

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***

Déposé le 7 septembre 2007

Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille et des Aînés

CONSULTATION SUR LES AÎNÉS

Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

1 -	Qui sont les diététistes/nutritionnistes?	3
1.1	Notre rôle/notre mission	3
1.2	Les milieux où nous intervenons	3
1.3	Les raisons de notre intervention	3
2 -	L'alimentation chez la personne âgée : au delà de la nutrition, le symbole et le lien social!	4
2.1	Identité	4
2.2	Plaisir de manger	5
2.3	Identité et dignité	5
3 -	Quelques défis nutritionnels propres aux aînés	5
3.1	Le vieillissement	5
3.2	Les maladies chroniques	6
3.3	La dénutrition	8
4 -	Une population à risque de dénutrition	10
4.1	Un portrait nutritionnel du vieillissement	10
4.2	Causes de dénutrition	12
4.3	Quelques conséquences de la dénutrition	15
5 -	Une population soumise à des services inadaptés	16
5.1	Absence du dépistage systématique de la dénutrition	16
5.2	Accès inégal aux soins nutritionnels lorsque médicalement requis	16
6 -	Une population soumise à des services d'hébergements mal adaptés	18
6.1	Absence d'assurance que l'offre alimentaire correspond aux besoins	18
6.2	Un budget aliment qui ne permet pas toujours de répondre adéquatement et dans la dignité aux besoins nutritionnels des personnes hébergées (les services d'alimentations sont encore trop souvent vus comme un poste de dépense).	19
6.3	Incapacité du réseau à attester correctement la pertinence de l'offre alimentaire en services d'hébergements (courte ou longue durée)	20
	Recommandations	22
1 -	Faire de la dignité des aînés un enjeu de toute la société	22
1.1	D'intensifier la lutte à la pauvreté;	22
1.2	Promouvoir le développement de communautés favorables à la santé;	22
1.3	S'assurer que les personnes âgées aient accès aux services professionnels en nutrition lorsque requis;	22
1.4	Promouvoir l'acquisition de saines habitudes de vie dès le plus jeune âge.	22
2 -	Faire du bien-être des aînés un enjeu primordial dans toute offre de services (publique comme privée) qui leur est adressée, en particulier de celui lié à l'alimentation	22
2.1	Faire du bien-être de la toute la population un enjeu pour l'ensemble de la société	22
2.2	Développer des politiques alimentaires qui permettront notamment :	22
	Remerciements	23
	RÉFÉRENCES	24

1 - QUI SONT LES DIÉTÉTISTES/NUTRITIONNISTES?

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) est heureux de participer à cette réflexion initiée par le Gouvernement du Québec sur les conditions de vie des personnes âgées, un enjeu de société, une responsabilité qui nous interpelle tous.

1.1 Notre rôle/notre mission

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec assure la protection du public en matière de nutrition humaine et d'alimentation par le contrôle de l'exercice de la profession, le maintien et le développement de la compétence professionnelle des diététistes/nutritionnistes.

L'Ordre contribue à l'amélioration de la santé de la population et des individus en favorisant l'accès à des services professionnels de qualité ainsi qu'à une information judicieuse, rigoureuse et d'intérêt public qui permettent une prise de décision éclairée en matière d'alimentation¹.

1.2 Les milieux où nous intervenons

Les activités professionnelles exercées par les diététistes/nutritionnistes exigent une formation appropriée et la maîtrise de compétences particulières, tout en engageant l'entière responsabilité du professionnel. Certaines activités en nutrition clinique sont par ailleurs susceptibles de causer des préjudices graves à la population si elles ne sont pas effectuées par les diététistes/nutritionnistes ou les médecins.

Les diététistes/nutritionnistes exercent dans différents domaines de pratique, tant dans le réseau public que dans le secteur privé :

- nutrition clinique
- nutrition publique
- gestion de services d'alimentation
- services-conseils
- enseignement
- communications
- recherche
- industrie

La formation universitaire exigée est unique et hautement scientifique et inclut au curriculum plusieurs cours obligatoires dont :

- biochimie
- microbiologie
- anatomie macroscopique humaine
- physiologie
- science des aliments
- salubrité et qualité des aliments
- technologie alimentaire
- chimie des aliments
- méthodes quantitatives
- nutrition fondamentale
- nutrition appliquée
- nutrition clinique et recherche

1.3 Les raisons de notre intervention

La consultation nous interpelle tout particulièrement. On ne peut parler de conditions de vie de nos aînés sans parler d'alimentation et de son lien à la santé et à la qualité de vie. Rien n'est plus central à la vie que l'acte de manger.

Une personne âgée n'est pas une personne malade; des personnes malades sont âgées et méritent une attention particulière. Les autres doivent être encouragées à participer à la vie de la communauté. On ne jardine pas pour les personnes âgées, on jardine avec elles. On ne leur enseigne pas, on partage leurs connaissances. Les services, en alimentation comme en d'autres domaines, ne doivent pas maintenir ou favoriser la passivité; elles méritent d'accentuer la participation physique et mentale des personnes âgées.

L'alimentation est un déterminant essentiel de la qualité de vie. Les repas ajoutent un sentiment de sécurité, de sens et de structure au quotidien de la personne âgée, contribuant au sentiment d'indépendance et de contrôle de son environnement. Les habitudes alimentaires des personnes âgées sont façonnées au fil de leur vie par les préférences et les changements physiologiques autant que par des facteurs tels que les conditions de vie, la situation économique et les incapacités.

Dans le cadre de ce mémoire, nous tenterons d'exprimer notre vision sur l'importance de l'alimentation et des aspects nutritionnels qui y sont liés.

2 - L'ALIMENTATION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE : AU DELÀ DE LA NUTRITION, LE SYMBOLE ET LE LIEN SOCIAL

2.1 Identité

Les aliments nourrissent certes le corps et lui donnent l'énergie quotidienne nécessaire. Elle est à la base d'une bonne santé et un élément clé du développement du maintien et du rétablissement de la santé humaine, depuis la période prénatale et la petite enfance jusqu'au quatrième âge. Par leurs apports en nutriments et en énergie, les aliments fournissent les éléments de base requis au développement et au maintien de la vie. Ils sont donc le tissu, le fondement par lequel la vie est possible. Mais le rôle de l'aliment dépasse largement le seul cadre de la fonction biologique.

Par l'acte de manger, des éléments extérieurs sont ingérés. Il en va des nutriments mais également de l'ensemble des valeurs, morales ou symboliques, associées à ces aliments. C'est ce que le psychologue Paul Rozin appelle le principe d'incorporation. On devient, on est ce que l'on mange.

D'autre part, l'humain détient une qualité qui lui a permis de s'adapter à une multitude de conditions : il est omnivore. Il peut donc manger de tout. Cette qualité rare s'accompagne également de la nécessité de manger de tout afin de rencontrer l'essentiel de ses besoins.

« La pratique du régime comme art de vivre est bien autre chose qu'un ensemble de préoccupations destinées à éviter les maladies ou à achever d'en guérir. C'est toute une manière de se constituer comme sujet qui a, de son corps, le souci juste, nécessaire et suffisant. Souci qui traverse la vie quotidienne ; qui fait des activités majeures ou courantes de l'existence un enjeu la fois de santé et de morale qui définit entre le corps et les éléments qui l'entoure une stratégie circonstancielle ; et qui vise enfin à armer l'individu lui-même d'une conduite rationnelle »².

Afin de rencontrer ses besoins tout en préservant l'intégrité symbolique et morale du corps, l'acte vital de manger a donc, de tout temps, été fortement régulé. Sociologues et anthropologues observent que les règles alimentaires (guides, normes de composition, normes de comportement, recettes etc.) sont constitutives de l'identité des peuples, des groupes et classes sociales qui les composent, et sont notamment autant de manières de fonder l'altérité. L'alimentation est une manifestation de la créativité des individus et des groupes sociaux et de leur positionnement les uns par rapport aux autres. De fait, outre la sexualité, peu d'activités humaines sont aussi intimes et intenses que l'acte de manger.

Dis-moi comment tu manges et je te dirai qui tu es.

Ainsi, la diététique, dans son sens de règle de vie, constitue non seulement le nécessaire accompagnement de la médecine, mais est, tant pour l'individu que pour celui-ci en relation avec ses semblables, un puissant outil identitaire qui contribue à une certaine cohésion sociale.

2.2 Plaisir de manger

Trop souvent, la notion de plaisir de manger est limitée à la dimension sensorielle, organoleptique de l'acte alimentaire. Certes, l'aspect visuel, les odeurs, le goût, les textures et dans certains cas la sonorité (craquant, pétillant, etc.) sont des dimensions très importantes de l'expérience alimentaire. Mais le plaisir de manger n'est pas que lié à la perception. Il est à la conjonction de la perception par les sens, d'une certaine tradition, de l'identité et d'une histoire toute personnelle/individuelle.

Le plaisir de manger s'avère donc une notion à la fois d'une grande complexité et d'une grande fragilité. Il n'en demeure pas moins central à la prise d'aliments et à une nutrition saine et adéquate pour maintenir et rétablir la santé.

À tout âge, c'est lorsque le plaisir de manger n'est plus au rendez-vous des repas qu'émergent des pratiques alimentaires qui peuvent devenir déviantes (mauvaise alimentation, perte d'appétit, voire cessation de la prise alimentaire). L'absence de plaisir vient alors créer, révéler ou amplifier une problématique particulière.

Si manger est à la fois un des premiers et l'un des derniers grands plaisirs de la vie, il importe donc, dans une perspective de bien-être physique, psychique et social de développer et de préserver l'ensemble des conditions requises (l'environnement physique et humain, l'atmosphère, le déroulement/le cérémonial, et la composition des repas) pour qu'émerge le plaisir de manger en toutes circonstances, notamment en fin de vie.

2.3 Identité et dignité

Avec l'âge, on observe souvent, en plus de l'émergence de maladies ou d'autres problématiques de santé, une altération de certains sens et/ou des mécanismes liés à l'ingestion des aliments (déglutition difficile, estomac sensible, etc.). Afin de pallier ces nouvelles réalités altérées, des modifications alimentaires peuvent s'avérer nécessaires. Or, même mineures, ces dernières peuvent avoir de sérieuses conséquences.

Puisque l'identité et la position sociale sont notamment forgées à partir d'un certain mode d'alimentation et de certains types d'aliments, un changement de ceux-ci vient modifier cette identité et, par voie de conséquence, le positionnement social. Ainsi, l'acte quotidien et répété de manger de manière différente, si petite soit-elle, revient marteler auprès de la personne qui la subit que son identité a changé, que sa position sociale n'est plus la même. Plus la modification sera importante, plus cette modification de l'identité pourra être radicale. En quelque sorte, elle n'est plus la même personne.

En plus de venir affecter la perception du plaisir, cette altération de l'identité se transformera tôt ou tard en une atteinte à la dignité. Or, cette dignité « diminuée », à terme, ne peut que contribuer négativement à un état déjà hypothéqué.

Pour contrer cette perte de dignité, il faut donc trouver, avec la personne qui requiert des modifications alimentaires, une position négociée qui lui est agréable et où il lui sera possible de manger des aliments qui lui sont signifiants tout en permettant d'atteindre les objectifs de santé recherchés.

3 - QUELQUES DÉFIS NUTRITIONNELS PROPRES AUX AÎNÉS

3.1 Le vieillissement

Tel qu'établi selon le portrait de la situation du document de consultation, au Québec, il y a plus d'un million de personnes âgées de 65 ans³ et elles composent 14.3% de la population totale⁴. Les femmes représentent 57.5% des 65 ans et plus et 76.8% des 90 ans et plus. Il y a unanimité : on observe un vieillissement de la population⁵.

Le processus de **vieillesse normale** s'accompagne d'une modification de divers paramètres corporels: on observe une réduction des masses osseuse, musculaire et hydrique et une augmentation avec une redistribution de la masse adipeuse⁶. Les besoins nutritionnels en sont donc affectés et la personne âgée doit adapter son alimentation pour les satisfaire. Les besoins nutritionnels de la personne

âgée diffèrent de ceux de la personne adulte tant au plan des protéines, vitamines et minéraux, notamment⁷. La personne âgée ne possède pas toujours les connaissances requises pour s'y adapter, si bien qu'ultimement, c'est le goût qui guidera ses choix alimentaires.

