



Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Mémoire
de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec
sur le mandat d'initiative de la Commission de la santé et des services
sociaux

Février 2014

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 mandat d'initiative portant sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée, les personnes suivantes:

M^{me} Anne Gagné, diététiste/nutritionniste, Dt.P., Présidente de l'OPDQ

M^{me} Nancy Presse, diététiste/nutritionniste, Dt.P., Ph.D., docteure en nutrition, Université de Montréal

M. Michel Sanscartier, diététiste/nutritionniste, Dt.P., M.Sc., Cert. Gér., Institut universitaire de gériatrie de Montréal

M^{me} Caryn Roll, diététiste/nutritionniste, B.A., B.Sc., Dt.P., CSSS Cavendish

M^{me} Denise Ouellet, diététiste/nutritionniste, Dt.P., M.B.A., Ph.D., professeure titulaire en nutrition, Université Laval

M^{me} France Bernatchez, diététiste/nutritionniste, Dt.P., M.Sc., Cert. Ass. Qualité

M^e Janick Perreault, diététiste/nutritionniste et avocate, Dt.P., LL.B., LL.M.

M^{me} Joanie Bouchard, diététiste/nutritionniste, Dt.P., M.Sc.(c), Coordonnatrice aux affaires professionnelles, OPDQ

M^e Annie Chapados, Directrice générale et Secrétaire, OPDQ

Février 2014

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
CHAPITRE PREMIER – ÉTAT DE LA SITUATION	6
LES SERVICES ET LES SOINS NUTRITIONNELS EN CHSLD	6
L'ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES EN NUTRITION	7
LE COÛT MOYEN DES REPAS	8
PORTRAIT NUTRITIONNEL DES USAGERS	9
CHAPITRE DEUXIÈME - COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES ET RECOMMANDATIONS	10
1. L'OFFRE ALIMENTAIRE EN CHSLD	10
2. L'IMPORTANCE D'UN DÉPISTAGE DES PROBLÈMES NUTRITIONNELS	11
3. L'ACCÈS À DES SOINS NUTRITIONNELS	12
RECOMMANDATIONS ET CONCLUSIONS	14
ANNEXE 1	15
ANNEXE 2	16
RÉFÉRENCES	17

INTRODUCTION

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec (ci-après l'OPDQ) se sent particulièrement interpellé par la condition de vie des adultes hébergés en centre de soins de longue durée. L'OPDQ est bien au fait des besoins de ces personnes. Nous avons publié par le passé plusieurs mémoires et prises de position touchant notamment aux résidences privées, à la personne âgée et à son environnement¹. Nous sommes convaincus que l'amélioration des conditions de vie passe inévitablement par l'amélioration de la qualité de l'alimentation et des soins nutritionnels aux adultes hébergés en centre d'hébergement de soins de longue durée.

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 »². 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 déterminé³. 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 établissements de santé, tels les hôpitaux, les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), en cabinet privé, dans les agences de santé, etc.

En septembre 2013, la Commission de la santé et des services sociaux a publié un document de consultation sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée⁴. Ce document de consultation interpelle l'OPDQ tout particulièrement. D'ailleurs, comme il y est indiqué, de plus en plus de cas de maltraitance et de négligence dans certains CHSLD sont rapportés dans les médias⁵. Or, parmi les premiers cas rapportés il y a plus de 10 ans, l'alimentation était mise en cause dans les négligences. À ces tristes histoires s'ajoute aussi toute la médiatisation face à la qualité des repas offerts aux résidents, qu'on qualifie fréquemment du « syndrome de la boulette avec sauce brune ». De telles histoires contribuent aux inquiétudes de la population et particulièrement des aînés face à l'hébergement dans un CHSLD.

Les diététistes/nutritionnistes exercent un rôle élargi auprès de la clientèle en CHSLD. L'alourdissement de cette dernière, soulevée par la Commission dans son document de consultation, n'est pas sans impact sur l'état et les problèmes nutritionnels de ces personnes. La maladie de Parkinson, les troubles cognitifs, les troubles de la déglutition, le diabète et les lésions de pression sont tous des conditions qui affecteront les besoins nutritionnels et la prise alimentaire. La qualité de l'alimentation est donc d'autant plus importante pour cette clientèle. En ce sens, la littérature scientifique portant sur la personne âgée et la nutrition est abondante depuis plusieurs années et démontre l'importance des liens existant entre les deux. L'état nutritionnel, les conditions physiques, médicales et psychosociales, la qualité de l'alimentation ainsi que les capacités à s'alimenter sont tous des facteurs interdépendants. Par conséquent, le dépistage des problèmes nutritionnels et un accès à des soins nutritionnels sont essentiels pour cette clientèle. Cet accès à des professionnels qualifiés, compétents et en nombre suffisant contribuera à assurer la protection du public et certainement, à maintenir la qualité de vie de ces personnes vulnérables⁶. Les services d'alimentation qui composent et produisent l'offre alimentaire des résidents doivent également pouvoir combler les besoins nutritionnels des résidents de CHSLD afin de permettre des interventions de qualité auprès de ceux-ci et de maintenir leur état nutritionnel. À cet effet, la littérature démontre qu'une approche centrée sur le choix et la variété des aliments apporte des bénéfices sur l'état nutritionnel⁷. Rappelons que les orientations ministérielles de 2003 indiquaient « qu'il est essentiel de créer un milieu de vie dans lequel des services et des soins de qualité seront dispensés, en partant des besoins, des goûts, des habitudes et des valeurs des personnes et de leur famille »⁸. L'alimentation ne saurait ainsi être exclue de ces orientations.

