque nutritionnel des personnes de même que l'évaluation de leurs besoins spécifiques en termes de nutrition permettraient davantage d'assurer une autonomie pour tous.

Un premier chapitre est donc consacré aux commentaires d'ordre général, relatifs essentiellement aux liens entre la dénutrition et l'autonomie et par voie de conséquence le maintien à domicile. Un deuxième chapitre, quant à lui, expose de façon plus spécifique les actions concrètes prioritaires identifiées par l'OPDQ, dont des mesures d'évaluation plus complètes. Nous y proposons des mesures contribuant à répondre à cet objectif de maintien à domicile.

CHAPITRE PREMIER - COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

La nutrition est un des déterminants majeurs d'un vieillissement réussi

Tel que mentionné dans le Livre blanc, le rapport des personnes de 65 ans et plus sur la population totale sera d'une personne sur cinq dans moins de dix ans. Le lien entre l'alimentation, l'état nutritionnel et la santé ne sont aujourd'hui plus à prouver. Il existe de nombreuses études pour appuyer que l'apport alimentaire, un facteur modifiable, est un des principaux déterminants de l'état nutritionnel de la personne âgée. Un pauvre état nutritionnel peut contribuer à exacerber des limitations fonctionnelles, et les limitations fonctionnelles peuvent contribuer à aggraver l'autonomie et la santé globale des personnes.

Le vieillissement normal s'accompagne de plusieurs changements physiques et métaboliques. Ces changements, à eux seuls, peuvent affecter négativement l'état nutritionnel de la personne âgée (Voir Annexe 1). La perte de masse musculaire affectant le métabolisme basal, la diminution de la perception des saveurs et une difficulté à la mastication liée à des changements bucco-dentaires sont tous des exemples qui affecteront l'alimentation de la personne âgée.

L'autonomie de la personne âgée a également un impact sur ses apports alimentaires, notamment en lien avec la capacité à se déplacer pour se procurer des aliments, la capacité à les préparer ou les cuisiner et la capacité à se nourrir. Finalement, d'autres facteurs de vulnérabilité sont aussi notés comme ayant un impact sur l'état nutritionnel d'un individu et la qualité de son alimentation. L'emplacement géographique des marchés alimentaires et le revenu annuel sont des exemples.

L'autonomie et la nutrition

La création d'une assurance autonomie vise à adapter le système de santé au vieillissement de la population et à déplacer les ressources et les services vers les lieux où résident les personnes dont les besoins sont bien déterminés. À cet égard, l'OPDQ est d'avis qu'une offre de soins nutritionnels répondant aux besoins de la population vieillissante et souffrant d'une déficience physique et/ou psychique peut contribuer à l'atteinte de ces objectifs. La nutrition est un paramètre important puisqu'elle constitue un facteur modulateur modifiable de la transition de l'autonomie vers la dépendance.

Le MSSS souligne à plusieurs endroits dans le Livre blanc des éléments majeurs pour l'OPDQ. Nous référons ici, notamment, aux soins et services adaptés aux besoins des personnes, soit la personnalisation des soins. Or, parmi les services assurés se trouvent les services de nutrition⁹. De plus, le cheminement d'une personne admissible à l'assurance autonomie repose sur une évaluation rigoureuse de ses besoins, laquelle évaluation constitue le point de départ de l'accès à la gamme de services. Ainsi, l'évaluation exige l'utilisation d'un outil standardisé permettant une mesure explicite des besoins d'une personne et une planification des services requis¹⁰.

L'outil actuellement proposé ne permet pas, à notre avis, d'évaluer ni de dépister l'état nutritionnel d'une personne. La dénutrition affecte les capacités fonctionnelles et cognitives, l'efficacité du système immunitaire, le processus de guérison et conséquemment, l'autonomie des personnes atteintes.

La dénutrition résulte généralement d'apports nutritionnels insuffisants en lien avec les besoins d'un individu. Les besoins nutritionnels varient sous l'influence de plusieurs facteurs physiologiques, pathologiques et environnementaux, associés à l'âge et à l'héritage génétique de la personne. La dénutrition est donc classée sous deux volets, à savoir, de source endogène (augmentation des besoins de la personne suite à une chirurgie, la présence de plaie, ou toute autre condition médicale élevant le métabolisme de base) ou de source exogène (limitation des apports alimentaires de la personne pour les diverses raisons mentionnées précédemment).

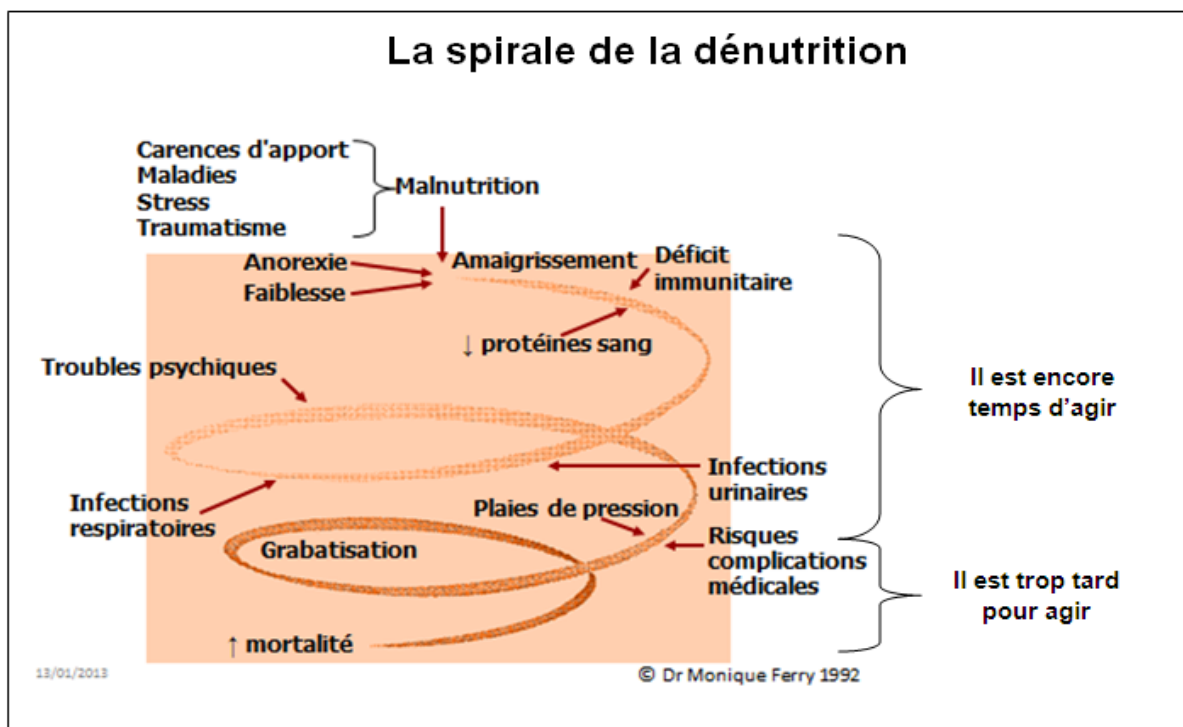
Selon le Groupe de travail canadien sur la malnutrition, plus de 40 % des hospitalisations concernent des personnes âgées, et jusqu'à 55 % des aînés hospitalisés souffrent de dénutrition¹¹. Les travaux réalisés par ce groupe rapportent que 45 % des personnes âgées dans les centres de soins de longue durée au

Canada souffrent de dénutrition. Une étude menée au Nouveau-Brunswick a révélé que 70 % de toutes les personnes âgées ayant une déficience cognitive étaient à risque nutritionnel selon leur indice de masse corporelle (IMC) et leur pourcentage de perte pondérale. Chez les personnes âgées recevant des services à domicile en Europe et en Amérique du Nord, on rapporte, selon l'outil utilisé, une prévalence de la dénutrition de 5 à 15 % et un risque nutritionnel chez 10 à 60 % d'entre eux¹². Plus précisément, une étude de 2007, réalisée au Québec, soulignait un risque nutritionnel élevé chez 60 % de la population vivant à domicile¹³. D'ailleurs, selon un sondage effectué auprès des membres de l'OPDQ en 2012, la dénutrition sévère et modérée est rapportée comme une des raisons principales d'interventions auprès de la clientèle vue dans les programmes de soutien à domicile¹⁴.

La dénutrition cause des problèmes variés selon son degré de sévérité. Déjà, après 7 à 8 heures sans s'alimenter, l'organisme commence à consommer ses réserves. Ainsi, une personne âgée qui saute un repas ou plusieurs repas pour diverses raisons perdra une partie de sa masse musculaire très rapidement. L'autonomie fonctionnelle des personnes âgées est donc inversement corrélée à la présence de la dénutrition. Les maladies liées à la dénutrition, telles que les infections, les plaies de pression et le delirium, augmentent les coûts hospitaliers jusqu'à 70 %. En effet, non seulement la dénutrition prolonge les séjours hospitaliers mais elle est aussi associée à un risque plus élevé de complications médicales et de ré-hospitalisations.

Rappelons ici que la mission des services de soutien à domicile vise pourtant à réduire, entre autres, et à éviter les hospitalisations et l'hébergement. La dénutrition diminue la qualité de vie, augmente les risques de chute, diminue les défenses immunitaires et augmente les risques de plaies de pression. L'absence de prise en charge de la dénutrition, ou une prise en charge incomplète, peut en aggraver les conséquences.

Un cercle vicieux s'installe alors pouvant même mener jusqu'à la mort, tel que représenté par la spirale de la dénutrition du Dr M. Ferry¹⁵, reproduite dans le schéma suivant :



Ainsi, **les besoins en soins et services, quels qu'ils soient, sont certainement plus élevés lorsque la clientèle est dénutrie**. Les interventions visant à prévenir le déclin fonctionnel ne seront efficaces que si elles considèrent l'ensemble des composantes du fonctionnement. Or, selon ce qui est prévu au Livre blanc sur l'implantation progressive de l'assurance autonomie, c'est dès 2014 que le

programme vise les personnes âgées en perte d'autonomie¹⁶. D'où l'importance du dépistage et de l'évaluation de l'état nutritionnel des personnes.