Le geste de se nourrir devient plus difficile en cas de mobilité réduite, d'accès limité pour l'approvisionnement alimentaire, d'isolement, de deuil, de ressources financières limitées, lesquels s'ajoutent aux altérations physiologiques qui sont susceptibles d'être observées aux différentes étapes du processus de la nutrition – ingestion, digestion, absorption et métabolisme. À titre d'exemples, une réduction de la perception sensorielle (goût, olfaction, sensation de soif) affecte négativement l'appétit et favorise la survenue de l'anorexie de la personne âgée ou encore, une mastication altérée par une mauvaise dentition, des maladies périodentaires ou une salivation insuffisante rendent laborieux le moment du repas.

Ces changements affectent le niveau de risque de présenter des problèmes de santé. Pour n'en nommer que quelques-uns, citons l'ostéoporose, la dénutrition, la sarcopénie. Il est impérieux d'encourager une alimentation qui vise à maintenir ou à améliorer l'état nutritionnel et l'autonomie alimentaire des personnes âgées, tout en prenant en compte leurs problèmes et leurs besoins particuliers.

3.2 Les maladies chroniques

Outre le vieillissement, phénomène normal qui affecte le mode de vie de la personne âgée, s'ajoute la probabilité de présenter des maladies chroniques dont l'incidence est en croissance et qui, par la nature de leurs traitements et des effets secondaires qui leur sont associés, imposent des changements supplémentaires aux conditions de vie des aînés.

Les statistiques nous révèlent ce constat : à 65 ans, 77% des hommes et 85% des femmes ont au moins un problème de santé chronique⁸ et 33% ont trois problèmes de santé et plus. Les maladies chroniques comprennent notamment les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. L'OMS affirme que quelque 60 % des décès dans le monde et 47 % de la charge mondiale de morbidité seraient attribuables aux maladies chroniques et que d'ici 2020, ces chiffres pourraient atteindre 73 % et 60 %⁹. Aujourd'hui, les problèmes cardiovasculaires et le cancer constituent les maladies les plus meurtrières dans nos sociétés d'abondance¹⁰. Les maladies chroniques font de plus en plus l'objet de préoccupations de santé publique étant donné le vieillissement rapide de la population et l'augmentation de plusieurs facteurs de risque qui y sont associés, tels que l'obésité et la sédentarité. Aux maladies chroniques sont aussi attribuables une partie des pressions exercées sur les services et des coûts croissants du réseau de la santé.

Il importe de réfléchir aux mécanismes qui favoriseront la réduction sinon le maintien du taux de survenue des maladies chroniques. Or, il est reconnu que la nutrition est un des déterminants majeurs d'un vieillissement réussi, défini par l'habileté à maintenir trois comportements-clés : soit un faible taux de maladie et d'incapacités qui leur sont associées, un niveau de fonctionnement intellectuel et physique élevé ainsi qu'une vie active et engagée¹¹. La nutrition joue des rôles multiples à l'accomplissement d'un vieillissement réussi¹². D'abord à titre de stratégie de prévention primaire, la nutrition favorise la santé et les différentes fonctionnalités. En prévention secondaire et tertiaire, les traitements nutritionnels constituent des stratégies efficaces qui réduisent les risques de maladies chroniques, leur progression et les symptômes qui leur sont associés.

3.2.1 Les personnes atteintes de maladies chroniques (diabète, cancer, maladies cardiovasculaires)

Le cancer

Le cancer est depuis peu, la première cause de décès au Québec. Selon Statistique Canada (1998), la probabilité de développer un cancer était de 40,9% pour les hommes et de 35,0% pour les femmes. La probabilité d'en mourir était respectivement de 26,9% et de 22,4%. De plus, au cours des prochaines années, l'incidence du cancer devrait continuer à croître à un rythme annuel avoisinant 3%¹³. Au Québec, l'incidence du cancer, chez les deux sexes et tous groupes d'âge confondus, était de 413 par 100 000 habitants entre 1990 et 2000¹⁴.

Dans les pays industrialisés, environ 30 % des cancers seraient attribuables à des facteurs alimentaires¹⁵. Parmi les stratégies de prévention du cancer, la diète figure au deuxième rang, après la cessation tabagique.

Les facteurs alimentaires modulent la cancérogenèse de multiples manières¹⁶:

- par la nature même et la quantité des aliments et constituants de ceux-ci;
- par les habitudes alimentaires de façon globale ;
- par les facteurs associés, comme le poids corporel et l'activité physique, qui ont des répercussions sur le devenir de l'organisme.

Les données scientifiques actuelles démontrent de façon probante qu'une alimentation riche en fruits et en légumes colorés est associée à une diminution du risque de plusieurs types de cancer (poumon, bouche, oesophage, estomac, côlon). Le maintien d'un poids-santé est important pour la réduction des risques de cancers et de maladies chroniques telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires représentent la deuxième cause de décès au Québec. Huit Canadiens sur dix affichent au moins un des facteurs de risque suivants de la maladie cardiovasculaire : le tabagisme, la sédentarité, la surcharge pondérale, l'obésité abdominale, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le diabète et une faible capacité cardio-respiratoire. Tous sont parmi les principaux facteurs biologiques contribuant à augmenter le risque de maladies cardiovasculaires. Un Canadien sur dix présente trois facteurs de risque ou plus. L'hypertension artérielle est passée de 11,6 % à 14,4 % entre 1994 et 2000¹⁷. Les habitudes alimentaires associées à une augmentation des risques sont une consommation élevée de gras saturés, de gras trans et de sel, de même qu'une faible consommation de fruits et légumes¹⁸.

Les nouvelles recommandations non-pharmacologiques canadiennes¹⁹ pour la prévention et le traitement de ces affections comportent plusieurs volets qui touchent directement la nutrition de l'individu²⁰. Les données scientifiques²¹ actuelles démontrent de façon probante que la pratique régulière d'activité physique, la consommation régulière de poisson et d'huile de poisson et une alimentation riche en fruits et légumes diminuent les risques de maladies cardiovasculaires.

Le diabète

Au Canada, la prévalence du diabète pour les 18 ans et plus est estimée à 4,5% avec une augmentation avec l'âge selon les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population²². Au Québec, plus de 550 000 personnes souffrent de diabète de type I ou II. La progression de la maladie est telle qu'à la fin de la décennie, plus de 750 000 personnes en seront atteintes. Il est généralement reconnu par la communauté scientifique que la prévalence du diabète est sous évaluée. Au Québec, en 2000, 1 631 décès étaient attribuables à cette maladie²³.

Les études démontrent qu'une intensification des mesures de prévention – dont l'alimentation fait partie – et des mesures visant à retarder les complications sont essentielles pour diminuer ce problème important de santé publique. Un problème qui risque fort de s'alourdir puisque sa prévalence augmente avec l'âge²⁴.

L'étude fort connue du DPPP²⁵ a mis en lumière la supériorité des modifications au mode de vie sur le traitement avec un antidiabétique oral et sur le ralentissement de l'apparition du diabète de type 2²⁶. La thérapie nutritionnelle prenait dans les études d'envergure DPPP et DCCT²⁷ une importante part du traitement²⁸, l'Association canadienne du diabète²⁹ reconnaît d'ailleurs l'expertise des diététistes et recommande que la thérapie nutritionnelle soit dispensée par un(e) diététiste tant pour les personnes diabétiques de type 1 (catégorie D, Consensus) que de type 2 (catégorie C, niveau 3)³⁰.

Soulignons que les femmes âgées nord-américaines sont particulièrement à risque de présenter des affections et maladies chroniques, incluant le diabète sucré, les maladies cardio-vasculaires, quelques types de cancer et l'ostéoporose. Les femmes devraient être encouragées à maintenir un poids santé, à choisir une variété d'aliments et à adopter des stratégies de prévention de la maladie³¹.

Rappelons que nos adultes d'aujourd'hui seront les aînés de demain qui apporteront leur bagage de morbidité. Les statistiques actuelles sont la conséquence des modes de vie antérieurs dont l'alimentation, il importe donc d'intensifier les actions pour contrer l'augmentation croissante de la prévalence de ces conditions de santé, telles que celles planifiées dans le cadre du Plan d'action gouvernemental, notamment.

L'intervention de la diététiste/nutritionniste

L'alimentation est un facteur déterminant de la santé. Chez l'adulte, elle contribue au maintien de la santé et à son rétablissement. Ainsi, l'alimentation peut être à la fois cause, prévention et traitement de plusieurs pathologies aiguës et chroniques.

Dans un cas comme dans l'autre, la diététiste/nutritionniste cherchera, en tout temps, à personnaliser le traitement, en fonction des goûts, des besoins et des habitudes alimentaires de l'individu et à faciliter son adhésion aux recommandations par une approche progressive et visant à le responsabiliser à l'égard de ses choix alimentaires. Elle expliquera aux personnes concernées les sources d'aliments sains et les portions à privilégier, afin de favoriser l'autonomie pour les achats et la préparation des aliments. Elle recherchera des solutions alternatives qui seront respectueuses de la personne et de ses proches dans les situations particulières où justement l'autonomie est en déclin.

Par ailleurs, tel que nous le soulignerons ci-après, la dénutrition guette certaines catégories de personnes âgées, particulièrement alors qu'elles présentent certains problèmes de santé chroniques et conditions de vie précaires. Le diététiste/nutritionniste est en mesure d'évaluer les risques et les avantages à appliquer des restrictions alimentaires pour traiter les maladies chez les personnes fragiles. L'alimentation est une composante essentielle de la qualité de vie; une alimentation qui ne répond pas aux critères de palatabilité^a peut mener à une faible consommation d'aliments et de liquides, ceci pouvant conduire à une perte de poids et donc à une « sous-nutrition » qui entraîne une spirale d'effets négatifs sur la santé³².

3.3 La dénutrition

3.3.1 Qu'est-ce que la malnutrition/dénutrition

Un état de dénutrition survient lorsque les besoins nutritionnels ne sont pas comblés³³. L'American Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) définit la malnutrition comme un désordre de l'état nutritionnel amené par une déficience d'apport, un métabolisme altéré ou des excès nutritionnels³⁴. Le terme de dysnutrition est aussi utilisé pour référer à ces deux extrêmes de l'état nutritionnel que sont la dénutrition et l'obésité, par exemple³⁵.

Il est fort connu et documenté que la dénutrition est associée avec une augmentation de la morbidité, une augmentation du taux de complications majeures, une augmentation de la durée de séjour en milieu hospitalier et une élévation du taux de mortalité³⁶. La susceptibilité accrue aux infections, un temps de guérison prolongé, une dysfonction de l'appareil cardio-respiratoire, une force musculaire altérée et la dépression ne sont que quelques conséquences de la dénutrition^{37, 38}. La dénutrition affecte les capacités fonctionnelles et cognitives, l'efficacité du système immunitaire, le processus de guérison et, conséquemment, la qualité de vie des personnes atteintes^{39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61}. La dénutrition se développe et évolue insidieusement. Plus l'état nutritionnel se dégrade, plus les conséquences s'aggravent allant de la maladie à la mort.

- La dénutrition augmente de deux à six fois la morbidité infectieuse et multiplie le risque de mortalité par deux à quatre chez les personnes âgées. La détérioration de l'état nutritionnel entraîne un amaigrissement, une fonte musculaire, une diminution des capacités aérobiques et musculaires (force, tonus, endurance) et cause de l'asthénie (fatigue) chez la personne atteinte. Ces altérations fonctionnelles, entre autres, augmentent les risques de chute et réduisent

^a Palatable : se dit d'un aliment agréable au goût, savoureux, plaisant. (granddictionnaire .com)

l'autonomie de la personne. Une malnutrition transitoire peut déstabiliser l'équilibre immunitaire, alors qu'une malnutrition prolongée affecte l'efficacité de ce système parce que plusieurs nutriments y sont impliqués, par exemple, les protéines, les acides gras essentiels, le fer, le cuivre, le zinc, le sélénium et les vitamines. De plus, l'asthénie et l'anorexie sont présents dans tout hypercatabolisme. Les troubles psychiques, allant de la simple apathie à la dépression, sont présents au cours d'une malnutrition. La morbidité et la mortalité associées à la malnutrition justifient amplement l'intérêt pour réagir à ce problème. De plus, la malnutrition peut engendrer d'autres complications graves comme la dysphagie, la déshydratation et les escarres de décubitus (plaies de pression).

- La dysphagie entraîne, chez la personne atteinte, la peur constante de manger et de boire. La dysphagie mal compensée engendre des conséquences graves, tels la déshydratation, la perte de poids et le déséquilibre du statut nutritionnel. Elle est souvent associée à des pneumonies d'aspiration (la nourriture ou le liquide se retrouve dans les poumons), favorise le développement d'une infection et peut même mener à l'asphyxie.
- Par ailleurs, la déshydratation fait partie des autres éléments qui ont des effets désastreux sur la santé. Elle peut, entre autres, causer de la confusion, une perte de poids et d'appétit, la baisse de la pression artérielle, un déséquilibre électrolytique et des arythmies cardiaques.