Rien n'est plus central à la vie que l'acte de manger. 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 conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD sans parler des plaisirs et de la qualité de vie associés à l'alimentation. En effet, en hébergement les repas constituent des activités centrales de la journée. Ils permettent aussi aux résidents de socialiser entre eux. On ne peut aussi parler de la condition de santé globale d'une personne et de son autonomie sans parler de son état nutritionnel puisqu'ils sont inter-reliés : non seulement l'état nutritionnel influera-t-il sur l'autonomie, mais cette dernière aura également un impact sur l'état nutritionnel. Ainsi, l'activité de s'alimenter peut devenir plus difficile pour les personnes en perte d'autonomie, et perdre leur sens du plaisir. Ces changements affecteront aussi le niveau de risque de présenter des problèmes nutritionnels susceptibles d'affecter le besoin en soins et services de santé en hébergement (voir Annexe 1).

L'environnement alimentaire, l'aide et l'assistance à s'alimenter⁹, l'offre et le coût alimentaire, la formation des intervenants, du résident lui-même et, au besoin, celle des aidants naturels, tout comme la présence des professionnels de la santé incluant spécifiquement des diététistes/nutritionnistes, sont tous des facteurs qui, selon l'OPDQ, ont un impact majeur sur les conditions de vie des adultes hébergés et qui nous interpellent dans le cadre de cette consultation. Cela étant et dans le but de mettre l'accent sur des recommandations prioritaires pour la Commission, l'OPDQ a mis de l'avant trois axes d'interventions qui sont essentiels pour assurer une amélioration de la condition de vie des adultes hébergés en CHSLD.

Par conséquent, les recommandations de l'OPDQ pour ce mémoire, appuyées des divers commentaires et données exposés dans les pages qui suivent, visent principalement les trois éléments suivants :

1. **Dépister les problèmes nutritionnels** à l'admission et en cours de séjour pour tous les adultes hébergés en établissements de soins de longue durée. Conséquemment, introduire, dans l'évaluation des besoins des personnes, un outil de dépistage nutritionnel approprié à la clientèle, afin de s'assurer que tous les besoins *personnalisés* influant sur la condition des résidents soient satisfaits, incluant les soins et services en nutrition.
2. S'assurer de **combler les besoins nutritionnels** de tous les résidents dans l'offre alimentaire. À cette fin, introduire de nouveaux **indicateurs de performance**, réviser l'indicateur du coût repas dans les établissements et déterminer une norme de coût aliment minimal à respecter. De ce fait, nous recommandons la création d'un comité d'experts et de suivi.
3. **Assurer l'accès à des soins nutritionnels** en introduisant une orientation ou une norme sur les effectifs de diététistes/nutritionnistes dans les CHSLD. À cette fin, nous suggérons la norme de 1 diététiste/nutritionniste pour 100 à 250 résidents. Également, s'assurer que la nutrition clinique fasse l'objet d'un suivi systématique lors des visites d'appréciation du Conseil québécois d'agrément en ayant accès à des indicateurs de performance et de qualité (incluant la formation continue) des services offerts aux adultes hébergés.

Un premier chapitre est donc consacré aux commentaires d'ordre général, relatifs essentiellement à l'état de la situation en nutrition. Un deuxième chapitre, quant à lui, expose de façon plus spécifique les actions concrètes prioritaires identifiées par l'OPDQ.

CHAPITRE PREMIER – ÉTAT DE LA SITUATION

Au Québec, en date du 31 mars 2013, on dénombre 202 établissements avec une mission d'hébergement de soins de longue durée, dont 121 sont publics. Afin de dresser un portrait actuel de la situation, l'OPDQ a demandé à ses membres, lors d'un sondage effectué en janvier 2014 (n=89), différentes données reflétant la réalité nutritionnelle des résidents en CHSLD.

Les services et les soins nutritionnels en CHSLD

L'intervention nutritionnelle chez la clientèle hébergée en CHSLD est variable, complexe et hétérogène d'un centre à l'autre. Les diététistes/nutritionnistes reçoivent des références de services professionnels pour les motifs principaux suivants :

Tableau 1. Principaux motifs de consultation pour les diététistes/nutritionnistes en CHSLD

Raison de consultation	Impact sur la santé du résident	Intervention nutritionnelle
Malnutrition/dénutrition	Augmentation des risques d'infections pulmonaires, de plaies de pression, de déshydratation, délirium, modification de l'effet de certains médicaments, inconfort généralisé, fonte musculaire, perte de masse viscérale, surinfection, septicémie, décès.	Plan de traitement individualisé en augmentant la densité énergétique, protéique des aliments et en ajoutant des suppléments nutritionnels et vitaminés commerciaux au besoin.
Dysphagie (trouble de la déglutition)	Augmentation des risques de dénutrition, déshydratation, aspiration pulmonaire et ses complications, retrait social, asphyxie et décès.	Plan de traitement nutritionnel individualisé qui implique le choix de la voie d'alimentation, le choix des textures et des consistances des aliments.
Alimentation entérale (soutien nutritionnel, gavage)	L'alimentation par tube a des impacts au niveau de la qualité de vie et crée des risques d'inconfort, d'intolérance et de déficience ou d'excès de certains nutriments. Complications possibles : déficience ou excès de certains nutriments, infection, décès.	Plan de traitement individualisé qui implique le choix de la voie d'alimentation et d'un produit qui répond spécifiquement aux besoins de la personne. Il existe plus de 60 produits d'alimentation entérale spécialisés pour répondre à plusieurs types d'interventions nutritionnelles. La surveillance nutritionnelle de ces patients doit être fréquente afin d'assurer des apports en eau, en macro et micronutriments suffisants.
Lésions de pression	Inconfort, douleurs, complications, surinfection, septicémie, décès.	Plan de traitement individualisé dans le but d'augmenter les apports en protéines, liquides, vit. C, vit. A, vit. E, zinc, sélénium selon les apports. Ajout de suppléments nutritionnels et vitaminés commerciaux au besoin.
Maladies chroniques (diabète, hypertension, maladies rénales, etc.)	Somnolence, fatigue, xérostomie, étourdissement, tremblement, maux de tête, troubles de la vision, palpitations, anxiété, anorexie, etc.	Plan de traitement individualisé en ayant une approche libéralisée dans la majorité des cas. L'intervention nutritionnelle vise à diminuer les complications aiguës reliées à la maladie tout évitant une dénutrition par un régime trop restrictif.