Malheureusement, malgré la prévalence connue de la dénutrition chez les aînés et ses effets potentiellement dangereux, les études démontrent qu'au Québec, elle est rarement dépistée et diagnostiquée en milieu ambulatoire. La prise en charge est souvent tardive et les impacts de la dénutrition chez la personne sont donc déjà présents. Il est primordial pour l'OPDQ de recommander qu'un outil de dépistage et d'évaluation des besoins nutritionnels soit utilisé en vue d'une planification des services requis. De même, un questionnaire relevant certains indicateurs d'efficacité des interventions pourrait contribuer à déterminer la planification des ressources nécessaires.

Plusieurs études démontrent l'impact positif du dépistage nutritionnel sur la prévalence de la dénutrition. L'intervention nutritionnelle chez la personne âgée a également démontré des effets positifs, sur le poids entre autres, et qui se reflètent sur l'autonomie de ces dernières¹⁷. Le traitement nutritionnel des maladies chroniques peut s'avérer aussi efficace que la pharmacothérapie, il améliore le ratio coût/efficacité et permet de retarder l'apparition de plusieurs complications médicales liées à l'évolution de la maladie. En ce sens, rappelons que l'OPDQ privilégie des interventions de qualité optimale de la part de ses membres, et ce, en fonction des divers besoins nutritionnels de la population québécoise. En effet, les diététistes/nutritionnistes sont les professionnels compétents pour évaluer, déterminer, mettre en œuvre et effectuer le suivi du plan de traitement de ces personnes. L'approche globale auprès de la personne, la personnalisation des traitements en regard de la qualité de vie et du plaisir de manger, entre autres, et le jugement clinique pour évaluer les risques et les avantages des modifications alimentaires font d'elles un atout majeur dans les soins à domicile. Leur contribution est donc cruciale afin de développer des stratégies efficaces de la gestion des problèmes nutritionnels qui agiront de concert avec les autres programmes sur l'autonomie de la personne.

L'importance de l'évaluation des besoins

Dans une perspective de services à domicile, il est primordial d'évaluer l'état nutritionnel des personnes et de détecter rapidement les problèmes liés à la nutrition. Il s'agit d'enjeux importants pour le maintien à domicile des aînés et des personnes avec déficits physiques, tels qu'il a été démontré dans les paragraphes précédent.

Soulignons à nouveau que, tout comme dans le secteur de l'hébergement, le processus de dépistage chez les personnes âgées vulnérables et fragiles, notamment en ce qui concerne les aspects nutritionnels, est peu effectué à domicile¹⁸. Les outils utilisés pour évaluer la personne âgée ou atteinte d'incapacité physique afin de déterminer ses besoins, lors de sa prise en charge, ne semblent pas tenir compte de ces aspects. Cela étant, la demande de services en nutrition clinique semble tout de même très élevée. En effet, la majorité des programmes de soutien à domicile reçoivent plus de 100 demandes par année, dont plusieurs resteront en attente faute d'effectifs suffisants, comme le démontrent les résultats d'une récente recherche concernant les ratios d'effectifs en nutrition pour la population nécessitant des soins à domicile¹⁹.

Tel qu'indiqué dans le Livre blanc, le SMAF est un outil standardisé d'évaluation des incapacités (voir Annexe 2)²⁰. Il permet de recueillir rapidement un portrait global de l'autonomie fonctionnelle d'une personne et d'identifier les ressources actuelles qui gravitent autour de celle-ci. Mais force est tout de même de constater, après examen approfondi, que l'outil d'évaluation SMAF ne tient pas compte de l'ensemble de la situation. Bien que le SMAF mette en évidence un ensemble d'incapacités, incluant la capacité de se nourrir, il n'inclut pas d'aspects à l'égard de l'état nutritionnel. Pourtant, il existe un lien entre ce dernier et l'autonomie de la personne.

À cet effet, l'OPDQ est d'avis que l'actualisation et la révision de l'outil d'évaluation multi-clientèle devrait être envisagée afin d'inclure les aspects nutritionnels.

CHAPITRE DEUXIÈME - COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES

L'impact de l'état nutritionnel sur la perte d'autonomie et vice versa

L'objectif premier de l'assurance autonomie est de préserver au maximum l'autonomie de la personne pour le maintien à domicile. Nous avons bien défini le lien entre la perte d'autonomie et l'état nutritionnel. La morbidité et la mortalité associées à la dénutrition justifient amplement l'intérêt de réagir à ce problème et d'être proactif. Elle peut engendrer d'autres complications graves, comme la dysphagie, la déshydratation et les escarres de décubitus (plaies de pression). Elle augmente de façon importante la morbidité infectieuse, altère les capacités fonctionnelles augmentant les risques de chute et réduisant l'autonomie de la personne.

Le Livre blanc fait mention de l'importance des incapacités dans la population selon l'EQLAV²¹. Or, cette même enquête fournit des données sur les incapacités associées aux activités de la vie domestique et aux activités de la vie quotidienne (AVD/AVQ) en lien avec l'alimentation, comme faire les courses, planifier/préparer les repas et s'alimenter. Elles constituent des facteurs de risque de la détérioration de l'état nutritionnel. De plus, le Livre blanc rapporte des données sur le revenu consacré au logement qui augmente avec l'âge et sur la pauvreté observée en particulier chez les femmes²². En corollaire, le revenu consacré à l'alimentation diminue avec l'âge puisqu'il reste peu d'argent après plusieurs dépenses fixes, dont celles reliées au logement, téléphone, transport, médicaments, services d'aide à domicile, etc.

L'importance d'une évaluation de l'état nutritionnel et les méthodes d'évaluation

Au fil des pages précédentes, nous avons démontré l'importance d'évaluer l'état nutritionnel des personnes pour assurer et/ou maintenir leur autonomie. Dans cette optique, il faut s'assurer de la mise en place de méthodes adéquates pour une telle évaluation.

À l'automne 2011, le Vérificateur général du Québec déposait un rapport sur les services se rapportant à l'alimentation dans le réseau de la santé et des services sociaux. Bien que l'analyse sur l'offre de soins en nutrition clinique ait uniquement porté sur la portion hébergement des CSSS, parmi les recommandations primordiales qui en ressortaient, quelques-unes sont applicables aux services de soutien à domicile, dont les suivantes :

- *S'assurer que les usagers des centres d'hébergement qui ont des problèmes de dénutrition sont identifiés et traités rapidement;*
- *Tracer un portrait global de l'état nutritionnel des usagers des centres d'hébergement et de leurs besoins;*
- *S'assurer que les centres d'hébergement offrent des services professionnels de nutrition clinique qui permettent de répondre aux besoins des usagers.*²³

[Notre soulignement]

À la lumière de ces recommandations, il nous apparaît primordial d'évaluer l'état nutritionnel de la personne, qui constitue un facteur ayant un impact direct sur l'autonomie d'une personne, afin d'identifier adéquatement les services requis pour assurer l'autonomie des personnes. Or, pour ce faire, il ne suffit pas d'évaluer seulement la capacité de se nourrir, tel que contenu dans le SMAF.

Le programme d'assurance autonomie propose l'utilisation d'un outil standardisé pour évaluer les capacités fonctionnelles et déterminer le niveau de service²⁴. Plusieurs outils standardisés ont également été développés pour dépister la dénutrition et les problèmes nutritionnels. D'ailleurs, différents outils sont utilisés par les membres de l'OPDQ selon les milieux. Malgré la disponibilité de ces outils, rappelons que le dépistage nutritionnel est présentement peu effectué chez la clientèle en perte d'autonomie recevant des soins à domicile. En Ontario et aux États-Unis, divers outils de dépistage ont été intégrés dans les soins à domicile.

L'équipe de D^{re} Hélène Payette de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke a élaboré et validé un outil particulier pour la population âgée du Québec, savoir le DNA, soit le « Dépistage nutritionnel des aînés » (voir Annexe 3)²⁵. Le DNA est un outil servant à évaluer le niveau de risque nutritionnel des personnes âgées. Il a été élaboré à partir des déterminants physio-psycho-sociaux des apports énergétiques et protéiques identifiés à l'aide de modèles explicatifs multi-variés. L'objectif du dépistage vise à cibler et à diminuer le risque de dénutrition primaire par l'identification des personnes à risque de carences nutritionnelles et la mise en place de services appropriés en alimentation. L'objectif de cet outil supporte donc tout à fait les objectifs visés par l'évaluation standardisée des besoins de la personne nécessitant des soins à domicile, tel que présenté dans le Livre blanc.

Le DNA est facile et rapide à réaliser, en plus d'être disponible en anglais et en français. Il a été validé pour être administré par n'importe quel professionnel de la santé et permet de cibler les personnes qui nécessitent des soins nutritionnels spécifiques par un diététiste/nutritionniste. La dénutrition est pluricausale et si son dépistage peut mettre à contribution n'importe quel professionnel, le plan de traitement et la prise en charge sont beaucoup plus complexes et à risque de préjudice. Les diététistes/nutritionnistes sont les professionnels compétents pour évaluer, déterminer, mettre en œuvre et effectuer le suivi du plan de traitement de ces personnes.

Puisque le Livre blanc traite des ratios, soulignons que les besoins et les ratios de personnel pour répondre aux besoins sont mal documentés. En effet, peu de données probantes sont disponibles concernant les ratios d'effectifs pour les professionnels de la santé. L'absence de lignes directrices provinciales concernant le niveau adéquat de services à domicile à offrir en fonction de différents profils d'autonomie ouvre la porte à une grande variété de services dans le secteur de la nutrition clinique. Certains programmes de soutien à domicile n'offrent toujours aucun service en nutrition à la population. De plus, le temps d'attente est très long pour avoir accès à domicile à une diététiste/nutritionniste. Sur les ratios d'effectifs en nutrition pour la population nécessitant des soins à domicile, nous référons à une étude récente de l'OPDQ (voir Annexe 4)²⁶.