La Haute autorité de santé de France ⁶² résume bien ce qu'est la dénutrition et son effet chez l'aîné et la définit comme suit : « La dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères. Chez la personne âgée, la dénutrition entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance, et favorise la survenue de morbidités. Elle est également associée à une aggravation du pronostic des maladies sous-jacentes et augmente le risque de décès ».

Les études démontrent aussi que, quoique la dénutrition chez les aînés soit très fréquente et potentiellement dangereuse, elle est rarement diagnostiquée en milieu ambulatoire. Cela s'explique généralement par une méconnaissance profonde et un paradigme dominant à l'effet que les besoins nutritionnels d'une personne âgée sont moins élevés que ceux des personnes plus jeunes et qu'il est normal qu'un aîné perde du poids.

Une équipe de chercheuses chevronnées affiliées au Centre de gérontologie et gériatrie de l'Université de Sherbrooke, à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke ainsi qu'à l'École de diététique et nutrition humaine de l'Université McGill, ont mené des travaux établissant qu'un indice de masse corporelle de plus de 24 Kg/m² est désirable chez la personne âgée. En effet elles ont conclu en 1999 que la perte de poids chez la personne âgée est un indicateur de mortalité précoce et que chez les personnes ayant un indice de masse corporelle de plus de 24 Kg/m² la prévalence de perte de poids était moins élevée⁶³.

Il serait opportun de recommander la mesure sommaire de l'état nutritionnel des aînés ou d'effectuer un dépistage de la dénutrition à chaque visite chez le médecin au moyen d'outil facile à utiliser ou conçu à cette intention : à titre d'exemple, le *Mini Nutritional Assessment (MNA)*, un outil validé et utilisé par de nombreux chercheurs.

3.3.2 Quelques chiffres sur la dénutrition

Les études américaines^{64, 65, 66, 67} et françaises⁶⁸ indiquent que la dénutrition affecte actuellement 5 à 12% des aînés ambulatoires vivant à domicile, 20 à 37% des aînés non-ambulatoires vivant à domicile, 32 à 50% des aînés hospitalisés et jusqu'à 85% des personnes institutionnalisées. Pour la France, ces situations, traduites en nombres de personnes, se présentent comme suit :

- jusqu'à 110,000 aînés vivant chez eux souffrent de malnutrition protéino-calorique
- jusqu'à 660,000 aînés hébergés souffrent de malnutrition protéino-calorique

Bien que la dénutrition soit documentée dans la littérature scientifique, elle est sous-estimée par les rapports statistiques officiels^{69, 70, 71}. Une dénutrition non identifiée ne peut être traitée.

Une étude menée par l'Institut de la statistique du Québec en 1998 a indiqué qu'environ 37% des personnes âgées sondées présentaient un poids insuffisant, ce phénomène touchant davantage les femmes que les hommes⁷². D'autres études corroborent ce constat : les femmes âgées sont plus susceptibles de présenter des risques nutritionnels que les hommes en raison de leur plus faible apport alimentaire⁷³.

Toujours selon cette enquête de l'Institut de la statistique du Québec, environ 10% de la population âgée considèrent leurs habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises et environ 30% des personnes âgées disent consommer des suppléments de vitamines et minéraux.

Les personnes veuves, séparées, divorcées et vivant seules ont tendance à davantage évaluer négativement leurs habitudes alimentaires. À cet égard, soulignons que des recherches ont démontré que certaines habitudes alimentaires sont les indicateurs-clés des risques nutritionnels chez une clientèle vivant à domicile : il s'agit de l'insuffisance d'apports de fruits et de légumes, de l'évitement de certains aliments, de même que des difficultés reliées à la mastication et à la préparation d'aliments⁷⁴. **Un simple questionnaire relevant ces indicateurs pourrait contribuer à l'identification de personnes à risque nutritionnel.**

Au delà des perceptions des personnes sur leur alimentation, les résultats de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2004⁷⁵, fondés sur les apports réels rapportés, révèlent que :

- ➔ de 52 à 60 pour cent des canadiens de 71 ans et plus ne consomment pas le nombre minimal recommandé de 5 portions de fruits et de légumes par jour ;
- ➔ de 79 à 84 pour cent des canadiens de 71 ans et plus ne consomment pas le nombre minimal recommandé de portions de produits laitiers ;
- ➔ de 43 à 66 pour cent des canadiens de 71 ans et plus ne consomment pas le nombre minimal recommandé de portions de produits céréaliers.

À cela s'ajoute les résultats de l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec⁷⁶ qui estime que l'insécurité alimentaire touche environ 3% des personnes sondées ; ceci laisse sous-entendre que la probabilité de satisfaire leurs besoins nutritionnels est encore une fois réduite!

Tel qu'il a été vu précédemment, plusieurs facteurs influencent les besoins énergétiques et nutritionnels^{77, 78, 79, 80}. Les personnes âgées dénutries ont les mêmes besoins en termes de soins nutritionnels, quel que soit le milieu où elles vivent. En cela, il faut rappeler que les ressources humaines qui participent à l'acte alimentaire et les ressources matérielles disponibles varient d'un milieu à un autre et qu'il peut être plus laborieux de répondre aux exigences nutritionnelles en raison de ce fait.

La dénutrition est à la fois la cause de l'aggravation de certaines maladies comme elle peut être la conséquence d'un manque d'apport en raison de la présence d'une pathologie. Tel que déjà mentionné, **une dénutrition non identifiée ne peut être traitée!** Il importe de la repérer de manière à pouvoir la traiter adéquatement. Dans une perspective de rationalisation des coûts et d'optimisation des services, il est primordial de traiter les personnes qui présentent un état nutritionnel déficient ou à risque élevé de malnutrition/dénutrition. Plus que ces considérations économiques, il s'agit ici d'une question de respect de la qualité de vie de nos aînés.

4 - UNE POPULATION À RISQUE DE DÉNUTRITION

4.1 Un portrait nutritionnel du vieillissement

Nous avons déjà exposé un certain nombre de statistiques sur la prévalence de problèmes de santé chroniques, incluant la dénutrition, et sur la précarité des habitudes alimentaires des aînés à la section trois (3) de ce mémoire. Nous aimerions ajouter que les auteurs d'une étude commandée par Diététistes du Canada en 2003, soulevaient que 42% des personnes âgées vivant dans les communautés seraient à risques de connaître des problèmes nutritionnels⁸¹. Des problèmes nutritionnels non identifiés, non traités ou traités inadéquatement peuvent s'aggraver au point de voir s'installer une dénutrition chronique qui sera plus difficile à corriger. Ainsi des problèmes nutritionnels prévalant chez la personne âgée à domicile

demeureront latents. Plus encore, tel qu'il a été mentionné précédemment, la prévalence de la dénutrition serait de cinq à 37 pour cent des aînés vivant à domicile, cette donnée croissant selon qu'ils soient non-ambulants. Celle-ci augmente avec le degré d'institutionnalisation des personnes : on observe une augmentation du taux de dénutrition jusqu'à 50% pouvant même atteindre 85% chez les personnes institutionnalisées⁸². Rappelons que bien que la dénutrition soit documentée dans la littérature scientifique, elle est sous-estimée par les rapports statistiques officiels^{83, 84, 85}.

Par ailleurs, une étude néerlandaise observait qu'en raison de la durée moyenne des hospitalisations dans ce pays de 8 à 10 jours (7,2 à 7,6 jours en 2002 au Québec)⁸⁶, il est peu probable que la malnutrition soit causée par le séjour en milieu hospitalier⁸⁷. Ceci laisse sous-entendre que la malnutrition peut se développer à domicile ou dans un autre milieu de vie. D'où la nécessité de détecter rapidement les problèmes liés à la nutrition.

Récemment, en avril 2007, jugeant de l'importance à accorder à la dimension nutritionnelle reliée aux conditions de vie des personnes âgées, la Haute Autorité de Santé de la France, l'équivalent de notre ministère de la Santé et des Services sociaux, a publié ses recommandations professionnelles sur la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez cette clientèle. Y est établie toute une série des mesures visant à identifier les personnes à risque, à traiter les problématiques selon les milieux de vie des aînés : à domicile, en centre hospitalier et en hébergement de longue durée⁸⁸.

Des données provenant de l'étude NHANES (E-U) soulignent que 11% des hommes et 10.2% des femmes âgées de population non institutionnalisée sont anémiques, un tiers des anémies sont attribuables à des carences en fer. De cette même étude un score sur un total de 100 points^b est attribué à la qualité de l'alimentation : les personnes âgées de plus de 65 ans ont obtenu la note de 67.6, signifiant qu'il y a place à l'amélioration⁸⁹.

Nos voisins du sud ont considéré l'importance des problématiques liées à la nutrition et ont établi que celles-ci représentaient un enjeu important pour le maintien à domicile de leurs aînés. En effet, aux États Unis on estime que la population âgée de plus de 65 ans va doubler de 2000 à 2030. À cet égard, bien que qu'un certain nombre d'aînés demeurent autonomes et actifs dans leur communauté, plusieurs personnes sont vulnérables et porteuses de maladies chroniques et requièrent des soins pour retarder leur hébergement dans un établissement de longue durée. À cet égard, l'Institut de Médecine (IOM) a mandaté un comité d'experts pour répondre à deux grandes questions avant de décider d'inclure les soins nutritionnels au programme de couverture d'assurance-santé. La première question étant : Les soins nutritionnels sont-ils avantageux pour les personnes âgées en termes de morbidité, de mortalité et de qualité de vie? L'analyse de la littérature scientifique a permis au comité d'experts d'affirmer avec données probantes à l'appui que les interventions nutritionnelles étaient bénéfiques. La deuxième question adressée au comité d'experts : Quels professionnels devraient déterminer les soins nutritionnels? La réponse a été sans équivoque : Les diététistes sont les professionnels les plus qualifiés pour établir le besoin de soins et déterminer les soins requis⁹⁰. Les recommandations de ce comité d'experts ont été adoptées et depuis lors, des fonds spéciaux sont accordés pour les soins nutritionnels aux aînés. Le Older American Act (OAA) Nutrition program permet d'offrir des services nutritionnels à la clientèle âgée fragile à domicile par le biais du Medical Waiver program⁹¹. L'allocation de ces fonds est partagée entre des services professionnels en nutrition incluant le counselling, la détermination de plans de traitement nutritionnels, l'évaluation nutritionnelle et des mesures de réduction de risque nutritionnel ainsi qu'une offre alimentaire servie à domicile. Actuellement, 38 états se prévalent de ces fonds.

Chez nous au Québec, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Monsieur Philippe Couillard, a dès 2003 annoncé une série de mesures visant à favoriser le maintien à domicile des nos aînés et exprimé une volonté de maintenir autant que faire se peut nos aînés dans leur milieu de vie naturel: « Notre gouvernement a démontré qu'il accordait une priorité à l'amélioration des services en perte d'autonomie, et nous continuons à le faire aujourd'hui... Parce que le maintien dans leur milieu de vie des

b HEI : Healthy Eating Index ou score alimentation saine. Healthy eating index scores are associated with blood nutrient concentrations in the third National Health and Nutrition Examination Survey. Journal of the American Dietetic Association, Volume 104, Issue 4, Pages 576-584 S. Weinstein, T. Vogt, S. Gerrior

personnes en perte d'autonomie est un choix plus humain et qui correspond davantage aux besoins des familles... »⁹². À cet égard, nous proposerons des mesures qui contribueront à répondre à cet objectif, le maintien à domicile doit s'accompagner d'actions qui permettront de maintenir ou restaurer l'état nutritionnel.

4.2 Causes de dénutrition

À domicile

Lorsqu'une personne vivant à domicile n'a pas la force, la motivation ou l'aide nécessaire pour préparer ses repas, une situation à risque de dénutrition peut s'installer. Ainsi, selon une enquête québécoise, de 40 à 50% des personnes âgées vivant à domicile courent un risque allant de modéré à élevé de souffrir de dénutrition surtout lorsqu'elles vivent seules et ont des limitations physiques^{93, 94, 95}. La personne âgée à domicile doit avoir facilement accès aux aliments, avoir la capacité de préparer ses aliments et pouvoir planifier adéquatement ses repas. Pour éviter la détérioration de son état nutritionnel, elle doit avant tout manger.