Par ailleurs, l'état nutritionnel sous-optimal d'un usager compliquera son état de santé général et pourra contribuer à augmenter l'incidence de chutes, de delirium, d'infections respiratoires, etc. La prise en charge nutritionnelle doit donc tenir compte de ces aspects.

La présence d'un diététiste/nutritionniste et d'une évaluation nutritionnelle en CHSLD n'est pas obligatoire au Québec. Le diététiste/nutritionniste est donc interpellé à la demande du médecin et une priorisation des demandes doit être faite en fonction des disponibilités d'effectifs en nutrition clinique. En revanche, deux provinces canadiennes ont pris le leadership en matière de soins nutritionnels en CHSLD. En Ontario et en Colombie-Britannique, l'évaluation nutritionnelle initiale par un diététiste est obligatoire pour la clientèle hébergée en soins de longue durée. D'ailleurs, les meilleures pratiques disponibles en nutrition en soins de longue durée appuient de tels programmes¹⁰.

Les membres de l'OPDQ ayant répondu à notre sondage documentent un nombre très élevé de références professionnelles en nutrition clinique : près de la moitié (47 %) d'entre eux recevraient plus de 150 demandes annuellement, alors que la charge de cas (patients suivis activement) serait déjà entre 200 et 300 patients chez environ 65 % des répondants.

Les services nutritionnels en CHSLD ne sont pas limités à la nutrition clinique. Précisons que, outre l'évaluation nutritionnelle et l'intervention des diététistes/nutritionnistes en nutrition clinique, les membres de l'OPDQ occupent également une place importante au sein des services d'alimentation. À titre de gestionnaires, les diététistes/nutritionnistes participent à la planification, à la production et à la distribution de l'offre alimentaire des résidents. Ces postes de gestion ne sont pas sans défi dans le contexte de restrictions budgétaires du système de santé où les ressources sont très limitées pour répondre aux nombreux besoins nutritionnels de la clientèle.

L'accès aux soins et services en nutrition

Les effectifs disponibles en CHSLD sont difficiles à documenter depuis le regroupement et la création des CSSS. Les diététistes/nutritionnistes partagent souvent leur charge de travail dans plusieurs établissements au sein du même CSSS. Selon les sources disponibles, il semblerait qu'il ait eu une augmentation du nombre de diététistes dans le réseau de la santé depuis les années 1990. D'ailleurs, une analyse de l'ensemble des effectifs disponibles œuvrant en CHSLD nous semblerait indiquée dans le cadre de cette Commission.

Selon le sondage effectué auprès de nos membres, près de 40 % de ces CHSLD ont un ratio d'effectifs de 1 ETC en nutrition clinique pour plus de 350 lits. Moins de 10 % des centres présentent un ratio de 1 ETC pour 150 lits. Rappelons qu'en 2011, l'OPDQ avait proposé une recommandation optimale de ratio à 1 ETC pour 100 lits afin d'assurer une évaluation nutritionnelle initiale pour tous les résidents, accompagnée d'un suivi annuel assurant la surveillance de l'état nutritionnel¹¹. Ce ratio n'inclut que les activités cliniques et un taux de nouvelles admissions de 30 % par année. L'état actuel de la situation semble donc très loin de cette recommandation.

Le nombre élevé de demandes de soins en nutrition, mentionné précédemment, qui contraste avec le faible nombre d'effectifs disponibles pour y répondre ne peut perdurer sans entraîner des impacts négatifs sur la qualité des soins nutritionnels offerts aux adultes en CHSLD. Concrètement, un peu plus du quart (27 %) et près de la moitié (45 %) des membres de l'OPDQ ayant répondu à notre sondage mentionnent des délais d'attente de 1 à 3 mois et respectivement de 1 à 4 semaines avant de pouvoir prendre en charge les demandes de consultation. De tels délais ont certainement des impacts sur l'état de santé et sur la qualité de vie des résidents. Par exemple, un résident avec une plaie de pression qui présente des apports nutritionnels insuffisants verra celle-ci se détériorer et requérir des soins et des médicaments supplémentaires.

En Ontario, le *Long-Term Care Homes Act* indique qu'une évaluation nutritionnelle et un suivi trimestriel sont obligatoires pour tous les résidents et doivent être effectués par un diététiste. Le temps du diététiste doit ainsi représenter minimalement 30 minutes par résident par mois pour un total d'un équivalent temps complet par 250 lits¹². En 2011 au Québec, le MSSS reconnaissait dans son cadre de référence « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier » qu'une évaluation nutritionnelle

complète et une prise en charge interprofessionnelle font partie des interventions prioritaires pour prévenir la dénutrition et la déshydratation¹³.