Un outil tel que le DNA pourrait aider à la priorisation des cas, notamment grâce au score obtenu au niveau du risque nutritionnel. De plus, le DNA permettrait de documenter les besoins et de déterminer, graduellement, au fur et à mesure de l'implantation du programme d'assurance autonomie, les effectifs de diététistes/nutritionnistes nécessaires pour couvrir les besoins ainsi que les impacts de cette prise en charge. En l'absence de dépistage nutritionnel, plusieurs personnes, même en recevant des services à domicile, demeureront à risque de détérioration de l'autonomie et de complications médicales. Malgré un objectif de maintien à domicile, des personnes devront donc utiliser des services de santé en établissement en raison du manque de services nutritionnels à domicile.

Rappelons-le, l'assurance autonomie vise des soins et services adaptés aux besoins des personnes. Le Livre blanc parle d'une *personnalisation* des soins et services, incluant des services de nutrition.

Selon le cheminement proposé d'une personne admissible à l'assurance autonomie, l'évaluation constitue le point de départ de l'accès à la gamme de services. Ainsi, pour évaluer les capacités et déterminer le niveau de service, l'évaluation exige l'utilisation d'outils standardisés permettant des mesures explicites et détaillées des besoins d'une personne. En somme, tel que mentionné précédemment, il nous apparaît primordial d'introduire de manière concomitante au SMAF une méthode d'évaluation des besoins en soins et services nutritionnels et ce, dès l'entrée en vigueur du programme d'assurance autonomie pour assurer cet objectif.

Les méthodes d'évaluation et le financement

Les personnes âgées en perte d'autonomie constituent un groupe particulièrement vulnérable et à risque de problèmes nutritionnels. Il importe de s'assurer que l'offre des soins et services à domicile réponde à leurs divers besoins.

Comme pour l'ensemble des autres services assurés, nous croyons fermement que l'augmentation des coûts des services de nutrition se traduira par une économie de soins. En effet, rappelons que les

impacts financiers de la dénutrition sont bien décrits dans la littérature. Nonobstant le coût relié à la mise en œuvre de nos recommandations, il faut rappeler que le maintien à domicile est moins coûteux qu'un hébergement en institution.

Concernant les enjeux du financement indiqués au Livre blanc²⁷, l'OPDQ souligne le besoin d'effectuer une collecte de données afin de déterminer l'impact des interventions nutritionnelles dans un contexte de services à domicile. À cet égard, il faut une documentation rigoureuse des besoins nutritionnels de la population visée afin d'évaluer les ressources requises ainsi que l'impact des interventions pour les différentes problématiques. Pour cet objectif, l'OPDQ propose que l'IMC (l'indice de masse corporelle) ou le changement de poids soient ciblés, entre autres, comme mesure d'évaluation de la prise en charge nutritionnelle. Dans ce contexte, il pourrait être aussi pertinent qu'un mandat soit confié à l'INESSS (l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux) pour l'évaluation des avantages cliniques et des coûts des interventions nutritionnelles à domicile afin de définir un usage optimal et rentable des services spécifiques de soins et services nutritionnels administrés par des diététistes/nutritionnistes.

RECOMMANDATIONS

L'OPDQ est d'avis que l'absence d'évaluation de l'état nutritionnel des personnes de même que l'absence d'évaluation de leurs besoins spécifiques en termes de nutrition ne permettent pas d'assurer une autonomie pour tous. Pire, ces absences sont susceptibles de nuire pour certaines personnes, particulièrement les personnes âgées, aux objectifs d'assurer une autonomie et un maintien à domicile.

Essentiellement, les recommandations de l'OPDQ s'énoncent comme suit :

1. Qu'il est primordial de dépister, d'évaluer et de diagnostiquer le risque nutritionnel et la dénutrition chez la clientèle recevant des soins à domicile;
2. Qu'en sus de l'évaluation SMAF, il faut qu'il y ait un dépistage de l'état nutritionnel de la personne. Conséquemment, il faut introduire, dans l'évaluation des besoins des personnes, concomitant au SMAF, le DNA, « Dépistage nutritionnel des aînés », ou un autre outil de dépistage nutritionnel, afin de s'assurer que tous les besoins *personnalisés* influant sur l'autonomie soient offerts, incluant les soins et services en nutrition;
3. Que l'élaboration et l'utilisation d'un questionnaire relevant certains indicateurs pourrait contribuer à l'identification de personnes requérant des services en nutrition ;
4. Qu'à l'égard du financement de l'assurance autonomie, une collecte de données soit réalisée pour déterminer l'impact des interventions nutritionnelles sur l'autonomie et la rentabilité des services afin d'élaborer des critères d'allocation des ressources à même le financement pour en tenir compte. L'OPDQ offre d'ailleurs sa collaboration pour un tel projet.

CONCLUSION

En terminant, il importe de retenir de ce qui précède que des objectifs de développement d'une assurance autonomie et les méthodes d'évaluation pour ce faire sont loin d'être antinomiques avec ceux visant l'évaluation de l'état nutritionnel d'une personne, au contraire.

L'OPDQ offre sa collaboration avec les autorités concernées afin de définir les critères permettant de bien évaluer l'état nutritionnel des personnes et d'élaborer les besoins requis pour assurer l'autonomie des individus.

Pour assurer l'autonomie pour tous, il faut offrir les services requis et adaptés aux besoins pour la réalisation de ce geste récurrent au quotidien que celui de se nourrir, alors que rien n'est plus central à la vie, et par voie de conséquence à l'autonomie.

ANNEXE 1. Principaux changements physiologiques et physiques liés au vieillissement normal et les conséquences nutritionnelles associées

Types de changement	Changements physiologiques liés au vieillissement normal	Conséquences possibles
Changements métaboliques	- Diminution du métabolisme de base - Diminution de l'activité physique	Diminution des besoins énergétiques
Changements dans la composition corporelle	- Diminution de la masse musculaire (sarcopénie), osseuse et hydrique - Augmentation de la masse adipeuse - Redistribution de la masse adipeuse vers la région de l'abdomen	Diminution des besoins énergétiques Réduction de l'autonomie fonctionnelle et augmentation des risques de chutes Augmentation des risques de fractures associés à la réduction de la masse osseuse
Changements physiques	- Diminution du poids et de la taille	Réduction des besoins énergétiques
Changements des besoins nutritionnels	- Augmentation des besoins en calcium, vitamine D, phosphore, magnésium, vitamine B12, vitamine B6, protéines et oméga 3.	Risque de carences en ces nutriments
Changements de la perception des sens	- Réduction de l'odorat	Diminution de l'appétit, du plaisir de manger et des apports alimentaires, perte de poids, augmentation des risques de dénutrition
	- Réduction de la perception des quatre saveurs (sucré, salé, acide, amer)	Diminution de l'appétit, du plaisir de manger et des apports alimentaires, perte de poids, augmentation des risques de dénutrition
	- Diminution de la sensation de soif	Augmentation des risques de déshydratation => risque de delirium
Changements de la dentition	- Détérioration de la dentition et de la capacité à mastiquer	Augmentation des problèmes de dysphagie et des risques de dénutrition
Changements gastro-intestinaux	- Augmentation de la prévalence de l'atrophie gastrique (associé à la bactérie <i>Helicobacter pylori</i>)	Perturbation du métabolisme de la vitamine B12, du calcium, du fer et des folates
	- Ralentissement de la vidange gastrique - Distension précoce de l'antrum de l'estomac (partie inférieure de l'estomac)	Satiété précoce, diminution des apports alimentaires, augmentation des risques de dénutrition
	- Diminution de la production d'acide gastrique et de sucs digestifs	Réduction de la capacité de digestion et d'absorption de certains nutriments Augmentation des risques de carences et des malaises digestifs
Changements de la régulation de la prise alimentaire	- Difficulté à compenser au prochain repas pour des apports alimentaires sous-optimaux lors d'un repas antérieur - Perturbation du métabolisme des facteurs stimulants ou réduisant l'appétit (exemples : ghreline, testostérone, cytokines, cholécystokinine)	Perte de poids et augmentation des risques de dénutrition
Changement des apports alimentaires	- Diminution des apports énergétiques <u>Causes</u> : perte d'appétit, satiété précoce, perturbation de la perception des sens, difficulté à réguler les apports alimentaires	Perte de poids et augmentation des risques de dénutrition

ANNEXE 2

Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

ANNEXE 3

Dépistage nutritionnel des aînés

ANNEXE 4

Ratios d'effectifs en nutrition pour la population nécessitant des soins à domicile

RÉFÉRENCES

- ¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, 46 pages.
- ² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Résumé du Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie : *L'autonomie pour tous : l'assurance autonomie, une solution responsable!*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, 4 pages.
- ³ *Chez soi : le premier choix*. La politique de soutien à domicile. 2003
Consulté à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-704-01.pdf>
- ⁴ 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.

Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec : *Consultation publique sur les conditions de vie des personnes âgées : un enjeu de société, une responsabilité qui nous interpelle tous*, septembre 2007.

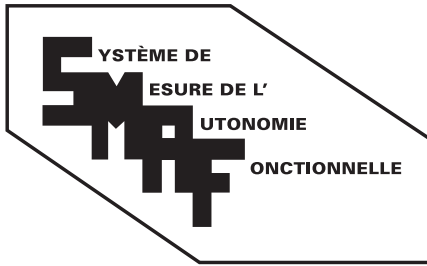
Avis de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec à la consultation sur les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en vue de l'adoption d'un règlement aux critères sociaux sanitaires devant servir à la certification de conformité des résidences pour personnes âgées, 2006.

ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC et Stéphanie OUELLETTE, *La problématique de la malnutrition chez la personne âgée*, mars 1999.

Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec sur les *ratios d'effectifs en nutrition pour la population nécessitant des soins à domicile*, septembre 2013, pages 10 à 12.
- ⁵ ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS. *Les protéines : des alliées pour vieillir en santé*.
http://opdq.org/wp-content/uploads/2013/08/Depliant_ProteinesAllieesVieillirSante_2012.pdf
- ⁶ *Code des professions*, L.R.Q. C. c-26. art. 37 c).
- ⁷ *Code des professions*, L.R.Q. C. c-26. art. 37.1, par. 1 a) et b).
- ⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, page 22.
- ⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, page 22.
- ¹⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, page 23.
- ¹¹ <http://nutritioncareincanada.ca/files/CMTF-Brochure-Fre.pdf>.
- ¹² E. Topinková, *Aging, disability and frailty*, Ann Nutr Metab 2008; 52 Suppl 1:6-11.
Watterson C. *Evidence based guidelines for nutritional management of malnutrition in adult patients across the continuum of care*. Nutr Diet. 2009;66(Suppl 3):S1-34.

- 13 Roberts KC. *Predictors of nutritional risk in community-dwelling seniors*. Can J Public Health. 2007 Jul-Aug;98(4):331-6.
- 14 Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec sur les *ratios d'effectifs en nutrition pour la population nécessitant des soins à domicile*, septembre 2013.
- 15 Ferry M. Inserm Université, Paris XIII, 1992.
- 16 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Résumé du Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie : *L'autonomie pour tous: l'assurance autonomie, une solution responsable!*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, page 4.
- 17 Babineau J. *Outcomes of Screening and Nutritional Intervention Among Older Adults in Healthcare Facilities*. CanJ Diet Prac Res 2008;69:89-94.
- 18 Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2011-2012, *Vérification de l'optimisation des ressources*, automne 2011, pages 3-4 et 3-23.
- 19 Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec sur les *ratios d'effectifs en nutrition pour la population nécessitant des soins à domicile*, septembre 2013.
- 20 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, page 21.
- 21 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, pages 13 et 14.
- 22 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, page 17.
- 23 Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2011-2012, *Vérification de l'optimisation des ressources*, automne 2011, pages 3-4 et 3-23.
- 24 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, page 21.
- 25 D^{re} Hélène PAYETTE, *DNA : Dépistage nutritionnel des aînés*, Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2003.
- 26 Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec sur les *ratios d'effectifs en nutrition pour la population nécessitant des soins à domicile*, septembre 2013.
- 27 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, page 27.

Grille d'évaluation de l'autonomie



© HÉBERT, CARRIER, BILODEAU 1983;
CEGG inc., Révisé 2002 • Reproduction interdite

Nom : _____

Dossier : _____

Date : _____ Évaluation no. : _____

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière 6. bénévole 7. autre
A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)			
1. SE NOURRIR			
0 Se nourrit seul -0,5 Avec difficulté -1 Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou mettre en purée sa nourriture au préalable -2 A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un -3 Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie ☐ sonde naso-gastrique ☐ gastrostomie	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	- + •
2. SE LAVER			
0 Se lave seul (incluant entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche) -0,5 Avec difficulté -1 Se lave seul mais doit être stimulé OU nécessite une surveillance pour le faire OU qu'on lui prépare le nécessaire OU a besoin d'aide pour un bain complet hebdomadaire seulement (incluant pied et lavage de cheveux) -2 A besoin d'aide pour se laver (toilette quotidienne) mais participe activement -3 Nécessite d'être lavé par une autre personne	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	- + •
3. S'HABILLER (toutes saisons)			
0 S'habille seul -0,5 Avec difficulté -1 S'habille seul mais doit être stimulé OU a besoin d'une surveillance pour le faire OU on doit lui sortir et lui présenter ses vêtements OU on doit apporter certaines touches finales (boutons, lacets) -2 Nécessite de l'aide pour s'habiller -3 Doit être habillé par une autre personne ☐ bas de soutien	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	- + •

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille 2. voisin 3. employé 4. aux. fam 5. infirmière 6. bénévole 7. autre		
4. ENTRETEENIR SA PERSONNE (se brosser les dents ou se peigner ou se faire la barbe ou couper ses ongles ou se maquiller) 0 Entretien sa personne seul _____ -0,5 Avec difficulté -1 A besoin de stimulation OU nécessite de la surveillance pour entretenir sa personne -2 A besoin d'aide partielle pour entretenir sa personne -3 Ne participe pas à l'entretien de sa personne	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui _____ ☐ Non _____ Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	- + •
5. FONCTION VÉSICALE 0 Miction normale _____ -1 Incontinence occasionnelle OU en goutte à goutte OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences -2 Incontinence urinaire fréquente -3 Incontinence urinaire totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence ou une sonde à demeure ou un condom urinaire ☐ culotte d'incontinence ☐ sonde à demeure ☐ condom urinaire ☐ incontinence diurne ☐ incontinence nocturne	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui _____ ☐ Non _____ Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	- + •
6. FONCTION INTESTINALE 0 Défécation normale _____ -1 Incontinence fécale occasionnelle OU nécessite un lavement évacuant occasionnel -2 Incontinence fécale fréquente OU nécessite un lavement évacuant régulier -3 Incontinence fécale totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence ou une stomie ☐ culotte d'incontinence ☐ stomie ☐ incontinence diurne ☐ incontinence nocturne	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui _____ ☐ Non _____ Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	- + •
7. UTILISER LES TOILETTES 0 Utilise seul les toilettes (incluant s'asseoir, s'essuyer, s'habiller et se relever) _____ -0,5 Avec difficulté -1 Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes OU utilise seul une chaise d'aisance, un urinal ou une baignoire -2 A besoin de l'aide d'une autre personne pour aller aux toilettes ou utiliser la chaise d'aisance, la baignoire ou l'urinal -3 N'utilise pas les toilettes, la chaise d'aisance, la baignoire ou l'urinal ☐ chaise d'aisance ☐ baignoire ☐ urinal	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui _____ ☐ Non _____ Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	- + •

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille 2. voisin 3. employé 4. aux. fam 5. infirmière 6. bénévole 7. autre		
B. MOBILITÉ			
1. TRANSFERTS (du lit vers le fauteuil et la position debout et vice versa)			
0 Se lève, s'assoit et se couche seul -0,5 Avec difficulté -1 Se lève, s'assoit et se couche seul mais doit être stimulé ou surveillé ou guidé dans ses mouvements préciser : _____ -2 A besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher préciser : _____ -3 Grabataire (doit être levé et couché en bloc) ☐ positionnement particulier : ☐ lève-personne ☐ planche de transfert	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui _____ ☐ Non _____ Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	- + •
2. MARCHER À L'INTÉRIEUR (incluant dans l'immeuble et se rendre à l'ascenseur)*			
0 Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) -0,5 Avec difficulté -1 Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire -2 A besoin d'aide d'une autre personne -3 Ne marche pas ☐ canne simple ☐ tripode ☐ quadripode ☐ marchette * Distance d'au moins 10 mètres	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui _____ ☐ Non _____ Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	- + •
3. INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE			
0 Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse -1 Installe seul sa prothèse ou son orthèse -1,5 Avec difficulté -2 A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse OU a besoin d'une aide partielle -3 La prothèse ou l'orthèse doit être installée par une autre personne Type de prothèse ou d'orthèse : _____	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui _____ ☐ Non _____ Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	- + •
4. SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT À L'INTÉRIEUR			
0 N'a pas besoin de F.R. pour se déplacer -1 Se déplace seul en F.R. -1,5 Avec difficulté -2 Nécessite qu'une personne pousse le F.R. -3 Ne peut utiliser un F.R. (doit être transporté en civière) ☐ F.R. Simple ☐ F.R. à conduite unilatérale ☐ F.R. motorisé ☐ triporteur ☐ quadriporteur	• Le logement où habite le sujet permet la circulation en F.R. ☐ Oui _____ ☐ Non _____ • Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui _____ ☐ Non _____ Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	- + •

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille 2. voisin 3. employé 4. aux. fam 5. infirmière 6. bénévole 7. autre		
5. UTILISER LES ESCALIERS			
0 Monte et descend les escaliers seul -0,5 Avec difficulté	Le sujet doit utiliser un escalier ☐ Non ☐ Oui	0	☐ - ☐ + ☐ •
-1 Monte et descend les escaliers mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille OU monte et descend les escaliers de façon non sécuritaire	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non	-1	
-2 Monte et descend les escaliers avec l'aide d'une autre personne		-2	
-3 N'utilise pas les escaliers	Ressources : ☐ ☐ ☐	-3	
6. CIRCULER A L'EXTÉRIEUR			
0 Circule seul en marchant (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) ¹ -0,5 Avec difficulté	* L'environnement extérieur où habite le sujet permet l'accès et la circulation en F.R. ou triporteur / quadriporteur ☐ Oui ☐ Non	0	☐ - ☐ + ☐ •
-1 Utilise seul un fauteuil roulant ou un triporteur / quadriporteur* -1,5 F.R. avec difficulté OU circule seul en marchant mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire ¹	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non	-1	
-2 A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher ¹ OU utiliser un F.R.*		-2	
-3 Ne peut circuler à l'extérieur (doit être transporté sur civière) ¹ Distance d'au moins 20 mètres	Ressources : ☐ ☐ ☐	-3	
C. COMMUNICATION			
1. VOIR			
0 Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs			☐ - ☐ + ☐ •
-1 Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non	0	
-2 Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes		-1	
-3 Aveugle ☐ verres correcteurs ☐ loupe	Ressources : ☐ ☐ ☐	-2 -3	
2. ENTENDRE			
0 Entend convenablement avec ou sans appareil auditif			☐ - ☐ + ☐ •
-1 Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non	0	
-2 N'entend que les cris ou que certains mots OU lit sur les lèvres OU comprend par gestes		-1	
-3 Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer ☐ appareil auditif	Ressources : ☐ ☐ ☐	-2 -3	

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille 2. voisin 3. employé 4. aux. fam 5. infirmière 6. bénévole 7. autre		
3. PARLER			
0 Parle normalement -1 A une difficulté de langage mais réussit à exprimer sa pensée -2 A une difficulté grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires OU répondre à des questions simples (oui, non) OU utilise le langage gestuel -3 Ne communique pas Aide technique : ☐ ordinateur ☐ tableau de communication	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	- + •
D. FONCTIONS MENTALES			
1. MÉMOIRE			
0 Mémoire normale -1 Oublie des faits récents (noms de personnes, rendez-vous, etc.) mais se souvient des faits importants -2 Oublie régulièrement des choses de la vie courante (fermer cuisinière, avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs...) -3 Amnésie quasi totale	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	- + •
2. ORIENTATION			
0 Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes -1 Est quelques fois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes -2 Est orienté seulement dans la courte durée (temps de la journée), le petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières -3 Désorientation complète	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	- + •
3. COMPRÉHENSION			
0 Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande -1 Est lent à saisir des explications ou des demandes -2 Ne comprend que partiellement, même après des explications répétées OU est incapable de faire des apprentissages -3 Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐	0 -1 -2 -3	- + •