En milieu de soins

Un manque d'intérêt ou de connaissances des problématiques reliées à la nutrition des personnes âgées et des facteurs associés à la dénutrition peuvent influencer les manœuvres diagnostiques et thérapeutiques. L'omission de certains gestes, par manque de temps, de ressources ou de sensibilisation peut contribuer à augmenter les risques de dénutrition lors des repas⁹⁶. Bien que l'état nutritionnel peut être déficient avant une hospitalisation, cette dernière peut en être la cause^{97, 98}.

Les personnes âgées ne vivant plus à domicile deviennent captives de leur milieu de vie ou de soins en ce qui a trait aux aliments et à l'environnement des repas. Les menus doivent satisfaire les besoins nutritionnels et énergétiques des personnes âgées, les qualités organoleptiques doivent être optimales pour favoriser l'appétit, le temps alloué aux repas doit être suffisant pour permettre à la personne de manger à son rythme et de recevoir l'aide dont elle a besoin. On doit s'assurer de répondre à ces mêmes conditions si la personne a des besoins spécifiques (ex. consistances et textures adaptées). En revanche, si le menu servi ne correspond pas aux goûts de la personne, il est probable qu'elle ne consommera pas ce qui lui a été servi.

4.2.1 Une population à risque d'insécurité alimentaire

Les déterminants des apports alimentaires chez les personnes âgées vivant dans la communauté incluent des facteurs d'ordre social (ressources financières, niveau d'éducation, isolement social et sentiment de solitude), d'ordre psychologique (démence, dépression et deuil) et d'ordre médical (troubles de la cavité orale, incapacités fonctionnelles, polymédication)⁹⁹.

Des ressources souvent limitées, un accès physique inadéquat aux aliments, le stress, l'isolement et un profil de morbidité sont autant de facteurs qui amplifient les problèmes nutritionnels.

Tel que souligné récemment par Payette¹⁰⁰, des facteurs tel que la perte d'appétit et les niveaux de stress élevés associés au deuil et à la maladie peuvent contribuer fortement à la perte de poids.

Les résultats de l'Enquête québécoise sur la nutrition menée en 1990 nous renseignent sur certains aspects nutritionnels des aînés. Notamment, on y apprend que 16% des hommes et 22% des femmes de 65-74 ans n'avait pas un régime comprenant 3 repas par jour. Environ 80% d'entre eux disaient prendre le repas accompagné d'au moins une autre personne, laissant supposer qu'une personne sur cinq prend le repas seul¹⁰¹.

Selon l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, on observait une prévalence plus élevée de l'insécurité alimentaire chez les ménages formés d'une personne seule (13.7%) comparativement à ceux formés d'un couple¹⁰².

Selon les enquêtes nationales, 23% des personnes âgées de 65 ans et plus se considèrent pauvres ou très pauvres. L'étude du niveau de revenu des aînés confirme en effet que 25% d'entre eux sont pauvres, dont 7% très pauvres¹⁰³.

Une étude ontarienne menée auprès de plus de 5000 personnes a démontré que le revenu est un indice révélateur des apports nutritionnels et de la qualité de l'alimentation chez les aînés¹⁰⁴.

De l'étude sur la qualité de la diète chez les aînés américains¹⁰⁵, sur un total de 100 points définis selon le HEI^c (Healthy Eating Index) un score est attribué à la qualité de l'alimentation : 14 % de la population de 65 ans sous enquête ont obtenu 51. La faible valeur nutritive de la diète a été associée à la pauvreté.

4.2.2 Troubles de la déglutition

La difficulté à manger ou à avaler, aussi appelée la dysphagie, est une des principales causes de la dénutrition protéino-énergétique chez les aînés. La prévalence de la dysphagie chez les personnes âgées est très élevée; les statistiques de cette condition, que l'on peut qualifier d'épidémiques, recoupent les statistiques de la dénutrition. Jusqu'à 10% des personnes âgées vivant à domicile et jusqu'à 60% des personnes hébergées en centres de soins de longue durée ne peuvent satisfaire leur besoins nutritionnels parce qu'ils ont perdu une partie significative de leur capacité à mastiquer et à avaler. On associe à la dysphagie un risque de mortalité de 13% ce qui se traduit au Québec à environs 14,300 décès précoces d'aînés dysphagiques par année¹⁰⁶. Les aînés dysphagiques ont besoin d'une alimentation facile à avaler, adaptée par sa texture qui leur fournisse un apport nutritionnel suffisant tout en préservant leur estime de soi et en leur offrant le plaisir de manger. Ici, il faut noter que le Québec fait preuve de leadership en ce domaine. Une technologie unique, développée chez nous, offre en première mondiale une solution véritable à la dénutrition subséquente à la dysphagie chez la personne âgée dysphagique¹⁰⁷. Il serait opportun de valoriser cette technologie auprès des divers intervenants oeuvrant auprès de aînés afin d'améliorer leur qualité de vie et de diminuer la prévalence de la dénutrition chez nos aînés dysphagiques.

4.2.3 Limitations fonctionnelles

Les données de Statistiques Canada publiées en 2001, révèlent que 93% des aînés de 65 ans et plus vivent à domicile, les autres vivant en institution. Seulement 65% de ceux qui rapportent souffrir de troubles fonctionnels dit recevoir l'aide nécessaire à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, lesquelles incluent l'approvisionnement en nourriture et la préparation des repas¹⁰⁸.

Au Québec, plus de 30% des aînés à domicile ont des incapacités fonctionnelles modérées ou graves. Indépendamment de leur nature, les limitations fonctionnelles sont connues pour entraver les activités de la vie quotidienne et domestique dont l'approvisionnement alimentaire, la préparation des repas et l'alimentation¹⁰⁹.

Tel que revu en 2005 par Payette¹¹⁰, les facteurs nutritionnels ont depuis longtemps été associés au développement de la fragilité chez les individus vieillissants. Un pauvre état nutritionnel peut contribuer à exacerber des limitations fonctionnelles, diminuer la masse musculaire, mener à des troubles métaboliques et diminuer les défenses immunitaires.

Leur état nutritionnel dépend de 4 aspects : leur habileté à se procurer de la nourriture, leur habileté à préparer les repas, leur capacité à se nourrir de manière indépendante et la disponibilité d'un aidant lorsque cela est requis.

Une étude menée à Sherbrooke auprès de plus de 400 aînés vivant à domicile et recevant différents services complémentaires a démontré que plus de 70% des sujets montraient des apports énergétiques faibles et plus de 45% ne consommaient pas suffisamment de protéines. Environ le tiers des sujets avaient un IMC inférieur à 24 kg/m², un seuil en-dessous duquel l'incidence de morbidité et de mortalité augmente chez les aînés.

La perte de poids est un indicateur important du risque nutritionnel puisque cela reflète une insuffisance des apports alimentaires et par conséquent, une diminution de la masse musculaire, osseuse et

^c HEI : Healthy Eating Index ou score alimentation saine. Healthy eating index scores are associated with blood nutrient concentrations in the third National Health and Nutrition Examination Survey. Journal of the American Dietetic Association, Volume 104, Issue 4, Pages 576-584 S. Weinstein, T. Vogt, S. Gerrior

adipeuse. Globalement, les études menées au Québec depuis une dizaine d'années démontrent qu'un peu plus du tiers des personnes âgées vivant à domicile rapporte une perte de poids involontaire au cours des 12 derniers mois. En outre, 62% de ceux rapportant une perte de poids montrait déjà un état nutritionnel précaire avec un IMC inférieur à 24 Kg/m².

Parmi les déterminants d'un pauvre état nutritionnel chez les aînés vivant à domicile, les limitations fonctionnelles, notamment l'arthrite, contribuent fortement à la diminution des apports alimentaires, spécialement si ces incapacités rendent difficile la préparation des aliments. La sarcopénie^d est une conséquence importante de la perte de poids et de la dénutrition. Elle affecte grandement les capacités fonctionnelles par l'augmentation du risque de chutes et de la probabilité de fractures ostéoporotiques. Une revue des études épidémiologiques indique que la perte de poids et un IMC inadéquat sont associés avec une augmentation des fractures de la hanche, une perte d'autonomie, une institutionnalisation précoce et une augmentation du taux de mortalité.

4.2.4 Troubles cognitifs/neurologiques

La démence touche 10% des aînés de 65 ans et plus au Canada.

Il a été démontré¹¹¹ que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont à plus haut risque de présenter une perte de poids et une détérioration de leur état nutritionnel, une conséquence de l'impact des symptômes de la maladie, des traitements pharmaceutiques et de la qualité des soins, notamment chez ceux résidant toujours à domicile. Les aidants naturels, appelés à suppléer aux limitations et aux incapacités de la personne malade, ne possèdent pas toujours les connaissances et les habiletés nécessaires pour assumer ce rôle. La déficience dans les soins alimentaires peut aggraver, voire, induire la perte de poids et la dénutrition.

Chez les aînés souffrant de maladies neurodégénératives tel que la démence de type Alzheimer, il est reconnu qu'une intervention nutritionnelle précoce, soutenue et individualisée permet le maintien d'un meilleur état nutritionnel et par conséquent, une amélioration de la qualité de vie. L'intervention nutritionnelle peut permettre de prévenir ou même freiner la perte de poids, faciliter la prise alimentaire et dépister et pallier les troubles de la déglutition.

4.2.5 Troubles iatrogènes

Des facteurs situationnels (ex. problèmes physiques, accès aux points de vente, disponibilité des aliments)^{112, 113, 114}, liés à l'environnement (ex. environnement des repas déplaisant, compagnie désagréable, pas d'aide disponible)^{115, 116, 117, 118, 119, 120, 121}, et au milieu de soins (ex. traitements médicaux, services des repas en milieu de soins^{122, 123, 124, 125, 126}) influencent les apports alimentaires.

Lorsque la personne âgée n'est plus à domicile, le service des repas en milieu de vie ou de soins revêt une grande importance. La monotonie du menu, la taille des portions, la température des aliments, l'apparence et la fraîcheur des aliments, les interruptions et l'aide du personnel aux repas, la possibilité de choisir ses aliments, la présence d'aliments aimés ou familiers, aliments respectant les indications spéciales et religieuses ainsi que l'attitude des employés sont des éléments qui influencent les apports alimentaires des personnes âgées^{127, 128, 129, 130, 131}.

4.2.6 Autres causes de dénutrition

Augmentation des besoins nutritionnels

Les besoins nutritionnels et énergétiques sont accrus en présence de maladie aiguë, de maladie chronique, suite à une chirurgie et lorsque les fonctions gastro-intestinales sont diminuées^{132, 133, 134}.

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

Apports alimentaires insuffisants

Des facteurs physiologiques, psychologiques, socioculturels, environnementaux, situationnels, reliés aux problèmes de santé, aux habitudes de vie et à la médication influencent les apports alimentaires^{135, 136, 137, 138, 139}.

4.3 Quelques conséquences de la dénutrition

4.3.1 Sur les aidants...

Selon un rapport de Santé Canada, quatre pour cent (3,9%) des adultes canadiens fournissent actuellement des soins à un membre de leur famille qui possède une santé fragile ou qui souffre d'une incapacité physique, d'une déficience mentale ou d'une maladie chronique¹⁴⁰. Ceci veut donc dire qu'il y a environ 933 000 personnes soignantes au pays et que ces dernières représentent environ le tiers de tous les types de personnes soignantes. La plupart des bénéficiaires de soins sont des personnes âgées, bien que ce ne soit pas toujours le cas. Plus de la moitié des bénéficiaires (57%) ont 65 ans et plus, et 17 pour cent (17%) ont au moins 85 ans.

Les bénéficiaires ont besoin de soins pour une incapacité physique (61% plutôt que pour une déficience mentale). La nature des incapacités physiques est reliée à l'âge pour les bénéficiaires les plus âgés. La plupart des soins familiaux sont fournis chez les personnes soignantes (77%) et cela est presque toujours le cas quand il s'agit d'un conjoint ou d'une partenaire.

4.3.2 Sur la morbidité et la sur la mortalité ...

La dénutrition augmente de deux à six fois la morbidité infectieuse et multiplie le risque de mortalité par deux à quatre chez les personnes âgées¹⁴¹. La morbidité et la mortalité associées à la dénutrition justifient amplement l'intérêt pour réagir à ce problème¹⁴².

4.3.3 Sur les coûts de fonctionnement du système de santé...

Le déclin fonctionnel et la fragilité des aînés représentent une charge importante sur les dépenses du système de santé. Les données québécoises ont démontré en 1997 que les aînés étaient à l'origine de 41% des dépenses en soins de santé alors qu'ils représentaient environ 11% de la population. Dans ce contexte, la nutrition apparaît être un paramètre important des conditions de vie puisqu'elle est un facteur modulateur modifiable de la transition de l'autonomie vers la dépendance.