Le coût moyen des repas

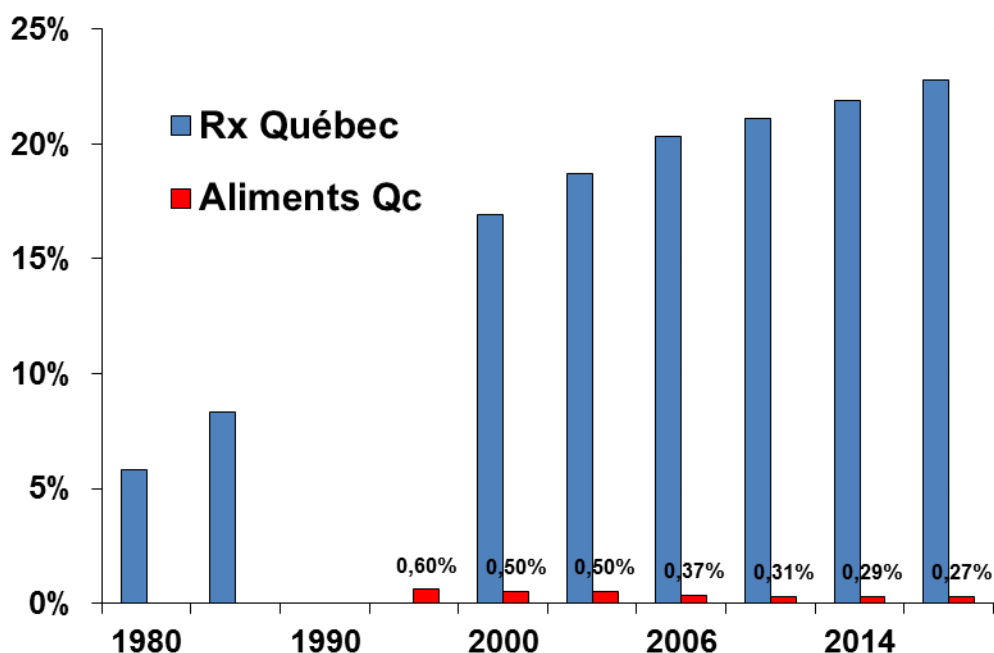
Les services alimentaires des centres hospitaliers, incluant les CHSLD, sont tenus de fournir périodiquement des statistiques concernant le nombre de repas servis et les montants associés aux achats et aux ventes des aliments. Ces statistiques servent à déterminer le coût unitaire moyen des repas annuel de l'établissement et constituent un indicateur de performance (CA : 7554, page 650, document AS 471). Le coût repas est notamment défini par le coût total des ressources humaines (chef de service, technicienne en diététique, cuisinier, aide cuisiner, etc.) et de l'achat des aliments (incluant les repas, les collations et les suppléments nutritionnels liquides). La vente de repas aux employés et visiteurs à la cafétéria, les revenus traiteurs et des machines distributrices viennent alors réduire ces coûts totaux. Ce coût total est par la suite divisé par le nombre de repas servi dans l'établissement. La statistique finale qui figure dans les rapports annuels des établissements inclut donc non seulement le coût des aliments, mais aussi celui de la main-d'œuvre et des équipements. Selon le rapport du Vérificateur général, il existe une grande variation du coût moyen des repas entre les établissements du Québec. Par exemple, en 2009-2010, le coût moyen d'un repas pouvait varier de 3,92 \$ à 13,79 \$ d'un établissement à l'autre dans la province¹⁴. De plus, la cause de ces écarts est actuellement peu analysée et comprise.

À titre informatif, le coût minimum d'un régime nutritif pour une personne en santé vivant à domicile et ne présentant aucune condition médicale particulière, qui permet de satisfaire les apports nutritionnels de référence (ANREF), est de 7,76 \$ par personne par jour¹⁵. Évidemment, ce coût inclut uniquement l'achat d'aliments. Quoique la réalité des milieux hospitaliers soit bien différente en ce qui a trait à l'achat des aliments, ce chiffre peut tout de même être une bonne illustration de ce qu'une saine alimentation peut représenter en termes de coût.

L'indicateur du coût aliment ne permet pas de refléter la qualité et la variété nutritionnelle des repas offerts aux personnes hébergées en établissement de soins de longue durée. À titre d'indicateur financier, le coût aliment est utilisé à titre de performance budgétaire uniquement afin de comparer les établissements entre eux. Ainsi, un CHSLD pourra s'afficher comme étant performant si le coût repas est 5,20\$ par repas comparativement à un centre qui présente un coût à 7,15 \$ par repas. Or, on sait pertinemment qu'il est impossible de proposer une offre alimentaire saine, variée et satisfaisant les besoins nutritionnels d'une personne avec des pathologies chroniques et aiguës avec un montant si faible. À ce sujet, une récente étude démontre qu'un budget alimentaire bas augmente les risques de dénutrition en hébergement¹⁶.

L'évolution du coût aliment dans les établissements de soins de longue durée a été moindre dans les 15 dernières années surtout lorsqu'on la compare à celle du coût médicament. Alors que les services d'alimentation des CHSLD tentent de réduire leurs coûts sous la pression des nombreuses contraintes budgétaires, le coût des médicaments, incluant souvent des suppléments de vitamines comme le calcium et la vitamine D ou l'usage de multivitamines, continue d'augmenter. La pertinence de tels suppléments pourrait être questionnée dans le contexte d'une offre alimentaire équilibrée et complète, accompagnée de soins nutritionnels adéquats.

Tableau 2. Projection de l'évolution du coût aliment et médicament au Québec



Comme le rappelle le document de consultation, pour implanter un milieu de vie de qualité, la dispensation des soins et des services doit être axée sur les besoins des personnes et non plus simplement sur les tâches à accomplir¹⁷. Pour paraphraser de tels propos, la dispensation des soins et des services doit donc être axée sur les besoins des personnes et non plus simplement sur des chiffres qui n'apportent aucune information à la qualité des conditions de vie des adultes hébergés. En 2011¹⁸, le Vérificateur général recommandait d'ailleurs de « s'assurer d'offrir une variété d'aliments dans les centres d'hébergement et de procéder à une révision régulière des menus ». Le contrôle et la révision systématiques de la qualité de l'alimentation en respect des besoins nutritionnels de chacun des résidents y étaient aussi mentionnés dans son rapport.

L'Ontario a mis de l'avant un modèle intéressant concernant le coût aliment des établissements. Il s'agit de la fixation d'un coût minimal aliment à respecter, qui est défini par son ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Non seulement le coût aliment est-il indexé, mais l'établissement doit pouvoir démontrer aux agences d'accréditation qu'il a respecté la norme établie. Cette standardisation des coûts assure une qualité minimale de l'alimentation et une équité pour les résidents des centres d'hébergement de soins de longue durée. Ce type de modèle, quoiqu'il puisse être perçu comme plus restrictif et limiter l'individualisation, semble intéressant à étudier pour mettre de l'avant de nouvelles normes au Québec.