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière
		6. bénévole 7. autre	
4. JUGEMENT			
[0] Évalue les situations et prend des décisions sensées _____ [-1] Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées [-2] Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si une autre personne les lui suggère. [-3] N'évalue pas les situations et on doit prendre les décisions à sa place	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui _____ ☐ Non _____ Ressources : ☐ ☐ ☐	[0] [1] [2] [3]	- + •
5. COMPORTEMENT			
[0] Comportement adéquat _____ [-1] Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotive, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle OU un rappel à l'ordre OU une stimulation [-2] Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus soutenue (agressivité envers lui-même ou les autres, dérange les autres, errance, cris constants) [-3] Dangereux, nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui _____ ☐ Non _____ Ressources : ☐ ☐ ☐	[0] [1] [2] [3]	- + •
E. TÂCHES DOMESTIQUES (Activités de la vie domestique)			
1. ENTRETEENIR LA MAISON			
[0] Entretient seul la maison (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels) _____ [-0.5] Avec difficulté [-1] Entretient la maison (incluant laver la vaisselle) mais requiert surveillance ou stimulation pour maintenir un niveau de propreté convenable OU nécessite de l'aide pour des travaux occasionnels (laver les planchers, doubles fenêtres, peinture, gazon, déneigement, etc.) [-2] A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison [-3] N'entretient pas la maison	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui _____ ☐ Non _____ Ressources : ☐ ☐ ☐	[0] [1] [2] [3]	- + •
2. PRÉPARER LES REPAS			
[0] Prépare seul ses repas _____ [-0.5] Avec difficulté [-1] Prépare ses repas mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable [-2] Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés (incluant la manutention des plats) [-3] Ne prépare pas ses repas	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui _____ ☐ Non _____ Ressources : ☐ ☐ ☐	[0] [1] [2] [3]	- + •

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière
		6. bénévole 7. autre	
3. FAIRE LES COURSES 0 Planifie et fait seul les courses (nourriture, vêtements, etc.) -0,5 Avec difficulté -1 Planifie et fait seul les courses mais nécessite qu'on lui livre -2 A besoin d'aide pour planifier ou faire les courses -3 Ne fait pas les courses	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité 0 Oui Non Ressources :		- + •
4. FAIRE LA LESSIVE 0 Fait toute la lessive seul -0,5 Avec difficulté -1 Fait la lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable -2 A besoin d'aide pour faire la lessive -3 Ne fait pas la lessive	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité 0 Oui Non Ressources :		- + •
5. UTILISER LE TÉLÉPHONE 0 Se sert seul du téléphone (incluant la recherche d'un numéro dans le bottin) -0,5 Avec difficulté -1 Répond au téléphone mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence -2 Parle au téléphone mais ne compose pas de numéros ou ne décroche pas le récepteur -3 Ne se sert pas du téléphone	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité 0 Oui Non Ressources :		- + •
6. UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT 0 Utilise seul un moyen de transport (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus, etc.) -0,5 Avec difficulté -1 Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport OU utilise seul le transport adapté -2 N'utilise que l'automobile ou le transport adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre -3 Doit être transporté sur civière	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité 0 Oui Non Ressources :		- + •

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière
		6. bénévole 7. autre	
7. PRENDRE SES MÉDICAMENTS			
0 Prend seul ses médicaments de façon adéquate OU ne prend pas de médicament -0.5 Avec difficulté	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐		0 -1 -2 -3
-1 A besoin de la surveillance (incluant surveillance à distance) pour prendre convenablement ses médicaments OU utilise un pilulier hebdomadaire (préparé par une autre personne)			- + •
-2 Prend ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement			
-3 On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun ☐ pilulier			
8. GÉRER SON BUDGET			
0 Gère seul son budget (incluant gestion bancaire) -0.5 Avec difficulté	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui ☐ Non Ressources : ☐ ☐ ☐		0 -1 -2 -3
-1 A besoin d'aide pour effectuer certaines transactions complexes			- + •
-2 A besoin d'aide pour effectuer des transactions simples (encaisser un chèque, payer des comptes) mais utilise à bon escient l'argent de poche qu'on lui remet			
-3 Ne gère pas son budget			

*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

Le **SMAF** a été conçu et validé grâce à l'appui du Conseil québécois de la recherche sociale et du Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis

Pour obtenir des exemplaires de cette grille, écrire à :

Centre d'expertise en gériatrie et gériatrie Inc.
Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
375, rue Argyll
Sherbrooke (Québec) Canada J1J 3H5
Tél : (819) 821-1170 poste 3332
Télécopieur : (819) 821-5202
Courriel : smaf.iugs@ssss.gouv.qc.ca

D N A

DÉPISTAGE NUTRITIONNEL DES AÎNÉS

Ce questionnaire a été élaboré pour identifier les personnes âgées qui requièrent de l'aide pour améliorer leur alimentation et combler leurs besoins nutritionnels. Il a été conçu pour être utilisé par le personnel des services d'aide à domicile. Les réponses aux questions sont obtenues au moyen d'une entrevue. Le chiffre encerclé correspond à la réponse de la personne âgée et non au jugement de l'interviewer, sauf pour un énoncé : LA PERSONNE EST TRÈS MAIGRE.

NOTER QUE L'UTILITÉ DU PRÉSENT QUESTIONNAIRE A ÉTÉ DÉMONTRÉE *UNIQUEMENT* AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE VIVANT À DOMICILE

Poids :

Taille à l'âge adulte :

Le poids et la taille ne sont pas mesurés. On demande à la personne âgée son poids actuel et la taille qu'elle avait à l'âge adulte.

LE QUESTIONNAIRE : CONSEILS PRATIQUES

La personne est très maigre.

Il s'agit d'une appréciation *subjective* de l'interviewer.

Avez-vous perdu du poids ?

Toute perte de poids est notée OUI.

La plupart du temps, que prenez-vous comme petit déjeuner ?

Il s'agit ici de la routine « habituelle » et non pas d'une journée en particulier.

LES RECOMMANDATIONS

La personne à **risque nutritionnel élevé** a besoin d'un apport accru d'énergie et d'éléments nutritifs. En plus de conseils et d'encouragements, elle devrait recevoir de l'aide pour augmenter ses apports alimentaires. Les services offerts peuvent prendre la forme de préparation de repas à domicile, de livraison de repas, de transport à une cafétéria communautaire, etc.

La personne à **risque nutritionnel modéré** nécessite des conseils et des encouragements répétés pour améliorer son alimentation et prévenir la détérioration de son état nutritionnel.

La personne à **risque nutritionnel faible** doit quand même faire l'objet d'une surveillance. L'état nutritionnel des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile est généralement précaire. Tout changement de situation (perte d'un proche, grippe, déménagement, hospitalisation...) risque d'amener une détérioration rapide de l'état nutritionnel.

Nom : _____

N° de dossier : _____

Poids : _____ kg ou lbs

Taille à l'âge adulte : _____, _____ m ou pi, po

D N A

DÉPISTAGE NUTRITIONNEL DES AÎNÉS

ENCERCLER LE CHIFFRE CORRESPONDANT À L'ÉNONCÉ QUI S'APPLIQUE À LA PERSONNE.

La personne est très maigre	Oui	2
	Non	0
Avez-vous perdu du poids au cours de la dernière année ?	Oui	1
	Non	0
Souffrez-vous d'arthrite, assez pour nuire à vos activités ?	Oui	1
	Non	0
Même avec vos lunettes, est-ce que votre vue est	Bonne	0
	Moyenne	1
	Faible	2
Avez-vous bon appétit ?	Souvent	0
	Quelquefois	1
	Jamais	2
Avez-vous vécu dernièrement un événement qui vous a beaucoup affecté (ex. : maladie personnelle/décès d'un proche) ?	Oui	1
	Non	0

LA PLUPART DU TEMPS, que prenez-vous comme petit déjeuner ?

Fruit ou jus de fruit	Oui	0
	Non	1
Œuf ou fromage ou beurre d'arachide	Oui	0
	Non	1
Pain ou céréales	Oui	0
	Non	1
Lait (1 verre ou plus que ¼ tasse dans le café)	Oui	0
	Non	1

TOTAL : _____

SCORE OBTENU		RECOMMANDATIONS
	Risque nutritionnel	
6-13	Élevé	Service d'aide à l'alimentation ET Référence à un professionnel en nutrition
3-5	Modéré	Surveillance alimentaire constante (s'informer régulièrement de l'alimentation, donner des conseils, des encouragements...)
0-2	Faible	Vigilance quant à l'apparition d'un facteur de risque (ex. : changement de situation, perte de poids...)

ENS ELDERLY NUTRITION SCREENING

This questionnaire has been developed to identify elderly persons needing assistance to improve their food intake and meet their nutritional needs.

It was designed to be used by home care personnel. Answers are obtained by interview. The numbers circled reflect the elderly person's answer and not the interviewer's assessment except for the statement : THE PERSON IS VERY THIN.

NOTE THAT THE EFFECTIVENESS OF THIS QUESTIONNAIRE HAS BEEN DEMONSTRATED ONLY AMONG A FUNCTIONALLY DEPENDENT FREE-LIVING ELDERLY POPULATION.

Weight :

Adult height :

Weight and height are not measured. The person is asked his/her current weight and adult height.

THE QUESTIONNAIRE : PRACTICAL APPLICATIONS

THE PERSON :

Is very thin

This is a **subjective** assessment by the interviewer.

Have you lost weight ?

Any weight loss is indicated as a YES.