L'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, estimait que le coût total des maladies, des handicaps et des décès au Canada dus aux maladies chroniques s'élèvent à plus de 80 milliards de dollars chaque année, dont 28 milliards aux maladies cardiovasculaires, 14 milliards au diabète et ses complications, 13 milliards au cancer, 8 milliards aux maladies respiratoires¹⁴³. À titre indicatif, le budget 2005-2006 du Gouvernement du Québec alloue à la santé 20,9 milliards¹⁴⁴.

Les quelques 4 millions de personnes âgées de 65 ans et plus, qui représentent près de 13 % de l'ensemble de la population, sont de grands utilisateurs du système de santé national. En effet, le tiers des hospitalisations et plus de la moitié des journées d'hospitalisation sont attribuables aux personnes âgées. En 2002-2003, la durée moyenne de l'hospitalisation des personnes âgées était de 11 jours, comparativement à 5 jours chez les patients âgés de moins de 65 ans. Chez les personnes âgées de 85 ans et plus la durée moyenne du séjour était d'environ deux semaines¹⁴⁵.

En 2003, une personne âgée sur sept ne vivant pas en établissement a déclaré recevoir des soins à domicile ; cela incluait des soins infirmiers, les soins d'hygiène personnels, les travaux ménagers quotidiens, la préparation des repas et le magasinage. La proportion de personnes âgées recevant des soins à domicile augmente avec l'âge, cette proportion étant passée de 8% chez celles de 65 à 74 ans à 42% chez celles de 85 ans et plus. La mauvaise santé est bien entendu un déterminant important de l'obtention des soins à domicile. Environ le quart des hommes âgés et le tiers des femmes âgées souffrant d'au moins cinq problèmes de santé chroniques ont reçu des soins à domicile comparativement à 5% seulement de ceux qui n'ont aucun problème de ce genre¹⁴⁶.

5 - UNE POPULATION SOUMISE À DES SERVICES INADAPTÉS

5.1 Absence du dépistage systématique de la dénutrition

Des sociétés internationales d'experts en soutien nutritionnel^{147, 148 149} recommandent qu'un dépistage de la malnutrition soit effectué tant chez les patients admis qu'ambulatoires, à l'hôpital, à la maison ou dans les autres milieux de soins. Sont mêmes définies les fréquences d'application du dépistage selon la provenance de la personne et la condition de santé. Le dépistage n'est malheureusement pas effectué de façon systématique en Europe¹⁵⁰, ni même d'ailleurs au Québec, comme le soulignait un mémoire de l'OPDQ¹⁵¹. Notons que la France vient d'émettre des recommandations à cet égard.

Un dépistage peut identifier les aînés à risque de dénutrition de manière à permettre une intervention précoce et prévenir la dénutrition primaire. L'outil de dépistage ENS (Elderly Nutrition Screening) a été développé au Québec de manière à être administré par les professionnels de la santé et des services sociaux travaillant dans le milieu communautaire. Une étude randomisée contrôlée a d'ailleurs montré que la prise en charge des aînés identifiés « à risque » par le ENS permet d'augmenter l'apport énergétique et tend à renverser la perte de poids. Malheureusement, l'implantation d'un tel programme de dépistage est freinée par le manque de professionnels de la nutrition travaillant au sein des organisations communautaires¹⁵².

Le MDS (minimum data set) est un outil permettant d'évaluer globalement l'état de santé des personnes âgées hébergées dans le but d'identifier les problèmes de santé possibles. Il est utilisé en Ontario, en Saskatchewan et à travers l'ensemble des Etats-Unis dans le cadre de soins de longue durée. La section K concerne le statut oral/nutritionnel et inclut des variables alertant d'un risque nutritionnel possible, notamment la perte de poids, les plaintes à l'égard du goût des aliments, la consommation de moins de 75% des aliments offerts, la nécessité d'offrir des aliments à texture et consistance modifiées et la prescription de diètes thérapeutiques. Des données tel que le poids et l'IMC sont également inscrites au profil du résident¹⁵³.

Nous ajouterions qu'au Québec, l'outil d'évaluation des résidents en hébergement est le CTMSP (classification par type en milieu de soins et services prolongés) lequel inclut la présence de défaut alimentaire (à préciser par le médecin), le niveau de dépendance à l'alimentation et le type de diète « à cocher » (équilibrée, sans salière, sans sucre concentré, riche en fibres et autres). **Mais parmi les soins paramédicaux qui peuvent être requis par les résidents, aucune référence aux services de nutrition clinique n'est indiquée** alors que les services de physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, audiologie, inhalothérapie sont inscrits au formulaire.

5.2 Accès inégal aux soins nutritionnels lorsque médicalement requis

De par son expertise, la diététiste/nutritionniste propose différentes mesures¹⁵⁴ aux aînés pour palier les principaux changements et problèmes liés au vieillissement, et qui sont susceptibles d'être observés aux différentes étapes du processus de la nutrition (ingestion, digestion, absorption et métabolisme). Aux modifications normales telles que: changements du goût (salé, sucré, amer), diminution de l'acuité de l'odorat et de la sensation de la soif et atteinte cognitive s'ajoutent les véritables problèmes de santé, telles les maladies chroniques, qui devront être pris en charge. Les diététistes/nutritionnistes veillent à planifier des stratégies sur mesure aux personnes qui présentent des problèmes de santé chroniques qui prendront en compte toutes ces variables tout en maximisant la dimension hédoniste de l'acte de manger.

5.2.1 Les soins nutritionnels en 2004

L'OPDQ reconnaissait en 2004, que la mise en place des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) puissent permettre l'intégration des services de santé et les services sociaux d'un territoire local et d'assurer ainsi à la population de ce territoire un meilleur accès à ces services. Cependant, ce meilleur accès demeure essentiellement théorique, notamment en matière de soins nutritionnels.

En effet, en 2004, nous notions qu'au Québec, 11 CLSC sur 144 n'offraient pas de services de professionnels en nutrition à la population de leur territoire¹⁵⁵. Quant à ceux qui offraient les services de

diététistes/nutritionnistes, nous les retrouvions à l'intérieur de programmes ciblés de telle sorte que ces CLSC n'offraient pas nécessairement l'ensemble de la gamme des services en nutrition.

Toujours en 2004, 29% des CHSLD publics et 47% des privés¹⁵⁶ n'étaient alors pas dotés de services professionnels en nutrition.

Quant aux centres hospitaliers, faute d'enquête, il était impossible d'avoir un portrait adéquat en matière d'accès à des services en nutrition. Cependant, lorsque le service en nutrition était offert, les diététistes notaient souvent que les listes d'attente pouvaient atteindre 12 mois.

Le portrait que nous faisons à l'époque démontrait que trop souvent, faute d'offrir les services en nutrition clinique ou de limiter l'offre de services dans ce secteur, un nombre important d'établissements du réseau n'étaient pas en mesure d'offrir à la population un accès adéquat aux services en nutrition et, par conséquent, il ne pouvait y avoir de continuité de soins. Aucune région n'échappait à cette observation. Puisque la nutrition est un facteur déterminant du traitement de plusieurs maladies, cette situation nous apparaissait préjudiciable.

5.2.2 Aujourd'hui?

Depuis, il appert que la situation a quelque peu évolué. L'intégration d'établissements en CSSS a certes fait apparaître des diététistes dans des réseaux de services. Ceci peut donner l'impression que l'accès aux services en nutrition clinique serait amélioré. Dans les installations de type CH, il y aurait eu une faible progression du nombre de diététistes. Par conséquent, et bien que la nutrition soit un facteur déterminant du traitement d'un nombre important de maladies, plusieurs centres optent pour ne limiter l'offre de service en nutrition clinique qu'à des secteurs ciblés.

Dans les installations de type CLSC, il y aurait eu, selon quelques enquêtes, notamment celle menée par l'Association des nutritionnistes cliniciens du Québec (2006), un accroissement important du nombre de diététistes. Il appert cependant que ces professionnelles oeuvrent essentiellement dans des programmes fermés du type « Enfance/famille ». Par conséquent, nous notons que la population n'a toujours pas accès à l'ensemble des services en nutrition clinique.

Quant aux installations de type CHSLD, la progression du nombre de professionnels en nutrition pourrait être qualifiée, au mieux, de modeste¹⁵⁷.

Une recherche visant à évaluer la qualité des soins offerts en UCDG^e au Québec (2002-2003) a démontré que parmi les 60 établissements sondés, plus de 13% n'ont pas de nutritionniste faisant partie de l'équipe interdisciplinaire procédant à l'évaluation gériatrique et plus de 20% n'ont pas de nutritionniste siégeant régulièrement au sein des réunions interdisciplinaires¹⁵⁸.

De plus, en matière de soins de longue durée, nous sommes encore très loin de la norme ontarienne d'intervention en nutrition clinique. Selon nos sources, il y aurait au Québec, environ 69,4 équivalents temps complet en nutrition clinique pour environ 52 000 lits en CHSLD, soit environ 1,33 diététistes par 1000 lits. Nos voisins ontariens en soins de longue durée peuvent compter sur 1 diététiste par 500 lits et des discussions sont en cours pour porter cette norme à un équivalent de 1 diététiste par 250 lits¹⁵⁹.

La stagnation du nombre de diététistes en soins de longue durée s'avère très inquiétante d'autant plus que les personnes qui y ont élu domicile sont dans des états toujours plus fragiles et plus complexes en raison de multiples pathologies.

Si le projet de loi « Garantir l'accès » rappelait, avec pertinence, que le vieillissement de la population du Québec pourrait accroître la pression de la demande sur le système de santé, il faisait peu état d'actions de prévention. Pourtant, ne serait-ce que du point de vue nutritionnel, des actions en prévention bien ciblées pourraient contribuer à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées. On note que peu de ressources sont mises à contribution pour favoriser le maintien à domicile des aînés et que la mise en place des CSSS n'a pas encore permis de favoriser une meilleure prise en charge de l'utilisateur qui a recours aux services et ne garantit toujours pas une continuité de services à travers le réseau de la santé et des services sociaux.

^e UCDG : unité de courte durée gériatrique

6 - UNE POPULATION SOUMISE À DES SERVICES D'HÉBERGEMENTS MAL ADAPTÉS

6.1 Absence d'assurance que l'offre alimentaire correspond aux besoins

Afin d'être en mesure d'assurer que l'offre alimentaire corresponde aux besoins d'une population ou clientèle, deux éléments sont requis : Il est essentiel d'avoir défini la qualité de l'alimentation pour cette clientèle et de disposer d'outils qui permettront d'en mesurer les résultats.

La qualité de l'alimentation est caractérisée par de nombreuses composantes dont certains éléments diffèrent selon la clientèle desservie. L'ensemble des aînés couvre un large spectre de clientèles qui englobe une population allant de l'aîné autonome vivant à domicile jusqu'à la personne âgée en perte d'autonomie qui présente un cumul de diagnostics chroniques et aigus. Les besoins de la personne aînée, incluant les besoins relatifs à la dimension alimentaire et nutritionnelle y sont liés.

Les personnes âgées en perte d'autonomie et institutionnalisées étant un groupe particulièrement à risque de dénutrition, cet exemple est retenu afin d'illustrer dans le texte qui suit divers critères définissant la qualité de l'alimentation pour ce groupe vivant en hébergement.

Critères socio culturels

- Aliments familiers et sécurisants pour ce groupe d'âge, aliments reliés à la culture de l'endroit (ville multiculturelle, campagne, village de pêcheurs...)
- Heures des repas, déroulement de l'heure des repas...
- Respect des préférences, de règles religieuses fréquentes dans la communauté...
- Variété
- Personnalisation du repas en fonction des préférences et habitudes de vie

Qualités organoleptiques

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

Critères nutritionnels

- Équilibre nutritionnel usuel requis et satisfaction des besoins particuliers des personnes âgées institutionnalisées, notion qui va au delà du respect du guide alimentaire canadien pour les personnes dont l'état de santé est altéré
- Densité en nutriments, en fonction de besoins fréquemment accrus et du plus faible volume d'aliments consommé par les personnes âgées
- Densité nutritive des mets de texture et consistance modifiées et qualité du produit (viscosité et autres)
- Satisfaction des besoins thérapeutiques individuels, déterminés suite à une évaluation nutritionnelle (et respect du plan de traitement nutritionnel)
- Portion adaptée à l'individu selon ses besoins, personnalisation du repas en fonction des besoins

Innocuité des aliments

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

Environnement à l'heure du repas

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

- Atmosphère, convivialité
- Lumière
- Bruit
- Hauteur adaptable des tables
- Niveau d'aide approprié à la personne
- Attitude au moment de présenter les repas
- Temps alloué au repas

Bien que plusieurs des éléments contenus dans cette description des composantes d'une alimentation de qualité pour des personnes âgées hébergées relèvent de la qualité du travail des professionnels impliqués, il importe également dans un contexte d'hébergement d'assurer que les structures soient mises en place dans l'établissement pour garantir la qualité des services qui doivent être dispensés et l'accessibilité aux services professionnels.