Portrait nutritionnel des usagers

Au Canada, 45 % des personnes âgées dans les centres de soins de longue durée souffrent de malnutrition¹⁹. Les risques de malnutrition affectent plus de 60 % des résidents hébergés en CHSLD²⁰. Soulignons également que des études antérieures ont démontré qu'une forte proportion des résidents admis en CHSLD avec un bon état nutritionnel deviennent dénutris en cours de séjour²¹. La malnutrition est un problème coûteux, car les maladies liées à la dénutrition, telles que les infections, les plaies de pression et le delirium, augmentent les coûts hospitaliers jusqu'à 70 %. Non seulement la dénutrition augmente-t-elle les hospitalisations et prolonge ces séjours hospitaliers de courte durée, mais elle est aussi associée à un risque plus élevé de complications médicales et d'hébergement. Pourtant, l'intervention nutritionnelle précoce et appropriée a été démontrée comme étant efficace pour réduire significativement les coûts associés à ces soins.

Dans son rapport de 2011, le Vérificateur général soulignait l'absence d'un processus formel pour repérer et identifier les usagers dénutris. Quoique plusieurs initiatives et programmes aient été mis en place depuis ce rapport, notre sondage auprès de nos membres œuvrant en CHSLD indique qu'environ 65 % des centres n'ont toujours pas instauré de dépistage des problèmes nutritionnels à l'admission et en cours de séjour pour les résidents.

CHAPITRE DEUXIÈME - COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES ET RECOMMANDATIONS

Dans son document de consultation, la Commission souhaite connaître les modifications et les innovations qui pourraient être apportées aux divers services et soins offerts pour améliorer la qualité de vie des résidents²². On y souligne qu'il faut un suivi de la qualité des services et des soins²³. Nous mentionnons que dans le secteur de la nutrition, plusieurs initiatives intéressantes ont déjà eu lieu. Nommons, entre autres, un groupe de travail de la Montérégie qui a élaboré et publié un guide sur les meilleures pratiques en matière d'alimentation dans les CHSLD. Nous référons les lecteurs à ce document²⁴. D'autres établissements ont mis en place des programmes pour contrer les problèmes nutritionnels en hébergement, tel que le travail réalisé au CSSS de Montmagny-L'Islet sur la dysphagie dans le cadre de leur programme institutionnel « Vision gérontonomie ».

1. L'offre alimentaire en CHSLD

Tel que mentionné auparavant, il existe actuellement une grande disparité entre le coût repas des divers établissements et par conséquent dans la variété d'aliments offerts. Rappelons que le cadre de référence du ministère portant sur une saine alimentation demande que les établissements respectent, notamment, les orientations suivantes qui balisent l'organisation des services d'alimentation :

- Offrir des repas et des collations de haute valeur nutritive (orientation 1);
- Assurer le développement des compétences du personnel (orientation 5);
- S'assurer de la qualité globale des aliments et des boissons offerts (orientation 6).

[Notre soulignement]

L'atteinte des besoins nutritionnels est primordiale pour le maintien et le rétablissement de la santé. Les carences tout comme les surdoses de nutriments, vitamines et minéraux ont des impacts sur l'état de santé d'un individu et sur la qualité de vie qui sont primordiaux. À cet égard, nous invitons le lecteur à se référer à l'annexe 2. Notons que les impacts financiers de la dénutrition sont également bien décrits dans la littérature²⁵. De plus, l'aggravation des problèmes de santé dus à des problèmes de nutrition contribue assurément à l'alourdissement de la clientèle décrit par la Commission dans son document de consultation, et à son tour, cet alourdissement engendre une augmentation des coûts de santé. Ainsi, nous sommes convaincus de l'importance que chaque résident puisse bénéficier d'une offre alimentaire qui comble ses besoins nutritionnels. Pour ce faire, l'évaluation des besoins nutritionnels du résident dès son arrivée en CHSLD et tout au long de la durée de son hébergement est essentielle. L'atteinte et le maintien des standards proposés par le Ministère, mentionnés ici haut, semblent irréalistes en l'absence d'indicateurs de performance et d'efficience outre que le coût aliment actuel. Les diététistes/nutritionnistes ayant répondu à notre sondage ont d'ailleurs fait valoir en très grande majorité (75 %) que les CHSLD où ils œuvrent n'utilisent aucun autre indicateur de performance ou de qualité pour la clientèle.

L'OPDQ est d'avis que l'indicateur du coût repas doit être modifié et revu. Tout comme le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, nous croyons que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec doit se prononcer sur des normes minimales à suivre au niveau du coût repas des résidents ainsi que sur la qualité de l'offre alimentaire. Il faut éviter qu'un CHSLD s'affiche comme étant performant lorsqu'il arrive à un coût très bas pour un repas. Il est évident que la qualité des repas fait partie des éléments pour améliorer les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD et la qualité des repas devrait ainsi être évaluée systématiquement par les établissements. À titre d'exemple, l'Institut canadien d'information sur la santé propose divers indicateurs basés sur le *Resident Assessment Instrument - Minimum Data Set* (RAI 2.0/MDS), développé

aux États-Unis dans les années 1990. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario²⁶ ainsi que l'association Diététistes du Canada²⁷ proposent aussi une série d'orientations et de recommandations en ce qui a trait à la planification des menus et à la production alimentaire, qui permettent d'assurer un tel suivi.

La Commission souligne qu'il faut un suivi de la qualité des services et des soins dans son document de consultation²⁸. En ce sens, le rapport du Vérificateur général spécifiait la recommandation suivante : « Suivre la performance des établissements en ce qui a trait aux services alimentaires et aux services de nutrition clinique et prendre des mesures pour les inciter à s'améliorer à cet égard »²⁹. Une telle recommandation rejoint totalement celles présentées par l'OPDQ dans le présent mémoire.