What do you usually eat for breakfast ?

USUAL food intake is evaluated here, not on a specific day.

RECOMMENDATIONS

A person at **high nutritional risk** needs to increase energy and nutrient intake. In addition to professional advice and encouragement he / she needs help to increase food intake. The services offered can include food preparation at home, home-delivered meals or transportation to a congregate meal service.

A person at **moderate nutritional risk** needs regular advice and encouragement to improve his / her food intake and to prevent deterioration in his / her nutritional status.

A person at **low nutritional risk** also needs monitoring. In the frail elderly, nutritional status is precarious and can be easily altered by any change in situation or instability (death of loved one, personal illness or hospitalization).

E N S

Elderly Nutrition Screening

Reported weight : _____ kg or lbs
Adult height : _____ m or ft., in

CIRCLE THE NUMBER CORRESPONDING TO THE STATEMENT THAT APPLIES TO THE CLIENT

The person is very thin	Yes	2
	No	0
Have you lost weight in the past year?	Yes	1
	No	0
Do you suffer from arthritis to the point where it interferes with your daily activities?	Yes	1
	No	0
Is your vision, even with glasses, ...?	Good	0
	Medium	1
	Poor	2
Do you have a good appetite?	Often	0
	Sometimes	1
	Never	2
Have you recently suffered a stressful life event (e.g., personal illness / death of a loved one)?	Yes	1
	No	0

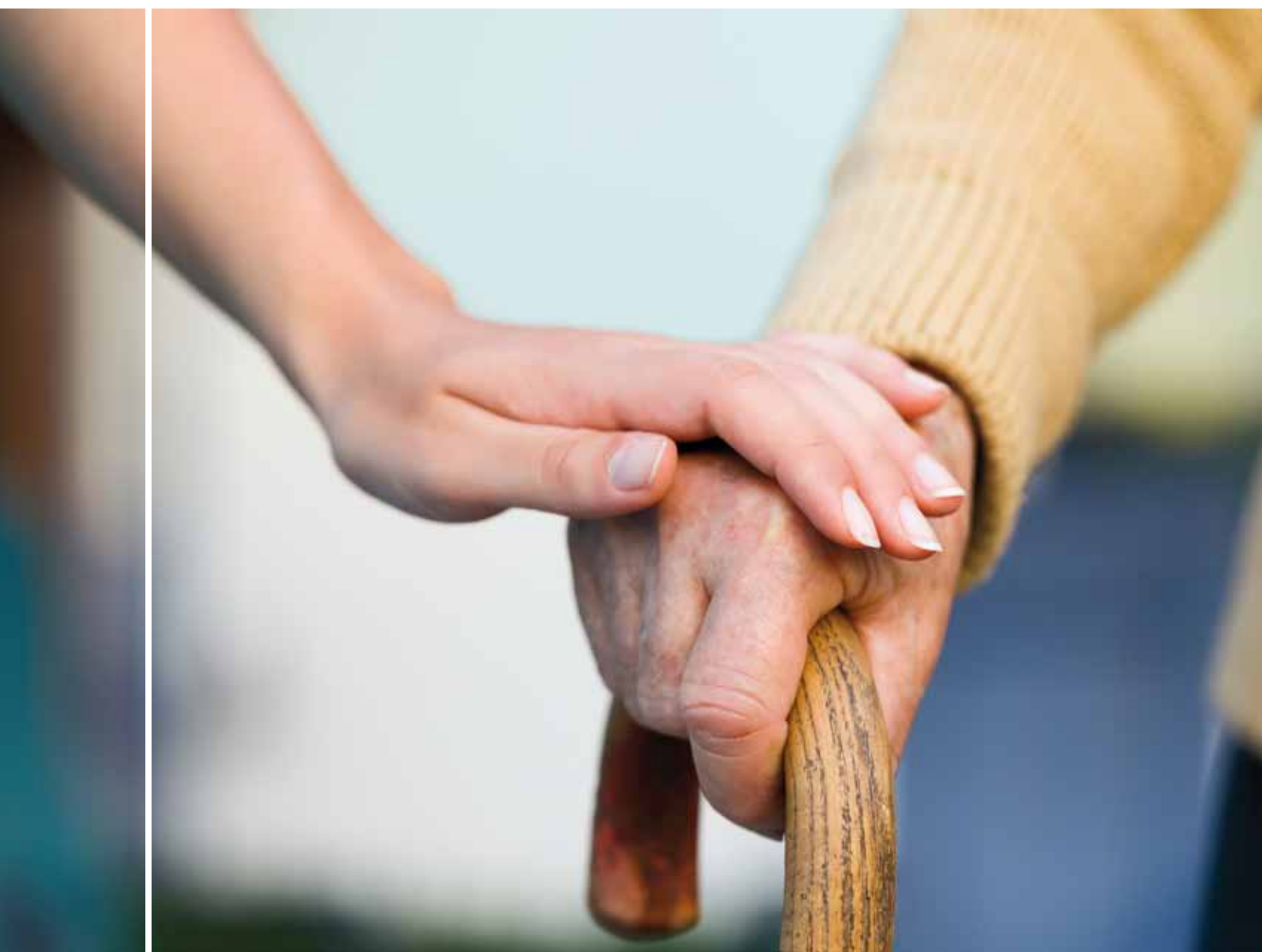
WHAT DO YOU USUALLY EAT FOR BREAKFAST?

Fruit or fruit juice	Yes	0
	No	1
Eggs or cheese or peanut butter	Yes	0
	No	1
Bread or cereal	Yes	0
	No	1
Milk (1 cup or more than ¼ cup in coffee)	Yes	0
	No	1

TOTAL : _____

TOTAL SCORE		RECOMMENDATIONS
	Nutritional Risk	
6-13	High	Help with meal and snack preparation AND Referral to a dietitian
3-5	Moderate	Regular monitoring of diet (checking food intake, providing advice and encouragement)
0-2	Low	Regular monitoring for appearance of risk factors (e.g., change in situation or weight loss)

Ratios d'effectifs en nutrition pour la population nécessitant des soins à domicile



Remerciements aux diététistes/nutritionnistes membres du comité des ratios

Joanie Bouchard, Dt.P., M. Sc.(c), Ordre professionnel des diététistes du Québec

Isabelle Desjardins, Dt.P., C. Gér., M.A. (recherche en gériatrie), Département de nutrition, Université de Montréal

Martine Ferland, Dt.P., CSSS de la Vieille-Capitale

Louise Girard, Dt.P., CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Julie Gravel, Dt.P., CSSS de la Vieille-Capitale

Hélène Pelletier, Dt.P., CSSS de la Vieille-Capitale

Isabelle Piedalue, Dt.P., CSSS du Cœur-de-l'Île

Marie-Claude Prévost, Dt.P., CSSS d'Achilles et Montréal-Nord

Michel Sanscartier, Dt.P., M. Sc., C. Gér., Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, novembre 2013

ISBN : 978-2-9813464-5-2 (version imprimée)

ISBN : 978-2-9813464-6-9 (version PDF)

Document adopté par le conseil d'administration de l'OPDQ le 28 septembre 2013

Ratios d'effectifs en nutrition pour la population nécessitant des soins à domicile

INTRODUCTION



La recommandation de ratios pour une offre de soins nutritionnels à la population nécessitant des soins à domicile s'inscrit dans une optique de protection du public où l'accès à des professionnels qualifiés et compétents en nombre suffisant est essentiel.

Dans l'organisation actuelle du réseau de santé et de services sociaux, les services de soutien à domicile (SAD) sont offerts aux personnes sur la base des besoins. L'accès au service est déterminé selon le niveau de priorité que l'établissement accorde à la condition de la personne. Les services visent notamment à éviter l'hospitalisation, à en réduire la durée, et à faciliter le retour au domicile après une maladie ou une chirurgie. Souvent, une clientèle hétérogène bénéficie des services. Il peut s'agir, par exemple, de personnes souffrant de troubles mentaux, recevant des soins palliatifs, ou aux prises avec une déficience physique, ou de gens âgés en perte d'autonomie. Il est de la responsabilité du CSSS-CLSC d'organiser l'offre de services à domicile sur son territoire. Les services d'aide à domicile comptent parmi la gamme de services offerts et organisés sur une base locale. Selon les besoins de la personne, ses choix et sa capacité de gérer les services, différentes modalités de prestation de services sont possibles. En 2011-2012, un peu plus de la moitié des dépenses liées aux soins à domicile ont été consacrées aux personnes âgées (rapport du Vérificateur général du Québec).

Le Cadre de référence sur les services à domicile de première ligne, adopté en 1994, constituait la politique officielle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en matière de services à domicile. En 2003, le MSSS publiait la politique de soutien à domicile, qui adoptait de nouvelles perspectives. Celles-ci visaient à compenser l'augmentation des besoins de services à domicile découlant du vieillissement de la population. Récemment, le ministre Réjean Hébert déposait un livre blanc sur l'autonomie des personnes âgées à domicile et la création d'une assurance qui pourrait aider à résoudre les problématiques persistantes. Le Vérificateur général du Québec déposait également un rapport au printemps 2013 sur l'état des soins dans le secteur du SAD. On y décrit entre autres les soins à domicile comme étant une partie intégrante du continuum de services et liés à l'ensemble de ces services. Conséquemment, une offre de services insuffisante à domicile aura un impact négatif sur les services d'urgence et d'hébergement.

Peu de données probantes sont disponibles concernant les ratios d'effectifs pour les professionnels de la santé. Pour les déterminer, diverses méthodes sont documentées : opinion d'experts ou consensus, essai clinique, observation de la pratique actuelle et catégorisation selon le profil du professionnel (niveau d'expérience, tâches administratives, etc.). De plus, l'importance de tenir compte des facteurs suivants lors du processus de détermination des ratios est soulignée dans les méthodes documentées : population desservie, législation s'appliquant aux professionnels, lignes directrices existantes ou normes de pratique professionnelle.