La qualité de l'alimentation des aînés vivant à domicile doit elle aussi répondre à divers critères. La formation des intervenants dans ces milieux et la sensibilisation des aidants naturels autant que des aînés eux-mêmes au rôle et à l'essence même d'une alimentation saine est primordial afin de stimuler les changements nécessaires.

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

6.2 Un budget aliment qui ne permet pas toujours de répondre adéquatement et dans la dignité aux besoins nutritionnels des personnes hébergées (les services d'alimentations sont encore trop souvent vus comme un poste de dépense).

Pour la personne vivant à domicile à Montréal, il en coûtait 6,11\$ par personne par jour bien manger en janvier 2007, selon le Dispensaire diététique de Montréal qui révisé à chaque année la valeur du panier d'épicerie permettant à une personne de satisfaire ses besoins nutritionnels en suivant les recommandations du Guide alimentaire canadien^{f, 160}. On notera qu'à ce coût, les aliments constituant le menu sont simples et les mets entièrement préparés par le consommateur. Il n'y est inclus aucun aliment pré-transformé, ce qui requiert, minimalement des habiletés culinaires de base.

En institution, les données du Système opérationnel et financier informatisé (SOFI) de comparaison inter-hospitalières nous renseignent sur l'allocation relative au budget aliment. Pour 2005-2006, les centres d'hébergement pour personnes âgées accordent généralement moins de 6\$ par jour en aliments pour nourrir un résident et plusieurs centres accordent plutôt autour de 4\$ par jour pour nourrir chaque aîné hébergé. Avec une allocation de 4\$ à 6\$ en aliments par jour, il est difficile de croire que les aînés hébergés bénéficient d'une offre alimentaire qui satisfait leur besoins nutritionnels tout en prenant en compte leur condition de santé. Sachant que le taux de dénutrition dans nos centres de soins de longue durée peut aller jusqu'à 60%, et que, tel que l'affirme la Haute autorité de santé de France, «*la dénutrition entraîne ou aggrave l'état de fragilité ou de dépendance et favorise la survenue morbidités*», il est facile de comprendre que cette situation épidémique de dénutrition dans nos centres provoque une augmentation des autres coûts des soins, notamment les soins associés au traitement des infections, des escarres ou plaies de lit et des chutes. Économiser sur l'alimentation de nos aînés hébergés, c'est assurément une fausse économie qui diminue leur qualité de vie tout en augmentant le coût global de leur hébergement. Bien nourrir un aîné hébergé est à notre avis un investissement essentiel, c'est un très

^f Fabien Deglise, Le Devoir, jeudi le 5 avril 2007 et Site www.ddm-mdd.org.

bon placement, une police d'assurance contre la dénutrition et ses conséquences graves sur la qualité de vie de nos aînés.

Fait inquiétant qui nous interpelle très sévèrement sur nos valeurs, si cela s'avère, on accorde un budget de plus du double pour nourrir un criminel en milieu carcéral que pour nourrir une personne âgée en centre d'hébergement, tel que rapporté par le Toronto Sun et Le Devoir le 23 juillet 2007.

L'Ontario reconnaît d'ailleurs que cette situation nécessite une correction et le gouvernement McGuinty a annoncé le 30 juillet 2007 que l'allocation quotidienne pour les aliments était augmentée à 7\$ par jour par personne dans les centres d'hébergement ontariens à compter du 1^{er} septembre 2007¹⁶¹.

6.3 Incapacité du réseau à attester correctement de la pertinence de l'offre alimentaire en services d'hébergements (courte ou longue durée)

La population âgée est présente dans divers types d'établissements de santé, courte et longue durée, des résidences pour personnes autonomes et trois types de centre d'hébergement : public, privé conventionné et privé non conventionné.

Quelque soit le mode de constitution d'un centre d'hébergement, tous doivent se procurer un permis du ministère de la santé afin de pouvoir exploiter une installation ayant pour but d'accueillir, de soigner et d'héberger des personnes en pertes d'autonomie.

Un règlement entré en vigueur en février 2007 cible les conditions d'obtention d'un certificat de conformité pour les résidences privées et traite ainsi d'une certification des résidences privées, visant la satisfaction de critères et exigences socio-sanitaires ou autres telles que stipulées par le règlement. Cette certification n'est pas une appréciation de la qualité de services dispensés mais atteste que la résidence pour personnes âgées répond à l'ensemble des critères socio-sanitaires énoncés au règlement.

Les CHSLD privés non conventionnés sont assujettis, tout comme les centres privés conventionnés et les CHSLD publics aux mêmes articles de la Loi des services de santé et des services sociaux (LSSSS) en ce qui concerne les obligations d'agrément.

Malgré ces efforts visant à encourager et stimuler l'implantation de mécanismes garantissant une qualité de services, il découle de l'absence de ressources de contenu disponibles, démontrée plus haut dans ce mémoire, et de l'absence d'outils d'évaluation adaptés, une incapacité à attester correctement de la pertinence de l'offre alimentaire dans l'ensemble des centres existants.

Toute grille d'évaluation ou règlement visant la réponse aux critères de qualité de services alimentaires doit s'appuyer :

- sur une politique alimentaire adaptée aux aînés,
- la définition d'une alimentation adéquate pour les aînés
- des critères bien définis tels que la précision des attentes face au cycle de menu, l'évaluation de la variété en fonction de la longueur du cycle et bon nombre d'autres critères nutritionnels particuliers à cette clientèle.

À titre d'exemple, un évaluateur ou inspecteur non spécialisé en alimentation peut difficilement affirmer si un menu rencontre les besoins d'une clientèle sans pouvoir se référer à une série de critères mesurables qui permettent une évaluation objective et fondée. Le menu de l'établissement permet-il de satisfaire les besoins thérapeutiques? Malgré un cycle plus long, un menu est-il trop répétitif? Les personnes devant respecter un plan de traitement nutritionnel tel qu'une modification de texture ont-ils encore la possibilité de faire des choix alimentaires?

L'évaluation isolée d'un menu ne suffit pas à poser un jugement complet sur l'adéquation de l'offre alimentaire aux besoins de la clientèle. Avant d'approuver un menu, un professionnel de l'alimentation et de la nutrition doit nécessairement évaluer les recettes standardisées utilisées et les portions servies de manière à valider si la densité nutritionnelle requise par les aînés leur est offerte. Il s'assurera que la portion correspond à leur appétit ou à leur capacité de s'alimenter. Il appuiera son évaluation de l'offre alimentaire sur l'ensemble des critères définissant une alimentation de qualité.

CONSULTATION SUR LES ÂÎNÉS

Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

L'OPDQ souhaite collaborer avec les autorités concernées afin de définir les critères permettant d'attester de la pertinence de l'offre alimentaire dans un centre d'hébergement, de bonifier les outils existants et développer de nouveaux outils requis à une telle évaluation.

RECOMMANDATIONS

1 - FAIRE DE LA DIGNITÉ DES AÎNÉS UN ENJEU DE TOUTE LA SOCIÉTÉ

- 1.1 D'intensifier la lutte à la pauvreté;
- 1.2 Promouvoir le développement de communautés favorables à la santé;
- 1.3 S'assurer que les personnes âgées aient accès aux services professionnels en nutrition lorsque requis;
- 1.4 Promouvoir l'acquisition de saines habitudes de vie dès le plus jeune âge.

2 - FAIRE DU BIEN-ÊTRE DES AÎNÉS UN ENJEU PRIMORDIAL DANS TOUTE OFFRE DE SERVICES (PUBLIQUE COMME PRIVÉE) QUI LEUR EST ADRESSÉE, EN PARTICULIER DE CELLES LIÉES À L'ALIMENTATION

2.1 Faire du bien-être de la toute la population un enjeu pour l'ensemble de la société

Ceci se veut un plaidoyer pour une véritable mise en œuvre harmonieuse et pertinente du plan d'action gouvernemental, visant en cela son élargissement par la création d'une politique alimentaire s'adressant à la personne âgée. Politique qui inclurait à titre d'action de première ligne, l'implantation d'un système de dépistage de la malnutrition/dénutrition, la création de réseaux d'échanges d'information, la détermination de critères de qualité de l'offre alimentaire et des mécanismes de reddition de compte à cet égard.

2.1.1 Procéder au dépistage systématique de la dénutrition chez les aînés au même titre que certains problèmes de santé;

De plus, considérant que les différents corps d'intervenants n'ont pas nécessairement les connaissances requises pour dépister la dénutrition chez les personnes âgées et leur prodiguer des soins nutritionnels de qualité, l'Ordre souhaite que soient planifiées des activités de formation adaptées à l'intention du personnel médical (et autre) et des aidants.

2.1.2 Améliorer les réseaux d'échange et de partage des savoirs en lien avec les personnes âgées afin notamment de mieux étayer la nature des besoins alimentaires

Des individus et des établissements ont acquis une expertise particulière relativement à la culture alimentaire et à la compréhension des besoins nutritionnels des aînés. Il y aurait lieu de favoriser des tribunes et des média qui contribueront à la diffusion de l'expertise.

2.1.3 Promouvoir la Recherche et le développement en lien avec la personne âgée et son alimentation.

La recherche actuelle progresse et permet dès lors de cibler des lacunes.

2.2 Développer des politiques alimentaires qui permettront notamment :

- i. De s'assurer que l'offre alimentaire en milieu d'hébergement soit respectueuse des besoins et de la dignité des aînés;
- ii. D'améliorer et d'assurer la qualité de l'offre alimentaire (quantité, qualité/innocuité, variété) en milieu d'hébergement
- iii. D'établir des mécanismes de reddition de comptes et d'imputabilité afin de s'assurer que les deux premiers principes soient respectés.
- iv. Rendre public l'IMC corporatif à titre d'indicateur de résultat clinique.
La collecte de données anthropométriques simples, tels que le poids et la taille menant au calcul de l'indice de masse corporelle pour lequel l'on indiquerait la moyenne du groupe de résidents, permettrait de vérifier rapidement le statut nutritionnel et son évolution .

REMERCIEMENTS

L'Ordre tient à remercier ceux de ses membres qui ont contribué à la réflexion et à l'élaboration de ce mémoire :

- Catherine Crowe, Dt.P.
- Thérèse Dufresne, Dt.P.,
- Nancy Presse, Dt.P., candidate au doctorat en nutrition
- Stéphanie Ouellette, Dt.P. M.Sc,
- Lise Bertrand, Dt.P., MAP,
- Louise Lavallée Coté, Dt.P., M.Sc., responsable des affaires professionnelles
Ordre professionnel des diététistes du Québec;
- Paul-Guy Duhamel, Dt.P., président, Ordre professionnel des diététistes du Québec.