2. L'importance d'un dépistage des problèmes nutritionnels

Depuis 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux a procédé à l'implantation d'un outil d'évaluation intégré dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux afin de déterminer les besoins des personnes en perte d'autonomie et les services requis, notamment en institution ou à domicile. Ainsi, pour être admis dans un CHSLD, un résident fait l'objet d'une évaluation de ses besoins. Or, tel que mentionné dans un précédent mémoire de l'OPDQ³⁰, l'outil actuellement utilisé ne permet pas, à notre avis, ni d'évaluer l'état nutritionnel ni de dépister les problèmes nutritionnels des personnes incluant les adultes déjà hébergés en centres de soins de longue durée. Actuellement, c'est la grille d'évaluation du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF®) qui fait partie de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) implanté dans le réseau public de la santé depuis avril 2003.

Soulignons que dans son rapport de 2011 portant sur les services, en se rapportant à l'alimentation dans le réseau de la santé et des services sociaux lors d'hébergement, le Vérificateur général du Québec avait dressé le portrait suivant:

« Pas de processus formel pour repérer rapidement les usagers souffrant de dénutrition... pas de portrait global de l'état nutritionnel des usagers... comme le nombre d'usagers présentant des problèmes de déglutition. Cela faciliterait pourtant l'évaluation des besoins des usagers et, par le fait même, du nombre de diététistes requis. »

[Notre soulignement]

Il avait également formulé les recommandations 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.*³¹

[Notre soulignement]

L'objectif de la Commission est d'envisager des mesures pour améliorer les conditions de vie des résidents des CHSLD³². En matière de nutrition, la littérature mondiale recommande un dépistage à l'admission, ou à tout de moins une évaluation dans les trois premiers mois de l'arrivée de la personne en centre d'hébergement. La surveillance et la réévaluation périodique des résidents tout au long de leur séjour en centre d'hébergement sont tout autant essentielles. À titre d'exemple, selon l'approche américaine, un centre a l'obligation de maintenir un état nutritionnel adéquat et de le mesurer périodiquement³³. Ainsi, pour améliorer les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD, un dépistage systématique est primordial afin d'identifier les besoins et, le cas échéant, des problèmes, ce qui permet d'orienter l'évaluation nutritionnelle subséquente.

Plusieurs outils ont été développés pour dépister la dénutrition et les problèmes nutritionnels. Rappelons cependant que la majorité des centres n'effectuent aucun dépistage de la malnutrition et des problèmes nutritionnels. Cela étant, les membres de l'OPDQ utilisent divers outils pour dépister la dénutrition ou différents problèmes nutritionnels comme la dysphagie. Dans le cadre de son dernier mémoire présenté devant la Commission de la santé et des services sociaux en novembre 2013, l'OPDQ avait recommandé un outil spécifique pour dépister les problèmes nutritionnels des aînés à domicile³⁴, soit le Dépistage nutritionnel des aînés (DNA). Toutefois, dans le contexte des soins de longue durée, le profil de la clientèle impose des critères différents et le DNA ne peut donc pas s'appliquer à la clientèle hébergée. Aussi, l'OPDQ est d'avis qu'en CHSLD, un dépistage ne doit pas être réalisé uniquement sur la base de l'IMC, soit l'indice de masse corporelle.

En somme, il nous apparaît primordial de recommander un dépistage des problèmes nutritionnels pour tous les adultes hébergés en CHSLD. L'état nutritionnel d'un résident est un facteur modifiable ayant un impact direct sur les conditions de vie et, soulignons-le, sur les coûts d'un hébergement. L'OPDQ offre son entière collaboration aux autorités concernées afin d'identifier l'outil qui répondrait le mieux à ces critères.

3. L'accès à des soins nutritionnels

Les diététistes/nutritionnistes sont les professionnels reconnus et compétents pour évaluer, déterminer, mettre en œuvre et effectuer le suivi du plan de traitement nutritionnel d'une personne. C'est aussi aux membres de l'OPDQ que le législateur a réservé l'activité d'assurer la surveillance nutritionnelle des personnes dont un plan de traitement nutritionnel a été établi.

Le Vérificateur général reconnaissait aussi l'expertise des membres de l'OPDQ dans son rapport de 2011 :

« Notons que l'alimentation assure en grande partie la prise en charge des personnes souffrant de diverses pathologies et qu'elle est un élément essentiel du maintien de la santé et de l'amélioration du bien-être des gens. Par contre, une mauvaise alimentation ou des apports inappropriés ont des effets néfastes sur la santé et le rétablissement de celle-ci ainsi que sur la qualité de vie, lesquels peuvent entraîner entre autres la dénutrition et une perte d'autonomie, donc un accroissement des besoins en soins et en services. L'inverse est aussi vrai, c'est-à-dire qu'une prise en charge nutritionnelle adéquate peut mener à une diminution des besoins en soins et en services de santé. »

[Notre soulignement]

Si l'accès à des soins nutritionnels adéquats et donc aux diététistes/nutritionnistes fait défaut dans les CHSLD, il est clair que la condition de plusieurs résidents est à risque de détérioration³⁵. La consultation de la Commission vise à discuter et à améliorer la qualité de vie des résidents en centres d'hébergement de soins de longue durée. À cette fin, l'OPDQ croit fermement qu'il faut opter pour un changement de vision au niveau de la perception de l'alimentation et de la nutrition chez les adultes en hébergement. Les soins nutritionnels sont malheureusement toujours perçus comme étant une dépense et non comme un soin médical.