Dans ce document, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec a combiné les trois méthodes pour proposer un ratio optimal d'effectifs de nutritionnistes en soins à domicile :

- 1) Observation de la situation actuelle par l'intermédiaire d'un sondage auprès des membres à l'automne 2012;
- 2) Documentation et consultation de la littérature pertinente;
- 3) Réunion d'un groupe d'experts afin d'arriver à un consensus.

ÉTAT DE LA SITUATION ACTUELLE : BESOINS DE LA POPULATION

Le tableau suivant présente les projections de la population québécoise par tranche d'âge. Comme démontré, la population âgée de 65 ans et plus représente le groupe ayant la croissance la plus rapide et élevée.

Tableau 1. Projection de la population du Québec par groupe d'âge, 2011-2031

Tranche d'âge	2011	%	2021	%	2031	%	Δ 2011-2031
0-19	1 727 100	21,7	1 769 779	20,9	1 794 235	20,3	3,9 %
20-64	4 965 900	65,5	4 952 585	58,5	4 781 383	54,1	- 3,7 %
65 et plus	1 253 837	15,8	1 747 934	20,6	2 262 639	25,6	80,5 %
Total	7 946 837	100	8 470 571	100	8 838 257	100	11,2 %

Source : Institut de la statistique du Québec (2009), *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056, édition 2009*, « Scénario A-Référence » (compilation originale).

Comme mentionné dans *L'autonomie pour tous : livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, « On peut estimer à environ 725 000 le nombre de personnes ayant une incapacité qui présentent des besoins pouvant nécessiter des soins et des services professionnels, de l'aide et de l'assistance dispensés à domicile et hors institution. Compte tenu du vieillissement de la population, il faut prévoir une augmentation relativement importante de ce groupe de population et accorder une attention tout à fait particulière aux services de longue durée à leur intention. Pour une partie de ces personnes, le vieillissement vient ajouter aux incapacités dont elles sont déjà atteintes à l'âge adulte, ce qui modifie significativement leur besoin de soutien. »

Le rapport de 2012 du Vérificateur général du Québec sur l'alimentation dans le réseau de la santé et des services sociaux déplore le manque de dépistage nutritionnel auprès des personnes âgées hébergées. Tout comme dans le secteur de l'hébergement, le processus de dépistage chez les personnes âgées vulnérables et fragiles, notamment en ce qui concerne les aspects nutritionnels, est peu effectué à domicile (rapport du Vérificateur général du Québec). Pourtant, la littérature rapporte la malnutrition comme étant un facteur significatif et indépendant qui augmente la mortalité et la morbidité, diminue la qualité de vie et augmente la fréquence, la durée et les coûts des hospitalisations (ASPEN). De plus, de nombreux outils validés et adaptés à la clientèle sont disponibles pour dépister la malnutrition. Chez les personnes âgées

recevant des services à domicile, on rapporte, selon l'outil utilisé, une prévalence de la malnutrition de 0 à 12 % et un risque de malnutrition chez 10 à 60 % des gens (Topinková E). Par ailleurs, une étude effectuée à Montréal dans les années 2002-2004 a rapporté une prévalence de la malnutrition de 80 % chez les usagers étant admis en hébergement et qui provenaient, entre autres, du domicile (Chevalier S et coll., Desjardins I et coll.). L'autonomie fonctionnelle est significativement et inversement corrélée à la malnutrition. Ainsi, les besoins en soins et services à domicile, quels qu'ils soient, sont certainement plus élevés lorsque la clientèle est dénutrie.

En ce qui concerne l'utilisation actuelle des services à domicile, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) diffèrent des données administratives gouvernementales. En effet, selon l'ESCC, seulement 9 % des personnes âgées auraient reçu un service à domicile de leur CLSC en 2003-2004, contre 20 % selon les données gouvernementales. L'Institut de la statistique du Québec rapporte que six personnes âgées sur dix auraient des besoins non satisfaits en regard des soins à domicile et aimeraient recevoir de l'aide pour les repas. Cette dernière statistique peut sous-tendre un risque d'apports nutritionnels insuffisants et donc un risque de malnutrition chez cette portion vulnérable de la population (Topinková E, Izintari M et coll.).

Sondage visant à documenter les pratiques nutritionnelles en soutien à domicile

Le champ d'exercice des diététistes-nutritionnistes, tel qu'il est décrit dans le Code des professions, est le suivant : « Évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé. » Dans le cadre du soutien à domicile, les diététistes/nutritionnistes travaillent en étroite collaboration avec les proches aidants et l'équipe interdisciplinaire afin d'intervenir auprès des individus présentant divers besoins.

Selon le sondage réalisé à l'automne 2012 auprès des membres de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (n = 89) œuvrant dans les programmes de soutien à domicile, aucune activité de dépistage et de prévention primaire en nutrition ne semble actuellement réalisée auprès de cette population.

L'absence de lignes directrices provinciales concernant le niveau adéquat de services à domicile à offrir en fonction de différents profils d'autonomie ouvre la porte à une grande variété de services dans le secteur de la nutrition clinique. En effet, les effectifs de nutrition clinique en SAD sont très variables selon les données rapportées (0,2 ETC à 2 ETC et plus). Malheureusement, selon les statistiques actuellement disponibles au MSSS, il n'est pas possible de lier les effectifs aux besoins de la population ou à la superficie du territoire ni d'identifier les CLSC qui ne comportent aucune offre en nutrition. Selon nos données, un peu plus de la moitié (52 %) des diététistes/nutritionnistes attirés au programme de SAD (temps partiel et temps plein) ont une charge de travail regroupant plus de 45 usagers simultanément. Or, cette charge doit s'ajouter à la liste d'attente des demandes reçues.

Tableau 2. Principales raisons des interventions rapportées par les diététistes/nutritionnistes

Motif de référence à la nutrition clinique	Proportion de diététistes qui interviennent très fréquemment auprès de cette clientèle
Dysphagie	95 %
Alimentation entérale	82 %
Dénutrition sévère	70 %
Dénutrition modérée	70 %
Soins palliatifs	60 %
Diabète instable	53 %

Les motifs de référence présentés au tableau 2 sont considérés comme des priorités de niveau 1 (sur un total de 4) pour l'ensemble des diététistes. La quasi-totalité des programmes de SAD (92 %) possède un système de priorisation pour les demandes reçues en nutrition. Cela dit, la définition des priorités varie d'un CSSS à un autre, puisque leur gestion est locale et que d'autres motifs de référence peuvent ainsi être inclus en priorité 1. L'OPDQ est d'avis qu'un processus d'harmonisation et standardisation devrait être instauré afin de faciliter la comparaison des services et leur efficience.

La majorité (62 %) des programmes de SAD recevrait plus de **100 nouvelles demandes** par année pour les services en nutrition clinique, et la moitié de cette proportion en recevrait plus de 150. Seulement 13 % des programmes recevraient moins de 50 demandes. Environ 50 % des répondants ont rapporté ne pas avoir été en mesure de répondre à au moins **25 demandes** au cours de la dernière année financière. Le **manque d'effectifs** (78 %) est la raison la plus souvent mentionnée pour expliquer ce déficit. Parmi les autres raisons, l'hébergement ou le décès de l'usager étaient aussi fréquents (13 % et 12 %), des éléments qui peuvent également être liés au manque d'effectifs ou à un délai d'intervention trop long.

Selon le Programme ministériel d'alimentation entérale, on dénombre environ **1 200 usagers/année** ayant recours à l'alimentation entérale à domicile, toutes catégories d'âge confondues. Cela ne représente pas le nombre total de patients ayant une alimentation entérale à domicile puisque divers programmes, y compris les assurances privées, remboursent aussi les coûts de la nutrition entérale. Par exemple, la Société canadienne du cancer soutenait financièrement **1 105 personnes** ayant recours à l'alimentation entérale en 2012-2013. Selon l'OPDQ, il est évident que tous les cas d'alimentation entérale à domicile doivent être pris en charge et suivis par une diététiste/nutritionniste.

Les temps d'attente pour recevoir des services en nutrition sont une problématique frappante selon les données issues du sondage. En effet, environ la moitié des usagers (49 %) évalués en priorité 1 attendront **plus de 2 semaines** avant de pouvoir être pris en charge par la nutritionniste. Dans le cas des priorités de niveau 2 (sur un total de 4), le portrait s'alourdit. Selon les répondants du sondage, 45 % de ces usagers pourront être vus par la diététiste en deçà de **3 à 4 mois**, mais plus de 30 % attendront plus de **7 mois** avant de recevoir un service.

Le rapport du Vérificateur général du Québec du printemps 2013 rapporte également des délais très longs et mentionne un temps d'attente élevé, soit de **991 jours**, pour les services de nutrition au CSSS de Lanaudière pour un cas de priorité de niveau 2. **Ce temps d'attente est le plus élevé parmi tous les professionnels mentionnés dans le rapport.**

Les motifs de référence fréquemment classés en tant que priorité de niveau 2 sont un diabète instable, les plaies de pression, les troubles gastro-intestinaux (y compris les maladies inflammatoires de l'intestin), l'insuffisance cardiaque et rénale, la dénutrition légère, les maladies hépatiques et le VIH/SIDA. Ces cas, en attente d'intervention nutritionnelle, sont à risque de détérioration et de complications. Ainsi, ils utiliseront des services de santé en raison du manque de services nutritionnels. Mentionnons que puisque les systèmes de priorisation et de compilation ne sont pas standardisés d'un CSSS à l'autre, il demeure difficile de comparer et d'interpréter ces chiffres. Finalement, selon les données disponibles, aucune analyse démontrant l'ampleur du manque de services n'est effectuée dans les CSSS actuellement.



FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ : AJUSTEMENT DU RATIO

Comme le mentionne la littérature, il importe de considérer des facteurs externes qui influencent les besoins de la population lors de la détermination ou de l'ajustement d'un ratio. En effet, certains indices de vulnérabilité complexifient les interventions et augmentent le temps alloué par usager.

Les facteurs suivants sont présents dans différentes proportions dans chacun des CLSC/CSSS. La moyenne québécoise a été retenue à titre de facteur de comparaison pour ajuster le ratio, puisque lors de l'étude de la situation actuelle (consulter la section « Mise en application »), les CLSC dont la population présentait une ou plusieurs

proportions en écart à la moyenne québécoise présentaient effectivement des besoins et une offre de services différents.