RÉFÉRENCES

- 1 Adaptation de la mission de l'OPDQ, www.opdq.org
- 2 Foucault, M, Histoire de la sexualité, tome II, l'usage des plaisirs, Gallimard, 1984, page 143
- 3 Statistique Canada. Recensement de la population 2006, diffusion numéro 2, portant sur l'âge et le sexe(p.6(juillet 2007)
- 4 Institut de la statistique du Québec. Population par année d'âge et par sexe. Québec. Tableau statistique de la base de données statistiques officielles sur le Québec (2006).
- 5 Statistique Canada_ Le quotidien, 13 mars 2001,
disponible en ligne www.statcan.ca/Daily/français/010313a.htm
- 6 Ferland G. Nutrition et liberté 55. Congrès de l'Ordre professionnel des diététistes Québec, 2 novembre 2006.
- 7 ANREF http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/reference/table/index_f.html
- 8 Gilmour H , Park J. Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. Supplément au rapport sur la santé, vol 16. Santé Canada, no-82-003 au catalogue.
- 9 OMS, Rapport sur la santé dans le monde. Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève 2002
- 10 Evans, R.G., Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie, Chap. 1 p. 14-35. Presse de l'Université de Montréal, 1996
- 11 Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. New York, NY : Pantheon Books, 1999.
- 12 American Dietetic Association. Position paper : Nutrition across the spectrum of aging. Journ Amer Diet Assoc 15 : 616-633, 2005.
- 13 http://www.infocentres_rsss.gouv.qc.ca/appl/h33/H33PrincPr.asp (consulté le 2004/01/07)
- 14 <http://dsol-smed.hc-sc.gc.ca/> (consulté le 2001/01/07 et 2004/01/19)
- 15 Doll R, Peto R. Epidemiology of cancer. In: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, eds. Oxford textbook of medicine. Oxford, Oxford University Press, 1996: 197-221.
- 16 World Cancer Research Fund And American Institute for cancer research. Food, Nutrition and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, 1997.
- 17Fondation des maladies du cœur du Canada : Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, 2003, Ottawa, Canada, 2003.
- 18 FAO/WHO Expert consultation. Technical report series 916. Nutrition and the Prevention of Chronic diseases. Geneva, 2003.
- 19 Société canadienne d'hypertension. CHEP Recommandations for the management of hypertension disponible en ligne <http://mdm.ca/cpgnew/cpgs-french/help/2CHS2.htm>
- 20 < 102 cm chez l'homme et < 88 cm chez la femme
- 21 The Role of Nutrition in Maintaining Health in the Nation's Elderly: Evaluating Coverage of Nutrition Services for the Medicare Population (2000)Institute of Medicine (IOM)Committee on Nutrition Services for Medicare Beneficiaries, Food and Nutrition Board.INSTITUTE OF MEDICINE
http://fermat.nap.edu/openbook.php?record_id=9741&page=R1
- 22 Stats Diabète : Rapport sur la santé, 14(3), 2003. version disponible en ligne <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-003-XIF/0030282-003-XIF.pdf>
- 23 <http://dsol-smed.hc-sc.gc.ca/> (consulté le 2004/01/07)
- 24 Franz MJ, Bantle JP, Beebe CA, Brunzell JD, Chiasson JL, Garg A et al. Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. Diabetes Care 2003;26 Suppl 1:S51-61..
- 25 DPP research group. Reduction in incidence of type 2 diabetes with life-style intervention or metformin. N Eng J Med, 346: 393-403, 2002.
- 26 Delahanty, Nathan DM. Research navigating the course of clinical practice in diabetes. Jour Amer Diet Assoc, 104: 1846-1853), 2004.
- 27 DCCT Research group. The effect of intensive diabetes treatment on the developpement and progression of long term complications in insulin dependant diabetes mellitus. The Diabetes control and complications trial. N Eng J Med 329: 978-986, 1993.
- 28 Barbeau MC, Bastasi G, Galibois I. Diabète sucré. Dans Chagnon Decelles D, Daignault Gélinas M, Lavallée Côté L et coll. Manuel de Nutrition Clinique en ligne, Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec, 2007.
- 29 Wolover T, Gougeon R, Freeze C, et al.. Nutrition Therapy Canadian Diabetes Association. Clinical practice guidelines committee, disponible en ligne <http://www.diabetes.ca/cpg2003/downloads>
- 30 Franz MJ, Monk A, Barry B. Et al. Effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non insulin dependent diabetes: a randomized controlled trial. Jour Amer Diet Assoc 95:1009-1017, 1995.
- 31 Position of the American dietetic Association and dietitians of Canada : nutrition and Womens'Health. Jour Amer Diet Assoc, 104: 984-1001, 2004.
- 32 American Dietetic Association : Position _Liberalization of the diet prescription improves quality of life for olders adults in long-term care. Jour Amer Diet Assoc 105(12): 1955-1965, 2005.
- 33 Bernier P. Le dépistage et le traitement de la malnutrition en centre hospitalier de longue durée : un investissement rentable. OPDQ, 1996. (disponible sur le site <http://www.opdq.org/publications>)
- 34 ASPEN Board of directors. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN vol.26 (1): 1SA, suppl, 2002. p.9SA

-
- 35 Delisle H, Receveur O. Les «dysnutritions» dans les pays en développement. Canadian Medical Association Journal 176 (1): 2007.
- 36 Bernier P. Le dépistage et le traitement de la malnutrition en centre hospitalier de longue durée : un investissement rentable. OPDQ, 1996. (disponible sur le site <http://www.opdq.org/publications>)
- 37 National collaborating Centre for Acute Care at the Royal College of surgeons of England (NICE). Nutrition support for adults oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition . Methods,evidence and guidance, 2006.
- 38 Sullivan D.H. Risk factors for early hospital readmission in a select population of geriatric rehabilitation patients: the signifiance of nutritional status. Journal of the American Geriatrics Society 1992; 40(8): 792-798.
- 39 Bernier P., Delorme G., Fecteau-Côté M. et coll. Le dépistage et le traitement de la malnutrition en centre hospitalier de courte durée: un investissement rentable. OPDQ janvier 1996.
- 40 .Desnoyers- Raimondi. Évaluation de l'état nutritionnel - Mini nutritionnal assessment: MNA. Dieta 1998; 15: 33.
- 41 Abbasi A.A., Rudman D. Undernutrition in nursing home: prevalence, consequences, causes and prevention. Nutrition Reviews 1994; 52(4): 113-122.
- 42 Keller H.H. Malnutrition in institutionalized elderly: how and why? Journal of the American Geriatric Society 1993; 41(11): 1212-1218.
- 43 Kergoat M.-J. La dénutrition protéino-énergétique comme élément de fragilité chez la personne âgée. Le Clinicien 1998; mars: 84-105.
- 44 Tremblay R., Blackburn C., Chapdelaine L., et coll. La nutrition, source d'économie pour le réseau de la santé et des services sociaux. OPDQ juin 1997.
- 45 Gray- Donald K., Payette H., Boutier V. Randomized clinical trial of nutritional supplementation shows little effect on functional status among free-living frail elderly. Journal of Nutrition 1995; 125: 2965-2971.
- 46 Arnold S.B. Measurement of quality of life in the frail elderly. Dans: Birren J.E., Lubben J.E., Rowe J.C., Deutchman D.E., editors. The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly. San Diego: Academic Press, 1991: pp. 50-73.
- 47 Cot F., Bélisle F., Blouin N., et coll. La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte. Sainte-Hyacinthe: Édisem Inc., 1996: p. 30,42, 101, 120, 121.
- 48 Decelles D.C., Gélinas M.D. Les personnes âgées (section 2.5). Dans: Manuel de Nutrition Clinique 2e édition, Montréal: Ordre professionnel des diététistes du Québec, 1991: p. 2.5, 1-6.
- 49 Gallagher-Alfred C.R., Coble Voss A., Finn S.C., et coll. Malnutrition and clinical outcomes: the case for medical nutrition therapy. Journal of the American Dietetic Association 1996; 96(4): 361-369.
- 50 Payette H. Potentials and pitfalls in evaluating nutritional status and nutritional interventions in older adults. In Gutman G.M., Wister A.V., editors. Health Promotion for Older Canadians: Knowledge Gaps and Research Needs. Vancouver: G.M. Gutman and A.V. Wister, 1994: pp. 178.
- 51 Lilley S.A., Gaudet-LeBlanc C. Quality of life in long-term geriatric care: the dietitian's role. Journal of the Canadian Dietetic Association 1992; 53(3): 194-198.
- 52 Arseneault C, Dufresne T. Les purées formées, la voie de l'avenir. Résumé d'une conférence présentée au Salon Hopitex, Congrès AHQ. Montréal, le 8 mai 1997: p. 1-4.
- 53 Payette H., Gray-Donald K. Risk of malnutrition in an elderly population receiving home care services. Facts and Research in Gerontology 1994; supplement: nutrition: 71-85.
- 54 Sanscartier M. Le système immunitaire - Les conséquences néfastes de la malnutrition. Diététique en action 1994; 8(2): 7-11.
- 55 Sullivan D.H., Walls R.C. Impact of nutritional status on morbidity in a population of geriatric rehabilitation patients. Journal of the American Geriatrics Society 1994; 42(5): 471-477.
- 56 Sullivan D.H. Risk factors for early hospital readmission in a select population of geriatric rehabilitation patients: the signifiance of nutritional status. Journal of the American Geriatrics Society 1992; 40(8): 792-798.
- 57 Reuben D.B., Greendale GA., Harison G.G. Nutrition screening in older persons. Journal of the American Geriatrics Society 1995; 43(4): 415-425.
- 58 Wallace J.I., Schwartz R.S. Involuntary weight loss in elderly outpatients - Recognition, etiologies, and treatment. Clinics in Geriatric Medicine 1997; 13(4): 717-735.
- 59 Ferry M., Alix E., Brocker P., et coll. Nutrition de la personne âgée - Aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux. Paris: Berger - Levraut, 1996: p.11,75-227.
- 60 Leclerc B.S., Kergoat M.-J. Évaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée hospitalisée - Analyse critique des indices anthropométriques et biochimiques (protéines viscérales). Montréal: l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, 1988:p. XVII,1,5,61,63.
- 61 Egbert A.M. The dwindles: failure to thrive in older patients. Nutrition Reviews 1996; 54(1): S25-S30.
- 62 Haute autorité de santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. France. Avril 2007.
- 63 Payette H, Coulombe C, Boutier V, Gray-Donald K. Weight loss and mortality among free-living frail elders : A prospective study. Journal of Gerontology: Medical Sciences 54A(9): M440-M445, 1999.
- 64 Geriatric Nutrition, Édité par Morley JE et Thomas DR, 2007, chapitre 10. à compléter
- 65 Cudennec T, Teillet L. Dénutrition protéino-calorique et personne âgée à domicile. Successful aging database, 2005
- 66 Martijn I. Griep et coll. Risk of malnutrition in retirement homes elderly persons measured by the « Mini-Nutritional Assessment ». Journal of gerontology: Medical Sciences 55A: M-57-M63, 2000.
- 67 Heather M. Hudson et coll. . The interdependency of protein-energy malnutrition, aging and dysphagia. Dysphagia 15:31-38, 2000.

-
- 68 Haute autorité de santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. France. Avril 2007.
- 69 Bernier P., Delorme G., Fecteau-Côté M. et coll. Le dépistage et le traitement de la malnutrition en centre hospitalier de courte durée: un investissement rentable. OPDQ janvier 1996.
- 70 Desnoyers- Raimondi. Évaluation de l'état nutritionnel - Mini nutritional assessment: MNA. Dieta 1998; 15: 33.
- 71 Dessureault c., Major C. et Pettigrew F. Étude de l'état nutritionnel des personnes âgées hébergées en CHSLD de l'Outaouais québécois - rapport de recherche. Hull: Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Hull, 1998 : p. 1-4.
- 72 Les personnes âgées à travers les enquêtes de Santé Québec. 2004. Institut de la statistique du Québec et le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- 73 Shatenstein B, Nadon S, Ferland G. Diet quality among older Quebecers as assessed by simple indicators. Can J Diet Pract Res 64: 174-180, 2003.
- 74 Keller HH, Mc Kenzie JD. Nutritional risk in vulnerable community –living seniors. Can J Diet Pract Res 64: 195-201, 2003.
- 75 Garriguet D. Document de recherche/ Nutrition : Résultats de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Vue d'ensemble des habitudes alimentaires des Canadiens_ division de la statistique de la santé , Canada , 2004.
- 76 Les personnes âgées à travers les enquêtes de Santé Québec. 2004. Institut de la statistique du Québec et le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- 77 Dessureault c., Major C. et Pettigrew F. Étude de l'état nutritionnel des personnes âgées hébergées en CHSLD de l'Outaouais québécois - rapport de recherche. Hull: Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Hull, 1998 : p. 1-4.
- 78 Kergoat M.-J. La dénutrition protéino-énergétique comme élément de fragilité chez la personne âgée. Le Clinicien 1998; mars: 84-105.
- 79 Ouellette S. Identification et mesure des besoins des personnes âgées en institution par rapport à l'alimentation. Québec: Université Laval, 1998: p. 6,24,25,33,34,64. [mémoire de maîtrise].
- 80 Cot F., Bélisle F., Blouin N., et coll. La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte. Sainte-Hyacinthe: Édisem Inc., 1996: p. 30,42, 101, 120, 121.
- 81 Bringing Nutrition Screening to Seniors (BNSS), 2003, <http://www.dietitians.ca/seniors/>
- 82 Geriatric Nutrition, Édité par Morley JE et Thomas DR, 2007, chapitre 10. à compléter
- 83 Bernier P., Delorme G., Fecteau-Côté M. et coll. Le dépistage et le traitement de la malnutrition en centre hospitalier de courte durée: un investissement rentable. OPDQ janvier 1996.
- 84 Desnoyers- Raimondi. Évaluation de l'état nutritionnel - Mini nutritional assessment: MNA. Dieta 1998; 15: 33.
- 85 Dessureault c., Major C. et Pettigrew F. Étude de l'état nutritionnel des personnes âgées hébergées en CHSLD de l'Outaouais québécois - rapport de recherche. Hull: Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Hull, 1998 : p. 1-4.
- 86 Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Info-Stats, juin 2003
- 87 Jonkers-Schuitema C. F. Dietitian Nutrition Support Team, Academic Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands HOSPITAL MALNUTRITION A CHALLENGE FOR THE CLINICAL DIETITIAN? May 2003.
- 88 Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles_ Stratégies de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Avril 2007. (disponible à www.has-sante.fr)
- 89 Juan WY, Lino M, Basiotis PP. Quality Diets of older americans . Nutrition insights 29, juin 2004. Disponible à <http://www.cnpp.usda.gov/Publications/FENR/V16N2/fenrv16n2.pdf> consulté le 25- 08-2007)
- 90 The role of nutrition in maintaining health in the nation's elderly: evaluating the coverage of nutrition services for the medicare population. Committee on nutrition services for medicare beneficiaries, Food and Nutrition Board. 2000. (disponible à : <http://www.nap.edu/catalog/9741.html>)
- 91 http://nutritionandaging.fiu.edu/creative_solutions/hcbs.asp, consultée le 27 août 2007.
- 92 <http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPQF/avril 2005/15/c6162.html>.
- 93 Tremblay R., Blackburn C., Chapdelaine L., et coll. La nutrition, source d'économie pour le réseau de la santé et des services sociaux. OPDQ juin 1997.
- 94 Arseneault C., Dufresne T. Les purées formées, la voie de l'avenir. Résumé d'une conférence présentée au Salon Hopitex, Congrès AHQ. Montréal, le 8 mai 1997: p. 1-4.
- 95 Payette H., Gray-Donald K. Risk of malnutrition in an elderly population receiving home care services. Facts and Research in Gerontology 1994; supplement: nutrition: 71-85.
- 96 . Keller H.H. Malnutrition in institutionalized elderly: how and why? Journal of the American Geriatric Society 1993; 41(11): 1212-1218.
- 97 Ferry M., Alix E., Brocker P., et coll. Nutrition de la personne âgée - Aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux. Paris: Berger - Levraut, 1996: p.11,75-227.
- 98 Leclerc B.S., Kergoat M.-J. Évaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée hospitalisée - Analyse critique des indices anthropométriques et biochimiques (protéines viscérales). Montréal: l'association canadienne-française pour l'avancement des sciences, 1988:p. XVII,1,5,61,63.
- 99 Ferland, G. Alimentation et vieillissement. Les Presses de l'Université de Montréal. 2003. 348 pages, chapitre 6.
- 100 Payette, H. (2005) Nutrition as a determinant of functional autonomy and quality of life in aging : a research program. Can J Physiol Pharmacol 83: 1061-1070.
- 101 Ferland, G. Alimentation et vieillissement. Les Presses de l'Université de Montréal. 2003. 348 pages
- 102 Santé Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 2.2, Nutrition (2004). Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens. 2007. Disponible à http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/index_f.html
- 103 Les personnes âgées à travers les enquêtes de Santé Québec. 2004. Institut de la statistique du Québec et le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