Ici encore, l'exemple précédemment cité à la page 8 du présent document est intéressant. C'est à la norme du ministère de la Santé ontarien, laquelle exige que le diététiste alloue 30 minutes par mois par personne hébergée en établissement de soins de longue durée ou de 1 ETC pour 250 résidents, que le Vérificateur général du Québec avait comparé les effectifs actuels en nutrition dans son rapport de 2011. **L'OPDQ recommande qu'une norme d'effectifs ou un temps minimal en nutrition clinique alloué aux résidents en CHSLD soit envisagé par le Ministère.** Le ratio proposé par l'OPDQ en 2011, de 1 diététiste/nutritionniste pour 100 résidents en CHSLD, et celui de l'Ontario pourrait être établi comme intervalle à atteindre. **Nous croyons aussi qu'une évaluation approfondie des besoins de la clientèle et qu'une orientation sur tous les services professionnels en CHSLD doivent être réalisées par les instances gouvernementales.** En ce sens, nous soulignons l'importance de la présence suffisante de personnel de soutien pour assister les adultes hébergés aux repas. Un plan de traitement nutritionnel individualisé ne pourra se réaliser que

par la présence de personnel pour assurer les suivis aux repas et offrir l'aide nécessaire. Rappelons que le temps des repas est un facteur qui a été associé à l'état nutritionnel des personnes hébergées en centre de soins de longue durée. Finalement, nous croyons que la nutrition clinique devrait faire l'objet de suivis systématiques lors des visites d'appréciation par le Conseil québécois d'agrément. Cette évaluation permettrait de meilleurs suivis en documentant les indicateurs de performance et de qualité des services offerts aux adultes hébergés.

De par sa mission, l'OPDQ veille à ce que ses membres posent des actes professionnels de qualité, en maintenant et en développant leurs compétences. La formation continue est le moyen le plus utilisé par les professionnels de la santé pour assurer l'atteinte de cet objectif. Dans son document de consultation, la Commission souligne également l'importance de la formation du personnel comme élément pouvant contribuer à la création de milieux de vie de qualité. La pertinence, la qualité et la quantité de la formation continue accessible aux intervenants doivent donc être assurées. Selon les résultats du sondage de l'OPDQ, 90 % des diététistes/nutritionnistes œuvrant en CHSLD sont libérés pour recevoir de la formation continue. Cependant, la majorité d'entre eux ne sont libérés que pour 1 ou 2 journées de formation par année en raison de budgets limités. Pourtant, l'OPDQ demande aux diététistes/nutritionnistes de réaliser un minimum de 20 unités de formation continue par année, correspondant à environ 4 journées de formation. Nous croyons ainsi que les budgets de formation continue des professionnels devraient s'arrimer aux exigences des ordres professionnels. Cela contribuerait assurément à des interventions de qualité auprès des adultes hébergés et donc à une qualité de vie améliorée.

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSIONS

L'OPDQ est convaincu que pour améliorer la qualité de vie des adultes hébergés dans les centres de soins de longue durée, il suffit de mettre en place des mesures simples, mais d'impact très significatif sur les résidents. S'alimenter est central à la vie, et tous conviendront que prendre un repas délectable et de qualité fait partie des plaisirs de la vie.

Une approche ciblant les besoins des résidents doit inclure le choix et la variété d'aliments, lesquels doivent répondre aux besoins nutritionnels de cette clientèle. Les moments des repas passés à la salle à manger doivent être synonymes d'expériences agréables.

L'absence de l'évaluation de l'état nutritionnel des personnes de même que de leurs besoins spécifiques en matière de nutrition ne permet pas d'assurer de bonnes conditions de vie en CHSLD. Pire, cette absence de l'évaluation est susceptible d'aggraver les conditions de vie de plusieurs résidents et de voir les coûts d'hébergement augmenter en termes de dépenses liées aux soins médicaux et de pharmacie.

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

1. **Dépister les problèmes nutritionnels** à l'admission et en cours de séjour pour tous les adultes hébergés en établissements de soins de longue durée. Conséquemment, introduire, dans l'évaluation des besoins des personnes, un outil de dépistage nutritionnel approprié à la clientèle, afin de s'assurer que tous les besoins *personnalisés* influant sur la condition des résidents soient satisfaits, incluant les soins et services en nutrition.
2. S'assurer de **combler les besoins nutritionnels** de tous les résidents dans l'offre alimentaire. À cette fin, introduire de nouveaux indicateurs de performance, réviser l'indicateur du coût repas dans les établissements et déterminer une norme de coût aliment minimal à respecter. De ce fait, nous recommandons la création d'un comité d'experts et de suivi.
3. **Assurer l'accès à des soins nutritionnels** en introduisant une orientation ou une norme sur les effectifs de diététistes/nutritionnistes dans les CHSLD. À cette fin, nous suggérons la norme de 1 diététiste/nutritionniste pour 100 à 250 résidents. Également, s'assurer que la nutrition clinique fasse l'objet d'un suivi systématique lors des visites d'appréciation du Conseil québécois d'agrément en ayant accès à des indicateurs de performance et de qualité (incluant la formation continue) des services offerts aux adultes hébergés.

Nous sommes d'avis que les recommandations proposées dans ce mémoire sont réalistes puisqu'elles sont déjà en vigueur dans certains centres québécois ou incluses dans d'autres modèles de systèmes de santé. Bien évidemment, l'OPDQ offre toute sa collaboration avec les autorités concernées afin de définir les critères et les modalités permettant d'implanter ces recommandations.

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	Satiété précoce, diminution des apports alimentaires, augmentation des risques de dénutrition
	-Distension précoce de l'antrum de l'estomac (partie inférieure de l'estomac) -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

Exemples des besoins nutritionnels de la personne âgée (≥ 70 ans)

(Tiré et adapté de « Les apports nutritionnels de référence », Institute of Medicine of the National Academies, 2007)