Par ailleurs, la superficie du CSSS doit aussi être considérée par le gestionnaire qui établit les effectifs. En effet, si le temps de déplacement pour effectuer l'intervention à domicile est supérieur à 45 minutes, la superficie du CSSS devrait alors être considérée comme un facteur de vulnérabilité ou d'ajustement.

La clientèle souffrant d'une déficience physique, s'apparentant ainsi au profil de la personne âgée en perte d'autonomie, modifie également la prise en charge nutritionnelle. Elle devrait donc être considérée dans la détermination du ratio au même titre que la population âgée.

Tableau 3. Moyenne québécoise des facteurs de vulnérabilité affectant les effectifs en nutrition

Facteurs de vulnérabilité	Moyenne québécoise
Proportion de 65 ans et plus	16 %
Proportion de la population qui vit seule	Monoparentalité : 21 % Veuvage : 6,3 % Célibat : 25,2 %
Proportion d'immigrants	12 %
Proportion de la population francophone	82,7 %
Proportion de la population vivant avec un faible revenu	13 %
Proportion de la population sans diplôme d'études secondaires	17 %
Espérance de vie de la population	F : 83,4 ans, H : 78,8 ans
Proportion de la population aux prises avec un problème de santé mentale	3 %
Proportion de la population aux prises avec une maladie chronique (non inclusif)	Diabète : 6 % Hypertension : 18 % Obésité : 16 %
Proportion de la population touchée par l'insécurité alimentaire	6 %

Tiré du document *Portrait de santé du Québec et de ses régions*. Disponible en ligne : publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-03W.pdf

RECOMMANDATIONS

Les recommandations formulées dans ce rapport constituent une amorce. En effet, la disponibilité des études et des données étant limitée, il n'est pas possible d'émettre des recommandations plus précises et soutenues. À cet égard, l'OPDQ souligne le besoin d'études contrôlées afin de déterminer l'impact des interventions nutritionnelles à domicile, mais aussi pour bien établir les besoins nutritionnels de cette population.

À l'automne 2011, le Vérificateur général du Québec déposait un rapport sur les services se rapportant à l'alimentation dans le réseau de la santé et des services sociaux. Bien que l'analyse sur l'offre de soins en nutrition clinique ait uniquement porté sur la portion hébergement des CSSS, plusieurs recommandations primordiales et applicables au SAD en ressortaient :

- « S'assurer que les usagers des centres d'hébergement qui ont des problèmes de dénutrition sont *identifiés et traités rapidement*;
- Tracer un *portrait global* de l'état nutritionnel des usagers des centres d'hébergement et de leurs *besoins*;
- S'assurer que les centres d'hébergement offrent des *services professionnels de nutrition clinique* qui permettent de répondre aux besoins des usagers. »

Les services de soutien à domicile visent entre autres à réduire et à éviter les hospitalisations et l'hébergement. Le maintien de l'autonomie et de l'état nutritionnel des personnes ayant besoin de soutien est donc capital. Une offre de soins nutritionnels suffisante permettant de répondre aux besoins de la population vieillissante et souffrant d'une déficience physique peut contribuer à l'atteinte de ces objectifs.

Ainsi, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec recommande les ratios minimaux suivants :

Tableau 4. Recommandations de ratio d'effectifs en nutrition au SAD

Nombre de facteurs de vulnérabilité au-dessus de la moyenne québécoise	Ratio suggéré
Plus de 4	1 ETC/5 500 de population 65 ans et plus
3 à 4	1 ETC/6 500 de population 65 ans et plus
1 à 2	1 ETC/9 000 de population 65 ans et plus
Aucun	1 ETC/12 000 de population 65 ans et plus

Une charge de travail regroupant au maximum de **30 à 40 dossiers** actifs pour 1 ETC, selon la complexité des cas, est également recommandée. Ce chiffre indicatif a pour but d'assurer la sécurité et d'éviter des risques de préjudices au public qui reçoit les soins. Le nombre de cas actifs variera selon l'évaluation et le plan de traitement des clients. De plus, la charge de travail doit inclure la surveillance de l'état nutritionnel, et la fréquence de cette surveillance est variable.

Ces ratios visent à couvrir les activités professionnelles uniquement consacrées au traitement nutritionnel de **pathologies complexes**. Ainsi, une liste d'attente pour les cas évalués dans tous les niveaux de priorités est malgré tout à prévoir, et aucune activité de prévention n'est incluse. Par ailleurs, le ratio n'est pas limité uniquement à la personne âgée en perte d'autonomie, mais bien à l'ensemble des clientèles desservies par le soutien à domicile, dont les personnes aux prises avec une déficience physique.

Les prévisions démographiques indiquant une croissance importante de la proportion des 65 ans et plus dans la population, la **révision du ratio pour chaque période de 3 ans** est recommandée.

MISE EN APPLICATION : EXEMPLES

Afin de vérifier si la méthodologie et le ratio proposés étaient réalistes et permettaient de répondre aux besoins de la population mentionnés dans la section « Recommandations », le comité d'experts a étudié la situation de divers secteurs. L'exemple du CSSS de la Vieille-Capitale a été retenu puisqu'il se rapprochait de la recommandation du ratio de ce document. De plus, il présentait une gradation dans les effectifs en fonction des facteurs de vulnérabilité dans le territoire et reflétait ainsi des besoins différents. Il est important de souligner que les CLSC présentés comportent tout de même des listes d'attente avec des cas de tous les niveaux de priorité et ne représentent donc pas un exemple nécessairement optimal ou parfait.

Voici le portrait des ressources en nutrition pour le SAD en lien avec la proportion de population de 65 ans et plus du CSSS. Au total, on dénombre **59 342** personnes de 65 ans et plus pour **6,2 ETC** en nutrition au SAD. La répartition dans les différentes instances est comme suit :

1. Population de 65 ans et plus **Basse-Ville-Limoilou-Vanier** (BVLV) : 16 507 pour 2,4 ETC
(1 ETC pour 6 878 personnes de 65 ans et plus)
2. Population de 65 ans et plus **Haute-Ville-Des-Rivières** (HVDR) : 16 484 pour 2 ETC
(1 ETC pour 8 242 personnes de 65 ans et plus)
3. Population de 65 ans et plus **Ste-Foy-Sillery-Laurentien** (SFSL) : 26 351 pour 2 ETC
(1 ETC pour 14 639 personnes de 65 ans et plus)

La présence des facteurs de vulnérabilité de la population qui différencient le territoire est décrite dans le tableau 5.

Ces chiffres démontrent que la population du secteur de Basse-Ville-Limoilou-Vanier (BVLV) présente davantage de facteurs de vulnérabilité en écart à la moyenne québécoise. D'ailleurs, l'offre de services en nutrition pour BVLV est la plus élevée des trois secteurs. Cependant, le tableau suivant démontre que l'offre de services s'éloigne toujours de la recommandation de l'OPDQ, ce qui peut expliquer, en partie, les délais et listes d'attente mentionnés précédemment.

Tableau 6. Comparatifs des territoires selon les effectifs actuels et la recommandation de l'OPDQ

CLSC	Nombre de facteurs de vulnérabilité	Effectifs de la population	Nombre d'ETC selon les recommandations de l'OPDQ	Nombre d'ETC actuel
BVLV	7	16 507	3	2,4
HVDR	4	16 484	2,5	2
SFSL	2	26 351	2,9	2

Tableau 5. Facteurs de vulnérabilité du CSSS de la Vieille-Capitale

Caractéristiques	BVLV	HVDR	SFSL
Espérance de vie	76,6 ans	81,2 ans	83,2 ans
Proportion vivant avec un faible revenu	42 %	20,5 %	13,6 %
Proportion de personnes vivant seules	30,3 %	16,2 %	11,3 %
Proportion de la population sans diplôme d'études secondaires	18,8 %	21,7 %	12,7 %
Proportion de 65 ans et plus	19 %	20 %	18,6 %
Proportion d'immigrants	N/D	N/D	N/D
Proportion d'insécurité alimentaire	20,4 %	10 %	7,8 %
Proportion de personnes ayant un trouble de santé mentale	4,9 %	3,3 %	2,1 %
Proportion de personnes obèses	14,7 %	N/D	N/D

*Ces chiffres sont tirés des documents *Portrait de défavorisation du territoire du centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale* et *Portrait de santé de la population du territoire de la Vieille-Capitale*. Les documents peuvent être consultés aux adresses suivantes : www.csssvc.qc.ca/publications/index.php?mode=aff
www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=82

RÉFÉRENCES

- Biesemeier K. **Achiving excellence: clinical staffing for today and tommorow**. American Dietetic Association, 2004.
- Cartmill L et coll. **Using staffing ratios for workforce planning: evidence on nine allied health professions**. *Hum Resour Health* 2012;10:2.
- Chevalier S et coll. **Dépistage de la dénutrition et impact d'une intervention nutritionnelle chez les personnes âgées en soins de longue durée**. *Nutrition Science et évolution*, 2008.
- Les diététistes du Canada. **Dietitians make a difference to employee health**, 2009.
- Les diététistes du Canada. **The need for a program of home-based nutrition services in British Columbia**, 2008.
- Les diététistes du Canada. **Adding a registered dietitian to your team?**, 2006.
- Desjardins I et coll. **Rapport de la table de travail des nutritionnistes en SAD de Montréal, Laval, Laurentides et Lanaudière : Offre de services en nutrition au programme de soutien à domicile**, 2012.
- Inzitari M et coll. **Nutrition in the age-related disablement process**. *J Nutr Health Aging* 2011;15(8):599-604.
- Marcason W. **What Is ADA's staffing ratio for clinical dietitians?** *J Am Diet Assoc* 2006;106(11):1916.
- McCaffre J. **Clinical staffing: determining the right size**. *J Am Diet Assoc* 2006;106(1):25-6.
- Topinková E. **Aging, disability and frailty**. *Ann Nutr Metab* 2008;52 Suppl 1:6-11.



www.opdq.org