CONSULTATION SUR LES ÂÎNÉS

Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

-
- 104 Ferland, G. Alimentation et vieillissement. Les Presses de l'Université de Montréal. 2003. 348 pages, chapitre 6.
- 105 Juan WY, Lino M, Basiotis PP. Quality Diets of older americans . Nutrition insights 29, June 2004. Disponible à <http://www.cnpp.usda.gov/Publications/FENR/V16N2/fenrv16n2.pdf> consulté le 25- 08-2007)
- 106 Hudson HM et coll.. The interdependency of protein-energy malnutrition, aging and dysphagia. Dysphagia 15:31-38, 2000.
- 107 Germain I, Dufresne T, Gray-Donald K.. A novel dysphagia diet Improves the nurient intake of institutionalized elders. Jour Amer Diet Assoc 106:1614-1623, 2006.
- 108 Payette, H. Nutrition as a determinant of functional autonomy and quality of life in aging : a research program. Can J Physiol Pharmacol 83: 1061-1070, 2005
- 109 Ferland, G. Alimentation et vieillissement. Les Presses de l'Université de Montréal. 2003. Chapitre 6. 348 pages
- 110 Payette, H. (2005) Nutrition as a determinant of functional autonomy and quality of life in aging : a research program. Can J Physiol Pharmacol 83: 1061-1070.
- 111 Kergoat, MJ et Presse, N. Problèmes nutritionnels chez les aînés atteints d'une démence de type Alzheimer : manifestations et stratégies thérapeutiques. Article soumis en juillet 2007.
- 112 Kergoat M.-J. La dénutrition protéino-énergétique comme élément de fragilité chez la personne âgée. Le Clinicien 1998; mars: 84-105.
- 113 Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). La politique de la santé et du bien-être, Gouvernement du Québec: p. 139.
- 114 Roe D.A. Geriatric Nutrition. 2nd. Englewood Cliff: Prentice-Hall, 1993: p. 64-86, 87-220.
- 115 Dessureault c., Major C. et Pettigrew F. Étude de l'état nutritionnel des personnes âgées hébergées en CHSLD de l'Outaouais québécois - rapport de recherche. Hull: Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Hull, 1998 : p. 1-4.
- 116 Abbasi A.A., Rudman D. Undernutrition in nursing home: prevalence, consequences, causes and prevention. Nutrition Reviews 1994; 52(4): 113-122.
- 117 Keller H.H. Malnutrition in institutionalized elderly: how and why? Journal of the American Geriatric Society 1993; 41(11): 1212-1218.
- 118 Beck C. Dining experience of institutionalized aged. Journal of Gerontological Nursing 1981; 7(2): 104-107.
- 119 Maller O., Dubose C.N., Cardello A.V. Consumer opinions of hospital food and foodservice. Journal of the American Dietetic Association 1980; 76: 236-242.
- 120 Parraga M.M. Determinants of food consumption. Journal of the American Dietetic Association 1990; 90: 661-663.
- 121 Roe D.A. Geriatric Nutrition. 2nd. Englewood Cliff: Prentice-Hall, 1993: p. 64-86, 87-220.
- 122 Rolls B.J., McDermott T.M. Effects of age on sensory-specific satiety. American Journal of Clinical Nutrition 1991; 54: 988-996.
- 123 Beck C. Dining experience of institutionalized aged. Journal of Gerontological Nursing 1981; 7(2): 104-107.
- 124 Busse E.W. L'alimentation vers la fin de la vie: facteurs physiologiques et psychologiques. Médecine Moderne du Canada 1980; 35(3): 390-396.
- 125 Hirsch K.M., Hassanein R.S., Uetrech C.L., et coll. Factors influencing plate waste by hospitalized patient. Journal of the American Dietetic Association 1979; 75: 270-273.
- 126 Roe D.A. Geriatric Nutrition. 2nd. Englewood Cliff: Prentice-Hall, 1993: p. 64-86, 87-220.
- 127 Rolls B.J., McDermott T.M. Effects of age on sensory-specific satiety. American Journal of Clinical Nutrition 1991; 54: 988-996.
- 128 Beck C. Dining experience of institutionalized aged. Journal of Gerontological Nursing 1981; 7(2): 104-107.
- 129 Busse E.W. L'alimentation vers la fin de la vie: facteurs physiologiques et psychologiques. Médecine Moderne du Canada 1980; 35(3): 390-396.
- 130 Hirsch K.M., Hassanein R.S., Uetrech C.L., et coll. Factors influencing plate waste by hospitalized patient. Journal of the American Dietetic Association 1979; 75: 270-273.
- 131 Roe D.A. Geriatric Nutrition. 2nd. Englewood Cliff: Prentice-Hall, 1993: p. 64-86, 87-220.
- 132 Dessureault c., Major C. et Pettigrew F. Étude de l'état nutritionnel des personnes âgées hébergées en CHSLD de l'Outaouais québécois - rapport de recherche. Hull: Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Hull, 1998 : p. 1-4.
- 133 Tremblay R., Blackburn C., Chapdelaine L., et coll. La nutrition, source d'économie pour le réseau de la santé et des services sociaux. OPDQ juin 1997.
- 134 Cot F., Bélisle F., Blouin N., et coll. La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte. Sainte-Hyacinthe: Édisez Inc., 1996: p. 30,42, 101, 120, 121.
- 135 Mattes R.D. Physiologic responses to sensory stimulation by food: nutritional implications. Journal of the American Dietetic Association 1997; 97(4): 406-410,413.
- 136 Arseneault C., Dufresne T. Les purées formées, la voie de l'avenir. Résumé d'une conférence présentée au Salon Hopitex, Congrès AHQ. Montréal, le 8 mai 1997: p. 1-4.
- 137 Lewis C.W., Frongillo E.A., Roe D.A. Drug-nutrient interactions in three long-term care facilities. Journal of the American Dietetic Association 1995; 95(3): 309-315.
- 138 Schiffman S.S., Warwick Z.S. Flavor enhancement of foods for the elderly can reverse anorexia. Neurobiology of Aging 1988; 9(1): 24-26.
- 139 Ferry M., Alix E., Brocker P., et coll. Nutrition de la personne âgée - Aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux. Paris: Berger - Levraut, 1996: p.11,75-227.
- 140 Santé Canada. Profil des personnes soignantes au Canada 2002: rapport final Rapport final .Février 2002
Disponible sur le site <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/2002->
- 141 . Ferry M., Alix E., Brocker P., et coll. Nutrition de la personne âgée - Aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux. Paris: Berger - Levraut, 1996: p.11,75-227.
- 142 Bernier P., Delorme G., Fecteau-Côté M. et coll. Le dépistage et le traitement de la malnutrition en centre hospitalier de courte durée: un investissement rentable. OPDQ janvier 1996.
- 143 http://www.chronicdiseaseprevention.ca/content/case_for_change/case_for_change.asp?lang=EN& (consulté octobre 2005)
-

-
- 144 http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2005-2006/fr/pdf/points_saillants.pdf (consulté octobre 2005)
- 145 Le Quotidien, le 7 février 2006. Rapport sur la santé : Utilisation des services de santé par les personnes âgées .
- 146 Le Quotidien, le 7 février 2006. Rapport sur la santé : Utilisation des services de santé par les personnes âgées .
- 147 Kondrop J, Allison SP, Elia M et coll. ESPEN Guidelines for nutrition screening 2002. Clinical Nutrition 22(4):415-421, www.scienceendirect.com, 2003.
- 148 National collaborating Centre for Acute Care at the Royal College of surgeons of England (NICE). Nutrition support for adults oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition . Methods,evidence and guidance, 2006., p. 69.
- 149 ASPEN Board of directors. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN vol.26 (1): 1SA, suppl, 2002. p.9SA
- 150 Beck AM, Balknas UN, Camilo ME et coll. Special report-Practices in relation to nutritional care and support-report from the council of Europe. Clin Nutr 21(4):351- 354, 2002.
- 151 Bernier P et coll. Le dépistage de la malnutrition en centre hospitalier de courte durée, un investissement rentable. OPDQ, 1996.
- 152 Payette, H. (2005) Nutrition as a determinant of functional autonomy and quality of life in aging : a research program. Can J Physiol Pharmacol 83: 1061-1070.
- 153 Bowman JJ et Keller HH. 2005. Assessing nutritional risk of long-term care residents. Can J Diet Pract Res 66 (3): 155-161.
- 154 Ferland G. Alimentation et vieillissement. Presses de l'Université de Montréal, 2003.
- 155 Syndicat professionnel des diététistes nutritionnistes du Québec, ENQUÊTE PROVINCIALE SUR L'OFFRE DE SERVICES PROFESSIONNELS EN NUTRITION DANS LES CLSC DU QUÉBEC 2004, p.8
- 156 Syndicat professionnel des diététistes nutritionnistes du Québec, MÉMOIRE Présenté DANS LE CADRE DES AUDIENCES PUBLIQUES SUR LE PLAN MONTRÉALAIS D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE, AVRIL 2003
- 157 Association des nutritionnistes cliniciens du Québec, CADRE DE RÉFÉRENCE EN NUTRITION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, février 2006
- 158 Kergoat MJ, et al. Portrait des unités de courte durée gériatriques au Québec. Affiche présentée au VIIIe Congrès international francophone de gériatrie et gériatrie. Centre des Congrès de Québec. Octobre 2006
- 159 DIETITIANS OF CANADA – Ontario Submission to the Standing Committee on Finance and Economic Affairs, février 2004
- 160 Dispensaire diététique de Montréal. Bien manger à petit prix. Janvier 2007.
- Disponible au http://www.ddm-mdd.org/MDD_fr.pdf
- 161 www.health.gov.on.ca/english/media/news_release/archives/nr_07/jul/ne_20070730