Nutriments	ANREF ¹	AMT ²	Impacts en cas de carence	Impacts en cas de surdosage
Énergie	N/A	N/A	Dénutrition, plaies de pression	Gain pondéral, développements de maladies chroniques et cardiovasculaires
Protéine	46 à 56 g/j ³	Non défini, mais environ 45 % de l'énergie total	Dénutrition, perte de masse musculaire, diminution de la fonction immunitaire	Nausée, diarrhée, ostéoporose, calcul rénal, déshydratation, obésité, insuffisance rénale
Liquide	1 mL/kcal ou 30 mL/kg	Non défini	Déshydratation, insuffisance rénale, delirium, diminution de l'efficacité des médicaments	Lors de pathologies particulières par ex. œdème aigu du poumon
Fer	8 mg	45 mg	Anémie, diminution de la capacité physique, troubles cognitifs, faiblesse	Diarrhée, constipation, nausée, vomissement, intoxication systémique, cancer
Vitamine B12	2,4 ug/j	N/D	Anémie pernicieuse, complications neurologiques, diarrhée, perte d'appétit, douleur à la langue	Non documenté
Vitamine D	15 ug/j	50 ug/j	Rachitisme, ostéomalacie, ostéoporose, risque de cancer et diverses maladies documentés	Polyurie, polydipsie, hypercalciurie, anorexie, vomissements, diminution de la fonction rénale
Zinc	11 mg/j	20 mg/j	Retard de croissance, alopecie, diarrhée, lésions oculaires et cutanées, altération de l'appétit	Douleurs épigastriques, nausées, vomissements, crampes abdominales, céphalées, perte d'appétit

¹ Apports nutritionnels de référence

² Apport maximal tolérable

³ Apport suffisant

RÉFÉRENCES

- ¹ Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec sur le *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, octobre 2013.

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.

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.
- ² *Code des professions*, R.L.R.Q., chapitre C-26, art. 37 c).
- ³ *Code des professions*, R.L.R.Q., chapitre C-26, art. 37.1, par. 1 a) et b).
- ⁴ COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Document de consultation: *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, Québec, Gouvernement du Québec, septembre 2013, 28 pages.
- ⁵ COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Document de consultation: *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, Québec, Gouvernement du Québec, septembre 2013, page 1.
- ⁶ LENGYEL C., "Nutrient Inadequacies Among Elderly Residents Of Long-term Care Facilities", *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*; Summer 2008; 69, 2: ProQuest.
- ⁷ ROBINSON G., "Culture Change Impacts Quality of Life for Nursing Home Residents", *Top Clin Nutr* (2008), Vol. 23, No. 2, pp. 120-130; et BERNSTEIN, M., "Higher dietary variety is associated with better nutritional status in frail elderly people", *Journal of the American Dietetic Association*, August 2002, Vol. 102, No. 8, pp. 1096-1104.
- ⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Orientations ministérielles, *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, 2003, page 11.
- ⁹ Woo J., et al., "Original Communication", *European Journal of Clinical Nutrition* (2005) 59, 474-479.
- ¹⁰ DIETITIANS OF CANADA, *Best Practices for nutrition, food service and dining in Long Term Care Homes: Revised working paper*, avril 2013.
- ¹¹ ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC, Document accompagnateur pour établir des ratios en CHSLD, 2011.

- 12 *Long-Term Care Homes Act, 2007, S.O. 2007, chapter 8 (Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chapitre 8), art. 43 (4) et Règlements de l'Ontario, 79/10, art. 26 (4 a) et b) et art. 160.*
- 13 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, Dénutrition, 2012, page 5.*
- 14 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2011-2012. Vérification de l'optimisation des ressources, Automne 2011. Chapitre 3 : Services se rapportant à l'alimentation dans le réseau de la santé et des services sociaux, page 3.3.*
- 15 Dispensaire diététique de Montréal. *COÛT DU PANIER À PROVISIONS NUTRITIF – septembre 2013. Tiré de : http://www.dispensaire.ca/files/13-09_Cout_PPN_fr.pdf*
16. STRATHMANN S., et coll., *Institutional factors associated with nutritional status of residence from ten german nursing home. J of Nutrition Health and Aging. 17:(271–276), 2013.*
- 17 COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Document de consultation: Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée, Québec, Gouvernement du Québec, septembre 2013, page 18.*
- 18 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC : *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2011-2012. Vérification de l'optimisation des ressources, Automne 2011. Chapitre 3 : Services se rapportant à l'alimentation dans le réseau de la santé et des services sociaux, page 3.4.*
- 19 A Rothschild Regulatory Task Force, *New Dining Practice Standards, August 2011.*
- 20 ROY, S., *Le plaisir de manger : guide des meilleures pratiques en matière d'alimentation dans les CHSLD, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2013, page 33.*
- 21 Stéphanie CHEVALIER, « Dépistage de la dénutrition et impact d'une intervention nutritionnelle chez les personnes âgées en soins de longue durée », *Chronique juridique de la Revue de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, Nutrition, science et évolution, vol. 6 no 1, printemps 2008, pages 17 à 20.*
- 22 COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Document de consultation: Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée, Québec, Gouvernement du Québec, septembre 2013, page 16.*
- 23 COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Document de consultation: Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée, Québec, Gouvernement du Québec, septembre 2013, page 17.*
- 24 ROY, S., *Le plaisir de manger : guide des meilleures pratiques en matière d'alimentation dans les CHSLD, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2013.*
- 25 MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Plan wallon nutrition santé et bien-être des aînés, Guide pour les maisons de repos, France, 2012.*
- 26 MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE, *Long-Term Care Homes Program manual: Chapitre 0903-01. Révisé en 2005.*

- 27 DIETITIANS OF CANADA, *Best Practices for nutrition, food service and dining in Long Term Care Homes: Revised working paper*, avril 2013.
- 28 COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Document de consultation: *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, Québec, Gouvernement du Québec, septembre 2013, pages 16 à 18.
- 29 Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013, *Vérification de l'optimisation des ressources*, printemps 2012, page 44.
- 30 Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec sur le Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, octobre 2013.
- 31 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.
- 32 COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Document de consultation: *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, Québec, Gouvernement du Québec, septembre 2013, page 2.
- 33 Centers for Medicare & Medicaid Services (2013): *Long-Term Care Facility Resident Assessment Instrument, User's manual*, Version 3.0 (Section K: *Swallowing/Nutritional Status*, V 1.11.).
- 34 Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec sur le Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, octobre 2013.
- 35 ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC, *Document accompagnateur pour aider à établir des ratios en nutrition clinique – CHSLD*, année 2011.